Meldekultur – en trinnvis prosess



Ukom



MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

Meldekultur – en trinnvis prosess

Publisert 23. mars 2023

ISBN 978-82-8465-030-2

En god meldekultur en forutsetning for at en uønsket hendelse skal bli meldt, fulgt opp og dermed bidra til økt pasientsikkerhet. Først når hendelsen er meldt, er det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid for å unngå at liknende hendelser skjer igjen (14).

Ulike faktorer kan påvirke terskelen for å melde uønskede hendelser i et sykehus, en klinikk eller en avdeling. Meldeprosessen kan beskrives som en trapp, der helsepersonellet beveger seg både opp og ned, før det treffes en beslutning om å melde.

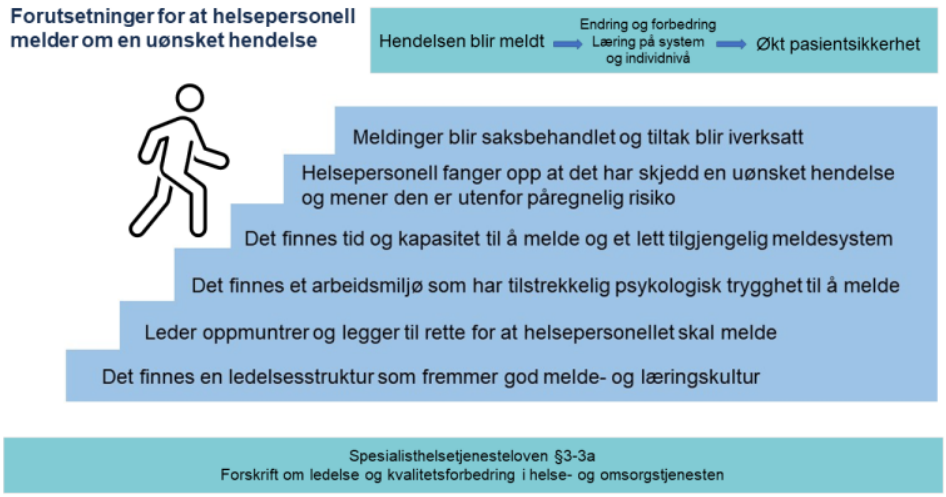


Fig 2: Trappetrinnsmodell: Forutsetninger for at helsepersonell melder om en uønsket hendelse.

Ledelsesstruktur

Undersøkelsen vår viser at ledelse av avdelinger og seksjoner kan være organisert på en måte som stiller svært store krav til den som innehar en lederfunksjon, særlig som leder for legene. Vi avdekket ikke spesielle utfordringer slik lederlinjen for sykepleierne er ordnet i denne avdelingen.

Sykepleierledere synes i stor grad å være innstilte på å være leder på heltid, og de opplever nok en mindre konflikt med hensyn til å holde faget ved like. En legeleder kan derimot ha full stilling med personalansvar for et stort antall medarbeidere og ha kliniske roller i tillegg. Vi ser også at lederverv kan gå på omgang når det er vanskelig å rekruttere noen som ønsker å lede. Frich og Spehar skriver at leger som ledere på den ene siden kan bidra positivt med å fremme engasjement og delaktighet, men at for mye vektlegging av eget fag og autoritær lederstil kan ha en negativ virkning på organisasjonen (22). Mange klinikere er ikke forberedt på utfordringene i lederrollen, og de opplever redusert faglig identitet og autoritet og er mer innstilte på å være faglige ledere – uten å i like stor grad identifisere seg med lederrollen og det administrative arbeidet som følger med (22, 18).

Blant leger som er ledere i helseforetakene er det fortsatt vanlig å ha en utøvende klinisk rolle av varierende omfang i tillegg til lederrollen. Dette kan skyldes at legeledere ønsker å opprettholde sine medisinske ferdigheter, og at det kan være vakante overlegestillinger som må fylles. Legeledere rapporterer i en studie at de holder fast på legerollen av to grunner: Klinisk arbeid gir mening og tilfredsstillelse, og utførelsen av arbeidet gir respekt blant kolleger (23). Legenes ledelsesstruktur kan altså bestå av en form for hybridledere som har begrenset tid til å lede, samt av medisinskfaglige ledere uten personalansvar.

«Det er i praksis disse som gjør jobben. Og det som skjer, er at når det kommer kritikk, er det veldig lett for alle å si at dette har ikke jeg noe med.»

LEGE

«Noen kolleger ønsker seg nok en tydeligere struktur. Jeg tenker at det er litt problematisk at avdelingen har et slik delegert lederskap. For eksempel i forhold til ansettelser … hvem skal bestemme? Med personalkonflikter også – en ansatt har plutselig to stykker å forholde seg til.»

LEGE

Denne organiseringen med hybridledere kan føre til redusert tid, kapasitet og kontinuitet, og dermed mindre mulighet til å bygge opp lederkompetanse og følge opp medarbeidere. Det kan også skape en uklarhet i prioriteringene mellom rollene. I situasjoner der presset på leder øker, kan en legeleder med tydelig fagforankring gå inn i fagrollen på bekostning av lederrollen (23).

«Akkurat dette at leder ikke er tydelig, er kjernen. Hvem er det som egentlig bestemmer, og hvordan er linja egentlig?»

LEGE

Gjennom intervjuene kom det fram at det kan være problematisk at leder har personalansvaret for alle legene, samtidig som lederen også arbeider klinisk i avdelingen og saksbehandler meldinger om uønskede hendelser. Å melde en pasienthendelse der leder er involvert kan være utfordrende.

«Man velger å ikke melde gang på gang fordi meldingen går til leder.»

LEGE

«Det er en fryktkultur som gjør at det er vanskelig å melde, særlig dersom man melder oppover i systemet.»

LEGE

Vi finner også at lederlinjen følges i varierende grad. De ansatte forholder seg ikke nødvendigvis til nærmeste leder. Hvem en henvender seg til, er knyttet til tema, problemstilling og relasjoner. Dette kan svekke ledernivåene og den formelle organiseringen. I en svekket organisasjon blir det vanskeligere å melde.

Oppsummert finner vi at hybridledere i store avdelinger kan medføre lederutfordringer og gi mindre rom for å melde hendelser.

Leders betydning for god meldekultur

«Det er ikkje nok å ha eit system, om ikkje dei som er leiarar handlar i tråd med systemet.»

REIDUN FØRDE - OM LEDERNES ROLLE I HÅNDTERING AV UØNSKEDE HENDELSER

Helseforetakene har ord som respekt, kvalitet, trygghet, åpenhet, læring, omsorg, tillit og helhetstenkning i sine visjoner. Sykehusledelsen skal sikre at feil og mangler kommer fram, og at alle er trygge på at meldinger om svikt blir tatt positivt imot. Meldingene må også følges opp i praksis, og hensikten med meldesystemet må være godt forankret og forstått. Det er et lederansvar å sikre at den nødvendige tryggheten for å melde er til stede (24, 25).

Helsepersonell ønsker i utgangspunktet å melde, men det er en forutsetning at en melding ikke utløser uthenging («shaming and blaming»), sanksjoner eller straff, verken fra leder eller kolleger (4). Ifølge Riksrevisjonen er det uheldig dersom uønskede hendelser blir forklart ved at en enkeltperson har gjort en feil eller at hendelsen er en glipp. Om ledere og ansatte heller leter etter systemårsaker til hendelser, vil det kunne bedre meldekulturen (14).

Det er lederens ansvar å legge til rette for å melde, og skape en kultur der det er trygt å melde. Dersom helsepersonell opplever at meldingen brukes konstruktivt og fører til læring, endring og forbedring, vil dette kunne ha en positiv innvirkning på meldekulturen. Det er viktig for den enkelte å få anerkjennelse for, og respons på meldingen, slik at de føler at meldingen har betydning og ikke forsvinner i «et sort hull». Manglende respons på registrerte hendelser gir frustrasjon, og da blir det å melde en hendelse bare oppfattet som en byråkratisk øvelse (26). Respons på melding og iverksetting av tiltak bør komme raskt.

I sin gjennomgang fant Riksrevisjonen at det er den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper som avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. Noen fødeavdelinger hadde eksempler på meldepliktige hendelser som alltid skulle meldes uansett antatt årsak, for eksempel blødning over 1000 ml. Dette førte til en lavere terskel for å melde både disse forhåndsbestemte og andre hendelser. I andre avdelinger måtte ansatte selv fra sak til sak definere om en hendelse var meldepliktig. Riksrevisjonen skriver at en for snever definisjon kan legge begrensninger og føre til at færre uønskede hendelser blir meldt. I tilfeller hvor nestenulykker ikke ble meldt, mistet ledelsen muligheten til å få oversikt over risikoområder, og dermed også grunnlaget for systematisk forbedringsarbeid. Revisjonen fant også variasjon i hvilke yrkesgrupper som meldte, og hva de ulike yrkesgruppene meldte. Til slutt ble det påpekt at en åpenhetskultur er avgjørende for melding og læring, og nærmeste leder har et særskilt ansvar (14). Måten nærmeste leder prater om hendelser på og hvordan de blir håndtert, vil i stor grad påvirke både antall meldinger og hvilke hendelser som meldes.

En av hovedkonklusjonene i Riksrevisjonens rapport fra 2016 var at helseforetakene i for liten grad var i stand til å lære av hendelser. Dersom hendelser ikke meldes, får ikke virksomhetene oversikt over hvor det finnes svakheter der det kan iverksettes tiltak for forbedring.

I vår undersøkelse så vi at det var store forskjeller på hva de ansatte mente skulle meldes, og på hva som faktisk ble meldt. Det varierte mellom avdelinger/seksjoner og mellom ulike yrkesgrupper. Også blant lederne var det ulik oppfatning av hvilke operasjonskomplikasjoner som skulle meldes.

Anastomoselekkasje

Under mange kirurgiske inngrep skjøtes to ender av for eksempel tarm sammen. En slik skjøt kalles en "anastomose". Lekkasje i slike skjøter er en fryktet og alvorlig komplikasjon til gastrointestinal kirurgi, og innebærer ofte behov for reoperasjon og kan medføre organsvikt, langvarig sykeleie og av og til død.

For eksempel ble en postoperativ anastomoselekkasje av leder på høyere nivå omtalt som en hendelse som skulle meldes i det interne kvalitetssystemet, mens leder på lavere nivå mente det motsatte. Dersom denne avdelingen hadde hatt forhåndsbestemte eksempler på hva som alltid skulle meldes og en felles forståelse av disse, hadde ikke en slik diskusjon oppstått.

«Anastomoselekkasje er en alvorlig komplikasjon, og er et avvik fra det forventede forløpet. Vi må derfor melde anastomoselekkasjene i avvikssystemet. Det skal ikke være sånn at det kommer som avvik først når pasienten dør.»

LEGE

«Pasientene blir grundig informert om risikoen for anastomoselekkasje. Vi melder ikke alle disse, dette kan skje hos alle pasienter. Håndterer du det som du skal og det går bra med pasienten, blir det ikke meldt. »

LEGE

I vår undersøkelse finner vi at hos sykepleierne går alle meldingene i det interne kvalitetssystemet til enhetslederen. I den videre håndteringen blir meldingene vurdert, eventuelt videresendt til en annen avdeling, videresendt i linjen, det blir besluttet tiltak, eller avviket lukkes. En leder for sykepleierne mener at det er for mange meldinger om bagateller, for eksempel om dårlig ventilasjon, som overbelaster meldesystemet. Disse avviksmeldingene blir gjerne bare lagt til side.

«Meldesystemet forstyrres av for mange banale meldinger, som blir «sutring». »

SYKEPLEIER

En sykepleier forteller at selv om hendelser meldes i stor grad, blir det liten tid til å gjøre en god jobb med oppfølging av meldingene, og de hoper seg opp.

«Også meldinger som er meldt på rødt blir liggende.»

SYKEPLEIER

Ansatte vi intervjuet forteller at de melder, men at de aldri får noen respons på meldingen. I det elektroniske meldesystemet er det mulig å følge med på hva som skjer med meldingen som ble registrert, men flere forteller:

«Jeg har ikke tid til å sette meg ned foran en PC, logge meg inn i systemet og lete meg fram til hva som har skjedd med meldingen. Jeg etterlyser en lettere måte å få tilbakemelding på saker jeg har meldt.»

SYKEPLEIER

«Mange opplever nok at dette er noe man melder inn, men det brukes bare som en dårlig tolkning av statistikk i den andre enden.»

LEGE

Vi undersøkte pasientrelaterte saker i det interne kvalitetssystemet ved den ene avdelingen. I perioden fra 2018 til og med 2021 fant vi at legemiddelhåndtering, prosedyresvikt, ressursmangel og mangel på plass til dårlige pasienter dominerte i meldingene fra sykepleierne ved sengepostene. De fleste av disse meldingene ser ut til å være rutinemessig behandlet og lukket av nærmeste leder.

Vi ser også at sykepleiere og leger ikke er samstemte på hva som skal meldes, og om det er grunnlag for å melde. Eksempelvis fant vi at sykepleierne ofte meldte avvik når legene ikke svarte på vakttelefon eller var opptatt. De mente at de ikke kontaktet legene uten at det var alvorlig, og at det derfor var å betrakte som et avvik når legene ikke kom. Legene vi intervjuet, mente at sykepleierne tilkalte dem unødvendig til situasjoner som egentlig ikke krevde legetilsyn, fordi det stadig var nye sykepleiere på sengeposten som ikke var erfarne nok.

Dersom en sykepleier på post melder en hendelse som involverer en lege, vil meldingen også sendes til enhetsleder for legene.

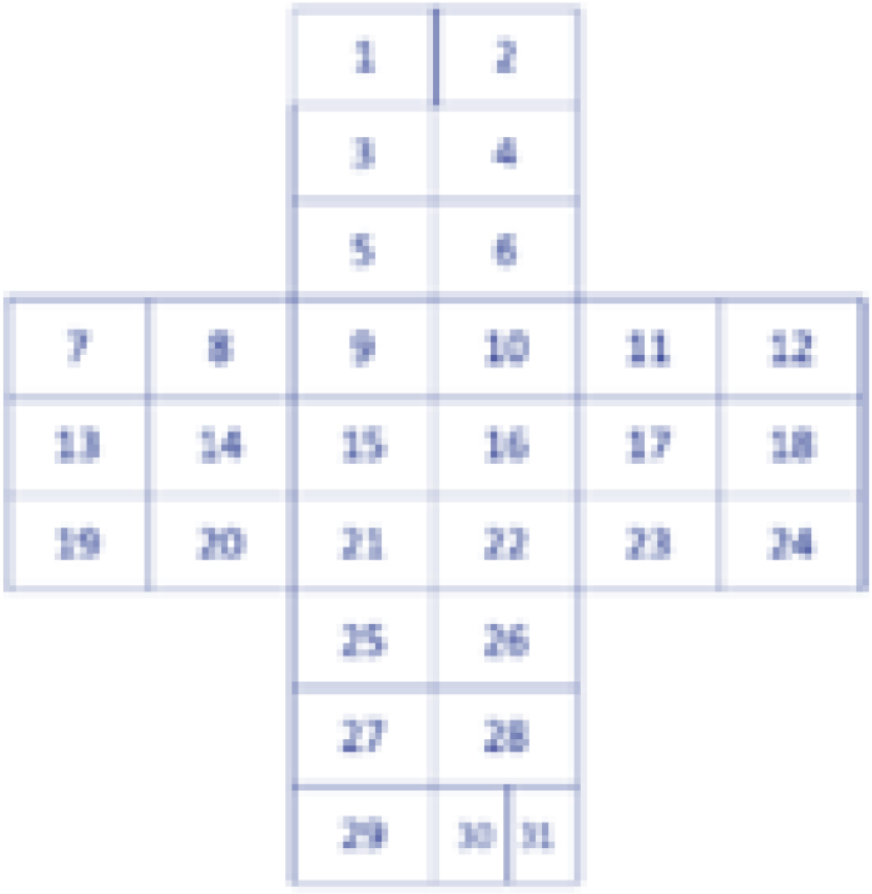
«Det er nesten alltid en lege involvert når det er en alvorlig hendelse. Vi vet ikke hvordan legene håndterer disse meldingene, og vi får ingen som helst tilbakemelding på hva som gjøres eller hvordan det følges opp. Vi kan godt bli sittende med et avvik som er et legeavvik fordi det har skjedd på sengeposten. Så gjør vi masse arbeid med analyse, og sender det videre til legene for å få deres vurdering. Så får vi en setning til svar som er: dette tar vi opp på morgenmøte. Så hører vi ikke mer.»

SYKEPLEIER

I Ukoms gjennomgang av pasientrelaterte saker ser vi at legene i liten grad melder i det interne kvalitetssystemet eller varsler til melde.no. Noen sa at de oftere melder uventede dødsfall til politiet enn at de varsler etter § 3-3a. Som sykepleierne, opplyste også legene at meldinger sjelden fører til konkrete tilbakemeldinger eller endringer, og derfor var det ikke hensiktsmessig å melde. Meldingene vi fant, handlet om hendelser med alvorlige konsekvenser og eventuelt død etter kirurgisk behandling. Leder avskrev stort sett disse meldingene med «kjent komplikasjon /kalkulert risiko». Slike hendelser blir altså vurdert til å være innenfor påregnelig risiko, og de gjøres dermed i liten grad tilgjengelige i lærings- og forbedringsarbeid. Komplikasjonene som rammet pasienten i vår historie ble betraktet som påregnelige og ble aldri meldt.

Oppsummert bekrefter våre funn i avdelingene Ukom undersøkte langt på vei det også Riksrevisjonen beskriver i rapporten (14), om at leders holdning påvirker meldekulturen og oppfølgingen av hendelsene.

Det grønne korset



"Det grønne korset".

I den ene avdelingen Ukom undersøkte, brukes Det grønne korset. Dette er et verktøy som skal føre til daglig oppmerksomhet på uønskede hendelser, nesten-hendelser og forbedringsforslag, og slik forbedre kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. I praksis er Det grønne korset en kalender som henger på veggen, formet som et kors. Hendelser skal i tillegg meldes i internt kvalitetssystem, og en skal finne tiltak som skal forhindre at det samme skjer igjen. Dersom det verken har vært hendelser eller nesten-hendelser, er dagen grønn.

Det grønne korset

Det grønne korset er et verktøy som gir daglig søkelys på uønskede hendelser, nesten-hendelser og forbedringsforslag, og derved på kvalitet, pasient- og informasjonssikkerhet og HMS. Medarbeiderne fra aktuelle personellgrupper samles daglig for en gjennomgang av uønskede hendelser og mulig risiko det foregående døgnet. Hver medarbeider forteller kort hva de har opplevd/observert. Dagens dato fargelegges med riktig farge (grønt, gult eller rødt) ut fra antatt alvorlighetsgrad for hendelser siste døgn. Den mest alvorlige hendelsen definerer fargevalget.

I intervjuene med Ukom trakk både sykepleiere, leger og ledere fram bruken av Det grønne korset. De fleste hendelsene som ble registrert, ble knyttet til at det var ressursknapphet. Disse registreringene var blitt brukt av leder til å framforhandle mer ressurser til avdelingen. Utover dette var verktøyet i liten grad utnyttet til å oppdage og dokumentere risiko eller planlegge forbedringsarbeid. Hendelser som blir registrert i Det grønne korset blir ikke nødvendigvis meldt i det interne kvalitetssystemet, og dette gjør det vanskelig å dele erfaringer og se sammenhenger utover egen enhet.

«Jeg tror vi kan være flinkere på dette med melding. Vi har en del møtepunkt for å diskutere denne problematikken. Morgenmøter og grønne kors. Men mye av meldingen går på økonomisk administrative ting. Så har vi komplikasjonsmøter annenhver uke. Men i spesielle "cases" så burde kanskje leder tatt en avgjørelse.»

LEGE

Arbeidsmiljø med psykologisk trygghet

Helseforetakene har beskrevet hvordan de ønsker at arbeidsmiljø og meldeklima skal være. Dette står beskrevet i ulike strategidokumenter og verdiplakater (27, 28, 29). For å sikre god og trygg pasientbehandling må arbeidsmiljøet være preget av psykologisk trygghet, som innebærer åpenhet, tillit og respekt, der det skal være trygt å si ifra (30, 31).

Det er avgjørende at det finnes tilstrekkelig psykologisk trygghet på en arbeidsplass (24). Et forskningsprosjekt på amerikanske sykehus viste at de teamene som registrerte mest feil, hadde den største psykologiske tryggheten. Det vil si at det var trygt å fortelle ledelsen om feil som ble begått, slik at feilene kunne rettes og organisasjonen kunne lære av det. Det er et lederansvar å sikre at den psykologiske tryggheten er til stede, slik at frykten for å mislykkes ikke klarer å feste seg.

Arbeidsmiljø kan defineres som alle forhold på en arbeidsplass, mens arbeidskultur handler om de psykologiske mekanismene mellom ansatte, og mellom ansatte og ledelsen (32). Det kan finnes flere ulike *arbeidskulturer* på ett og samme sykehus. Dette kan skape forskjeller på hvordan situasjoner oppfattes og dermed på hva som meldes.

Et annet begrep er *normer*, som relateres til den uskrevne praksis på et arbeidssted; hvordan pleier vi å gjøre det hos oss? Spesielt der det er uklare prosedyrer vil en norm være trygghetsskapende. Normen skaper en forutsigbarhet i arbeidshverdagen og kan påvirke hvordan det oppleves å melde en hendelse. Hvis den som ytrer seg mot gjeldende norm opplever represalier, kan det utvikles en fryktkultur (33).

Vi fant at dersom helsepersonell som hadde vært involvert i en hendelse ikke var enige om hvorvidt hendelsen burde meldes, var det vanskelig å melde. I intervjuer kom det fram informasjon om leger som ikke ønsket å melde hendelser som kollega var involvert i, dersom kollegaen selv mente at hendelsen ikke var meldepliktig. Både faglig uenighet og pågående personkonflikter kan påvirke hva som blir meldt. I våre intervjuer med helsepersonell kom det fram at melding av hendelser også kunne bunne i interne konflikter.

«Å melde hendelser blir brukt i personkonflikter»

LEGE

«Å melde andres feil blir som å gå til angrep på hverandre, mer enn å si at her gikk vi feil»

LEGE

«Helsetilsynet tror jeg definitivt har noe for seg. Men det er jo ikke anonymt. Mange kan kanskje synes at det er skremmende.»

LEGE

I intervjuer fortalte flere leger at det ikke var rom for å gi tilbakemeldinger. De var redde for at dette kunne skape problemer for dem senere og opplevde dermed en form for fryktkultur. Mange leger har vikariat eller midlertidige stillinger og ønsker seg gjerne en fast stilling, andre har planer om forskning eller spesialisering innen fagfeltet. Riktignok var det bare noen få som hadde erfart negative konsekvenser selv, men usikkerheten hadde likevel spredd seg. Andre leger opplevde en større personlig trygghet, men så likevel at arbeidsmiljøet deres hadde en utfordring. Sykepleierne fortalte generelt om en større psykologisk trygghet på arbeidsplassen.

«Feil vil alltid skje når en opererer ofte nok. Hadde to lekkasjer på en uke, det var ille.»

LEGE

Både legene og sykepleierne ønsket å strekke seg langt for å ivareta pasientsikkerheten. De fleste var tydelige på at pasientene ble skjermet med tanke på indre konflikter i seksjonen, men enkelte mente likevel at det dårlige arbeidsmiljøet kunne gå utover pasientsikkerheten.

I en avdeling med manglende psykologisk trygghet, vil meldesystemet ikke bli brukt etter intensjonen, fordi den opplevde risikoen medfører at terskelen for å melde blir for høy. Ansatte vil raskt oppdage hvilken adferd leder verdsetter (24).

Ukom har gjennomgått data fra undersøkelsen ForBedring for perioden 2018–2020 fra den ene avdelingen. Våre funn gjenspeiler resultatene fra ForBedring når det gjelder arbeidsforhold, lederadferd og psykososialt/respektfullt arbeidsmiljø. I tallmaterialet ser vi at legene ikke synes det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold, men de ønsker likevel å melde avvik og hendelser som kan føre til feil. Imidlertid viser vår gjennomgang av saker i kvalitetssystemene at legene i liten grad melder hendelser der.

ForBedring

ForBedring er en nasjonal undersøkelse som kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS på alle nivåer i hvert enkelt helseforetak. Den er gjennomført årlig siden 2017, og den har høy svarprosent.

Tid og kapasitet til å melde

En av faktorene Riksrevisjonen mener må ligge til grunn for at ansatte i utgangspunktet skal kunne melde, er at de må ha tid. I en internrevisjonsrapport fra Helse Vest RHF der en har intervjuet 310 ansatte i helseforetakene (34), oppgir 85 prosent at det ikke er tid til å melde avvik i løpet av en arbeidsdag. I tillegg vises det til at samtidighetskonflikter og mangel på tid og personell – altså ressursknapphet – er en viktig grunn til at alvorlige, uønskede hendelser oppstår.

Flere vi intervjuet forteller om svært travle arbeidsdager, med stadige samtidighetskonflikter og svært syke pasienter. De forteller at tiden ikke alltid strekker til for å dokumentere og melde om uønskede hendelser. Legene forteller at det særlig er på kveld, natt og i helgene at de opplever samtidighetskonflikter. Da må vaktteamet, med varierende erfaring på de ulike nivåene, fordele oppgaver som akutte operasjoner, arbeid i akuttmottak og tilsyn med dårlige pasienter på sengepostene. Høyt arbeidspress kan føre til at meldinger om uønskede hendelser blir utsatt og deretter glemt.

«Jeg har ikke tid til å sette meg ned foran en PC, logge meg inn i systemet og lete meg fram til hva som har skjedd med meldingen...»

SYKEPLEIER

«Vi har fokus på de kritisk syke pasientene, ikke på å melde»

LEGE

Både sykepleiere og ledere ved avdelingen beskriver sengepostene som attraktive og lærerike arbeidssteder. Nyutdannede sykepleiere får allsidig erfaring og går gjerne raskt videre inn i ulike spesialutdanninger. For avdelingen betyr dette at det stadig blir utskiftninger, og at mye tid går med til opplæring. Dermed øker belastningen på sykepleiere med lengre ansiennitet. De forteller at de bruker det interne meldesystemet aktivt for å melde om uønskede hendelser, men at det er tidkrevende også for dem.

Ressursknappheten i helsevesenet setter bemanningen på strekk – dette øker risiko for samtidighetskonflikter og at pasienthendelser oppstår både på grunn av lang ventetid og mangel på kompetanse blant ansatte på jobb. I neste omgang har ikke personalet tid til å melde hendelsen, og ledere har ikke tid eller ressurser til å iverksette tiltak.

Meldesystem

Ansatte i helseforetakene får opplæring i, og tilgang til det interne kvalitetssystemet, og de skal på selvstendig grunnlag kunne melde hendelser. For at dette skal fungere etter intensjonen, må de ha eierskap til systemet, slik at hendelser faktisk blir meldt – og deretter brukt i forbedringsarbeidet.

I Riksrevisjonens rapport blir det konkludert med at helseforetakene i liten grad bruker informasjon fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Når en del hendelser aldri blir meldt, vil de heller ikke bli søkbare og kunne danne grunnlag for læring og forbedring. Læringspotensialet blir ikke utnyttet.

De interne kvalitetssystemene er sannsynligvis godt egnet som verktøy for lokal læring, men gir mindre rom for læring mellom sykehus. Slike systemer gir heller ingen nasjonal oversikt.

I internrevisjonsrapporten fra Helse Vest RHF vises det til at det blir meldt mange driftsrelaterte avvik internt (34). Manglende såpe i dispenser blir brukt som eksempel på saker som burde vært ordnet uten intern melding og saksbehandling. En leder spør også om det er hensiktsmessig å fortsette å melde på områder en nødvendigvis ikke får gjort noe med.

Ett av våre funn er at systemet oppleves tungvint, og det fylles med «unødvendige» meldinger. Saksbehandlingen kan lett bli sjablonmessig og ikke læringsdrevet. Dette kan føre til en overbelastning av systemet der meldinger om pasienthendelser ikke blir håndtert etter intensjonen, som er å bruke disse i forbedringsarbeid for å øke pasientsikkerheten. Legene forteller at slik meldesystemet brukes, synes de det gir liten grad av læring.

«Det er mye klaging, ting som andre ikke har fått gjort. Dette er den kanalen en har til å få ut frustrasjon. Det avvikssystemet burde heller hete forbedringssystem!»

SYKEPLEIER

«Hvert sykehus har sitt eget system, alle er kompliserte – det er de samme som har laget, som bruker og som kontrollerer systemet. »

LEGE

Erkjennelse av at noe kunne vært gjort annerledes

Mange helsepersonell opplever kritiske situasjoner daglig. Uønskede hendelser kan inntreffe til tross for at høykompetent personale er på plass og prosedyrer etterleves. I en behandlingskjede med mange involverte er det ikke umiddelbart lett å oppdage om noe er i ferd med å gå galt. En uønsket hendelse kan skyldes svikt i flere ledd, og da kan det, også i ettertid, være vanskelig å erkjenne om noe bør meldes eller varsles. I slike situasjoner vil nærmeste leders holdning være avgjørende for hva som blir meldt.

Store universitetssykehus har høy faglig kompetanse innenfor alle fagområder. Det som gjør en virksomhet fremragende, kan også innebære personlige belastninger for ansatte i miljø preget av prestisjekultur. I virksomheter med mye spesialkompetanse ser vi at det legges mye prestisje i faglige spørsmål, og at faglig uenighet kan utvikle seg til personkonflikter (35).

I et høyt spesialisert sykehusmiljø kan en ufeilbarlighetskultur vokse fram. Dette kan hemme åpenheten, både på personnivå og systemnivå. Åpenhet om, og erkjennelse av uønskede hendelser er en forutsetning for læring.

«Det er vanskelig å vite hva vi skulle gjort annerledes. Retrospektivt burde dette vært meldt »

LEGE

Begrepet «påregnelig risiko»

All medisinsk behandling medfører en usikkerhet som kommer på toppen av risikoen ved å være syk.

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (8, 9, 10, 11). Med «alvorlig hendelse» menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko og har sammenheng med helsehjelpen. Leger er dessuten pålagt å melde mistanke om unaturlig dødsfall til politiet (13).

Varsel om alvorlige hendelser

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.: Virksomheter som er omfattet av loven her, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, jf. helsetilsynsloven § 6 og lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten § 7. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko (8).

En studie av Lindekleiv et al. viser at i perioden 2011–2017 økte antall § 3-3a-varsler fra norske sykehus fra 1,7 til 7,8 pr. 10 000 somatiske døgnopphold (36). Det var stor variasjon i meldingsantall mellom helseforetak. Forfatterne fant det lite sannsynlig at økningen var forårsaket av en reell underliggende økning av alvorlige hendelser i helseforetakene, men heller at forståelsen av hva som skulle meldes hadde endret seg.

Varslingsplikten er åpen for en betydelig grad av skjønn (36). Vilkåret «påregnelig risiko» er et juridisk begrep som helsepersonell kan tolke forskjellig, og flere har etterlyst en presisering av begrepet (37, 34). Lovforarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven inneholder en setning om at «ved vurderingen av om en hendelse er etter denne bestemmelsen skal det legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken framstår som kompleks» (38). Det er ikke utarbeidet noen forskrift eller veileder som utdyper vilkåret «påregnelig risiko».

Med bakgrunn i forarbeidenes presisering av «feil, forsømmelser eller uhell», inntreffer det også en overlapping med hva leger skal melde til politiet. Denne meldeplikten går foran taushetsplikten, men gjelder i første omgang bare det objektive faktum at legen har mistanke om at det foreligger et unaturlig dødsfall (13). Ukom har sett at det ved enkeltavdelinger er en lavere terskel for å varsle politiet enn for å varsle i melde.no etter § 3-3a. Skjemaet Melding om dødsfall inneholder for eksempel flere påminnelser til legen som skriver meldingen om å varsle politiet ved mistanke om mulig unaturlig dødsfall. Det er ikke tilsvarende påminnelser om varsling etter § 3-3a. For dødsfall som er meldepliktig til politiet er nettopp «feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade» ett av kriteriene. Det er alltid krevende for en avdeling når politiet involveres i en pasienthendelse (34). Politietterforskning kan hindre læring fordi de involverte ikke tør å være åpne, og mange mener også at politiet ikke har god nok kompetanse til å vurdere sakene.

«Påregnelig risiko» er et uklart begrep når det skal relateres til alvorlige hendelser i helsetjenesten. Begrepet leder til diskusjoner og uenighet internt om hva som skal meldes. Hva som er påregnelig risiko defineres ulikt og varierer for eksempel med kompetanse, spesialitet, pasientens alder og helsetilstand. Dersom en opplever en personlig belastning ved å melde en alvorlig hendelse, kan en definere påregnelig risiko for komplikasjoner ganske vidt. I tillegg kommer at alvorlige hendelser oftest skjer på grunn av sammensatte årsaker, og da blir det desto vanskeligere å kunne si hva som er påregnelig risiko. I sykehusavdelinger med aspekter av ufeilbarlighetskultur kan det være vanskelig å være åpen om uønskede hendelser, og det kan også påvirke forståelsen av begrepet. Nærmeste leders forventning til hva som skal meldes, og

leders oppfølging av medarbeidere etter en uønsket hendelse er viktig både for læring og for å bygge opp den ansatte som har vært involvert.

I Sverige er varselplikten regulert i den såkalte lex Maria (39). Svenskene bruker ikke begrepet påregnelig risiko, men varselplikten innebærer hendelser som har medført eller kunne ha medført alvorlig pasientskade eller død. Dette gjelder dersom skaden kunne være unngått ved adekvate handlinger i pasientens kontakt med helse- og omsorgstjenesten. I Sverige er altså alvorlige nesten-hendelser også varslingspliktige.

I Helse Vest-rapporten kommer det fram faglig og personlig uenighet om hva som skal defineres som påregnelig risiko og hva som er faktisk avvik eller feil i behandlingen. Dette resulterer i variasjon i hva som meldes internt, men også i hva som varsles til tilsynsmyndighetene. Det blir fortalt at noen fagområder melder «raust», også der det ikke er identifisert svikt eller feil i behandlingen, mens andre melder i mindre grad. Ansatte påpeker at mye viktig læring går tapt dersom en i for stor grad konkluderer med at pasientskader og komplikasjoner skjer som følge av påregnelig risiko. Det sentrale må være å vurdere om det er mulig å redusere risikoen, også ved behandling som innebærer en påregnelig risiko (34).

Påregneligbegrepet beskriver risiko på gruppenivå, altså hva vi må regne med av komplikasjoner eller uønskede hendelser i en pasientpopulasjon. Men begrepet gir lite mening på individnivå og bidrar heller til uklarhet. For en tidligere frisk pasient som rammes av en alvorlig komplikasjon, er det ingen trøst i at komplikasjonen var påregnelig – bare fordi enkelte pasienter iblant rammes av en slik komplikasjon. For pårørende vil det være helt uforståelig dersom helsetjenesten ikke melder et dødsfall som en uønsket hendelse, når et slikt utfall er helt uventet for dem (1, 40).

Begrepet «påregnelig risiko» kan i seg selv føre til en underrapportering av hendelser som kan gi opphav til læring. Og helsepersonell går glipp av å reflektere rundt hvorfor nettopp denne pasienten døde, og hva kan vi lære av det? I en NPE-undersøkelse fra 2019 fant de at bare 33 prosent av sakene med innvilget erstatning ble funnet igjen i sykehusenes meldesystem (41). Når samsvaret er så dårlig, kan det tyde på at det interne kvalitetssystemet ikke gir et godt nok bilde av den typen skader som betyr mest for pasientene. Medholdssakene hos NPE representerer alvorlige pasienthendelser som i størst mulig grad bør meldes lokalt hvis sykehusene skal lykkes med å øke pasientsikkerheten og forebygge pasientskader. Samsvaret vil av naturlige grunner aldri bli 100 prosent.

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven omtales det som en prinsipiell utfordring at dagens varselordning har læring som hovedformål, samtidig som den er knyttet til sanksjonssystemer. Dette er i strid med internasjonal kunnskap og anbefalinger om lærings- og rapporteringssystemer (38). I helsepersonells bevissthet kan ordningen oppfattes som en sanksjonerende heller enn en lærende ordning, der det handler om å avdekke brudd på lov eller forskrift (34). «Trusselen» om sanksjoner kan gjøre at en vegrer seg for å innse at noe kunne vært gjort annerledes – og slik hindre læring (42). Regjeringen har utnevnt et utvalg for å evaluere varselordningen (43).

Ved sykehusavdelingene vi undersøkte, framsto terskelen for å varsle i melde.no som høy. I sykdomsforløpet vi omtaler oppstod det komplikasjoner, men disse ble vurdert å være innenfor påregnelig risiko. I løpet av det fire uker lange sykehusoppholdet, skrev 126 ulike personer i pasientjournalen, 49 av dem var leger. Likevel ble ingen hendelser meldt eller varslet. Selv om en i mange journalnotat omtaler tarmskaden som iatrogen og pasienten blir kritisk syk, er det ikke journalført noe om at en har diskutert å melde denne eller noen andre hendelser i det interne kvalitetssystemet eller varsle i melde.no. Ved utreise etter første opphold settes det en diagnose som indikerer skade påført som følge av kirurgi; «Utilsiktet punksjon og laserasjon under kirurgiske og medisinske prosedyrer» (Diagnosekode T81.2 i ICD 10), uten at dette heller utløser noen form for melding.

En kirurg reflekterte i intervju om hvorvidt skaden i tarmen under den første operasjonen skulle meldes:

«Jeg har aldri tenkt at dette skulle være en meldepliktig skade. Jeg husker vi diskuterte inngrepet, men husker ikke at vi snakket om å melde.»

LEGE

Gjennom intervjuene kom det også fram ulike syn på om dødsfallet skulle vært varslet:

«Jeg vet det ble diskutert på intensiv om det skulle meldes. Men vi brukte alt vi hadde på sykehuset og internasjonalt for at denne pasienten skulle komme gjennom det.»

LEGE

«Når det gjelder hele pasientforløpet, mener jeg at denne saken kunne vært meldt»

LEGE

Oppsummert ser vi at spørsmålet om hva som regnes som påregnelig risiko fører til vanskelige avveininger av hva som skal varsles til myndighetene, særlig i komplekse pasientforløp.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924