

Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser

Først publisert: 13. august 2024

Siste faglige endring: 13. august 2024

Innhold

1. Til leseren	3
2. Sammendrag	5
3. Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser ...	17
4. Del 1 – Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende ...	24
5. Del 2 – Ivaretagelse av medarbeidere	51
6. Del 3 – Ledelse og kultur	83
7. Metode og prosess	97
8. PDF av rapporten	103

Til leseren

Hensikten med denne guiden er å bidra til

- bedre ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser
- en mer åpen og lærende kultur

Guiden gir en samlet og faglig oppdatert oversikt over

- de viktigste tematikkenes å ta hensyn til *hva og hvorfor*
- eksempler på praktiske virkemidler og måter å gå frem på *hvordan*

Målet er økt oppmerksomhet og kompetanse på et problemområde som berører mange mennesker.

Utfordringer i dag og hva som kan oppnås ved bedre ivaretagelse introduseres i kapitlet ["Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser"](#) og drøftes nærmere i de enkelte temakapitlene.

Guiden er relevant for

- ledere på alle nivåer i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- støttefunksjoner som arbeider med fagutvikling, kvalitet, pasientsikkerhet, HR, samt bedriftshelsetjenesten og vernetjenesten
- helsepersonell og andre medarbeidere
- studenter og elever i helse- og sosialutdanningene
- pasienter, brukere, og pårørende

Prosjektgruppen håper guiden vil bidra til refleksjon, diskusjon og handling.

Hva menes med uønsket hendelse?

Med uønsket hendelse forstår vi her en faktisk eller potensiell skade som følge av behandling eller tjeneste, eller mangel på nødvendig helse- og omsorgshjelp. Denne definisjonen er videre enn Verdens helseorganisasjons (WHOs) definisjon av "adverse event" [1], som er begrenset til reell skade. Denne guiden bruker begrepet i samme betydning som nasjonale helsetjenester i andre land, for eksempel Skottland [2]. Det er også i tråd med anbefalinger om begrepsbruk i en ny norsk artikkel om begrepsbruk [3].

Hendelser som kunne medført skade er viktige å ha med fordi også disse kan være belastende for de involverte. De gir også anledning til læring og forbedring av tjenesten, og oppfølging av disse kan dermed bidra til å forhindre reelle skader.

Hva menes med ivaretagelse?

Hva ivaretagelse innebærer, blir utdypet gjennom hele guiden, men det er viktig å tydeliggjøre fra start at det er mer enn følelsesmessig støtte. Det betyr også å bli tatt på alvor, å få informasjon og å kunne bidra med sitt perspektiv om hva som er skjedd. Det kan innebære gjenopprettende behandling og praktisk bistand. Alle forbedringstiltak for å unngå at en uønsket hendelse gjentar seg, er i grunnen også god ivaretagelse.

Oppfølging etter uønskede hendelser må tilpasses både situasjonen og individuelle behov

Gjennomgående i oppfølgingen av uønskede hendelser gjelder prinsippet om forholdsmessighet. Alle hendelser håndteres prinsipielt likt, men tilpasses situasjonen. Oppfølging av alvorlige uønskede hendelser vil kreve mer innsats enn mindre alvorlige hendelser.

Samtidig må ivaretagelsen tilpasses de involvertes behov. Selv om hendelsen har et mindre alvorlig utfall, kan den likevel oppleves belastende. Dette kan gjelde for eksempel nyutdannede helsepersonell eller pasienter som blir svært redde.

Kunnskapsgrunnlaget

Prosjektet har arbeidet i tråd med modellen for kunnskapsbasert praksis som Helsedirektoratet benytter. Den består av tre elementer: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, samt brukermedvirkning og -kunnskap. Modellen inneholder også at disse må anvendes i en kontekst, som her er helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Det ble bestilt systematiske litteratursøk og oversikt av Folkehelseinstituttet (FHI). Arbeidsgruppene og referansegruppen favnet bredt og inkluderte representanter for profesjonsforeninger og brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten på flere nivåer, akademia og helseforvaltningen. I tillegg ble rapporter, prosedyrer fra tjenesten, og retningslinjer fra andre land gjennomgått. Se avslutningskapitlet "[Metode og prosess](#)" for en nærmere beskrivelse, inkludert en oversikt over hvem som har deltatt.

1. World Health Organization, *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. 2021, World Health Organization: Geneva.
2. McQueen, J.M., et al., *Adverse event reviews in healthcare: what matters to patients and their family? A qualitative study exploring the perspective of patients and family*. BMJ Open, 2022. **12**(5).
3. Mulac, A., S. Elvik, and Ø. Flesland, *Uklart om uønskede hendelser*. Tidsskrift for den norske legeforening, 2024. **144**(5).

Sammendrag

Målet med denne guiden er å bidra til bedre ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser. Guiden gir en oversikt over de viktigste elementene og trinnene i ivaretagelse, og kan brukes som oppslagsverk.

Ivaretagelse innebærer empati og støtte, men krever også forberedelse i forkant, samtaler og involvering i læringsprosesser i etterkant, og bevisst innsats for å gjenopprette tillit og relasjoner. Mange av de samme elementene er viktige for både pasienter, brukere og pårørende på den ene siden, og medarbeidere på den andre.

Ivaretakende ledelse og kultur er en forutsetning. Uten denne grunnmuren vil forskjellige tiltak ikke ha tilsiktet effekt. Samtidig vil god ivaretagelse bygge en mer åpen og lærende kultur. Dette vil i neste instans kunne redusere antall pasientskader og andre uønskede hendelser.

Oppbygning av guiden

Guiden har tre hoveddeler:

- ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende
- ivaretagelse av helsepersonell og andre medarbeidere
- ivaretakende ledelse og kultur

Kapitlene innenfor hver del begynner med hvorfor et tema er viktig, basert på forskning og erfaringsbasert kunnskap, og avslutter med praktiske virkemidler som viser hvordan det kan gjøres. Til slutt gir dette sammendraget en oversikt over praktiske virkemidler og modeller i guiden.

Innledningsvis er en beskrivelse av bakgrunnen for arbeidet. Det utføres svært mye godt arbeid i helse- og omsorgstjenesten, men dessverre forekommer uønskede hendelser fortsatt for ofte, og ikke alle som blir berørt opplever å bli godt ivaretatt etterpå. I tillegg til slike praktiske utfordringer og faglige begrunnelser, er det kommet nyere føringer i Norge og fra Verdens helseorganisasjon (WHO). Disse vektlegger en åpen, lærende og trygg kultur, som inkluderer psykologisk trygghet i pasientsikkerhetsarbeide og medvirkning av de involverte i forbindelse med hendelser.

Avslutningsvis gis en beskrivelse av metode og prosess. Guiden er resultat av et forprosjekt og hovedprosjekt i Helsedirektoratet med bred involvering. Kunnskapsmodellen som ligger til grunn inkluderer forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og brukermedvirkning. Dette innebærer systematiske oversiktstudier og litteratursøk samt deltakelse i arbeids- og referansegrupper fra en rekke representanter for helse- og omsorgstjenesten, profesjonene, brukerorganisasjoner, akademia og andre instanser.

Del 1 – Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende

Ivaretagelse starter før en hendelse skjer, med god dialog og forventningsavklaringer i møte med pasient, bruker og pårørende. I tillegg til at dette er nødvendig for brukermedvirkning, kan det også lette håndtering av en uønsket hendelse, skulle det skje. Når det skjer, er en åpen erkjennelse og en beklagelse svært viktig.

Uønskede hendelser kan påvirke de berørte i lang tid etterpå, både fysisk, psykisk, sosialt og økonomisk. Uten en erkjennelse, beklagelse, og erfaring om at det tas ansvar, kan pasienter, brukere og pårørende oppleve et dobbelt tillitsbrudd.

Guiden skiller mellom beklagelse og unnskyldning. Før omstendighetene er klarlagt, skal man ikke be om unnskyldning. Blir det påvist svikt, er det svært viktig at de berørte får en oppriktig unnskyldning. Kapittel 3 konkretiserer elementene i en oppriktig unnskyldning, og hva som kjennetegner dårlige eller pseudo-unnskyldninger. Kapitlet redegjør også for perspektivet kalt gjenopprettende tilnærming. Det vektlegger gjenoppbygging av relasjonen og tilliten mellom tjenesteyter og de berørte, som igjen bidrar til restituering av psykisk helse.

Berørte ønsker å bidra til at det de har opplevd, ikke skjer igjen. Dette er en viktig grunn for å involvere pasienter, brukere og pårørende i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedringsarbeid. I tillegg er det nødvendig for å få deres perspektiver for et komplett bilde av hva som er skjedd, noe WHO og Helsetilsynet påpeker, for å forebygge gjentakelser av uønskede hendelser. Berørte bør gis forskjellige typer muligheter og trygge rammer for deltakelse.

Det er normalt å reagere på uventede og uønskede hendelser, og de fleste reaksjoner vil gå over av seg selv. For både pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere er det faglige prinsippet om «avventende oppfølging» en viktig ledetråd. Det betyr å følge med på hvordan det går med de involverte, og sette i verk tiltak ved behov. Denne tilnærmingen og roller i oppfølgingen utdypes i kapittel 5.

Del 2 – Ivaretagelse av medarbeidere

God ivaretagelse starter med forberedelse av medarbeidere på at uønskede hendelser skjer, og hvordan de kan håndtere disse, støtte sine kollegaer og samtale med pasienter, brukere og pårørende. Eksisterende møtearenaer og egne undervisningsopplegg kan brukes til å heve kompetanse og samtidig unngå stigmatisering, som ofte følger med å være involvert i en hendelse.

Oppfølging etter en hendelse bør skje på en systematisk måte, med klare roller og ansvar. Ivaretagelse av medarbeidere baseres på fem grunnprinsipper for møter med mennesker i krise, og er i kapittel 2 sammenfattet i en punktliste, delt i en akutfase og en oppfølgingsfase. I stedet for psykologisk debriefing, anbefales psykologisk førstehjelp og læringsdebrief.

Støtte fra kollegaer er det som er viktigst for medarbeidere etter en uønsket hendelse. Fordelene ved å formalisere kollegastøtte er at man sikrer at alle har en kollega å snakke med, at det viser organisasjonens støtte og kan fremme kulturendring. Det betyr ikke at ordningene trenger å være kompliserte. Kapittel 3 om kollegastøtte omtaler flere alternativer, også faglig sparring og etisk refleksjon, og redegjør for erfaringer med og effektstudier av kollegastøtte.

Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelser er viktig for å få deres perspektiver og belyse hendelsen. Å kunne bidra til forbedring av tjenesten og til at lignende hendelser ikke gjentar seg, fremmer også medarbeideres bearbeiding av hendelsen og gjenopprettelse av mestringsopplevelse. Gjennomgang av hendelser bør starte i det daglige, med mindre alvorlige – og gjerne også de gode erfaringene – og inkludere et repertoar av metoder. Kapittel 4 redegjør for en rekke aktuelle metoder.

Del 3 – Ledelse og kultur

Kapitlet «Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring» utdyper viktige kvaliteter ved en kultur som ivaretar både medarbeidere og pasientsikkerhet. Det beskriver forankringen i overordnede føringer og i litteraturen, og hvordan man kan arbeide med å utvikle kultur i praksis.

Psykologisk trygghet er en sentral faktor. Det er mange forhold som kan hemme psykologisk trygghet: forventninger om ufeilbarlighet, hierarki, søkelys på individ og ikke system, ufin kommunikasjon. For å motvirke disse hindringene er det nødvendig å ha et lærings- og systemperspektiv på uønskede hendelser og å jobbe for likeverdige, respektfulle og inkluderende miljøer.

Ledelse som tema drøftes i lys av både kulturledelse og ivaretakende ledelse. Ivaretakende ledelse tar utgangspunkt i Michael Wests operasjonalisering av compassionate leadership, og i et rammeverk for å fremme psykologisk trygghet som Amy Edmondson ha utviklet for ledere. Både formelle og uformelle ledere, for eksempel de erfarne i faget, har svært sentrale roller i å utvikle kultur og utvise ivaretagelse i helse- og omsorgsvirksomheter.

Oversikt over praktiske virkemidler og figurer

	Kapittel	Praktiske virkemidler, konkretiseringer og verktøy	Figurer, flytdiagrammer, modeller og tabeller
Bakgrunn			Flytdiagram med helhetlig perspektiv på ivaretagelse ved uønskede hendelser
Del 1 – Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende	1. Dialog og forventningsavklaring	- Informasjon - Dialog - Fire gode vaner - Hva er viktig for deg? - Teach-back - Samvalg	
	2. Erkjennelse og beklagelse	- Vurdering av hvem bør holde samtaler - Sjekkliste for samtaler - Kontaktperson, med eksempel på skjema	- Firefeltstabell for hvem bør holde samtale - Trappetrinnsmodell for melding av uønsket hendelse
	3. Oppriktig unnskyldning	- Elementene i en oppriktig unnskyldning - Eksempler på pseudo-beklagelser og -unnskyldninger	Flytdiagram for oppfølging av pasient, bruker, pårørende
	4. Involvering i læring og forbedring	- Alternative former for deltakelse - Psykologisk trygg ramme	

	5. Avventende oppfølging	• Roller i oppfølgingen • Mulige senreaksjoner	
Del 2 – Ivaretagelse av medarbeidere	1. Forberedelse på mestring	• Bruk av eksisterende arenaer • Eksempel på seminarinnhold • Lokal spesifisering av hvilke hendelser som bør meldes	
	2. Systematisk oppfølging	• Roller og ansvar • Fem grunnprinsipper • En 10-punktsliste for oppfølging	• Tabell som viser forskjellen på psykologisk førstehjelp, psykologisk debrief og læringsdebrief • Flytdiagram for oppfølging av medarbeidere
	3. Kollegastøtte	• Buddy-system • Kollegastøtte-rollen • Kollegastøtteteam • Ekspertressurser • Ordninger i profesjonsforeninger • Faglig sparring • Etisk refleksjon	
	4. Involvering i læring og forbedring	• Pluss-minus • Det grønne korset • TALK • After Action Review • Morbidity and mortality-møter • Lærerike hendelser • Forenklet hendelsesanalyse • Hendelseanalyse • Eksempler på organisatorisk læring og endringer/forbedringer etter læringsgjennomganger	• Figur med repertoar av metoder for gjennomgang av hendelser
			• Modell for sammenhengen mellom kultur med

Del 3 – Ledelse og kultur	1. Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring	• Kulturledelse punktliste • Kulturutviklingstiltak • Simuleringer • Kartlegginger	psykologisk trygghet og medarbeiderhelse og engasjement, og pasientsikkerhet og kvalitet • Tabell med kulturdimensjoner som hemmer versus fremmer psykologisk trygghet, åpenhet og læring
	2. Ivaretakende ledelse	• Ivaretakende ledelse operasjonalisert • Lederens verktøykasse for psykologisk trygghet	• Tabell med lederens verktøykasse for psykologisk trygghet

Summary in English

Such care involves providing empathy and support, but it also requires advance preparation, discussions and participation in learning processes after an event, in addition to a conscious effort to restore trust and relationships. Many of the same elements are important for patients, users and relatives on the one hand, and employees on the other.

Compassionate leadership and culture are essential. Without this cornerstone, any measures will not have the intended effect. At the same time, good care will build a more open and learning culture. This will then help to reduce the number of patient injuries and other adverse events.

Structure of the guide

The guide comprises three main parts:

- caring for patients, users and relatives
- caring for health care professionals and other employees
- compassionate leadership and culture

The chapters in each part start with an explanation of *why* a particular topic is important, based on research and experience-based knowledge, and end with practical tools that show *how* it can be done. At the end of this summary is an overview of the practical tools and models in this guide.

The introductory chapter describes the background for the work on this topic. Excellent work is done by the health and care services; however, adverse events are unfortunately still too common, and not everyone who is affected finds themselves being properly cared for afterwards. In addition to such practical challenges and research-based justifications, new directive plans have been issued both in Norway and by the World Health Organization (WHO). These plans emphasize an open, learning and safe culture, which encompasses psychological safety, in the efforts to ensure patient safety, and the participation by those

involved in adverse events.

A description of method and process is found in the final chapter. This guide is the result of a preliminary project and a main project with broad participation carried out by the Norwegian Directorate of Health. The knowledge model that underpins the guide includes research knowledge, experience-based knowledge, and user participation. It encompasses systematic review studies and literature searches, and participation in both working and reference groups by a large number of representatives from the health and care services, professions, user organizations, academia and other bodies.

Part 1 – Caring for patients, users and relatives

Care starts before an adverse event has even occurred, with good dialogue and the clarification of expectations when meeting with patients, users and relatives. This is necessary for ensuring user participation, and it can in addition ease dealing with handling an adverse event, should it occur. If an adverse event does happen, open acknowledgement and an expression of regret are vital. Adverse events can affect those involved for a long time afterwards – physically, mentally, socially and financially. Without acknowledgement, expression of regret and confirmation that those in charge are taking responsibility, patients, users and relatives may experience a double breach of trust.

This guide distinguishes between an expression of regret and an apology. Until the circumstances have been clarified, an apology should not be made. If a flaw is confirmed, it is very important that those affected receive a sincere apology. Chapter 3 specifies the elements of a sincere apology, and what characterizes poor or pseudo-apologies. This chapter also discusses the perspective known as the restorative approach. It emphasizes the rebuilding of relationships and trust between the service provider and those affected, which in turn contributes to the restitution of mental health.

The people affected want to help ensure that what they have been through does not happen again. This is an important reason for involving patients, users and relatives in the review of the event, learning and improvement work. It is also necessary to get their perspectives to obtain a complete picture of what happened, as noted by the WHO and the Norwegian Board of Health Supervision, in order to prevent recurrences of adverse events. The persons affected should be given alternative forms of participation and safe conditions in which to take part.

It is normal to react to unexpected and adverse events, and most reactions will pass without intervention. For patients, users, relatives and employees alike, the principle of "watchful waiting" gives important guidance. This entails monitoring how people are doing and taking action if needed. This approach and the roles involved in follow-up are explained in more detail in Chapter 5.

Part 2 – Caring for employees

Good care starts with preparing employees for the eventuality that adverse events may happen, and how they can handle them, support their colleagues, and talk to patients, users and relatives. Existing meeting arenas and specific educational initiatives can be used to raise the level of competence, while at the same time avoiding stigmatization, which often ensues from involvement in an adverse event.

Follow-up after an adverse event should be done systematically, with clear roles and responsibilities. Caring for employees is based on five basic principles for responding to people in crisis, and is summarized in Chapter 2 in a ten-point list, divided into an acute phase and a follow-up phase. Instead of psychological debriefing, psychological first aid and learning debriefs are recommended.

Support from colleagues is what is most important for employees following an adverse event. The benefits of formalizing peer support include that it helps ensure everyone has a colleague whom they can talk to, that it demonstrates the organisation's support, and that it can promote culture change. This does not mean that the peer support programs need to be complicated. Chapter 3 on peer support discusses several possible options, as well as professional sparring and ethical reflection, and presents experiences with and efficacy studies of peer support.

Involving employees in reviews of adverse events is important in order to obtain their perspective and elucidate the incident. The chance to contribute to improving services and preventing that similar incidents are not repeated also promotes the employees' processing of the event and restoration of a sense of mastery. Reviews of events should start as part of the everyday work, with reviews of minor incidents – and ideally also good experiences – and include a repertoire of methods. Chapter 4 presents a number of relevant methods.

Part 3 – Leadership and culture

The chapter entitled “Culture of psychological safety, openness and learning” expands on important qualities of a culture that safeguard both employees and patient safety. It describes the grounding in both policy and the literature, and how a positive culture can be developed in practice.

Psychological safety is a key factor. There are many conditions that can inhibit psychological safety: expectations of infallibility, hierarchy, focus on the individual rather than the system, and incivility. To overcome these obstacles, it is necessary to adopt a learning and system perspective on adverse events, and to strive for equitable, respectful and inclusive environments.

Leadership as a topic is discussed in light of both cultural leadership and caring leadership. Caring leadership is based on Michael West's principles of compassionate leadership, and on a framework for promoting psychological safety for leaders developed by Amy Edmondson. Both formal and informal leaders, such as those with considerable experience in the discipline, play pivotal roles in developing culture and demonstrating compassion in the health and care services.

Overview of practical tools and figures

	Chapter	Practical methods, concretizations and tools	Figures, flowcharts, models, and tables
Background			Flowchart with holistic perspective on care relating to adverse events
Part 1 Caring for patients, users and relatives	1 Dialogue and clarification of expectations	Information – Dialogue – Four good habits – What's important to you? – Teach-back – Shared decision-making	
			Four-field table for who should hold conversations

	2 Acknowledgement and expression of regret	Determining who should hold conversations – Checklist for conversations– Contact person, with example form	Escalation model for reporting adverse events
	3 Sincere apology	The elements of a sincere apology – Examples of pseudo-expressions of regret and apologies	Flowchart for follow-up of patients, users, and relatives
	4 Participation in learning and improvement	Alternative forms of participation – Psychologically safe conditions	
	5 Watchful waiting	Roles in the follow-up – Possible delayed reactions	
Part 2 Caring for employees	1 Preparation for coping	Use of existing arenas – Example of seminar content – Local specification of incidents that should be reported	
	2 Systematic follow-up	Roles and responsibilities - Five fundamental principles - A ten-point list for follow-up	Table showing the difference between psychological first aid, psychological debrief and learning debrief Flowchart for follow-up of employees
	3 Peer support	Buddy system – Peer support role – Peer support team – Expert resources – Peer support in professional associations – Professional sparring – Ethical reflection	
	4 Involvement in learning and improvement	Plus-minus – The green cross – TALK – After Action Review – Morbidity and mortality meetings – Incidents worth learning from – Simplified incident analysis – Incident analysis – Examples of organisational learning and changes/improvements following learning reviews	Figure with repertoire of methods for reviewing events
Part 3 Leadership and culture	1 Culture of psychological safety, openness and learning	Cultural leadership bullet list – Cultural development measures – Simulations – Assessments	Model for the link between culture with psychological safety and employee well-being and engagement, and patient safety and quality Table showing cultural dimensions that inhibit or promote psychological safety, openness and learning

oahkkáigeassu

Fuolaheapmi gáibida empatiija ja doarjaga, muhto gáibida maiddá ovddalgihtii ráhkkaneami, ságastallamiid ja searvama oahppanproseassaide mael, ja diolaš ágiruššama oažžut ruovttoluotta luohhtámuša ja gaskavuoaid. Ollu dain seamma elemeanttain leat dehálaat sihke pasieanttaide, geavaheddjiide ja oapmahaaide ovttá bealde, ja bargiide nuppi bealde.

Fuolaheaddji ja kultuvra lea eaktun. Dán vuoogeaggi haga eai boae iešguetlágan doaibmabijuin leat háliiduvvon ávki. Seammás hukse buorre fuolahus rabas ja oahppevaš kultuvrra. Dát boahte háve sáhtta unnidit pasieantavahágiid ja eará sávakeahtes dáhpáhusaid.

Oahpisteaddji huksehus

Oahpisteaddjis leat golbma váldooasi:

- fuolahit pasieanttaid, geavaheddjiid ja oapmahaaid
- fuolahit dearvvašvuoabargiid ja eará mielbargiid
- fuolaheaddji joiheapmi ja kultuvra

Juohke kapihtal álgá dainna manne fáddá lea dehálaš, dutkama ja vásáhusvuot máhtu vuoul, ja loahpahuvvo geavatalaš váikkuhangaskaomiiguin mat ájehit *mot* dan sáhtta dahkat. Dán oahpisteaddji oahkkáigeasu loahpas gávdná bajilgova geavatalaš váikkuhangaskaomiin ja málliin.

Álggos ilgejuvvo duogáš dán bargui. Dearvvašvuo- ja fuolahusbálvalusas dahkkojuvvo hui ollu buorre bargu, muhto dai bahábut dáhpáhuvvat ain menddo dávjá sávakeahtes dáhpáhusat, eaige buohkat geaidna dat uohcá, vásit mael sii leat bures vuhtiiváldojuvvon. Lassin dákkár geavatalaš hástalusaid ja fágalaš ákkastallamiidda, de leat leat boahtán oaset láidestusat Norggas ja Máilmmi dearvvašvuoorganisašuvnnas (WHO). Dat deattuhit rabas, oahppevaš ja oadjebas kultuvrra, masa maiddá gullá psykologalaš oadjebasvuotta, pasieantasihkarvuoabarggus, ja oasálastiid váikkuheapmi dáhpáhusaid oktavuoas.

Loahpas ilgejuvvo vuohki ja proseassa. Ovdaprošeakta ja DearvvašvuoDirektoráhta váldoprošeakta masa ollugat leat searvan lea buvttihan dán oahpisteaddji. Máhttomodealla mii lea vuoun siskilda dutkanmáhtu, vásáhusvuot máhtu ja geavaheaddjiváikkuheami. Dát mielddisbuktá systemáhtalaš visogovadutkamušaid ja girjjálašvuoat ohcamiid, ja oassálastima bargo- ja referánsajoavkkuide mágga dearvvašvuo- ja fuolahusbálvalusa, profešuvnnaid, geavaheaddjiorganisašuvnnaid, akademijja ja eará orgánaid ovddasteddjiin.

1. Oassi Pasieanttaid, geavaheddjiid ja oapmahaaid fuolaheapmi

Fuolaheapmi álgá ovddal go dáhpáhus dáhpáhuvvá, buori gulahallamiin ja vuordámušaid ielggademiin go deaivvada pasieanttain, geavaheddjiin ja oapmahaiguin. Lassin dasa ahte dát lea dárbbášlaš vai geavaheaddjit sáhttet váikkuhit, de sáhtta dat maiddá álkidahttit sávatkeahtes dáhpáhusa gieahallama, jus

fal dáhphuvvá. Go nu geavvá, de lea rabas mieiheapmi ja šállošeapmi hui dehálaš. Sávakeahtes dáhphusat sáhttet uohcat sidjiide geat vásihit dan guhkes áigái maelii, sihke fysalaat, psyhkalaat, sosiálalaat ja ekonomalaat. Almmá mieiheami, šállošeami ja vásáhusa haga ahte váldo ovddasvástádus, sáhttet pasieanttat, geavaheaddjit ja oapmahaat vásihit duppal luohttámušrihkuma.

Oahpisteaddji earuha šállošeami ja ándagassii átnuma. Ii galgga ándagassii átnut ovdal go dilálašvuoat leat ielggaduvvon. Jus váilevašvuoat duoastuvvojit, de lea hui dehálaš ahte sii geaidda dát guoská ožžot duohta ándagassii átnuma. Kapihtal 3 konkretisere duohta ándagassii átnuma osiid, ja heajos dahje pseudo - ándagassii átnumiid dovdomearkkaid. Kapihtalis ilgejuvvo maiddá dat perspektiiva mii gohoduuvvo *buoridan lahkoneapmin*. Das deattuhuvvo fas hukset gaskavuoat ja luohttámuša gaskal bálvalusfálaldagaid ja sin geaidda dat guoská, mii fas váikkuha buorideame psyhkalaš dearvvašvuoat.

Sii geaidda dát guoská hálidit leat mielde sihkkarastime ahte dat maid sii leat vásihan ii dáhphuva fas. Dát lea deaalaš ágga dasa ahte oažžut pasieanttaid, geavaheddiid ja oapmahaaid searvat dáhphusa guorahallamii, oahppamii ja buoridanbargui. Dasa lassin lea dárbbášlaš oažžut sin oainnuid vai oažžu ollislaš gova das mii lea dáhphuvvan, masa WHO ja Dearvvašvuoabearráigeahu ujuhit, eastadan dihte sávakeahtes dáhphusaid geardduheami. Sidjiide geaidda guoská, berrejit oažžut iešguetlágan vejolašvuoaid ja dorvvolaš rámmaid oassálastimii.

Lea dábalaš reageret vuorddekeahtes ja sávakeahtes dáhphusaide, ja eanaš reakšuvnnat jávkot iešalddis. Sihke pasieanttaide, geavaheddiide, oapmahaide ja mielhargiide, lea fágalaš prinsihppa "vuordilit uovvolemiin" *watchful waiting* vuordimin dehálaš láidestussan. Dat mearkkaša uovvulit mot manná singuin geaidda guoská, ja aahit doaibmabijuid dárbbu mielde. Dát lahkoneapmi ja uovvoleami rollat ilgejuvvojit vuoleappot 5. kapihtalis.

2. Oassi - Bargiid fuolaheapmi

Buorre fuolaheapmi álgá nu ahte bargit ráhkanit sávakeahtes dáhphusaide, ja mot sii sáhttet dáid gieahallat, doarjut iežaset kollegaid ja ságastallat pasieanttaiguin, geavaheddiiguin ja oapmahaiguin. Dálá deaivvadanbáikkat ja sierra oahpahuslášosat sáhttet geavahuvvot loktet gelbbolašvuoat ja seammás eastadit stigmatiserema, mii dávjá bohtá go lea mielde dáhphusas.

uovvoleapmi mael dáhphusa galgá dahkkot systemáhtalaat, ielga rollaiguin ja ovddasvástádusain. Bargiid fuolaheapmái leat vuon vihtta vuooprinsihpa go deaivvada olbmiguin geat leat kriissas, ja lea ohkkejuvvon 2. kapihtalis 10-uoggá listui, mii lea juhkkujuvvon akuhta muddui ja uovvolanmuddui. Psykologalaš ságastallama sadjái ávžžuhit psyhkalaš vuosttašveahki ja oahppanságastallama.

Doarjja kollegain lea deháleamos bargiide mael sávakeahtes dáhphusa. Kollega-doarjaga formaliserema ovdamunit leat dat ahte sihkkarastá ahte buohkain lea kollega, geainna hupmá, ahte dat ájea organisašuvnna doarjaga ja sáhtta ovddidit kulturnuppástusa. Dát ii mearkkaš ahte fertetit váttis ortnegat. 3. kapihtal kollegadoarjaga birra muitala mága vejolašvuoat birra, maiddá fágalaš oaivillonoahallama ja ehtalaš reflekšuvnnaid birra, ja ilge kollegadoarjaga vásáhusaid ja váikkuhusdutkanmušaid birra.

Lea dehálaš oažžut mielde mielhargiid geahadit dáhphusaid, vai sin perspektiiva dáhphusa uvgen bohtá ovdan. Dat ahte sáhttit buoridit bálvalusa ja eastadit ahte sullasaš dáhphusat eai geardduhuvvo, ovddida maiddá mielhargiid gieahallama dáhphusas ja máhcaha hálddašanvásáhusa. Dáhphusaid geahadeami berre álggahit beaivválaat, muhto ii nu duoalaat - ja áinnas maiddá buriid vásáhusaiguin - ja galget sisttisdoallat mággalágan vugiid. 4. kapihtal ilge mága áigeuovdilis vuogi.

3. Oassi Joiheapmi ja kultuvra

Kapihtalis "Kultuvra psyhkalaš oadjebasvuoa, rabasvuoa ja oahppama várás" ilgejuvvojit dehálaš iešvuoat kultuvrras mii sihkkarastá sihke bargiid ja pasieanttaid oadjebasvuoa. Dat govvida man láhkai bajitdási láideustat ja girjjálašvuohta leat vuoun, ja mot kultuvrra sáhttá ovddidit geavadis.

Psyhkalaš oadjebasvuohta lea dehálaš fáktora. Leat ollu dilálašvuoat mat sáhttet hehttet psyhkalaš oadjebasvuoa: vuordámušat ii bargat boastut, hierarkii, guovddázis indiviida iige vuogádat, fasttes gulahallan. Go galgá eastadit dáid hehttehusaid, de lea dárbbalaš ahte lea oahppan- ja vuogádatperspektiiva sávakeahtes dāhpáhusaide ja bargat ovttáárvosaš, gudnejahtti ja searvvaheaddji birrasiid ovdii

Joiheapmi fáddán digaštallo sihke kulturjoiheami ja fuolaheaddji joiheami hárrái. Fuolaheaddji joiheapmi atná vuoun Michael Wests operasjonalisering av *compassionate leadership*, ja rámmavuogádaga mii ovddida psykologalaš oadjebasvuoa, man Amy Edmondson lea ráhkadan joiheddjiide. Sihke formálalaš ja eahpeformálalaš joiheadjit, ovdamearkka dihte sis geain lea fágahárjáneapmi, lea hui guovddáš rollat dearvvašvuoa- ja fuolahusdoaimmain ovdánahttit kultuvrra ja ájehit fuola dearvvašvuoa- ja fuolahusdoaimmain.

Bajilgovva praktihkalaš gaskaoamit ja figuvrrat

	Kapihtal	Praktihkalaš gaskaoamit, konkretiseremat ja reaiddut	Figuvrrat, dāhpáhusdiagrāmmat, modeallat ja tabeallat
Duogáš			Dāhpáhusdiagrāmman mas ollislaš perspektiiva lea fuolaheapmi sávakeahtes dāhpáhusaid mael
1.oassi Pasieanttaid, geavaheddjiid ja oapmahaaid fuolaheapmi	1 Gulahallan ja vuordámušielggadeapmi	Dieut - Gulahallan - Njeallje buori dábi - Mii lea dehálaš dutnje? – Teach-back – Ovttasválljen	
	2 Mieiheapmi ja šállošeapmi	Árvvoštallat gii berre doallat ságastallamiid - Ságastallamiid iskanlistu - Gulahallanolmmoš, mas skov	Njealjesuorggat - tabealla das gii galgá doallat ságastallama Tráhppaceahkketabealla sávakeahtes dāhpáhusa dieihemiide
	3 Duohta ándagassii átnun	Duohta ándagassii átnuma elemeanttat – Ovdamearkkat pseudo-šállošemiide ja -ándagassii átnumiidda	Dāhpáhusdiagrāmman pasieantta, geavaheaddji, oapmahaa uovvoleapmái
	4 Oassálastin oahppamii ja buorideapmái	Molssaevttolaš oassálastinvuogit – Psykologalaš oadjebas rámma	
	5 Vuordilit uovvolemiin	uovvoleami rollat – vejolaš maonan reakšuvnnat	

Del 2 Bargiid fuolaheapmi	1 Ráhkkanepmi hálddašeapmái	Dáláš arenaid geavaheapmi - Seminárasisdoalu ovdamearka - Báikkálaš spesifiseren das makkár dáhpáhusaid berre dieihit	
	2 Vuogádatlaš uovvoleapmi	Rollat ja ovddasvástádus – Vihtta vuooprinshpa – 10 -uokkislistu uovvoleapmái	Tabealla mii ájeha psykologalaš vuosttašveahki, psykologalaš oaivillonohallama ja oahppandigaštallama gaskkas Dáhpáhusdiagramma bargiid uovvoleapmái
	3 Kollegadoarjja	Buddy-vuogádat - Kollega doarjarolla - Kollegaveahkkejoavku - Ekspeartaresurssat - Profešuvdnaserviid ortnegat - Fágalaš seastin - Etihkalaš reflekšuvdna	
	4 Oahppamii ja buorideapmái searvan	Pluss-minus - Ruoná ruossa - TALK - After Action Review - Morbidity and mortality-oahkkimat - Oahppevaš dáhpáhusat - Álkidahtton dáhpáhusanalysa - Dáhpáhusanalysa - Ovdamearkkat organisatuvrralaš oahppamii ja rievdadusat/buorideamit oahppangeahademiid mael	Figuvra mas lea vuogádagaid repertoára dáhpáhusaid geahadeapmái
3. oassi Joiheapmi ja kultuvra	1 Kultuvra psykologalaš oadjebasvuoa, rabasvuoa ja oahppama várás	Kulturjoiheami uokkislistu - Kulturovddidandoaimmat- Simuleremat - Kártemat	Modealla oktavuhtii gaskal kultuvrra ja psyhkalaš oadjebasvuoa ja bargiid dearvvašvuoa ja ágiruššama, ja pasieantasihkarvuoa ja kvalitehta Tabealla mas leat kulturdimenšuvnnat mat hehttejit dahje ovddidit psyhkalaš oadjebasvuoa, rabasvuoa ja oahppama
	2 Fuolaheaddji joiheapmi	Fuolaheaddji joiheapmi doaimmas – Joiheaddji reaidokássa psykologalaš oadjebasvuoa várás	Tabealla mas leat joiheaddji reaidokássa psykologalaš oadjebasvuoa váste

Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser

Følge opp nasjonale og internasjonale føringer for pasient- og brukersikkerhet

Prosjektet *Ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser* har sitt utspring i oppfølgingen av **Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023** [1]. Pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø var løftet fram som en av tre nye nasjonale satsinger. Prosjektet adresserer både

- bedre arbeidsmiljø for medarbeidere gjennom bedre ivaretagelse
- betydningen av god ivaretagelse for å skape en kultur preget av åpenhet, læring og forbedring

Vektlegging av disse områdene er videreført og forsterket i **Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027** [2]. Det nasjonale faglige rammeverket for bedre pasient- og brukersikkerhet i denne planen har tre hovedmål:

- trygt å melde
- systematisk læring og forbedring
- færre skader

Blant virkemidlene for å nå målene fremheves:

- psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø
- ledelse
- pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering

Disse målene og virkemidlene har vært sentrale temaer i prosjektet *Ivaretagelse*, som denne guiden også viser. Nasjonal helse- og samhandlingsplan nevner spesifikt viktigheten av "at også fagfolkene blir godt ivaretatt fra ledelsens side" etter uønskede hendelser (s. 97).

Verdens helseorganisasjons (WHOs) **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030** [3] understreker de samme punktene. Trygghetskultur ("safety culture") er et grunnleggende prinsipp i planen. Både pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere skal være trygge. Trygghet inkluderer også psykologisk trygghet, det å kunne si fra uten frykt for negative konsekvenser. Når det gjelder brukerinvolvering, skriver WHO at "pasienters og pårørendes engasjement og adgang til å kunne påvirke er trolig det viktigste virkemiddel for bedre pasientsikkerhet», og at dette gjelder ikke minst de som har vært utsatt for uønskede hendelser (s. 40).

Utfordringer og faglige begrunnelser

Det skjer mange uønskede hendelser

Hvert år er det mange pasienter og brukere som skades i helse- og omsorgstjenestene. I snitt ett av ti sykehusopphold i høyinntektsland resulterer i skade ifølge WHO og OECD [3] [4]. Cirka 50 % av disse regnes som mulig å forhindre [5]. I 2022 var det pasientskade ved 12,6 % av somatiske opphold i norske sykehus målt ved GTT [6]. Tallene har variert noe over de siste årene, men det har kun vært en mindre reduksjon i antall skader totalt siden 2012, da tallet lå på 13,7 %. Vi har ikke tall for kommunale helse- og omsorgstjenester, og

heller ikke for psykisk helsevern. I tillegg til skader av varierende alvorlighetsgrad er det andre uønskede hendelser som nestenulykker og feildiagnoser.

Uønskede hendelser medfører store kostnader og lidelser

I OECD-landene er 12-15 % av kostnadene i sykehus knyttet til håndtering av pasientsikkerhetssvikt [4]. Dette tallet omfatter ikke pasientsikkerhetssvikt i primærhelsetjenesten som resulterer i sykehusinnleggelse og kostnadene det innebærer. Man regner med at halvparten av uønskede hendelser oppstår i primærhelsetjenesten, og står for 6 % av sykehusinnleggelsene i OECD-landene [7].

Uønskede hendelser medfører ikke minst store menneskelige kostnader. De involverte – både pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere - kan oppleve store konsekvenser helsemessig, både fysisk og psykisk, økonomisk og på annen måte [8].

- Konsekvensen av en uønsket hendelse kan variere fra helt ubetydelig til i verste fall død. Forebygging av hendelser i EU som kunne vært forhindret, antar WHO kunne spart 3,2 millioner dager med sykehusinnleggelse, 260 000 tilfeller av varig uførhet og 95 000 dødsfall [8].
- En amerikansk studie av langtidskonsekvensene viste at halvparten av de intervjuede fortsatt var sinte og frustrerte mer enn 5 år etterpå, ofte fordi de ikke hadde fått informasjon eller en beklagelse. To-tredjedeler hadde fortsatt fysiske skadevirkninger og en-tredjedel sterke psykiske reaksjoner [9].
- Statens helsetilsyn skriver at pårørende reagerer ulikt, men at de møter pårørende som ofte har opplevd et smertelig tap og som er sterkt berørte. Noen er sinte og fortvilte på helsetjenesten. Hvordan de er blitt møtt har stor betydning for hvilke reaksjoner de har i etterkant av et tap [10]. Det samme rapporterer Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) [11].
- Helsepersonell kan også bli sterkt preget. Reaksjoner kan være at selvbildet endres, at man isolerer seg og føler skam og smerte. Noen forlater yrket. Andre konsekvenser kan være sykefravær, mer defensiv praksis [12] [13] [14], utbrenthet, angst og depresjoner [15-19]. En OECD-rapport skriver at helsepersonell ligger 30 % over andre yrker når det gjelder angst og depresjon, og at å være involvert i uønskede hendelser er en viktig risikofaktor [4].

For virksomheter kan konsekvensene være sykefravær, høy turnover, mindre tillit og svekket omdømme.

Bedre ivaretagelse kan gi gevinster på flere områder

Hovedintensjonene for arbeidet med denne guiden om ivaretagelse ved uønskede hendelser har vært å oppnå

- bedre støtte for de involverte
- en mer åpen og lærende kultur

Dette vil i neste rekke kunne avverge pasientskader.

I tillegg vil bedre ivaretagelse kunne bidra til [8] [9] [20]

- mindre sykefravær, både hos berørte pasienter, brukere og pårørende som er i arbeid og hos medarbeidere
- mindre turnover blant helsepersonell, som igjen vil gi mer kontinuitet, bedre pasientsikkerhet og mindre behov for nyrekruttering
- mindre bruk av defensiv praksis
- bedre pasient-, bruker- og pårørendeopplevelser
- bedre omdømme for helse- og omsorgstjenesten
- økonomiske besparelser

Bedre ivaretagelse er et forbedringstiltak som ikke krever store reformer eller ressurstilførsler. Ved større bevissthet på viktigheten av dette og visse tilpasninger i vanlig praksis, kan man oppnå mange gevinster.

Psykologisk trygghet er sentralt

En forutsetning for en åpen og lærende kultur er psykologisk trygghet. Psykologisk trygghet øker villigheten til å melde og lære av uønskede hendelser [21-23]. God ivaretagelse er en av faktorene som kan fremme psykologisk trygghet. Det bidrar til å skape "et trygt rom" for helsepersonell å dele opplevelser etter uønskede hendelser [24].

Det motsatte er også tilfelle, mangelfull ivaretagelse er en hindring for psykologisk trygghet og for å skape en åpen og lærende kultur [25].

- Åpenhet og læring i forbindelse med uønskede hendelser blir vanskelig, hvis medarbeidere opplever at en selv eller kollegaer ikke blir støttet når det går galt. Det påvirker arbeidsmiljøet og kulturen, og kan føre til at man ikke snakker om feil og forbedringsmuligheter [26].
- Ivaretagelse innebærer, i tillegg til støtte, også anledning for de berørte å formidle sitt perspektiv og bli hørt i trygge omgivelser. Når de berørte ikke blir involvert i etterkant av en hendelse, eller det ikke oppleves trygt å snakke åpent, går man glipp av viktig innsikt om svakheter og forbedringsmuligheter i tjenesten.

Får man til et trygt, åpent, og lærende miljø vil det på sin side gi gunstige betingelser for ivaretagelse. Det blir en god sirkel.

Betydningen av psykologisk trygghet for åpenhet, læring og forbedring, og barrierene som står i veien for dette, er utdypet i kapitlene om [ledelse og kultur](#).

Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere savner ofte å bli bedre ivaretatt

Hvordan uønskede hendelser blir håndtert og hvordan de involverte blir fulgt opp og ivaretatt, har stor betydning både på kort og lengre sikt. Et viktig tema i internasjonale studier, og i pasienthistorier, er at pasienter, brukere og pårørende savner at behandlerne og virksomhetene "tar ansvar" etter uønskede hendelser. Dette innebærer at de erkjenner at det er skjedd en uønsket hendelse og iverksetter tiltak for å følge opp det inntrufne. Et annet tema som går igjen, er ønsket om å bli møtt med respektfull kommunikasjon og å bli lyttet til [27].

Også pasienter i Norge opplever mangelfull ivaretagelse etter uønskede hendelser, som vist i pasienthistorier, forskning og diskusjoner i prosjektet *Ivaretagelse*. Pasienter forteller hvordan de etter en uønsket hendelse savnet åpenhet, støtte og at noen tok ansvar for å håndtere situasjonen [28]. Mangelfull ivaretagelse oppleves som "et dobbelt tillitsbrudd" - først den alvorlige hendelsen, og deretter dårlig oppfølging. De berørte har blandede erfaringer med møter med helsetjenesten etter alvorlige hendelser, blant annet opplever noen det slik at helsetjenesten håndterer dette som en formalitet [29].

Ukom skriver at i alle sine undersøkelser har pårørende uttalt at de opplevde mangelfull ivaretagelse fra helse- og omsorgstjenesten. I noen av undersøkelsene ble ikke de pårørende kontaktet i det hele tatt av tjenesten [11].

Helsepersonell forteller også om mangelfull støtte. I en stor nasjonal undersøkelse i USA opplevde 64 % at det manglet støtte for helsepersonell etter uønskede hendelser. Slikt tallmateriale har vi ikke i Norge, men det finnes kvalitative studier. De fleste kirurger i en norsk studie fortalte det manglet personlig støtte i forbindelse med gjennomgang og læring av hendelser. Slike gjennomganger ("M&M – Morbidity and Mortality") manglet i

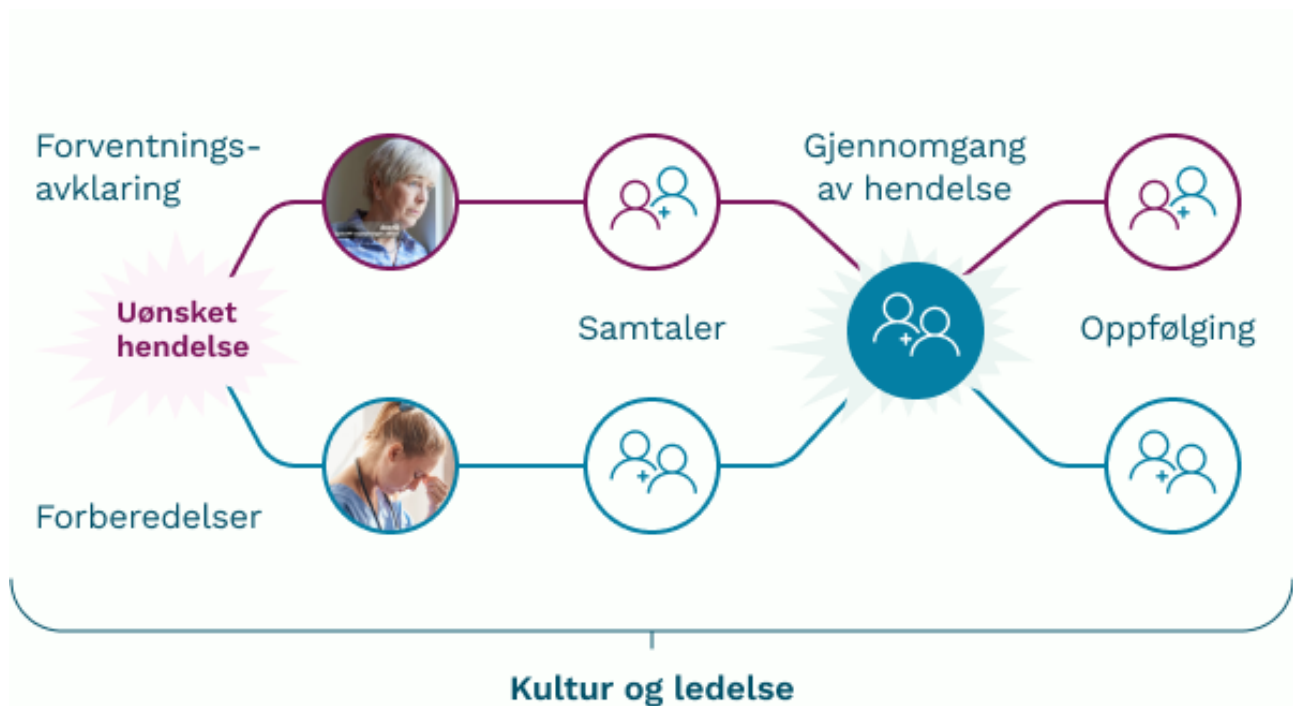
tillegg struktur og regelmessighet [19]. Overfor Varselutvalget presiserte profesjonsorganisasjonene betydningen av god oppfølging etter uønskede hendelser. Det ble etterlyst bedre opplæring og rutiner for blant annet det å be om unnskyldning [29].

Behov for et helhetlig perspektiv

Nyere tilnærminger og litteratur tar et mer helhetlig perspektiv enn tidligere på ivaretagelse ved uønskede hendelser. Uønskede hendelser er komplekse og krever en samordnet tilnærming som innbefatter samarbeid med pasienter, brukere, og pårørende og mellom en rekke nivåer: myndigheter, ledere i helsetjenesten og utdanningsinstanser [8] [30].

Tidligere har *first victim* og *second victim*, som det omtales i litteraturen, stort sett vært behandlet adskilt. Med *first victim* menes berørte pasienter, brukere og pårørende, mens *second victim* refererer til helsepersonell og andre medarbeidere. (For mer om begrepsbruken i denne guiden, se [31].) Det har vært relativt lite litteratur som omhandler begge grupper samtidig. Håndtering på systemnivå i tjenesten er også gjerne delt mellom forskjellige stabsfunksjoner: pasientsikkerhet/kvalitet og HR/bedriftshelsetjeneste. Men det synes å være økende oppmerksomhet på å se konsekvenser av uønskede hendelser og tiltak for *first* og *second victims* i sammenheng. Bedre ivaretagelse av medarbeidere vil for eksempel sannsynligvis også bety bedre støtte til pasienter, brukere og pårørende, blant annet fordi det fremmer åpenhet om hendelser.

Et slikt helhetlig perspektiv har vært viktig for dette arbeidet. Samme uønskede hendelse berører jo begge gruppene. Prosessene for håndtering løper parallelt. Og god håndtering innebærer også god samhandling mellom aktørene.



Figuren gir et helhetlig perspektiv på ivaretagelse ved uønskede hendelser. Den illustrerer to parallelle spor etter en uønsket hendelse, ett for pasienter, brukere og pårørende og ett for helsepersonell og andre medarbeidere. Sporene har de samme hovedelementene: samtaler, gjennomgang av hendelse, og oppfølging. Ivaretagelse starter før det skjer en uønsket hendelse. I forkant er forventningsavklaring med pasienter, brukere og pårørende viktig, mens for medarbeidere er forberedelse viktig. Kultur og ledelse er grunnmuren. Elementene utdypes i kapitlene som følger.

1. Helsedirektoratet, *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023*. 2019.
 2. Regjeringen, *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027— Vår felles helsetjeneste*. 2024, Meld. St. 9 (2023-2024)
 3. World Health Organization, *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. 2021, World Health Organization: Geneva.
 4. de Bienassis, K., L. Slawomirski, and N.S. Klazinga, *The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace*. OECD Health Working Papers, 2021.
 5. Schwendimann, R., et al., *The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review*. BMC Health Serv Res, 2018. 18(1): p. 521.
 6. Helsedirektoratet, *Pasientskader i Norge 2022 - Målt med Global Trigger Tool*. 2023.
 7. Auraaen, A., *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind*. , in *OECD Health Working Papers*. 2018: Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
 8. Liukka, M., et al., *Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(13).
 9. Ottosen, M.J., et al., *Long-Term Impacts Faced by Patients and Families After Harmful Healthcare Events*. Journal of patient safety, 2021. 17(8): p. e1145-e1151.
 10. Statens helsetilsyn, *Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018*. 2019. p. 56.
 11. Ukom, *Pårørende sikrer trygg behandling. Funn fra Ukoms rapporter om ivaretagelse og involvering*. 2024, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.
 12. Defensiv praksis kan ta forskjellige former, hvor de vanligste er unngåelsesatferd og sikringsatferd (avoidance and assurance). Eksempler er unngåelse av visse typer pasienter eller behandlinger der risikoen for uønskede pasienthendelser er stor, eller foreskriving av flere undersøkelser og diagnostiske tester for å være på den sikre siden. Se f.eks. Manor, O., *The impact of being involved in a medical adverse event on GP's (General Physicians) professional behavior in an ambulatory healthcare fund*. 2017, Tilburg University.
- En norsk studie fant at 73 % av legene som hadde fått en reaksjon fra tilsynsmyndigheten, mente reaksjonen var rimelig, men nesten en av fem praktiserte mer bruk av tester og henvisninger etter en klage, og 25 % mente klagen hadde gjort dem mer enstelig som lege. Førde, R. and O.G. Aasland, *Is imperfection becoming easier to live with for doctors?* Clinical Ethics, 2017.
13. Manor, O., *The impact of being involved in a medical adverse event on GP's (General Physicians) professional behavior in an ambulatory healthcare fund*. 2017, Tilburg University.
 14. Førde, R. and O.G. Aasland, *Is imperfection becoming easier to live with for doctors?* Clinical Ethics, 2017. 12(1): p. 31-36.
 15. Busch, I.M., et al., *Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis*. J Patient Saf, 2020. 16(2): p. e61-e74.

16. Kirkehei, I.L.A., Tinnå M, *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser. Et systematisk litteratursøk. Notat fra Kunnskapssenteret*. 2012, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Oslo.
17. Schrøder, K., A. Janssens, and E.A. Hvidt, *Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims*. *Social Science & Medicine*, 2021. 268.
18. Seys, D., et al., *Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review*. *Evaluation & the Health Professions*, 2013. 36(2): p. 135-162.
19. Øyri, S.F., et al., *Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events*. *BMJ Open Qual*, 2023. 12(2).
20. Slawomirski, L.K., Niek, *The Economics of Patient safety, From analysis to action*. 2020, OECD.
21. Appelbaum, N.P., et al., *The effects of power, leadership and psychological safety on resident event reporting*. *Med Educ*, 2016. 50(3): p. 343-50.
22. Edmondson, A., *Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams*. *Administrative Science Quarterly*, 1999. 44(2): p. 350-383.
23. Edmondson, A.C., *Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers*. *Quality and Safety in Health Care*, 2004. 13(suppl 2): p. ii3-ii9.
24. Schrøder, K., et al., *Evaluation of the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments*. *BMC Health Services Research*, 2022. 22(1).
25. Murray, J.J.S., Bryan Gale, Sarah Mossburg *Ensuring Patient and Workforce Safety Culture in Healthcare, in PSnet Collection - Patient Safety Network*. 2024, AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services.
26. Danielsson, M., et al., *The professional culture among physicians in Sweden: potential implications for patient safety*. *BMC Health Serv Res*, 2018. 18(1): p. 543.
27. Southwick, F.S., N.M. Cranley, and J.A. Hallisy, *A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: the perspective of 696 injured patients and families*. *BMJ Qual Saf*, 2015. 24(10): p. 620-9.
28. Hågensen, G., et al., *The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals*. *BMC Health Services Research*, 2018. 18(1): p. 302.
29. Varselutvalget, *Fra varsel til læring og forbedring. Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten*. 2023.
30. Mira, J.J., et al., *Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations*. *International Journal for Quality in Health Care*, 2017. 29(4): p. 450-460.
31. First victims er pasienter, brukere og pårørende som utsatt for eller berørt av en uønsket hendelse. Second victims er helsepersonell og andre medarbeidere som er involvert i en uønsket hendelse. Begrepene er mye brukt, og samtidig noe omstridt. (Noen bruker også begrepet "third victim", som er helse- eller omsorgsvirksomheten der den uønskede hendelsen har funnet sted.)

Siden disse begrepene også er vanskelige å finne gode norske betegnelser for, bruker denne guiden hovedsakelig "pasienter, brukere og pårørende", og "helsepersonell og andre medarbeidere", eller bare medarbeidere, i stedet for first og second victims. Unntak er når litteraturen det refereres til bruker disse begrepene.

Del 1 – Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende

Hvordan ville du ønske å bli møtt, hvis noe går galt? Ivaretagelse innebærer støtte og empati, men også å få informasjon, en beklagelse og anledning til å medvirke for å forebygge fremtidige hendelser. Å bli hørt. Å oppleve at noen tar ansvar. Det forteller pasienter, brukere og pårørende som har erfart en uønsket hendelse. Ivaretagelse starter allerede før det skjer noe uønsket, med god dialog og forventningsavklaringer.

God dialog og forventningsavklaring i forkant

Dialog, forventningsavklaringer og informasjon om mulig risiko bereder grunnen for god ivaretagelse. Skulle noe uforutsett skje som følge av behandling eller mangel på behandling, kan relevant informasjon og god dialog i forkant være av stor betydning for god håndtering av hendelsen [3]. Det bidrar samtidig til tryggere behandling og redusert risiko [4].

"Vi tar ting for lett for gitt. Å avklare forventninger er derfor nær obligatorisk for å oppnå felles forståelse."
Norsk forening for allmennmedisin 2020 [1] s 20.

God kommunikasjon bidrar generelt til å bygge tillit og en god relasjon mellom behandler eller tjenesteyter og pasient, bruker eller pårørende. Som del av dialogen er det viktig at pasienter, brukere og pårørende får et realistisk bilde av hva man kan oppnå med behandlingen, samt risiko knyttet til den [5].

Åpenhet om risiko

"Skal vi beholde pasientenes tillit, må vi være åpne om risiko og svikt. Virksomheten må informere aktivt ... og ikke underkommunisere risiko overfor seg selv eller pasientene. Det er også nødvendig at pasienter og pårørende tar en slik erkjennelse inn over seg."
Statens helsetilsyn 2019 [2] s 6.

Både undersøkelser og behandlinger kan ha risiko for bivirkninger eller komplikasjoner. En forventningsavklaring i forkant kan bidra til at pasienten eller brukeren er bedre innforstått med og forberedt på et eventuelt avvik fra forventet forløp [6, 7]. Informasjonen skal inneholde mulig skade, risiko og usikkerhet der dette er aktuelt, men uten omtale av alle teoretiske utfall. Hvor omfattende og utdypende informasjonen skal være må tilpasses den enkeltes behov og tjenesten eller behandlingen som tilbys.

Brukermedvirkning og samtykke

Slik informasjon er dessuten nødvendig for å sikre god brukermedvirkning og et informert samtykke [8]. Et behandlings- eller tjenestetilbud skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Erfaringsmessig er det en del pasienter som ikke ønsker å medvirke eller vite noe om mulige komplikasjoner, hvilket er utfordrende, men som også skal respekteres.

For nærmere informasjon om rett og plikt til informasjon og om medvirkning se

- Rundskriv "Helsepersonelloven med kommentarer" (Helsedirektoratet): [Krav til helsepersonells yrkesutøvelse - Helsedirektoratet](#).
- Rundskriv "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer" (Helsedirektoratet): [Rett til medvirkning og informasjon - Helsedirektoratet](#)
- Nettsiden [Brukermedvirkning - Helsedirektoratet](#)

Pårørende har rett til informasjon så lenge pasient eller bruker samtykker til det og som foreldre. For nærmere informasjon se

- [§ 3-4 Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år - Helsedirektoratet](#).
- [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#) om pårørendes rolle
- [§ 10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende - Helsedirektoratet](#) for mer informasjon om barn som pårørende

Praktiske virkemidler

Her er noen innspill og verktøy som kan være nyttige for å legge til rette for en god dialog, å gi informasjon og avklare forventninger med pasienter, brukere og pårørende.

Informasjon

Pasienter kan glemme eller misforstå informasjonen de får, men kommunikasjon som struktureres og formidles både muntlig, skriftlig og visuelt kan bedre oppfattelsen og hukommelsen [9]. Det kan være nødvendig å gjenta, og å følge opp med ny informasjon. Følelser påvirker i hvilken grad pasienter tar til seg informasjon og tør å spørre og dele sine betraktninger. Det er derfor viktig å skape trygghet i samtalsituasjonen. Et klart og tydelig språk letter dialogen, og ved bruk av medisinske ord og uttrykk bør disse forklares og suppleres med mer dagligdagse begrep.

Generelt er det viktig å tilpasse informasjon til den enkelte mottakers forutsetninger, som alder, modenhet, erfarings-, kultur- og språkbakgrunn, samt helsetilstand og funksjonsnivå, herunder kognitiv kapasitet og krefter til å nyttiggjøre seg informasjonen. Der pasienten ikke er i stand til å motta informasjon, må pårørende informeres.

Dialog

Informasjon alene er en-veis form for kommunikasjon. Dialog er to-veis. I en kjent modell av Isaacs [10] er kjennetegnet til dialog som kommunikasjonsform en balanse mellom

- å uttrykke egne synspunkter
- å utforske andres [11]

Hensikten er å "tenke sammen", utvikle ny innsikt og søke løsninger. Dette er i motsetning til diskusjoner og debatter, hvor hensikten er å holde fast ved eget syn og forsøke å overbevise andre. Å utforske andres synspunkter krever evnen til å stille gode, åpne spørsmål og til å lytte.

Dialogmodellen har vært tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren blant annet i forbindelse med feedback i simuleringstrening [12] og teamsamarbeid, eksempelvis ved universitetssykehuset Johns Hopkins Hospital i USA [13]. Det er en overordnet tilnærming som er relevant for en rekke kommunikasjonssituasjoner:

- forventningsavklaring
- kommunikasjon etter uønskede hendelser
- problemløsning
- konflikthåndtering

Fire gode vaner

Fire gode vaner er et kommunikasjonsverktøy som inneholder ulike teknikker for å lytte til og være empatisk i møte med pasienter, brukere og pårørende, forstå deres perspektiv, avklare forventninger, gjøre dem delaktige i behandlingen og formidle individuelt tilpasset informasjon.

Her er huskereglene for Fire gode vaner for kommunikasjon med pasienter. På Diakonhjemmet sykehus er de utformet som en lommefolder og huskeliste for å lette bruken i en travelt sykehushverdag [Kommunikasjonshåndbok \(PDF\) \(diakonhjemmetsykehus.no\)](#).

1. Invester i begynnelsen.

- Etabler kontakt tidlig.
- Få fram hva pasienten har på hjertet.
- Planlegg sammen med pasienten.

1. Utforsk pasientens perspektiv.

- Utforsk pasientens forståelse.
- Sjekk forventningen til deg.
- Få fram betydningen for dagliglivet.

1. Vis empati.

- Vær åpen for pasientens følelser.
- Gi tydelig uttrykk for empati.
- Vis empati også nonverbalt.
- Vær oppmerksom på egne reaksjoner.

1. Invester i avslutningen.

- Gi diagnostisk og annen relevant informasjon.
- Vektlegg læring og mestring.
- Involver pasienten i beslutninger.
- Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte.

Hva er viktig for deg?

Denne metoden handler om å gå fra et tankesett om «Hva feiler det deg?» til «Hva er viktig for deg?» ([ks.no](#)). Metoden benytter seg av [pasientspesifikt pasientskjema – PSFS \(uio.no, PDF\)](#), der man kartlegger tre-fem av de viktigste behovene til pasienten eller brukeren.

Metoden brukes særlig ved oppstart av lengre behandlingsforløp eller ved overganger mellom ulike behandlinger. Da kan man bruke mer tid på å kartlegge pasientens eller brukerens behov og verdier. Kjernebudskapet i «Hva er viktig for deg?» er ikke avhengig av å bruke skjemaet, og kan dermed tilpasses bruk også i kortere møter ved at tjenesteutøver etterspør pasientens eller brukerens behov og ønsker.

Teach-back

Teach-back («lære tilbake») er en evidensbasert metode for å forsikre seg om at pasient og bruker har forstått informasjon gitt av helsepersonell [14, 15]. *Teach-back* går ut på at behandler eller tjenesteyter ber pasient, bruker eller pårørende om å gjentfortelle informasjonen de har fått med egne ord og reflektere over hvordan de skal ta den i bruk i hverdagen.

Oversiktsstudier viser positiv effekt på blant annet pasienters tilfredshet, kunnskap og ferdigheter, på tvers av forskjellige populasjoner og helse- og omsorgssettinger [15] [14].

Samvalg

Ved flere behandlingsalternativer kan pasienter tilbys samvalgssamtaler og -verktøy for å få mer inngående, evidensbasert kunnskap om behandlingen, deres egen tilstand og fordelene og ulempene knyttet til de ulike typene behandling. Se [Hva er samvalg? – Helsenorge](#) og [samvalg.no](#) for nærmere informasjon.

En Cochrane-oversikt med over 200 studier viser at slike beslutningsverktøy bidrar til å involvere pasienter i helsebeslutninger ved å øke deres kunnskap om fordeler og risiko, avklare forventninger og klargjøre hvilke valg som er i tråd med hva som er viktigst for dem [16].

En modell med forslag til innhold i samvalgssamtaler er «Seks steg til samvalg» [17] [18].

- Utforsk problemstillingen – hvorfor kreves det en beslutning?
- Nøkkelbudskap - hvorfor bør pasienten være med?
- Alternativer – hva blir konsekvensene av de ulike valgene?
- Avveining - hva vektlegger pasienten?
- Beslutning – skal valget tas nå eller utsettes?
- Planen videre – hvilke avtaler må gjøres for gjennomføring og evaluering?

1. Norsk forening for allmennmedisin, D.n.I., *Håndbok i klinisk kommunikasjon*. 2020.

2. Statens helsetilsyn, *Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018*. 2019. p. 56.

3. Birks, Y., et al., *An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration*. 2014, Health Services and Delivery Research NIHR Journals Library: Southampton (UK).

4. Wiig, S., et al., *Foundations of safety-Realistic Medicine, trust, and respect between professionals and patients*. Int J Qual Health Care, 2024. 36(1).

5. Realistic Medicine. *An introduction to Realistic Medicine*. 2024; Available from: <https://realisticmedicine.scot/>.

6. Byrth, J., et al., *Health professionals' perceptions and experiences of open disclosure: a systematic review of qualitative evidence*. JBI Evidence Synthesis, 2012. 10(42): p. 1-13.

7. Blöndal, K., H. Sveinsdóttir, and B. Ingadottir, *Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study*. Nursing Open, 2022. 9(5): p. 2495-2505.

8. Bucknall, T.K., et al., *Engaging patients and families in communication across transitions of care: an integrative review protocol*. J Adv Nurs, 2016. 72(7): p. 1689-700.
9. Lie, H.C., et al., *Effects of Physicians' Information Giving on Patient Outcomes: a Systematic Review*. Journal of General Internal Medicine, 2022. 37(3): p. 651-663.
10. Isaacs, W., *Dialogue and the Art of Thinking Together*. 1999: Bantam Doubleday Dell Publishing Group Inc.
11. På engelsk heter det å balansere advocacy med inquiry. Isaacs dialogmodell og disse begrepene er kjent i en god del miljøer i Norge.
12. Rudolph, J.W., et al., *There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment*. Simul Healthc, 2006. 1(1): p. 49-55.
13. Barker, J.C., Jeff, *The Dynamic Duo: Inquiry and Advocacy*. 2011, The Johns Hopkins University School of Medicine and Med-IQ, in collaboration with EMCREG-International.
14. Talevski, J., et al., *Teach-back: A systematic review of implementation and impacts*. PLoS One, 2020. 15(4): p. e0231350.
15. Yen, P.H. and A.R. Leasure, *Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes*. Fed Pract, 2019. 36(6): p. 284-289.
16. Stacey, D., et al., *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database Syst Rev, 2024. 1(1): p. Cd001431.
17. Clayman, M.L. et al., The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. BMJ Evid Based Med, 2024
18. Kienlin S, et al., Samvalg. I Nylenna M, editor. Brukermedvirkning i helsetjenesten – realitet eller retorikk? Supplement 24, Michael. 2020

Åpen erkjennelse og beklagelse når det går galt

En åpen og ærlig erkjennelse av at det har skjedd en uønsket hendelse når det inntreffer, og hva som er skjedd, har vært et sentralt tema i prosjektet *Ivaretagelse*. Deltakerne i prosjektet har lagt vekt på at det er svært vanskelig for pasienter, brukere og pårørende når dette uteblir. Erkjennelse er også en tilbakevendende tematikk i litteraturen, mest kjent som begrepet *open disclosure* [2, 3].

Hvor stort problem er det, at uønskede hendelser ikke erkjennes? Det har vi ikke sikre data på. Rapporter fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) viser imidlertid at det er manglende dokumentasjon på skader i tjenestens interne systemer til og med i saker der pasienter har fått innvilget erstatning for svikt i behandlingen. NPE skriver at 39 % av pasientskadene ble registrert av sykehusene i avvikssystemene. NPE bemerker at dette gir grunn til bekymring når det gjelder meldekultur og åpenhet om pasientskader. Det er også stor variasjon mellom sykehusene. Andel erstatningsberettigede skader som er dokumentert i avvikssystemet, varierer fra 8 % på det laveste til 75 % [5].

Det er alltid en viss risiko forbundet med å motta helse- og omsorgstjenester. Det er menneskelig å gjøre feil, utstyr kan gå i stykker, og det kan oppstå uventede komplikasjoner eller andre hendelser som var vanskelig å forutse. Helsepersonell arbeider under tidspress i et komplekst samspill med andre kollegaer, avdelinger, virksomheter og avansert teknologi. Ærlighet og åpenhet om hendelsen og situasjonen er avgjørende for å komme videre for både tjenesteyter og for pasient, bruker og pårørende som er utsatt for en uønsket hendelse.

Ikke vent, selv om mye er uklart

Erkennelsen bør skje så snart som mulig etter hendelsen har inntruffet, selv om man ikke har alle detaljene og fakta på daværende tidspunkt [7]. Når årsaks- eller hendelsesforløpet er uklart, er det viktig å være åpen om dette. Pasienter, brukere og pårørende må forsikres om at tjenesten tar ansvar for at hendelsen blir nøyte gjennomgått.

Representanter for norske pasienter formidler at det ofte går for lang tid før det holdes et møte [6]. Dette kan da bli oppfattet som å holde tilbake informasjon. Der tillit blir brutt fordi erkjennelse og informasjon blir holdt tilbake, kan bitterhet og strid oppstå, og pasienten kan miste tiltro til helse- og omsorgspersonell og til tjenesten [8-11] [12].

Informasjon

Pasienter, brukere og pårørende kan ha ulike behov når det gjelder hvor mye informasjon som skal gis umiddelbart etter hendelsen [13], men det er viktig at informasjonen kommer løpende og er oppdatert [7] [14].

Prosjektets referanse- og arbeidsgrupper påpeker at mange pasienter, brukere og pårørende opplever å få for lite informasjon etter en uønsket hendelse, til tross for at det er informasjonsplikt. Mangel på informasjon er et kjent problem også i litteraturen [7, 9, 10, 13, 15] [12].

Retten til informasjon behandles nærmere i Helsedirektoratets veileder

[Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Sjekklisten for samtaler under Praktiske virkemidler inneholder egne punkter om informasjon.

Empati og beklagelse

Utover selve informasjonen har *hvordan* man blir møtt etter en uønsket hendelse vært et sentralt tema i prosjektet. Pasienter, brukere og pårørende har behov å bli møtt med empati og en beklagelse, og for at deres opplevelser og perspektiver blir tatt på alvor. Ivaretagelse innebærer å være til stede med sin fulle oppmerksomhet i møte med de berørte, vise empati og uttrykke forståelse for pasientens, brukerens og pårørendes perspektiv.

Mangel på empatisk kommunikasjon og følelsen av å ikke ha fått nok informasjon, kan føre til

- svekket tiltro til tjenesten og usikkerhet rundt egen situasjon og veien videre [11, 14, 16] [12]
- negative følelser som sinne, engstelse og stress [7, 10, 13]
- at de berørte blir mer opprørt over behandlingen i etterkant enn av selve hendelsen [13]

Den utvidede forståelsen av ivaretagelse slik den er beskrevet i denne guiden, har mange likhetspunkter med det engelske begrepet **compassion** slik Michael West har konkretisert det [4]:

- oppmerksom tilstedeværelse
- forståelse for den andres perspektiv
- empati (medfølelse)
- kloke handlinger

Åpen erkjennelse, empati og en beklagelse er viktig for

- at begge parter fortsatt kan beholde tillit og en god relasjon i tiden fremover, tross den uønskede hendelsen [2, 13, 15, 17]
- å redusere den emosjonelle belastningen og fremme bearbeiding av hendelsen og helningsprosessen for pasienter, brukere og pårørende [2] [10]
- at helsepersonell og virksomheten kan ta lærdom av hendelsen, forbedre egen tjeneste og komme seg videre i etterkant [18]

"Tenk på sist gang noe gikk virkelig galt...Forestill deg at det gjaldt din kone, barn, mor, far, deg selv... i stedet. Forestill deg samtalen du ville ønske deg å ha med legen og teamet og evt. ledelsen...". Jannicke Mellin-Olsen, anestesilege og styremedlem Patient Safety Movement.

Forskjellen på en beklagelse og en unnskyldning utdypes i [neste kapittel](#). Å beklage kan og skal gjøres så snart en uønsket hendelse har skjedd, selv om årsaksforhold ikke er avklart. Man beklager *at* det har skjedd en hendelse. Man skal ikke be om unnskyldning før det er oversikt over hva som har skjedd eller hva skaden skyldes.

Viktigheten av en "tillitsgjenopprettende tilnærming" utdypes også i [neste kapittel](#).

Hva hindrer åpen erkjennelse?

Det er en rekke ulike forhold som kan utgjøre barrierer for åpne og ærlige erkjennelser. Helsepersonell kan frykte at en åpen og ærlig erkjennelse vil svekke pasientens tillit. De kan også være urolige for at det vil medføre mistillit og/eller sanksjoner fra kollegaer, virksomheten eller myndigheter [15, 19].

"Alle som deltok i studien – pasientene, familiene, helsepersonellet – la sterk vekt på at de riktige personene, inkludert behandlende lege, var til stede ved de tidlige samtalene.... Sju av ti helsepersonell også mintes at samtalene som gikk dårlig, var de der behandlende lege ikke var til stede." Moore et al., 2017 [1].

"Ufeilbarlighetskultur" blant helsepersonell kan også være en hindring. En slik kultur har normer om perfeksjon og forventninger om aldri å gjøre feil. Det kan føre til at det ikke snakkes åpent om uønskede hendelser, at involvert helsepersonell blir stigmatisert, og at smerten de opplever ved å ha bidratt til

pasientskade må holdes skjult. [20] [21] [Se kapittel "Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring"](#) En ufeilbarlighetskultur kan også ha som normer at man ikke skal komme med kritikk av kollegaer, eller at man skal bidra til å beskytte egne kollegaer fra kritikk. Denne kollegiale lojaliteten kan av pasienter oppfattes som å dekke over [9].

Tvil om egne ferdigheter og mangel på opplæring er også viktige hindringer for åpen erkjennelse, og temaet bør derfor være med i utdanningene og i andre kompetansetiltak senere [2].

Uenighet om situasjonsforståelsen

Pasienter, brukere og pårørende kan ha en annen oppfatning av uønskede hendelser enn helsepersonell og virksomheten [12], som kan forholde seg til en mer avgrenset forståelse av begrepet [22]. De berørte kan ha observasjoner og perspektiver som tjenesten ikke har, og et annet syn på hva som kunne eller burde vært gjort eller ikke gjort. Begrepet «påregnelig risiko» tolkes ulikt og er vanskelig å forstå også for helsepersonell og tjenesten. Dette har vært et viktig tema for Varselutvalget, som foreslo at begrepet erstattes med «som kunne vært unngått», i tråd med svensk praksis [6].

Pasientrepresentantene i prosjektet har vært opptatt av "en rød knapp å kunne trykke på", når det de opplever som en uønsket hendelse ikke blir tatt tak i. Dette finner vi også støtte for i litteraturen [23]. På bakgrunn av dette er det under beskrevet en trappetrinnsmodell med forskjellige kanaler for å gi tilbakemeldinger og melde uønskede hendelser.

Praktiske virkemidler

Momenter å vurdere når det gjelder hvem som bør gjennomføre samtalen(e)

Leder skal alltid være involvert i oppfølgingen etter uønskede hendelser og har ansvaret for at det holdes samtale(r), men er ikke nødvendigvis den som gjennomfører samtalen(e). Samtalen bør gjennomføres av en som har tilstrekkelig nærhet til hendelsen, som vil ofte bety involvert personell. Egnetheten bør vurderes. Samtidig skal personen ofte representere virksomheten. I kortversjon bør den som gjennomfører samtalen

- ha nærhet til hendelsen
- ha ivaretakende, empatiske evner
- kunne representere virksomheten

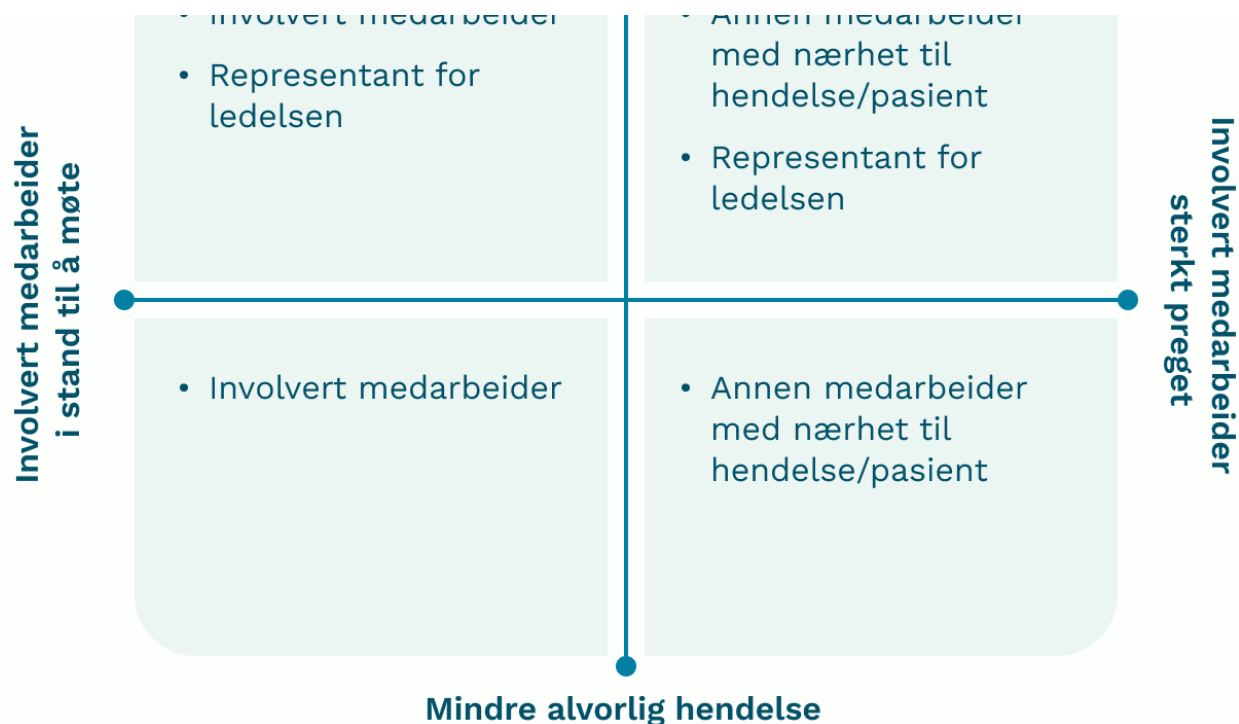
Den uønskede hendelsen kan være en så stor belastning for pasienter, brukere og pårørende at de ikke ønsker å møte involvert personell eller ledelse. Det er da viktig at de i stedet møter en de kan ha tillit til.

Det kan også være at involvert personell er så preget av hendelsen at det ikke er tilrådelig at de møter pasient, bruker eller pårørende. The Second and Third Victim Research Group [24] har lagd denne modellen som illustrerer hvem som bør ha samtale med pasient, bruker og pårørende. Det avhenger av både hendelsens alvorlighetsgrad og hvorvidt involvert personell er i stand til å møte, eller om de er for sterkt preget.

Alvorlig hendelse

• Involvert medarbeider

• Annen medarbeider



Ved alvorlige hendelser bør en representant for ledelsen delta. Hvis de(n) involvert(e) er sterkt preget av hendelsen foreslår Mira et al at en annen medarbeider med nærhet til hendelsen og/eller pasienten deltar.

Hvor mange som skal møte på vegne av virksomheten bør vurderes nøye. De som har vært utsatt for hendelsen kan lett kjenne på ubalansen i "maktforholdet" om det er flere fra virksomheten til stede.

Mediehåndtering

Noen uønskede hendelser blir mediasaker, med innlegg i både presse og sosiale media. Leder bør, når det er aktuelt, forberede de involverte – pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere - på at det kan skje. Fremstilling i media kan avvike fra egne erfaringer, og opplevelsen av at fremstillingen ikke er riktig/sannferdig kan bli en svært ubehagelig ekstrabelasting for de berørte.

De kan også være aktuelt å forberede de berørte på at erfaringsdeling i sosiale eller andre medier medfører en risiko for at de mister kontroll over hvordan egen historie formidles og kommenteres.

Sjekkliste for samtaler

Formålet med de innledende samtaler er å erkjenne den uønskede hendelsen og å gi informasjon. Samtaler skal også gi uttrykk for medfølelse, og de berørte skal oppleve støtte og at de blir lyttet til. Dialogen skal være varsom og ivaretagende, og samtidig overholde informasjonsplikten.

Antall samtaler og hvordan samtaler skal gjennomføres, må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Hendelsens alvorlighetsgrad, kompleksitet og omfang, inkludert hvor omfattende eller langvarige tiltakene er som må iverksettes i etterkant, er avgjørende for vurderingen. I tillegg kommer individuelle hensyn og behov hos pasientene, brukerne og pårørende.

Det er en stor fordel om samtalen kan forberedes i samråd med leder, kollegaer og gjerne andre ressurspersoner med erfaring fra slike samtaler, inkludert hvilken informasjon som skal gis og hvordan. Samtidig er det viktig å ikke vente, men ha en samtale tidlig, om det man vet om hendelsen på det tidspunktet.

Forberedelser til samtale

- Sørg for at samtalen kan skje ansikt-til-ansikt, på et rolig sted uten forstyrrelser.
- Oppfordre pasient eller bruker til å ha med pårørende eller andre støttepersoner. Les mer i [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)
- Vurder nøye hvem og hvor mange som skal delta i møtene. Det er nesten alltid hensiktsmessig å ha med en kollega eller leder i samtalen, men for å unngå at pasient, bruker og pårørende opplever seg overkjørt, bør det ikke være for mange fra tjenesten.
- Ta hensyn til at enkelte berørte ikke ønsker møte med behandler eller den de mener er ansvarlig for hendelsen.
- Vurder, og ta hensyn til, pasientens, brukerens og/eller pårørendes forutsetninger og behov.
- Vurder hvilken informasjon som er viktigst å gi først. Kanskje ikke all informasjon kan deles i første møte?
- Reflekter over hva slags form og innhold i samtalen du ville ha ønsket, om hendelsen hadde skjedd deg eller dine nærmeste.

Gjennomføring av samtale

- Sørg for å være oppmerksom og fullt til stede i samtalen.
- Forbered pasient, bruker og/eller pårørende innledningsvis på at samtalen omhandler et vanskelig tema.
- Erkjenn åpent og ærlig at det har vært en uønsket hendelse.
- Vær nøytral i beskrivelsen av andre kollegaer, avdelinger og virksomheter.
- Informer om
 - hendelsesforløpet - hva som skjedde ut fra et faglig perspektiv, konkret og forståelig forklart, uten å tolke eller spekulere om årsak.
 - mulige konsekvenser, prognose og eventuelt fremtidig behandlingsforløp
 - prosess for å undersøke nærmere hva som har skjedd der dette er aktuelt
 - eventuell kontaktperson
 - pasient- og brukerombudets (POBO) rolle og kontaktinformasjon
- Ved alvorlige hendelser, informer også om
 - mulighet for å melde saken til Statens helsetilsyn og/eller Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) og at dette kan gjøres på helsenorge.no
 - mulighet for å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Presiser at det ikke er sikkert at de vil få erstatning
 - at virksomheten har varslet saken til Helsetilsynet/Ukom/politi der dette er tilfelle eller planlegges gjort
 - Se også neste avsnitt **"Muligheter for pasienter, brukere og pårørende å melde fra"**.
- Gi pasient, bruker og/eller pårørende tid til å forholde seg til informasjonen og til å stille spørsmål.
- Vis at man er lei seg. Uttrykk beklagelse og medfølelse, men sørg for at det er pasient, bruker og/eller pårørende som er i sentrum, ikke egne opplevelser.
- Ikke be om unnskyldning før det er oversikt over hva som har skjedd eller hva skaden skyldes. (Se eget kapittel om unnskyldning.)
- Spør pasient, bruker og pårørende hvordan de har det, hva de har behov for, hva som er viktig for dem nå.
- Oppfordre pasient, bruker og pårørende til få fortelle om sin opplevelse av hendelsen. Vis forståelse for den.
- Forsikre de berørte om at de vil få mer anledning til å bidra med sitt perspektiv, for eksempel i forbindelse med en gjennomgang av hendelsen.
- Vis interesse og være lyttende hvis pasient, bruker og/eller pårørende har en annen oppfatning av situasjonen. Bidra til en avklaring slik at tryggheten og tilliten opprettholdes. Av og til opplever pasient, bruker og/eller pårørende at hendelsen er mer alvorlig enn behandler. Derfor er det viktig med en god dialog og gjennomgang av hendelsesforløpet.

- Informer pasient, bruker og/eller pårørende om hvordan de kan ta saken videre, hvis man fortsatt har ulike oppfatninger etter en slik dialog, Se eget punkt om tilbakemeldingstrappen. Deres oppfatning av situasjonen bør dokumenteres.
- Forbered de berørte på at det kan bli mediasak, der dette er aktuelt, og at deling i sosiale medier erfaringsmessig også kan medføre risiko for at de mister kontroll over egen historie. Se *mediehåndtering i dette kapitlet*.
- Oppsummer hva som er neste skritt og avtal eventuelle oppfølgingsmøter.
- Gjør det enkelt for de berørte å ta kontakt. De får ofte ikke med seg all informasjon med en gang. Et telefonnummer de kan ringe (og alltid får svar på dagtid) kan være til stor hjelp.
- Takk for samtalen.

Oppfølgende samtaler

- Takk pasient, bruker og/eller pårørende for å delta på samtalen.
- Spør pasient, bruker og/eller pårørende hvordan han/hun har det, hvordan vedkommende har opplevd situasjonen, og hva de har behov for.
- Gi oppdatert informasjon ettersom hendelsesforløpet, prognose m.m. blir klarlagt.
- Informer om tiltak som tjenesten vil iverksette, når det er avklart. Vis at tjenesten har lært og anstrenger seg for å forebygge at slike hendelser ikke skjer igjen.

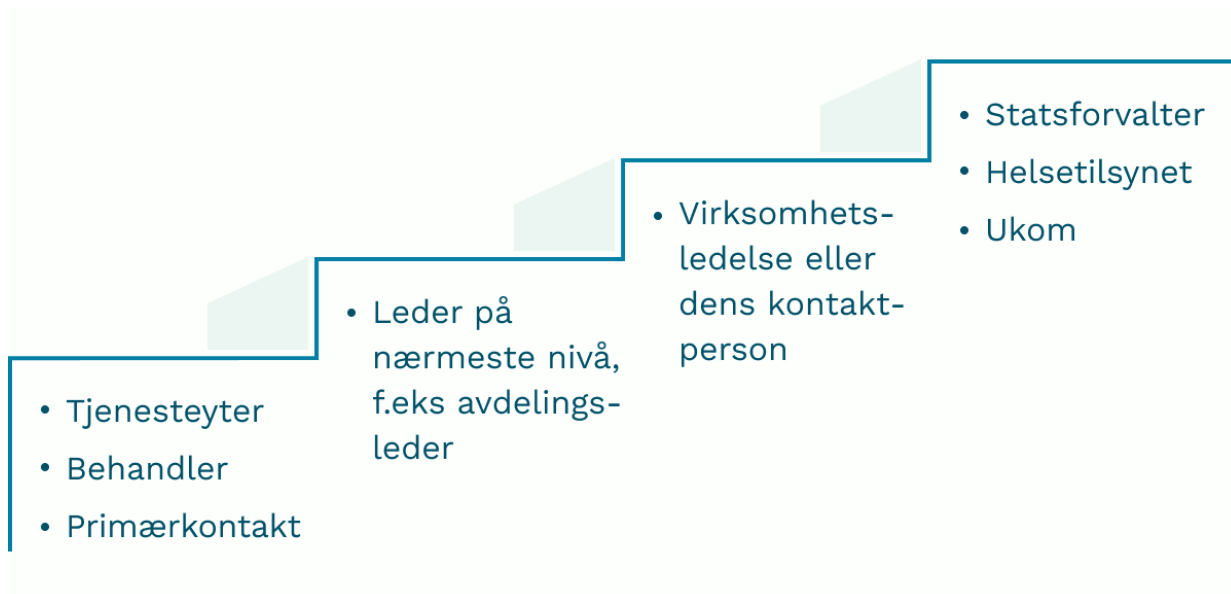
Muligheter for pasienter, brukere og pårørende å melde fra om uønsket hendelse – En trappetrinnsmodell for tilbakemeldingsfunksjon

"Utgangspunktet bør være at pasienter, brukere og pårørende så langt det er mulig anmodes om å henvende seg til virksomheten om hendelsen. Dette vil sikre at virksomheten blir kjent med at pasient, bruker og/eller pårørende mener at det er eller har skjedd noe galt med den helse- og omsorgshjelpen de mottar. Dette vil være en henvendelse om kvalitet og pasientsikkerhet som virksomheten har plikt til å besvare. Virksomheten vil, dersom henvendelsen gir grunnlag for det, måtte vurdere om hendelsen er meldepliktig. Plikten til å besvare henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet strekker seg også lenger enn meldeplikten, og vil bidra til at pasienter, brukere og pårørende kommer i dialog med virksomheten også om hendelser som faller utenfor meldeordningen." Varselutvalget. Fra varsel til læring og forbedring s. 155 [6].

Tjenesten skal sørge for bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende til læring og forbedring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7e). Det skal innhentes tilbakemeldinger systematisk. I tillegg bør pasienter, brukere og pårørende som opplever uønskede hendelser informeres om hvordan de går fram for å gi tilbakemeldinger. Saker og uenigheter bør forsøkes løst på lavest mulig nivå. Dette er i tråd med Varselutvalgets standpunkt, se tekstboks.

Figur xx under viser at det laveste trinnet å rette en klage eller melde en uønsket hendelse på, er til tjenesteyter, behandler eller primærkontakt. Hvis saken ikke kan avklares på dette nivået, løftes saken til

nærmeste leder, for eksempel avdelingsleder. På trinn tre finner vi virksomhetsledelse, før saken meldes til Statsforvalter, Helsetilsynet og/eller Ukom.



Trinn og instanser for melding av uønsket hendelse.

Førte hendelsen til uventet dødsfall eller svært alvorlig skade, kan man melde direkte til Helsetilsynet og/eller Ukom på helsenorge.no.

Hvis man er usikker på hvordan man kan gå frem, kan man ta kontakt med Pasient- og brukerombudet (POBO) på pasientogbrukerombudet.no for råd og veiledning.

For nærmere informasjon, se

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/oversikt/> ([helsetilsynet.no](https://www.helsetilsynet.no))

<https://www.helsenorge.no/rettigheter/varsel-om-alvorlige-hendelser-i-helse-og-omsorgstjenesten/> ([helsenorge.no](https://www.helsenorge.no))

[Pasient- og brukerombudet \(pasientogbrukerombudet.no\)](https://pasientogbrukerombudet.no)

[NPE - Erstatningssøker \(npe.no\)](https://npe.no)

Kontaktperson

En kontaktperson er aktuelt særlig ved alvorlige hendelser, som krever mer oppfølging over tid. Dette vil gi pasient, bruker og/eller pårørende en fast kontakt å forholde seg til gjennom hele forløpet. Kontaktperson kan også være nyttig der det er risiko for mindre alvorlige, men gjentakende hendelser, for eksempel knyttet til underernæring.

Oppnevningen av en kontaktperson har flere deltakere i prosjektet *Ivaretagelse* vært opptatt av. Pasientrepresentanter i Varselutvalget har også ment at det er viktig at pasienter, brukere og pårørende har få personer å forholde seg til [6]. Litteraturen poengterer at det bør være noen tilgjengelig når pasienten eller familien trenger det, selv når timingen er ubeleilig [25] [7].

En kontaktperson kan sikre god dialog mellom virksomheten og den eller de som er utsatt for en uønsket hendelse. Kontaktpersonen er en del av den ordinære organisasjonen og ikke en ny type stilling. Den er bindeledd mellom tjenestene og de berørte i oppfølgingen, men skal ikke nødvendigvis gjennomføre viktige

samtaler med pasient, bruker og/eller pårørende. Kontaktpersonen er en koordinator, og må ikke brukes til å frita andre for ansvar. Kontaktpersonen kan imidlertid også selv være leder eller pasientansvarlig.

Rollen til kontaktpersonen innebærer å:

- ha god kjennskap til saken og ivaretakende kommunikasjonsevner
- gi oppdatert og løpende informasjon om videre plan for pasient eller bruker, saksgang, hvordan hendelsen blir fulgt opp og hvordan den vil bli/er brukt til forbedring
- formidle pasient, bruker og/eller pårørendes behov for å sikre de berørte nødvendig og forsvarlig oppfølging etter hendelsen
- svare på spørsmål fra de berørte og/eller videreformidle spørsmål og svar ved behov
- være tilgjengelig for henvendelser fra de berørte etter nærmere avtale

En forutsetning er at oppgaver og roller er klart definert og kjent og at virksomheten legger til rette for at kontaktpersonen skal kunne utføre oppgavene.

Dokument «Sykehusets kontaktperson ved alvorlige uønskede pasienthendelser, rutine og skjema», ID 48910 - EQS

Sykehusets kontaktperson ved alvorlige uønskede pasienthendelser, rutine og skjema

Dokumentadministrator: Kristin Skårdal
Godkjent av: Eldar Søreide

Gyldig fra: 14.11.2021
Revisjonsfrist: 14.11.2023

Revisjon: 1.0
ID: 48910

Kontaktpersonen skal være et bindeledd mellom pasient/pårørende og sykehuset etter alvorlig pasientrelatert hendelse. Viser til rutine/tiltakskort etter alvorlig pasientrelatert hendelse

 [Tiltakskort etter alvorlig pasientrelatert hendelse](#)

Kontaktperson skal være medarbeider med helsefaglig bakgrunn, fortrinnsvis medisinskfaglig ansvarlig eller leder eller medarbeider i stabsfunksjon.

Det skal dokumenteres i pasientens journal hvem som er kontaktperson.

Det er en fordel at kontaktpersonen kjenner saken godt da denne skal kunne fremskaffe informasjon og formidle kontakt når pasient/pårørende har behov.

Kontaktpersonen skal:

- være bindeledd og kunne formidle kontakt mellom pasient/pårørende og ansvarlig lege/behandler
- kunne informere om videre plan for pasient
- kunne gi informasjon om hvor saken står og videre saksgang
- åpne for spørsmål fra pasient/pårørende og videreformidle disse samt sikre at pasient/pårørende får svar
- diskutere eventuell involvering av pårørende/etterlatte i arbeid med å belyse og analysere hendelsen
- være tilgjengelig på telefon og svare på henvendelser, fortrinnsvis innenfor normalarbeidstid.

Pasient	Navn: Telefonnummer:
Nærmeste pårørende/kontaktperson for etterlatte eller pasient	Navn: Telefonnummer:
Sykehusets kontaktperson (navn, stilling, enhet)	Navn: Funksjon og enhet: Mobilnummer:

Eksempel fra Stavanger universitetssykehus

1. Moore, J., M. Bismark, and M.M. Mello, *Patients' Experiences With Communication-and-Resolution Programs After Medical Injury*. JAMA Intern Med, 2017. 177(11): p. 1595-1603.
2. Byrth, J., et al., *Health professionals' perceptions and experiences of open disclosure: a systematic review of qualitative evidence*. JBI Evidence Synthesis, 2012. 10(42): p. 1-13.
3. Harrison, R., et al., *Enacting open disclosure in the UK National Health Service: A qualitative exploration*. J Eval Clin Pract, 2017. 23(4): p. 713-718.
4. West, M., *Compassionate Leadership: Sustaining wisdom, humanity and presence in health and social care*. 2021: Swirling Leaf Press.
5. Norsk Pasientskadeerstatning, *Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus*. 2023.
6. Varselutvalget, *Fra varsel til læring og forbedring. Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten*. 2023.
7. Birks, Y., et al., *An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration*. 2014, Health Services and Delivery Research NIHR Journals Library: Southampton (UK).
8. McVeety, J., et al., *Patient and family member perspectives of encountering adverse events in health care: a systematic review*. JBI Evidence Synthesis, 2014. 12(7): p. 315-373.
9. Hågensen, G., et al., *The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals*. BMC Health Services Research, 2018. 18(1): p. 302.
10. Prentice, J.C., et al., *Association of open communication and the emotional and behavioural impact of medical error on patients and families: state-wide cross-sectional survey*. BMJ Quality & Safety, 2020. 29(11): p. 883-894.
11. Sattar, R., J. Johnson, and R. Lawton, *The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: A systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis*. Health Expect, 2020. 23(3): p. 571-583.
12. Ukom, *Pårørende sikrer trygg behandling. Funn fra Ukoms rapporter om ivaretagelse og involvering*. 2024, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.
13. Kirkehei, I. and M. Tinnå, *Kommunikasjon med pasienter og pårørende i etterkant av uønskede hendelser*. 2012, Folkehelseinstituttet.

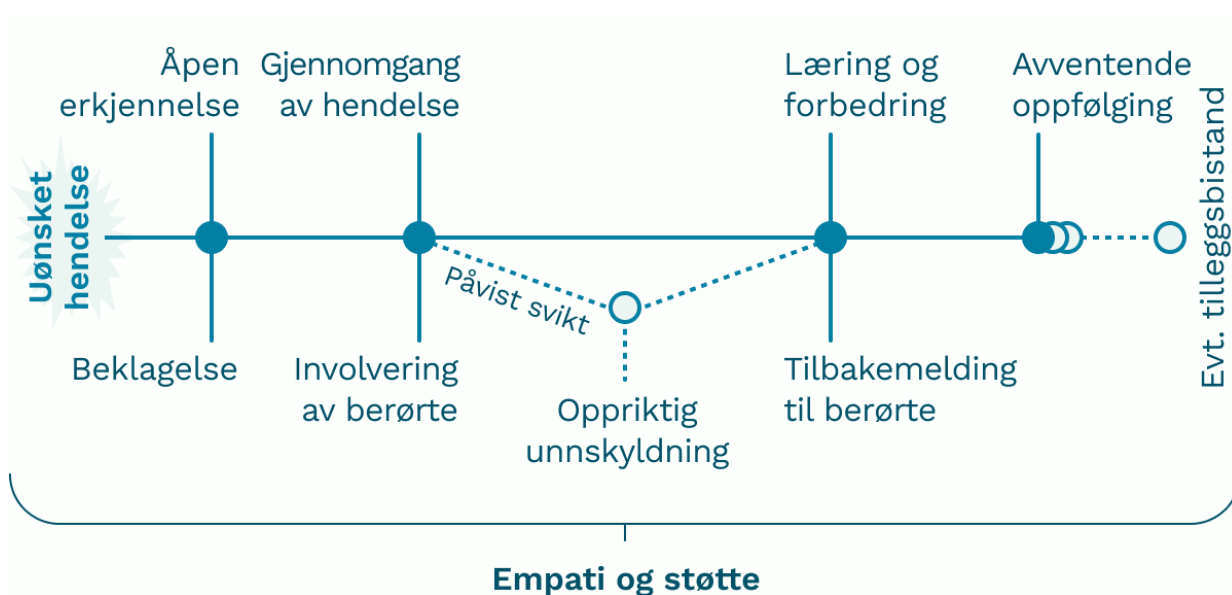
14. Prothero, M.M. and J.M. Morse, *Eliciting the Functional Processes of Apologizing for Errors in Health Care: Developing an Explanatory Model of Apology*. Glob Qual Nurs Res, 2017. 4: p. 2333393617696686.
15. Mira, J.J., et al., *Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations*. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.
16. Bucknall, T.K., et al., *Engaging patients and families in communication across transitions of care: an integrative review protocol*. J Adv Nurs, 2016. 72(7): p. 1689-700.
17. Ock, M., et al., *Frequency, Expected Effects, Obstacles, and Facilitators of Disclosure of Patient Safety Incidents: A Systematic Review*. J Prev Med Public Health, 2017. 50(2): p. 68-82.
18. Mazor, K.M., et al., *More than words: patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care*. Patient Educ Couns, 2013. 90(3): p. 341-6.
19. Ock, M., et al., *Frequency, Expected Effects, Obstacles, and Facilitators of Disclosure of Patient Safety Incidents: A Systematic Review*. J Prev Med Public Health, 2017. 50(2): p. 68-82.
20. Schrøder, K., A. Janssens, and E.A. Hvidt, *Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims*. Social Science & Medicine, 2021. 268.
21. Øyri, S.F., et al., *Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events*. BMJ Open Qual, 2023. 12(2).
22. Harrison, R., et al., *The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care*. Int J Qual Health Care, 2015. 27(6): p. 424-42.
23. Dwyer, T.A., et al., *Evaluation of a patient and family activated escalation system: Ryan's Rule*. Aust Crit Care, 2020. 33(1): p. 39-46.
24. Mira, J.J., *Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims*. 2015: ISBN 978-84-608-4017-6. p. 27.
25. Amori, G. and P.L. Popp, *The timing of early resolution: Working at the patient's pace*. Journal of Healthcare Risk Management, 2007. 27(3): p. 19-23.

En oppriktig unnskyldning når hendelsen burde vært unngått

Et viktig tema i prosjektets arbeids- og referansegrupper har vært betydningen av en oppriktig unnskyldning når en hendelse burde vært unngått. I litteraturen er dette også et svært sentralt og omtales som *sincere apology* på engelsk.

Når en uønsket hendelse inntreffer, er det viktig at den erkjennes åpent og ærlig, og at pasienten møtes med medfølelse og en beklagelse. Dette er utdypet i forrige kapittel. Dersom det er åpenbart, eller

undersøkelser viser at det har skjedd en svikt, trenger pasient, bruker og/eller pårørende en oppriktig unnskyldning. Å be om unnskyldning kommer først når det er oversikt over hva som har skjedd, og hva skaden skyldes.



Forskjell på beklagelse og unnskyldning

Det skiller her mellom beklagelse/beklage og unnskyldning/be om unnskyldning/si unnskyld. Beklage kan og skal gjøres så snart en uønsket hendelse har skjedd, selv om årsaksforhold ikke er avklart. Man beklager *at* det har skjedd en hendelse. Hvis det blir konstatert svikt, skal pasient eller bruker, og eventuelt pårørende, be om unnskyldning. Man sier unnskyld for noe som er *gjort*, eller ikke gjort. Dette er språklig sett komplisert, og viktigere enn ordene som brukes, er en erkjennelse av at hendelsen burde vært unngått.

Bak engasjementet for dette temaet ligger erfaringer om at en oppriktig unnskyldning kan være avgjørende for om pasienter, brukere og pårørende klarer å legge hendelsen bak seg. Motsatt kan det være "ødeleggende" å ikke få en unnskyldning. Betegnelsen oppriktig er viktig fordi unnskyldninger som oppleves formalistiske eller påtvungne, kan virke mot sin hensikt.

Pasienter, brukere og pårørende oppgir at det er viktig å få en oppriktig unnskyldning, men at den ikke kan stå alene. Unnskyldningen bør følges opp med:

- handling for å begrense ytterligere skader på pasient/bruker
- læring og forbedring fra helsepersonell og virksomhetens side for å unngå at lignende hendelse skjer igjen [1-4]

Ivaretagelse underveis mens man undersøker hendelsen

Det kan være mange og sammensatte årsaker til at den uønskede hendelsen inntraff, og det er ikke alltid mulig å få klarhet i årsaksforhold. Undersøkelsene av hendelsen og en eventuelt konstatert svikt, kan i noen tilfeller ta lang tid, og det er viktig at de berørte ivaretas både i og etter denne perioden. Det er

erfaringer med at hvis det tar lang tid fra hendelsen har inntruffet til unnskyldningen kommer, kan det virke provoserende og i noen tilfeller gjøre det umulig å legge den uønskede hendelsen bak seg fordi unnskyldningen virker påtvunget. Ivaretagende kontakt i en slik venteperiode kan forebygge slike negative pasientopplevelser.

Tillitsgjenopprettende tilnærminger

Litteraturen viser at å be om unnskyldning overfor pasienter, brukere og/eller pårørende som har vært utsatt for en uønsket hendelse, kan bidra til bedre bearbeidelse av hendelsen for de berørte, også helsepersonellet [5] [6]. Det kan også bidra til å opprettholde eller øke tillit til tjenesten og involvert helsepersonell [3] [5] [6] [7]. En oppriktig unnskyldning kan redusere pasientens eller brukerens grad av angst og vegring mot å oppsøke helsetjenesten i fremtiden [8].

Tillitsgjenopprettende tilnærminger (*restorative approaches*) [9] legger stor vekt på oppriktige unnskyldninger.

Tillit vokste ut av katastrofen

Det var en feilvurdering å gjøre om planen fra keisersnitt til vanlig fødsel, og barnet døde. Om samtalen etterpå forteller foreldrene:

"Før vi rakk å framføre det vi hadde planlagt sa legene, med Stian Westad i spissen, at 'dette er vår feil, dere gjorde alt riktig.' Dermed var tilliten tilbake nesten med det samme."

Et år senere ventet paret neste barnet, og det var Westad de valgte skulle følge dem opp, og som forløste barnet sammen med den samme jordmoren. Westad og familien står frem i håp om at det vil gjøre det lettere å være åpne om feil, slik at de kan forebygges [10] [11].

Moore har undersøkt hva pasienter, brukere og pårørende trenger for å kunne gå videre, eller det hun kaller forsoning. Hun skriver:

"Sørg for oppriktige, kulturelt tilpassede og meningsfulle unnskyldninger til rett tid. Det som oppleves som quasi-unnskyldninger, påtvungne eller "sagt for å ha gjort det", kan gjøre vondt verre. En unnskyldning fra involvert personell oppleves mer oppriktig og meningsfull, enn fra ledere eller andre." [5] s. 788

En oppriktig unnskyldning bør følges opp av påviselige endringer i praksis for å unngå gjentakelser, ellers mister den sin verdi. For sterkt skadede, er kompensasjon for økonomisk tap også viktig, forteller Moore. Ellers er det avgjørende å ikke anta, men spørre om hva pasienter, brukere og pårørende trenger, hva er som viktig for dem. Helt sentralt er å lytte til pasientens, brukernes og pårørendes svar og fortellinger. Disse forteller om dårlige opplevelser med å bli avbrutt. Det er for mange en forutsetning for forsoning at de merker de blir forstått, at deres opplevelse av tapet og hvordan det har påvirket deres liv, blir validert. For noen er det å bli hørt, det viktigste for dem.

Det finnes forskjellige betegnelser og definisjoner for gjenopprettende tilnærminger knyttet til oppfølging etter uønskede hendelser [12]. Mye av litteraturen er fra New Zealand og Australia, og bygger på urbefolkningens tradisjoner. Denne tilnærmingen er ellers ikke ukjent i Norge. Konfliktrådet i Norge bruker en arbeidsmetode som har mange likhetstrekk, kalles gjenopprettende prosess, og viser også til opphav i maorikulturen [13].

Kjernen i en gjenopprettende prosess synes å være etablering av gjensidig empati. Aubin finner at pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere føler empati og respekt for hverandre, men at de ikke

opplever de andre viste empati og respekt for dem. Barrierer for pasienter, brukere og pårørende er opplevelsen at medarbeidere ikke bryr seg om dem, ikke viser anger eller innrømmer at det var gjort feil. Barrierene for medarbeidere er følelser av skyld og skam, og frykt for konsekvenser. Pasienter, brukere og pårørende trenger åpenhet for å komme videre. Medarbeidere trenger støtte fra ledere og kollegaer, og mulighet for å snakke om hendelsen [14].

Tillitsgjenopprettende tilnærminger beskrives som "å møte skade med heling" [15]. Det er en prosess hvor alle involverte – pasienter, brukere, pårørende, helsepersonell og andre – inviteres til å ta del. Målet er

"å gjenopprette god psykisk helse (*well-being*) [16][17] og relasjoner, i tillegg til å forstå hva som har skjedd. Dialogen har derfor til hensikt å adressere *skadene*, møte *behovene*, gjenopprette *tillit*, og fremme *bedring* for alle berørte" [6] s. 1195

Denne beskrivelsen er samtidig en utdypning av hva som menes med "heling". Et viktig moment er også å klarlegge forpliktelser: hva må gjøres for å følge opp skadene og behovene, og hvem som har ansvar [15] [18].

Gjenopprettende prosesser er et tankesett og en praksis som er i vekst i helse- og omsorgssektoren. Det kan bidra til kulturendring, bedre ivaretagelse og økt pasientsikkerhet [18] [19] [20].

Denne guiden reflekterer en tillitsgjenopprettende tilnærming, med vekt på betydningen av relasjoner og å vise empati, lytte, beklage og eventuelt be om unnskyldning, samt å inkludere de berørte i læring og forbedring.



Heling er gjenopprettelse av psykisk helse, relasjoner og tillit. Wailling 2020. [6]

Praktiske virkemidler

Elementene i en oppriktig unnskyldning

Elementene i en unnskyldning er utviklet av prosjektgruppen, med bakgrunn i erfaringer fra norsk klinisk kontekst, svenske erfaringer (Jacobsson og Baathe, innlegg 09.09.22) og faglitteratur [5] [6] [7] [21] .

Erkjennelse av svikt

En erkjennelse av at det har forekommet svikt, og med det en bekreftelse av pasientens, brukerens og/eller pårørendes opplevelse av at det er gjort noe kritikkverdig som ikke skulle skjedd

Beskrivelse av det som har skjedd

En ærlig forklaring på hva som har skjedd, hva som gikk galt, og hvilke konsekvenser og prognose det medfører for pasient eller bruker. All relevant informasjon om hendelsen deles og ingenting dekkes over.

Tydeliggjøring av at det tas ansvar

Skylden for hendelsen legges ikke på andre, eller på eksterne faktorer (for eksempel utstyr). Personen som ber om unnskyldning, tar klart ansvar for det som har skjedd og det som skal skje videre for å forsøke å korrigere skaden

Utrykk for anger

Oppriktig uttrykk for at man er lei seg for det som er skjedd, og ønsker at det som er gjort var ugjort (eller noe som burde vært gjort, var gjort).

Endring av adferd/praksis

Å forsikre pasient, bruker og/eller pårørende om at de ansvarlige vil foreta endringer for å forhindre at lignende hendelser forekommer, og fortelle konkret hva som er endret eller vil endres.

Eksempler på pseudo-beklagelser og -unnskyldninger

Pasienter, brukere og pårørende kan reagere sterkt hvis de opplever "liksom -beklagelser" og "liksom-unnskyldninger". Det kan gjøre vondt verre. Det kan oppleves som "et dobbelt tillitsbrudd" - først utsettes de for en alvorlig hendelse, og så en dårlig unnskyldning. Her er fire typer slike pseudo-beklagelser og -unnskyldninger:

- å beklage pasientens, brukerens eller pårørendes **opplevelse** av eller reaksjon på en hendelse, ikke selve hendelsen
- å gi en **forklaring** på hvorfor behandlingen ble gjort slik den ble gjort, uten å beklage eller be om unnskyldning for det
- når det oppfattes som personen er **tvunget** til å be om unnskyldning, eller gjør det uten å mene det fordi man blir bedt om det
- når det gjennomføres som en **formalitet**

Eksempler er "Jeg beklager at du reagerer sånn på det" eller "Du kan godt få en beklagelse hvis det er det du vil".

Hvem bør be om unnskyldning?

Det er leders ansvar at det gis en oppriktig unnskyldning til de berørte. Hvem som skal be om unnskyldning er komplekst, men der det er mulig, og som hovedregel, bør involverte medarbeidere delta i samtalene med pasient, bruker og eventuelt pårørende.

I likhet med de første samtalene bør den som ber om unnskyldning overfor pasient/bruker og pårørende

- ha nærhet til hendelsen

- ha ivaretakende, empatiske evner
- kunne representere virksomheten

Overfor offentligheten og media er det ofte virksomhetens ledelse, i samråd med involverte medarbeidere, som håndterer dette. Det er viktig at vedkommende formidler unnskyldningen på en troverdig måte med en erkjennelse av hva feilen var.

Årsaker til en uønsket hendelse kan ligge på forskjellige nivåer i virksomheten. Dette bør gjenspeiles i hvem som ber om unnskyldning. Samtidig bør det i det konkrete møtet med pasient, bruker og eventuelt pårørende tas hensyn til at de ikke føler seg overveldet, for eksempel av at mange fra ledelsen deltar. Det kan også være at den enkelte behandler ønsker selv å møte pasienten, brukeren og/eller pårørende og be om unnskyldning, selv om svikt er konstatert på et annet nivå.

Se for øvrig forrige kapittel 1.2 og figur 1 for utdypning av vurderingen om hvem som bør møte, avhengig av pasientens, brukerens og eventuelt pårørendes ønsker, hvor alvorlig hendelsen er, og hvorvidt involvert helsepersonell er i stand til å møte.

Etter en gjennomgang av hendelsen kan det også være behov for at ledelsen ber medarbeidere om unnskyldning, for å ha satt dem i en situasjon der en alvorlig hendelse før eller senere ville kunne oppstå [22].

1. Liukka, M., et al., *Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(13).
2. McVeety, J., et al., *Patient and family member perspectives of encountering adverse events in health care: a systematic review*. JBI Evidence Synthesis, 2014. 12(7): p. 315-373.
3. Sattar, R., J. Johnson, and R. Lawton, *The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: A systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis*. Health Expect, 2020. 23(3): p. 571-583.
4. Mazor, K.M., et al., *More than words: patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care*. Patient Educ Couns, 2013. 90(3): p. 341-6.
5. Moore, J. and M.M. Mello, *Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand*. BMJ Qual Saf, 2017. 26(10): p. 788-798.
6. Wailling, J., et al., *Humanizing harm: Using a restorative approach to heal and learn from adverse events*. Health Expect, 2022. 25(4): p. 1192-1199.
7. Prothero, M.M. and J.M. Morse, *Eliciting the Functional Processes of Apologizing for Errors in Health Care: Developing an Explanatory Model of Apology*. Glob Qual Nurs Res, 2017. 4: p. 2333393617696686.
8. Prentice, J.C., et al., *Association of open communication and the emotional and behavioural impact of medical error on patients and families: state-wide cross-sectional survey*. BMJ Quality & Safety, 2020. 29(11): p. 883-894.
9. Også kalt "Restorative Just Culture (RJC)" (Wailling), "Restorative Justice" (Dekker), "Restorative Just and Learning Culture/Approach" (Turner) eller "Conciliation" (Moore). I modellen som brukes i New Zealand, henvises det til utfolk-tradisjoner for konflikthåndtering, som står i kontrast til "retributive", det vil si gjengjeldelse og sanksjonerende, tradisjoner.

10. NRK - Innlandet. *De mistet barnet sitt på grunn av legefeil: – Stort av legen å stå fram i media*. 2015; Available from: De mistet barnet sitt på grunn av legefeil: – Stort av legen å stå fram i media – NRK Innlandet – Lokale nyheter, TV og radio.
11. Heljesen, V. and C. Roang, *Min feil gjorde at barnet døde*, in *NRK Dokumentar*. 2015.
12. Også kalt "Restorative Just Culture (RJC)" (Walling), "Restorative Justice" (Dekker), "Restorative Just and Learning Culture/Approach" (Turner) eller "Conciliation" (Moore). I modellen som brukes i New Zealand, henvises det til utfolk-tradisjoner for konflikthåndtering, som står i kontrast til "retributive", det vil si gjengjeldelse og sanksjonerende, tradisjoner.
13. Konfliktrådet. *Gjenopprettende prosess*. 2024 [cited 2024; Available from: <https://konfliktraadet.no/om-konfliktraadet/restorative-justice/>.
14. Aubin, D.L., et al., *Support for healthcare workers and patients after medical error through mutual healing: another step towards patient safety*. *BMJ Open Qual*, 2022. 11(4).
15. Dekker, S.W.A. and H. Breakey, *'Just culture.'* *Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice*. *Safety Science*, 2016. 85.
16. Carlquist, E., *Well-being på norsk*. 2015, Helsedirektoratet.
17. Det engelske uttrykket "well-being" lar seg vanskelig oversette til norsk. Rapporten "Well-being på norsk" av Carlquist (se referanselisten) tar ikke stilling til hvordan det bør oversettes, og nevner psykisk helse, trivsel, velvære og livskvalitet.
18. Sawin, G., et al., *Scoping Review of Restorative Justice in Academics and Medicine: A Powerful Tool for Justice Equity Diversity and Inclusion*. *Health Equity*, 2023. 7(1): p. 663-675.
19. Turner, K., et al., *Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2020. 54(6): p. 571-581.
20. Turner, K., et al., *Implementing a systems approach to suicide prevention in a mental health service using the Zero Suicide Framework*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2021. 55(3): p. 241-253.
21. Battistella, E.L., *Sorry about that. The language of Public Apology*. 2014, New York: Oxford University Press. 232.
22. Statens helsetilsyn, *Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018*. 2019. p. 56.

Involvering av pasienter, brukere og pårørende i gjennomgang av hendelser, læring og forbedring

Involvering av pasienter, brukere og pårørende er kanskje det viktigste redskapet for bedre pasientsikkerhet. Pasienter, brukere og pårørende har perspektiver som helsepersonell ikke har. I WHOs globale handlingsplan for pasientsikkerhet påpekes det at pasienters, brukeres og pårørendes perspektiv blir særlig viktig i de tilfeller hvor de har skjedd en skade [1].

Nyere norske rapporter understreker også involvering av pasienter, brukere og pårørende i etterkant av uønskede hendelser. Statens undersøkelseskomisjon (Ukom) uttaler i sin rapport "Meldekultur og læring av uønskede hendelser" [2]:

"Virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten må ha system for god kommunikasjon med, og involvering av pasient og pårørende etter alvorlige hendelser. Pasient og pårørende må sikres reell innflytelse i analyse og læring, der deres erfaringer blir brukt." s. 36

Dette gjentas i rapporten "Pårørende sikrer trygg behandling. Funn fra Ukoms rapporter om ivaretagelse og involvering". Den viser at virksomhetene ikke hadde inkludert pårørende i lærings- og forbedringsarbeid etter noen av de alvorlige hendelsene som var utgangspunkt for Ukoms undersøkelser [3].

Helsetilsynet skriver i sin rapport "Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser":

"I arbeidet med kvalitetsforbedring etter alvorlige hendelser er pasient og pårørende en viktig informasjonskilde. Vår erfaring er at de ofte har relevant og god informasjon om det som har skjedd, informasjon som supplerer og nyanserer den framstillingen som helsepersonell og ledere gir oss." s. 5-6.

Dette gir et mer komplett bilde, noe som er nødvendig å iverksette tiltak som skal hindre at liknende hendelse skjer igjen [4].

Berørte ønsker å bidra til at det de har opplevd, ikke skjer igjen

Betydningen av involvering er det bred enighet om. Men pasienter, brukere og pårørende savner ofte invitasjon og mulighet til å bidra. Å dele sine erfaringer og delta i en gjennomgang av hendelsen kan bidra til å forbedre tjenesten og unngå at det samme skjer igjen, noe de berørte er svært opptatt av. Det kan også bidra til å bearbeide egne opplevelser [3].

Når gjennomgang av hendelsen og forbedringsarbeidet avsluttes, skal de berørte få informasjon om hvilke tiltak er gjennomført eller skal iverksettes. Flere studier viser at pasienter, brukere og pårørende etterlyser dette [5] [6].

Praktiske virkemidler

Gi alternativer for deltakelse

Pasienter, brukere og pårørende har ofte ulike behov og forutsetninger, så tilnærmingen til hvordan disse skal involveres må tilpasses. Det kan bety å legge frem realistiske muligheter for deltakelse, og la de berørte vurdere hva som er best for dem, eksempelvis:

- strukturert intervju
- gi en skriftlig tilbakemelding
- spørreundersøkelse
- telefonsamtaler eller videomøter
- mindre formelle møter
- deltakelse i strukturerte metoder

Det finnes forskjellige strukturerte fremgangsmåter for gjennomgang av hendelser, avhengig av hendelsens alvorlighetsgrad, omfang og kompleksitet. Se *Ulike fremgangsmåter for gjennomgang av hendelser* i [kapitlet om involvering av medarbeidere i hendelsesgjennomganger](#). For hver type fremgangsmåte bør man vurdere hvordan man kan innhente og dra nytte av erfaringene og innspillene fra berørte pasienter, brukere og pårørende.

I tillegg til mer formelle samtaler og møter, er det viktig å fange opp innspill og forbedringsforslag som kommer spontant. For å få til det i praksis, kan det være en fordel å ha [en kontaktperson](#).

Skap en psykologisk trygg ramme

Grunnleggende er at involvering oppleves trygt og positivt, og at de berørte får reell mulighet til å bidra. Dette forutsetter at de behandles som likeverdig part og at deres synspunkter og erfaringer anerkjennes. Det viktigste er å lytte. Pasienter, brukere og pårørende har et sterkt ønske om å bli hørt og kunne fortelle sin historie, uten å bli avbrutt. Å bli lyttet til og møte anerkjennelse for sine erfaringer kan i seg selv ha en helende effekt [5].

Det er i utgangspunktet en ubalanse i relasjonene mellom helsepersonell og pasienter, brukere og pårørende. I slike asymmetriske relasjoner er det viktig helse- eller omsorgstjenesten

- vurderer nøye hvem og hvor mange som skal delta på møtene
- forklarer medisinske faguttrykk som pasient, bruker og pårørende vil gjenfinne i journal, for å gjøre journalen mer tilgjengelig
- formidler at deres perspektiv er viktig for at virksomheten skal få et fullstendig bilde av situasjonen og kunne utarbeide relevante forbedringstiltak
- oppmuntrer de berørte til å dele sine erfaringer og ideer
- møter innspill med en positiv respons, som ikke trenger å være det samme som å si seg enig

Å bli hørt bidrar til å øke psykologisk trygghet og skape større likeverdighet i asymmetriske relasjoner [7].

Involvering kan ofte innebære en belastning for de berørte. Planlegging av tidspunkt, tilnærming og kontekst må ta hensyn til dette. Det kan for eksempel bety å vente til de berørte gir uttrykk for at de er følelsesmessig klare, før de involveres i gjennomgang av hendelser, læring og forbedring. Et eventuelt ønske om ikke å involveres må selvfølgelig respekteres.

Mange av de samme elementene som er viktige for innledende møter, er også aktuelle for involvering av pasientene, brukere og pasienter i læring av hendelser. Se [kapittel 1.2](#), avsnitt "Sjekkliste for samtaler".

1. World Health Organization, *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. 2021, World Health Organization: Geneva.
2. UKOM, S.u., *Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser. Hvorfor blir alvorlige, uønskede hendelser ikke alltid meldt og varslet?* 2023.
3. Ukom, *Pårørende sikrer trygg behandling. Funn fra Ukoms rapporter om ivaretagelse og involvering*. 2024, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.
4. Statens helsetilsyn, *Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018*. 2019. p. 56.

5. Moore, J., M. Bismark, and M.M. Mello, *Patients' Experiences With Communication-and-Resolution Programs After Medical Injury*. JAMA Intern Med, 2017. 177(11): p. 1595-1603.
6. Hågensen, G., et al., *The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals*. BMC Health Services Research, 2018. 18(1): p. 302.
7. Nembhard, I.M. and A.C. Edmondson, *Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams*. Journal of Organizational Behavior, 2006. 27(7): p. 941-966.

Avventende oppfølging

En uønsket hendelse kan påvirke pasienter, brukere eller pårørende negativt i lang tid etter hendelsen [1, 2]. Det kan føre til både psykososiale, fysiske og økonomiske senvirkninger [3, 4]. God ivaretagelse som beskrevet i denne guiden, har til hensikt blant annet å forebygge slike senvirkninger, men det kan allikevel være behov for tiltak i ettertid, eksempelvis psykologisk bistand.

Normale reaksjoner, mulige senvirkninger og monitorering

Det er normalt å reagere på uventede og uønskede hendelser. Normale reaksjoner på unormale hendelser spenner over et bredt register: følelsesmessige reaksjoner, konsentrasjonsvansker, søvnvansker, motorisk uro og sosial tilbaketrekning. De fleste reaksjoner vil gå over av seg selv. Uformell støtte fra nærmeste nettverk er av størst betydning etter en hendelse. De aller fleste vil mestre kriser, ulykker og katastrofer uten behov for hjelp av lege, psykolog eller andre fagfolk. Men en mindre andel kan utvikle psykiske plager som blir vedvarende. Et viktig prinsipp er derfor avventende oppfølging. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress forklarer det slik:

"Man behøver altså ikke å gå ut fra at alle rammes, samfunnet kan i stedet rette støttetiltakene mot dem som trenger det mest over tid. Det innebærer imidlertid at man også bør holde kontakten med og følge opp dem som ikke ser ut til å ha noen uttalte akutte behov". [6] s. 2-3

Senvirkninger kan være plager og funksjonsnedsettelse, påført av selve den uønskede hendelsen, som vedvarer. Det kan også være en skade eller plage, fysisk eller psykisk, som viser seg en stund etter den uønskede hendelsen. Pårørende kan også ha blitt sterkt berørte og kan ha behov for oppfølging.

Monitorering og oppfølging må tilpasses hendelsens art og alvorlighetsgrad, og de berørtes individuelle forhold og behov, som ellers ved ivaretagelse etter uønskede hendelser. Ofte er det utilstrekkelig å si "bare ta kontakt". Dialog med de berørte kan vise at det er nødvendig med en nærmere behovskartlegging, forventningsavklaring og en plan for videre oppfølging.

Ved alvorligere hendelser og/eller spesielle behov, kan det være aktuelt å gi pasienter, brukere og pårørende informasjon om hvor de kan henvende seg for psykologisk bistand hvis det oppstår behov. I noen tilfeller kan pasient, bruker eller pårørende vise alvorligere psykiske plager ganske umiddelbart etter en uønsket hendelse. De kan ha rett til psykisk helsehjelp, og bør få henvisning og bistand til å få et behandlingstilbud.

Dokumentasjon

Man bør være spesielt oppmerksom på overganger mellom tjenestenivåer og -instanser, og sørge for god dokumentasjon og god kommunikasjon om oppfølgingen mellom disse og med de berørte.

Samarbeidsavtalene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste bør tydeliggjøre ansvaret for oppfølging av pasienter og pårørende etter alvorlige uønskede hendelser.

Dokumentasjon i forbindelse med uønskede hendelser kan være mangelfull og påvirke den videre oppfølgingen. Dette har deltakere i prosjektet bemerket, og Hågensen [7] skriver:

"Informantene [pasienter utsatt for uønsket hendelse] beskrev hvordan feil og mangler i journaler gjorde forløpet for videre behandling vanskelig. Sykehusleger, andre helsepersonell og fastleger hadde ikke kjennskap til tidligere hendelser eller komplikasjoner på grunn av mangel på skriftlig dokumentasjon i pasientjournalene. Noen av disse oppfattet problemene og støttet pasienten, mens andre var mer opptatt av at det måtte være dokumentasjon før de henviste pasientene til nye undersøkelser, kontroller og rehabilitering. Gjennomgang av epikrisene bekreftet mangelen på beskrivelser av hendelsene og komplikasjonene." s. 7

Roller i oppfølgingen

Etter at en pasient som har vært utsatt for en uønsket hendelse er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten, eller hvis hendelsen skjer en bruker i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, har de og deres pårørende rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen [8]. Det er mange aktuelle instanser med roller i oppfølgingen: fastlegen, kriseteamet i kommunen, eventuell koordinator, eventuelt tildelingskontor, med flere.

- **Fastlegen** har et medisinskfaglig koordineringsansvar for den enkelte pasient og er derfor sentral i oppfølgingen, for avdekking av senskader og etterreaksjoner, behov for videre henvisning mv. Elektronisk meldingsutveksling (f.eks. henvisning, epikrise, o.l.) er aktuelt å bruke for å varsle fastlege, henvisende instans og andre aktuelle samarbeidspartnere om oppfølgingsbehov etter en uønsket hendelse.
- **Det psykososiale kriseteamet** har som rolle å være en ressurs ved traumatiserende hendelser av større eller mindre omfang [9]. Diagnostikk og behandling av langvarige reaksjoner og lidelser er vanligvis oppgaver for den ordinære helsetjenesten, men det psykososiale kriseteamet kan ha en viktig rolle i å fange opp dem som trenger hjelp, og sikre at de blir henvist videre.

Alvorlige problemer og lidelser som kan oppstå etter kriser, ulykker og katastrofer, inkludert alvorlige pasient- eller brukerhendelser er: • akutt stressreaksjon • depresjon • angst og fobier • posttraumatisk stresslidelse (PTSD) • komplisert sorg • vedvarende skyld og sinne • rusavhengighet, selvska- ding m.m.

- **Koordinator** eller koordinerende enhet vil ha en viktig rolle for pasienter som hadde koordinator fra før – eller som på bakgrunn av den uønskede hendelsen har fått komplekse behov som gir rett til koordinator. Dersom en person har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har de også rett til å få utarbeidet en individuell plan [10].

Om man har en etablert kontakt i kommunen eller man får behov for koordinator, er det mest hensiktsmessig at det er disse som følger opp videre oppfølging fremfor personer fra psykososialt kriseteam.

- **Tildelingskontor**, der disse er etablert, har ofte en rolle i å motta meldinger fra spesialisthelsetjenesten og tjenestene i kommunen, samt fastleger. Tildelingskontoret har oversikt over og kjennskap til aktuelle tilbud og tjenester i kommunen, inkludert tildeling av koordinator og individuell plan.

En studie av pasienters opplevelse av oppfølging etter uønskede hendelser anbefaler å ta kontakt med pasienter på årssdagen for å gi de berørte en oppdatering om hva sykehus har gjort for å bedre pasientsikkerhet og for å forsikre dem om at de ikke er blitt glemt [5]. Dette kan samtidig være en måte å avdekke om det er oppstått ettervirkninger.

En uønsket hendelse kan som nevnt ha store konsekvenser helsemessig, både fysisk og psykisk, økonomisk og på annen måte. Avhengig av situasjonen og individuelle behov, kan det være aktuelt å samarbeide med eller få tjenester fra en rekke andre instanser, for eksempel tannhelsetjeneste, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), familievernkontor, skole, barnehage, helsestasjon, skolehelsetjeneste, NAV eller boligsosiale tjenester.

Selv om oppfølgingsoppgaver er overlatt til andre instanser, bør tjenestestedet ved alvorligere hendelser likevel selv ta kontakt etter en tid for å forsikre seg om at pasient, bruker eller pårørende har blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

1. Kirkehei, I. and M. Tinnå, *Kommunikasjon med pasienter og pårørende i etterkant av uønskede hendelser*. 2012, Folkehelseinstituttet.

2. Mira, J.J., et al., *Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations*. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.

3. Ottosen, M.J., et al., *Long-Term Impacts Faced by Patients and Families After Harmful Healthcare Events*. Journal of patient safety, 2021. 17(8): p. e1145-e1151.

4. Liukka, M., et al., *Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(13).

5. Moore, J., M. Bismark, and M.M. Mello, *Patients' Experiences With Communication-and-Resolution Programs After Medical Injury*. JAMA Intern Med, 2017. 177(11): p. 1595-1603.

6. Michel, P.-O., *Moderne krisestøtte: Oppsummering basert på internasjonal litteratur*. 2014, Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress: Oslo, Norway. p. 22.

7. Hågensen, G., et al., *The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals*. BMC Health Services Research, 2018. 18(1): p. 302.

8. Helsedirektoratet. *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. 2015; Available from: [content://4f92d846-1a3a-4cbe-af5b-4fd1443f2cb1](https://www.helsedirektoratet.no/content//4f92d846-1a3a-4cbe-af5b-4fd1443f2cb1).

9. Helsedirektoratet. *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer - Mestring, samhörighet og håp. Nasjonal veileder*. 2016 17. mars 2016 23.06.2023]; Available from: <content://a39a903e-e46b-4e67-9eb3-4b391fbf64ff>.

10. Helsedirektoratet. *Individuell plan og koordinator*. 2022; Available from: <https://www.helsenorge.no/rettigheter/individuell-plan/>.

Del 2 – Ivaretagelse av medarbeidere

Hvordan kan vi ta vare på dem som tar vare på andre? På tross av store anstrengelser for å unngå pasientskader og andre uønskede hendelser, kan det gå galt. De færreste som arbeider med pasienter, brukere og pårørende vil unnsnippe å være involvert før eller senere i en hendelse. Helsepersonell og andre medarbeidere blir dypt berørt. Det strider mot prinsippet "primum non nocere" - gjør ingen skade. Mangelfull støtte kan påføre ytterligere belastning. Ivaretagelse starter allerede før det skjer en hendelse, med å forberede medarbeidere på at det kan skje.

Forberedelse av medarbeidere på mestring av uønskede hendelser

Forberedende opplæring bidrar til å at medarbeidere blir bedre rustet til å takle kritiske situasjoner [1] [2] [3] [4]. Uønskede pasient- og brukerhendelser forekommer relativt ofte (se innledningskapittel "Bakgrunn"), og helsepersonell og andre medarbeidere trenger å være forberedt på at det kan skje. De trenger kunnskap om hva som er normalreaksjoner på slike hendelser, om mestringsstrategier og om organisasjonens rutiner når det skjer uønskede hendelser [5].

Forberedelse

- Bygge resiliens
- Redusere stigmatisering

Opplæring og diskusjon om

- uønskede hendelser: forekomst, type
- normalreaksjoner
- hvordan vil jeg gjerne bli møtt?
- hvordan gi god kollegastøtte?
- betydningen av en åpen og lærende kultur
- informasjon om lokale rutiner
- hvordan samtale med pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser?

Det er også behov for opplæring i samtaler med pasienter, brukere og pårørende etter en uønsket hendelse [6] [7] [8] [9]. Mangel på opplæring er en viktig hindring for åpen erkjennelse av uønskede hendelser, og bør derfor være med allerede i utdanningen av helsepersonell [10].

Det er viktig at organisasjoner legger til rette for kompetansehevingstiltak, og at enkeltindivider ikke forventes å klare dette alene. Brede opplysnings- og opplæringstiltak for å forberede medarbeidere på mestring av uønskede hendelser vil kunne bidra til mer resiliente [11] helse- og omsorgstjenester ved å

- redusere stigmatisering, som ofte følger av å være involvert i en uønsket hendelse [12] [13]
- gi en sterkere bevisstgjøring om belastningene uønskede hendelser medfører for involverte medarbeidere, og et grunnlag for et mer støttende miljø [14-16]
- gi kunnskap og ferdigheter som styrker mestringsevnen hos medarbeidere [1] [5]
- bidra til å redusere bruken av lite hensiktsmessige mestringsstrategier som unngåelse, og øke bruken av effektive strategier slik som problemløsning og å søke støtte hos andre [1]

- bidra til å forebygge hendelser, spesielt når betydningen av en åpen og lærende kultur også blir tatt med som tema i kompetansehevingstiltakene. Se [kapittel 3.1](#) om kultur.

Tiltak som er beskrevet i de neste kapitlene bidrar også til resultater nevnt i punktlisten over. Vektlagt i dette kapitlet er tiltak *i forkant* av en hendelse, kort oppsummert i sideboksen.

Behov for å styrke dagens opplæring og forberedelse

En norsk studie av kirurger fant at ingen av deltakerne hadde fått strukturert opplæring om håndtering av uønskede hendelser under utdanning, spesialisering eller senere i karrieren. Øyri skriver at det er kritisk at utdanning og opplæring dekker dette, slik at helsepersonell kan utvikle mestringsstrategier [17].

I Varselutvalgets rapport trekkes det frem at det er viktig å bygge en kultur allerede fra studietiden med forståelse for at feil skjer, og at feil må brukes til kvalitetsforbedring og læring [18].

Lignende funn og anbefalinger er også rapportert i annen skandinavisk litteratur. Her er et eksempel fra en fokusgruppestudie med danske jordmødre og fødselsleger [19]:

Når uønskede hendelser skjer i klinisk arbeid kommer det plutselig og uten forberedelse. Fokusgruppe-deltakerne kommenterte at ingen hadde forberedt dem under utdanningen på fremtidige uønskede hendelser og medisinske feil. I noen av gruppene begynte deltakerne å le sarkastisk når de ble spurt om hvordan de hadde fått trening i å håndtere traumatiske eller uønskede hendelser: Ikke i det hele tatt. Det var et par timer om sorg og kriser. Men det gjaldt for pasienter. 'Ikke for hvordan *vi* kunne takle det. Å nei, nei, nei. Vi var ikke så interessante' (latter). s. 3-4 (forkortet)

Eksempler på det motsatte finnes også. På medisinstudiet ved Universitet i Oslo har det siden 2000-tallet vært et tilbud, som nå heter "Overlevelseskurset". Professor emerita i medisinsk etikk, Reidun Førde, var initiativtaker til undervisningen, og forteller:

"Undervisninga inneheldt innledning om den innebygde usikkerheten i faget og om forkomsten og ulike typar feil. Studentane fekk møte legar som fortalte om eigne feil og korleis dei håndterte det og pårørande og pasientar som hadde opplevd feilbehandling. Studentane fekk også råd om møte med media der kjente journalistar forelas, om Norsk pasientskadeerstatning, Helsetilsynets rolle, Pasientombudsordninga, og om varsling, samt Legeforeningens støttetilbud.

Undervisninga burde ha vore obligatorisk. Eg har mange ganger seinare møtt legar som var der og som har gitt uttrykk for at dette var noe av det viktigaste dei hadde tatt med seg." [20]

Prosjektet *Ivaretagelse ved uønskede hendelser* har ikke kartlagt hva som tilbys i utdanningene eller i tjenesten, men litteraturen og innspill underveis i arbeidet tyder på at det kan være behov for å styrke dagens opplæring og forberedelse av medarbeidere.

Praktiske virkemidler

Bruk av eksisterende arenaer til å skape bevisstgjøring

Etablerte møtearenaer på ulike nivåer i en virksomhet kan benyttes for å formidle kunnskap og sette temaet håndtering av uønskede hendelser og ivaretagelse av de berørte på dagsordenen. På

virksomhetsnivå kan for eksempel eksisterende arenaer som nyansatt-opplæring, arbeidsmiljø- og kvalitetsdager, ledersamlinger og lignende benyttes.

Kompetansetiltak for mestring av uønskede hendelser

Kompetansehevingstiltak kan være på virksomhets- eller avdelingsnivå, eller i kombinasjon. Seminarer i avdelinger har den fordel at de kan bidra til en mer åpen og ivaretakende kultur lokalt [5]. De kan spisses mot avdelingens egne utfordringer og løsninger, for eksempel når det gjelder risiko for uønskede hendelser, rutiner og opplegg for kollegastøtte.

Eksempel på innhold i seminar:

- orientering om typiske potensielle uønskede hendelser i egen virksomhet
- bevisstgjøring om betydningen av støtte fra kollegaer og en åpen og lærende kultur
- informasjon om organisasjonens systemer og rutiner, sentralt og lokalt, for melding og håndtering av uønskede hendelser
- kunnskap om vanlige reaksjoner ved uønskede hendelser, og at disse i all hovedsak er akutte og forbigående. "Normale reaksjoner på en unormal situasjon."
- tid til refleksjon om tidligere erfaringer og hvordan en selv ønsker å bli møtt i en slik situasjon
- kunnskap om hva psykososial støtte og avlastningssamtaler er. (Disse temaene utdypes i egne avsnitt i neste kapittel)
- råd om mestringsstrategier – hensiktsmessige og mindre hensiktsmessige
- informasjon om tilgjengelige kollegastøtteordninger
- trening i kollegastøttesamtaler

Ledelse har ansvar for å ha oversikt over behov for opplæring. Bedriftshelsetjenesten kan være en viktig ressurs i gjennomføring av slik opplæring. Vernetjenesten og tillitsvalgte kan være gode støttespillere.

Kompetanseheving for samtaler med pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser

Medarbeidere har behov for kunnskap om og ferdighetstrening i ivaretakende samtaler med pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser. Dette inkluderer samtaler som åpent erkjenner og beklager at en hendelse er skjedd, og samtaler der en ber om unnskyldning om det er konstatert svikt. Erfarne kollegaer, personer som arbeider med kvalitet og klinisk kommunikasjon, samt simuleringssentre, kan være viktige ressurser for kommunikasjonen med pasienter, brukere og pårørende.

For nærmere redegjørelse om samtaler med pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser, se kapittel [1.2 "Åpen erkjennelse og beklagelse når det går galt"](#) og [1.3. "En oppriktig unnskyldning når hendelsen burde vært unngått"](#).

Spesifisering av hvilke uønskede hendelser som bør meldes i det enkelte fagfeltet og den enkelte avdelingen

Mange hendelser som burde vært meldt, meldes ikke [1]. Én grunn kan være usikkerhet om hva som bør meldes og hvordan. Det er derfor god praksis å ha diskutert på forhånd hvilke potensielle hendelser som skal rapporteres i det enkelte fagfelt og den enkelte avdelingen.

Norsk gynekologisk forening har eksempelvis utarbeidet en liste over konkrete hendelser innen sitt fagfelt som bør meldes til Statens helsetilsyn og Ukom [21]. Foreningen anbefaler også at virksomhetene utarbeider egne retningslinjer for hva som konkret skal meldes i det interne avvikssystemet. Slike lister kan sette en minimumsstandard. Ellers er det en god regel å melde en gang for ofte enn for lite.

1. Brooks, S.K., et al., *Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review*. J Ment Health, 2018: p. 1-25.
2. Leaune, E., et al., *Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review*. Harv Rev Psychiatry, 2019. 27(3): p. 141-149.
3. Sijbrandij, M., et al., *The Effect of Psychological First Aid Training on Knowledge and Understanding about Psychosocial Support Principles: A Cluster-Randomized Controlled Trial*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(2).
4. Sandford, D.M., et al., *The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review*. Clin Psychol Psychother, 2021. 28(2): p. 261-294.
5. Schrøder, K., et al., *Evaluation of the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments*. BMC Health Services Research, 2022. 22(1).
6. Australian Clinical Excellence Commission, *Open disclosure handbook*. 2014: Sydney, Australia. p. 92.
7. Sattar, R., J. Johnson, and R. Lawton, *The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: A systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis*. Health Expect, 2020. 23(3): p. 571-583.
8. Agency for Healthcare Research and Quality. *Communication and Optimal Resolution (CANDOR)*. [website] 2017 August 2022; Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/index.html>.
9. Stroud, L., et al., *Teaching Medical Error Disclosure to Physicians-in-Training: A Scoping Review*. Academic Medicine, 2013. 88(6): p. 884-892.
10. Byrth, J., et al., *Health professionals' perceptions and experiences of open disclosure: a systematic review of qualitative evidence*. JBI Evidence Synthesis, 2012. 10(42): p. 1-13.
11. Resiliens er "kapasiteten til å tilpasse seg til utfordringer og endringer på ulike systemnivåer, for å opprettholde høy kvalitet i tjenestene."
11. Resiliens er "kapasiteten til å tilpasse seg til utfordringer og endringer på ulike systemnivåer, for å opprettholde høy kvalitet i tjenestene." Wiig, S., et al., *Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program*. BMC Health Serv Res, 2020. 20(1): p. 330.
12. The Joint Commission, *Quick Safety: Supporting second victims*. 2018. p. 3.
13. Mira, J.J., et al., *Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations*. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.
14. Busch, I., et al., *Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies*. Journal of Patient Safety, 2020. 16: p. 1.
15. Busch, I.M., et al., *Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis*. J Patient Saf, 2020. 16(2): p. e61-e74.

16. Busch, I.M., et al., *Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources*. Int J Environ Res Public Health, 2021. 18(10).

17. Øyri, S.F., et al., *Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events*. BMJ Open Qual, 2023. 12(2).

18. Varselutvalget, *Fra varsel til læring og forbedring. Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten*. 2023.

19. Schrøder, K., A. Janssens, and E.A. Hvidt, *Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims*. Social Science & Medicine, 2021. 268.

20. Førde, R., *Forberedelse av medisinstudenter på uønskede hendelser*, J.B. Fjærtøft, Editor. 2024.

21. Jacobsen, A.F. *Alvorlige uønskede hendelser*. 2023; Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodse>

Systematisk fremgangsmåte for ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser

Det er en mangel på helhetlige modeller for ivaretagelse etter uønskede hendelser. Helse- og omsorgsvirksomheter oppfordres derfor til å ha tydelige og systematiske handlingsplaner basert på behovene til de forskjellige gruppene, både pasienter, brukere og pårørende, og helsepersonell og andre medarbeidere [1]. Når det gjelder medarbeidere er det i litteraturen først og fremst kollegastøtteprogrammer i forskjellige former som omtales [2]. Ivaretagelse krever midlertid en rekke tiltak, satt i system.

I Spania er det utviklet et mer helhetlig rammeverk, med sjekklister og flytdiagrammer [3, 4]. Disse kan ikke brukes direkte for norske forhold, men det som påpekes som overordnet viktig, er høyst relevant: Helse- og omsorgsarbeidere skal møtes med respekt, empati, forståelse og støtte fra sin virksomhet. De trenger å ha mulighet for å snakke om hendelsen, og bidra til læring og forbedring i etterkant.

Et system for ivaretagelse bør ha rutiner som sørger for

- et godt forløp for ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser
- tydelige roller og ansvar

Disse er hovedtemaene i dette kapitlet. Også viktig er tiltak for å sikre at rutinene prosedyrene er kjent og etterlevs i organisasjonen, og at personene med roller og ansvar for gjennomføringen har tilstrekkelig kompetanse.

System og rutiner er nødvendige, men ikke tilstrekkelige. Ivaretagelse er også avhengig av holdninger og kultur, som påvirker hvordan tiltak blir praktisert og hvordan involverte medarbeidere opplever å bli møtt. Praktiseringen må oppleves som autentisk, at virksomheten bryr seg. Se Del 3 om betydningen av en åpen og lærende kultur og av ivaretakende ledelse.

Psykologisk førstehjelp og læringsdebrief, i stedet for psykologisk debrief

Det finnes forskjellige typer debriefing. Hovedskillet går på om hensikten er å gjennomgå en hendelse med læring og forbedring som formål (læringsdebrief), eller å bearbeide emosjonelle reaksjoner for å forhindre psykiske senreaksjoner (psykologisk debrief) [5].

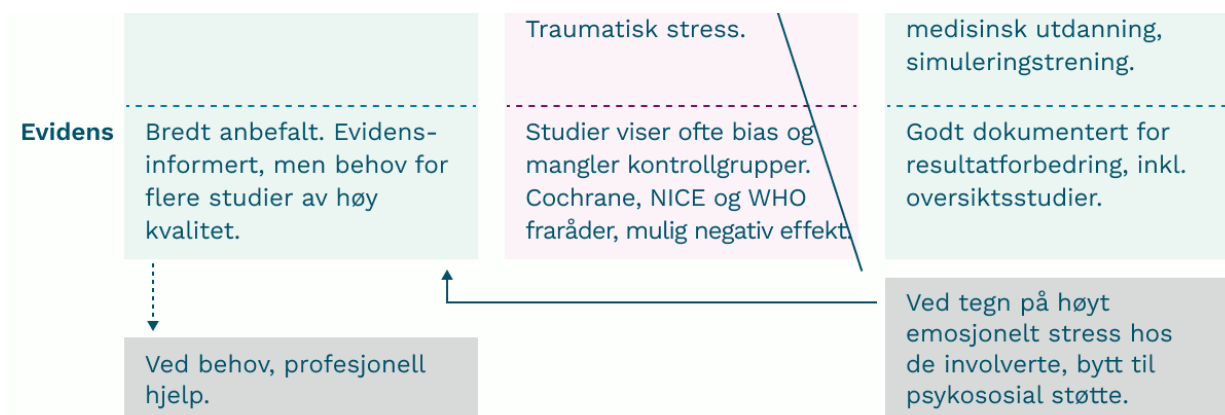
Det er ikke vist vitenskapelig at psykologisk debriefing har positiv effekt, og anbefales derfor ikke. I stedet anbefales psykologisk førstehjelp og læringsdebrief. Disse omtales i guiden primært som "psykososial støtte" og "gjennomgang av hendelser" [6].

WHO [7] definerer **psykologisk førstehjelp** som "human, støttende og praktisk bistand for å støtte mennesker som har vært utsatt for alvorlige kritiske hendelser" (s. 3). Det er en evidens-informert tilnærming basert på faktorer som studier og erfaring har vist er mest betydningsfulle for gjenoppretelse av psykososial og atferdsmessig funksjonsevne: trygghet, mestringstro, ro, tilhørighet og håp [8]. Disse grunnprinsippene omtales også under "Praktiske virkemidler" i dette kapitlet.

I Folkehelseinstituttets (FHI) systematiske oversikt [9] er **psykologisk debriefing** definert som "en strukturert form for psykologisk støtte gitt innen kort tid etter en uønsket hendelse, med hensikt å håndtere påfølgende følelsesmessige reaksjoner og forebygge mer alvorlige reaksjoner posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og depresjon" (s. 6). Dette inkluderer metoder som CISD Critical Incident Stress Debrief og CISM Critical Incident Stress Management.

Læringsdebrief defineres av Kolbe [5] som strukturerte teammøter/-samtaler der medarbeidere utforsker handlinger, tankeprosesser og utfall av en situasjon med forbedring av praksis som formål. Disse har typisk både en retrospektiv (tilbakeskuende) og en prospektiv (fremoverskuende) del, som fremmer refleksjon og læring, individuelt og i team.

	Psykologisk førstehjelp Psykososial støtte	Psykologisk debrief	Læringsdebrief Gjennomgang av hendelse
Hensikt	Støtte emosjonelt og praktisk. Fremme opplevelse av trygghet, tilhørighet, mestring, ro og håp.	Hindre ettervirkninger, fremme samhold, normalisering, evt. emosjonell ventilerings.	Primært læring og forbedring, men kan også fremme samhold og mestringsopplevelse.
Navn	Psykologisk førstehjelp, psykososial støtte, omsorgsfull støtte.	Psykologisk debriefing, CSID/CISM Critical Incident Stress Debriefing/Management.	After Action Review, TALK, Erfaringsmøte, m fl.
Typisk struktur	Vær oppmerksom på behov for støtte. Lytt til den berørte. Bistå med praktisk hjelp og kontakt med det naturlige nettverket (WHO).	Fakta, tanker, sanseinntrykk, reaksjoner, normalisering, fremtidsplanlegging (Dyregrov).	Hva var intensjonen/planen? Hva skjedde? Hva lærte vi? Hva gjør vi nå? Hvordan deler vi dette videre? (Baird)
Fag	Klinisk psykologi, Krise- og katastrofehandtering, Traumatisk stress.	Klinisk psykologi, psykoterapi, Krise- og katastrofehandtering,	Team/organisasjonsfag, lærende organisasjon, militær praksis, pasientsikkerhet,



Anerkjente miljøer som Cochrane og NICE, som vurderer intervensjoner, fraråder psykologisk debriefing [10, 11]. Hovedgrunnen er mangel på forskningsevidens av positiv effekt, og muligens negativ effekt. WHO's anbefaling er at psykologisk debriefing ikke blir brukt for mennesker som nylig har opplevde en traumatisk hendelse. Anbefalingen er kategorisert som sterk [12].

Folkehelseinstituttet (FHI) ble bedt av Helsedirektoratet om en systematisk oversikt for å identifisere og oppsummere studier om effekt av psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser. Bakgrunnen var at psykologisk debriefing er i bruk i Norge for helsepersonell etter kritiske hendelser. FHI-oversikten identifiserte ingen studier med målgruppen helsepersonell involvert i uønskede hendelser og kunne derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av psykologisk debriefing for denne gruppen.

Det ble funnet noen studier med tilgrensende problemstilling, men disse ble ekskludert på grunn av svakt studiedesign. Ingen av disse viser positiv effekt som kan tilskrives psykologisk debriefing (versus naturlig bedring). En studie viser negativ effekt, men det kan skyldes systematiske skjevheter mellom gruppene før debriefingen. FHI konkluderer med at det trengs mer forskning [9].

Flere faglige kronikker basert på oversiktsstudiene og annen forskning tar tydelig avstand fra bruk av psykologisk debriefing [13].

Samlet sett betyr dette at det er behov for å være føre var.

Det vanlige ved psykologisk debriefing er at medarbeidere oppfordres til å dele reaksjoner i felleskap. Et problem med dette er at det ikke er sikkert det er tilstrekkelig psykologisk trygghet i gruppen til å gjøre dette på en forsvarlig måte. Mange forteller om positive opplevelser, som det å erfare at man ikke er den eneste som reagerer på hendelsen. Men det er beretninger også om negative opplevelser med psykologisk debriefing, for eksempel at man er tvunget til å delta, at det oppleves ubehagelig eller utrygt å dele reaksjoner, og at man føler seg dårligere etterpå [14] [15].

Mangel på psykologisk trygghet kan også gjelde mer tekniske hendelsesgjennomganger/læringsdebrief, men her er man ikke så eksponert som i psykologisk debriefing, hvor man deler reaksjoner og følelser. Evaluering, som hendelsesgjennomganger er et eksempel på, er dessuten pålagt i helsetjenesten gjennom forskriften om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [16]. Det står også i forskriftene om de nasjonale retningslinjer for en rekke helseutdanninger, i litt forskjellige varianter, at helsepersonell skal kunne bruke relevante metoder for å analysere og følge opp uønskede hendelser for å bidra til systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet [17].

Psykologisk debriefing er et relativt ressurskrevende tiltak, som innebærer grundig opplæring av personale, opprettelse og vedlikehold av en gruppe som behersker metoden. Ressursbruk er derfor også relevant å vurdere. Den primære begrunnelsen for ikke å anbefale metoden er imidlertid mangel på evidens og mulig risiko for skade.

Praktiske virkemidler

Første del omtaler roller og ansvar. Andre del inneholder en beskrivelse av ivaretagelse av medarbeidere basert på fem grunnprinsipper og konkretisert i en 10-punktsliste. Punktene om kollegastøtte, læring fra hendelser, og oppfølging over tid, er utdypet nærmere i egne kapitler.

Roller og ansvar

Oppfølging av ansatte i forbindelse med alvorlige jobbhendelser er et lederansvar. Samtidig har andre i virksomheten viktige støttefunksjoner. Her er en beskrivelse av roller og ansvar som kan være relevant for mange virksomheter.

Organisasjonens øverste ledelse har det overordnede ansvaret for å fremme en kultur preget av trygghet, åpenhet og læring, og for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, for å unngå hendelser. Den har også ansvar for virksomhetsomfattende rutiner for å ta vare på medarbeidere ved uønskede hendelser, og for å sikre at rutinene er kjent og etterleves. Disse bør beskrive roller og ansvar for arbeidet med ivaretagelse. Dette avsnittet om roller og ansvar er et eksempel på hvordan det kan gjøres. Rutinene bør også beskrive en systematisk fremgangsmåte, som 10-punktslisten i neste inndeling er et eksempel på.

Hvis virksomhetene innlemmer uønskede hendelser i generelle prosedyrer for psykososial støtte i forbindelse med kriser, bør særegenhetene ved uønskede pasienthendelser og håndtering av disse komme tydelig frem. Kriser som masseulykker, for eksempel, er vesentlig forskjellig fra uønskede pasienthendelser, hvor medarbeidere har vært direkte eller indirekte involvert.

Ledere på nivåer under har ansvar for å utarbeide lokale rutiner og tiltak i forlengelse av de overordnede der det er behov for det. De har ansvar for å sørge for god kvalitet, pasientsikkerhet og kultur i sin del av organisasjonen.

Nærmeste leder til den eller de som har vært involvert i en uønsket hendelse skal sørge for oppfølging i form av psykososial støtte, informasjon og andre hensiktsmessige tiltak, se 10-punktslisten. Som hovedregel bør ivaretagelse av helsepersonell og andre ansatte etter uønskede hendelser skje på lavest mulig nivå - i det naturlige arbeidsmiljøet. Å sørge for et støttende kollegialt miljø er en svært viktig del av dette, og det kan være gunstig også med lokale kollegastøtteordninger (se [kapittel 2.3](#)).

Kollegaer Alle medarbeidere skal bidra til et godt og støttende arbeidsmiljø. Det kan også være aktuelt å ha en formalisert rolle som kollegastøtte, der det er organiserte ordninger.

Verneombud har en rolle hjemlet i Arbeidsmiljøloven for å se til at det er et forsvarlig arbeidsmiljø [18]. De kan være gode støttespillere for å styrke arbeidsmiljø og kultur både i det forebyggende arbeidet og i håndtering av kriser, som etter en uønsket hendelse.

Bedriftshelsetjeneste (BHT) kan bistå virksomheten med faglige råd og bistand. Virksomheter i helse- og omsorgstjenesten har plikt til å være tilknyttet BHT, og tjenestene det inngås avtale om skal følge av

risikoforhold i virksomheten. Uønskede hendelser er en slik risiko. Etter alvorlige uønskede hendelser bør nærmeste leder informere de involverte i virksomhetens BHT og ved behov bistå i å opprette kontakt.

Kvalitetsrådgivere kan være gode støttespillere i arbeidet med gjennomgang av hendelser, læring og forbedring. Gjennomført på en trygg måte, kan læringsgjennomganger være en god støtte for involvert personale. Se [kapittel 1.4](#) om involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelser.

Tillitsvalgte har som rolle å bidra til at involvert personell blant egne organiserte sikres en god ivaretagelse.

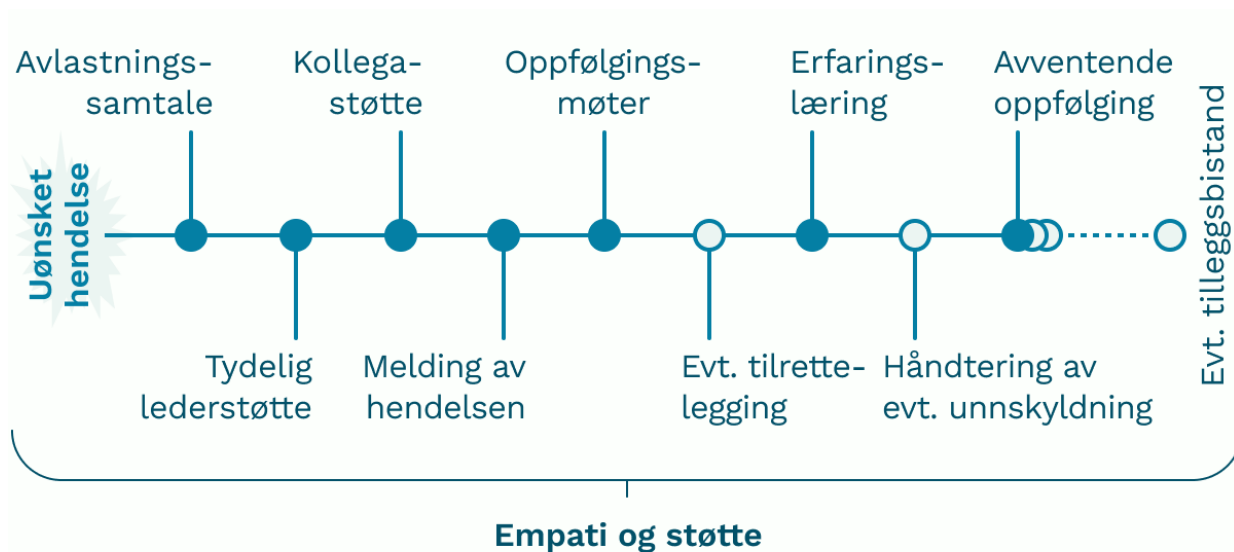
Fem grunnprinsipper og en 10-punktsliste

Prinsippene for ivaretagelse bygger på en grunntanke om menneskers iboende ressurser, og at den beste responsen i møte med personer i en stressende situasjon eller krise, er å beskytte og styrke deres egne ressurser. Grunnprinsippene for all bistand innebærer derfor å fremme en opplevelse av trygghet, skape ro, bistå med å gjenopprette mestringfølelsen, legge til rette for sosial støtte og tilhørighet, og styrke fremtidstro [8, 19, 20].

Grunnprinsippene for møte mennesker i krise er å fremme

- Trygghet
- Ro
- Mestringstro
- Sosial støtte og tilhørighet
- Håp

Fremgangsmåten for ivaretagelse kan deles inn i en akutfase, det vil si de første timene og dagene, og en oppfølgingsfase. Underveis skal involverte medarbeidere alltid møtes med respekt og empati, og virksomheten skal beholde et flerfaktor-, systemisk perspektiv på årsaker til hendelsen.



Uønskede hendelser er av forskjellig art og alvorlighetsgrad. Dette påvirker fremgangsmåten for ivaretagelse. Den påvirkes også av de involvertes individuelle behov og ønsker. Forskjellige personer kan ha forskjellige vurderinger av hvor alvorlig og hvor belastende en uønsket hendelse er. Det må tas hensyn

til hva de involverte mener er viktig og riktig for dem. Et eksempel på dette er å lytte til de involvertes egne vurderinger av hvor mye og med hvem de ønsker å snakke om det som har skjedd. Selvbestemmelse er i seg selv grunnleggende for å gjenopprette en opplevelse av mestring og kontroll over situasjonen

Akuttfasen – tiltak

Med akuttfasen menes de første timene og dagene etter en hendelse. En avlastningssamtale står sentralt i den første fasen sammen med informasjon om videre prosess, tydelig lederstøtte og tilbud om kollegastøtte, melding av hendelsen, samt tilrettelegging ved behov.

"Psykologisk debriefing" anbefales ikke. Se utdypning tidligere i kapitlet.

Strakstiltak

Aller først må selve den uønskede hendelsen håndteres og tiltak iverksettes for å begrense omfanget av skader og konsekvenser for pasient, bruker eller pårørende.

Overordnet skal varsles og eventuelt sørge for avløsning av involvert personell, særlig hvis de er sterkt preget av hendelsen.

Oversiktsliste. 10-punkter for oppfølging av medarbeidere

Akuttfasen

1. Avlastningssamtale
2. Tydelig lederstøtte
3. Kollegastøtte
4. Melding av hendelsen
5. Oppfølgingsmøter
6. Tilrettelegging ved behov

Oppfølgingsfasen

7. Hendelsesgjennomgang med læringsfokus
8. Håndtering av evt. unnskyldning
9. Avventende observasjon
10. Eventuelt psykologisk eller annen ekstern bistand

1. Avlastningssamtale

Avlastningssamtaler bør gjennomføres kort tid etter hendelsen, helst før de ansatte går hjem fra arbeid. Mange er slitne, så samtalen bør ikke vare over en time. I avlastningssamtalen deltar de som var direkte involvert i hendelsen, ikke andre.

Det er ikke nødvendigvis leder som holder avlastningssamtalen. Det kan for eksempel være ansvarshavende på vakt eller den som har en lignende funksjon.

Hvis helsepersonell fra forskjellige avdelinger har vært involvert i hendelsen, for eksempel i en akutt-team-utrykning, bør teamleder samle teamet før de går til sine respektive avdelinger.

Avlastningssamtaler skal bidra til å:

- **skape oversikt**
sortere fakta etter en hendelse slik at medarbeiderne får oversikt og ser sammenheng i egen arbeidsinnsats
- **dempe uro**
skape en umiddelbar forståelse av hendelsen og redusere følelsesmessig uro og kaos
- **øke fellesskapsfølelse**
skape en økt følelse av samhold og tilhørighet
- **normalisere og bidra til egenmestring**
orientere om naturlige krisereaksjoner og gi råd om mestring.

I avlastningssamtalen er fokus på å få oversikt gjennom å etablere en kronologisk redegjørelse for hva som skjedde i ulike faser, som en tidslinje. Mange sitter med en rekke spørsmål og uro også knyttet til egen innsats. Et sentralt moment i avlastningssamtalen er å anerkjenne det som ble utført på en god måte i situasjonen. I avlastningssamtalen skal deltakerne kunne stille spørsmål til hva som faktisk skjedde, men skyld og ansvar er ikke et tema.

I avlastningssamtalen skal man unngå detaljerte beskrivelser av voldsomme hendelser. Vektleggingen skal være på fakta, ikke på følelsesmessige opplevelser. Det er rom for at deltakerne uoppfordret nevner at de ble redde, sinte, provoserte eller lignende, men følelsesmessige opplevelser skal hverken etterspørres eller ha mye fokus.

Det kan være hensiktsmessig å minne om at:

- Det er naturlig å få reaksjoner i etterkant av slike hendelser, og at normale reaksjoner kan spenne over et bredt register med årvåkenhet, søvnvansker, forhøyet aktivering, forstyrret appetitt, konsentrasjonsvansker, sosial tilbaketrekking m.m., men at disse reaksjonene vanligvis avtar av seg selv.
- En normal døgnrytme med hvile, regelmessig næringsinntak, fysisk aktivitet, gjøremål som vanligvis gir glede og samvær med mennesker man bryr seg om bidrar til helingsprosesser, og forebygger grubling og uro. Inntak av sovetabletter og alkohol for å fremme søvn kan gjøre vondt verre den første tiden. Det er ikke uvanlig, og ikke farlig, med mindre søvn de første nettene etter en uønsket hendelse.

Man bør spørre om de involverte

- ønsker en kollega å snakke med
- har behov for praktisk bistand
- har familie eller venner å være sammen med

Mediehåndtering

I saker hvor det kan bli pågang fra presse, bør de involverte få råd om håndtering av media. I en akutfase kan rådet være å henvise til overordnet leder eller si at man vil komme tilbake til dem. De fleste virksomheter har prosedyrer for håndtering av media som leder bør kjenne til.

Blir hendelsen en sak for offentligheten, blir det ofte håndtert av virksomhetens ledelse og kommunikasjonsavdeling. Det er viktig at dette skjer i samråd med involverte medarbeidere.

Deltakere i referansegruppen har kommentert at ved lokal eller nasjonal medieoppmerksomhet, forverres følelser som skam, fortvilelse over at man ikke kan forsvare seg, opplevelse av at man setter organisasjonen i et dårlig lys, m.m.

Se om mediehåndtering som relatert til pasienter, brukere og pårørende i [kapittel 1.2](#), avsnitt "Mediehåndtering". Generelt er [kapittel 1.2](#) og [1.3](#) relevante når det gjelder innhold i kommunikasjonsbudskap og vurderinger om hvem som bør formidle det.

2. Tydelig lederstøtte

Oppfølging av medarbeidere i forbindelse med alvorlige jobbhendelser er et lederansvar og det er viktig at medarbeidere opplever å ha god støtte fra lederen etter en uønsket pasienthendelse.

Med støtte menes ikke at leder uttrykker støtte til vurderingene som foranlediget hendelsen, men uttrykk som bidrar til at den ansatte føler at hendelsen er en del av det som kan skje alle i sin yrkesutførelse.

Oppfølging av medarbeidere som er involvert i uønskede hendelser bør i all hovedsak skje i det naturlige arbeidsmiljøet. Lederen kan søke råd om håndtering av hendelsen og ivaretagelse av de involverte hos for eksempel kollegaer, egen leder eller bedriftshelsetjenesten.

Se også [kapittel 3.2 "Ivaretagende ledelse"](#), samt avsnitt "Roller og ansvar" tidligere i dette kapitlet.

3. Kollegastøtte

Mulighet for kollegastøtte er påvist har stor betydning. Involverte medarbeidere bør gis et tilbud om kollegastøtte.

Se [kapittel 2.3 "Kollegastøtte"](#) for en utdypning.

4. Melding av hendelsen

Hendelser bør dokumenteres så snart som mulig ved å beskrive forløpet og vurderinger gjort underveis. Dette er ofte nyttig også for den enkelte som har vært involvert.

Det er ulike lovkrav og meldeplikter å overholde, og virksomheten skal ha prosedyrer for hvordan dette skal gjøres. Et eksempel på en prosedyre for melding av uønskede hendelser, inkludert en meldeplakat med oversikt over hva som skal meldes hvor, kan man finne i ehåndboken til Oslo universitetssykehus [21].

Ved behov bør involverte medarbeidere tilbys kyndig bistand til å vurdere hvor og hvordan hendelsen skal meldes.

Det er en stor fordel hvis den enkelte fagfeltet og den enkelte avdelingen på forhånd har diskutert hvilke potensielle hendelser bør meldes og hvordan, se forrige kapittel om forberedelse av medarbeidere.

5. Oppfølgingsmøter

Uvisshet kan skape utrygghet, mens informasjon gir oversikt og svar på spørsmål. Fortløpende bør leder

- orientere om status i saken
- diskutere hva som skal skje videre
- samle spørsmål som krever svar fra andre
- unngå å kritisere
- oppmuntre til aktiv sosial støtte og tilhørighet i gruppen
- gjenta tilbud om kollegastøtte
- orientere om virksomhetens ordninger når det gjelder bedriftshelsetjeneste, eventuelle sentrale støtteordninger, og håndtering av media og juridiske problemstillinger (der det er aktuelt)

Uønskede hendelser rammer ofte flere enn dem som har vært direkte involvert. Et helt arbeidsmiljø kan bli påvirket, og rykter kan oppstå. For å motvirke dette kan medarbeidere som ikke er direkte involvert ha behov for informasjon. Samtidig må informasjonsdeling ikke skje på bekostning av behovene og

personvernet til de involverte. Aktsomhet i hva som deles vil bidra til at miljøet oppleves trygt også for dem som ikke er direkte berørte.

6. Tilrettelegging ved behov

Å raskt gjenoppta arbeid og vanlige rutiner i etterkant av en hendelse har vist seg å være helsefremmende. Ofte er det best å ikke unngå steder hvor hendelsen oppsto, eller situasjoner som ligner. Det kan imidlertid av hensyn til pasientsikkerhet eller de involverte selv være behov for å ta ansatte ut av vakt/arbeidssituasjon i den akutte fasen. I samråd mellom leder og den berørte kan ytterligere fravær vurderes.

Forskjellige andre typer tilretteleggingstiltak kan i noen situasjoner være aktuelle, for eksempel:

- å være på arbeid, men å få andre oppgaver i en periode
- gå sammen med en makker og utføre ordinære oppgaver
- få større fleksibilitet når det gjelder arbeidstid, hvis personen for eksempel sliter med søvnvansker

Individuell tilrettelegging kan i mange tilfeller forebygge sykefravær. Ved sykefravær skal leder, som ellers, ivareta god oppfølging av den sykemeldte. Tilbakeføring til arbeidet og situasjoner som ligner den hvor det var en uønsket hendelse, kan skje gradvis.

Oppfølgingsfasen - tiltak

Oppfølgingsfasen omfatter de neste ukene og månedene og ivaretar berørte medarbeidere ved å involvere dem i lærings- og forbedringsprosesser, holde kontakt og gi bistand ved behov, for eksempel når det gjelder kommunikasjonen med pasienter, brukere og pårørende.

Flere tiltak fra akutfasen kan dessuten fortsatt være aktuelle: informasjon, individuell tilrettelegging og støttesamtaler etter behov.

7. Hendelsesgjennomgang og iverksetting av lærings- og forbedringstiltak

Fremgangsmåten for hendelsesgjennomgang må avstemmes med alvorlighetsgraden og kompleksiteten av hendelsen. Gjennomført på en psykologisk trygg måte med vekt på læring kan en slik gjennomgang være en god støtte for involverte medarbeidere. Den ansatte har gjerne forslag til forbedringer som bør tas på alvor, også fordi det bidrar til personens gjenopplevelse av mestring. Å ikke bli tatt på alvor kan forverre de involvertes reaksjoner.

Se [kapittel 2.4](#) om involvering av berørte medarbeidere i hendelsesgjennomgang, læring og forbedring.

8. Håndtering av en eventuell unnskyldning

Dersom det etter en gjennomgang av hendelsen konkluderes med svikt i tjenesten, skal berørt pasient eller bruker og eventuelle pårørende bes om unnskyldning. Dette må gjøres på en oppriktig og empatisk måte, men er ofte vanskelig for involverte ledere og medarbeidere. Det kan være nyttig å få bistand og råd fra andre i organisasjonen som har erfaring med slike samtaler, og som de involverte har tillit til. Det kan også skape større trygghet. Se [kapittel om å be om unnskyldning](#).

9. Avventende oppfølging

Avventende oppfølging er et viktig prinsipp for å fange opp eventuelle behov, og samtidig ikke gjennomføre flere tiltak enn som er hensiktsmessig. Ledere og kollegaer bør være oppmerksomme på tegn som kan tyde på at de(n) involverte trenger mer støtte og bistand. Å spørre oppriktig om hvordan det går, og om det er noe arbeidsgiver kan bistå med, viser god personalomsorg.

Alternativ: God personalomsorg er å vise oppriktig interesse for hvordan det går, og høre om det er noe arbeidsgiver kan bistå med.

Avventende oppfølging innebærer å

- holde kontakt med involverte medarbeidere over tid
- være oppmerksom på endring i atferd eller andre tegn på behov for mer bistand
- spørre omsorgsfullt om hvordan det går og vise interesse for svarene som gis
- sjekke at medarbeidere har den hjelpen, tilrettelegging eller oppfølging som trengs

10. Eventuell psykologisk bistand eller annen type bistand

Det er normalt å reagere på en unormal situasjon. De aller fleste trenger ikke profesjonell bistand selv om hendelsen oppleves som en krise. Men når krisereaksjoner vedvarer over lengre tid (utover 3-4 måneder) eller tiltar i styrke, kan det være behov for profesjonell hjelp. Bedriftshelsetjenesten kan i mange tilfeller tilby støttesamtaler. I samråd med medarbeideren kan de vurdere behov for ytterligere bistand og gi råd om hvilke muligheter for behandling og annen bistand som finnes.

Bedriftshelsetjenester har som regel ikke tilbud om terapi eller behandling som del av sin rolle. Noen virksomheter oppretter avtale med psykologtjenester for å kunne tilby dette til medarbeidere som i jobbsammenheng har opplevd traumatiske hendelser og har behov for dette.

1. Liukka, M., et al., *Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(13).

2. Busch, I.M., et al., *Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources*. Int J Environ Res Public Health, 2021. 18(10).

3. Mira, J.J., et al., *Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations*. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.

4. Mira, J.J., *Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims*. 2015: ISBN 978-84-608-4017-6. p. 27.

5. Kolbe, M., et al., *Team debriefings in healthcare: aligning intention and impact*. BMJ, 2021. 374: p. n2042.

6. Begrepet "psykologisk førstehjelp" og "psykososial støtte" har begge fordeler og ulemper. Psykologisk førstehjelp er lett å forveksle med psykologisk debrief. Ordet førstehjelp kan være misvisende, fordi tilnærmingen kan oppfattes som relevant kun i en første fase, mens det ofte er nyttig også senere i en oppfølgingsprosess. Psykososial støtte som begrep tar med flere aspekter enn kun det psykologiske, slik tilnærmingen i praksis innebærer. Samtidig kan det oppfattes som mindre presis. Med bruk av den mister man også referanse til litteraturen om psykologisk førstehjelp.

Også "læringsdebrief" og "gjennomgang av hendelser" (eller hendelsesgjennomgang) har fordeler og ulemper. Gjennomgang av hendelser har den fordelen at det er tydeligere hva som er gjenstanden for gjennomgangen. Men det kan lett forveksles med "hendelsesanalyse", som er et fast begrep, og betegner en bestemt form for gjennomgang. En fordel med "læringsdebrief" er at formålet er tydeliggjort. Det inneholder imidlertid det engelske ordet "debrief".

Det viktigste er at en virksomhet har et felles språk og en felles forståelse.

7. World Health Organization, War Trauma Foundation, and W.V. International, *Psychological first aid: Guide for field workers*. 2011, World health organization. p. 82.
8. Hobfoll, S.E., et al., *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence*. *Psychiatry*, 2007. 70(4): p. 283-315; discussion 316-69.
9. Meneses-Echavez, J.F., et al., *Psykoologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt*. 2022. p. 38.
10. Rose, S.C., et al., *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002(2).
11. Roberts, N.P., et al., *Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8).
12. World Health Organization. *Psychological debriefing in people exposed to a recent traumatic event*. 2012; Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-progri>.
13. Norsk Pasientskadeerstatning, *Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus*. 2023.
14. Billings, J., et al., *Post-incident psychosocial interventions after a traumatic incident in the workplace: a systematic review of current research evidence and clinical guidance*. *Eur J Psychotraumatol*, 2023. 14(2): p. 2281751.
15. Schrøder, K., A. Janssens, and E.A. Hvidt, *Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims*. *Social Science & Medicine*, 2021. 268.
16. Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. 2016.
17. Eksempler er:

Forskrift til nasjonal retningslinje for medisinstudanning, § 23.b kan bruke relevante metoder for å vurdere risiko for uønskede hendelser og bidra til forbedring og pasientsikkerhet ved blant annet å anvende metoder for å følge opp dette systematisk

Forskrift til nasjonal retningslinje for jordmorutdanning, § 17.b kan bruke relevante metoder for systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, herunder analysere og forebygge uønskede hendelser
18. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Kapittel 6 Verneombud.
19. Dücker, M.L., *Five essential principles of post-disaster psychosocial care: looking back and forward with Stevan Hobfoll*. *Eur J Psychotraumatol*, 2013. 4.
20. Helsedirektoratet. *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer - Mestring, samhörighet og håp. Nasjonal veileder*. 2016 17. mars 2016 23.06.2023; Available from: content://a39a903e-e46b-4e67-9eb3-4b391fbf64ff.

Kollegastøtte

Sosial støtte både før og etter belastende jobbelaterte hendelser er en av de viktigste beskyttende faktorene for involverte medarbeidere. En høy grad av sosial støtte gir mindre risiko for psykiske vansker i ettertid. Mangelfull støtte fra leder og organisasjonen, og dårlige arbeidsmiljøer derimot, øker risikoen for psykiske vansker som post-traumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon. Det er derfor overordnet viktig å legge til rette for et støttende miljø [1].

Når det går galt kan de involverte bli møtt med fordømmelse eller taushet, i stedet for å oppleve støtte fra sine kollegaer og ledere. Det er behov for å skape åpne og ivaretakende kulturer hvor det finnes dialog og forståelse for de involverte, hvor det er rom for feilbarlighet og vekt på læring [2]. Kapittel 3.1 utdyper viktige aspekter ved en ivaretakende kultur.



Kollegastøtte kan være i form av: uformell kollegial støtte, buddy-system, lokalt team, sentral ressursgruppe og kollegastøtteordninger i profesjonsforeninger.

Utbakte ut og a la Samtale hos de utvalgte kollegaene [3].

Alternativer for støtte etter uønskede hendelser, ønsket i hendelsen med. Andre tiltak var også av interesse, delsen med leder, å ha et stille sted å trekke seg

Det som er avgjørende er at støtten oppleves relevant og reelt til hjelp for den enkelte. Ikke alle opplever at støtten som tilbys er nyttig. Støtte blir ivaretakende bare i den grad den tar hensyn til den andres perspektiv og behov [4].

Formalisert kollegastøtte er en fordel, og det trenger ikke være komplisert

I avdelinger med en kultur for godt teamarbeid og ansvar for hverandre blir uformell kollegial støtte naturlig når medarbeidere blir utsatt for alvorlige hendelser. Det er likevel ikke sikkert at alle kjenner en kollega som de kan ha en fortrolig samtale med. Det er heller ikke slik at alle uformelle samtaler oppleves som nyttige. I en travel hverdag kan den enkelte også kvie seg for å bruke sine kollegers tid, når det ikke er et system og tydelig aksept for dette i organisasjonen. Derfor kan det være hensiktsmessig å formalisere en kollegastøtteordning. Formaliserte kollegastøtteordninger viser dessuten at organisasjonen gir tilslutning til at det er behov for og nytte av slike samtaler. Det betyr ikke at kollegastøtteordninger trenger å være kompliserte [5].

Kollegaer skal gi omsorgsfull psykososial støtte, det som også kalles "psykologisk førstehjelp". (Se også [kapittel 2.2](#), avsnitt "Psykologisk førstehjelp og læringsdebrief, i stedet for psykologisk debrief".)

Psykososial støtte

Også kalt psykologisk førstehjelp

- Lytte
- Vise varme og empati
- Sørge for praktisk hjelp
- Bidra til å styrke mestringsfølelse
- Ikke bagatellisere opplevelsen

Kollegastøtte bør være oppsøkende, særlig ved alvorlige hendelser. Det vil si at det tas kontakt med de(n) involverte for å høre om vedkommende ønsker samtale med en kollegastøtte. Samtidig må det respekteres hvis de(n) involverte ikke ønsker dette. Det bør også være mulig for den enkelte å kontakte kollegastøtte direkte.

Det bør være mulighet for at oppfølgingen varer over tid, for eksempel et par uker, avhengig av alvorlighetsgraden av hendelsen og individuelle behov.

Kollegastøtteordninger kan være verdifulle ikke bare etter uønskede pasienthendelser, men også for andre typer hendelser og situasjoner som medarbeidere opplever belastende.

Praktiske virkemidler

Formaliserte lokale kollegastøtteordninger

Buddy-system

Buddy-system er en lavterskelmodell for kollegastøtte. Det finnes forskjellige varianter [6]. Modellen som beskrives her tar utgangspunkt i en ordning som er utprøvd på sykehus i Danmark og som deltakerne evaluerte som nyttig [5].

Ordningen består av to deler:

1. Et to timers opplæringsseminar om blant annet reaksjoner ved uønskede hendelser og "psykologisk førstehjelp". Det anbefales at dette tilbys regelmessig, for eksempel én gang i året, slik at nye medarbeidere får delta.
2. Hver ansatt velger 2-3 medarbeidere som de ønsker som buddies – samtalepartnere ved uønskede hendelser. Når den alvorlige hendelsen er skjedd, spør leder (eller en kollega) den ansatte om buddy-støtte skal aktiveres.

I den danske modellen får buddy en liten økonomisk godtgjørelse for samtaler utenfor arbeidstid. Det skal vise at organisasjonen står bak og vil støtte sine medarbeidere. Rammen for samtaler er angitt til to timer totalt, fordelt eventuelt utover på opptil fire uker. Dette er også for å ivareta den som har kollegastøtterollen.

For medarbeidere som allerede opplever god støtte fra sine kollegaer kan en slik buddy-ordning virke overflødig. Men et buddy-system sikrer at alle har en samtalepartner, og at støtte raskt kan settes i gang etter uønskede hendelser. For mange vil et tilbud om kollegastøtte i eget miljø bety en lavere terskel for å ta imot slik støtte. En kollegastøtteordning med kollegaer fra samme enhet gir også større nærhet til problematikken i hendelsen. Disse vil ha god kjennskap til enheten, arbeidsoppgaver og dilemmaer man kan stå overfor.

Kollegastøtte-rollen

I korte trekk skal buddy og andre typer kollegastøtter

- ta kontakt
- raskt avtale møte, hvis den andre ønsker å møtes
- utøve psykososial støtte. Det vil si å
 - lytte aktivt og interessert
 - vise varme og empati
 - tilby praktisk hjelp
 - spør aktivt etter eksempler på og bidra til å styrke mestringsfølelse
 - ikke bagatellisere opplevelser
- tilby oppfølgende samtale, uten å være påtrengende

En kollegastøtte skal etterleve de etiske pliktene til å opptre ikke-fordømmende og overholde taushetsplikt. Kollegastøtter må respektere at mennesker er forskjellige og respektere deres grenser for hvor mye de vil dele. Kollegastøtter bør også kjenne begrensningene i egen rolle, og grensene mellom kollegial støtte og behov for behandling [7].

Kollegastøtte er ikke terapi, psykologisk debriefing, å være sakkyndig, å løse den andres problemer eller å si hva den andre skal gjøre. En kollegastøtte skal ikke dømme, overbevise den andre, være et tale-lytterør for ledelsen eller "trøste" ved å bagatellisere alvoret eller realiteten i hendelsen.

Psykososial støtte har mange likhetstrekk med *compassion*, som konkretisert av Michael West:

- oppmerksom tilstedeværelse
- forståelse for den andres perspektiv
- empati
- kloke handlinger

Det er avgjørende at de som får en kollegastøtterolle har tillit blant sine kolleger. En fordel med buddy-systemet etter den danske modellen, er at medarbeidere selv velger hvem de ønsker som kollegastøtte. Av forskjellige grunner kan det imidlertid være ønskelig med støtte fra andre enn nære kollegaer, som tilsier behov for også sentrale og eksterne løsninger.

Kollegastøtteteam

En annen modell er å utnevne dedikerte personer til å være kollegastøtter i en avdeling. Disse kan gjerne være personer som har en spesiell kompetanse, for eksempel gjennom å være en nestor i faget eller ha veiledningserfaring. En fordel med å utnevne flere enn én person er at den enkelte kan velge hvem man vil henvende seg til. Har man et lite team av kollegastøtter, kan disse søke råd og støtte hos hverandre.

Også her må kollegastøtten kjenne rollen (se over).

Sentrale ordninger

Kollegastøtte kan også organiseres sentralt i en virksomhet, der ansatte rekrutteres fra forskjellige arbeidsenheter. Kollegastøttene organisert i en sentral ordning kan få mer utdypende opplæring og et større nettverk. Prinsippene er likevel de samme.

Det er flere forskjellige programmer som er omtalt i litteraturen [8] [9] [10]. Det finnes også beskrivelser av hvordan man utvikler slike programmer [11] ARHQ 2016/2019.

Sentrale ordninger har den fordelen at medarbeidere kan oppsøke støtte utenfor sin nærmeste avdeling, som kan være betryggende for noen. På den annen side har ikke en sentral ordning den samme nærhet til lokale problemstillinger. Det kan være vanskeligere å gjøre slike ordninger godt kjent lokalt, og det krever en større innsats for å opprette og vedlikeholde dem. Samtidig kan en slik ordning sikre flere personer tilgang enn om kollegastøtte kun er et lokalt ansvar.

Ekspertressurser

Modeller for second victim-støtte i litteraturen har gjerne et nivå over kollegastøtte som består av ekspertressurser [12] [10]. I de fleste virksomheter vil dette være bedriftshelsetjenesten. Dette er ikke kollegastøtte som sådan, men nevnes her for å gi et helhetlig bilde. Ekspertressursene kan kontaktes hvis det er behov for ytterligere støtte, for eksempel psykologisk bistand. Flere virksomheter bruker også prestetjenesten som del av støtten til medarbeidere.

Se også om avventende oppfølging i kapittel 2.2, punkt 9 og 10 i avsnitt "Fem grunnprinsipper og en 10-punktsliste".

Nasjonale ordninger i regi av profesjonsforeningene

Den norske legeforening, Norsk psykologforening og Tannlegeforeningen har egne kollegastøtteordninger for sine medlemmer. Felles for disse er at kollegastøttene gir kollegial støtte, ikke helsehjelp. Derfor føres det ikke journal. Det er utarbeidet retningslinjer for ordningene. Kollegastøtten er organisert gjennom de lokale avdelingene i foreningene. For mer informasjon se

- [Støttekollegaordningen \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/stottekollegaordningen)
- [Kollegastøtte | Psykologforeningen](https://www.psykologforening.no/kollegastotte)
- [Kollegahjelp - Tannlegeforeningen](https://www.tannlegeforeningen.no/kollegahjelp)

Villa Sana

Villa Sana ved Modum Bads seksjon for arbeidshelse er en nasjonal støtteordning med rådgivningssamtaler og kursvirksomhet. Samtalene er konfidensielle og journalføres ikke. Villa Sana har avtale med flere profesjonsorganisasjoner og kan tilby kurs og/eller rådgivning til leger, tannleger, sykepleiere, FO-medlemmer og advokater.

Både kvantitative og kvalitative studier har sett på hvordan de som benytter ordningen opplever nytten av den. Ett- og treårsoppfølging av helsepersonell som har brukt Villa Sana viser bedring i angst, depressivitet, jobbstress og utbrenthet over tid [13] [14] [15].

Behov for faglig sparring

Mesel har intervjuet helsepersonell i Norge som har vært involvert i uønskede hendelser og beskrevet funnene i boken *Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten* [16]. Snarere enn «emosjonell ventilering», ønsker helsepersonell

"en grundig klinisk gjennomgang av situasjonen, med fokus på handlingsvalg og begrunnelser for disse. En slik faglig gjennomgang er også et premiss for å avklare og rydde opp i sentrale begreper som ansvar, skyld og skyldfølelse."

I den grad en kollegastøtte har tilstrekkelig kompetanse og personlige egenskaper til å føre slike samtaler, kan faglig sparring være en viktig del av rollen. Neste kapittel omhandler den faglige gjennomgangen etter uønskede hendelser, med læring som formål. For å være i stand til å delta i en slik gruppegjennomgang, kan det være en god forberedelse for de involverte å ha anledning til en drøfting en-til-en først.

Hvordan behovet for en faglig gjennomgang en-til-en kan håndteres, er lite belyst i litteraturen, eksisterende programmer og tjenestens prosedyrer. Dette er et område som krever videre utvikling.

Etisk refleksjon

Statens undersøkelseskommisjon (Ukom) Ukom har gjennomført en undersøkelse av kollegastøtteordninger i helse- og omsorgstjenesten i Norge [17]. Ukom skriver at de ikke klarte å finne kommuner som hadde innført kollegastøtteordninger. Flere informanter framholdt imidlertid betydningen av etisk refleksjon som et verktøy som kan bidra til å styrke virksomheten og de ansatte i håndteringen av daglig slitasje og til dels alvorlige hendelser. "Tilbakemeldingene på denne ordningen er at ansatte får løftet fram mye av det vanskelige de står i, og at dette derfor kan kalles god kollegastøtte" (s.18).

Etisk refleksjon ledes av veiledere som selv arbeider i tjenesten. Disse får opplæring i en sekstrinns samtaleteknikk. En rekke forskjellige typer problemstillinger drøftes i regelmessige møter.

Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS) har stått for en satsing på etisk refleksjon. Kompetansehevingstiltakene er evaluert i en egen rapport med jevnt over godt resultat [18].

Erfaringer med kollegastøtteordninger

Ukom finner i sin erfaringsoppsummering [17] stor variasjon i tjenesten når det gjelder etablering og utforming av kollegastøtteordninger. Informantene uttrykker et behov for mer systematisk ivaretagelse av den enkelte når noe går galt. [19]

Erfaringsoppsummeringen er inndelt i temaene som gjengis her, sammen med noen av underpunktene. Disse kan være viktige momenter å vurdere ved innføring eller evaluering av kollegastøtteordninger. De to siste angir henholdsvis gevinster og utfordringer ved kollegastøtteordninger.

Organisatorisk forankring

- støtteordninger er ledelsesforankret
- ansvaret for oppfølging av ordningen er avklart

Organisering av kollegastøtteordningen

- kollegastøtte inngår i arbeidstiden
- rollen til kollegastøttene og kollegastøtteordningen er gjort kjent i organisasjonen for å skape trygghet

Egnethet

- kollegastøtter er tillitsvekkende og har lang erfaring fra egen yrkesutøvelse, helst med samme

fagbakgrunn (likepersonsprinsipp)

Opplæring og oppfølging av kollegastøtter

- kollegastøttene får opplæring og kursing i metodikk, og følges opp jevnlig for støtte og faglig påfyll

Taushetsplikt og konfidensialitet

- ikke noe fra samtale dokumenteres eller videreformidles

Signaleffekt – større åpenhetskultur

- kollegastøtteordning er holdningsskapende og kan bidra til større åpenhet om uønskede hendelser og opplevelse av utilstrekkelighet

Utfordringer med kollegastøtteordninger

- kollegastøtteordninger kan være ressurskrevende og det kan være vanskelig å ta opp personlige forhold med en kollegastøtte fra samme arbeidsplass

Effekt av kollegastøtteordninger

En rekke forskjellige kollegastøtteordninger er beskrevet i litteraturen, også i nyere oversiktsartikler [8] [9] [10] [20] [21]. Tiltakene oppleves som nyttige av både kollegastøttene og mottakerne av kollegastøtte, blant annet ved at de vil anbefale tilbudet til andre. Kollegastøttene opplever rollen som givende. Klinikere som har vært involvert i en alvorlig hendelse finner mening i å hjelpe andre [22] [2].

Det er også kritiske perspektiver på programmer med trenede kollegastøtter. Second victim-forskning bærer preg av at det er et relativt nytt felt, og at de fleste programmene er utviklet av den samme gruppen eksperter [8]. Få programmer har robuste evalueringer eller målinger av effekt. Flere programmer inkluderer psykologisk debriefing, selv om det er kontroversielt og kan muligens ha negativ effekt.

Det er generelt sett få intervensjonsstudier med høy kvalitet av tiltak for medarbeidere som har vært involvert i uønskede hendelser. Det er imidlertid relevante funn fra andre støtteprogrammer for helsepersonell. En randomisert studie av fasiliterte gruppediskusjoner, med refleksjon og erfaringsdeling, ga mindre utbrenthet og andre positive resultater [23]. En oppfølgingsstudie med selvstyrte grupper (uten fasilitator), og med færre møter, ga like gode resultater [24]. Det er flere studier om tilbudet ved Villa Sana som viser god effekt, se tidligere omtale i dette kapitlet.

Et problem beskrevet i litteraturen er at programmer med trenede kollegastøtter i liten grad blir brukt. Dette er også erfaringen fra en del ordninger med trenede kollegastøtter i Norge. Villa Sana viser derimot stadig økende etterspørsel [25]. Schrøders studie viste stor bruk av buddy-systemtilbudet. Etter 18 måneder hadde det vært 29 uønskede hendelser der en buddy ble aktivert og 26 medarbeidere hadde takket ja til samtale(r) og evaluert dette som veldig positivt [5].

Kollegastøtteordninger bidrar til kulturendring

Buddy-studien viste at opplegget synes å ha bidratt til en mer åpen og ivaretagende (*compassionate*) kultur. Schrøder påpeker at formalisert kollegastøtte er viktig for å signalisere at organisasjonen bryr seg, og at den ønsker å endre en ufeilbarlighetskultur og skape mer åpenhet og læring [5]. Andre studier viser det samme [14][11]. Shapiro and Galowitz skriver:

"Å etablere et kollegastøtteprogram er en vei som peker fremover, bort fra ufeilbarlighet, isolasjon og skam og mot en kultur som virkelig verdsetter felles organisatorisk ansvar for klinikers ve og vel og for pasientsikkerhet." [11] s. 1200

En norsk studie påpeker at kollegastøtteordningen som ble undersøkt har bidratt til en holdningsendring både når det gjelder å søke hjelp og å hjelpe sine kollegaer. Det har bidratt til en kultur med aksept for at helsepersonell har emosjonelle reaksjoner og behov [26]. Ukoms undersøkelse nevnt tidligere i kapitlet har lignende funn [17].

Som oppsummering, kollegastøtte

- er det helsepersonell ønsker mest etter uønskede hendelser
- viser at organisasjonen bryr seg og kan bidra til kulturendring
- kan gjennomføres med lavterskel- og lavkostnadstiltak

1. Brooks, S.K., G.J. Rubin, and N. Greenberg, *Traumatic stress within disaster-exposed occupations: overview of the literature and suggestions for the management of traumatic stress in the workplace*. Br Med Bull, 2019. 129(1): p. 25-34.
2. Willis, D., J. Yarker, and R. Lewis, *Lessons for leadership and culture when doctors become second victims: a systematic literature review*. BMJ Leader, 2019. 3: p. 81 - 91.
3. Burlison, J.D., et al., *The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources*. J Patient Saf, 2017. 13(2): p. 93-102.
4. Guilaran, J.e.a., *Psychological Outcomes in Disaster Responders: A Systematic Review and Meta-Analysis on the Effect of Social Support*. Internationa Journal of Disaster Risk Science, 2018.
5. Schrøder, K., et al., *Evaluation of the Buddy Study, a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments*. BMC Health Services Research, 2022. 22(1).
6. Albott, C.S., et al., *Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic*. Anesth Analg, 2020. 131(1): p. 43-54.
7. Gispen, F. and A.W. Wu, *Psychological first aid: CPR for mental health crises in healthcare*. Journal of Patient Safety and Risk Management, 2018. 23(2): p. 51-53.
8. Wade, L., et al., *Organizational Interventions to Support Second Victims in Acute Care Settings: A Scoping Study*. J Patient Saf, 2022. 18(1): p. e61-e72.
9. Busch, I.M., et al., *Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources*. Int J Environ Res Public Health, 2021. 18(10).
10. Seys, D., et al., *In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review*. BMC Health Serv Res, 2023. 23(1): p. 816.
11. Shapiro, J. and P. Galowitz, *Peer Support for Clinicians: A Programmatic Approach*. Acad Med, 2016. 91(9): p. 1200-4.
12. Scott, S.D., et al., *Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2010. 36(5): p. 233-40.

13. Rø, K.E., et al., *Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study*. Bmj, 2008. 337: p. a2004.
14. Isaksson Rø, K.E., et al., *A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians*. BMC Public Health, 2010. 10: p. 213.
15. Isaksson Rø, K.E., et al., *A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study*. Patient Educ Couns, 2010. 78(2): p. 191-7.
16. Mesel, T., *Når noe går galt: Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten*. 2014: Cappelen Damm akademisk.
17. Ukom, *Erfaringer fra kollegastøtteordninger*. 2023, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.
18. Kirkhaug R., *Etisk refleksjon og verdibevisthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling. Evalueringsrapport*. 2018, KS (Kommunesektorens organisasjon).
19. Grunnlaget for Ukoms erfaringsoppsummering er intervjuer med representanter for helsetjenester og yrkesforeninger som har lang erfaring med kollegastøtteordninger, samt helsepersonell som har benyttet seg av kollegastøtte, totalt 13 personer.
20. Horne, I.M.T., et al., *Understanding peer support: a qualitative interview study of doctors one year after seeking support*. BMC Health Serv Res, 2023. 23(1): p. 324.
21. Anderson, G.S., et al., *Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(20).
22. Connors, C.A., et al., *RISE: Exploring Volunteer Retention and Sustainability of a Second Victim Support Program*. J Healthc Manag, 2021. 66(1): p. 19-32.
23. West, C.P., et al., *Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Internal Medicine, 2014. 174(4): p. 527-533.
24. West, C.P., et al., *Colleagues Meeting to Promote and Sustain Satisfaction (COMPASS) Groups for Physician Well-Being: A Randomized Clinical Trial*. Mayo Clin Proc, 2021. 96(10): p. 2606-2614.
25. Eriksen, K.F., *Voldsom økning i pågang til Modum bad fra utbrente leger*, in *Dagens medisin*. 2023.
26. Rø, K.I. and O.G. Aasland, *Peer counsellors' views on the collegial support scheme for doctors*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2016. 136(4): p. 313-6.

Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedring

Å involvere medarbeidere og berørte pasienter, brukere og pårørende i læringsprosesser i etterkant av uønskede hendelser er verdifullt både fordi deres perspektiver er nødvendige, og fordi det er ivarettende å bli hørt og få bidra til å forebygge fremtidige hendelser.

Betydningen av refleksjonsbasert læring for gode resultater, inkludert for pasientsikkerhet, har lenge vært kjent [1] [2] [3]. Målet om en åpen og lærende kultur springer ut av denne erkjennelsen. Perspektivet reflekteres også i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten som er bygget på grunnelementene i kvalitetsforbedringssirkelen: *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere* [4]. Sirkelen gjenspeiler modeller for erfaringslæring med røtter langt tilbake i pedagogikken [5]. Likevel har kollektiv refleksjonsbasert læring liten utbredelse i helsetjenesten [6] [7].

For travle ledere i helse- og omsorgsektoren kan det være enklere å avslutte en sak og få "lukket avviket" uten involvering, men det er viktig at medarbeidere tar del i gjennomgang av hendelser og at deres erfaringer og innsikt tas i bruk. De har en nærhet til hva som har skjedd og kan gi en rik beskrivelse av forløpet. Dette har også blitt vist i nyere forskning om involvering i tilsyn etter alvorlige hendelser [8]. Når medarbeidere har vært involvert i en hendelse, har de gjerne ideer om forbedringer som kan forhindre at lignende skjer igjen.

I tillegg til en god struktur på gjennomgangen er et trygt ytrings- og læringsklima helt grunnleggende. Hendelsesgjennomganger kan bidra til "posttraumatisk vekst" når det er psykologisk trygghet og kultur for åpenhet og læring. [9]. Der de involverte gis anledning til å delta i gjennomgangen og til å foreslå forbedringer, kan dette fremme deres gjenopplevelse av mestring [10]. Gjennomført på en utrygg måte kan hendelsesgjennomganger medføre ytterligere belastning.

For å skape nødvendig trygghet er det viktig å presisere at hensikten med gjennomgang av hendelser først og fremst er å forhindre eller redusere sannsynligheten for *fremtidige hendelser*. Det er stor forskjell på å måtte ta beslutninger raskt og i sanntid, og å analysere hendelser i ettertid. At en hendelse kan forebygges er ikke det samme som at den kunne vært unngått der og da [11].

Uttalelser fra prosjektets referansegruppe

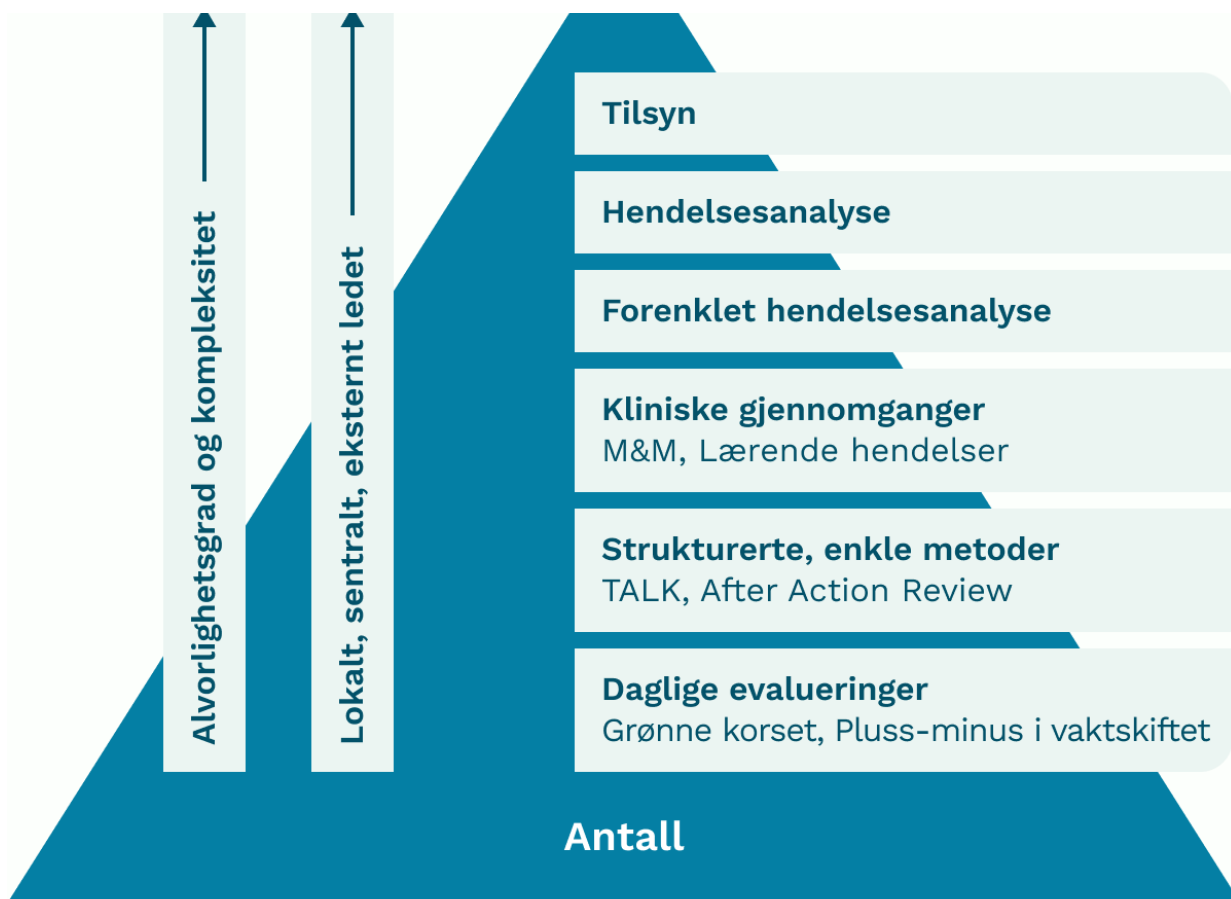
- Viktig å ikke tildele skyld, men ha som mål at alle skal bli litt klokere, at man kommer ut *tryggere* etter en gjennomgang av hendelsen. De som har behov, skal få støtte.
- En hendelse ser annerledes ut i etterpåklokskapens lys. Hva vet vi nå versus hva viste vi da?
- Hold fokus på hvordan vi kan gjøre det bedre.
- Fint med positivt fokus, men vi må tørre å spørre om hva vi kunne gjort annerledes, og ta tak i ting som gikk galt.
- I saker med flere involverte parter i behandling av pasient flere avdelinger, flere sykehus, eller sykehus og kommune: Disse må snakke sammen, høre den annens perspektiv, ta en telefon.

Behov for et repertoar av metoder for gjennomgang av hendelser

Gjennomgang av også mindre alvorlige hendelser kan avdekke risiko og identifisere forbedringsmuligheter, og dermed avverge mer alvorlige hendelser. Det er derfor viktig med et repertoar av metoder for gjennomgang av hendelser.

Illustrasjonen under viser en pyramide med aktuelle metoder. Jo høyere i pyramiden, jo mer alvorlige og komplekse er vanligvis hendelsene som gjennomgås. Et av kriteriene for en grundigere analyse, kan likevel være hendelsens mulige læringsverdi.





Pyramiden indikerer i tillegg at det varierer om gjennomgangen ledes av eksterne eller lokale personer. For eksempel ledes en hendelsesanalyse gjerne av et eget team for dette, mens forenklet hendelsesanalyse håndteres i avdelingen hvor den har skjedd. Illustrasjonen gir også et bilde av omfang av hendelser som faller innenfor de respektive typer. Medvirkning av involvert personell gjelder alle nivåer.

Når det gjelder saker som er meldt til Helsetilsynet og Ukom, er det viktig at virksomheten samtidig iverksetter en intern gjennomgang av hendelsen [12].

Også det som går bra, kan være gjenstand for gjennomgang. Dette er en sentral del av tenkningen tilknyttet det som refereres til som "safety-II" perspektivet eller resiliensperspektive [13] [14]. Å begynne med læringsgjennomgang av positive hendelser og enkle uønskede hendelser i det daglige, legger et godt grunnlag for hvis det skulle gå galt.

Organisatorisk læring

Med organisatorisk læring menes at erfaringene fra hendelsene formidles og påvirker praksis utover den enkelte avdelingen der den uønskede hendelsen har skjedd. Det bør være strukturer og kultur for at læringsmomenter, informasjon om årsaker, endring av praksis og effekten av tiltak deles slik at flere kan ha nytte av denne innsikten. Læring fra hendelser bør bringes videre til ledermøter og kvalitetsråd, og brukes i risikovurderinger, utviklings- og forbedringsarbeid.

Praktiske virkemidler

Under er eksempler på metoder på de forskjellige nivåene. Noen beskrives i korte trekk, andre mer utfyllende. Det øverste nivået, tilsyn, omfatter statlige tilsyn, undersøkelser gjort av Ukom, samt interne og eksterne revisjoner. Disse ligger utenfor denne guiden og omtales ikke her. De er imidlertid også relevante

for involvering og ivaretagelse av de berørte. En nyere studie viser at involvering i forbindelse med statlige tilsyn møter flere utfordringer, blant annet relatert til forskjellige perspektiver og forventninger, kompetanse og ressurser [8].

Pluss-minus

Pluss-minus er en enkel metode som kan brukes i mange situasjoner der man ønsker en oppsummering og evaluering, for eksempel av møter og ved vaktskifte. Varianter av "Hva gikk bra?" og "Hva gikk mindre bra?" er hovedspørsmålene. Disse kan suppleres med utdypende spørsmål, for eksempel om hva som bidro til at det ble slik, hva bør beholdes og hva forbedres, og om noen har andre perspektiver.

Det grønne korset

Det grønne korset [15] er et verktøy med en kalender formet som et medisinsk kors. Til en fast tid hver dag samles teamet, helst tverrfaglig, til et kort møte for å diskutere om det var risiko for eller har skjedd uønskede hendelser. Noen steder tar teamet også en runde på hva som har gått bra. Den første tilnærmingen er i tråd med det som omtales som safety 1, den andre safety 2, på norsk kalles det sikkerhet I og II [6].

Den mest alvorlige hendelsen definerer hvilken farge dagens rubrikk får i korset. Rødt for alvorlig eller betydelig pasientskade, oransje for pasientskade eller hendelse med konsekvens, gul for risiko for pasientskade eller nesten hendelse, og grønn for ingen uønsket hendelse eller ingen risiko. Hendelser skal meldes i det interne avvikssystemet. Svært alvorlige hendelser skal meldes til Helsetilsynet.

Oppfølging varierer fra sted til sted, men en fremgangsmåte er at forbedringstiltak diskuteres kort på det daglige møtet og noteres på veggen ved det grønne korset, på det som ofte kalles forbedringstavlen. Grundigere behandling tas i egne forbedringsmøter eller på personalmøter. Konklusjoner fra møtene, samt eventuelle behov for tiltak på høyere nivå, bringes videre til ledermøter og kvalitetsutvalg. For mer informasjon om forbedringstavler, se [Forbedringstavle \(ityggeghender24-7.no\)](https://www.helse.no/forbedringstavle-ityggeghender24-7.no)

Oversiktsstudier viser at slike korte, daglige, tverrfaglige møter, ofte kalt huddles i litteraturen, har en positiv effekt på teamsamarbeid og jobbtilfredshet [16], og på pasientsikkerhet, som målt ved forskjellige pasientutfall og pasientsikkerhetskultur [17]. Det etterlyses imidlertid flere høykvalitetsstudier. Det er noen norske og svenske studier som viser disse funn:

- Bruk av det grønne korset kan bidra til en økning i rapporterte hendelser, men det er barrierer i kulturen som gjør at det fortsatt oppleves vanskelig å melde. Å ha fokus også på det som gikk bra, kan være nyttig for å bøte på dette, blir det foreslått [18].
- En studie som kombinerte sikkerhet I og sikkerhet II i daglige møter fant imidlertid ikke den endring i pasientsikkerhetskultur som man hadde håpet for. Å ville påpeke at noe holdt på å gå galt viste tvert imot en nedgang. Lederstøtte og en åpen og lærende kultur fremheves som viktig for å lykkes. [19]
- En kvalitativ studie av det grønne korset kombinert med sikkerhet II perspektivet rapporterer om flere positive resultater, blant annet bedre samarbeid og samhold, økt psykologisk trygghet, og bedre åpenhets- og meldekultur. [20]

TALK

TALK er en metode for gjennomgang av hendelser i team, der teamet har en selvstyrt, strukturert samtale med formål å lære av en hendelse.

Alle i et team kan lede en slik samtale, og man trenger ikke være utdannet fasilitator.

Konseptet har vært utviklet med EU-midler, er fagfellevurdert og oversatt til 8 språk inkludert norsk. Utviklingsarbeidet ledes av Cardiff and Vale University Health Board (UK) i samarbeid med Barcelona universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus [21].

Metoden har fire steg:

T - Target/Tema

Hva skal vi diskutere for å sikre pasientbehandling og sikkerhet? Del ditt perspektiv – og bli enig om et felles tema.

A - Analyse/Analysis

Hva hjalp eller hindret oss i situasjonen? Analyser valgt tema – både det som gikk bra, og det som må forbedres.

L - Læringspunkter/Learning Points

Hva har vi lært av situasjonen? Belys ulike læringspunkter

K – Kjernetiltak/Key Actions

Hva gjør vi videre? Bli enig om tiltak. Fordel ansvar, iverksett og følg opp.

Vel så viktig som strukturen er verdiene eller kulturen metoden bygger på:

- Gi **konstruktive tilbakemeldinger**.
- **Finn løsninger** framfor å fordele skyld.
- Identifiser gjerne **positive handlinger** og atferd.
- Vær **profesjonell i kommunikasjonen** med andre.
- Vær **lærevillig og verdsett** alle innspill.
- Se etter **små tiltak** – og følg dem opp.

For mer info se www.talkdebrief.org. For materialer på norsk se TALK Materials | talkdebrief.org

After Action Review

TALK bygger på en lang tradisjon av erfaringslæringsmetoder, ikke minst den godt dokumenterte After Action Review ([22] [23] [24]).

I likhet med TALK kjennetegnes After Action Review av at den kan

- gjøres raskt i en travel hverdag
- gjennomføres av de involverte selv
- føre til hurtig endring av praksis
- ta for seg både positive og uønskede hendelser

After Action Review har noen tilleggselementer. Den har et perspektiv på hva som var planen i utgangspunktet, og følger dermed tett *planlegge-gjennomføre – evaluere – korrigere* -syklusen som ligger til grunn for Forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den har også et organisatorisk læringsperspektiv, gjennom det siste av de fem spørsmålene som er strukturen i After Action Review: *Hvem forteller vi det vi har lært?*

- Hva var intensjonen?
- Hva skjedde?
- Hva har vi lært?
- Hva gjør vi nå?

- Hvem forteller vi det vi har lært?

En fare ved alle erfaringslæringsmetoder er at de kan bli en teknisk øvelse uten full effekt hvis det ikke er en god kultur for læring og åpenhet. På den annen side er det en fordel med en struktur for gjennomgangen, for det kan også bidra til å skape trygghet.

M & M: Morbidity og mortality-møter

Morbidity og *Mortality*-møter ("sykelighet" og "dødelighet") er en arena som er vanlig særlig innenfor kirurgi og akuttmedisin, hvor uønskede hendelser kan diskuteres. Hensikten er ofte både kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet og utdanning/veiledning av de med mindre erfaring. Formen er at det legges frem et case. Det er ikke alltid disse fungerer etter hensikt. De fleste kirurger i en norsk studie fortalte det manglet struktur, regelmessighet, og personlig støtte i forbindelse med "M og M" [25]. Informanter fra en annen studie fortalte blant annet at møtene vekslet mellom kritikk og skryt, at det var forskjellsbehandling og mangel på åpenhet [26]. Det som fremmer gode M og M-møter er blant annet [25] [26] [27]

- struktur på møtene
- struktur på seleksjon og presentasjon av case
- at nøkkelpersonell deltar
- fokus på system
- støtte til de som fremlegger

Lærerike hendelser (neste punkt) har momenter som også er relevante for M og M-møter.

Lærerike hendelser

Mange steder har metoder for gjennomgang av de alvorligere hendelser. Konseptet for Lærerike hendelser er at både store og små problemer som har oppstått i den kliniske hverdagen, kan tas opp og diskuteres i felleskap i en avdeling. Av interesse er alt som har gitt selvopplevd læringsutbytte, eller som har ført til at man ville håndtert ting annerledes neste gang [28].

Dette krever en psykologisk trygg arbeidsplass der kollegaer er lyttende og støttende. Lokal ledelse bør være aktivt til stede under møtene, sørge for søkelys på det faglige og lede oppmerksomheten bort fra individfokus. Feil og problemer kan avstigmatiseres ved å være tydelig på at alle kan oppleve det, og at læring av problemer er et felles ansvar. Ikke bare de formelle lederne, men også de erfarne kollegaer, "nestorene" har en viktig rolle ved å være aktive og selv legge frem hendelser der de "ikke fremstår som helter" [28].

Metoden er relevant også for andre deler av helse- og omsorgstjenesten enn de rent kliniske miljøene. Forskjellen på TALK og After Action Review, er at Lærerike hendelser innebærer fremlegg av en episode eller case, etterfulgt av faglig diskusjon. Det skiller seg fra M & M-møter ved at også mindre hendelser og problemer kan være gjenstand for diskusjon.

Forenklet hendelsesanalyse

Flere virksomheter har etter hvert tatt i bruk forenklede hendelsesanalyser. Disse skiller seg fra en fullstendig hendelsesanalyse ved at helsepersonell og andre involverte intervjues samlet og ikke individuelt, og ved at de ikke ledes av et eksternt analyseteam, men av ledelsen lokalt.

Sentralt er å få satt opp hendelsesforløpet i en forenklet tidslinje, og gi helsepersonell anledning til å fortelle om sin opplevelse av hendelsen. Deretter diskuterer man årsaker, og identifiserer, prioriterer og iverksetter tiltak.

I Helsetilsynets rapport 4 (2019) er det et kapittel om denne metoden med utgangspunkt i en evaluering gjort av Universitetet i Nord-Norge (UNN) [29]. Evalueringen viste at fordeler ved forenklede hendelsesanalyser var:

- Gjennomgangen kan holdes kort tid etter hendelsen
- Tiltak kan iverksettes raskt
- Det er ressurseffektivt:
 - Man finner de samme årsakstypene som ved mer omfattende hendelsesanalyser
 - Flere gjennomganger kan gjennomføres, som også gir mer læring, siden metoden er mindre ressurskrevende enn mer omfattende hendelsesanalyser
 - Det kan redusere behovet for tilsyn
- Det kan fungere som støtte for de involverte

Med hensyn til siste punkt, skriver UNN

"«det andre offeret» i alvorlige hendelser er helsepersonellet. Vår erfaring er at en hendelsesgjennomgang kan fungere som støtte for helsepersonell som er involvert i en alvorlig hendelse. Ved UNN har ledere etter hendelsesgjennomganger bedt involverte om unnskyldning for at de var satt i en posisjon der en alvorlig hendelse før eller senere ville oppstå."

En forutsetning for bruk av forenklede hendelsesanalyser er støtte fra ledelsen over.

Disse er ikke nevnt i evalueringen, men det kan tilføyes at andre viktige forutsetninger er

- psykologisk trygghet i gruppen av involverte
- tillit mellom dem som leder den forenklede hendelsesanalysen og de ansatte.

Til forskjell fra hendelsesanalyser som bruker individuelle, eventuelt også anonymiserte samtaler som metode, innebærer forenklet hendelsesanalyse deltakelse i fellesmøter og åpen diskusjon i stedet. Dette kan være vanskelig i et utrygt miljø. Samtidig kan fellessamtaler i et trygt miljø potensielt gi mer støtte enn et nøytralt intervju.

Prosessen for forenklet hendelsesanalyse ledes av ledere og andre som er nærmere de involverte, til forskjell fra større hendelsesanalyser som ledes av et eksternt team. Lokal ledelse kan ofte være en fordel fordi de kjenner forholdene og praksisen godt. Men uten nødvendig tillit mellom de forskjellige aktørene kan det noen ganger også være en ulempe.

Hendelsesanalyse

Hendelsesanalyse er en strukturert gjennomgang etter alvorlige uønskede hendelser av relevant dokumentasjon, og samtaler med involverte helsepersonell samt pasient/pårørende. Formålet er å finne bakenforliggende årsaker på systemnivå for å hindre eller redusere risiko for gjentakelse. Hendelsesanalyse ledes av en person (analyseleder) som ikke tilhører arbeidstedet der hendelsen har skjedd, og som har fått opplæring i metodikken. Personene som har vært involvert i hendelsen, skal ikke være en del av analyseteamet, men gir sine perspektiver gjennom samtaler eller intervjuer.

For en nærmere beskrivelse vises det til [Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten - Helsedirektoratet](#) (2016/2019).

Noen av fordelene og ulempene ved denne metoden er belyst i forbindelse med omtalen av forenklede hendelsesanalyser.

Eksempler på organisatorisk læring

Organisatorisk læring er lett i teorien å være enig i, men erfaringsmessig vanskelig å få til i praksis. Her er noen eksempler på hvordan det kan gjøres:

- utarbeidelse av anonyme læringsnotater, som gjøres tilgjengelig for alle medarbeidere, for eksempel på intranett, eventuelt også åpent på internett
- fremlegg av caseeksempler på ledersamlinger, kvalitetsdager og lignende
- implementering av tiltak på bred basis, utover avdelingen der hendelsen har skjedd

Offentliggjøring internt eller eksternt, selv når eksemplet er anonymisert, bør ta hensyn til hvordan de involverte opplever fremstillingen. For mestring er det viktig å "eie" sin egen fortelling.

Eksempler på endringer/forbedringer etter læringsgjennomganger

Forbedringstiltak kan være:

- kompetanseheving: kurs, veiledning m fl
- tiltak for å bedre forståelsen av andres perspektiv og behov: forventningsavklaringer, "skygging", det vil si å følge i en annens fotspor gjennom en dag eller situasjon
- endringer i rutiner og prosedyrer
- arbeidsmiljøtiltak, for eksempel arbeidsmiljøseminarer med metoder for å bedre kommunikasjonskultur og trygghet til å kunne si fra
- organisatoriske tiltak, for eksempel regelmessige møter for å bedre samarbeid med andre avdelinger

1. West, M.A., *Effective Teamwork*. 1994: Wiley.

2. Lyubovnikova, J., et al., *24-Karat or fool's gold? Consequences of real team and co-acting group membership in healthcare organizations*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2015. **24**: p. 929-950.

3. Edmondson, A., *Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams*. Administrative Science Quarterly, 1999. **44**(2): p. 350-383.

4. Helse- og omsorgsdepartemenet, *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. 2016.

5. Kolb, D.A., *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 1984, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

6. Aase, K., *Pasientsikkerhet*. 2022: Universitetsforlaget.

7. Edmondson, A.C., *Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers*. Quality and Safety in Health Care, 2004. **13**(suppl 2): p. ii3-ii9.

8. Øyri, S.F., et al., *External inspection approaches and involvement of stakeholders' views in inspection following serious incidents - a qualitative mixed methods study from the perspectives of regulatory inspectors*. BMC Health Serv Res, 2024. **24**(1): p. 300.

9. Willis, D., J. Yarker, and R. Lewis, *Lessons for leadership and culture when doctors become second victims: a systematic literature review*. BMJ Leader, 2019. **3**: p. 81 - 91.

10. Schiess, C., et al., *A Transactional "Second-Victim" Model-Experiences of Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings: A Qualitative Metasynthesis*. J Patient Saf, 2021. **17**(8): p. e1001-e1018.
11. NHS England and NHS Improvement, *The NHS Patient Safety Strategy: Safer culture, safer systems, safer patients*. 2019. p. 84.
12. Simonsen, M.C.A., *Sett i gang og gjennomgå den uønskede hendelsen*, in *Dagens medisin*. 2022.
13. Hollnagel E, B.J., Wears R, editors. , *Resilient health care*. 2013, Boca Raton: CRC Press.
14. Wiig, S., et al., *Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program*. BMC Health Serv Res, 2020. **20**(1): p. 330.
15. Beskrivelsen av det grønne korset er en sammenstilling av prosedyrer fra forskjellige sykehus i Norge.
16. Rowan, B.L., et al., *The impact of huddles on a multidisciplinary healthcare teams' work engagement, teamwork and job satisfaction: A systematic review*. J Eval Clin Pract, 2022. **28**(3): p. 382-393.
17. Franklin, B.J., et al., *Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy*. BMJ Qual Saf, 2020. **29**(10): p. 1-2.
18. Birkeli, G.H., H.K. Jacobsen, and R. Ballangrud, *Nurses' experience of incident reporting culture before and after implementing the Green Cross method: A quality improvement project*. Intensive Crit Care Nurs, 2022. **69**: p. 103166.
19. Wahl, K., M. Stenmarker, and A. Ros, *Experience of learning from everyday work in daily safety huddles-a multi-method study*. BMC Health Serv Res, 2022. **22**(1): p. 1101.
20. Elvegård, R., *Hvordan kan det å lære av suksesser, uønskede hendelser og alt i mellom, bidra til økt pasientsikkerhet og et helsefremmende arbeidsmiljø?*, in *Fakultet for helse- og sosialvitenskap*. 2021, Universitetet i Sør-Øst Norge: Kongsberg.
21. Aspelund, C. *Dette er TALK Debrief*. 2021; Available from: <https://www.helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/dette-er-talk-debrief>.
22. Baird, L., P. Holland, and S. Deacon, *Learning from action: Imbedding more learning into the performance fast enough to make a difference*. Organizational Dynamics, 1999. **27**(4): p. 19-32.
23. Tannenbaum, S.I. and C.P. Cerasoli, *Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis*. Hum Factors, 2013. **55**(1): p. 231-45.
24. Keiser, N.L. and W. Arthur, *A meta-analysis of the effectiveness of the after-action review (or debrief) and factors that influence its effectiveness*. J Appl Psychol, 2021. **106**(7): p. 1007-1032.
25. Øyri, S.F., et al., *Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events*. BMJ Open Qual, 2023. **12**(2).
26. Sinitsky, D.M., et al., *Morbidity and mortality meetings to improve patient safety: a survey of 109 consultant surgeons in London, United Kingdom*. Patient Saf Surg, 2019. **13**: p. 27.

27. Vreugdenburg, T.D., et al., *Morbidity and mortality meetings: gold, silver or bronze?* ANZ J Surg, 2018. **88**(10): p. 966-974.
28. Drewes, C., S. Fasting, and S.E. Gisvold, *Kultur for bedre pasientsikkerhet*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2021(16).
29. Lindekleiv, H.o.F.-K.H.S., *Kapittel 8 Erfaringer med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang*, in *Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018*. 2019, Statens helsetilsyn.

Del 3 – Ledelse og kultur

Ledelse og kultur er grunnmuren for god ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser. Uten ivaretakende ledelse og en åpen og lærende kultur vil en guide eller prosedyre for ivaretagelse ha begrenset effekt. Samtidig kan god ivaretagelse også bidra til en mer åpen og lærende kultur.

Ledere på alle nivåer - formelle og uformelle - har ansvar for å legge til rette for en kultur der

- det er åpen diskusjon om risikofaktorer og uønskede hendelser
- det er rom for å gi uttrykk for at det oppleves tungt når det går galt
- uønskede hendelser gjennomgås med formål om læring og forbedring

Medarbeidere har et medansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø og ønsket kultur.

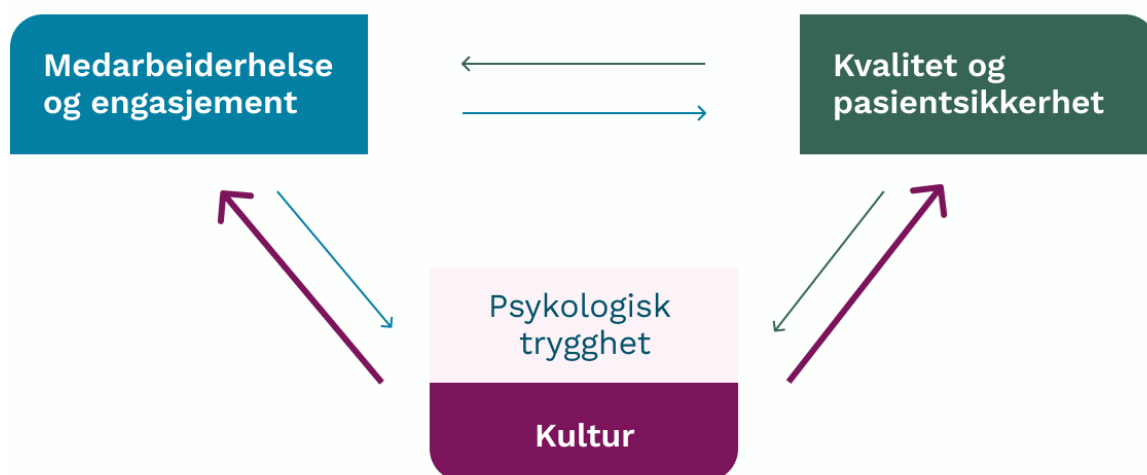
Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring

Betydningen av kultur er introdusert i innledningskapitlet "Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser". Dette kapitlet utdyper viktige kvaliteter ved en kultur for ivaretagelse av medarbeidere og god pasientsikkerhet og kvalitet. Det beskriver forankringen i overordnede føringer og i litteraturen, og hvordan man kan arbeide med å utvikle kultur i praksis.

En sentral faktor er psykologisk trygghet. Psykologisk trygghet er en oppfatning om at man kan si fra – ta opp bekymringer, komme med forslag, melde uønskede hendelser, vise sårbarhet, innrømme feil – uten å bli oversett, brakt i forlegenhet, møtt med stillhet eller andre negative reaksjoner.

Det er mange forhold som kan hemme psykologisk trygghet:

- forventninger om ufeilbarlighet
- hierarki
- fokus på individ og ikke system
- ufin kommunikasjon



Barrierer: Ufeilbarlighet / Hierarki / Individfokus / Omgangstone

Modellen viser sammenhengen mellom kultur og medarbeidernes helse, engasjement og trivsel på den ene siden, og kvalitet og pasientsikkerhet på den andre. Psykologisk trygghet er en sentral variabel.

For å motvirke disse hindringene er det nødvendig å ha et lærings- og systemperspektiv på uønskede hendelser og å jobbe for likeverdige, respektfulle og inkluderende miljøer [3]. I noen arbeidsenheter betyr dette vedlikehold av dagens kultur, for andre betyr dette en stor kulturendring.

Tabellen [4] utdyper innholdet i barrierer som hemmer og faktorer som fremmer psykologisk trygghet, åpenhet og læring. Disse kan også betraktes som kulturdimensjoner, som endepunkter på en skala.

Barrierer som hemmer	Faktorer som fremmer
Ufeilbarlighet Flinkhetskultur er et annet ord som brukes om ufeilbarlighetskultur. Det er viktig å være kompetent, men det kan tippe over og bli en norm om perfeksjon, en forventning om aldri å gjøre feil, som er en illusjon ingen kan leve opp til. En fare ved ufeilbarlighetskultur er at det kan føre til at det ikke snakkes åpent om uønskede hendelser, og dette begrenser mulighetene for læring og systemendring. En annen konsekvens er at involvert helsepersonell kan oppleve å bli stigmatisert, og at smerten ved å ha vært involvert i en pasientskade eller potensiell skade må holdes skjult. En tredje konsekvens er at medarbeidere kan oppleve vedvarende stress og frykt for å gjøre feil.	Ydmykhet og vekstorientering En lærende kultur kjennetegnes av ydmykhet og en vekstorientert innstilling (growth mindset). Nyere diskusjoner tar opp hvor viktig det er å være "ydmykt kompetent" for å oppnå fremragende praksis. Ydmykhet har et innadrettet aspekt som angår kjennskap til egen kompetanse og dens begrensninger. Det utadrettede aspektet verdsetter andre interessenters perspektiv - andre yrkesgruppers så vel som pasienters, brukes og pårørendes. En vekstorientert innstilling betrakter motgang som en mulighet til å lære og øke kompetansen, i stedet for et nederlag og tegn på inkompetanse.
Hierarki Hierarki har en funksjon, spesielt i virksomheter med høye krav til kompetanse. Men det kan også være et hinder for åpenhet og læring fordi man ikke tør å utfordre autoriteter. Funn viser at psykologisk trygghet er større jo høyere en profesjonsgruppe er i helsevesenets hierarki, samtidig som er det store forskjeller også innad i grupper. Når ledere og de erfarne i et arbeidsfellesskap oppmuntrer de andre til å komme med innspill, kan statusforskjellene minskes, og det gir engasjement og bedre kvalitet.	Likeverdighet Likeverdighet fremmer godt tverrfaglig teamsamarbeid, som igjen er viktig for god pasientbehandling og -sikkerhet. Likeverdighet er ikke det samme som likhet. Likhetsidealer kan underkjenne viktige forskjeller, mens et likeverdsideal anerkjenner, respekterer og utnytter at det er forskjeller, for eksempel når det gjelder forskjellige yrkesgruppers kompetanse.

	Likeverdighet innebærer også at pasient-, bruker og pårørendes perspektiver verdsettes og nyttiggjøres i utforming av tjenestene.
Individperspektiv Kjennetegnet ved individperspektivet er at uønskede hendelser forklares ved individuelle feil. Å søke årsaksforklaringer hos enkeltpersoner i stedet for komplekse systemårsaker, er en kjent kognitiv feilslutning (den fundamentale attribusjonsfeilen). Det fører lett til beskyldninger og skam, samt konsekvensene som er nevnt under ufeilbarlighetskultur: taushet om uønskede hendelser, isolasjon og belastende vaksomhet.	Systemperspektiv Kjennetegnet ved systemperspektivet er en erkjennelse av at det alltid er risiko for uønskede hendelser, og når det går galt, er det ofte resultat av flere faktorer i et komplekst samspill. Risikovurderinger og avbøtende tiltak bidrar til å redusere uønskede hendelser. Det gjør også læring, med utgangspunkt i både det som går bra og det som går galt. Risikovurderinger og hendelsesgjennomganger bør ta for seg en rekke ulike typer faktorer på forskjellige nivåer i organisasjonen, inkludert målkonflikter.
Ufin kommunikasjon (incivility) En omgangstone med ufin kommunikasjon og ugrei oppførsel, som kvasse kommentarer, ignorering, latterliggjøring, nedlatenhet og andre former for uprofesjonell verbal og nonverbal kommunikasjon, skaper utrygghet. Denne type atferd og mer alvorlig trakassering har konsekvenser for samarbeid, konsentrasjon, medarbeiderhelse, trivsel og turnover, samt for pasientsikkerhet. Mange er ikke klare over følgene av en ufin kommunikasjonsform Fører til • Frykt • Vaksomhet	Respektfull og inkluderende kommunikasjon En respektfull og inkluderende kultur kjennetegnes av saklig og vennlig kommunikasjon. Det inviteres til innspill og dialog med et oppriktig ønske om å forstå andres perspektiver og komme frem til godt begrunnede beslutninger. Mangfold ikke bare tolereres, men verdsettes og utnyttes på en positiv måte. Det oppmuntres til å si fra, og man opplever at det nytter også ved at innspill blir tatt på alvor og brukt for å fremme bedre praksis. Fører til • Trygghet • Åpenhet og læring

Føringer

Den nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024-2027 [6] har, som nevnt innledningsvis, ledelse, psykologisk trygghet, arbeidsmiljø og kultur som viktige virkemidler for å oppnå bedre pasientsikkerhet. Det står blant annet at:

"Arbeidsgivere må også arbeide for å etablere en åpen tilbakemeldingskultur, og det må være trygt og positivt å dele erfaringer." s. 71

WHOs nye Global Action Plan for Patient Safety 2021-2030 [7] har trygghetskultur (*safety culture*) som et grunnleggende prinsipp. Dette gjelder trygghet for både pasienter og for medarbeidere, og inkluderer

psykologisk trygghet. WHO legger stor vekt på at kulturen skal være rettferdig (*just culture*). En skyld-og-straff-kultur skaper ikke trygghet, blir det understreket, verken for pasienter og brukere eller helsepersonell, fordi den lett fører til at uønskede hendelser ikke meldes. De fleste uønskede hendelser er resultat av et samspill av systemårsaker, og kun unntaksvis er årsaken ene og alene en enkeltpersons uaktsomhet eller risikoatferd.

Respekt, åpenhet, samarbeid, samt lærings- og endringsvilje er andre kvaliteter som WHO trekker frem som nødvendig for en god pasientsikkerhetskultur.

Forskning

Behovet for åpenhet om feil og betydningen av hierarki ble beskrevet allerede i 1979 i Bosks dybdestudie av et kirurgisk miljø [8]. Forebygging og håndtering av uønskede hendelser krevde endringer i arbeidsplasskulturen "i den skarpe enden".

Betydningen av **psykologisk trygghet** for åpenhet og læring ble satt på dagsordenen allerede på 90-tallet av både Michael West [9] i Storbritannia og Amy Edmondson [10] i USA. Begge har interessert seg spesielt for hvilken betydning psykologisk trygghet, godt samarbeid, åpenhet og læring har for pasientsikkerhet i helsesektoren [11, 12]. Et stadig økende antall studier, inkludert oversiktsstudier [13], viser sammenhengen mellom psykologisk trygghet og resultater i helsetjenesten.

Ufeilbarlighetskultur og de uheldige konsekvenser det medfører, er et tema i både skandinavisk og internasjonal litteratur [14] [15-18]. På alle nivåer må det erkjennes at medarbeidere er mennesker, og mennesker er feilbarlige. Utforming av tjenestene må ta høyde for det. Når det går galt må medarbeidere møtes med forståelse, samtidig som man holder fast på forventningen om at de leverer tjenester av høy kvalitet [19].

Som motsats til ufeilbarlighet er det en gryende bruk av temaene ydmykhet (*humility*) og vekstorientering (*growth mindset*), fordi disse viser seg å henge sammen med en lærende holdning. Fremragende klinikere kjennetegnes av ydmykhet, det vil si at de er klare over egne begrensninger og åpne for andres perspektiver [20]. Det påpekes at det er behov for å fremme en lærende, vekstorientert innstilling allerede under utdanningen, slik at helsepersonell blir bedre rustet til å håndtere uønskede hendelser [21].

Rettferdig kultur og **hierarki** er andre viktige temaer i litteraturen [1] [22] [23] [24]. Noen av de største barrierene for å melde fra om uønskede hendelser er frykt for kritikk eller represalier. Det er også vanskelig å utfordre noen som er høyere i hierarkiet [25]. Når det gjelder hierarki, er en av konklusjonene at overordnede i stedet for ensidig å be underordnede om "å si fra", heller bør legge til rette for et trygt ytringsklima og invitere til innspill.

En kommunikasjonskultur preget av ugrei og uprofesjonell omgangstone, omtalt som **incivility** i litteraturen, har konsekvenser for både medarbeidernes ve og vel og for pasientsikkerhet [26] [27-29]. OECD tar opp problemet som trolig en av hovedgrunnene, ved siden av å være involvert i uønskede hendelser, til at helsepersonell ligger over andre bransjer når det gjelder utbrenthet og depresjon [30].

Incivility er et begrep som ikke så lett lar seg oversette til norsk. Det refererer til ufin kommunikasjon og oppførsel. Incivility defineres som

"lav-intensiv, uakseptabel atferd der det er tvetydig om hensikten er å skade. Det er oppførsel som bryter med normer om gjensidig respekt på arbeidsplassen. Slik atferd er typisk ufin og udannet, og viser mangel på omtanke for andre".

Andersson og Pearson 1999 [31] s 457

Incivility er blitt kalt den stille epidemien, fordi det er utbredt, men stilltiende akseptert.

Internasjonale retningslinjer tydeliggjør behovet for å ta tak i incivility [7] [32]. WHO skriver at helse- og omsorgsvirksomheter bør:

"implementere tiltak for å beskytte helsepersonell mot fysisk og psykisk vold, inkludert incivility, mobbing, trakassering og diskriminering." s. 53

I Storbritannia har det vært en helsepersonell-initiert pasientsikkerhetskampanje kalt "Civility Saves Lives" og The National Health Service (NHS) nevner i NHS Patient Safety Strategy både psykologisk trygghet og incivility/civility som kvaliteter ved kulturen som er nødvendige for god pasientsikkerhet.

Praktiske virkemidler

Alle sider ved en virksomhet – fra styringssystemene til samtalene på vaktrommet - gjenspeiler og påvirker kultur. Perspektivet her er først og fremst på arbeidsplasskultur, der medarbeidere samhandler. Foruten arbeid med ivaretagelse som guiden beskriver i de tidligere kapitlene, er ledelse, arbeidsmiljø- og kulturutvikling, kartlegginger og simuleringstrening sentrale områder å ta i bruk i for å utvikle ønsket kultur.

Å være en god rollemodell"Vår tidligere leder pleide å starte alle prosedyrer med et nesten fast uttrykk 'Hvis noen ser noe under operasjonen, vær så snill og si fra. Hvis du på noe tidspunkt føler deg ukomfortabel med det jeg gjør, vær så snill og si fra. Hvor lenge jeg har holdt på med dette har ingenting å si.' " LIS-lege [1]

«Kulturen kommer ovenfra, like fra helseministeren. Vi som er eldre og erfarne, har ansvar som rollemodeller. Feil skjer også med de flinkeste kollegene dersom forholdene ligger til rette for det. Vi må oppsøke og støtte kolleger som opplever feil, slippe trollet ut i solen.» Jannicke Mellin-Olsen, anestesilege Bærum sykehus og styremedlem Patient Safety Movement Foundation [2]

"Som leder har du ansvar for å utvikle en kultur som tar utgangspunkt i organisasjonens verdier. Medarbeiderne har også et ansvar for å etterleve de verdiene som organisasjonen står for, men som leder har du ansvar for å gå foran som et godt eksempel. Hvordan du utøver ditt lederskap, har betydning for arbeidsmiljøet og kulturen blant dem du har ansvaret for. Sammenhengen mellom ord og handling er grunnleggende for å oppnå tillit og legitimitet i lederrollen, derigjennom også hvordan du arbeider systematisk med utviklings- og endringsarbeid." KS [5]

Kulturledelse

Ledere på alle nivåer har en svært sentral rolle som kulturbærere. De er forbilder og preger kulturen gjennom sin posisjon. I tillegg til de formelle lederne, har de erfarne medarbeidere og nestorene i faget, og de med tillitsverv, en viktig rolle som kulturledere.

Denne korte fremstillingen kan ikke gjøre rede for alle relevante tilnærminger til ledelse eller aspekter ved kulturledelse. Verdibasert ledelse bør dog nevnes. Kultur er de verdiene, normene og virkelighetsoppfatninger som styrer atferd og praksis, og verdibasert ledelse er spesielt relevant. Dette er et konsept som er tatt i bruk i deler av helse- og omsorgstjenesten. Verdibasert ledelse som definert av Aadland [33] er

"å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskete verdiar, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer førmedvitne eller ikkje-ønskete verdiar." s. 157

Når det gjelder å skape en åpen og lærende kultur og et godt grunnlag for psykologisk trygghet, vil kulturledelse i praksis være å:

- oppmuntre og klart invitere til å komme med innspill
 - møte innspill med en positiv respons, ved for eksempel å si takk, anerkjenne og vurdere forslag. Det er ikke det samme som å være enig, eller forpliktet til å gjennomføre forslag
 - gjenta hvor viktig det er å si fra hvis man oppdager noe som helst som bekymrer
 - ta et standpunkt mot trakassering og annen uakseptabel atferd
 - ta tak i og følge opp enkeltmedarbeidere som viser utilbørlig eller annen uprofesjonell atferd
 - iverksett tiltak for å sikre en god meldekultur og avviksoppfølging
 - involvere medarbeidere i gjennomgang av hendelser og avvik (se kapittel 2.4) og gi tilbakemelding om hvilke tiltak som er iverksatt
 - skape trygge arenaer for refleksjon og læring
 - dele egne feilvurderinger og erfaringer med uønskede hendelser
 - presisere nødvendigheten av å ta ansvar for hva som skjer videre etter en uønsket hendelse, uavhengig av ansvaret for hva som er skjedd
 - vise at alle er verdifulle medlemmer av teamet
-
- arbeide systematisk med arbeidsmiljøet og kulturbygging

Kultur skapes også gjennom [34]:

- hva ledere har fokus på og bruker tid på
- hva og hvem som anerkjennes og belønnes
- rekruttering – hvilke kvaliteter vektlegges og hvem som blir ansatt
- hvordan kriser håndteres, for det er særlig da den ønskede kulturen settes på prøve og folk er spesielt opptreksomme på hvordan ledelsen opptrer.

Kulturutvikling

"Det er så mye ikke-språklig kommunikasjon som fungerer ødeleggende. Det kan for eksempel være at det bare blir taushet når det sies noe som bør forsterkes snarere enn dempes, eller andre reaksjoner fra kolleger som setter en i forlegenhet. En dårlig meldekultur kan henge sammen med at man er redd for å bli sett på som "angiver" av kolleger. Det kan også være at å melde hendelse som overordnet står for og ikke selv tar initiativ til, kan ha konsekvenser for den underordnedes karriere." Olav Røise, prof. em. og tidligere styreleder i Pasientforeningen.

Direkte metoder for kulturutvikling inkluderer arbeid med verdier og normer – grunnelementene i kultur. Verdiene er det som er avgjørende viktig for oss. Det kan være å fremstå som flink, eller verdsette vekst og

læring, for eksempel (se også tabellen over om viktige kulturdimensjoner). Normer bygger på verdier og spesifiserer atferdsregler for hvordan man skal te seg. Eksempler på normer kan være "Begå ingen feil og hvis du gjør det, hold det for all del for deg selv," eller "Vi skal dele og lære av våre feil og suksesser."

Det kan være vanskelig å se sin egen kultur. Men de fleste har ideer om hvordan man ønsker ting kunne være. Å diskutere ønsket kultur sammen med kollegaer på arbeidsmiljøseminarer og fagdager, kan fremme en positiv utvikling. Aktuelle spørsmål er:

- Hvordan kan vi konkretisere organisasjonens verdier og gjøre dem meningsfulle for oss?
- Hvilke normer bør prege samhandling og kommunikasjon hos oss?
- Hva er eksempler på atferd som hemmer eller fremmer et godt miljø?

Hvordan man blir møtt – lederens og kollegaenes reaksjoner – bygger eller undergraver psykologisk trygghet. Ufin kommunikasjon og adferd ødelegger for en åpenhetskultur. Det finnes mange typer arbeidsfellesskap, fra miljøer hvor kollegaer husker og bruker feil mot noen, til fremragende lærende og ivaretagende miljøer. Positive reaksjoner på innspill derimot fremmer psykologisk trygghet, engasjement og kvalitetsforbedring [24].

Kulturutvikling krever fokus over tid og bør være en del av det systematiske arbeidet med HMS og arbeidsmiljø.

Det er få intervensjonsstudier når det gjelder kultur i helsesektoren [35]. Kulturutviklingsprogrammet CREW Civility, Respekt and Engagement in the Workplace er en av veldig få intervensjoner der effekt er undersøkt [36] [37]. Dette er et program som omtales og anbefales i litteraturen [35] [38]. Det har mange likhetstrekk med tiltakene omtalt her for kulturutvikling, og ligner kulturutviklingsprogrammet KULT i regi av Helsedirektoratet [Kultur og psykologisk trygghet på arbeidsplassen. - Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](https://www.helse.no/kultur-og-psykologisk-trygghet-pa-arbeidsplassen-117722)

TeamSTEPPS er en evidensbasert metode [39] for å bedre teamsamarbeid, med fokus på kommunikasjon, teamledelse, situasjonsovervåking og gjensidig støtte, og er relevant i et kulturperspektiv. Det er gjennomført forskning også i Norge [40]. Simulering er ofte en viktig del av treningen. For mer info se [hTeamSTEPPS@ instruktorkurs \(ntnu.no\)](mailto:hTeamSTEPPS@instruktorkurs.ntnu.no)

Simuleringstrening

Simuleringstrening har påvist positiv effekt på behandlingskvalitet og kan også bidra til å bygge en god kultur ved å bedre ikke-tekniske ferdigheter, for eksempel hvordan man kommuniserer og samarbeider i team [41] [42]. Simuleringstrening krever imidlertid oppmerksomhet på psykologisk trygghet for å kunne skape et godt og åpent læringsmiljø [43].

Kartlegginger

Kartlegginger er en viktig måte å følge opp kultur på. Har gruppen definert gruppenormer, kan etterlevelse av disse måles regelmessig med enkle spørreskjemaverktøy. Medarbeiderundersøkelsen ForBedring som brukes i spesialisthelsetjenesten måler faktorer, spesielt teamklima og sikkerhetsklima, som kan brukes som en indikasjon på psykologisk trygghet, og om kulturen er åpen og lærende. Faktoren psykososialt arbeidsmiljø omfatter trakassering, diskriminering og konflikter, og gir derfor også viktig informasjon.

Spørreundersøkelser har svakheter når det gjelder å måle komplekse fenomener som kultur og psykologisk trygghet, og å forutsi sikkerhetsrisiko [44]. De kan undervurdere vanskeligheter i et arbeidsmiljø når det gjelder kultur og psykologisk trygghet. Disse bør derfor suppleres med kvalitative metoder som observasjoner og intervjuer [45] [46]. Brukt med det i mente kan kvantitative kartlegginger ha stor nytte, og slike undersøkelser anbefales blant annet i publikasjoner fra OECD om kultur og pasientsikkerhet [47].

En god prosess for oppfølging av resultatene etter en kartlegging er en forutsetning for at den skal ha en positiv effekt.

1. Umoren, R., et al., *Interprofessional model on speaking up behaviour in healthcare professionals: a qualitative study*. BMJ Leader, 2022. 6(1): p. 15-19.
2. Fjærtøft, J.B., *Overleger som kulturledere*. Overlegen digital, 2021. 3-2021.
3. Fjærtøft, J.B. and J. Advocaat-Vedvik, *Ufeilbarlighetskultur er en hindring for å snakke om uønskede hendelser*. Dagens Medisin, 2021.
4. Tabellen og modellen er utviklet av Joy Buikema Fjærtøft.
5. KS Kommunesektorens organisasjon, *Guide til god ledelse*. 2018.
6. Regjeringen, *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027— Vår felles helsetjeneste*. 2024, Meld. St. 9 (2023-2024)
7. World Health Organization, *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. 2021, World Health Organization: Geneva.
8. Bosk, C., *Forgive and remember: Managing medical failure*. 2nd ed. 2003: The University of Chicago Press.
9. West, M.A., *Effective Teamwork*. 1994: Wiley.
10. Edmondson, A., *Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams*. Administrative Science Quarterly, 1999. 44(2): p. 350-383.
11. Edmondson, A.C., *Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers*. Quality and Safety in Health Care, 2004. 13(suppl 2): p. ii3-ii9.
12. Lyubovnikova, J., et al., *24-Karat or fool's gold? Consequences of real team and co-acting group membership in healthcare organizations*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2015. 24: p. 929-950.
13. Grailey, K.E., et al., *The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: an evidence synthesis*. BMC Health Services Research, 2021. 21(1): p. 773.
14. Bohnen, J.D., et al., *When Things Go Wrong: The Surgeon as Second Victim*. Annals of Surgery, 2019. 269(5): p. 808-809.
15. Danielsson, M., et al., *The professional culture among physicians in Sweden: potential implications for patient safety*. BMC Health Serv Res, 2018. 18(1): p. 543.
16. Førde, R. and O.G. Aasland, *Is imperfection becoming easier to live with for doctors?* Clinical Ethics, 2017. 12(1): p. 31-36.
17. Aasland, O.G. and R. Førde, *Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues*. Qual Saf Health Care, 2005. 14(1): p. 13-7.

18. Schrøder, K., A. Janssens, and E.A. Hvidt, *Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims*. Social Science & Medicine, 2021. 268.
19. Busch, I.M., et al., *Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies*. J Patient Saf, 2020. 16(2): p. e51-e60.
20. Wadhwa, A. and S. Mahant, *Humility in medical practice: a qualitative study of peer-nominated excellent clinicians*. BMC Med Educ, 2022. 22(1): p. 88.
21. Klein, J., et al., *A growth mindset approach to preparing trainees for medical error*. BMJ Qual Saf, 2017. 26(9): p. 771-774.
22. Willis, D., J. Yarker, and R. Lewis, *Lessons for leadership and culture when doctors become second victims: a systematic literature review*. BMJ Leader, 2019. 3: p. 81 - 91.
23. White, R.M. and R. Delacroix, *Second victim phenomenon: Is 'just culture' a reality? An integrative review*. Applied Nursing Research, 2020. 56: p. 151319.
24. Nembhard, I.M. and A.C. Edmondson, *Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams*. Journal of Organizational Behavior, 2006. 27(7): p. 941-966.
25. Falcone, M.L., et al., *Adverse Event Reporting Priorities: An Integrative Review*. J Patient Saf, 2022. 18(4): p. e727-e740.
26. Riskin, A., et al., *The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial*. Pediatrics, 2015. 136(3): p. 487-95.
27. Katz, D., et al., *Exposure to incivility hinders clinical performance in a simulated operative crisis*. BMJ Quality & Safety, 2019. 28(9): p. 750-757.
28. Cooper, W.O., et al., *Association of Coworker Reports About Unprofessional Behavior by Surgeons With Surgical Complications in Their Patients*. JAMA Surg, 2019. 154(9): p. 828-834.
29. Crawford, C.L., et al., *An Integrative Review of Nurse-to-Nurse Incivility, Hostility, and Workplace Violence: A GPS for Nurse Leaders*. Nurs Adm Q, 2019. 43(2): p. 138-156.
30. de Bienassis, K., L. Slawomirski, and N.S. Klazinga, *The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace*. OECD Health Working Papers, 2021.
31. Andersson, L.P., Christine M, *Tit for Tat? The Spiraling Effect of Incivility in the Workplace*. Academy of Management Journal, 1999.
32. NHS England and NHS Improvement, *The NHS Patient Safety Strategy: Safer culture, safer systems, safer patients*. 2019. p. 84.
33. Aadland, E., *Den truverdige leiaren*. 2004, Oslo: Samlaget.
34. Schein, E.H., *Organizational Culture and Leadership*. 3rd ed. 2010: Jossey-Bass. 458.
35. Braithwaite, J., et al., *Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review*. BMJ Open, 2017. 7(11): p. e017708.

36. Osatuke, K., et al., *Civility, respect, engagement in the workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration*. Journal of Applied Behavioral Science, 2009. 45: p. 384-410.
37. Leiter, M.P., et al., *The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes*. J Appl Psychol, 2011. 96(6): p. 1258-1274.
38. Hodgins, M., S. MacCurtain, and P. Mannix-McNamara, *Workplace bullying and incivility: a systematic review of interventions*. International Journal of Workplace Health Management, 2014. 7(1): p. 54-72.
39. Amaral, C., et al., *Patient Safety Training Programs for Health Care Professionals: A Scoping Review*. J Patient Saf, 2023. 19(1): p. 48-58.
40. Aaberg, O.R., et al., *A human factors intervention in a hospital - evaluating the outcome of a TeamSTEPPS program in a surgical ward*. BMC Health Serv Res, 2021. 21(1): p. 114.
41. Buljac-Samardzic, M., K.D. Doekhie, and J.D.H. van Wijngaarden, *Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade*. Hum Resour Health, 2020. 18(1): p. 2.
42. Brattebø, G., H.L. Ersdal, and T. Wisborg, *Simuleringsbasert teamtrening virker*. Tidsskrift for den Norske Laegeforening, 2019(18).
43. Kolbe, M., et al., *Managing psychological safety in debriefings: a dynamic balancing act*. BMJ Simul Technol Enhanc Learn, 2020. 6(3): p. 164-171.
44. Antonsen, S., *Safety Culture Assessment: A Mission Impossible?* Journal of Contingencies and Crisis Management, 2009. 17(4): p. 242-254.
45. Aase, K., *Pasientsikkerhet*. 2022: Universitetsforlaget.
46. O'Donovan, R., D. Van Dun, and E. McAuliffe, *Measuring psychological safety in healthcare teams: developing an observational measure to complement survey methods*. BMC Medical Research Methodology, 2020. 20(1): p. 203.
47. de Bienassis, K., et al., *Culture as a cure*. 2020.

Ivaretakende ledelse

Betydningen av støtte fra leder

Ledelse krever et mangfold av perspektiver og innebærer mange oppgaver. En kjent tre-inndeling er fokus på: struktur, mennesker og endring. God ivaretagelse innebærer å lage gode strukturer. Det er også nødvendig å jobbe med endring og utvikling, for eksempel kulturutvikling. Punktene i de forutgående kapitlene handler mye om å skape gode systemer og praksiser. Men den menneskelige faktoren må understrekes. Dette er spesielt viktig i kritiske, følelsesladede situasjoner, som uønskede hendelser er.

Støtte fra ledelsen ved uønskede hendelser er svært viktig. Fravær av støtte er en tilleggsbelastning og et hinder for en åpen og lærende kultur. Ledere som tydelig viser at de er der for de involverte bidrar til en god, gjenopprettende prosess [1]. Støtte fra leder i form av åpne og ærlige samtaler, der feil kan diskuteres uten fordømmelse, fremmer helsepersonells helingsprosess, og det som kalles "post-traumatisk vekst"[2]. Og motsatt, uheldige erfaringer har negative konsekvenser. Reaksjoner fra ledere som oppleves som urettferdige, påvirker for eksempel medarbeideres beslutninger senere om å melde hendelser eller la være [3] [4, 5].

For å konkretisere ivaretakende ledelse nærmere, brukes Michael Wests arbeid med *compassionate leadership* og *Lederens verktøykasse for psykologisk trygghet*, en modell av Amy Edmondson.

Ivaretakende ledelse operasjonalisert

Professor Michael West har lang erfaring som forsker om team og organisasjon spesielt i helsesektoren. I det siste har han lagt stor vekt på ivaretagelse (*compassion*). Han er rådgiver for National Health Service (NSH) i Storbritannia, som i sin strategi for pasientsikkerhet gjør *compassionate* lederskap og psykologisk trygghet til nøkkelfaktorer for en god pasientsikkerhetskultur. Den enkelte skal være trygg på at de involverte

"vil bli behandlet på en rettferdig og ivaretakende (*compassionate*) måte hvis det går galt eller de sier fra for å hindre at problemer oppstår." s. 8 [6]

West (2021) definerer *compassion* slik:

"en sensitivitet for ens egen og andres lidelse, sammen med en innsats for å forsøke å lindre og forebygge." s. 2 [7]

Temaet får økende oppmerksomhet og det er gryende belegg for at ivaretakende (*compassionate*) helsehjelp viser positiv effekt på pasientbehandling. Det viser sammenheng med bedre

- fysiske og psykiske pasientutfall
- etterlevelse av avtalt behandling
- kvalitet og pasientsikkerhet
- økonomiske resultater

Det virker også forebyggende på utbrenthet hos helsepersonell. Ivaretagelse er en ferdighet som kan oppøves [7, 8].

Ivaretakende ledelse (*compassionate leadership*) kan deles i fire kjerneelementer:

1. å være oppmerksom på de involverte menneskene og situasjonen de står i
2. å utforske og forstå situasjonen ut fra deres perspektiv
3. å uttrykke empati, å vise medfølelse for dem og ta på alvor vanskelighetene som de opplever
4. å handle klokt og omtenkstomt

Ivaretagelse har dermed både kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige aspekter.

En leder har mange roller, og kan vise empati uten å innta den nære, emosjonelt støttende rolle som bedre kan ivaretas av familie, venner eller gode kollegaer.

Kollektivt lederskap

Slikt lederskap kan utvises av alle i et arbeidsfellesskap, ikke bare de formelle ledere, selv om de har et særlig ansvar, på alle ledelsesnivåer. Dette kaller West for "kollektivt lederskap". Det er medarbeidere som i hovedsak har kontakt med pasienter, brukere og pårørende etter en uønsket hendelse, og kan vise ivaretakende lederskap i møtet med dem.

Ivaretakende ledere vil ha en dobbelt effekt. De vil både støtte sine medarbeidere, og være forbilder for hvordan andre skal møtes. Ivaretakende lederskap på alle nivåer innebærer at overordnede ledere viser støtte overfor underordnede ledere når det skjer uønskede hendelser.

Verktøy

West har utviklet sjekklistor og andre verktøy. Kortversjon av sjekklisten er:

- Gi din fulle oppmerksomhet når noen beskriver utfordringene de står overfor.
- Jobb sammen med de involverte for å få en forståelse av problemene.
- Bry deg oppriktig om andres vanskeligheter.
- Handle effektivt for å håndtere problemene folk står overfor.

Listen kan omskrives til spørsmål og brukes til selv-, gruppe- eller lederevaluering.

Andre spørsmål til refleksjon kan være:

- Hvordan kan de fire kjerneelementene i ivaretakende lederskap konkret komme til uttrykk i møte med pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere/kollegaer ved uønskede hendelser?
- Hvordan ville du ønske å bli møtt hvis det var deg som var involvert?

Temaet ivaretakende lederskap kan settes på dagsordenen på ledermøter, -samlinger og utviklingsprogrammer, så vel som på personalmøter og andre arenaer for medarbeidere.

Lederens verktøykasse for psykologisk trygghet

Ivaretakende ledelse innebærer å skape psykologisk trygghet. I sin ledelsesmodell "Lederens verktøykasse for å bygge psykologisk trygghet" [9] har Amy Edmondson flere av de samme elementene som West. Den kan brukes som et tilleggsperspektiv til West og kapittel 3.1 "Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring".

Verktøykassen er delt i tre "hovedhandlinger". Den første, å forberede "scenen" (*setting the stage*) har klare paralleller til kapittel 2.1 i denne guiden - *Forberedelse av medarbeidere på mestring av uønskede hendelser*. Det er viktig å ha en felles forståelse av at det kan skje uønskede hendelser, og at det derfor er nødvendig å si fra. Det gjelder både

- å si fra om forhold som kan avverge uønskede hendelser
- å melde hvis de skjer, slik at man kan lære av disse

	Forberede "scenen"	Invitere til deltakelse	Respondere konstruktivt
	Ramme inn arbeidet Sette realistiske forventninger om at feil kan skje, at det er usikkerhet	Vise ydmykhet overfor situasjonen Erkjenne at det er	Verdsette - Lytte

Leder oppgaver	og gjensidig avhengighet, og derfor nødvendig å si fra Vektlegge arbeidets mening Identifisere hva som står på spill, hvorfor det er viktig og for hvem	vanskeligheter Utforske -Stille gode spørsmål -Være rollemodell for aktiv lytting Organisere strukturer og prosesser - Lage arenaer for å gi innspill - Ha kjøreregler for diskusjon	- Anerkjenne og si takk Avstigmatisere feil - Se fremover - Tilby hjelp - Diskutere, vurdere, idemyldre neste steg Sanksjonere klare brudd på akseptabel atferd
Oppnår	Felles forståelse og forventninger	Tro på at å si fra er velkomment	Orientering mot kontinuerlig læring
Holdning	Ydmykhet	Nysgjerrighet	Empati

Neste hovedhandling er å invitere til deltakelse, å oppfordre andre til å komme med innspill. I dette ligger en ydmykhet om at en som leder ikke har alle svarene. Å utforske ved å stille oppriktige spørsmål skaper psykologisk trygghet, påpeker Edmondson, og gir eksempler på spørsmål som disse:

- Var alt så trygt som du kunne ønske for dine pasienter denne uken?
- Hva kan det være vi overser her?
- Hvem har et annet perspektiv?
- For at jeg skal forstå, kan du lede meg gjennom hvordan du har tenkt?

Ledere må også legge til rette for arenaer hvor medarbeidere kan dele erfaringer og komme med innspill. Betydningen av læringsarenaer er understreket i kapittel 2.4 i denne guiden og forskjellige fremgangsmåter for gjennomgang av hendelser omtalt. Strukturer er imidlertid ikke nok, og Edmondson presiserer hvor viktig normer er for at kommunikasjonen skal være konstruktiv.

Å respondere konstruktivt på innspill er den tredje hovedhandlingen. Uansett hva som kommer, er det viktig at leders første respons verdsetter medarbeiderens innspill: "Takk for at du tok opp dette". Dette fremmer psykologisk trygghet og gjør at folk vil fortsette å melde. Det helt sentrale er å respondere på en måte som avstigmatiserer feil. Denne guiden er ment å vise hvordan dette kan gjøres i praksis.

I likhet med West, oppfordrer Edmondson til refleksjon og selvevaluering basert på punktene i modellen.

Begge er også tydelige på at lederskap ikke er forbeholdt ledere. Medarbeidere kan være ledere ved å være forbilder for andre og ta ansvar, hvis de gis mulighet og selv blir møtt med ivaretagende ledelse. De kan lede an og påvirke andre gjennom å vise ivaretagelse, bidra med sin kompetanse og fremme ønsket kultur.

"Du trenger ikke være sjef for å være leder, [som er] å skape og pleie kulturen vi alle behøver for å gjøre vårt beste arbeid." Amy Edmondson [9]

1. Seys, D., et al., *Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review*. International Journal of Nursing Studies, 2013. 50(5): p. 678-687.

2. Willis, D., J. Yarker, and R. Lewis, *Lessons for leadership and culture when doctors become second victims: a systematic literature review*. BMJ Leader, 2019. 3: p. 81 - 91.

3. Cabilan, C.J. and K. Kynoch, *Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review*. JBI Evidence Synthesis, 2017. 15(9): p. 2333-2364.
4. Athanasakis, E., *A meta-synthesis of how registered nurses make sense of their lived experiences of medication errors*. J Clin Nurs, 2019. 28(17-18): p. 3077-3095.
5. Sattar, R., J. Johnson, and R. Lawton, *The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: A systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis*. Health Expect, 2020. 23(3): p. 571-583.
6. NHS England and NHS Improvement, *The NHS Patient Safety Strategy: Safer culture, safer systems, safer patients*. 2019. p. 84.
7. West, M., *Compassionate Leadership: Sustaining wisdom, humanity and presence in health and social care*. 2021: Swirling Leaf Press.
8. Lains, I., T.J. Johnson, and M.W. Johnson, *Compassionomics: The Science and Practice of Caring*. Am J Ophthalmol, 2024. 259: p. 15-24.
9. Edmondson, A.C., *The fearless organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. 2018: John Wiley & Sons Inc.

Metode og prosess

Forprosjekt

Et forprosjekt ble startet i mai 2021 og avsluttet februar 2022. I forprosjektet var det tre_ressursgrupper.

- Bruker-, profesjonsforening- og faglig ressursgruppe
- Ressursgruppe for regionale helseforetak og lokale helseforetak
- Ressursgruppe for representanter fra en mindre, middels og stor kommune og en statsforvalter

Deltakersammensetningen er oppgitt til slutt i dette kapittelet.

I forprosjektet oppsummerte man hovedutfordringen til å være uønsket variasjon i oppfølging og ivaretagelse ved uønskede hendelser. Spesielt kultur og ledelse ble trukket frem som en stor utfordring. I tillegg til tjenestens rammebetingelser, blant annet tidspress og stort lederspenn, ble mangelfull kjennskap til og etterlevelse av interne prosedyrer samt usikkerhet om beste praksis tematisert. Det ble konkludert med behovet for veiledning om god praksis for å minske uønsket variasjon og for å ha et kunnskapsbasert grunnlag for tiltak som opplæring.

Hovedprosjekt

Mål for hovedprosjektet

Målet for hovedprosjektet var å redusere uønsket variasjon og få til en mer systematisk og lik praksis. I dette ligger et hovedmål om å bedre ivaretagelsen av pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell, noe som igjen kan bidra til bedre pasientsikkerhetskultur og færre skader. God ivaretagelse innebærer at alle involverte opplever å bli tatt på alvor, får nødvendig informasjon, tilrettelagt støtte og oppfølging, og får dele sine erfaringer slik at hendelsen bidrar til læring og forbedrer tjenesten.

Bedre ivaretagelse kan trolig også bidra til [1] [2] [3]

- mindre sykefravær, både hos pasienter, brukere og pårørende som er i arbeid og hos helsepersonell og andre medarbeidere
- mindre turnover blant helsepersonell og andre medarbeidere, som vil gi bedre pasientsikkerhet, og mindre behov for nyrekruttering
- mindre bruk av defensiv praksis [4]
- bedre pasientopplevelse
- bedre omdømme for helse- og omsorgstjenesten
- økonomiske besparelser

Det har vært et mål å gi en samlet og faglig oppdatert oversikt over

- de viktigste tematikkene som bør tas hensyn til *hva og hvorfor*
- eksempler på praktiske virkemidler og måter å gå frem på *hvordan*

For mer informasjon om mål og begrunnelser, se innledningskapitlene "Til leseren" og "Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser".

Målgrupper og interessenter

- Pasienter og brukere utsatt for en uønsket hendelse og deres pårørende
- Helsepersonell og andre ansatte involvert i uønskede hendelser
- Ledere på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten
- Pasient- og brukerorganisasjoner
- De helsefaglige profesjonsforeningene
- Helsedirektoratets brukerråd
- Vernetjenestene og bedriftshelsetjenestene tilknyttet helse- og omsorgstjenesten
- Stabsfunksjoner i helse- og omsorgstjenesten, spesielt HR og kvalitet, men også juridisk og kommunikasjon
- Helseforvaltningen: Statens helsetilsyn, Statsforvaltere, Pasient- og brukerombud, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Organisering

Helsedirektoratet etablerte en intern prosjektgruppe, en arbeidsgruppe for ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende, og en arbeidsgruppe for ivaretagelse av helsepersonell og andre ansatte. I tillegg ble det nedsatt en større referansegruppe. Deltakersammensetningen står til slutt i dette kapittelet. Referansegruppen og arbeidsgruppene har bidratt blant annet med kunnskap fra fagfeltet, relevante problemstillinger og andre innspill. Arbeidsgruppene bidro i tillegg til deler av skriveprosessen.

Innspill ble innhentet både i møterekker, med mulighet for digital deltakelse, og gjennom skriftlige forespørsler.

Fra april 2023 ble arbeidsgruppene slått sammen til én, for å sikre en helhetlig fremstilling. Betegnelsen "Prosjektgruppen" i guiden refererer til denne sammenslåtte gruppen og prosjektleder. Prosjektgruppen står som avsender av guiden. Referansegruppen har hatt utkast til gjennomsyn i to omganger – våren 2023 og våren 2024, det siste i nettversjon.

Leder av prosjektet har vært Joy Buikema Fjærtøft, prosjektleder i pasientsikkerhetsavdeling, Helsedirektoratet. Hun er psykologspesialist innen arbeids- og organisasjonspsykologi, og tidligere ansatt ved Oslo universitetssykehus.

Kunnskapsgrunnlaget

Prosjektet arbeidet i tråd med modellen som Helsedirektoratet benytter. Guiden baserer seg på forskning, internasjonale retningslinjer, erfaringer og innspill fra ressurs-, referanse-, og arbeidsgruppene, praksis og prosedyrer fra tjenesten, veiledere fra Helsedirektoratet, systematiske oversikt fra FHI, samt rapporter fra Statens helsetilsyn, Ukom og NPE.



Det ble utført to biblioteksøk av bibliotekarer fra Folkehelseinstituttet på henholdsvis ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser, og ivaretagelse av helsepersonell etter uønskede hendelser. Søkestrategiene fås ved etterspørsel. Resultatene fra biblioteksøket ble først gjennomgått og sortert av to deltakere i den interne prosjektgruppen, der artikler ansett som irrelevante eller av for lav faglig kvalitet ble filtrert bort. Derne ble de utvalgte artiklene gjennomgått av prosjektleder og delprosjektleder. Den interne prosjektgruppen lagde en forskningsoppsummering på norsk av den utvalgte litteraturen til bruk for arbeidsgruppene og referansegruppen. Prosjektgruppens forskningsoppsummering kan fås ved etterspørsel.

Det ble bestilt en systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet om psykologisk debriefing av helsepersonell [5].

Både i forprosjektet og hovedprosjektet ble det i tillegg gjort fokuserte søk og samlet flere oversiktstudier, norske og nordiske enkeltstudier, og annen relevant forskning.

Oversettelse fra engelsk

Prosjektleder, som har engelsk som morsmål, står for oversettelsen av engelske uttrykk og sitater.

Henvisninger til verktøy i guiden

Helse- og omsorgsvirksomhetene og den enkelte medarbeider som anvender en metode eller et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og de rettslige rammene som finnes.

Deltakersammensetning i prosjektets arbeidsgrupper

Arbeidsgruppe for ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende

- Else Marie Pedersen, generalsekretær i Norsk pasientforening (frem til Norsk pasientforening ble avviklet august 2023)
- Frank Andersen, leder i Pasientskade foreningen og bruker
- Liss Søreide, fagsjef Kvalitet og pasientsikkerhet ved Helse Stavanger (frem til pensjonering våren 2024)
- Gerd Lillian Austad, kvalitetskoordinator Drammen kommune, representant for K10-nettverket (samarbeid mellom de 10 største kommunene på helse- og omsorgsfeltet)
- Jannicke Mellin-Olsen, anestesilege, Bærum sykehus Vestre Viken, styremedlem i Patient Safety Movement Foundation
- Jannicke Bruvik, nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud, og pasient- og brukerombud Vestlandet
- Marte Lødemel Henriksen, medisinsk faglig rådgiver for klinisk kommunikasjon ved Universitetssykehuset i Tromsø (i deler av prosjektperioden)

Arbeidsgruppe for ivaretagelse av helsepersonell og andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten

- Olav Røise, ansatt ved Oslo universitetssykehus, professor emeritus Universitetet i Oslo, tidligere styreleder i Norsk pasientforening og tidligere leder for Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Kim Edgar Olsen, psykolog og fagsjef i Norsk psykologforening, tidligere mangeårig kliniker og leder i psykisk helsevern og TSB

- Line Hasund, spesialrådgiver i Norsk sykepleierforbund, tidligere ansatt ved Oslo universitetssykehus i leder- og sykepleierstillinger
- Karin Isaksson Rø, seniorforsker, lege, spesialist i arbeidsmedisin ved Legeforskningsinstituttet og Villa Sana Arbeidshelse ved Modum Bad
- Tone Bovim, psykologspesialist og spesialrådgiver ved Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst), og ved Oslo universitetssykehus
- Sina Furnes Øyri, påtroppende fagsjef for kvalitet og pasientsikkerhet ved Stavanger universitetssykehus, postdoktor ved SHARE, Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten ved Universitetet i Stavanger
- Line Blystad, hovedverneombud ved Oslo Universitetssykehus (deltok frem til 2024)

Deltakersammensetning i prosjektets referansegruppe

Fra kommunal helse- og omsorgstjeneste

- Irene Holtet Skavås, enhetsleder Grinitun, Hobøl i Indre Østfold kommune
- Hege Olsen Richardsen, sektorleder Helse og omsorg i Gratangen kommune
- Mona Dreyer, spesialkonsulent i Sykehjemsetaten i Oslo kommune
- Aud Tove Rosseland, Kvalitetsrådgiver i Karmøy kommune
- Hege Lorentzen, medisinsk fagsjef avdeling Helse og velferd i KS (frem til våren 2024)
- Irena Jacopanec, kommuneoverlege i Tønsberg kommune
- Berit Ullebust, kreft- og utviklingskoordinator ved USHT Vestland (Sogn og Fjordane)
- Karin Hartviksen, rådgiver ved USHT Nordland

Fra spesialisthelsetjenesten

- Maria Henningsen, rådgiver og pasientsikkerhetskontakt i Helse Midt-Norge RHF
- Ida Kinn, avdelingsdirektør Arbeidsliv i Helse Sør-Øst RHF
- Bente Brandvik, fagsjef i Helse Sør-Øst RHF (frem til pensjonering 2023)
- Per Melvær, sykepleier akuttinntak/AMK ved Helse Fonna
- Kari Furevik, seksjonsleiar Kvalitet og pasienttryggleik ved Helse Førde
- Kjersti Heie, HMS-sjef ved Helse Stavanger
- Elin Grønvik, konstituert klinikkssjef kirurgi ved Helgelandssykehuset
- Evelyn Neppelberg, leder klinikk hode/hals ved Helse Bergen
- Gro-Marith Karlsen, assisterende klinikkssjef medisinsk klinikk ved Nordlandssykehuset
- Karina Fredheim, bedriftssykepleier og HMR-rådgiver ved Universitetssykehuset i Tromsø
- Line Strømhaug Grongstad, avdelingsleder Kvalitet ved Finnmarkssykehuset

Fra helseforvaltningen

- Gry Pedersen, seniorrådgiver avdeling kvalitet og tilsyn ved Statens helsetilsyn
- Ingrid Sperre Saunes, seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet (FHI). (Fra 01.01.24 ansatt i Helsedirektoratet i forbindelse med omorganisering.)
- Greta Irene Hansel, seniorrådgiver ved Statsforvalter Møre og Romsdal

Fageksperter og andre

- Knut Georg Hartviksen, leder i regionalt brukerutvalg Helse Nord
- Ellen Deilkås, lege og PhD i pasientsikkerhetskultur, Ahus og Helsedirektoratet
- Terje Mesel, teolog, forfatter og professor i etikk, Sørlandet Sykehus
- Reidun Førde, lege og professor emerita i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
- Siri Wiig, professor ved SHARE-senteret, Universitetet i Stavanger
- Andreas Nordstrand, forsker ved NTNU og Institutt for Militærpsykiatri og Stressmestring

- Freja Ulvestad Kärki, psykologspesialist og psykososial bistand i Helsedirektoratet, avdeling Psykisk helse og rus

Deltakersammensetning i forprosjektets ressursgrupper

Delgruppe brukerorganisasjoner, profesjonsforeninger og fageksperter

- Tove Hanche-Olsen, generalsekretær i Norsk pasientforening
- Anne-Grethe Terjesen, leder i Pårørendealliansen
- Frank Andersen, leder i Pasientskadeforeningen og bruker
- Ellen Deilkås, lege og PhD i pasientsikkerhetskultur, Ahus og Helsedirektoratet
- Jannicke Mellin-Olsen, lege, tidligere president for verdens anestesileger og styremedlem i Patient Safety Movement, Vestre Viken og Bærum sykehus
- Karin Rø, lege, Legeforskningsinstituttet og Villa Sana v/Modum Bad
- Kim Edgar Olsen, psykolog og fagsjef i Psykologforeningen
- Line Hasund, sykepleier og rådgiver i Norsk sykepleierforbund
- Olav Røise, lege ved Oslo Universitetssykehus, professor ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Stavanger, styreleder i Norsk pasientforening
- Terje Mesel, teolog, forfatter og professor i etikk, Sørlandet Sykehus

Delgruppe spesialisthelsetjenesten

- Maria Henningsen, rådgiver og pasientsikkerhetskontakt i Helse Midt-Norge RHF
- Ida Kinn, avdelingsdirektør Arbeidsliv i Helse Sør-Øst RHF
- Bente Brandvik, fagsjef i Helse Sør-Øst RHF
- Liss Søreide, fagsjef Kvalitet og pasientsikkerhet ved Helse Stavanger
- Kjersti Heie, HMS-sjef ved Helse Stavanger
- Per Melvær, sykepleier akuttmottak/AMK ved Helse Fonna
- Kari Furevik, seksjonsleiar Kvalitet og pasienttryggleik ved Helse Førde
- Elin Grønvik, konstituert klinikkssjef kirurgi ved Helgelandssykehuset
- Gro-Marith Karlsen, assisterende klinikkssjef medisinsk klinikk ved Nordlandssykehuset
- Karina Fredheim, bedriftssykepleier og HMR-rådgiver ved Universitetssykehuset i Tromsø
- Marte Lødemel Henriksen, medisinsk faglig rådgiver ved klinisk kommunikasjon ved Universitetssykehuset i Tromsø
- Line Strømhaug Grongstad, avdelingsleder Kvalitet ved Finnmarkssykehuset

Delgruppe kommuner og statsforvalter

- Gerd Lillian Austad, Drammen kommune (K10-nettverket)
- Greta Irene Hansel, spesialrådgiver ved Statsforvalter Møre og Romsdal
- Irene Holtet Skavås, enhetsleder Grinitun, Hobøl i Indre Østfold kommune
- Hege Olsen Richardsen, sektorleder Helse og omsorg i Gratangen kommune

Deltakere i Helsedirektoratets interne prosjektgruppe

- Tonje Houg, delprosjektleder (frem til april 2023)
- Elisabeth Deilhaug, prosjektmedarbeider (frem til august 2023)
- Julia Szabo, prosjektmedarbeider (i deler av prosjektperioden)
- Morten Slettnyr, prosjektmedarbeider (på utvalgt tematikk)

1. Liukka, M., et al., *Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(13).

2. Slawomirski, L.K., Niek, *The Economics of Patient safety, From analysis to action*. 2020, OECD.
3. Ottosen, M.J., et al., *Long-Term Impacts Faced by Patients and Families After Harmful Healthcare Events*. Journal of patient safety, 2021. 17(8): p. e1145-e1151.
4. Defensiv praksis kan ta forskjellige former, hvor de vanligste er unngåelsesatferd og sikringsatferd (avoidance and assurance). Eksempler er unngåelse av visse typer pasienter eller behandlinger der risikoen for uønskede pasienthendelser er stor, eller foreskriving av flere undersøkelser og diagnostiske tester for å være på den sikre siden. Se f.eks. Manor, O., The impact of being involved in a medical adverse event on
5. Meneses-Echavez, J.F., et al., *Psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt*. 2022. p. 38.

PDF av rapporten

[Last ned PDF av rapporten](#)

