

Sykepleien

05 | 19



I RISIKOSONEN
FRYKTT FOR Å GJØRE FEIL
PASIENT SIKADEL
UHELDIGE UFAK

Lunixen®

Bedre søvn - hele natten!

Lunixen® 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Legemidlet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.



- ✓ Bedrer søvnkvalitet
- ✓ Forbedrer søvnlengde
- ✓ Ingen avhengighet påvist

✚ Fås reseptfritt på apoteket

Ta 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid.

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes. Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. For barn under 12 år kun i samråd med lege.

F. Hypnotika og sedativa – farmakoterapeutisk gruppe

TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: Reseptfritt. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett 1/2-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Ingen rapportert. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn < 12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (feks. kvalme, magekramper) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 14.11.2018

ATC-nr.: N05C M09



Stiftelsen
Norsk Luftambulans



Vi arbeider hver eneste dag for å utvikle tjenesten
og tilbudet til pasienten.

Tverrfaglig samarbeid redder liv.

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³



Fragmin[®]
dalteparinnatrium

Indikasjon for Fragmin:

Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon:** Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplatefunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.



Utvalgt sikkerhetsinformasjon*

- Til subkutan injeksjon 1 gang daglig, i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. Steady-state oppnås etter dosering i 2–3 dager
- Samme injeksjonstidspunkt anbefales, når som helst på dagen. Fleksibilitet ved behov, men minst 8 timer mellom hver injeksjon. Glemte doser tas så snart det oppdages, og deretter vanlig doseregime
- Hypoglykemi er en svært vanlig (≥1/10) bivirkning ved bruk av insulin, inkludert insulin degludec. Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme, disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling
- Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene. Doser og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetisk behandling, må eventuelt justeres
- Det er ingen klinisk erfaring med bruk hos gravide eller under amming
- Tresiba i ferdigfylt penn finnes i to styrker (100 E/ml og 200 E/ml). Angi korrekt styrke på resepten. Tallet i doseringsvinduet angir antall enheter, ingen omregning nødvendig
- Kardiovaskulær sikkerhet bekreftet

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Ungdom/barn fra 1 år Eldre (≥65 år) Måling av glukose må intensiveres hos eldre, og insulin dosen justeres individuelt	Barn under 1 år Ingen klinisk erfaring
Nyre-funksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt nyrefunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
Hjerte-svikt	Det er rapportert tilfeller av hjertesvikt når pioglitazon ble brukt i kombinasjon med insulin, spesielt hos pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienter observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Behandling med pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardielle symptomer.	
Lever-funksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt leverfunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	

Referanser:

1. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1> (Lest 28.08.2019)
2. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 12.11.2018)
3. Tresiba® SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 12.11.2018)
4. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6, 4.8 og 5.2 (sist oppdatert 12.11.2018)

Tresiba «Novo Nordisk»

C Insulinanalog, langtidsvirkende. ATC-nr.: A10AE06
T INJEKSJONSØSÆKKE, oppløsning i sylinderrampulle 100 enheter/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E) tilsv. 3,66 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

T INJEKSJONSØSÆKKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml og 200 enheter/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E), resp. 200 enheter (E) tilsv. 3,66 mg, resp. 7,32 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjon: Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt på samme tidspunkt hver dag. Fleksibilitet i valg av administreringstidspunkt tillates når det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag, men klinisk erfaring med dette mangler hos barn og ungdom. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Doseres i øverensstemmelse med pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold, eller annen samtidig sykdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetisk behandling, må ev. justeres. Insulin degludec 1 enhet (E) tilsv. humaninsulin 1 internasjonalt enhet (IE), insulin glargin (100 E/ml) 1 enhet (E) eller insulin detemir 1 enhet (E). **Diabetes mellitus type 1:** Skal kombineres med hurtigvirkende insulin for å dekke insulinbehovet ved måltider. Tas 1 gang daglig sammen med måltidsinsulin, etterfølgende individuelle dosejusteringer er påkrevd. Overgang fra andre insulinpreparater: En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalininsulin eller den tidligere basalkomponenten i et kontinuerlig s.c. insulininfusjonsregime bør vurderes, etterfulgt av individuell dosejustering basert på glykemisk respons. **Diabetes mellitus type 2:** Kan administreres alene eller i enhver kombinasjon med orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister og bolusinsulin. Anbefalt daglig startdose er 10 enheter, etterfulgt av individuell dosejustering. Ved tillegg av insulin degludec til GLP-1-reseptoragonister er anbefalt startdose 10 enheter daglig etterfulgt av individuelle dosejusteringer. Ved tillegg av GLP-1-reseptoragonister til insulin degludec anbefales det å redusere dosen av insulin degludec med 20%, for å minimere risikoen for hypoglykemi. Dosen justeres deretter individuelt. Overgang fra andre insulinpreparater: For pasienter som behandles med basalininsulin 1 gang daglig, basalbolsusbehandling, eller behandling med blandingsinsulin eller selvblandet insulin, kan overgangen fra basalininsulin til insulin degludec gjøres enhet for enhet basert på tidligere basalininsulindose, etterfulgt av individuelle dosejusteringer. En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalininsulin bør vurderes ved overgang fra basalininsulin 2 ganger daglig og ved overgang fra insulin glargin (300 E/ml), etterfulgt av individuell dosejustering.

Glemte dose: Glemte dose anbefales tatt så snart den oppdages, og insulin dosen justeres individuelt. Barn og ungdom <18 år: Ingen klinisk erfaring med bruk av dette legemidlet til barn <1 år. Kan brukes av ungdom og barn fra 1 år. Ved endring av basalininsulin til Tresiba er det nødvendig å overveie individuell dosereduksjon av basal- og bolusinsulin for å minimere risikoen for hypoglykemi. **Eldre ≥65 år:** Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Skal ikke etterfylles, deles med andre eller blandes med andre legemidler. Skal ikke tilsettes infusjonsvæsker. Det skal alltid settes på en ny nål for hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **FlexTouch ferdigfylt penn:** Med ferdigfylt penn 100 enheter/ml kan det administreres en dose fra 1–80 enheter pr. injeksjon, i trinn på 1 enhet. Med ferdigfylt penn 200 enheter/ml kan det administreres en dose fra 2–160 enheter pr. injeksjon, i trinn på 2 enheter. Dosestilleren viser antallet enheter uansett styrke, og det skal ikke foretas noen doseomregning ved overgang til ny styrke. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderrampullen som er i den ferdigfylte pennen. FlexTouch brukes sammen med NovoFine nåler med lengde opptil 8 mm. Se pakningsvedlegg. **Penfill sylinderrampuller:** Brukes sammen med NovoFine nåler og insulininjeksjonssystemer fra Novo Nordisk. Se pakningsvedlegg. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarmen eller abdominalveggen. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. Skal ikke administreres i.v., da dette kan gi alvorlig hypoglykemi. Skal ikke administreres i.m., da dette kan endre absorpsjonen. Skal ikke brukes i insulininfusjonspumper.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Hypoglykemi: Utelattelse av et måltid, ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, eller for høy insulin dose i forhold til insulinbehovet kan føre til hypoglykemi. Hos barn (spesielt ved basal-bolusregimer) er det viktig å tilpasse insulin doser med matinntak og fysisk aktivitet for å minimere risikoen for hypoglykemi. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert insulinbehandling), kan oppleve endring i vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og feber, øker vanligvis insulinbehovet. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendringer. Den forlengede effekten av insulin degludec kan forsinke restitusjon etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og ved bilkjøring bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå dette. Det bør overveies om bilkjøring er tilrådelig for pasienter som har nedsatte eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemiafall. **Hyperglykemi:** Administrering av hurtigvirkende insulin anbefales ved alvorlig hypoglykemi. Utlilstrøket dosering og/eller avbrøytelse av behandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til diabetisk ketoacidose. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og økt insulinbehov. Ved diabetes mellitus type 1 fører ubehandlet hypoglykemi eller hvert til diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. Skifte til insulin av annen type, annet merke eller fra annen tilvirket, må skje under medisinsk kontroll og kan kreve doseendring. **Kombinasjon med pioglitazon:** Tilfeller av hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes, og pasienten skal observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardielle symptomer. **Hvordan unngå feilmåling:** Insulinetiketten skal kontrolleres før hver injeksjon, for å unngå utilsiktede forveksling mellom de to styrkene av ferdigfylt penn, samt forveksling med andre insulinpreparater. Antall valgte enheter på pennens dosestiller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosestilleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Øye-sykdom:** Intensivering av insulinbehandling med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Insulinantistoffer:** Administrering av insulin kan føre til dannelse av insulinanti-

stoffer. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike insulinantistoffer kreve justering av insulin dosen for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktretoid/anoretoid kan enten redusere eller øke insulinbehovet. Alkohol kan forsterke eller redusere insulinets hypoglykemiske effekt. Følgende kan redusere insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke insulinbehovet: Orale antiseptisjonsmidler, tiazider, glukokortikoider, thyreoideaormoner, sympatomimetika, veksthormon og danazol.

Graviditet, amning og fertilitet: Ingen klinisk erfaring med bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenisitet. Intensivert blodglukosekontroll og overvåking anbefales generelt hos gravide med diabetes, og ved planlagt graviditet. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og stiger deretter i 2. og 3. trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til samme nivå som før graviditeten. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Hos rotter ble insulin degludec utskilt i melk; konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Ukjent om insulin degludec skilles ut i morsmelk hos mennesker. Det forventes ingen metabolsk effekt på nyfødte/spedbarn som ammes. **Fertilitet:** Reproduksjonsstudier på dyr har ikke indikert negativ effekt på fertilitet.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Stoffskifteforringelse: Hypoglykemi¹. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet². Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Lipodystrofi³. Øvrige: Perifert ødem. *Sjeldne* (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Overfølsomhet⁴, urticaria. *Spesielle pasientgrupper:* Ingen indikasjon på forskjeller mht. frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger observert hos eldre, barn og ungdom (>1 år til <18 år) og hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon i forhold til den generelle populasjonen.

¹ Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfoll, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskelett eller t.o.m. dødsfall.

² Inkludert hematoma, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

³ Inkludert lipohypertrofi, lipofatose. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

⁴ Manifestert ved hevelse i tunge og lepper, diaré, kvalme, tretthet, kløe.

Overdosering/Forgiftning: Hypoglykemi kan utvikles i sekvensielle faser. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampetil bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi, der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukose (0,5–1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10–15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Klassifisering: Langtidsvirkende insulinanalog, fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. **Virkningsmekanisme:** Bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosenedsettende effekt skyldes at opptak av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. **Absorpsjon:** Etter s.c. injeksjon dannes oppløselige og stabile multimerkomplekser som danner et insulindepot i det subkutane vevet. Insulin degludec monomerer spaltes gradvis av fra multimerkompleksene og fører til en sakte og kontinuerlig tilførsel av insulin degludec inn i sirkulasjonen. I løpet av en 24-timers periode med behandling 1 gang daglig, er glukosenedsettende effekt jevnt fordelt gjennom første og andre 12-timers periode. Virkingstiden er >42 timer innenfor terapeutisk doseområde. Steady state-konsentrasjon i serum nås etter 2–3 dager ved daglig administrering. Doseproportjonalitet ved total eksponering er observert etter s.c. administrering innenfor terapeutisk doseområde. Kravene til bioekvivalens er oppfylt for styrkene 100 enheter/ml og 200 enheter/ml. Sammenligning med komparator (se SPC for mer informasjon): Ved diabetes mellitus type 1 er det ved steady state vist 4 × lavere daglig variasjon i glukosenedsettende effekt, og betydelig antall færre alvorlige hypoglykemiske episoder. Ved diabetes mellitus type 1 og 2 er det vist betydelig antall færre nattlige hypoglykemiske episoder. Reduksjon i hypoglykemi oppnås ved lavere gjennomsnittlig fastende plasmaglukose og økt HbA1c-resultat. **Proteinbinding:** >99%. **Halveringstid:** Ca. 25 timer, uavhengig av dose. **Metabolisme:** Metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2–8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra kjøleelementet. Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Frosset insulin skal ikke brukes. **Etter bruk/eller medbrakt som reserve:** FlexTouch (ferdigfylt penn): Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2–8°C (i kjøleskap) i maks. 8 uker. La pennenhetten sitte på for å beskytte mot lys. Penfill (sylinderramp.): Legemidlet skal ikke oppbevares i kjøleskap. Oppbevares <30°C i maks. 8 uker beskyttet mot lys.

Pakninger og priser: **Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml:** 5 × 3 ml¹ (Penfill sylinderramp.) kr 597,50. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml:** 5 × 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 681,10. **200 enheter/ml:** 3 × 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 709,70.

Referanser:

¹A10AE06.1 Insulin degludec

²Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 1 diabetes mellitus

³Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr	
T89	Diabetes type 1	180, 181	E10 Diabetes mellitus type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244	E11 Diabetes mellitus type 2	244

⁴Vilkår:

(180) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige føylinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll

(181) Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdømmer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

(244) Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemi.

Sist endret: 28.01.2019

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 12.11.2018

Pris per august 2019

Refusjon per august 2019



changing diabetes

Novo Nordisk Scandinavia AS
 Nydalsveien 28
 Postboks 4814 Nydalen
 0484 Oslo

Telefon: +47 22 18 50 51
www.novonordisk.no
 E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

TRESIBA
 insulin degludec

TRESIBA®

insulin degludec

FORHÅNDSGODKJENT REFUSJON VED DIABETES TYPE 2¹

Se refusjonsvilkår nedenfor

1 GANG DAGLIG FOR ALLE²



Dosering inntil 160 enheter i hver injeksjon²

Overgang fra Insulatard^{®2}

Insulatard[®]
og annet
basalinsulin **2** ganger
daglig



Bytt til Tresiba[®]
Reduser total
daglig dose med **20%**

Indikasjon:³

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Refusjonskode:¹

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181
E11	Diabetes mellitus type 2	244

Vilkår:

- 180 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av:
- hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken
- store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
- 181 Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet
- 244 Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemi

I RISIKOSONEN



12



22

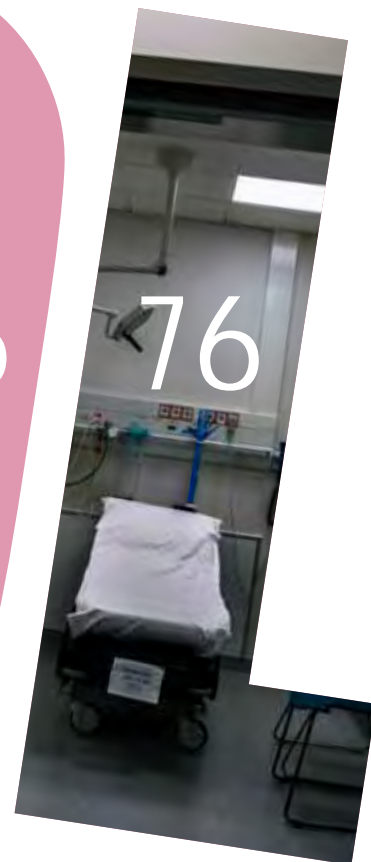


38



66

« Historier fra spørreundersøkelsen



76

ILLUSTRATØR: Ida Kristine Larmo har illustrert til denne utgaven. Hun er en norsk illustratør, tegneserieskaper og grafisk designer. Larmo er kjent som serieskaper gjennom enruterserien «Spesielt», som gikk fast i Rutetid, og den selvbiografiske serien «Værbitt», som har gått i Dagbladet. Hennes siste utgivelse er tegneserieromanen «Bow and arrow».

INNHold

- 10 Leder, Barth Tholens: Frykten for å gjøre feil blir ikke borte med kampanjer
- 12 Anna var alene med skyldfølelsen
- 22 Slik ser risikozonen ut
- 26 Historiene som skremmer

FRYKTEN – hva er sykepleiere redde for?

- 30 Undersøkelse: Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten
- 34 Eli Gunhild By: – Svarene overrasker meg
- 35 Rolf Gunnar Jøstad: – Bra at man forsøker å finne årsaken til feilene
- 36 Jan Fredrik Andresen: – Helsetjenesten er ikke en risikofri sone
- 38 Tanja Vatnås: Snubletråder
- 42 Undersøkelse: Får ikke tak i sykepleier for å gjøre dobbeltkontroll
- 47 Dette frykter sykepleierne – 7 sykepleiere forteller
- 52 Ståle Fredriksen: Ryggen fri
- 60 Etikk: Finnes det en risikosone for sykepleiere?

ETTERPÅ – når noe har gått galt

- 66 Undersøkelse: «Jeg tok en ferdigblandet sprøyte som skulle oralt, og satte den i CVK.» Fortellinger om uheldige hendelser og feil.
- 73 Helsetilsynet kan gi en rekke reaksjoner
- 76 Daniel (43) døde på akuttrommet: En varslet katastrofe
- 90 Intuberte feil: – Jeg var heldig som fikk støtte og hjelp

SIKRING – tryggere i risikozonen

- 94 Øyvind Kvalnes: Syv trinn for å bli best på feil
- 100 Et hus for tunge tanker
- 106 Fagartikkel: Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?
- 111 Tips til arbeidet med pasientsikkerhet
- 115 Anne-Berit Schelbred: Kultur for åpenhet bedrer pasientsikkerheten
- 118 Leder, Liv Bjørnhaug Johansen: Å forvalte en annens risiko
- 121 Kunngjøringer

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf 40852179

Temareduktør

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Tlf 97632910

Design og grafisk produksjon

Monica Hilsen

Illustrasjoner

Ida Kristine Larmo

Deskansvarlig

Ellen Morland

Journalister

Ann-Kristin B. Helmers,
Kari Anne Dolonen, Ingvald
Bergsagel, Eivor Hofstad,
Marit Fonn og Pernille Amdahl

Fagredaktør

Torhild Apall Dybvik

Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato

24. oktober 2019

Kontakt

Sykepleien
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Telefon: (+47) 99402409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no
Nettside: sykepleien.no





Barth
Tholens
Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Frykten for å gjøre feil blir ikke borte med kampanjer

Å gjøre feil til et kollektivt systemansvar fjerner ikke sykepleiernes frykt for å påføre pasienter alvorlige skader.



Jeg har de siste to årene fulgt en av mine nærmeste til kreftbehandling på et av Norges mest spesialiserte sykehus. Her har jeg fått et sjeldent innblikk i en virksomhet som har pasientsikkerhet helt ute i fingerspissene. Vi møtte et system som ikke ville overlate noe til tilfeldighetene.

Oppvisning. Informasjonen vi fikk var førsteklasses fra første stund. Både legene og sykepleierne hadde tid til å besvare de vanskelige spørsmålene vi trengte svar på. Etter hver utredningsfase ble nye behandlingsstrategier vurdert og nøye forklart for oss. Vi fikk grundige innføringer i potensielle bivirkninger og usikkerhetsmomentene. Ved hver innleggelse ble cellegiften nitid administrert, fulgt opp og dobbeltsjekket av sykepleiere som så ut til å kunne sine saker. For hver ny pose på stativet ble navn og fødselsnummer kontrollert. Pasienten ble løpende veid, målt, sjekket og overvåket. For oss ble det en oppvisning av ypperste lege- og sykepleierkunst. Det var systematikk i alle ledd.

Fram i lyset. Likevel ble det begått feil. Noen feil var egentlig bare til ergrelse, og handlet først og fremst om organisasjonens iboende og litt unødvendige trøbbel med logistikken. Men så, etter en operasjon, ble feil medikament ordinert. Det kunne potensielt blitt alvorlig. Feilen ble oppdaget – for sent – men den ble håndtert. Vi fikk beskjed om tabben, den ble forklart for oss, og vi antar at det ble skrevet avvik. Så lenge det hadde gått bra, var det lett for oss å se stort på det.

Illusjon. Episoden minnet meg om at den perfekte behandlingen, den optimale pleien og vanntett pasientsikkerhet dypest sett er en illusjon. Om helsepersonell aldri så mye anstrenger seg for å gi hver enkel pasient et tilbud som står til laud, vil det oppstå situasjoner der virkeligheten ikke lever opp til idealet. Optimal pasientsikkerhet er et godt og nødvendig mål. Men den er så godt som aldri en beskrivelse av det faktiske resultatet. For alle som jobber i helse-tjenesten, vet at det glipper oftere enn de liker. I stort og særlig i smått.

Marginal forbedring. Allerede i 2010 ble det klart at hver sjettede pasient fikk skader som følge av behandlingen på sykehuset. Siden har pasientsikkerhetsprogrammet

«I trygge hender 24–7» jobbet iherdig med å få ned dette tallet. Det ble identifisert en rekke områder med stort potensial for forbedring, men syv år senere hadde antallet skader bare gått marginalt ned.

Forskning og erfaringer fra utlandet viser at halvparten av de skadene som pasientene blir påført på sykehus, egentlig kan unngås. Men leger og sykepleiere er mennesker, og de fortsetter å gjøre feil. Mest vanlig er feilmedisinering, infeksjoner etter operasjoner og kateterbruk, brudd på hygieneregler og kommunikasjonssvikt i forbindelse med operasjoner.

Situasjonen er bedre i kommunehelsetjenesten, men her er tallene mer usikre. Etter samhandlingsreformen har kommunene fått ansvaret for pasienter med mer alvorlige lidelser. Når gamle pasienter med sammensatte diagnoser pendler mellom ulike nivåer i helsetjenesten, øker det risikoen for feilvurderinger og kommunikasjonssvikt. Sykehjem og hjemmesykepleien har derfor de siste årene jobbet med å innføre bedre rutiner og prosedyrer. Men det er ingenting som tyder på at den kommunale tabbekvoten er lavere enn den på sykehus.

Glemmer ikke. Myndighetenes overordnede strategi for å redusere antallet uønskede hendelser er å innføre bedre, vanntette systemer og prosedyrer i helsetjenesten. Følges disse til punkt og prikke, skal risikoen for at en pasient blir skadet som følge av pleien eller behandlingen, bli mindre. Paradoksalt nok har det også en utilsiktet og hittil lite påaktet effekt: Jo strengere prosedyrer, jo strengere rutiner og systemer, desto større blir også fallhøyden. Når alle kluter settes inn for å oppnå idealet om «trygge hender», blir det ikke lettere å være den som har utsatt pasienten for det motsatte. Bare spør sykepleieren i Stavanger som i sommer satte en sprøyte med morfin i stedet for antibiotika på et seks uker gammelt barn.

Svikt er menneskelig, men for mange sykepleiere er det ikke lett å glemme. Sykepleiens undersøkelse, gjengitt i denne utgaven, viser at mange har sterke historier friskt i minne om den gang det glippet. Flere tiår kan ha gått – og noen har kanskje aldri fortalt det til noen – men fortsatt kan en forglemmelse, eller en

idiottabbe, som førte til (eller kunne ha ført til) en alvorlig pasientskade, gnage hardt på samvittigheten.

For mange år siden hadde ikke helsetjenesten noen utbredt kultur for å melde fra om alt som gikk feil. Det gjorde at mange følte seg alene med tabbene sine. Det er heldigvis blitt annerledes. I dag snakker myndighetene om «uønskede hendelser» fremfor «tabber», som indikerte et mer personlig ansvar. Det har vært en gryende bevissthet om at alle kan gjøre feil, og at handlinger som fører til pasientskader, til syvende og sist er et systemansvar. Om leger og sykepleiere bare lærer av sine feil, kan det bidra til å gjøre helsetjenesten enda bedre.

Men menneskets psyke lar seg ikke lure så lett. Sykepleiere er ikke som hotelleiere og fotballtrenere som kan se på hvert smell som en spore til å jobbe hardere og bli enda bedre. Er det du som sviktet og påførte en pasient en skade som ikke kan gjøres om igjen, er det ikke uten videre en trøst at tabben din nå blir gjort til et kollektivt fremfor et individuelt ansvar. Ok, du kan kanskje lære av feilen, men det var nå deg, likevel, som gjorde den.

«Menneskets psyke lar seg ikke lure så lett.»

Ok, du kan kanskje lære av feilen, men det var nå deg, likevel, som gjorde den.

Det store fallet. Helsemyndighetene vil gjerne at helsepersonell skal snakke åpent om uønskede hendelser, med kolleger og med sjefen. Det gjør de nok rett i. Likevel svarer tre av ti sykepleiere i vår undersøkelse at de føler på en reell frykt for at de kommer til å gjøre alvorlige feil. Det er ikke vanskelig å forstå, for det er faktisk mye å være redd for: Det er skammen og skyldfølelsen som ofte følger i kjølvannet av slike hendelser. Det er kanskje redselen for å havne i en tilsynssak, eller enda verre: å bli omtalt i mediene. Ikke minst frykter sykepleiere at de vil kunne miste autorisasjonen, det ultimate fallet.

Pasientsikkerhetskampanjer bygger på en idé om at bedre systemer kan lære mennesker å unngå de feilene som de ellers ville ha gjort. Slike kampanjer er nødvendige, men de bidrar dessverre også til å etablere en farlig fallhøyde som etter min mening er underkommunisert. For sykepleierne og leger kjenner på en hverdag hvor det er vanskelig å oppnå idealene de skal jobbe etter. De er redde for å gå på et smell som slett ikke gjør dem bedre, bare mer sårbare. ●



***Alene med
skyldfølelsen***



ANONYM: «Anna» er anonym fordi hun ikke vil brette ut sin smerte offentlig i Sykepleien. Hun vil heller ikke at kolleger skal føle skyld eller at pårørende skal kjenne igjen historien.

Anna hørte på mer erfarne kolleger i stedet for sin egen magefølelse. Da ettåringen hun hadde ansvaret for døde, tok hun på seg all skyld og snakket ikke med noen om det.

• Tekst og foto Eivor Hofstad

Det er over 30 år siden det skjedde. Anna har akkurat vært på visekonsert med mannen og sine tre barn på ti, ni og seks år. Hun går tredelt turnus og skal ha nattevakt sammen med to andre sykepleiere på intensivavdelingen.

Idet hun kommer inn dørene, hører hun noen høye, tynne, gjentatte babyskrik. Hun tenker med én gang: – Hm, er det dette som er «hjerneskrisk»?

Det er bare seks måneder siden Anna ble ferdig utdannet sykepleier og fikk jobb på dette sykehuset et sted på Sør-Østlandet. På studiet slukte hun alt av pensum, også avsnittet som beskriver de høyfrekvente skrikene hos små barn med høyt hjeretrykk, noe som kan oppstå etter skade eller ved sykdom.

Falt ut av barnestolen. Anna får ansvaret for den ett år gamle jenta med de høye skrikene. Jenta har kommet inn tre–fire timer tidligere for observasjon fordi, hun hadde falt ut av barnestolen og kastet opp.

– På rapporten sa de at oppkastingen sikkert skyldtes at hun var sulten eller noe slikt. Jeg husker at jeg tenkte at det tror jeg ikke noe på, jeg tror hun har slått seg i hodet, forteller Anna.

Intensivsykepleieren ble pensjonist i 2017 og møter Sykepleien hjemme i huset sitt. Hun har sendt mannen sin ut så vi kan snakke uforstyrret. Han vet ikke hva intervjuet skal handle om. Denne historien har hun aldri fortalt ham.

Skop hadde de ikke. Det var ikke vanlig den gangen, disse tre elektrodene som festes på pasienten og sørger for hjerterovervåkning.

Men heller ikke pulsen eller blodtrykket er målt på barnet da Anna tar over denne kvelden. Hun finner i hvert fall ingen ting i journalen.

64 i puls. Etter rapporten går hun bort til barnet. Det brekker seg litt. Ynker seg. Ingen unormale bevegelser, men veldig blek. Helt kritthvit. Anna tar pulsen på barnet. Den er 64.

– Det er ekstremt lavt for et lite barn. Jeg var ikke klar over det den gangen, men det er nesten stans på en ettåring. Normalpuls er godt over 100. Barnet skrek og var stresset da jeg tok pulsen, så det er godt mulig den var enda lavere.

Men Anna skjønner den er lav, så hun sier ifra. Ja, hun er jo kvalm og så videre, sier de to andre nattevaktene.

De er yngre enn Anna, men har to års erfaring på intensivten. Anna er novisen på laget, så hun hører på dem og bestemmer seg for å se det an.

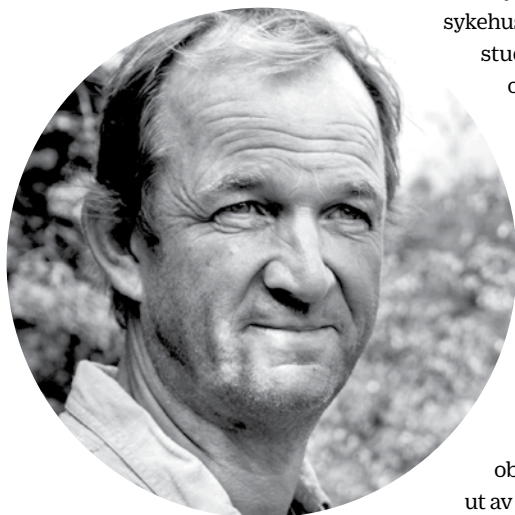
Terskel å vekke lege. Hun vaker litt rundt på avdelingen, siden hun bare har denne pasienten. Så tar hun pulsen igjen. 68. Kollegene avdramatiserer det nok en gang.

Anna forsøker å sjekke pupillene, men barnet vrir seg unna, så hun får ikke gjort det. Hun spør kollegene om de ikke skal kontakte noen, men de synes ikke det.

– Den gangen var det ikke lege på intensivten om natta. Legen hadde vakt hjemmefra og måtte ringes til og vekkes opp av senga. Det var jo også en terskel, sier Anna.

Vil ta blodtrykket. Hun er ubekvem med situasjonen. Tar pulsen igjen. 64. Så spør hun moren: Har du sånn ordentlig god kontakt med henne nå? Nei, hun synes egentlig ikke hun har det.

Der og da bestemmer Anna seg for å ringe etter barnelegen.



«Historien er aktuell for dagens sykepleiere.»

Terje Mesel,
teolog og professor

SECOND VICTIM

Feilforskningen har etablert begrepet «second victim», noe vi ikke har et norsk begrep for. Det brukes ofte i sammenheng med ikke-intenderte feil eller uheldige hendelser, for å beskrive at belastningen ikke bare er stor for pasienten, men også for behandleren. Begrepet brukes gjerne for å beskrive helsearbeiderens opplevelse av å være personlig ansvarlig for det som skjedde. Ofte i kombinasjon med skyld og skamfølelse, tap av tro på egen faglighet, og noen ganger også faglig isolasjon. Oftest er det knyttet til egne handlinger eller mangel på sådanne, men ikke nødvendigvis.

Begrepet har skapt mye internasjonal debatt, fordi mange mener at å gjøre helsepersonell til ofre ikke gagnar saken.

Kilde: Terje Mesel

Hun vil først bare ta blodtrykket for å ha noen håndfaste tall å legge frem i telefonen. Hun går for å finne en mansjett som er passe liten for et barn. Da hun kommer tilbake, er barnet gått i koma, så hun får aldri tatt det blodtrykket.

Brekningene var symptomer på høyt hjernetrykk på grunn av en blødning i hjernehindrene etter fallet, akkurat som Anna hadde mistenkt. Hun går av vakt og er knust av skyldfølelse over at hun ikke lyttet til magefølelsen og slo alarm før.

La all skyld på seg selv. Etter en søvnløs natt har Anna fri dagen etter. Da går hun hvileløst rundt i huset, mens hjernen kverner. Når hun kommer på jobb igjen påfølgende dag, får jenta respiratorbehandling. Noen dager senere er jenta død.

– At jeg ikke ringte etter rapporten, med en eneste gang! Slo alarm! Kanskje kunne hun vært reddet.

Dette var mantraet Anna sa til seg selv om og om igjen. Men ingen andre klandret henne. Tvert imot fikk hun skryt for å ha handlet som hun gjorde.

– Jeg la all skyld på meg selv. Skyldfølelsen var så enorm, og følelsen av at det kun var mitt ansvar, den var helt ekstrem. Og den sorgen jeg påførte de folkene, det var helt grusomt.

– Ville ikke skjedd i dag. Etterpå har hun hørt leger forklare at hjerneblødning kan gå veldig fort. Kanskje var det allerede gått for langt da hun overtok ansvaret på nattevakt. Det vil hun aldri få vite.

– I dag ville dette ikke skjedd. Jenta hadde kanskje blitt reddet. Nå er det alltid lege til stede på intensiven, og sykehusene har fått bedre teknologisk utstyr som måler både puls og blodtrykk kontinuerlig, fra pasienten kommer inn, sier Anna.

Likevel er historien aktuell for dagens sykepleiere, mener Terje Mesel:

– Det som derimot kunne skjedd i dag, er den

manglende oppfølgingen av hendelsen fra ledelsen og kollegiets side, sier han.

Mesel er teolog med doktorgrad fra det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo, professor ved Universitetet i Agder samt forsker og etisk rådgiver ved Sørlandet sykehus, ABUP.

– Skiller ikke mellom ansvar og skyld. – Helsepersonell klarer ofte ikke å skille mellom ansvar og skyld. Dette er to helt forskjellige begreper, sier Mesel og forklarer:

– Selv om du har ansvaret for en pasient som dør uventet, betyr det ikke nødvendigvis at du er å klandre for dødsfallet. Å ta ansvar er blant annet å være villig til å stå frem og informere og forklare pasienten eller pårørende om hva som er skjedd og hvorfor du handlet som du gjorde.

Han mener at tilliten fra pasienten til helsevesenet ikke ødelegges av at vi gjør feil, men av at vi ikke tar ansvar.

I 2014 skrev han boken «Når noe går galt, fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten». Den er basert på 23 intervjuer med helsepersonell som har opplevd at noe har gått galt. Blant fortellingene er også Annas historie.

– Det er bare et par av de 23 personene jeg intervjuet hvor jeg mener helsearbeideren har begått en tydelig feil. Resten har pålagt seg selv skyld og kanskje også skam. De blander begrepene ansvar og skyld.

Mesel hevder at når noe går galt, trenger de som har opplevd hendelsen, hjelp til å rydde i begrepene. Både fra lederen sin og kollegiet.

– Det fikk ikke Anna. I min studie er det snarere regelen enn unntaket at ledelsen er fraværende når slike ting skjer, sier han.

Snakket ikke med noen. Verken avdelingsleder eller kollegene gikk gjennom hendelsen med Anna.

– Saken ble nok tatt opp på lederplan, men jeg ble



ikke tilbudt noe oppklaringsmøte og ba heller ikke om noe. Det falt meg ikke inn at opplevelsen min av skyld ville bli mindre av å snakke med noen, sier hun.

Avdelingslederen berømmet Anna da hun kom på jobb etterpå: «Å, så godt at det var deg som hadde barnet, for det var så bra dokumentert».

– Hun tenkte nok ikke på at jeg følte skyld. Hun syntes sikkert hun gjorde jobben sin ved å skryte av meg. Jeg må tilgi henne for det.

– *Snakket du med noen andre om det, da?*

– Nei.

– *Ikke med mannen din heller?*

– Nei, jeg har jo taushetsplikt, og han kjente alle der vi bodde, så han ville skjønne hvem det dreide seg om.

– *Fikk han ikke vite det da du ble intervjuet for boka som kom i 2014, heller?*

– Nei. 13 år etter hendelsen forsøkte jeg å ta det opp med en kirurg. Jeg sa det sånn litt lett-vint, at jeg lurte på om jeg hadde noen skyld i hendelsen, og han sa han skulle hente ut journalen fra morsarkivet og så skulle vi snakke om det. Jeg hørte aldri noe mer fra ham om det.

For 14 års tid siden snakket hun om hendelsen med en hun kan snakke greit med. Det er alt.

Moralske skylleromstribunaler. Halvparten av de 23 Terje Mesel intervjuet var sykepleiere.

– De beskrev noe jeg vil kalle moralske skylleromstribunaler: De får et klapp på skuldra av kollegaen som sier «det kunne like gjerne vært meg», og så går de videre. Det gir en kortvarig trøst for den som får grine på skuldra, men er langt fra nok. Det blir bare en slags moralsk anestesi.

Terje Mesel,
teolog og professor

«Vi kan handle med den aller beste intensjon og den aller beste faglighet, og likevel få det verst tenkelige resultatet.»

– *Hvordan gjøres en god debrief?*

– Jeg unngår helst det ordet. Debrief slik jeg har opplevd det, har litt krise- og katastrofepreg, og kan ofte være vanskelig å organisere. Men det trenger ikke være så komplisert. Man må bare gjøre en grundig gjennomgang av hendelsen. Man må finne ut hva som skjedde, avklare ansvaret og få læring og mestring ut av det. Og man må forstå de handlingsvalgene man hadde da hendelsen skjedde, ikke i forhold til det man vet i etterpåklokskapens lys. Det er en jobb for lederen og kollegiet, ikke for individet alene.

Mesel anbefaler ikke at personen det gjelder blir sendt rett ut i sykemelding. I stedet bør den få et signal om at hendelsen er fanget opp.

– Så kan det hende den trenger en dag eller to, men etter det, bør samtalen komme. Personen må også få et signal om at det blir en oppfølging senere.

– **Helsevesenet er en risikosone.** Mesel mener helsevesenet ikke har tatt inn over seg at det opererer i en risikosone.

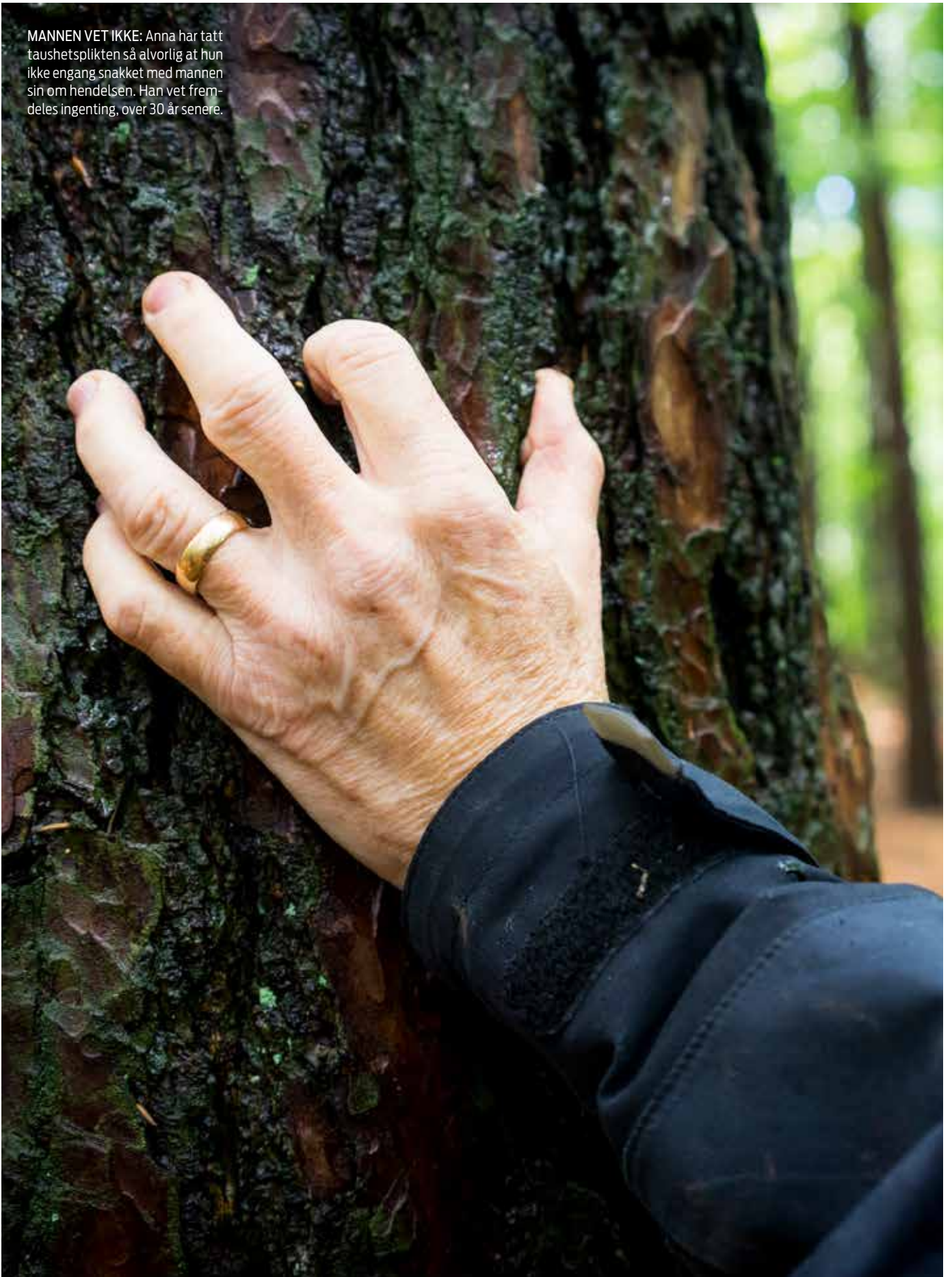
– Helsepersonell må lære av andre yrker hvor man har større erkjennelse av at arbeidet kan være farlig. I politiet og forsvaret er de for eksempel mye flinkere til å anerkjenne risikosonene i arbeidet. Men helsevesenet som befatter seg med liv og død, er kanskje det farligste stedet av alle.

Mesel skulle ønske at lederne forteller alle nyanstatter hva det vil si å være flink på denne avdelingen. For eksempel: «Her snakker vi om feilene og deler for å lære av dem».

– Vi må bare innse at feil og uheldige hendelser er noe vi ikke kan unngå i helsevesenet. Man kan ikke definere seg ut av det eller lage flytskjemaer vekk fra det, sier Mesel og fortsetter:

– For det første er det mennesker som gir hjelp, og det er menneskelig å feile. Dessuten er helsehjelp ingen eksakt vitenskap. Vi bygger på klinisk erfaring, på statistikk og risikanalyser. Likevel kan ting oppstå

MANNEN VET IKKE: Anna har tatt taushetsplikten så alvorlig at hun ikke engang snakket med mannen sin om hendelsen. Han vet fremdeles ingenting, over 30 år senere.



«Jo mer rammet du er, jo mindre er du i stand til å be om hjelp.»

Anna

som vi slett ikke kunne forvente. Vi kan handle med den aller beste intensjon og den aller beste faglighet og likevel få det verst tenkelige resultatet. Vi har ikke full kontroll.

– Det høres ikke akkurat beroligende eller faglig forsvarlig ut?

– Det er all grunn til å være beroliget. Dette har ikke noe med faglig forsvarlighet å gjøre. Det handler om at det er en iboende feilbarlighet i medisin, i det å gi helsehjelp. Det er noe både helsepersonell og pasienter må ta høyde for og akseptere.

Spilte skuespill. De første årene etter at den lille jenta døde ble ekstremt slitsomme for Anna. Hun følte hun måtte oppføre seg «vanlig» hjemme for sønnenes og mannens skyld. Hun mener selv at familien ikke merket noe da det sto på som verst.

Hun sov dårlig.

– Men jeg gledet meg hver gang jeg skulle legge meg og bare være i én verden, selv om det var den sorgfulle. Det var avslappende, for da slapp jeg å spille skuespill.

– Hvor lenge hadde du det slik?

– I flere år. Det var veldig tungt.

Vurderte selvmord som uaktuelt. I boken står det også at Anna hadde selvdestruktive tanker knyttet til selvmord.

– Jeg vurderte det som uaktuelt, fordi jeg hadde de tre barna mine, sier hun.

Derfor plasserte hun heller smerten sin som en straff hun måtte leve med for det hun hadde gjort.

– Hvordan kunne det gått med deg hvis du ikke hadde hatt barna å ta hensyn til?

– Det er ikke godt å si, men jeg tror jeg hadde stått i det. Selvmord føles fjernt for meg.

I en undersøkelse Sykepleien nylig fikk utført (se s. 30), har 200 av de som svarer vært involvert i en uheldig hendelse som har ført til skade eller død. To av disse oppgir at de har hatt selvmordstanker.

Av de 23 intervjuobjektene til Terje Mesel er det flere som oppgir å ha vurdert selvmord. Tre har også forsøkt.

– Sier ikke det noe om alvorlighetsgraden med å gå alene med tankene om ansvar og skyld?

– Jo, historier om feil i helsevesenet har stor tyngde, og blir fort for tunge å bære, også for helsepersonell. Derfor trengs ledere som tar tak i det og gjør arbeidsplassen til et moralsk bærekraftig fellesskap der man snakker om feilene, sier Mesel.

Ville snakket med legene. Anna sier hun var så rammet der og da at hun ikke hadde orket å snakke med noen.

– Hva skulle du ønske ledelsen gjorde for deg?

– Jeg kunne snakket senere. Først og fremst hadde jeg nok ønsket å høre fra legene om hva som egentlig skjedde, slik at vi både kunne lære av det og få plassert skyld.

Hun mener det bør være pålagt med et oppklaringsmøte i etterkant av slike hendelser.

– Det må ikke være slik at den som har opplevd noe må be om en slik gjennomgang selv. Jo mer rammet du er, jo mindre er du i stand til å be om hjelp. Ledelsen må ta ansvaret for det.

Anna har selv forsøkt å kjempe gjennom ledelsesansvaret på dette området på arbeidsplassen sin gjennom arbeid med avviksregistrering og oppfølging av dem som har hatt det vanskelig etter hendelser.

– Hvem bør med i et slikt oppklaringsmøte?

– Ikke så mange. Det holder med de involverte, avdelingsleder og ansvarshavende lege. Det skal ikke være sånne gråtekone-opplegg der man snakker om hva man følte. Det er ikke det som er greia, men: «Hva skjedde?» Man må få de konkrete brikkene på plass.

Emosjonell ventilering. Terje Mesel tror enkelte også vil trenge å snakke om følelser og gråte.

DETTE KAN DU GJØRE NÅR NOE GÅR GALT

Lederen

- Vær synlig.
- Vis at feil og uheldige hendelser tilhører avdelingen og profesjonen.
- Sørg for at den som har opplevd hendelsen, får en grundig, saklig og kritisk gjennomgang av det som har skjedd, men det er ikke sikkert at lederen skal være den som gjør det. Det kan like gjerne være en kollega som får det ansvaret.
- Den som er ansvarlig for pasienten, bør også få anledning til å møte pasienten eller pårørende etterpå. Det handler også om å vise at man tar ansvar, å gi informasjon og forklare hvorfor man handlet som man gjorde.

Kollegaen

- Definer feil og uheldige hendelser som en del av det profesjonelle arbeidet.

- Å håndtere det som et kollegium vil si at du løper til og ikke fra når noe går galt. Slik forhindrer du at kollegaen blir stående alene med sitt ansvar og sine følelser av skam og skyld.
- Mange tror det hjelper å reagere med taushet, men da bidrar du til å sementere skam- og skyldfølelse.

Den som har opplevd hendelsen

- Vær åpen. Ikke dytt hendelsen under teppet.
- Be om hjelp til å få en saklig gjennomgang og støtte hvis ikke det tilbys.
- Husk at det ligger en kolossal læringseffekt i å dele.
- Husk at å ha ansvar betyr ikke at du er å klandre for det som skjedde.

Kilde: Terje Mesel

– Mange av dem jeg intervjuet gråt. Her er folk forskjellige, med ulike behov for emosjonell ventilering, sier han.

– *Hvordan skal avdelingslederen vite hvem som trenger hva?*

– En samtale er et godt råd. Man bør begynne med den saklige, kritiske gjennomgangen, så vil det sannsynligvis vise seg om personen trenger noe mer, sier Mesel.

Snakket ikke med pårørende. Han mener det også kan være en god idé at den ansvarlige etterpå får snakke med pasienten eller pårørende.

– Flere av informantene mine savnet dette. Ofte



ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**™



«**Et bilde sier mer enn tusen ord**». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldesjermer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70

info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no

www.silentia.no



sendes sjefene ut i disse møtene, og mange ledere tenker kanskje at de skjerner helsearbeideren på den måten. Men jeg tror de kunne hjulpet sine ansatte til å komme videre hvis de lot dem forklare rundt situasjonen, sier Mesel.

Anna hadde ikke barnet etter den første nattevakt og møtte ikke foreldrene. I boken sier hun at hun så at moren og faren vaket rundt på sykehuset som zombier, tause og stille, men at hun ikke var i stand til å gå bort til dem og ta seg av dem.

– Jeg kunne ha brutt sammen, og det hadde ikke blitt noe bra. De hadde trengt en sterk en, og det klarte ikke jeg å være, rett og slett.

– *Hadde du ønsket å møte dem senere?*

– Nei. Det hadde blitt vanskelig, fordi det var en forhistorie her som jeg ikke kunne legge frem.

– *Du tenker på at jenta lå inne noen timer før du kom på vakt?*

– Ja.

– *Kan miste det kliniske motet. – Hva kan det føre til for en ny sykepleier å ikke bli tatt vare på etter å ha opplevd en slik historie som Anna gjorde, Terje Mesel?*

– For det første står de i fare for å tape det kliniske motet og troen på egen faglighet. De kan bli opptatt av å sjekke at de har gjort alt riktig til enhver tid. Det kan også føre til faglig isolasjon.

Mesel hevder spillover-effekten er tydelig mellom sykepleier-identiteten og den personlige identiteten.

– Hvis de blir moralsk utslitte på jobben, kan det gå ut over livskvaliteten. I verste fall vil noen kunne slutte i yrket eller havne i sykmeldinger. I ekstreme tilfeller kan livet bli for tungt å bære, sier han.

Professoren mener det er de mest anstendige av helsepersonellet som oftest plages av skyldfølelse når noe går galt.

– Det er akkurat disse vi helst vil ha i helse-tjenesten, så vi burde ta bedre vare på dem. Sykepleiere vil det beste og har gode intensjoner. Når det

moralske stresset øker over tid, vil evnen til empati begynne å falle. Da øker både stresset og faren for at vi gjør feil. Det er en ond sirkel vi må bryte.

Skamfylt område. I Terje Mesels bok diskuteres skam-begrepet. Anna følte aldri skam.

– Det var det ikke plass til. Skyldfølelsen og sorgen var så enorm at det ikke var plass til noe så bagatellmessig som at jeg skulle være skamfull. For skam gjaldt meg, og det betydde ikke noe.

– Her er Anna utypisk. Mange av informantene mine slet med skamfølelse. Skam isolerer oss, sier Mesel.

I undersøkelsen Sykepleien har gjennomført til denne utgaven, er det flere som sier de ikke tør å fortelle sin historie, selv om undersøkelsen er anonym. Andre har skrevet at de ikke har oppgitt korrekte bakgrunnsopplysninger av frykt for å bli gjenkjent. Normalt får Sykepleiens undersøkelser mellom 50 og 100 respondenter som kan tenke seg å bli kontaktet for å uttale seg mer. Denne gangen ville ingen.

Også Terje Mesel opplevde at det var vanskelig å rekruttere de 23 informantene til boken sin.

– Jeg oppdaget hvor vanlig det var å ha opplevd at noe går galt, men hvor få som turte å snakke om det i boken. Mange tok kontakt uten å ønske publisering, og mange trakk seg etter intervjuet eller brøyt av underveis. Det overbeviste meg om at jeg var nødt å skrive om dette.

Når han holder foredrag om temaet, får han nesten alltid høre en ny historie fra en i publikum.

Om smerten som straff. Da Anna i intervjuet med Mesel så at hun kun var ansvarlig, men ikke hadde all skyld alene, opphørte behovet for straffen hun hadde pålagt seg selv å leve med.

– Plutselig fortonet alle årene med straff seg som unødvendige. Vi diskuterte det litt, og jeg opplevde henne som litt frustrert da, men du må spørre henne om det stemmer, sier Mesel.

– Smerte som har vært, er smerte som har vært. Jeg har ingen sorg over det. I dag tenker jeg at det selvfølgelig ikke bare var min skyld. Og det er bare en lettelse, sier Anna.

Hun mener ikke at hun behøvde en straff, men hun valgte å se smerten hun hadde som en straff fordi den da ble lettere å leve med.

– Jeg forstår denne straffen mer som en selvpålagt botsøvelse for å forsones seg med seg selv i en situasjon der kolleger eller andre ikke fanget henne opp, sier Mesel.

Aldri opplevd barn med hjerneblødning siden. Anna synes det er viktig at det kommer frem at hennes to kolleger

på nattevakten heller ikke kan lastes for at det gikk så galt med denne jenta. Tross alt hadde pasienten vært tre–fire timer på intensiv uten at noen hadde notert puls eller blodtrykk på barnet da de tre nattevaktene kom på jobb.

– To års erfaring er jo ikke så mye mer enn et halvt år. De hadde aldri opplevd et barn med hjerneblødning før, og i hele min karriere etterpå opplevde ikke jeg det heller. Det er sjeldent, sier hun.

Samme år som denne hendelsen skjedde, tok Anna videreutdanning i intensivsykepleie. Det har hun aldri angret på.

– *Hvordan preget historien deg som sykepleier etterpå?*

– Jeg har nok vært veldig nøye og ønsket å være hundre prosent sikker på at det jeg gjør er rett. Og så har jeg fulgt min intuisjon. Jeg har hatt god hjelp av magefølelsen min og har nok hatt et bra klinisk blikk. Jeg har trukket inn kompetanse hvis jeg har vært i tvil og har ikke vært redd for å ringe etter lege. Jeg blåser i om jeg ringer en gang for mye!

«Når jeg holder foredrag om temaet, får jeg nesten alltid høre en ny historie fra en i publikum.»

Terje Mesel,
teolog og professor

Men den visesangeren hun var på konsert med den kvelden for over 30 år siden, har hun aldri orket å høre på igjen. Hun frykter at de samme blytunge sorgfulle følelsene hun hadde, da vil komme igjen. ●

ANNONSE



Har du en medarbeider som fortjener heder?

30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– **et kvalitetsbevis**
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Slik ser risikozonen ut

• Tekst Pernille Amdahl

Kilder: STAMI, Helsedirektoratet, Ukom, Helsetilsynet, NPE og NSF

Dette vet vi om faren for pasientskader i helsevesenet.

De vanligste pasientskadene hos helseforetakene i 2018 var

- urinveisinfeksjon
- infeksjon i sår etter operasjon
- skader som knyttes til legemidler

Sykehusene: Færre pasientskader, men flere alvorlige hendelser

Ved 11,9 prosent av oppholdene på et somatisk sykehus i 2018 oppsto det minst én pasientskade.

Det viser tall fra Helsedirektoratet. Disse forteller også at andelen skader har gått ned.

Tallet for 2017 var 13,7 prosent. I 2010, da kartleggingen begynte, oppsto det én eller flere skader ved 16 prosent av sykehusoppholdene.

De vanligste pasientskadene hos helseforetakene i 2018 var:

- urinveisinfeksjon
- infeksjon i sår etter operasjon
- skader som knyttes til legemidler

Kartleggingen fanger ikke opp om pasientskadene skyldes feil, eller om de er av en type det er vanskelig eller umulig å unngå. Det kan for eksempel være fordi behandlingen innebærer høy risiko.

Tallene viser at vi er godt på vei mot Helsedirektoratets mål om en pasientskadeandel på 10,3 prosent.

Samtidig er dette bare en liten del av bildet av avvik og uheldige hendelser i Norge i dag.

VARSLER OM ALVORLIGE HENDELSER

Fra juni 2010 til april 2019 mottok Helsetilsynet til sammen 3858 varsler om alvorlige hendelser i de somatiske sykehusene, også kjent som

3–3a-meldinger om dødsfall eller betydelig skade.

Antall slike varsler økte fra totalt 140 i 2011 til 639 i 2018.

OVER 10 000 MELDINGER

Samtidig viser Helsedirektoratets tall fra 2017 at det ble sendt 10 126 meldinger til Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Dette er meldinger om hendelser som både har og som kunne ha ført til personskafer.

54,2 prosent av disse meldingene ble sendt inn av sykepleiere.

Tallet for meldinger til Meldeordningen har ligget relativt stabilt fra ordningen ble opprettet i 2012 og frem til i dag. Innholdet forteller om en rekke alvorlige forhold.

- 487 (5 prosent) av de 10 126 meldingene til Meldeordningen fra 2017 omhandlet dødsfall
- 178 omhandlet selvmord
- 11041 av hendelsene som ble beskrevet, ble det rapportert om betydelige skader.

I rundt 20 prosent av meldingene var det ikke registrert noen form for skade på pasienten, men disse pasientene er ikke fulgt opp av meldeordningen i ettertid.

43,8 prosent
 (4235) av hendelsene ble knyttet
 til kliniske prosesser eller prosedyrer.

Hvilke type avvik og skader skjer oftest?

Meldeordningen for uønskede hendelser har kategorisert de mange innrapporterte skadene og det som skal være årsaken til at de har skjedd.

Legemidler

17,3 prosent (1676) av meldingene referert i Meldeordningens årsrapport for 2017 handlet om legemiddelhåndtering.

146 av disse omhandlet feil ved utdeling av legemidler på post. I rundt halvparten av disse hendelsene fikk pasienten feil dose, feil styrke eller feil frekvens på utdelingen. Andre hendelser dreide seg om at legemiddelet som var forordnet, ikke ble gitt til pasienten, eller at pasienten fikk feil legemiddel.

Å ha mange medisiner ved sengepostene, ofte med navn og utseende som likner hverandre, er en vanlig årsak til å gjøre feil.

Fallskader

13,7 prosent (1330) av meldingene dreide seg om at pasienten har falt.

Som oftest har pasienten mistet balansen, falt fra sengen eller falt i forbindelse med dobesøk. Dette er det vanligste blant pasientuhellene.

Prosedyrer

43,8 prosent (4235) av hendelsene ble knyttet til kliniske prosesser eller prosedyrer.

Den vanligste formen for avvik her, var brudd på retningslinjer og prosedyrer, eller at behandlingen ble satt i gang for sent. I flere tilfeller har også diagnosen blitt satt for sent, eller det har blitt satt feil diagnose.

I denne kategorien var det 235 pasienter som døde, og i 712 tilfeller var pasientskaden betydelig.

Administrering av pasienten

14,5 prosent av meldingene (1400) gjaldt administrative forhold rundt pasienten.

Her har det skjedd avvik rundt innleggelse og henvisninger. Det har også dreiet seg om sen respons ved akutte situasjoner og om overføring av pasientansvar når pasienten har flyttet inn eller blitt flyttet internt på sykehuset.

I meldinger som beskriver hendelser ved akuttmottak, beskrives overbelastning ofte som en årsak til hendelsene.

Sykepleiere sto i 2017 bak 63 prosent av meldingene om uønskede hendelser i akuttmottak.

||| Sykepleiere
 sto i 2017 bak
 63 prosent av
 meldingene om
 uønskede hendelser
 i akuttmottak.

Kommunene: Ingen oversikt

Omfanget av pasientskader i kommunehelsetjenestene er lite kjent. Fra 1. juli 2019 har Helsetilsynet og Ukom mottatt varsler om alvorlige hendelser også fra kommunene og private som yter helse- og omsorgstjenester.

Per 24.9. hadde Ukom fått inn 37 varsler fra kommunehelsetjenesten. 25 av disse var varsler om alvorlige hendelser, 12 var bekymringsmeldinger.

Blant de alvorlige hendelsene var det en overvekt av saker som dreide seg om sykehjem, omsorgssentre og helsehus og også om kommunale tjenester innen psykisk helse og rus.

Pasient- og brukerombudene har også mottatt en rekke saker knyttet til tjenestesteder i den kommunal helse- og omsorgstjenesten. I 2017 utgjorde det 32 prosent av alle sakene. Halvpartene av sakene om tjenestesteder dreide seg om at disse ikke var forsvarlige eller omsorgsfulle.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» viser til en britisk undersøkelse (The Health Foundation 2011) som gjør det sannsynlig å regne med at det skjer skader i 1–2 prosent av konsultasjonene i den britiske primærhelsetjenesten. I denne undersøkelsen er hendelsene knyttet til kommunikasjon eller feilmedisinering.

Pasientskader: 928 fikk erstatning i år

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler skader der det først og fremst er pasienten som melder å være feilbehandlet. Pasienten får medhold i rundt 30 prosent av tilfellene.

NPE behandlet 2743 innklagde saker i løpet av første halvår av 2019. Tallet for 2018 var 2236.

928 av dem som meldte seg feilbehandlet i år, fikk erstatning, mot 859 samme halvår i fjor.

Ukom: Mottar meldinger om alvorlige hendelser

Ukom, Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, har fra 1. mai 2019 også mottatt meldinger om alvorlige hendelser, med mål om å bruke dem til læring og forbedring av tjenestene.

Ved slutten av september 2019 hadde de mottatt 285 varsler. 236 av dem var varsler om alvorlige hendelser, 49 av dem bekymringsmeldinger.

Dårlige arbeidsforhold øker risikoen

Norsk Sykepleierforbund har i flere sammenhenger pekt på at underbemanning truer pasientsikkerheten.

Andre faktorer NSF trekker frem er:

- utstrakt bruk av vikarer
- for mange deltidsansatte
- mangel på spesialkompetanse
- krevende turnustjenester

RISIKO I TURNUSARBEID

Mange av de uheldige hendelsene knyttes til stress, arbeidspress og også måten arbeidet er ledet og organisert på.

Turnusarbeid er et av forholdene som fører til at sykepleiere utsetter både seg selv og andre for risiko. STAMI, Statens arbeidsmiljøinstitutt, har samlet forskning om turnus og skift ned særlig fokus på sykepleiere og folk i petroleumsindustrien (STAMI, 2019).

Forskningen viser blant annet at uheldige hendelser og arbeidsulykker øker dersom man har flere skiftvakter etter hverandre. Dette skjer uavhengig av pauser og lengde på vaktene.

Andre funn:

- Risikoen for uheldige hendelser

og ulykker er høyest på nattskift, lavere på kveldsskiftet og lavest på dagskiftet.

- Tidlige morgenskift er også risikofylte. Den ansatte får færre timer med søvn, og kroppen starter i nattmodus.
- Risikoen for uheldige hendelser og arbeidsulykker øker jo lengre tid som har gått siden forrige pause.
- Risiko ved turnusarbeid øker med alderen.

FORBEDRING

Det foregår et utstrakt arbeid for å bedre pasientsikkerheten både i statlig, kommunal og privat sektor. Ifølge pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (Helsedirektoratet) er over 60 prosent av landets kommuner nå i gang med forbedringstiltak på minst ett område i sine sykehjem og hjemmetjenester.

Helsedirektoratet kom i februar 2019 med en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhetsarbeidet, hvor ledelse, kultur og kompetanse er sentrale satsingsområder.

RISIKO-SONE

Vi kan ikke styre verden
hvis ikke vi eier den

#huninvesterer

Menn eier 80% av alle private aksjeverdier i Norge.
Økonomisk likestilling handler ikke bare om lønn, men også om hva
menn og kvinner gjør med pengene sine. Les mer om kapitalgapet
og hva du kan gjøre for å tette det på [huninvesterer.no](https://www.huninvesterer.no)

DNB
Fra A til Å

SOM SKREM- MÅTEREREM-

Historiene som skremmer

Noen feil er så grove at de blir omtalt i mediene. Det er ofte saker som har blitt behandlet i rettsvesenet eller blitt avdekket i tilsyn. Eller så har pårørende eller pasienter selv fortalt om hva de har opplevd. Her er noen eksempler.

Fire pasienter døde etter feilbehandling

De tre siste årene har det kommet 28 tilsynssaker mot Flekkefjord sykehus. I 15 av disse sakene har Helsetilsynet konkludert med lovbrudd. Dette kommer frem i rapportene:



De siste tre årene har fire pasienter dødd etter feilbehandling ved Flekkefjord sykehus.

Det har det kommet 28 tilsynssaker mot sykehuset. I 15 av disse sakene har Helsetilsynet konkludert med lovbrudd.

En kvinne i 60-årene døde av blodforgiftning da hun var lagt inn på medisinsk avdeling med mistanke om smitte av kjøttetende bakterier på et bein.

En kvinne med kreft i bukspyttkjertelen kom inn med voldsomme magesmerter, men prosedyrene

for undersøkelse og tilsyn ble ikke fulgt. Hun døde av infeksjon i buken.

En mann i 60-årene ble innlagt med pustebesvær, trolig på grunn av KOLS eller lungebetennelse. Han døde av hjertestans.

En eldre kvinne ble operert for et overarmsbrudd og fikk blodoverføring med blod som ikke var tilpasset henne, og hun døde samme kveld.

Fra Helsetilsynet/NRK

Pasient døde etter at sykepleierstudent satte sprøyte feil



En 72 år gammel mann døde på Elverum sykehus etter at en sykepleierstudent ga ham beroligende medisin intravenøst i stedet for oralt.

Ansvarlig sykepleier som fylte opp sprøyta mener hun hadde gitt beskjed om at legemiddelet

skulle gis i munnen, fordi hun hadde sagt at det var «mikstur», mens studenten sier hun ikke forsto dette og derfor satte den intravenøst.

Resultat ble at mannen døde av hjertestans.

Fra ABC nyheter

Hjemmeboende pasient fikk feil dose insulin og døde



En pasient fikk hjemmepleie to ganger daglig for å få hjelp med måling av blodsukker og administrering av medisiner – blant annet insulin. En søndag morgen ble blodsukkeret målt til 14,6 mmol/l av en helsefagarbeider som satte Insulatard

i høyre arm og journalførte «100 E» på skjemaet under kolonnen «dose». Ved neste besøk fra hjemmepleie ble pasienten bevisstløs i stolen. Etter innleggelse på sykehus utviklet pasienten lungeødem og døde to dager senere.

Fra Sykepleien

PASIENT DØDENT

Pårørende: De har gjort feil, legene og sykepleierne som hadde ansvar for jenta vår



En prematur jente, født 14 uker for tidlig med en vekt på 644 gram, er over den kritiske fasen.

Denne jenta var uvanlig frisk. Om lag fire uker gammel ble hun overført til lokalsykehuset. Da hun var om lag åtte uker, hadde foreldrene

i noen dager ment at hun var i ferd med å utvikle sykdom. Og så, i løpet av en ettermiddag, så helsepersonellet tegn på alvorlig sykdom. Det ble startet med antibiotika. Åtte timer etter døde hun av en infeksjon.

Fra Helsetilsynet/Sykepleien

Tilsynsrapport

Legen sa kalsiumklorid, sykepleieren hørte kaliumklorid – pasient døde



Pasienten hadde lav kalsiumverdi og høy kaliumverdi i blodet og skulle gjennom en akutt operasjon.

Ved innleggelse ved et norsk sykehus ga legen muntlig forordning til en sykepleier om å hente kalsiumklorid, men sykepleieren oppfattet det som «kaliumklorid».

Verken legen, anestesisykepleieren eller en annen involvert sykepleier, oppdaget feilen. Kaliumklorid ble derfor administrert intravenøst, pasienten fikk hjertestans og døde.

Fra sykepleien.no

Sykehus får bot på 1,5 millioner etter at Djabrail (6) døde av feilbehandling



Seks år gamle Djabrail Sulejmanov døde i 2017 etter å ha fått feil sprøyte i forbindelse med kreftbehandling på sykehuset. Gutten skulle behandles

med cellegift satt ved sprøyte både intravenøst og intraketralt. Ved en feil ble legemidlene forvekslet slik at feil cellegift ble satt intraketralt.

Fra VG

Gransking: Lillibeth fikk for dårlig helsehjelp av kommunen

Lillibeth Nesse (62) risikerer ny levertransplantasjon etter at hun ikke fikk avgjørende medisiner. – En alvorlig svikt med alvorlige konsekvenser, sier fylkeslegen.



Lillibeth Nesse (62) risikerer ny levertransplantasjon etter at hun ikke fikk avgjørende medisiner.

62-åringen på Bømlo gikk på flere medisiner etter en levertransplantasjon i november i fjor. Multidose skulle hjelpe kvinnen til å ta det hun trengte, men to avgjørende medisiner lå ikke i disse posene. De var sensitive for lys, og kunne dermed ikke pakkes inn i multidose. Det var medisinerne

som skulle sørge for at kroppen ikke støtte fra seg den nye leveren. Dette skulle hjemmesykepleien hjelpe henne med.

I tre uker fikk ikke Nesse de viktige medisinerne. Hun slet med magesmerter og ble gradvis dårligere. Til slutt ble hun fløyet med luftambulansetil Rikshospitalet i Oslo. Der oppdaget de feilen.

Fra NRK



Har pasienten rett på rekvirert reise?

Hovedregelen for pasientreiser er at pasienten skal gjennomføre reisen selv, og søke om støtte i etterkant.

Det kan være vanskelig å vurdere om en pasient kan gjennomføre reisen til behandling selv, eller om han har medisinsk behov for en rekvirert pasientreise. For å gjøre vurderingen enklere for behandlere har Pasientreiser, i samarbeid med behandlere og brukere, laget en veileder til rekvirering av reiser.

Veilederen finner du når du rekvirerer reiser i NISSY, på pasientreiser.no og i skriftlig informasjonsmateriell (som kan bestilles gratis på pasientreiser.no).

FRYKKTEN

Hva er sykepleiere redde for?

«Dersom min feil gir pasienten uopprettelig skade, så tror jeg at jeg blir så psykisk knekt at jeg ikke lenger greier å jobbe som sykepleier.»

Vi har spurt sykepleiere
hva de frykter når de er på jobb

OM UNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 10 000 sykepleiere fra et randomisert uttrekk av Norsk Sykepleierforbunds medlemsregister.

2008 personer har besvart undersøkelsen, 1410 av dem har besvart den fullstendig.

Undersøkelsen ble sendt ut på e-post. Det ble sendt ut to påminnelser. Det ble gitt informasjon om at undersøkelsen var helt anonym og at redaksjonen tar ansvar for at kommentarer eller fortellinger som blir gjengitt ikke skal kunne føres tilbake til aktørene.

Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten

Skam, skyldfølelse og tap av autorisasjon er noen av konsekvensene sykepleiere er redde for.

• Tekst Ann-Kristin B. Helmers

Det kommer frem i en undersøkelse Sykepleieren har gjort blant sykepleiere som er medlemmer i Norsk Sykepleierforbund.

I undersøkelsen forteller sykepleierne blant annet om angsten for å gjøre feil og når de sist gjorde en feil som potensielt kunne skadet pasienten.

Flere av sykepleierne forteller også om hendelser som førte til personskaade, for noen med døden som følge (se egen sak side 66).

FRYKTER SKADELIGE FEIL

I undersøkelsen svarte 1782 sykepleiere på spørsmålet: «Kjenner du ofte frykt for å gjøre feil som kan skade pasienten i jobben din som sykepleier?»

Slik svarte de:

- Ukentlig eller oftere: 3 av 10
- Flere ganger i måneden: Nærmere 2 av 10.
- Månedlig eller sjeldnere: Drøyt 4 av 10
- Aldri: Rundt 1 av 10

PEKER PÅ LAV BEMANNING

Er det så noe spesielt som kjennetegner de situasjonene hvor sykepleierne ofte frykter å gjøre feil? På spørsmålet «Tenk på arbeidssituasjonen din nå. Når du opplever redsel for å gjøre feil, er da noen av følgende forhold til stede?» kunne sykepleierne krysse av på flere alternativer.

Om lag halvparten krysset av på «for lav bemanning» eller «for høyt pasientbelegg», eller det at de har for mange arbeidsoppgaver som forhold som er til stede når de kjenner på denne redselen. Her kunne sykepleierne sette flere kryss.

1 av 10 svarte at det ikke er noen spesielle forhold til stede. (Se figur 1.)

Drøye 3 av 10 (35 prosent) i utvalget som helhet svarte at de det siste året hadde gjort en feil – inkludert forglemmelser – som potensielt kunne påført en pasient skade. Halvparten av sykepleierne svarer at de har gjort en slik feil for mer enn ett år siden, og 15 prosent oppgir at de aldri har gjort dette.

Halvparten av dem som minst ukentlig

ofte kjenner på frykt for å gjøre feil som kan skade pasienten, sier også at de selv har gjort en potensielt skadelige feil det siste året.

HADDE FOR MANGE ARBEIDSOPPGAVER

Sykepleierne ble videre bedt om å tenke tilbake på sist gang de gjorde en feil, inkludert forglemmelse, som potensielt kunne påført en pasient skade.

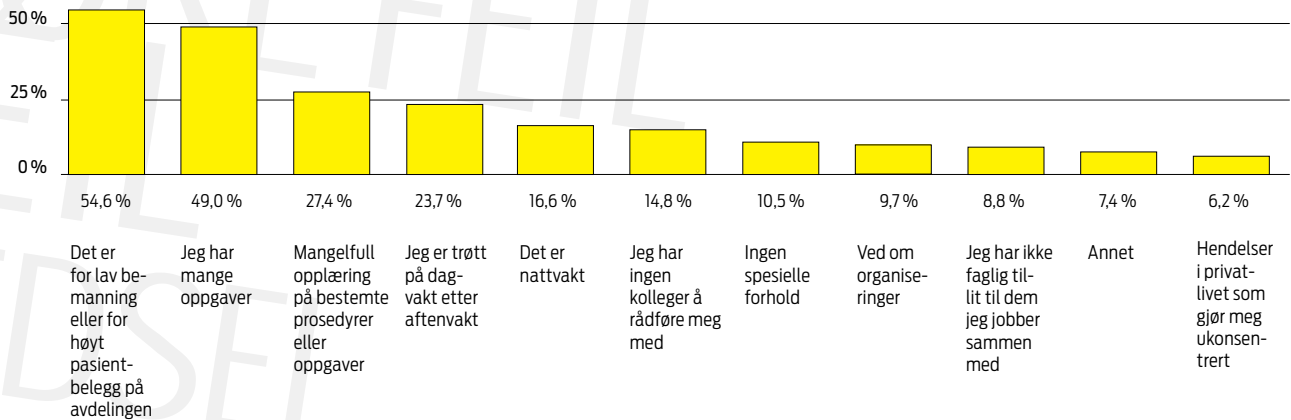
De fikk så en liste med elleve påstander, samt spørsmålet «Var noen av disse faktorene til stede da?»

De fleste krysset av på at de hadde for mange arbeidsoppgaver. Deretter at det var for stort pasientbelegg på avdelingen i forhold til bemanningen (se figur 2).

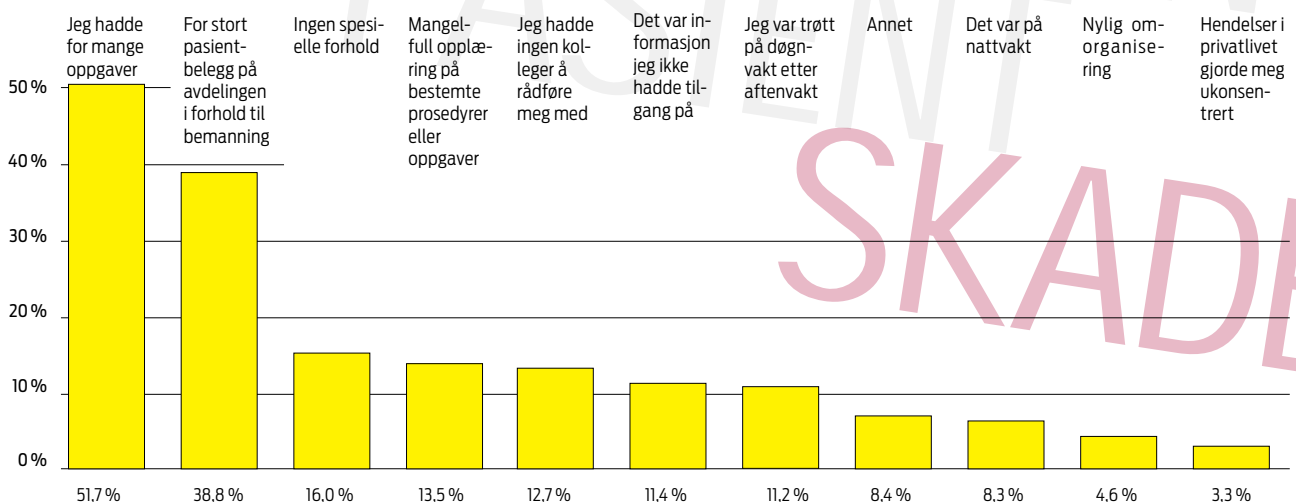
SKYLDFØLELSE, SKAM OG RETTLIG ANSVAR

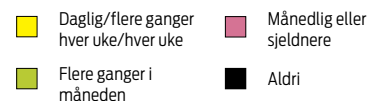
Sykepleierne fikk videre spørsmålet: «Tenk deg at du har gjort en feil som har skadet en pasient. Hva slags konsekvenser for deg selv er du mest redd for?»

FIGUR 1: Tenk på arbeidssituasjonen du er i nå. Når du opplever redsel for å gjøre feil, er da noen av følgende forhold til stede? (Flere alternativer mulig) N=1509

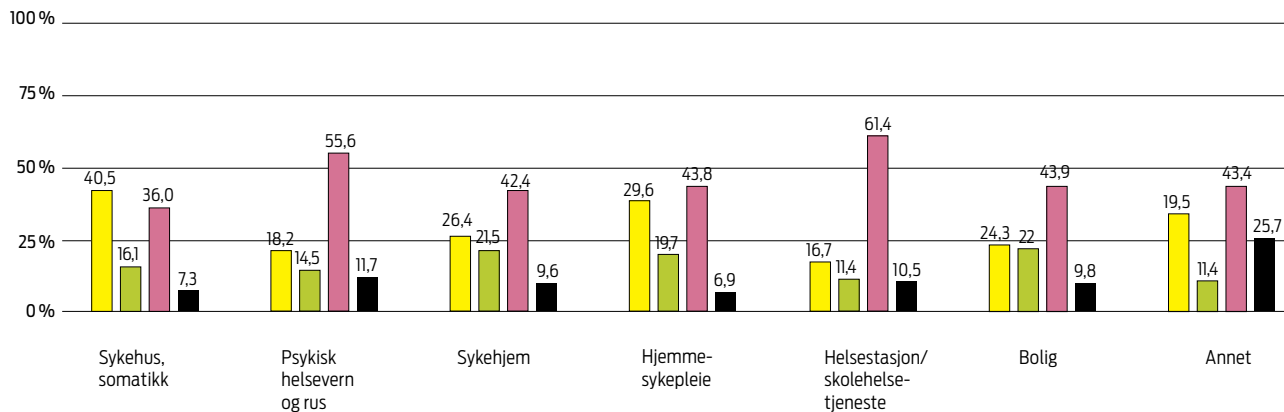


FIGUR 2: Tenk på sist gang du gjorde en feil (inkludert forglemmelse) som potensielt kunne påført en pasient skade – var da noen av følgende forhold til stede? Flere alternativer mulig. N=1255

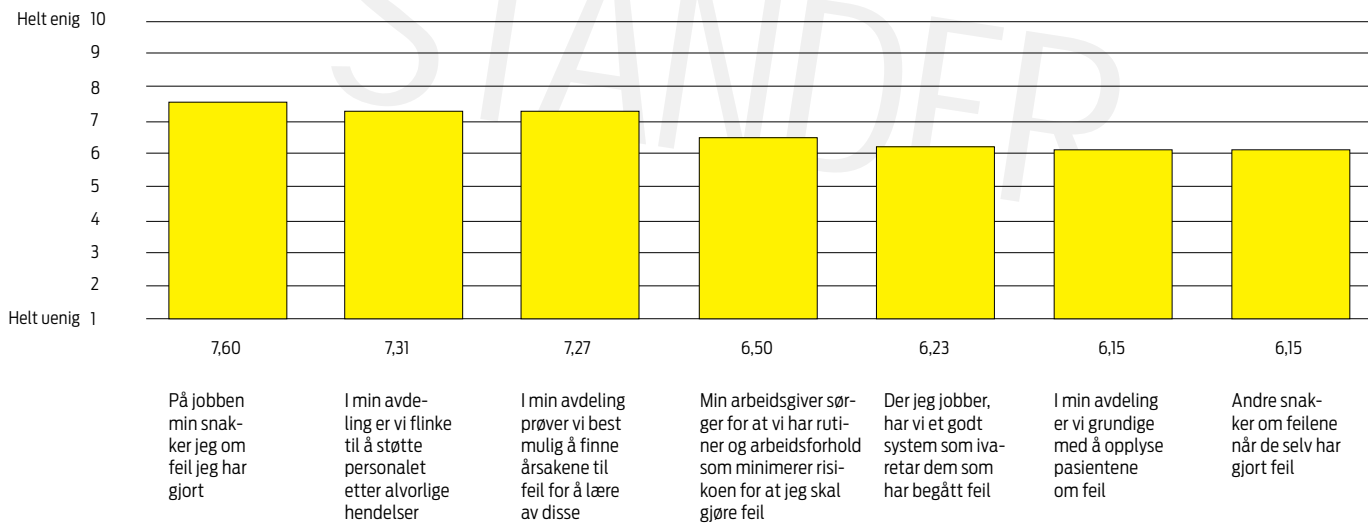




FIGUR 3: Spørsmålet «Hvor jobber du?» er her koplet med spørsmålet «Kjenner du ofte frykt for å gjøre feil som kan skade pasienten i jobben din som sykepleier?» N=1782



FIGUR 4: Ta stilling til disse påstandene N=1438



Her kunne de med egne ord beskrive konsekvenser de er redde for dersom de hadde gjort en feil og skadet en pasient. Vel 1200 sykepleiere valgte å svare på dette spørsmålet.

Skyldfølelse etter å ha påført noen skade gjentas av mange av

sykepleierne. Rettslig ansvar, miste jobben og det å miste autorisasjonen er konsekvenser sykepleierne i undersøkelsen frykter.

Mange skriver at de er redde for ikke å klare å jobbe mer etter en slik tenkt hendelse og beskriver at de frykter å miste

troen på egen vurderingsevne eller egen fagkunnskap.

Noen frykter for eget rykte, dårlig selv-tillit, kjeft eller å bli uglesett. «Oppslag i TV med stemme», beskriver en av sykepleierne som den konsekvensen vedkommende er mest redd for dersom pasienten hadde blitt skadet ved en feil.

Flere svarer at de tenker mer på pasienten eller pårørende enn hva det vil ha å si for dem selv.

«I FORBINDELSE MED ANESTESI KAN JO FEIL BLI FATALT»

Dette skriver noen av sykepleierne om konsekvenser de frykter:

«Dersom min feil gir pasienten uopp-rettelige skader, så tror jeg at jeg blir så psykisk knekt at jeg ikke lenger greier å jobbe som sykepleier.»

«Det verste er å leve videre med visshet om at en har skadet noen. I forbindelse med anestesi kan jo feil bli fatalt.»

«Skammen over å være en som har gjort en alvorlig feil. Dårlig samvittighet for å ha påført skade.»

«Tanken på at dette er noens sønn, bror, venn eller kjæreste. Samtidig er jeg redd for min lisens.»

En annen skriver at vedkommende ikke er redd for konsekvenser for seg selv, men peker samtidig på den personlige ansvarsfølelsen:

«Er ikke redd for konsekvenser for meg. Jeg ville hatt store problemer med å leve med at jeg har skadet noen fordi jeg var stressa, hadde sovet lite mellom vakter eller fordi vi var for få på jobb. Vil aldri tilgitt meg selv for å ha skadet en pasient på jobb. Om jeg gjør en feil, så skal jeg straffes for det, for det skal ikke skje, og det er mitt ansvar å gi forsvarlig behandling/pleie i det jeg gjør. Om jeg hadde gjort en feil, så hadde jeg nok sluttet i jobben, jeg har ingen tiltro til at arbeidsgiver ville sagt «men det var kanskje fordi vedkommende hadde jobbet lange tunge skift, dårlig bemannet, uten mulighet til å spise, ha flere pauser».

De som oftest frykter å gjøre feil som

kan skade pasienten, oppgir å jobbe i somatiske sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleie. De som oppgir at de jobber i helsestasjon og skolehelsetjeneste, eller med psykisk helsevern og rus, frykter sjeldnere å gjøre slike feil (se figur 3).

SNAKKER OM FEILENE PÅ JOBBEN

Blir feil snakket om, og blir pasientene grundig opplyst om feil? Flertallet av sykepleierne mener det. Flertallet mener at de selv er flinkere til å snakke om egne feil enn det andre er (se figur 4).

«Flere svarer at de tenker mer på pasienten eller pårørende enn hva det vil ha å si for dem selv.»

VURDERERE DE Å SLUTTE I JOBBEN?

Sykepleien har også bedt sykepleierne vurdere påstandene:

«Tanken på at jeg kan gjøre feil som kan få alvorlige konsekvenser for pasienten, tynger meg psykisk» og

«Tanken på at jeg kan gjøre feil som kan få alvorlige konsekvenser for pasienten får meg til å vurdere å slutte i jobben».

På en skala fra 1 til 10, hvor 1 er aldri og 10 er ofte, lå gjennomsnittet for sykepleierne 3,6 på hvor enige de var i påstanden om at tanken tynget dem psykisk.

På påstanden om at tanken om at de kunne gjøre feil som kunne få alvorlige konsekvenser for pasienten, fikk dem til å vurdere å slutte i jobben, var gjennomsnittet 2,6 for sykepleierne på skalaen fra 0 til 10. ●

FRYK-
TER
UKENT-
LIG

– Svarene overrasker ikke meg

Gjennom undersøkelsen får vi innblikk i et sterkt engasjement for å unngå å gjøre feil som kan skade pasienten, mener NSF-leder Eli Gunhild By.

- Tekst Ann-Kristin B. Helmers

– Undersøkelsen bekrefter på mange måter det inntrykket vi i NSF sitter med på bakgrunn av dialog med våre medlemmer. Men også oppsummeringer fra Meldeordningen som ble nedlagt 2019, og tilsynsmeldinger.

Det er reaksjonen til Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), etter å ha sett resultater fra spørre-

«At så mange av de spurte er redd for å bli en del av en uønsket hendelse gir grunnlag for bekymring.

Eli Gunhild By,
NSF-leder

undersøkelsen Sykepleien har gjort blant NSF-medlemmer.

MENER MYE ARBEID GJENSTÅR

– Gjennom undersøkelsen får vi innblikk i et sterkt engasjement for å unngå å gjøre feil som kan skade pasienten



ANNONSE

sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

du får blant annet:

- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?
Kontakt oss i dag!



 randstad

randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410

– Bra at man forsøker å finne årsaken til feilene

Det er positivt at så mange sier de har åpenhet på jobben om feilene de gjør, mener Rolf Gunnar Jørstad i Norsk pasientskadeerstatning.

• Tekst Ann-Kristin B. Helmers

og for ikke å mestre jobben, mener By.

– At så mange av de spurte er redd for å bli en del av en uønsket hendelse gir grunnlag for bekymring. Ikke minst når en ser på det de oppgir som årsakene til dette: Lav bemanning, for mange oppgaver og mangelfull opplæring, mener hun.

– At 3 av 10 frykter for å gjøre «skadelige feil» hver uke eller oftere, og at angst, skam og skyldfølelse ofte nevnes i forbindelse med uønskede hendelser, peker på at det fortsatt er mye å gjøre for å forbedre situasjonen også for de ansatte.

MENER MYE FORBLIR NESTEN-HENDELSER

Hun viser forskning som har vist at pasientsikkerhet henger sammen med arbeidsmiljøet:

– Det er viktig å styrke integrering av disse perspektivene i det løpende arbeidet videre på dette området, understreker hun.

Hun mener mange uønskede hendelser avvenges og forblir nesten-hendelser.

– Da takket være helsepersonell, gode systemer og rutiner, ledelse og pasientsikkerhetskultur som mange steder viser god forbedring.

– Men mye gjenstår, ikke minst i kommunale tjenestetilbud som hjemmesykepleie og sykehjem, påpeker By. •

I 2018 mottok Norsk pasientskadeerstatning (NPE) 5677 saker og utbetalte 1014 millioner kroner i erstatninger.

Rolf Gunnar Jørstad, direktør i NPE, har sett hva sykepleierne i Sykepleiens spørreundersøkelse svarer om feil og uønskede hendelser.

I undersøkelsen kommer det blant annet frem at sykepleierne lander på over 7 når de skal vurdere på en skala fra 1 til 10 hvor enige eller uenige de er i påstanden: «På jobben min snakker jeg om feil jeg har gjort» (se figur 4 side 32).

POSITIVT AT DET ER ÅPENHET

– Jeg synes det er positivt å se at et flertall av sykepleierne sier de har åpenhet på jobben om de feilene de gjør, og at de snakker med kollegene sine om det, sier Jørstad.

– Det er også bra at man på avdelingen prøver best mulig å finne årsakene til feil for å lære av disse, og – selv om det er i noe mindre grad – at de er grundige med å opplyse pasientene om feilen. Da skal jo pasientene samtidig få informasjon om muligheten til å søke erstatning i NPE, sier han.

– En kunne ønsket at enda flere ga uttrykk for en åpenhetskultur rundt feil, men i all hovedsak tenker jeg at undersøkelsen gir uttrykk for en positiv utvikling på dette området.

GOD DIALOG VIKTIG

Han synes det er litt overraskende at så mange som nesten halvparten av sykepleierne som har vært involvert i

hendelser som har ført til en pasientskade, sier at nærmeste leder ikke har kontaktet dem.

– Vi ser at flere av sykepleierne sier at de er preget av skam og skyldfølelse etter hendelsen, sier han.

Jørstad mener en god dialog mellom leder og ansatt kan bidra til å redusere slike følelser, og også bidra til at den som har gjort feil, kan komme seg videre.

LEDERANSVAR Å FØLGE OPP HVORFOR FEIL OPPSTÅR

– I tillegg er det et lederansvar å følge opp hvorfor feil oppstår, enten det er systemfeil eller personlige feil, og prøve å bidra til at samme feilen ikke skjer igjen. Dette ansvaret kan ikke overlates til den enkelte ansatte, understreker Jørstad.

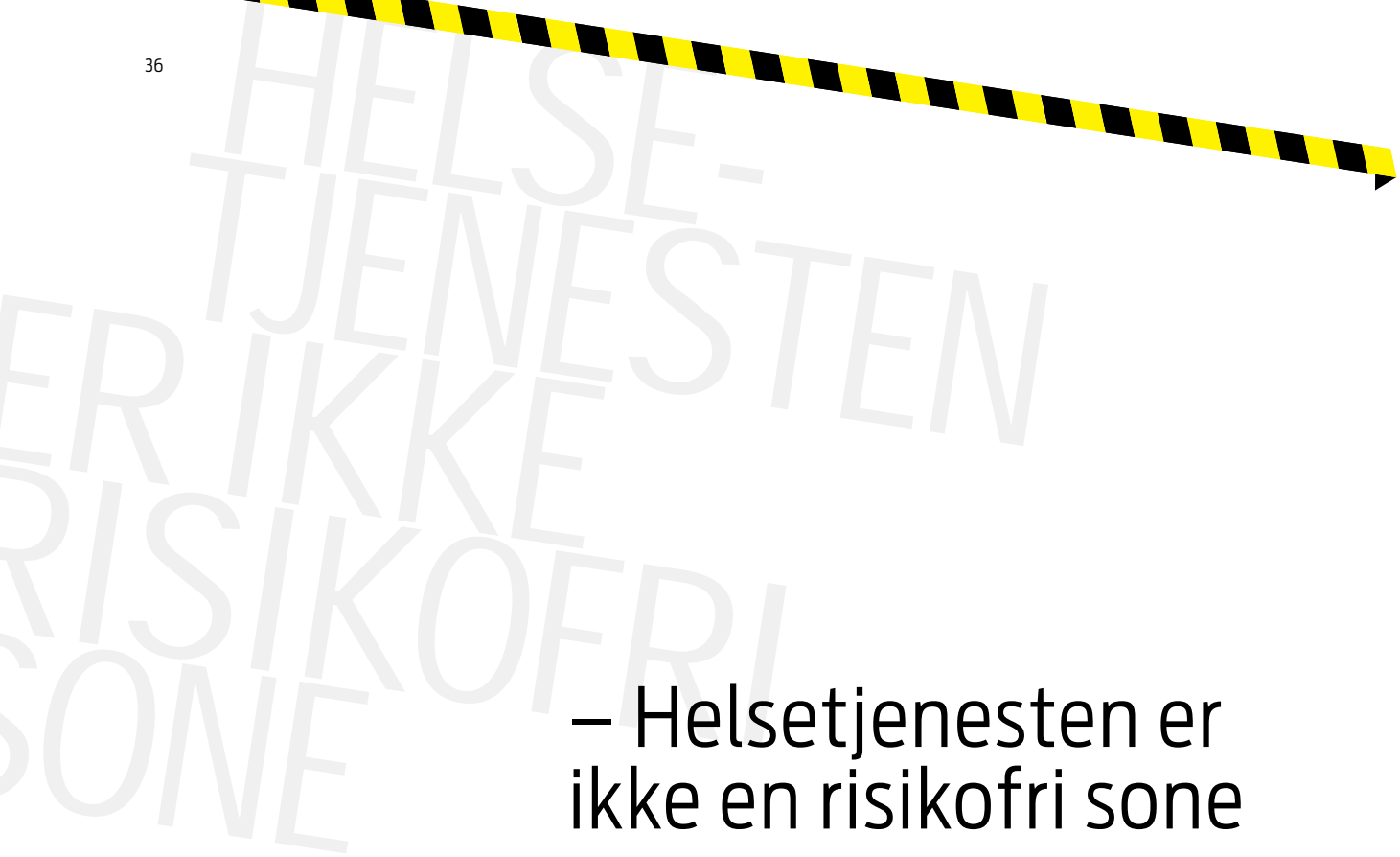
I utgangspunktet registrerer ikke NPE hvilke helsepersonellgrupper som forårsaker skader.



«Det er et lederansvar å følge opp hvorfor feil oppstår.»

Rolf Gunnar Jørstad,
Norsk pasientskadeerstatning

– Men vi kan ta utgangspunkt i skadestatistikk knyttet til de skadetypene som vi vet oppstår i sykepleiefaglige sammenhenger, som for eksempel fallskader, leiringsskader, gjenglemte utstyr og trykksår og sårbehandling. Da ser vi eksempler på mangelfulle rutiner og/eller manglende oppmerksomhet på faresignaler, sier han. •



– Helsetjenesten er ikke en risikofri sone

Å snakke om feilene er et godt utgangspunkt for å hindre ny svikt, mener Jan Fredrik Andresen i Helsetilsynet.

- Tekst Ann-Kristin B. Helmers

– Frykten for å gjøre feil fremheves i oppsummeringen av sykepleiernes svar i undersøkelsen. Det gir grunn til bekymring dersom det er slik at helsepersonell går og er redde for å gjøre feil når de utfører jobben sin.

Det mener Jan Fredrik Andresen, direktør i Statens helsetilsyn.

– Redsel og frykt er ikke et godt utgangspunkt for sikker og trygg yrkesutøvelse, mener han.

DYRKE FREM ÅPENHET

Han peker på at flertallet som har svart i Sykepleiens undersøkelse, mener at de er flinke til å snakke om feilene de gjør, og at det er et godt utgangspunkt for å hindre ny svikt.

Han mener et miljø som dyrker frem åpenhet om svikt eller det som kan føre til svikt, kan bidra til at frykten for å gjøre feil reduseres.

– Ledelsen og arbeidsgiver har et særlig ansvar for å legge til rette for en slik kultur og et slikt miljø, poengterer Andresen.

BÅDE DEN ENKELTE OG ARBEIDSGIVER MÅ GJØRE SITT

Men helsetjenesten er ikke en «risikofri sone», påpeker han.

– Det er avgjørende for pasientsikkerheten at både det enkelte helsepersonell og arbeidsgiver gjør sitt for at risikoen for at feil oppstår blir så liten som mulig.

Han sier at virksomheten og arbeidsgiver må ivareta plikten de har til å tilrettelegge for å redusere risiko.

– Dette kan blant annet bety å sørge for nødvendig bemanning og kompetanse, god opplæring og gode rutiner. Det dreier seg også om å sørge for at rutiner er gjort kjent, og at rutinene er gode nok til å sikre det de er ment å sikre, sier Andresen.

– Ledelsen må følge med på yrkesutøvelsen. Det enkelte helsepersonell må på sin side ha oppmerksomhet og bevissthet på sin egen kompetanse og utøvelse, understreker han.

På spørsmål om hva som er de viktigste årsakene til uønskede hendelser, svarer han:

- Det er ofte vanskelig å si noe sikkert

«Redsel og frykt er ikke et godt utgangspunkt for sikker og trygg yrkesutøvelse.»

Jan Fredrik Andresen,
Helsetilsynet

om de viktigste årsakene. Det vi kan si, er at vi i tilsynssaker der det har skjedd alvorlig svikt, ofte finner at det har vært mangler ved virksomhetens tilrettelegging og styring – det vil si ledelse – sviktende kommunikasjon, mangelfull kompetanse og liten evne eller vilje til å lære av erfaringer.

– Det er virksomhetens plikt å til å organisere tjenesten slik at risikoen for uønskede hendelser reduseres, understreker Andresen.

MISTER NORMALT IKKE AUTORISASJONEN
Han ønsker å formidle at helsepersonell

normalt sett ikke mister autorisasjonen på bakgrunn av en hendelse der det har vært faglig svikt.

– Når helsepersonell mister autorisasjonen på bakgrunn av faglig svikt i yrkesutøvelsen, vil det normalt dreie seg om flere alvorlige hendelser og – eller – mangel på grunnleggende kunnskaper eller ferdighet. Ofte også en manglende erkjennelse for den faglige svikten, sier han.

– Det er også praksis å innhente opplysninger om hvordan virksomheten har ivaretatt sin tilretteleggingsplikt i slike saker, sier Andresen. ●



«Det er virksomhetens plikt å til å organisere tjenesten slik at risikoen for uønskede hendelser reduseres.»

Jan Fredrik Andresen,
Helsetilsynet

ANNONSE


ESSO

Gjør mer av det du har lyst til med Esso Mastercard.

Bruk ditt Esso Mastercard for å få 52 øre rabatt per liter drivstoff når du tanker hos Esso – for deg med medlemskap i Norsk Sykepleierforbund.

Effektiv rente 31,13 %, kr 15 000 o/12 mnd. Kostnad: kr 2 232, totalt kr 17 232*.

Søk på essomastercard.no/unio



*Full utnyttelse av fordeler forutsetter at utestående betales ved forfall slik at det ikke påløper rente. Gjelder ved bruk av Esso Mastercard på Esso stasjoner i Norge. © 2017 ExxonMobil. Esso, Esso Oval Device og Fuel Technology Synergy er varemerker eller registrerte varemerker tilhørende Exxon Mobil Corporation eller et av dets datterselskaper. Andre varemerker som vises tilhører sine respektive eiere.



Tanja Vatnås
Sykepleier

SNUBLETRÅDER

Paralgin forte blir til Altemol, Pinex forte blir til Paramax Comp. Noen navn endres fra dag til dag. Vi snubler oss gjennom hverdagens kaos med håp om å ikke påføre pasientene varig skade.

De virksomhetene vi sykepleiere jobber i, er pålagt å legge til rette for at vi kan utøve yrket vårt forsvarlig. Dette tror jeg de aller fleste aktører ønsker å ta på aller største alvor. Til tross for dette legger de ut stadig flere snubletråder for oss.

Dårlig bemanning, overbelegg, stadig nye oppgaver, mangel på hjelpemidler, uforståelige legeordinasjoner og, ikke minst, stadig bytte av legemidler er bare noen av disse. Vi snubler oss igjennom hverdagen. Og vi klarer stort sett å holde oss på beina, men til slutt er det så mange snubletråder at det nærmest er umulig å navigere igjennom dem.

Hva om pasienter blir skadet eller dør? En redsel vi alle har kjent på, er vel frykten for å gå skikkelig på trynet. Å gå så på trynet at det får konsekvenser for pasienten. Den ultimate frykten for meg er at en pasient skal bli varig skadet eller dø. Tenk deg selv, pasienten dør fordi du ikke så den ene snubletråden midt i kaoset av snubletråder.

Vi hører stadig om at sykepleiere gjør feil i legemiddelhåndtering. Dette vet vi jo er alvorlig. Vi vet at det påfører pasientene unødvendige bivirkninger, lidelse og i ytterste konsekvens varig skade og for tidlig død. Men la oss se bort ifra pasientene litt. Ikke fordi pasientene ikke er viktige, men la oss se på vår arbeidshverdag med legemidler.





Legemidler skiftes ut ... Vi finner mange snubletråder ved håndtering av legemidler. Her gjelder det å holde tunga rett i munnen, og gjerne i rett munn. For ikke bare er det virksomhetene som legger ut sine tråder, også legene og legemiddelindustrien vil bli med på leken.

Nye LIS-preparater er et kjent fenomen for sykepleiere. På Sykehusinnkjøp sitter det et tjuetalls mennesker og jobber med å forhandle pris på legemidler. De har som mål å få ned kostnaden for sykehusene. De skal spare penger. En gang i året presenterer de triumfene sine i form av en liste med nye legemidler vi må forholde oss til.

Et av legemidlene det stadig er mulig å få inn på triumflisten, er Metoprolol, altså en av de mest brukte betablokkene. Denne finnes i tre varianter: ordinær tablett, depottablett og intravenøs. Statens legemiddelverk advarer om risikoen for å forveksle variantene av Metoprolol, og om konsekvensene det kan få. For hjertesyke pasienter kan dette bli alvorlig. I stedet for å få en depotvariant som frigir legemiddelet jevnt, får de en hurtigvirkende dose med kort virketid.

... og de skifter navn. At Statens legemiddelverk er bekymret, skjønner jeg godt, for dette legemiddelet bytter stadig navn. Vi rekker akkurat å bli trygge på preparatnavnene før det dukker opp et nytt navn vi må forholde oss til. Da blir det lett å snuble. Hvis

vi skal gi denne i depotversjonen, må vi forholde oss til SeloZok, Metoprolol sandlos, Metoprolol depot og nå også Bloxazoc. Skal vi derimot gi den hurtigvirkende varianten, er det Metoprolol og Metoprolol mylan som gjelder. Når vi skal administrere den intravenøst så heter den plutselig Seloken.

Paralgin forte blir til Altemol, Pinex forte blir til Paramax Comp. Spirix blir til Spironolactone Orion. Keflin 2 g blir til Cefalotin 2 g, som igjen blir

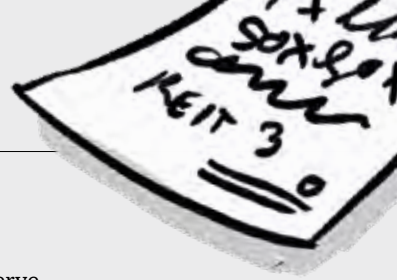
til Cefazolin 1 g på grunn av leveringsproblemer. Og sånn kan vi fortsette. Hauger av snubletråder som i perioder endres fra dag til dag.

«Vi rekker akkurat å bli trygge på preparatnavnene før det dukker opp et nytt navn vi må forholde oss til.»

Legenes kråketær. Når legene hiver seg inn i leken, så begynner det å bli spennende. De ordinerer antibiotika med noen kråketegn som minner om da min sønn var tre år og elsket å leke skole. Hans meningsløse kruseduller var tross alt sjarmerende, men når du har studert seks år på et prestisjetungt studie, er det ikke like

sjarmerende lenger. Spørsmålet blir da: Hva skal pasienten faktisk ha, for det kan minne om Cefotaxim, men det kan like godt være Cefazolin, Ceftriaxon eller Ceforuxim. Enkelte leger burde faktisk få utlevert en Dymo-maskin sammen med autorisasjonen.

Hvorfor helt like infusjonsposer? Sistemann som fantasiløst kaster seg inne i leken, er legemiddelindustrien. Vi vet at legemiddelindustrien er en stor



pengemaskin. Da kunne de med fordel ha brukt litt av overskuddet på å ansette en kreativ leder, en person med litt livlig fantasi som kunne kose seg med å finne opp navn som ikke nødvendigvis rimer på hverandre.

Og når de først er i gang med sin kreative utfoldelse, kunne de med fordel fått med en designer på laget. Se bare på infusjonsposene med natriumklorid, Ringer og glukose. Alt er likt, men inneholder er veldig ulikt.

200 millioner i erstatninger. NPE (Norsk pasientskadeerstatning)

har utbetalt over 200 millioner kroner til 454 pasienter og pårørende på grunn av feilmedisinering i perioden 2006 til 2015. Blodfortynnende medisiner,

antibiotika og medikamenter som virker på nervesystemet, utgjør 60 prosent av alle medholdssakene i NPE som gjelder feilmedisinering.

Vi vet også at feilmedisinering er en hyppig årsak til innleggelse i medisinske sengeposter, at det gir økt sykkelighet og liggetid. Feilmedisinering koster altså samfunnet store summer hvert eneste år.

Hvis vi summerer hva det koster å stadig forhandle nye priser, erstatningsutbetalinger og merkostnadene ved feilmedisinering – hvor mange penger

sparer vi egentlig på alle disse snubletrådene? Trolig ikke så mye. Seriøst, de gjør det pokker ikke enkelt for oss! ●

«Hvor mange penger sparer vi egentlig på alle disse snubletrådene? »

ANNONSE



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.

Kontonummer: **5005 06 36728**
Vipps til **2177**

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



MEDECINS SANS FRONTIERES
LEGER UTEN GRENSER

OM UNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 10 000 sykepleier fra et randomisert uttrekk av Norsk Sykepleierforbunds medlemsregister.

2008 personer har besvart undersøkelsen, 1410 av dem har besvart den fullstendig.

Undersøkelsen ble sendt ut på e-post. Det ble sendt ut to påminnelser. Det ble gitt informasjon om at undersøkelsen var helt anonym og at redaksjonen tar ansvar for at kommentarer eller fortellinger som blir gjengitt ikke skal kunne føres tilbake til aktørene.

Får ikke tak i sykepleier for å gjøre dobbeltkontroll

Utfører du dobbeltkontroll i henhold til retningslinjene?

• Tekst Ann-Kristin B. Helmers

Om du kan svare «ja, i alle ledd etter prosedyren», er du i selskap med over halvparten av sykepleierne i en spørreundersøkelse Sykepleieren har utført.

53 prosent av de nærmere 1300 spurte sykepleierne krysset nemlig av for dette.

Den andre halvparten svarte slik på spørsmålet om de selv utfører dobbeltkontroll i henhold til retningslinjene:

24 prosent svarte «ja, men ikke i alle ledd». Litt færre, 20 prosent, svarte «ikke alltid». 2 prosent svarte «ofte ikke», mens 1 prosent svarte «sjelden eller aldri» på dette spørsmålet (se figur 1).

De aller fleste, 85 prosent, svarte at de kjenner prosedyren for dobbeltkontroll der de jobber. For 12 prosent var ikke dette en aktuell problemstilling, og 4 prosent svarer at de ikke kjenner til denne prosedyren der de jobber.

FÅR IKKE TAK I SYKEPLEIER

De som ikke utfører dobbeltkontroll i alle ledd etter prosedyren, svarer også om årsaker til dette. Langt de fleste peker på at forholdene er slik at de ikke får tak i en sykepleier til. En annen årsak flere krysser av på, er at det tar for mye tid (se figur 2).

Helsedirektoratet ga i 2018 ut et

læringsnotat om dobbeltkontroll. Her blir det pekt på flere årsaker til at det skjer feil rundt dobbeltkontrollen. Forstyrrelser og avbrytelser under kontrollen og å gjøre kontrollen på «autopilot» kan føre til at det blir feil. Her er årsaker som listes opp i læringsnotatet:

Variierende eller manglende forståelse av hvordan dobbeltkontroll skal utføres.

Det tas for gitt at dobbeltkontroll er en effektiv barriere, uten at det stilles spørsmål ved om den virker.

Dårlig etterlevelse av krav til dobbeltkontroll, blant annet begrunnet med tidsnød og mangel på kvalifisert personale.

For dårlig tilpasning av skriftlige prosedyrer/krav til hva som er mulig å følge i praksis.

Forstyrrelser og avbrytelser under kontrollen.

For stor tillit til kolleger.

Ansvarsfraskrivelse når det er flere involverte.

Kontrollen gjøres på «autopilot», slik at feil ikke oppdages.

SEKS PUNKTER FOR RIKTIG DOBBELTKONTROLL

Hva må så til for å gjøre riktig dobbelt-

kontroll? I læringsnotatet er det satt opp seks punkter for å få til dette:

1. Opplæring som sikrer en felles forståelse av at kontrollen, skal starte med ordinasjon og jevnlig repetisjon av dette.
2. Kontrollen skal utføres uavhengig og selvstendig; man skal ikke stå sammen eller muntlig fortelle hva som skal kontrolleres.
3. Dobbeltkontrollen bør begrenses til legemidler/situasjoner der feil kan gi alvorlige følger for pasient.
4. Fysisk og organisatorisk tilrettelegging slik at kontrollen kan utføres uten unødige forstyrrelser og med kvalifisert personale tilgjengelig.
5. Registrer de feilene som avdekkes i dobbeltkontrollen. Det gir bedre kjennskap til og kunnskap om hvilke feil som oppstår i håndteringen av legemidler. Dermed kan det gjøres tiltak for å unngå slike feil.
6. Lukket legemiddelsløyfe med strekkodekontroll vil begrense behovet for dobbeltkontroll. Men manuelle kontroller vil fortsatt være nødvendig ved for eksempel tilberedning og der den automatiserte prosessen fravikes. ●

DOBBELTKONTROLL

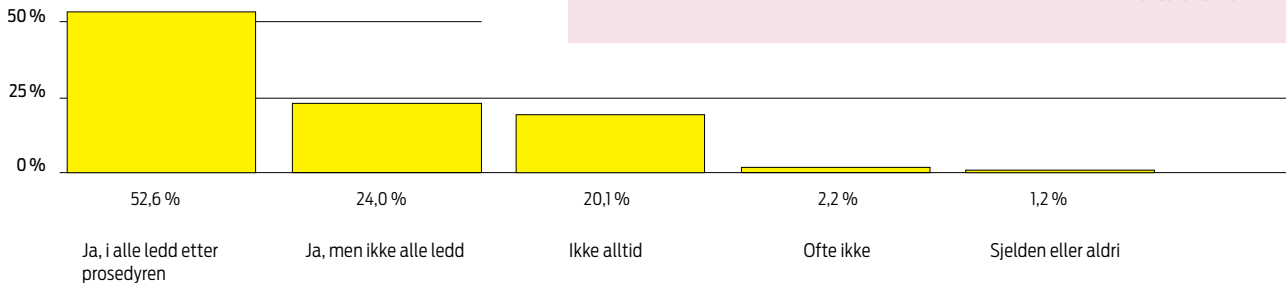
Ifølge Legemiddelhåndteringsforskriften defineres dobbeltkontroll slik: «(...) når to personer, som hver for seg, og ved å signere manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre».

Rundskriv til forskriften anbefaler at dobbeltkontroll utføres i de trinnene av legemiddelhåndteringen der det er størst risiko for feil, og spesielt for legemidler der feil kan få alvorlige følger for pasienten.

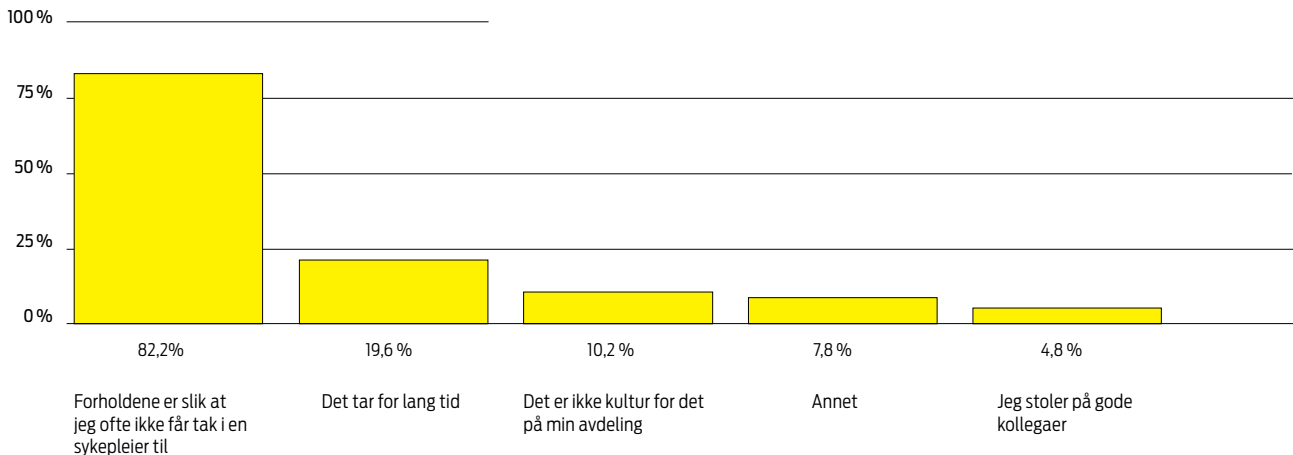
Hvordan dobbeltkontroll skal utføres vil beskrives mer detaljert i prosedyrer på det enkelte sykehus. Det er for eksempel i prosedyren ved St. Olavs hospital presisert at legemiddel, dose, administrasjonsmåte og eventuelt hastighet skal kontrolleres mot legens forordning i kurven. Det står også hvilke legemidler/situasjoner som skal dobbeltkontrolleres.

Kilde: Læringsnotat fra Meldeordningen, Helsedirektoratet

FIGUR 1: Utfører du dobbelt kontroll i henhold til retningslinjene? N=1294



FIGUR 2: Hva er årsaken til at du ikke alltid foretar fullstendig dobbeltkontroll? N=606



ANNONSE

FOR HELSEPERSONELL



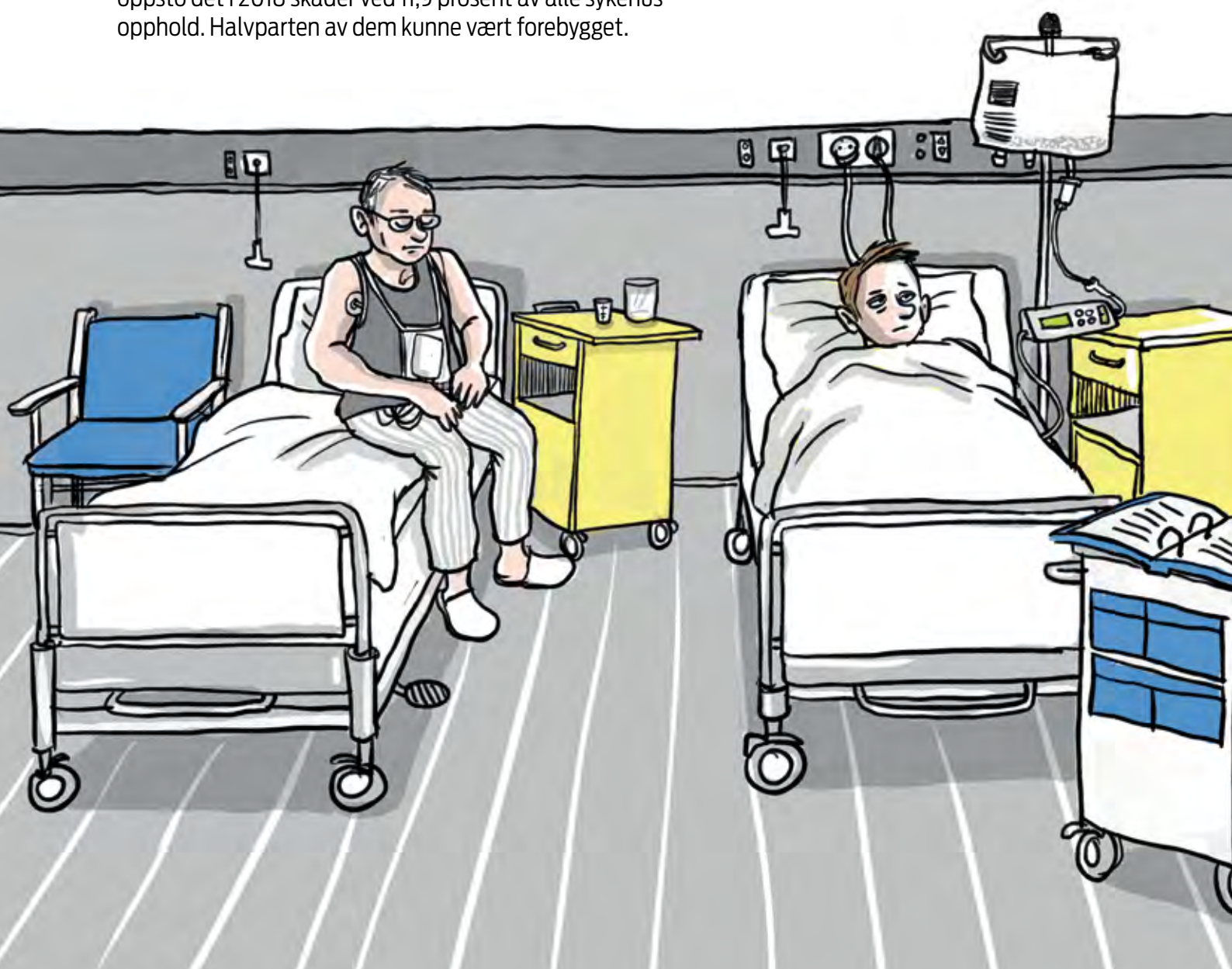
Twinrix
Hepatitt A- og B-vaksine

www.twinrix.no

Juni 2018: NOR/TWI/0003/17a
©2018 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.

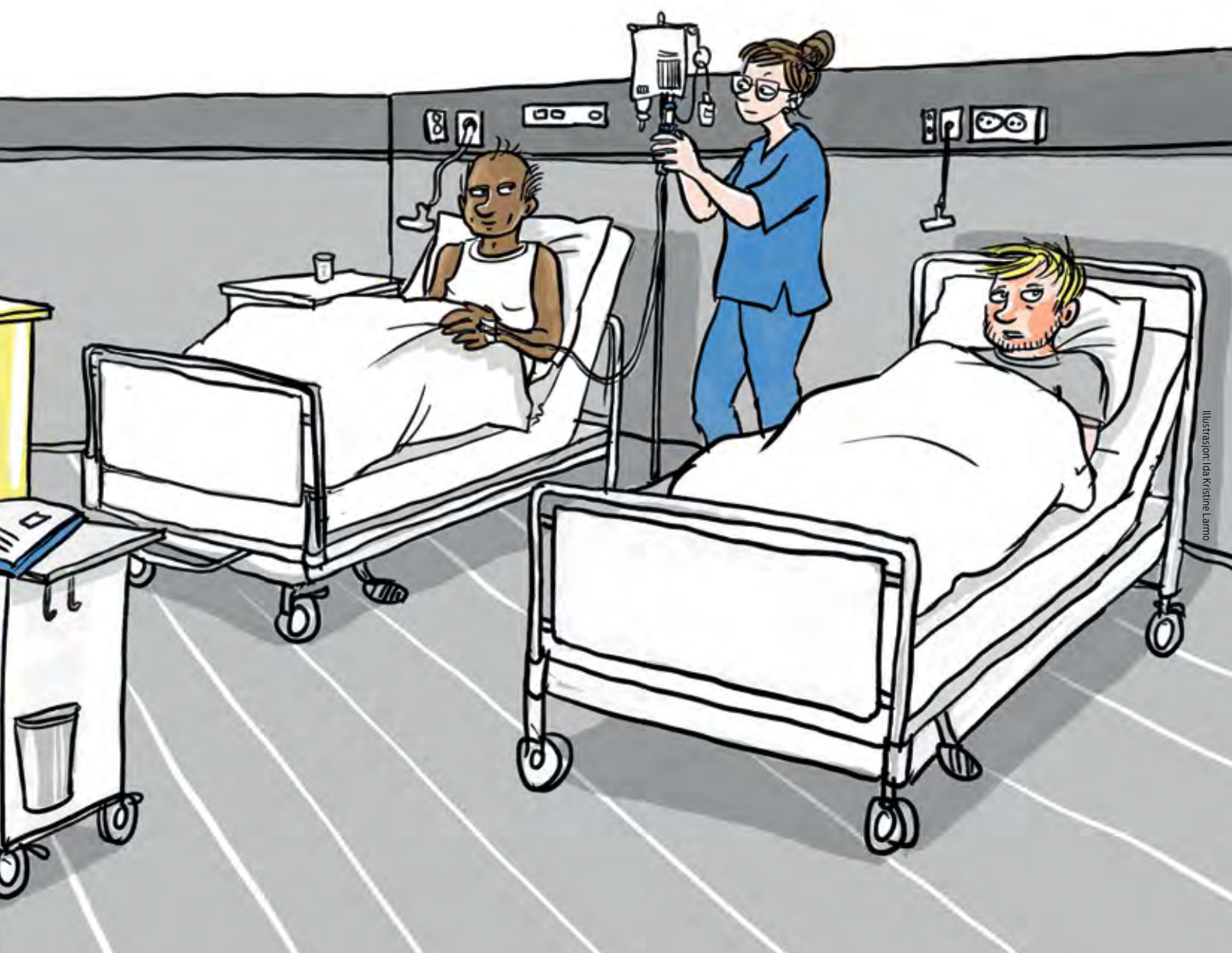
Uheldige hendelser i somatisk spesialisthelsetjeneste

Ifølge Helsedirektoratets kartlegging av pasientskader oppsto det i 2018 skader ved 11,9 prosent av alle sykehusopphold. Halvparten av dem kunne vært forebygget.



FINN 5 FARER

I bildet skjuler det seg fem uheldige hendelser hentet fra Helsetilsynets meldeordning. Se fasit på neste side.



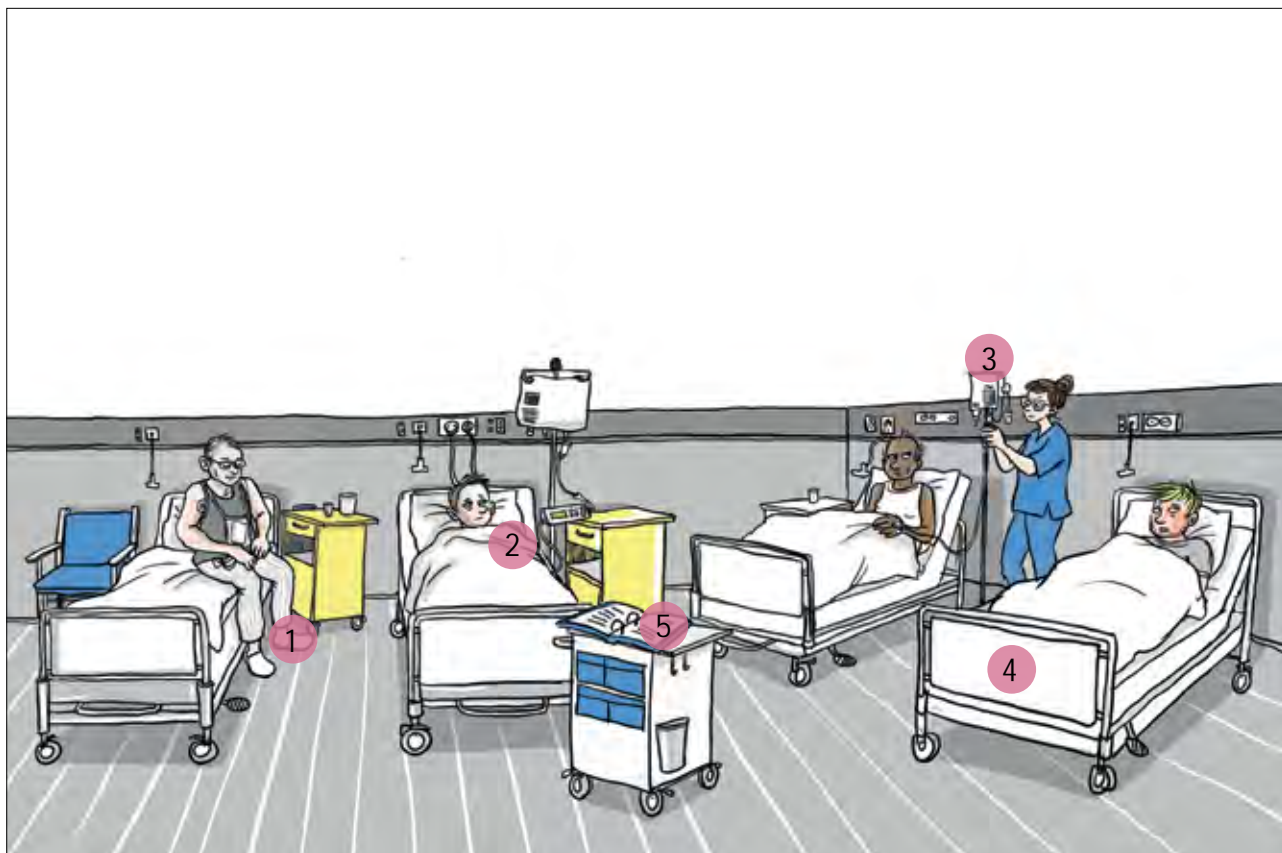
FASIT

1. Telemetrien som overvåker og registrerer denne pasientens hjerterytme, er registrert på feil pasient.
2. Pasienten har intravenøs ernæring (TPN) som har pågått hele natten. Veneflonen har blitt dislokert, og infusjonen har gått subkutant og forårsaket vevsskade og hevelse. Nattevakten har ikke sett det, da armen var under dyna.
3. Denne pasienten får feil antibiotika på grunn av utydelig skrift på medisinkortet.
4. Denne pasienten er lagt på en annen avdeling enn han hører til på grunn av overbelegg. Han har blitt glemt av visittgående lege, og en infeksjon blir ikke oppdaget.
5. I permen er det ordinert Metoprolol depot, men i skuffen ligger vanlig Metoprolol uten depot-effekt. Pasienten blir ikke riktig medisinert.



Helsedirektoratet har skrevet en rekke læringsnotater basert på hendelser som disse. Skann QR-koden og les på nettsiden.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.



Dette frykter sykepleierne

De er erfarne sykepleiere. Likevel kan de kjenne på frykten for at noe skal gå galt.

• Tekst Ann-Kristin B. Helmers • Foto Ann-Kristin B. Helmers og Siv Seglem

DETTE
FRYKTER
SYKE-
PLEIERNE



Er virksomhetsleder på sykehjem

– Brann på natt, det er skrekksenarioet

Kristine Lund frykter evakuering på natten.

– Brann på natt, det er jeg redd for, det er frykt nummer én. Når personalet er på det mest sårbare og huset sover. Selv med moderne brannverninstallasjoner kan en brann få store konsekvenser, påpeker Kristine Lund.

– Om alt lyset går, det er røyk overalt og man må evakuere på natten, er det sårbart. Man kan jo ikke bemanne fullt på natt i tilfelle det skal begynne å brenne. Men brann på sykehjem, det er et skrekksenario for meg, sier Kristine Lund.

– En annen frykt er om det skulle oppstå et overgrep mot en pasient, for eksempel et seksuelt overgrep, det er helt forferdelig.

Hun påpeker at vi jo vet at dette er noe som kan oppstå.

– Noe annet jeg frykter, er at det skjer feilmedisinering som får fatal følge. Det vet man jo også at kan skje.

– Det er nok disse tre scenarioene jeg frykter aller mest, fordi det får så store konsekvenser for så mange – både pasienter, ansatte og pårørende.

Hun understreker at ikke noe av dette er hverdagskost.

– Heldigvis. Men så må man likevel forsøke å forberede for at det kan skje, sier hun. ●

DETTE FRYKTER SYKE- BLEIERNE

– Jeg har blitt mer redd for å gjøre feil med vaksineringsen

Cecilie Johnsen Forstrøm frykter å overse alvorlig omsorgssvikt, gjøre vaksineringsfeil og miste tillit hos foreldre.



Er helsesykepleier på helsestasjon

– De siste ukene har jeg to ganger oppdaget at jeg har hentet feil vaksine til en konsultasjon. Heldigvis har jeg oppdaget det i tide, forteller Cecilie Johnsen Forstrøm.

– Og, før sommeren glemte jeg rett og slett å gi drikkevaksine som skal gis på seksukerskontrollen, sier hun videre.

Det ble for sent å gi den ved neste konsultasjon, så det medførte at barnet ikke fikk denne vaksinen.

– Jeg meldte avvik på dette.

Stresset. Forstrøm sier at hun ikke har gjort slike feil tidligere:

– Jeg tror det skjer som en følge av høyt stress over lang tid, sier hun.

– De nye retningslinjene krever at vi kartlegger og går mer i dybden på hver familie. Men tiden vi har tilgjengelig har ikke økt tilsvarende. Kartleggingen tar mer tid, både underveis i konsultasjonen, men også etterpå, sier hun og utdyper:

– Når vi avdekker at familier strever, blir det mer etterarbeid. Dokumentasjon, vurderinger og planlegging av videre oppfølging krever ressurser.

Forstrøm undres på om det er flere familier som strever eller om det er helsesykepleierne som har blitt flinkere til å avdekke.

– Når man har 12–14 avtaler på en dag, i tillegg til telefoner og dokumentasjonsarbeid, er hodet rimelig fullt på slutten av dagen. Da er jeg redd faren for feil øker.

Frykter tapt tillit. – Jeg er også redd for ikke å oppdage viktige ting, sier hun.

– For eksempel barn som lever under alvorlig omsorgssvikt eller at jeg ikke skal klarer å avdekke alvorlig sykdom.

Hun er også redd for at eventuelle feil hun gjør, får konsekvenser for tilliten foreldrene har til henne på sikt.

– Tillit er helt avgjørende for samarbeidet med foreldrene, sier hun. ●

Er sykepleier på sykehus



Er sykepleier på sykehus



– Hva om mange erfarne søker seg til andre steder?

Martine Gabor har spesielt én frykt som kjennes i magen.

– Jeg jobber med barn, og min største frykt er at det ikke er riktig eller nok kompetanse når jeg kommer på jobb, sier Martine Gabor.

– Spesielt om det mangler den typen kompetanse som kommer med mengdetrening, de som har sett forskjellige tilstander mange ganger før. Den frykten kjenner Martine Gabor i magen.

Sykepleiermangel skremmer. – Jeg er også tillitsvalgt, og i den rollen er jeg redd for at det skal bli mindre attraktivt å ta videreutdanninger, sier hun.

Sykepleiermangel er noe hun tenker mye på. Spørsmålene er mange:

– Hva om vi ikke har den nødvendige kompetansen videre fremover også, hva om mange erfarne søker seg til andre steder om noen år? Jeg tenker at det er mye spesialkompetanse som mangler allerede. Hvordan skal det bli om noen år, når vi vil mangle enda flere spesialiserte sykepleiere?

– Dette tenker jeg mye på, sier hun. ●

– Min store frykt er å gi for mye opioider

Lotte Rogn-Jacobsen setter pris på dobbeltsigeringen.

Lotte Rogn-Jacobsen har jobbet som sykepleier i to år. Hun jobber på sykehus.

Så langt er det spesielt én ting hun frykter mer enn noe annet:

– Min største frykt som sykepleier er uten tvil det å gi for mye eller feil medisiner. Spesielt opioider, sier hun.

– Noe av det verste jeg ser for meg, er å gi feil av sterke smertestilende medisiner, og at pasienten går i hjertestans. Det er det jeg er mest engstelig for når jeg er på vakt med smertepasienter. Jeg går ikke og tenker på dette så ofte. Det er mest hvis det er stress og jeg kanskje ikke føler at jeg har fullstendig oversikt, og det samtidig er mange ekstravakter. Da hender det jeg føler at jeg må passe på så det blir riktig både for mine og andres pasienter. Men vi har jo dobbeltsigering, og det hjelper mye, sier Rogn-Jacobsen. ●



– Avhengig av å holde hodet kaldt

Lene Solli må ofte ta avgjørelser uten fasitsvar.

Lene Solli beskriver arbeidshverdagen som både uforutsigbar og krevende:

– I psykiatrien jobber man mye alene, det er mange ufaglærte og man har ofte ansvarsvakt. Spesielt i helger, på kvelder, netter og på helligdager. Da er du avhengig av at alle er oppdaterte, og det vet man jo at alle ikke alltid er. Da ligger det mye på sykepleieren som har ansvarsvakt, sier hun.

Hodet kaldt. – Det er aldri noe fasitsvar i psykiatrien, så du må stole på avgjørelsene dine, sier hun.

I stressende situasjoner kan feil skje:

– Du kan være sliten, det kan ha vært en belastende dag ellers, slik at måten du møter pasienten på fører til en utagering, for eksempel. Det er mange grensesettingssituasjoner hvor du er avhengig av å holde hodet kaldt, sier hun.

Privat og profesjonell. Et annet område hvor det er mulig å trå feil, er i balansepunktet mellom det å være privat og profesjonell:

– Det kan være en utfordring når du prøver å få en god relasjon med pasienten, spesielt pasienter som er der lenge. Man vil gjerne snakke litt om vær og vind, men så vet man kanskje samtidig at pasienten har en voldelig bakgrunn, og man må finne en balanse mellom hva man kan si av personlige ting og ikke, sier hun.

Prosedyrer. – I psykiatrien kan det være lenge mellom hver gang man utfører enkelte prosedyrer. Man vil selvfølgelig føle på en usikkerhet hvis man ikke har satt et kateter på 15 år, og ikke er oppdatert på det nyeste av utstyr eller materialer. Og så er man til tider alene, uten noen å sparre med. ●



– Frykt er noe man alltid kjenner på når man jobber som sykepleier

Heidi Amundsen vet at det fremdeles vil komme situasjoner hvor hun ikke helt vet hva hun skal gjøre.

– Jeg har følt på frykt siden jeg startet å jobbe som sykepleier, sier hun, og forteller om da hun begynte å jobbe på sengepost som nyutdannet:

– De andre fast ansatte gikk i sommerferie. Da var det jeg som nyutdannet sykepleier som skulle holde avdelingen i gang. Slik føltes det i alle fall, sier hun.

For Amundsen var det skremmende.

– Som nyutdannet har man ikke oversikt over alle arbeidsoppgaver, sier hun.

Mer bevisst. Nå har hun mange år som sykepleier bak seg:

– Men den følelsen slipper egentlig aldri. For selv om du har jobbet i mange år og har begynt å opparbeide deg en viss erfaring, så kommer du alltid i situasjoner hvor du ikke helt vet hva du skal gjøre, sier hun.

– Frykten for å gjøre feil tror jeg henger ved, men med årene er du mer bevisst på hva du gjør. Og kanskje også mer bevisst på hva du kan og ikke kan gjøre.

Enklere å be om hjelp. Amundsen opplever at det er enklere å si «dette kan jeg ikke, så nå trenger jeg hjelp» nå enn som nyutdannet.

– Men frykt er noe man alltid kjenner på når man jobber som sykepleier, sier hun. ●

DETTE FRYKTER SYKE- PLEIERNE



Er kreftsykepleier og fagutviklingsykepleier på sykehus

DET SKJER FEIL

– Det skjer feil

Da Ellen Moen startet å jobbe på barneavdeling i 1991, var det ikke dobbeltkontroll på medisiner.

Moen beskriver seg som en sykepleier som er trygg i jobben. Men også hun kan kjenne på frykten for å gjøre feil.

– Jeg har jobbet mange år på sykehus, og det skjer feil. Ikke alltid alvorlige feil, men små feil som blir oppdaget før det blir alvorlig. Takket være gode kontrollrutiner oppdager vi situasjoner som kunne ført til store pasientskader, sier hun.

Da hun startet å jobbe på barneavdeling i 1991, var det ikke dobbeltkontroll på medisiner.

– Da vi innførte dette kort tid etterpå, oppdaget vi innimellom at en av oss hadde tenkt feil. Så klart, man har sikkert gjort feil som ikke har blitt oppdaget, fordi det har gått bra med pasienten, sier hun. ●



Se videoen
der sykepleiere
forteller om sin frykt på
sykepleien.no



Ståle Fredriksen
Overlege i psykiatri

RYGGEN FRI

Vi jobber i en bransje der vi aldri kan ha helt kontroll over liv og død. Følger vi retningslinjene, har vi ryggen fri hvis noe går galt. Men hva hvis vårt faglige skjønn ikke stemmer med retningslinjene?

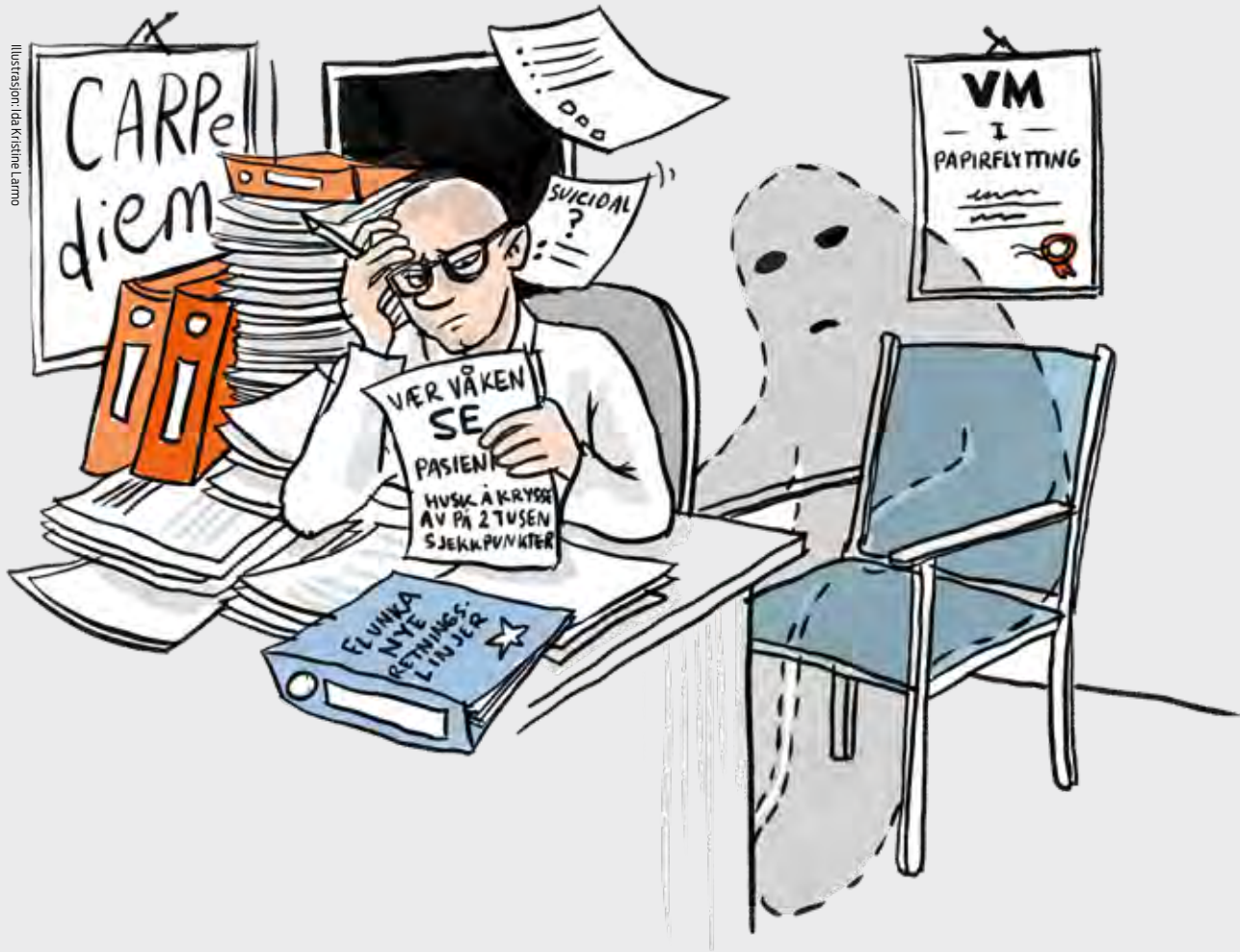
Jeg har vært overlege i psykiatri i tolv år. I løpet av denne tiden har jeg hatt ansvaret for til sammen fire pasienter som har tatt sitt eget liv mens de var under behandling. I tillegg har jeg hatt ansvaret for to pasienter som har ligget på respirator i mer enn ett døgn før de kom til bevissthet etter store overdoser med medikamenter som de blant annet hadde fått skrevet ut av meg.

Jeg kjenner ikke til noen statistikk på dette området, men jeg vil tro at dette er høye tall. Jeg vil tro en uvanlig stor andel av mine pasienter har begått selvmord eller har vært nære på å klare det. I alle fall kjenner jeg mange psykiatere som har jobbet et helt liv «uten å miste en eneste pasient i suicid», slik det gjerne heter.

Ut fra disse tallene ser det altså ut til at jeg er dårlig skikket til den jobben jeg gjør. Det ser ut som om jeg ikke er i stand til å skille ut de pasientene som kommer til å ta sitt eget liv, fra de pasientene som ikke kommer til å gjøre det. Og evnen til å gjøre akkurat denne vurderingen må vel være en av det viktigste kvalitetene hos enhver psykiater, det burde vel være ganske åpenbart?

Setter meg selv i en situasjon uten kontroll. Så hvordan klarer jeg likevel å gå på jobb hver dag, ikke bare med hevet hode, men også med glede og forventning? Er det fordi jeg er blitt avstumpet og likegyldig overfor den smerten jeg hele tiden forårsaker?

Slik kan det selvfølgelig være. Det er vel egentlig ikke jeg selv den beste til å svare på. Men jeg opplever likevel at det ikke er likegyldighet som gjør at jeg nå har jobbet med innlagte, deprimerte og til dels ekstremt selvmordstruede pasienter i snart ti år, og at jeg fortsatt har glede av å gjøre det. Nei, når jeg etter fire selvmord og mange flere nesten-selvmord fortsatt går på jobb med hevet hode, er det fordi jeg vet at det å jobbe ikke bare med mennesker, men med *alvorlig*



syke mennesker, innebærer at jeg helt frivillig har satt meg i en situasjon der jeg per definisjon ikke kan ha full kontroll på hva som kommer til å skje om et minutt eller om et år.

Jeg har satt meg selv i en situasjon der mennesker jeg har ansvaret for kommer til å dø, uansett hvor god jobb jeg gjør – slik en kirurg eller en indremedisiner også må regne med at noen av pasientene deres dør, uansett hvor god jobb de gjør. Hvis jeg ikke hadde skjont dette, kunne jeg ikke jobbet med de pasientene jeg jobber med. Da måtte noen andre ha gjort jobben; noen som skjønte mer av den enn meg. For det er med psyken som med kroppen – vi kan ikke ha full kontroll på hva som kommer til å skje.

Måten å snakke på betyr mye. Ikke bare er det slik at vi aldri kan ha full kontroll på hva som kommer til å skje, men slik at ethvert forsøk på å oppnå en slik kontroll vil føre til at vi mister noe av det vi er ute etter. For i motsetning til for eksempel risikoen for å få et hjerteinfarkt, så vil selve måten du snakker med pasientene på når du skal vurdere risikoen for selvmord i seg selv påvirke risikoen for at de tar sitt eget liv.

Ut fra min erfaring sier det seg selv at hvis pasientene føler at de blir forstått, og at den de snakker med faktisk både bryr seg om dem og har evne til å sette seg inn i deres situasjon, vil dette redusere risikoen for selvmord. Mens hvis pasientene derimot føler at den de snakker med, ikke forstår dem, men er mest opptatt av å holde sin egen rygg fri for ansvar ved å komme gjennom en sjekkliste som skal fylles ut, så vil dette øke risikoen for selvmord. Og hvis denne sjekklisten blir gjentatt dag etter dag etter dag, blir situasjonen selvfølgelig enda verre.

I min hverdag skaper dette et paradoks. De retningslinjene som i utgangspunktet er laget for å gjøre jobben min enklere, ender i realiteten opp med å gjøre den vanskeligere. Det som skulle avlaste, blir i stedet den største belastningen.

Sjekklister kommer mellom meg og pasienten. Og den tyngste belastningen kommer ikke først og fremst av at alle retningslinjene og sjekklister står i veien og forstyrrer

kommunikasjonen mellom pasientene og meg, selv om det selvfølgelig er ille nok i seg selv. Den største belastningen kommer av at jeg av bitter erfaring vet at hvis en av pasientene jeg har ansvaret for, skulle ende opp med å ta sitt eget liv, så er det disse sjekklister og retningslinjene som jobben jeg har gjort, vil bli vurdert opp mot.

Det er min egen rygg jeg er redd for. Det er den som plager meg mest.

«Det som skulle avlaste, blir i stedet den største belastningen.»

Denne situasjonen betyr at jeg nesten daglig står og må veie to hensyn opp mot hverandre. Skal jeg gjøre det som retningslinjene sier jeg skal gjøre, for å sikre at jeg selv har ryggen fri, eller skal jeg gjøre det som situasjonen faktisk innbyr til, og som etter min og resten av personalets vurdering vil være til beste for pasienten?

At vi stadig får flere retningslinjer innen helsevesenet, som regulerer stadig mer av det arbeidet vi gjør, er basert på en veldig enkel forutsetning. Denne satsingen er basert på en idé om at *noen andre* enn dem som faktisk står i en gitt situasjon, best vet hva som bør gjøres.

For det er det retningslinjer gjør. De bestemmer på forhånd hva man skal gjøre i en gitt situasjon, som om det er da man har best oversikt over hva som kreves.

Hvorfor utdanning? Den storstilte satsingen på retningslinjer som vi er vitne til i dag, undergraver i realiteten hele ideen om utdanning og kunnskap som bærende elementer i helsevesenet. For hvorfor skal jeg gå seks år på medisinstudiet, gjennomføre ett og et halvt år med turnustjeneste og så fullføre minimum fem års spesialistutdanning, hvis alt dette ikke fører til noe annet enn at jeg skal fylle ut et skjema noen andre har satt opp på forhånd?

Det er et problem jeg aldri har sett diskutert på alvor, og som selvfølgelig gjelder for langt mer enn de retningslinjene vi har for kartlegging av selvmordsfare. De er bare et eksempel.

Vi er ikke sjelløse roboter. Det er denne situasjonen som ødelegger sjelfredens min. Det som plager meg i det daglige, er ikke risikoen for å gjøre feil. Den kjenner jeg, og den har jeg akseptert. Det som plager meg, er at kravene jeg setter til meg selv ikke stemmer overens med





de retningslinjene og de andre forventningene jeg også må forholde meg til.

Er idealet at vi alle skal oppføre oss som om vi er karakterer i en Kafka-roman, som ikke gjør noe annet enn det vi har fått beskjed om – uansett hvor absurd det måtte være?

Sannheten er selvfølgelig at ingen vil at vi som jobber med alvorlig syke mennesker, skal oppføre oss som sjelløse roboter. Alle vil at vi først og fremst skal være kompetente og empatiske fagpersoner og medmennesker. Det blir tatt for gitt at vi skal bruke vår kompetanse – og det er nettopp det som er problemet. Det blir tatt for gitt at vi skal gjøre en god jobb – til tross for alle krav som leder oss i motsatt retning.

Vi får motstridende signaler. Resultatet er at vi blir fanget av et byråkrati som hele tiden sender ut motstridende signaler. På den ene siden blir vi oppfordret til å bruke vår faglighet og vårt skjønn til beste for pasientene. På den andre siden skal vi hele tiden følge detaljerte og stringente retningslinjer som hele tiden undergraver dette skjønnnet.

Slik sett har vi som jobber i Helse-Norge det vanskeligere enn byråkratene i Franz Kafkas *Prosessen*. De skal tross alt bare leve opp til kravene fra byråkratiet og kan gi fullstendig f i om de faktisk gjør jobben sin eller ikke.

Setter vår kompetanse først. Jeg har for lenge siden bestemt meg for å sette min egen og de ansattes faglige kompetanse først, og myndighetenes detaljerte føringer sist. Det gir meg gleden av å gjøre en god og faglig solid jobb – samtidig som det gir meg angsten som kommer av å mangle ryggdekning hvis noe skulle gå galt. For det kommer det til å gjøre. Og da er det bare å håpe at lederne over meg og rundt meg lar nåde gå for rett og så denne gangen. Min skjebne ligger i deres hender.

Sykepleieren slapp pasienten ut i sola. På samme måte oppfordrer jeg selv personalet på posten der jeg jobber til å gjøre en selvstendig vurdering av situasjonene de til enhver tid står i rundt hver enkelt pasient, og så treffe de tiltakene de mener er riktig og best ut fra den overordnede målsettingen vi har for behandlingen. Derfor skjedde det for eksempel forrige helg at en

pasient som under sterk tvil fortsatt sto på «utgang med følge» (som betyr at hun ikke har lov til å forlate avdelingen uten sammen med et personale), likevel fikk tillatelse til å sitte ute i høstsolen på ettermiddagen på søndag, basert på vurderingen til en av våre mest erfarne sykepleiere.

Ifølge reglene var dette feil. Der står det svart på hvitt at det bare er en lege som kan endre utgangstatus på denne måten. Siden jeg hadde fri, skulle altså pasienten ha fått beskjed om å holde seg inne inntil en av pleierne fikk tid til å følge henne en kort tur ut. Men sykepleieren som hadde ansvaret, hadde ikke bare vært med på samtalen på fredag, hun hadde også vært med på diskusjonen og på tvilen rundt om vi skulle opprettholde «utgang med følge» eller ikke, og hun hadde vært primærkontakt for pasienten fra hun ble lagt inn. Kort sagt: Sykepleieren kjente pasienten bedre enn jeg, og når søndagen kom, vurderte hun det altså slik at det ut fra situasjonen der og da helt klart var til beste for behandlingen hvis pasienten fikk litt tid ute for seg selv.

Hun brøt reglene til beste for pasienten. Slik løp hun en personlig risiko ved å utøve sitt faglige skjønn. Jeg tror ikke hun bekymret seg for hva som var best for pasienten. Faglig sett var hun sikker i sin sak. Men jeg vet at hun tenkte seg om både en og to ganger før hun brøt en regel – selv om det altså var til det beste for pasienten.

Derfor stilte jeg meg da også helhjertet bak beslutningen når mandagen kom. Det var en god vurdering basert på den situasjonen som faktisk forelå. For også livet på et sykehus består av små og store finurligheter som gjør hver enkelt situasjon unik, og der det nettopp trengs en menneskelig vurdering for å finne ut hvordan vår best tilgjengelige kunnskap skal anvendes best i nettopp *denne* situasjonen.

Og jeg stilte meg bak det, fordi det er slik vi må ha det. Vi må ha et system der fagkunnskap faktisk blir belønnet og ikke straffet.

Hvis ikke kan vi bare legge ned alle helsefagutdanninger først som sist. ●

«Vi må ha et system der fagkunnskap faktisk blir belønnet og ikke straffet.»

Uheldige hendelser i psykisk helsevern

Annenhver dag dør en psykiatrisk pasient i selvmord. Da NRK undersøkte 200 av disse sakene, fant de feil og lovbrudd i halvparten av dem.

Illustrasjon av Kristine Lamm



FINN 4 FARER

I bildet skjuler det seg fire uheldige hendelser hentet fra Helsetilsynets meldeordning. Se fasit på neste side.



FASIT

1. Denne pasienten (i bakgrunnen) ble flyttet over til avdelingen uten at det var rapportert om aggressivitet. Han må ha tilsyn av to pleiere. Det er det ikke bemannet opp for, dermed er avdelingen ikke forsvarlig bemannet.
2. Pasienten skal skrives ut. Hun får utdelt dosett som hun selv skal gi til hjemmesykepleien. Om kort tid går hun opp på rommet og tar alle tablettene, og må legges inn på sykehus med forgiftning.
3. Pasienten (strikker) har blåmerker og hudavskrapninger etter at hun ble beltelagt av personell som ikke har fått opplæring.
4. Pasienten (skallet) skal i permisjon, men har ikke blitt selvmordsrisikovurdert av lege som angitt i retningslinjene. Han skulle observeres tett av psykiatrisk sykepleier, men på grunn av personalmangel har han ikke fått tilstrekkelig observasjon.



Helsedirektoratet har skrevet en rekke læringsnotater basert på hendelser som disse. Skann QR-koden og les på nettsiden.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.



Finn ledige stillinger på sykepleienjobb.no

Følg også sykepleienjobb på Facebook



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE

**FAGUTVIKLINGS-
JORDMOR**


SØKNADSFRIST: 27.10.19 STED: NARVIK



TRONDHJEMS
HOSPITAL

SYKEPLEIER 100 %


SØKNADSFRIST: 27.10.19 STED: TRONDHEIM



Sør-Varanger
kommune

SYKEPLEIER
- Sykehjemsenheten,
Wesselborgen sykehjem


SØKNADSFRIST: 27.10.19 STED: TROLLFJORD



Norsk
Sykepleierforbund

**RÅDGIVER
VEST-AGDER
FYLKESKONTOR**
- vikariat

SØKNADSFRIST: 28.10.19 STED: KRISTIANSAND



Tokke
kommune

**AVDELINGSLEIAR
FOR
HEIMETENESTANE**

SØKNADSFRIST: 29.10.19 STED: TOKKE



Nord-Aurdal
kommune

**AVDELINGS-
SYKEPLEIER**
Ved virksomhet omsorg
og rehabilitering

SØKNADSFRIST: 30.10.19 STED: FAGERNES



Hemne
kommune

**HELSESYKEPLEIER
100 %**

SØKNADSFRIST: 30.10.19 STED: KYRKSÆTERØRA



Oslo
universitetssykehus

**ER DU SYKEPLEIER
og vil jobbe i utlandet?**

SØKNADSFRIST: 31.10.19 STED: MONTENEGRO



Oslo
universitetssykehus

**ER DU SYKEPLEIER
og har lyst til å arbeide i
utlandet for noen uker?**


SØKNADSFRIST: 31.10.19 STED: SPANIA



HELSE FØRDE

AVDELINGSSJEF
Hudavdelinga

SØKNADSFRIST: 01.11.19 STED: FØRDE



Diakonhjemmet
Sykehus

**SYKEPLEIERE/
VERNEPLEIERE**
Natt

SØKNADSFRIST: 01.11.19 STED: OSLO



Eidsvoll
kommune

SYKEPLEIER 100 %
I eldreomsorgen

SØKNADSFRIST: 04.11.19 STED: EIDSVOLL



Oslo
universitetssykehus

**ADMINISTRERENDE
DIREKTØR**

SØKNADSFRIST: 18.11.19 STED: OSLO



VID

STIPENDIAT
knyttet til Spiritual Care
Education and Practice
Development innen
sykepleie


SØKNADSFRIST: 01.12.19 STED: BERGEN



VID

**STIPENDIAT-
STILLING** med fokus
på overføring av pasien-
ter innen helsevesenet

SØKNADSFRIST: 01.12.19 STED: OSLO



Scan qr-kode for flere
ledige stillinger på nett

FINNES DET EN ETISK RISIKOSONE FOR SYKEPLEIERE?



Berit Liland

Medlem av Rådet for sykepleieetikk og intensivsykepleier, Akershus universitetssykehus



Kristin Haugen

Medlem av Rådet for sykepleieetikk og universitetslektor/ph.d.-stipendiat, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik



Lise Gram Dokka

Medlem av Rådet for sykepleieetikk, geriatrisk sykepleier i Skien kommune

Vi skal stoppe opp når vi kjenner at vi går på akkord med profesjonsetikken, og vi må ha mot til å sette etikk på dagsordenen.

Arne er en erfaren sykepleier som jobber på lungeavdelingen på et sykehus. På en kveldsvakt ser han at pasienten han er primærkontakt for, er svak og har kort tid igjen å leve. Han ber lederen sin om å leie inn en ekstravakt for natten. Lederen mener det er forsvarlig å la pasienten ligge alene hvis bare nattevakten kikker innom med jevne mellomrom. Vakten til Arne går mot slutten, og pasienten er urolig og virker engstelig. Arne kjenner på en sterk tvil. Skal han gå hjem og overlate ansvaret til nattevakten, eller trosse leders beslutning og selv ringe etter ekstrahjelp? En annen mulighet er at han selv fortsetter som ekstravakt for pasienten utover natten (1).

Når noe går galt i helsevesenet, leter vi etter årsaker. Av og til bryter handlingene med sykepleiers etiske grunnlag: respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (2).

Media har i det siste satt søkelyset på hvordan helsetjenesten ivaretar den gamle pasienten i livets siste fase. «En uverdig siste reise» er overskriften i VG på den triste historien om Karen Anna på 90 år, som i livets siste timer opplevde å bli sendt mellom tre ulike institusjoner i løpet av 26 timer (3). Slike oppslag, og saker som Rådet for sykepleieetikk mottar, har fått oss til å reflektere over om det også finnes en etisk risikosone for sykepleiere.

Risikabel hverdag. Den daglige sykepleieutøvelsen

utøves i mange tilfeller under trange kår. Krav til effektivisering, stadige omstillinger og en sterk systemlojalitet er ofte rådende (4). Høy risiko for avvik og uønskede hendelser er en del av hverdagen for sykepleiere (5). Daglig møter vi på vanskelige valg og etiske dilemmaer i jobben vår.

Rådet mottar rundt hundre saker i året som bare viser en liten andel av hva sykepleiere faktisk står i.

Eksempler på slike etiske dilemmaer er: Hvordan håndtere situasjoner der pårørende har sterke meninger på tvers av pasientens eget ønske? Hvor går grensen mellom tvang og helsehjelp overfor mennesker med manglende evne til egenomsorg? Hvor går grensen for livsforlengende behandling? Hvordan prioritere når avstanden mellom pasientenes behov og tilgjengelige ressurser er stor?

Sykepleiere jobber i et felt der grunnleggende etiske verdier hele tiden står på spill, og der finnes

en risiko for at maktmisbruk og krenkelser kan skje (4, 6). Kanskje er det på tide at den etiske kvaliteten også settes i fokus når risikovurderinger skal gjennomføres?

Når befinner vi oss i en etisk risikosone? Å være i en risikosone forbindes som regel med å befinne seg i et felt hvor det kan forventes at uforutsette hendelser kan inntreffe. Hendelsene defineres som uønskede, fordi de har konsekvenser for noe som er av verdi for

«Sykepleiere jobber i et felt der grunnleggende etiske verdier hele tiden står på spill.»

«Når vi lever oss inn i pasientens eller pårørendes situasjon, kan vi skjønne hva som står på spill for den andre.»

oss. Konsekvensene det snakkes om, er som oftest knyttet til tap av liv, helse, miljø og økonomiske verdier (7). Den etiske risikozonen definerer vi som det øyeblikket der vi kjenner at etiske verdier står på spill, og vi oppdager at vi står overfor et vanskelig valg eller et etisk dilemma.

Utfallet av vårt valg kan få uønskede konsekvenser for pasienten. La oss gå tilbake til historien innledningsvis om sykepleier Arne. Hva kan være en etisk risiko i denne situasjonen? Arne går hjem fra vakt med en sterk tvil om det riktige er blitt gjort. Den gamle mannen kan komme til å dø alene, uten at noen er til stede for å gi smertestillende når han trenger det, og uten en hånd å holde i når han føler seg utrygg. Hvor ligger ansvaret for at denne pasienten skal få en verdig død?

Når vi leser om dårlig pasientbehandling i mediene, slik som historien om Karen Anna, om pasienter med demens som blir sendt hjem fra sykehuset i pyjamas og tøfler, og beboere i sykehjem som blir bedt om å tisse i bleien fordi ingen har tid til å følge dem på toalettet, så undrer vi oss over hvordan dette kan skje. Vi tror at sykepleiere som har vært involvert i disse situasjonene, har kjent på en tvil eller hatt en dårlig magefølelse for beslutningene og valgene som har blitt tatt.

Noen ganger kan det bare være en følelse som gir oss det første signalet om at om at vi er i ferd med å gå inn i en etisk risikozone: Følelsene kan fungere som våre moralske ressurser. Når vi lever oss inn i pasientens eller pårørendes situasjon, kan vi skjønne hva som står på spill for den andre. Gjennom følelsesmessige og kognitive avveininger kan vi bedre se hvordan vi kan være til hjelp (8).

Omsorgsfull hjelp mangler. Som sykepleiere har vi plikt til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Faglig forsvarlig sykepleie innebærer at vi gjør faglige, juridiske og etiske vurderinger. Hver av disse faktorene er nødvendige, og de henger nøye sammen. Men dersom én av faktorene ikke er til stede, kan en ikke vurdere situasjonen eller handlingen til å være forsvarlig sykepleie (5).

Omsorgsfull hjelp betyr at vi utøver sykepleie med omsorg og omtanke og sikrer at pasientens integritet ikke krenkes (5). Vår erfaring i Rådet er at etikk og omsorgsfull hjelp ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet.

Pasientombudet rapporterer også årlig om hendelser hvor pasienter og pårørende opplever at omsorgsfull hjelp ikke er tilstrekkelig ivaretatt. I sin årsmelding fra 2018 viser ombudet til at 57 prosent av alle henvendelsene dreier seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten og behandlingen. Her nevnes det i vesentlig grad om manglende omsorg, kommunikasjon og informasjon samt manglende brukermedvirkning. Det er historier der pasienter og brukere ikke føler seg sett eller hørt av helsepersonell. Det rapporteres også om direkte dårlig oppførsel fra helsepersonell, og ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk (9).

Hvordan kan vi gjøre etiske risikovurderinger? Viktige spørsmål i risikoarbeid er: Hva kan vi gjøre for å hindre at hendelser inntreffer? Hvordan kan vi jobbe for å redusere risikoen og jobbe lærende?

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har søkelys på ulike innsatsområder for forbedringsarbeid. Det vises til at forbedringsarbeid som faktisk fører til en endret praksis, kan være krevende, og det

ETISK REFLEKSJONS-MODELL

Fakta i saken	Det etiske problem Verdier under press Foreskrifter, retningslinjer, lovverk	Berørte parter	Handlingsalternativer	Mulige råd og løsninger
<i>Hjelpespørsmål:</i> Hva vet vi om saken? (Ikke synse, men beskrive de konkrete fakta)	<i>Hjelpespørsmål:</i> Hva med det etiske problemet/ problemene? (Hva bør jeg gjøre og på bekostning av hva?)	<i>Hjelpespørsmål:</i> Hvem er de berørte partene i saken? Hvordan berøres de av saken? Hva er deres syn på saken?	<i>Hjelpespørsmål:</i> Hvilke valgmuligheter og handlingsalternativer ser vi?	<i>Hjelpespørsmål:</i> Kan vi prioritere alternativene? Hva skal veie tyngst og hvorfor når jeg ser alt under ett?

MODELL: NSF har en femtrinnsmodell som skal hjelpe sykepleiere til å ta valg i etiske dilemmaer. Se mer på yrkesetikk.nsf.no

er avgjørende at det jobbes systematisk med tiltak over tid (10). Den etiske risikovurderingen bør derfor ha en naturlig plass i dette systematiske arbeidet. Den enkelte sykepleier har et selvstendig ansvar for å sikre at sykepleien som utøves er etisk forsvarlig. Vi er forpliktet til å gjøre vel, ikke skade andre, vise respekt for pasientens autonomi og foreta vurderinger opp mot rettferdighetsprinsippet. I praksis må vi da kunne identifisere hvilke grunnleggende verdier som står på spill i ulike pasientsituasjoner og ta ansvar for å sikre at omsorgsfull sykepleie ivaretas.

Etisk refleksjonsmodell som verktøy. Ulike tiltakspakker med sjekklister som verktøy implementeres i pasientsikkerhetsarbeidet for å forebygge uhell og skade (10). Det er også på tide at verktøy knyttet til etisk refleksjon implementeres som en varig ordning. En etisk refleksjonsmodell fungerer som en sjekklister, der hensikten er å sikre at omsorgsfull sykepleie og den etiske komponenten i faglig forsvarlig sykepleie er godt ivarettatt.

NSF har en femtrinnsmodell. Verktøyet kan hjelpe den enkelte sykepleier til å: identifisere et etisk dilemma, oppsummere fakta i saken, se hvilke berørte parter som er involvert, peke på hvilke verdier som står på spill og sist, men ikke minst angi hvilke handlingsalternativer og mulige løsninger (1).

Møteplasser for tverrfaglig etisk refleksjon. La oss igjen gå tilbake til fortellingen om sykepleier Arne. Det Arne opplever som uetisk i situasjonen, kommer bare frem hvis han snakker høyt om det og stiller åpne spørsmål som: «Hvordan skal vi behandle døende på vår avdeling?»

Hvis Arne går hjem uten å diskutere (annet enn med nattevakten) om det er riktig at den døende ikke har noen hos seg, blir ikke det etiske spørsmålet satt på dagsorden. Pasienten kan dø i ensomhet uten at det blir en åpen diskusjon om hva sykepleier Arne, resten av personalet og ledelsen ved avdelingen mener er det riktige å gjøre. Dermed blir det også rom for at denne praksisen ved avdelingen kan fortsette.

Sykepleiere har, ifølge yrkesetiske retningslinjer, et ansvar for å bidra til etisk refleksjon, og vi gjennomfører dette i mange praksissituasjoner gjennom arbeidsdagen vår. Enkelt sykepleier og ildsjel kan være pådriver, men skal etisk risikovurdering virkelig tas på alvor, må det settes i system. Det er først og fremst ledere som har ansvaret for å etablere systemer og legge til rette for at slike møteplasser blir varige tiltak. Å foreta en klok vurdering av hva som er det beste, mest riktige og rettferdige når alt kommer til alt, krever at vi kommer sammen.

Etiske dilemmaer kan også befinne seg i

«God etisk praksis handler også om holdninger, verdier og ferdigheter hos den enkelte medarbeider.»

FINNES DET EN ETISK RISIKOSONE FOR SYKEPLEIERE?

skjæringsfeltet mellom yrkesgrupper, og vi kan ofte oppleve at det er vanskelig å finne klare svar på verdikonflikter. Et viktig tiltak er derfor at møteplassene som etableres, er tverrfaglige (6, 11).

God etisk praksis handler også om holdninger, verdier og ferdigheter hos den enkelte medarbeider. Pasientombudet viser til at slike ferdigheter i mange tilfeller er mangelfulle. Etablerte møteplasser for refleksjon kan bidra til å styrke etisk kompetanse, samt utvikle en tilbakemeldingskultur hvor det også er rom for å si fra når en kollega ikke opptrer som en bær (6).

Å melde avvik for etisk svikt. Vår erfaring er at avvik som regel meldes når det gjelder faglige feil eller feil ved medisinsk teknisk utstyr som kan gå ut over pasientenes liv og helse. Kan avvik også meldes når vi mener at behandlingen ikke er etisk forsvarlig? Kan det bidra til å fokusere på pasientens rett til omsorgsfull pleie og til en verdig død? Det er ikke et enkelt og klart svar på dette. Det er, som vi har vist til tidligere, ofte sammensatte årsaker, og det er avgjørende at både juridiske, faglige og etiske forhold kommer frem i lyset når vi foretar en vurdering. Det betyr at vi må se på om omsorgsfull hjelp og grunnleggende etiske verdier som respekt, selvbestemmelse og verdighet er ivarett.

Dersom vi ikke melder videre når noe av dette svikter, får vi heller ikke kartlagt alle årsaker og iverksatt nødvendig forbedringsarbeid. På den annen side vet vi at mange sykepleiere kjenner avmakt når det gjelder å rapportere avvik. Sykepleiere forteller Rådet om enkeltsaker hvor gjentatte avvik er meldt over tid uten at disse er tatt på alvor av ledelsen, og det er alvorlig.

I noen saker som Rådet mottar, beskriver

sykepleiere at de også kjenner på moralsk stress slik en kan tenke seg at Arne gjør. Dette er en subjektiv opplevelse av utilstrekkelighet og avmakt. Moralsk stress kan oppstå når vi mener å vite hva som er det etisk riktige handlingsalternativet, men noe hindrer oss i å utføre det. Når viktige verdier ikke får plass, reagerer min moralske samvittighet. Dette kan skyldes årsaker som tidspress, sengemangel, personalmangel, kompetansemangel, ukultur og dehumanisering (4).

Etisk handlekraft i sykepleie. Vi har pekt på at det eksisterer en etisk risikosone for sykepleiere. Hva betyr dette for deg som sykepleier? Vi har vist til at sykepleiere har et selvstendig ansvar for å sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som preges av omsorg, omtanke og respekt. Det betyr at vi må være spesielt oppmerksomme på den etiske risikozonen vi er i ved å ha blick for de sårbare.

Helt konkret må vi som sykepleiere sikre at etiske verdier også er med når risikovurderinger skal gjennomføres. Og hvordan kan dette gjøres? Vi kan benytte en etisk refleksjonsmodell som et konkret verktøy i enkeltsituasjoner. For å få til forbedringer i praksis er det avgjørende at etiske risikovurderinger settes i system. Tverrfaglige møteplasser for etisk refleksjon må etableres som et varig tiltak.

Etisk handlekraft i sykepleie er Rådet for sykepleieetikken sin visjon. Vi må stille spørsmål som: Hvordan sikrer vi respekt og omsorgsfull hjelp på vår arbeidsplass? Dersom vi var sykepleier Arne, ville vi vært i tvil om hva vi skulle gjøre? Hva ville vi ha gjort hos oss dersom Karen Anna hadde vært vår pasient? Etisk handlekraft innebærer at vi skal stoppe opp når vi kjenner at vi går på akkord med profesjonsetikken, og vi må ha mot til å sette etikk på dagsordenen. ●

Referanser

1. Rådet for sykepleieetikken. Yrkesetikk for sykepleiere. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <http://yrkesetikk.nsf.no/> (nedlastet 11.10.2019).
2. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/219384/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 11.10.2019).
3. Sæther AS, Mosveen E, Majid S, Haram O. Den siste reisen. Oslo; VG; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/spesial/2019/den-siste-reisen/> (nedlastet 11.10.2019).
4. Aakre M. Jakten på dømmekraft: praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
5. Norsk Sykepleierforbund. Forsvarlighet – Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3506829/569797/Forsvarlighet-Om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie> (nedlastet 11.10.2019).
6. Eide T, Aadland E. Etikkhåndboka: for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Oslo: Kommuneforlaget; 2008.
7. Store norske leksikon. Risiko. 26.09.2019. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/risiko> (nedlastet 11.10.2019).
8. Brinchmann BS. Etikk i sykepleien. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
9. Pasient- og brukerbudet. Årsmelding 2018. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/pasient-%20og%20brukerbudet/Nasjonal%20%C3%A5rsmelding%20Pasient-%20og%20brukerbudet%202018.pdf> (nedlastet 11.10.2019).
10. Helsedirektoratet. I trygge hender 24-7 og pasientsikkerhetsprogrammet. Oslo; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/> (nedlastet 17.09.2019).

ETTERPÅ

Når noe har gått galt

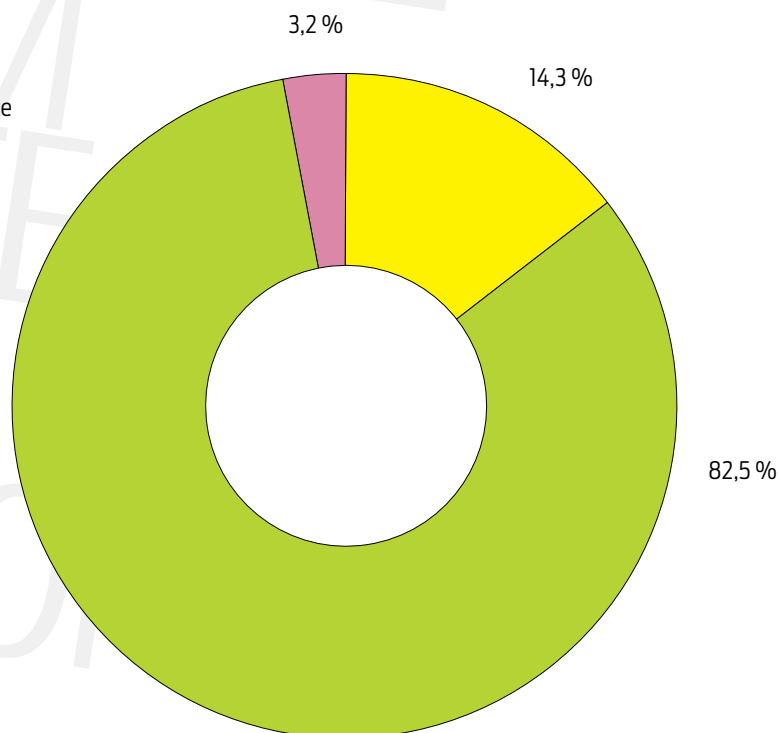
På akuttmottaket døde en pasient fordi ingen hadde tid til å se til ham.

Da Marta skulle inturbere under et keisersnitt, havnet tuben i spiserøret.

Sykepleiere forteller om hva som har skjedd i avdelingen og om feil de gjorde. Og om hvordan de kom seg videre.

FIGUR 1: Har du noensinne vært involvert i en hendelse som førte til faktisk personskade? N=1481

- Ja
- Nei
- Ønsker ikke å svare



«Jeg tok en ferdigblandet sprøyte som skulle settes oralt, og **satte den i CVK**»

I Sykepleiens undersøkelse forteller noen av sykepleierne om feil de har gjort, som har ført til personskade. 38 av hendelsene førte til dødsfall, oppgir de.

• Tekst Ann-Kristin B. Helmers

«Jeg tok en ferdigblandet sprøyte som skulle settes oralt og satte den i CVK», forteller en.

To andre svar for Sykepleiens undersøkelse lyder slik:

«Feil dose [av medikament], pasient døde. Pasient var alvorlig syk og kom til å dø, men for stor dose fremskyndet døden».

«Pasienten falt og brakk lårhalsen. Døde mest sannsynlig på grunn av komplikasjoner etter dette».

I spørreundersøkelsen (se faktaboks) der historiene kommer frem, har sykepleiere blitt spurt om de har vært involvert i en hendelse som førte til faktisk pasientskade.

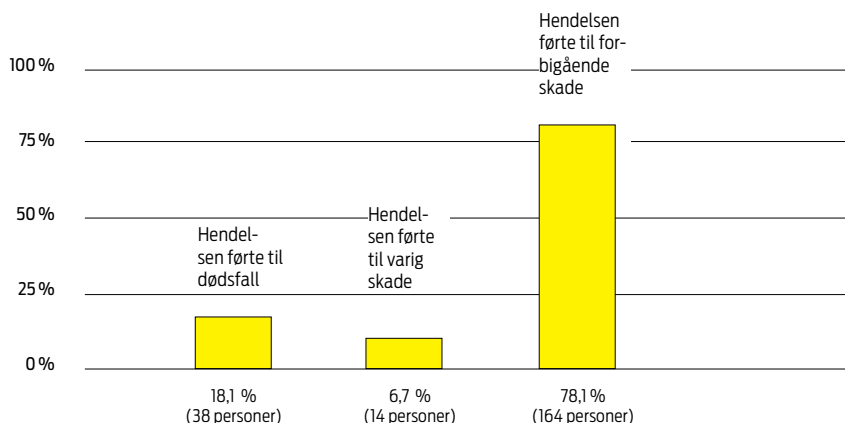
OM UNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 10 000 sykepleiere fra et randomisert uttrekk av Norsk Sykepleierforbunds medlemsregister.

2008 personer har besvart undersøkelsen, 1410 av dem har besvart den fullstendig.

Undersøkelsen ble sendt ut på e-post. Det ble sendt ut to påminnelser. Det ble gitt informasjon om at undersøkelsen var helt anonym og at redaksjonen tar ansvar for at kommentarer eller fortellinger som blir gjengitt ikke skal kunne føres tilbake til aktørene.

FIGUR 2: Hvor alvorlig var hendelsen du var involvert i? (Dersom du har vært involvert i flere kan du krysse av for flere svar). N=210



8 AV 10 HAR IKKE VÆRT INVOLVERT

211 av vel 1400 sykepleiere i undersøkelsen bekrefter at de har vært involvert i en hendelse som førte til personskade (se figur 1). 38 av sykepleierne svarer videre at hendelsen førte til dødsfall (se figur 2).

Det store flertallet, vel 1200 sykepleiere, altså cirka 8 av 10, svarer imidlertid at de ikke har vært involvert i en slik hendelse. 3 prosent ønsker ikke å svare.

Sykepleieren oppfordret i undersøkelsen de som svarte ja på at de hadde vært involvert i en hendelse som førte til personskade, om å fortelle litt mer om hendelsen. Over 100 av sykepleierne valgte å utdype gjennom fritekstsvar.

Undersøkelsen er anonym, og Sykepleieren kjenner ikke til hvem som har fortalt det som kommer frem i historiene. Vi publiserer et utvalg av historiene, hvor omstendighetene er anonymisert.

VANSKELIG SAMARBEID

Samarbeid er ett av temaene som blir

nevnt i flere av historiene. En sykepleier forteller følgende om et dødsfall:

«Lege trodde ikke på sykepleier om hvor dårlig pasienten var. Da det til slutt ble oppdaget av legen, døde pasienten kort tid etter.»

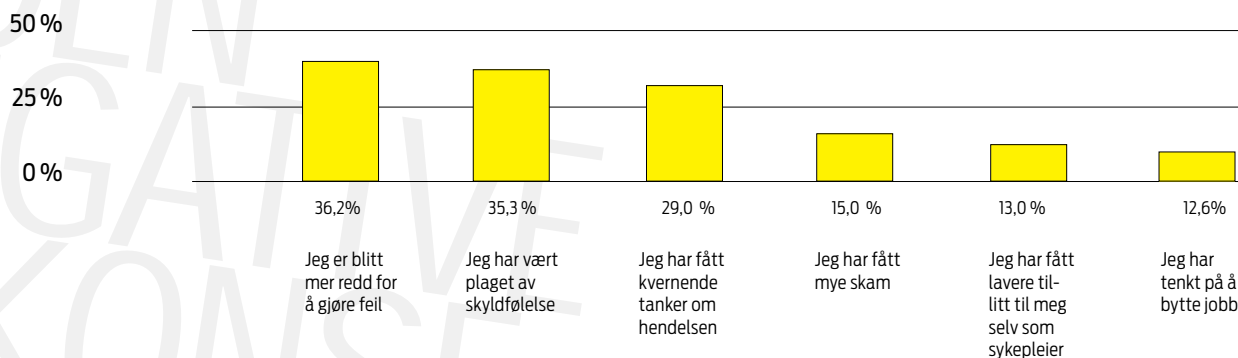
En sykepleier forteller at svikt i et hjelpemiddel førte til at pasienten falt og brakk lårbeinet. Sykepleieren beskriver å komme inn i en uoversiktlig situasjon, og mener at situasjonen kanskje hadde blitt taklet bedre dersom personalet var fagutdannet og sykepleieren selv ble mindre stresset.

DOBBEL DOSE INSULIN

En av sykepleierne forteller dette fra en kveldsvakt:

«Hadde kollega på opplæring for å sette insulin. Jeg var ukonsentrert og sjekket ikke dokumentasjon før kollega satte langtidsvirkende insulin. Da jeg etterpå så over at alt var i orden, oppdaget jeg at en kollega som var hos pasienten tidligere allerede hadde satt dosen med insulin.

FIGUR 3: Har hendelsen fått noen av følgende negative konsekvenser for deg? N=207



Legevakt ble kontaktet. Pasienten måtte inn for observasjon over natten.»

DELT OM KONTAKT FRA LEDELSEN ETTER HENDELSEN

De 211 sykepleierne som oppga å ha vært involvert i hendelser som har ført til faktisk personskaade, ble spurt

om oppfølgingen i etterkant av hendelsen: Nærmere halvparten svarer at nærmeste leder ikke tok kontakt etter hendelsen. Omtrent like mange oppgir at lederen tok kontakt.

På spørsmålet «Opplevde du at du fikk hjelp til å håndtere opplevelsen etterpå?», var flere svaralternativer mulige.



Historier fra spørreundersøkelsen

Dårlig opplæring på smertepumpe. «Jeg fikk dårlig opplæring på et sykehus i stell av epidural smertepumpe: Bare tørrtrening, og ikke på pasienten som var innlagt på sykehuset. Jeg skulle få opplæring sammen med en annen sykepleier, men hun kunne ikke bli med. Jeg jobbet nok ikke sterilt nok, var veldig stresset i situasjonen, og pasienten ble dårligere og sendt på sykehuset igjen. Pasienten døde på sykehuset etter noen uker.»

Ga morfin, men med en klump i magen. «På anordning fra lege ble det først gitt en dose morfin. Da denne ikke hadde virkning, tok jeg kontakt med legevakt. Han forordnet samme dose en gang til. Da jeg stilte meg kritisk til dette, fikk jeg beskjed om at det skulle gis, og at det ikke ville være farlig. Ga dosen som legen hadde forordnet med en klump i magen», forteller en sykepleier.

Kort tid etter at dosen var satt, fikk sykepleieren ny beskjed: Dosen skulle ikke gis likevel.

«Da var det for sent», skriver sykepleieren. Lege var da på vei med nalokson, ettersom de ikke hadde dette inne.

«Kort tid etter fikk pasienten respirasjonsdepresjon. Lege ankom tide og motgift ble gitt. Pasienten kom til seg selv uten varig skade.»

Flere forteller om fall. «Glemte å sette på sengealarm. Pasient falt, ble lettere skadet.»

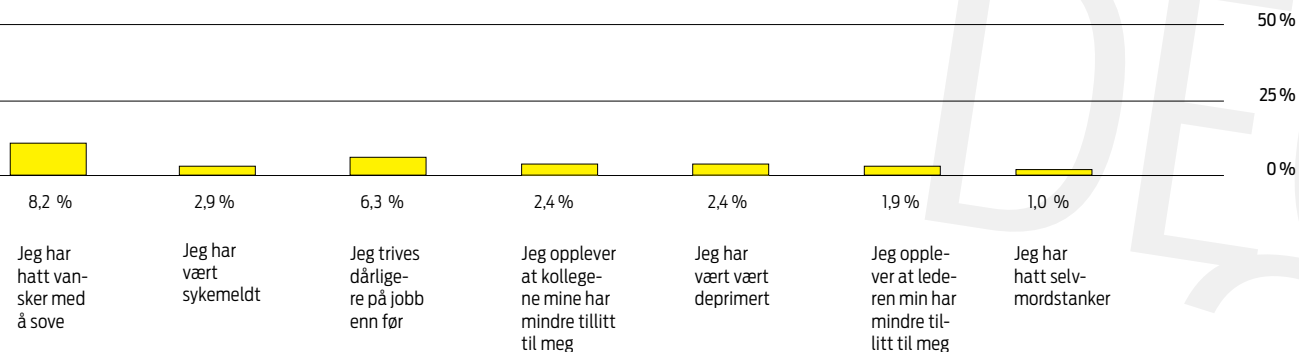
«Førte en pasient med falltendens på toalettet (uten fall). Hentet et nytt innlegg da pasienten synkoperte. Endte det med brudd i armen og ben og flere uker på sykehus.»

«[...] Fraktur som følge av fall. Ikke nok bemanning til å passe på alle. To stykker på dagvakt som skal passe på åtte pasienter, hvor flere trenger to i stell. De andre sitter på stuen uten tilsyn. De reiser seg og går og faller uten at noen ser det.»

«Pasient falt på gulvet under mobilisering.»

«Glemte å sette på sengealarm. Pasient falt, ble lettere skadd.»

Intravenøst, ikke per os. «Medisin ble gitt intravenøst istedenfor per os. Pasienten fikk kraftig blodtrykksfall, men lege kom raskt, og det hele roet seg. Men pasienten døde noen timer etterpå. Det ble presisert at det ikke hadde noe med



Halvparten fikk hjelp gjennom uformelle samtaler med kollegaer, mens 1 av 3 krysset her av på «Ja, jeg fikk oppfølging av min leder». 3 prosent har aldri fortalt om opplevelsen til noen, og 1 av 4 svarer «Nei, i liten grad» på om de opplevde å få hjelp til å håndtere opplevelsen etterpå.

NEGATIVE KONSEKVENSER

Flere av sykepleierne har opplevd negative konsekvenser i kjølvannet av hendelsen som førte til personskade. Kvernende tanker, skam og skyldfølelse er ikke uvanlig blant disse sykepleierne. «Jeg er blitt mer redd for å gjøre feil», svarer flere (se figur 3). ●

feilen jeg gjorde. Pasienten var i utgangspunktet svært syk. Jeg fikk god oppfølging og støtte både av kolleger og pårørende. Likevel, det var en helt grusom opplevelse.»

Fikk brannså. Enkelte forteller i svært korte ordelag om hendelsen de har vært involvert i:

«En hjelpepleier ga feil medisin på min vakt. Pasient falt. Endte fatalt.»

«Pasient falt ut av venteliste.»

«Hadde for varmt vann i varmepute, pasienten fikk brannså.»

«Vakthavende lege kom ikke da han ble ringt. Pasienten hadde en hjerneblødning og døde noen timer etterpå.»

Feil dose, feil pasient, feil medisin. «Feil-medisinering. To pasienter med samme fornavn. Stress i avdelingen, urolig og forvirret pasient.»

«Lege ordinerte feil medisin, og undertegnede administrerte den til pasienten. Pasienten fikk respirasjonsstans.»

«Feil innstilling på insulinpumpe til et barn.»
«Det har hendt flere ganger at jeg har glemt å gi medisiner som er utenfor de vanlige tidene.»

«Feil dosering av legemiddel. Ble ikke oppdaget av den som kontrollerte medisin jeg hadde lagt opp i dosett. Kontroll ble ikke gjort av sykepleier, men av vernepleier.»

Ga for mye metadon til en pasient som ble veldig dårlig.

Båre klappet sammen. «Leiringsskade i forbindelse med langvarig kirurgi. Pasienten hadde en økt risiko som teamet ikke var tilstrekkelig informert om. Teamet kunne kanskje gjort ytterligere tiltak hvis dette hadde vært tema som ble tatt opp i teamet på forhånd.»

«Ambulansebåre/-stol har klappet sammen eller veltet ved noen anledninger.»

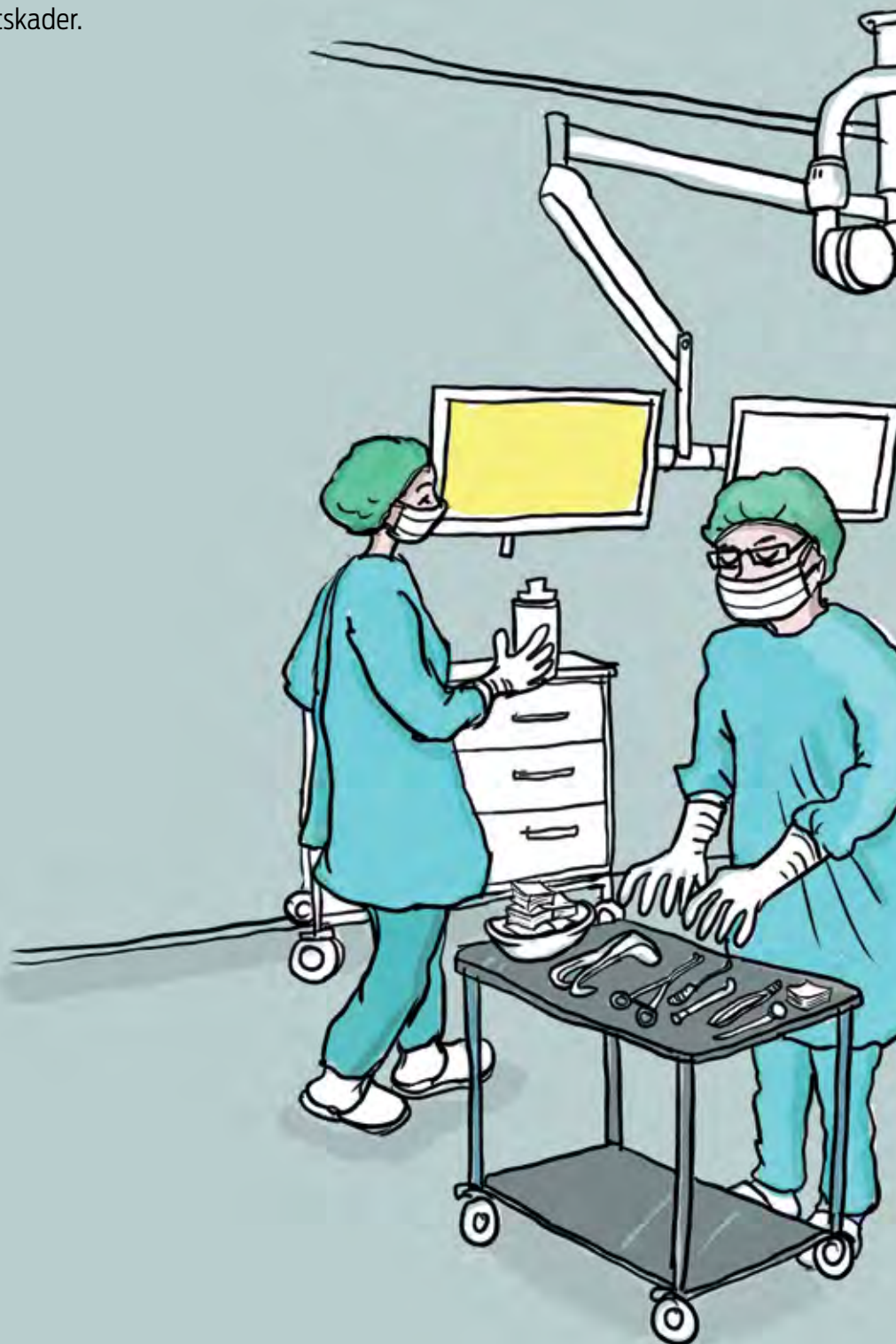
fra spørreundersøkelsen

Noen av svarene er forkortet av hensyn til anonymitet



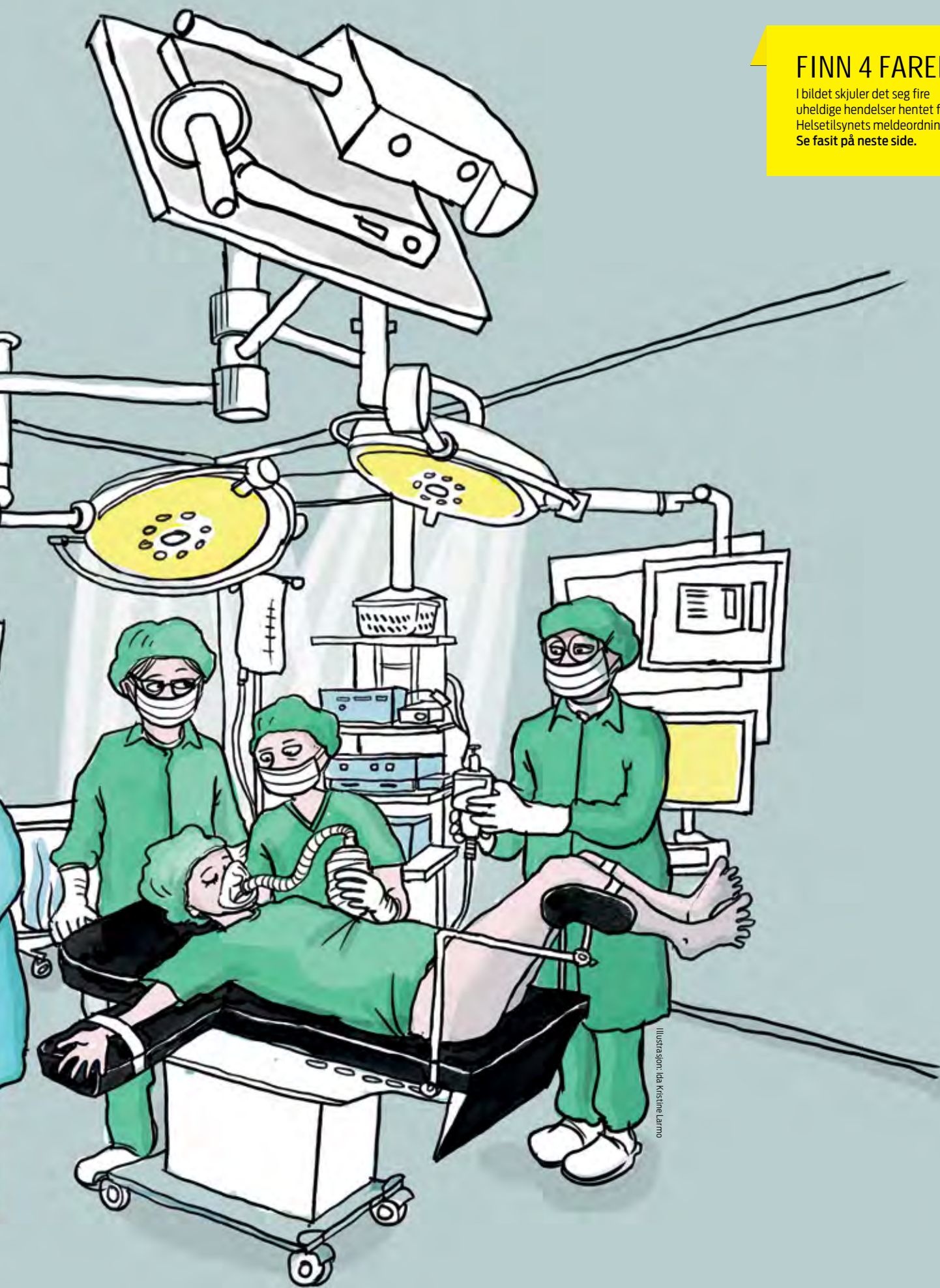
Uheldige hendelser ved kirurgi

Skader knyttet til kirurgi er den nest hyppigste for pasientskader generelt og topper Helsedirektoratets statistikk for alvorlige pasientskader.



FINN 4 FARER

I bildet skjuler det seg fire uheldige hendelser hentet fra Helsetilsynets meldeordning. Se fasit på neste side.



Illustrasjon: Ida Kristine Larimo

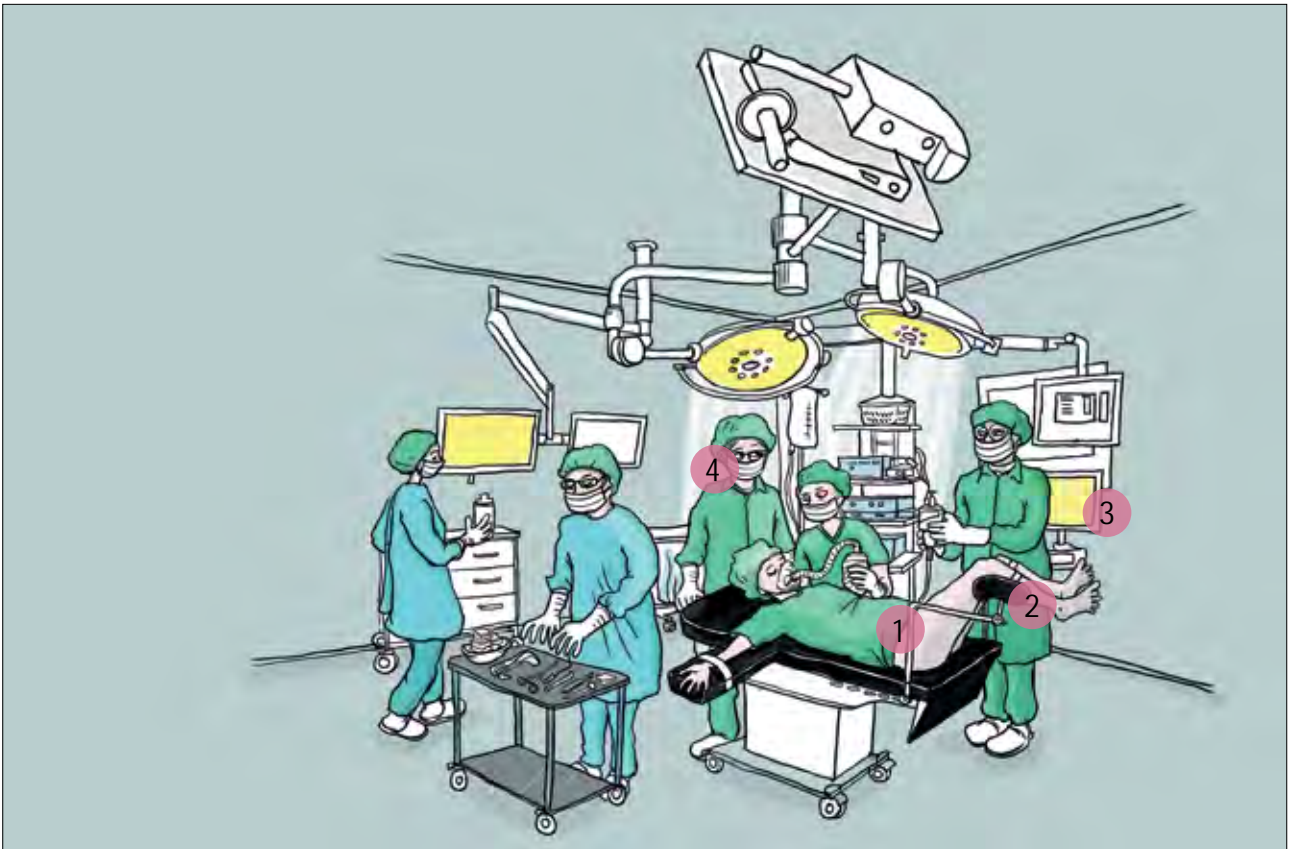
FASIT

1. Pasienten har ikke fått lagt inn urinkateter før operasjonen. Hun får overfylt blære og mulig varig inkontinensproblemer som følge av dette.
2. Pasienten er uheldig leiret og utvikler nerveskader etter langvarig leiring i beinholdere.
3. Blodprøvesvarene i journalen er fra feil pasient.
4. Operasjonen kunne ha vært utført tidligere, med bedre prognose, men bildene fra CT-kontrollen har blitt liggende usett på grunn av kommunikasjonssvikt.



Helsedirektoratet har skrevet en rekke læringsnotater basert på hendelser som disse. Skann QR-koden og les på nettsiden.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.



Helsetilsynet kan gi en rekke reaksjoner

I 2018 mistet ni sykepleiere sin autorisasjon på grunn av helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen.

• Tekst Kari Anne Dolonen



«Vi legger blant annet vekt på hvor alvorlig pliktbruddet er.»

Tore Berg-Vingen
Seniorrådgiver i Helsetilsynet

I fjor mistet totalt 155 helsepersonell til sammen 160 autorisasjoner. Den hyppigste årsaken til at Helsetilsynet kaller tilbake autorisasjoner er som før – misbruk av rusmidler og atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Når det gjelder helsepersonell som mister autorisasjonen på grunn av svikt i medisinske eller pleiefaglige kunnskaper, var det kun elleve helsepersonell som mistet autorisasjonen med denne begrunnelsen som eneste årsak. Det er ikke uvanlig at en autorisasjon trekkes tilbake ut fra flere årsaker.

I 2018 mistet totalt 59 sykepleiere sin autorisasjon. I ni saker var helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen en av årsakene til tap av autorisasjon. Ti leger og sju helsefagarbeidere mistet også sin autorisasjon med svikt i yrkesutøvelsen som en av årsakene i fjor.

HELSETILSYNETS VURDERINGER

Det er Fylkesmennene som følger opp de fleste tilsyn og bekymringsmeldinger som kommer fra kommuner, sykehus, pårørende og pasienter. Men det er bare Helsetilsynet sentralt som kan gi en administrativ reaksjon. Når Helsetilsynet skal vurdere om de skal gi en slik reaksjon, tar de blant annet utgangspunkt i helsepersonelloven og kommentarene til denne loven.

Seniorrådgiver i Helsetilsynet, Tore Berg-Vingen, er en av dem som gjør slike vurderinger. Han er selv utdannet sykepleier.

– Alle som jobber med tilsyn hos oss, må sette seg godt inn i lovverket. Når vi vurderer om det skal gis en administrativ reaksjon, støtter vi oss blant annet på kommentarene til lovteksten, sier han.

Ifølge seniorrådgiveren er en av årsakene til det at sakene skal bli likt vurdert.

HVOR ALVORLIG ER PLIKTBRUDDET?

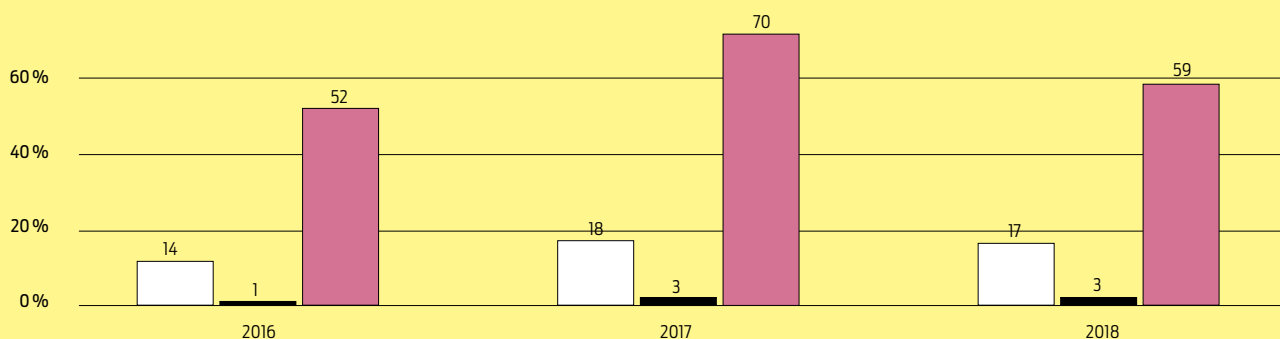
Utgangspunktet er at Helsetilsynets reaksjoner skal fremme sikkerheten, kvaliteten og tilliten til helsetjenesten.

– Vi legger blant annet vekt på hvor alvorlig pliktbruddet er, og om det var et enkeltstående tilfelle eller om pliktbruddet ligger langt tilbake i tid, sier Berg-Vingen.

Helsetilsynet ser også på om arbeidsgiveren har lagt forholdene til rette, slik at helsepersonellet har mulighet til å oppfylle sine plikter. I tillegg vurderer Helsetilsynet om helsepersonellet har fulgt de prosedyrene og instruksene som gjelder.

– I noen saker vil det også være viktig å vurdere om helsepersonellet har erkjent pliktbruddet, og på bakgrunn av det har

Tallene viser hvilken type reaksjoner sykepleiere har fått fra Helsetilsynet de siste tre årene. Noen sykepleiere kan ha fått mer enn en reaksjon.



forbedret sin yrkesutøvelse i tråd med lovkravene, sier Berg-Vingen.

DE VANLIGSTE REAKSJONENE

Helsetilsynet har muligheten til å gi flere typer reaksjoner – både til virksomheter og det enkelte helsepersonell.

Her er en kort oversikt over reaksjoner som kan gis:

Advarsel. Dette er den minst strenge reaksjonen og er lagt under helsepersonellovens paragraf 56. I fjor ga Helsetilsynet 117 advarsler. 78 advarsler gikk til leger, 17 til sykepleiere og ni advarsler ble gitt til helsefagarbeidere.

Begrensning i autorisasjon. Helsetilsynet kan begrense et helsepersonells autorisasjon. En slik begrensning kan også gjøres i tilfeller der helsepersonell, til tross for at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, anses som skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning.

Tilbakekall av autorisasjon. Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon dersom helsepersonellet er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig. Årsaker kan være alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket,

bruk av alkohol, narkotika eller midler med liknende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove lovbrudd eller atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B. Hvis Helsetilsynet mener at legers eller tannlegers rekvirering av legemidler i gruppe A og B er uforsvarlig, kan de helt eller delvis kalle tilbake retten til å rekvirere slike legemidler for all tid, eller for en periode. Det samme gjelder for annet helsepersonell som har begrenset rett til å rekvirere legemidler.

Tvangsmulkt, retting av forhold og stenging av virksomhet. En administrativ reaksjon overfor virksomheter i helse- og omsorgstjenesten kan være pålegg om å rette på forholdene, eller om at virksomheten må stenge. Statens helsetilsyn kan også gi tvangsmulkt til virksomheter i spesialisthelsetjenesten som ikke følger et pålegg. Lovverket som benyttes i slike reaksjoner er blant annet helse- tilsynsloven paragraf 8 og spesialisthelsetjenestelovens paragraf 7.

En tvangsmulkt kan være et engangsbeløp, eller være løpende for hver dag, uke eller måned som går ut over fristen virksomheten har fått for å ordne opp i

- Advarsel
- Begrenset autorisasjon
- Tilbakekall autorisasjon

forholdene. Pengene som kommer inn, havner i statskassen.

Straffeloven. Helsepersonell som med vilje eller som uaktsomt overtrer bestemmelser i helsepersonelloven, kan straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Helsetilsynet kan med andre ord politianmelde forhold som de blir varslet om, eller som de selv oppdager. Eksempler på slike forhold kan være: Urettmessig bruk av tittel, praktisering uten autorisasjon, seksuelle overgrep mot pasienter, markant uforsvarlig behandling, markant uforsvarlig alternativ behandling, brudd på taushetsplikt og urettmessig tilegning av taushetsbelagte opplysninger (snoke-bestemmelsen).

Statens helsetilsyn kan i tillegg anbefale foretaksstraff mot virksomheter i henhold til straffeloven paragraf 27 og 28.

REAKSJONER MOT VIRKSOMHETER

I 2018 politianmeldte Helsetilsynet seks helsepersonell og tre virksomheter.

– Vi begjærte også påtale mot tre alternative behandlere, sier Berg-Vingen og viser til tilsynsmeldingen fra 2018.

I 2018 behandlet Statens helsetilsyn 79 saker som inkluderte 84 virksomheter i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

– Vi fant brudd på loven i 49 av de 79 sakene. I 14 av dem var det brudd på

«Helsepersonell som med vilje eller som uaktsomt overtrer bestemmelser i helsepersonelloven, kan straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.»

Straffeloven

opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten. – Sju av sakene gjaldt spesialisthelsetjenesten og sju gjaldt kommunehelsetjenesten, sier han.

I tillegg ga Helsetilsynet ett pålegg om stans av et forskningsprosjekt med hjemmel i helseforskningslovens paragraf 51 i fjor.

– Vi ga også varsel om tvangsmulkt til en virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndighetene, sier Berg-Vingen.

Det ble ikke gitt noe varsel eller pålegg om tvangsmulkt i 2018, ifølge tilsynsmeldingen fra 2018. ●

ANNONSE

Får du spørsmål om amming?

Trenger du mer informasjon og materiell om bruk av brystpumper? Vi har materiell som kan hjelpe deg i jobben din og når du gir råd til foreldre.

Bestill en manuell brystpumpe du kan vise frem, kostnadsfritt på bvc@bambino-mam.se

Har du spørsmål, er du velkommen til å ringe oss på telefon +46 8 545 180 70

MYK TRAKT

ENKEL Å RENGJØRE

ERGONOMISK HÅNDTAK

LADBAR

BPA BPS free

2in1 Electric & Manual Breast Pump

Den elektriske pumpen kan endres til manuell modus i to enkle trinn!

MAM
mambaby.com

@MAMNorge

@mambaby_nordic

Baby talk

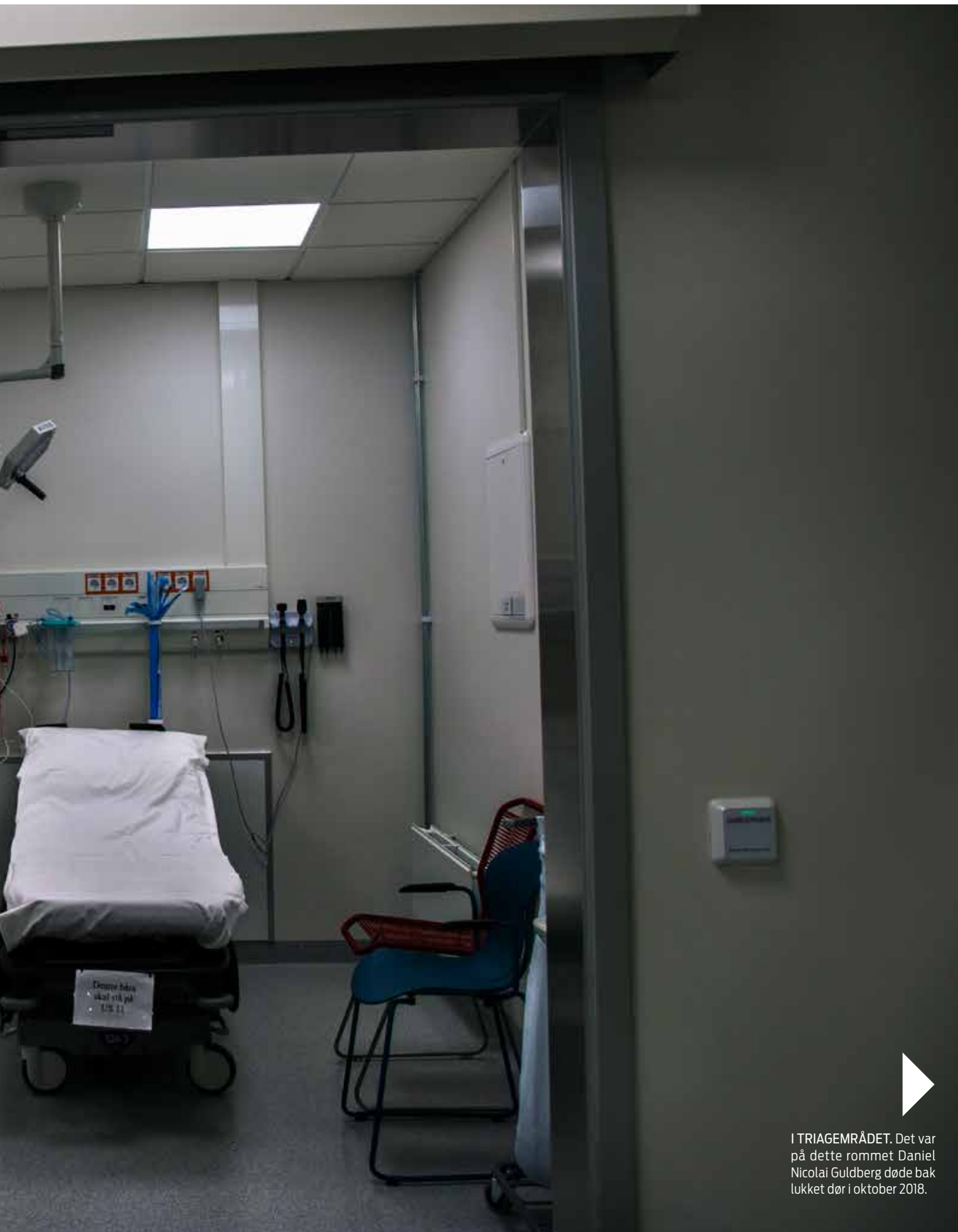
mambaby.com/no/babytalk

2758

US 11

Daniel (43) døde på akuttmottaket:

En varslet katastrofe



I TRIAGEMRÅDET. Det var på dette rommet Daniel Nicolai Guldborg døde bak lukket dør i oktober 2018.

DETTE ER SAKEN: Systemsvikt

15. oktober i 2018 døde Daniel Nicolai Guldborg (43) alene på akuttmottaket på Haukeland universitetssykehus.



- Han hadde selv utløst alarmen halvannen time før han døde, uten at noen kom.
- Alt personell var opptatt med andre pasienter med høy hastegrad.
- En student fant ham liggende livløs på gulvet.
- Hendelsen ble meldt til politiet og til Helsetilsynet.
- Fylkeslegen konkluderte med systemsvikt.
- Politiet har sendt saken videre til statsadvokaten.

Pasienten døde, uventet og alene, på et rom på akuttmottaket. Hendelsen kom i nyhetene, ansatte ble politiavhørt. Hva skjedde på arbeidsplassen etterpå?

• Tekst og foto Marit Fonn

Hva skjer på en arbeidsplass når svikt i behandlingen får fatale følger? Og mediene er på saken?

– Jeg var overrasket over beskjednen.

Samtidig tenkte jeg: «Der skjedde det vi har advart om», sier sykepleier Hans Fredrik Iversen.

Han er verneombud på akuttmottaket på Haukeland universitetssykehus og forteller om sin første reaksjon da han fikk vite hva som hadde skjedd på stedet han jobber.

Det var 15. oktober i 2018 at Daniel Nicolai Guldborg (43) døde på et rom i triageområdet. At pasienter dør i et akuttmottak, er ikke uvanlig. Men denne gangen ble dødsfallet meldt til politiet og til Helsetilsynet.

Sykehuset meldte selv. Slik er rutinen når et dødsfall er uventet eller unaturlig.

Ansatte ble ikke klandret. Pasienten, som var triagert til oransje, nest høyeste hastegrad, hadde blitt liggende alene på rommet, til tross for mistanke om akutt hjertesykdom. Han hadde selv utløst alarmen halvannen time før han døde, uten at noen kom.

Fylkesmannen i Hordaland fikk ansvaret for å gjennomføre tilsynssak. Tilsynet ble utført under ledelse av fylkeslegen. Ledelsen på sykehuset og noen som hadde hatt vakt den dagen, ble intervjuet, og politiet innkalte fortløpende til avhør.

To måneder senere kom tilsynsrapporten: Pasienten fikk ikke forsvarlig behandling, var konklusjonen. Uforsvarlig fordi han over lang tid ikke ble observert, retriagert eller fikk startet adekvat behandling.

Verken sykepleiere eller leger som var på vakt ble klandret for det som hadde skjedd. Ansvaret for svikten ble lagt på administrerende direktør og avdelings- og klinikkledere. Altså systemsvikt.

«Årsaken til svikten er samansett og er å finne i styring og leiing», står det i konklusjonen.

Og videre:

«Leiinga har over lang tid vore kjent med at pasienttryggleiken i akuttmottak ikkje har vore forsvarleg.»

Hadde varslet 114 ganger. I minst to år hadde sykepleiere og leger meldt fra om underbemanning. Vaktlegene kalte dødsfallet en varslet katastrofe, ifølge fylkeslegen, som signerte tilsynsrapporten. De hadde lenge fryktet at dette skulle skje.

– Vi hadde varslet om underbemanning 114 ganger før oktober det året, forteller Hans Fredrik Iversen, som altså er sykepleier og verneombud.

Ett år har snart gått. Iversen tar imot Sykepleien i kontorfløyen på et nyoppusset akuttmottak. Sykepleier Anita Hatlevik, som er plassstillingsvalgt, er også her.

Ingen vet om 43-åringen ville overlevd med rette behandling, skriver fylkeslegen.

– Men det er ikke poenget. Ingen skal dø alene fordi det skjer så mye samtidig at vi ikke kan være der, sier Hatlevik.

TRIAGE

- Brukes for å prioritere pasientene ut fra deres medisinske tilstand.
- Akuttmottaket i Helse Bergen bruker triageskala med fire hastegrader: Grønn, gul, oransje og rød.

UROLIG TID: De hadde varslet 114 ganger før dødsfallet, forteller verneombud Hans Fredrik Iversen. Her på traumerommet sammen med plasstillitsvalgt Anita Hatlevik.



«Vårt fremste ønske er jo å ta vare på pasienten. Da må vi være mange nok på vakt.»

Anita Hatlevik,
sykepleier og plasstillitsvalgt

– Slike hendelser er en påkjenning for dem som jobber her, konstaterer Iversen.

Han legger til:

– Når vi vet vi har gjort alt vi kunne for å redde en pasient, og så går det ikke likevel, er dødsfallet lettere å bære.

– Ja, det sitter ikke i på samme måte. Men at noen dør på den måten, kjennes ikke greit. Vårt fremste ønske er jo å ta vare på pasienten. Da må vi være mange nok på vakt, sier Hatlevik.

– Det er ikke ok å vite at noe som du har varslet om, skjer. Da er spørsmålet: Har vi et godt nok system? Vi opplevde ikke det, sier Iversen.

Verken han eller Hatlevik var på vakt da Guldberg døde den mandagen i fjor.

Svært travelt oppfattes som normalt. Mandager pleier å være travleste dag i uken. 15. oktober var også travelt, men ikke verre enn en vanlig mandag. Det har blitt en vane: «En svært travelt vakt blir nå oppfattet som en normalsituasjon som personalet må gjøre det beste ut av», står det i rapporten fra fylkeslegen.

Hatlevik, som går på videreutdanning i akuttstusykepleie, var på forelesning da hun fikk vite om dødsfallet.

– Det er ikke ok å få negativ omtale om arbeidsplassen i avisen. Her er jo masse kompetente folk, men nå fikk jeg høre: «Hva driver dere med der oppe?», forteller hun.

Bergens Tidende (BT) var først ute med nyheten. 17. oktober var overskriften: «Mann funnet død i Akuttmottaket på Haukeland».

– Jeg reagerte særlig på det siste spørsmålet i BT-artikkelen. Det lød: «Er de som hadde ansvaret

mandag kveld tatt ut av turnus?» Dette fremstår som en slags forhåndsdømming, sier Iversen.

– Var det greit at saken kom i mediene?

– For så vidt, men hvordan det kom ut, vet jeg ikke. Det ville jo blitt kjent uansett da tilsynsrapporten kom.

Lå livløs på gulvet. Alarmen pasienten hadde utløst, ble ifølge loggen kvittert ut etter 44 minutter. Men ingen vet hvem som gjorde det, eller hvorfor ingen gikk til pasienten. Det er ingen god forklaring på hva som skjedde med alarmen. Ingen så at pasienten ringte, og til fylkeslegen sier sykepleierne at de tror de ville sett det, for «alle med jamne mellomrom

AKUTT: På hver vakt er det én som fungerer som stanssykepleier. Hans Fredrik Iversen og Anita Hatlevik studerer defibrillatoren.



AKUTTMOttAKET, HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS

kikka opp på skjermar der ein slik beskjed med lyd-signal viser seg».

Det var en medisinstudent som fant Guldberg livløs på gulvet, tju minutter etter at alarmer skal ha blitt kvittert ut. Hjertestans-teamet kom til, men klarte ikke å gjenopplive ham.

Et par timer etter at 43-åringen ankom mottaket på egne bein, ble han erklært død. Antatt dødsårsak er akutt hjertesvikt.

Det var en spesiell stemning frem til rapporten fra fylkeslegen kom. Hans Fredrik Iversen og Anita Hatlevik forteller om en uro i avdelingen i tiden etterpå. Ansatte som hadde vært på vakt ble innkalt til

politiavhør, noen ganger på kort varsel. Og hva ville det stå i rapporten?

Ledere og kollegastøtter, som har fått egen opplæring, trådte til og fulgte opp de mest berørte.

Oppfølgingen har vært nokså bra, har de inntrykk av.

– De fleste involverte følte seg sett og til dels ivaretatt. Men du går uansett hjem alene og tar med deg inntrykkene. Og du må leve med usikkerheten:

- Akuttmottaket er en del av mottaksklinikken, som i tillegg består av korttidspost, to utredningsmottak og akuttpost for rus på Bergen legevakt.
- Akuttmottaket tar imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp.



Er politiet ute etter å ta enkeltpersoner? Vil sykehuset støtte de ansatte eller prøve å fordele skyld? Vil fylkeslegen se problemet isolert, eller klarer de å se sammenhengene? sier Hatlevik.

Ville unngå spekulasjoner. Enhetsleder Robert Nekkøy har personalansvar på akuttmottaket. Han er selv sykepleier.

Nekkøy forteller at tiden etter

dødsfallet var en tøff tid for alle.

– Det går på yrkesstoltheten løs.

Folk ønsker jo å gjøre en god jobb.

– *Hvordan var det for deg som leder?*

– Det var viktig for meg å formidle at du som sykepleier ikke har gjort feil, det var systemet som feilet. Det føles dramatisk når politiet ringer og sier du skal i avhør.

Noe av det første han gjorde, var å samle personalet for å informere om hva som hadde skjedd. Han ville unngå spekulasjoner:

– Det blir fort mye snakk: «Den sa sånn og sånn.» Derfor var det viktig at alle fikk lik informasjon.

– *Hva er ditt råd til andre ledere i en sånn situasjon?*

– Informer alle, så alle vet hva som har skjedd. Slå ned på spekulasjoner, så det ikke dannes rykter. Gjenta og gjenta i ulike fora – ved vaktskiftene, på personalmøtene, til nattevaktene. Vær til stede i avdelingen, og ha en åpen dør, slik at de som ønsker å snakke, får mulighet til det.

Han legger til:

– Bruk de gode egenskapene du har som sykepleier for hverandre, ikke bare for pasientene.

Fire sykepleiere var involvert i hendelsen. De fikk forskjellig oppfølging etterpå:

– Noen gikk på topp av bemanningen, skulder til skulder med en kollega.

– *Tøft å vente på rapporten?*

– Ja, men etter å ha intervjuet alle, var fylkeslegen kjapp med å si at det ikke var personalet som sviktet. Det fikk vi vite før rapporten kom. Også politiet var flink da det sto på, sier Robert Nekkøy.

Vest politidistrikt har avsluttet sin etterforskning og sendt saken videre til statsadvokaten for påtalebeslutning. En eventuell foretaksstraff er bot.

Tungvint å melde avvik. Verneombudet har pc-en foran seg. Hans Fredrik Iversen lager sine egne statistikker over hvor mange som har varslet og hva de varsler om.

Sykehusets risikosystem heter Synergi og er levert av Det Norske Veritas. Men Iversen er ikke imponert over brukervennligheten. Flere opplever at systemet krasjer når de skriver avviksmelding, forteller han, og han har opplevd det selv også. Han skjønner godt at kollegene noen ganger gir opp å melde.

– Det er et kjempeproblem. Vi kan ikke ha ustabile meldesystemer, da går vi glipp av verdifulle rapporter, understreker Iversen.

Han viser hvordan man melder et avvik. Han klikker seg frem til «uønsket hendelse».

Første problem dukker opp. Du må ta et valg om hva hendelsen handler om: Drift? Pasient? Ansattskade? Eller vil du foreslå forbedringsområder?

– Ofte er det som har skjedd komplekst. En melding handler ofte om flere hendelser, men dette systemet klarer ikke å sortere det på en tilfredsstillende måte. Det er tungvint både for melder og for dem som vil hente ut oversikter, sier Iversen.

Derfor noterer han altså sine egne tall manuelt og fører oversikt i et regneark.

Her er hans oversikt over antall avviksmeldinger om bemanning:

- 2017: 49 (antakelig underrapportert)
- 2018: 153
- 2019: 72 (til og med august)

«Det føles dramatisk når politiet ringer og sier du skal i avhør.»

Robert Nekkøy,
enhetsleder

Måtte gå fra «oransje» pasient. Avvikene på akuttmottaket handler mest om underbemanning og dårlig pasientflyt.

De kikker på en melding Anita Hatlevik selv sendte i sommer. Den beskriver en ganske typisk vakt der behandlingen ble forsinket.

«Travel vakt med mange røde pasienter og sommerbemanning», skrev hun.

Hun måtte gå fra sin pasient som var triagert til oransje hastegrad, og var septisk. Pasienten ble gradvis mer hypotensiv, hadde systolisk blodtrykk på under 90 og var avhengig av væske for å opprettholde blodtrykket.

«Da jeg måtte gå for å ta imot traumepas, avtalte jeg derfor med triage (med. stud.) om at hun skulle kikke innom til pas og evt henge opp væske etter behov», skrev hun.

Dette hadde studenten heldigvis gjort da Hatlevik kom tilbake etter cirka en halv time.

Hun skrev videre: «Pas var fremdeles trykklabil og ble overført ROE.» Altså respiratorisk overvåkningsenhet.

Det var ubehagelig å forlate pasienten hun hadde ansvaret for:

– Jeg visste jo ikke om traumepasienten var dårligere enn den jeg allerede hadde. Jeg visste at studenten hadde lært å triagere, men ikke å observere.

En annen melding handler om «svakhet i overlevelingen»: Pasienten kommer fra et sykehjem. Det følger nesten ikke noe informasjon med. Sykepleierne får ikke kontakt med noen som kjenner pasienten, verken på sykehjemmet eller pårørende. Sykepleierne bruker mye tid på dette, uten å få svar.

Det er ikke alltid opplyst hvilket sykehjem pasienten kommer fra heller. Det kan medføre et skikkelig detektivarbeid, kanskje via AMK, legevakt og gule sider.

– Og ringer man etter kontortid, kommer man ikke sjelden til en telefonsvarer, sier Iversen.

– **Gull verdt å lytte til ansatte.** Selv om du ikke merker at det nytter der og da, så skriv avvik likevel, er rådet fra Iversen.

– Ledere kan oppleve det som kritikk, men de er tjent med å lytte til det de ansatte sier om sikkerhet og hva som kan forbedres. Det er gull verdt, sier Hatlevik.

Hun har en sterk følelse av at hadde de ikke dokumentert så godt før hendelsen i fjor, ville de oppnådd mindre enn tilfellet er.

EN TØFF TID: Enhetsleder Robert Nekkøy ville unngå rykter, og passet på at alle fikk lik informasjon om dødsfallet.

– Det ligger mye makt bak tall, sier hun.

I januar skal avvikssystemet oppgraderes, men ut fra det han har hørt om endringene, tror ikke Iversen det blir så mye bedre.

– Til sjuende og sist handler det om at ledelsen tar til seg meldingene og gjør noe med dem, sier han.

– *Hva er dere redde for nå?*

– At personalet ikke holder ut.

At vi mister folk fordi de er utslitt, sier Hatlevik.

– Jeg lurer på om de ansattes tillit til apparatet oppover er god nok. Om de opplever støtte fra arbeidsgiver, sier Iversen.

– Ansatte må kunne stille kritiske spørsmål uten at ledelsen syns de overdriver. Å bli tatt på alvor når du melder gjør noe positivt med folk, sier Hatlevik.

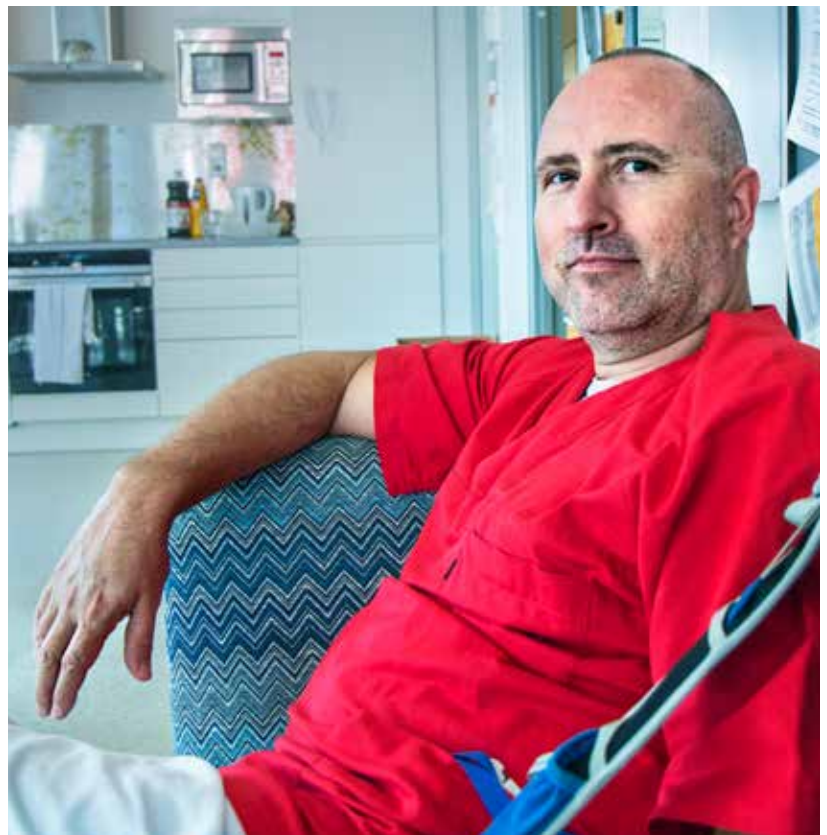
«Å bli tatt på alvor når du melder gjør noe positivt med folk.»

Anita Hatlevik,
plasstillitsvalg

Venter i timevis, regelen er maks ti minutter. Flere dårlige pasienter på en gang og for få ansatte fører til det som kalles samtidighetskonflikter.

«Tidspress gjer at ein ikkje kan følgje vedtekne rutinar», skriver fylkeslegen i rapporten.

→



«Spørsmålet er: Kan det skje igjen?»

Hans Fredrik Iversen,
sykepleier og verneombud

«Oransje pasienter» som skal behandles innen ti minutter, kan bli liggende en time før legen kommer. «Gule pasienter» kan bli liggende i mange timer. Åtte timer er dokumentert.

Vaktleder må ofte utføre vanlige sykepleieroppgaver, fordi ingen andre kan gjøre dem. Dermed mister vaktlederen oversikten over pasientene, ifølge fylkeslegen.

Også den 15. oktober i fjor gikk vaktlederen inn i pasientarbeidet. Alle på vakt var opptatt med pasienter som var rangert til samme hastegrad (oransje) som 43-åringen hadde, eller høyere (rødt).

Flytproblemer er også påpekt. Pasientene hoper seg opp på akuttmottaket, fordi andre avdelinger ikke kan ta imot dem.

SLIK JOBBER SYKEPLEIERNE PÅ EN VAKT

- To sykepleiere er koordinerende: En er vaktleder med overordnet ansvar.
- Den andre tar imot i luken, både meldte og umeldte pasienter.
- En sykepleier har stansfunksjon og er del av hjertestans-teamet. En til tre sykepleiere triagerer, avhengig av antall pasienter som venter.
- Det totale antallet sykepleiere varierer med ukedag og tid på døgnet.

– Flere pasienter som kommer til oss, burde heller vært henvist til poliklinikk eller blitt håndtert i primærhelsetjenesten. Det vil si på et lavere omsorgsnivå. Det ville ha avlastet oss, mener Iversen.

Pasientene kommer gjerne i bølger:

– Noen ganger flyter det så fint, andre ganger kommer alle på en gang. Ti-femten kan komme samtidig i egen transport. Det kan være rolig det ene sekundet, så smeller det i det neste, sier Hatlevik.

Reddes av samhold og rå humor.

– De som ikke takler stress over tid, vil ikke jobbe her, konstaterer Iversen.

– Vi som jobber akutt, er muligens kjent for å være brå og direkte. Men det skal være takhøyde her, sier Hatlevik.

– Når det står på, kan vi ikke legge mye imellom, da må det handles, sier Iversen.

– Noen er satt sammen slik at jo travlere det er, jo roligere blir de. Når det er mest alvorlig, anerkjenner de på venterommet hva som foregår, og avdelingen kan se veldig rolig ut, sier Hatlevik.

– Du skal ikke trenge å ta jobben med deg hjem, men innimellom gjør du det. Men vi har heldigvis gode kolleger å snakke med.

Sykepleierne er ofte med når legen meddeler dødsfall til de pårørende. Og de er med de pårørende når de skal inn og se den avdøde.

– Det er min oppgave å støtte dem og sørge for at det blir en verdig opplevelse, sier Hatlevik.

Ulykker, krybbedød, hjertestans, psykiatri og de helt banale ting – de ser det aller meste her.

Samholdet mellom kollegene gjør at de vil på jobb likevel.

– Og den rå humoren. Det er en måte å overleve på. Vi har det kjekt i lag. Det gjør at vi klarer å stå i det. Pluss følelsen når vi klarer å snu pasienten fra kritisk til stabil: «Hellande, vi er flinke!» sier Anita Hatlevik.

– Og det hjelper at begge kjønn er solid representert, mener Iversen.

Har det blitt bedre på akuttmottaket? Akuttmottaket har fått to ekstra sykepleierstillinger per skift. Flere har fått økt stillingsprosenten sin fra 80 til 100, resten av stillingene er lyst ut.

– Vi blir jo aldri bemannet for toppene, men vi merker bedring, spesielt på nattetid, sier Hatlevik.

De syns ledelsen er blitt flinkere til å ta de ansatte med i ulike prosesser.

– Før fikk vi ofte vite det etterpå, når ting allerede var bestemt. Nå er det nesten ikke annet enn møter om alt mulig. En klar bedring, sier Iversen.

– Men vi har en vei å gå. Vi er jo fortsatt midt i en prosess, sier Hatlevik.

– *Har noen sluttet som følge av hendelsen?*

– Ikke som en direkte følge av dette. Mer av belastningen over tid, mener Hatlevik.

Avdelingen prøver nå å ha daglig gjennomgang av hvordan pasientsikkerheten har vært det siste døgnet.

– Vi er også blitt mer bevisste på å melde. Vi får frem i dagen hva som er utfordringene. Spørsmålet er: Kan det skje igjen? sier verneombud Hans Fredrik Iversen.

Han fortsetter:

– Et akuttmottak vil aldri bli helt risikofritt. Risikoen er nok blitt mindre, men det er ingen grunn til å lene seg tilbake. ●



RISIKO: – Denne gangen var det systemet som sviktet. Hvis du er personlig ansvarlig for en feil, kan du bli stående alene, sier Stig Rekdal.

– Du kan lett ta livet av et menneske

– Det aller farligste vi gjør, er å gi intravenøs medisin, sier Stig Rekdal. Da han selv gjorde feil, slapp han med skrekken.

• Tekst og foto Marit Fonn

I dag er det Stig Rekdal som er vaktleder på akuttmottaket på Haukeland sykehus. Han mener den tragiske hendelsen i oktober i 2018 tross alt har ført til noe positivt:

– Det fungerte som en brekkstang. På de 13 årene jeg har jobbet her, har ikke minimumsbemanningen økt. Før nå.

Det er også takket være alle avviksmeldingene og godt arbeid av fagforeningene og ledelsen, mener han.

– I fjor hadde vi cirka 37 000 pasienter her. Det er intenst i perioder. Vi har gitt ettertrykkelig beskjed om at vi var underbemannet. Nå har bemanningen steget kraftig.

Tar lang tid å føle seg trygg. Men å lære opp nye folk, er ikke gjort over natten:

– Noen få finner ut at de ikke passer. Og vi mister stadig folk til spesialsykepleierutdanningene og andre gode jobber, for eksempel i oljenæringen.

I starten er man ofte redd for å gjøre feil.

– Men jo mer man jobber her, jo mer kjøtt får man på beina. Man får mer ro.

«Neste gang kan det være deg eller en kollega.»

Stig Rekdal,
akuttmedisinsk sykepleier

Men det tar lang tid før en ny er oppe og går, og ikke minst føler seg trygg i jobben.

Likevel – det kan fort gå galt:

– Det aller farligste vi gjør, er å gi intravenøs medisin. Gjør du feil, kan du lett ta livet av et menneske, sier Rekdal.

– Denne gangen var det systemet som sviktet. Neste gang kan det være deg eller en kollega. Da ville det blitt en helt annen diskusjon. Hvis du er personlig ansvarlig for en feil, er det ikke ensbetydende med

at du vil få all slags oppbacking. Du kan bli stående alene.

Dobbeltsignaturen – krever en kollega i nærheten. Når medisiner gis, skal det dobbeltsignes:

– Det er særlig viktig med intravenøs medisin. Men da må du ha en kollega i nærheten som kan dobbeltsjekke og signere. Det er ikke alltid så lett å gjennomføre. Vi jobber under press og må ta mange selvstendige avgjørelser fort, sier Rekdal.

– Det er vi sykepleiere som styrer avdelingen. Det er veldig gøy, for vi får alle utfordringene, og vi håndterer det bra. Vi har mye kunnskap og erfaring, vi trener hverandre opp. Jeg tør påstå at vi er i verdensklasse.

– Det gjøres en vanvittig god jobb, men det er alltid noe å bli bedre på. Det trengs ressurser og vilje hos ledelsen for å få dette til, påpeker han.

– **En ubeskrivelig jævlige opplevelse.** – Hendelsen i fjor handlet om tidspress og prioriteter. Fallgruvne kan være formidable.

Rekdal har selv opplevd å feilmedisinere:

– Jeg trodde jeg hadde tatt livet av pasienten. Det skjedde ufattelig fort. Når du gir intravenøs, da er det gjort, det er ingen vei tilbake. Jeg skjønnte med en gang at jeg hadde gitt feil medisin, forteller han.

Han var helt ny sykepleier på hjerteavdelingen.

– Det var en ubeskrivelig jævlig opplevelse. Du sitter lenge etterpå med mange tanker når sånt skjer. Til sjuende og sist er du helt alene. Det gikk bra. Pasienten overlevde

«Når du gir intravenøs, da er det gjort.»

Stig Rekdal,
akuttmedisinsk sykepleier

uten varig men, han fikk bare en lokal irritasjon.

– Jeg snakket med sjefen med en gang og fikk hjelp og oppfølging, sier Rekdal.

– *Hva hvis det hadde gått galt den gangen?*

– Da ville jeg ha sluttet som sykepleier.

Har mange roller og mye ansvar. Stig Rekdal veksler mellom mange roller på avdelingen: Han er akuttmedisinsk sykepleier, vaktleder med ansvar for driften, og stanssykepleier. Han er dessuten en av fem kollegastøtter på akuttmottaket.

– Hendelsen med pasienten som døde, har preget oss. Vi liker ikke at folk dør, i alle fall ikke sånn som det der. Vi prøver å redde folk, det er derfor vi er her.

Han berømmer ledelsen for å ha tatt affære:

– Løftet som er gjort med omtrent 14 nye sykepleiere, og i tillegg flere leger, er en sjelden økning i helsevesenet. Og jeg er glad vi har fagforeninger. De har virkelig satt saken på agendaen, sier Stig Rekdal. ●



SAMBOERE: Merethe Nilsen med samboeren Daniel Nicolai Guldborg, som døde i akuttmottaket i 2018. Foto: Privat

Samboer: Klandrer de som nedbemanner

Merethe Nilsen klandrer ikke de som var på jobb, men de som vil spinke og spare.

• Tekst og foto Marit Fonn

Merethe Nilsen bodde sammen med Daniel Nicolai Guldborg, som døde på akuttmottaket i oktober 2018.

– *Hva syns du om at ingen enkeltpersoner må ta ansvar for svikten?*

– Jeg som er i helsevesenet selv, skjønner det veldig godt. Man rekker ikke over alt. Det er helt umulig, det er for travelt, sier Nilsen, som er hjelpepleier i hjemmesykepleien.

– Systemet var ikke godt nok. Det er ille å skulle klare seg med minst mulig bemanning uten en back-up-plan. Hadde de tilkalt flere folk, kunne dette vært unngått.

– **Hadde mest sannsynlig overlevd.** Hun viser til en uttalelse hun har fått fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

«Slik vi ser det hadde han mest sannsynlig overlevd dersom han hadde fått den oppfølgingen han skulle», står det i meldingen fra NPE.

NPE mener at hadde pasienten fått tilsyn, ville han sannsynligvis fått behand-

«Han hadde mest sannsynlig overlevd.»

Norsk pasientskadeerstatning

ling innen kort tid etter at han kom til sykehuset.

– Det var ingenting i veien med hjertet. Litt forkalkning, men ingenting var helt tett. Jeg er sikker på at han ville ha overlevd, sier Nilsen.

Hun søkte om erstatningen i april.

– Jeg sliter jo med regninger. Daniel forsørget meg, fordi jeg har en nakkeskade og har derfor gått på arbeidsavklaringspenger. Jeg fikk innvilget erstatning allerede i juni.

Angrer på at hun dro fra ham. – Hvem klandrer du?

DØDSFALLET BLE SAK PÅ STORTINGET

SV-leder **Audun Lysbakken** leverte skriftlig spørsmål til helseministeren 17. desember 2018:

«Kjente statsråden til de store utfordringene ved akuttmottaket på Haukeland sykehus, og hvilke grep tok han overfor helseforetaket for å gjøre noe med situasjonen, og kjenner han situasjonen ved landets andre akuttmottak?»

Bent Høie svarte 4. januar 2019 blant annet dette:

«Hendelsen og avgjørelsen i tilsynssaken er meget alvorlig. Jeg legger til grunn at styret for Helse Bergen følger opp saken videre. Departementet vil be Helse Vest om å bli orientert om tiltakene i saken.»

– De som nedbemanner, fordi de skal spinke og spare penger i helsevesenet. Tilstanden på akuttmottaket er ikke enestående, sier Nilsen.

– Jeg har aldri klandret dem som var på vakt. Men jeg har lurt på hvordan de har hatt det på jobb med alle avvikene i forkant.

– *Du har sagt til NRK at du angret på at du dro fra Daniel på akuttmottaket?*

– Ja, veldig. Daniel sa jeg ikke trengte være der, jeg kunne dra hjem og hente tingene. Jeg stusset og sa til en sykepleier at jeg vet ikke helt. Jeg fikk høre at «vi klarer oss fint, du kan dra», og jeg tenkte «ja ja, han har jo alle disse monitorene rundt seg».

Han lå da tilkoplek EKG.

– Jeg hadde parkert der ambulansen står, så jeg måtte i alle fall hente bilen.

Daniel skulle si fra når han var kommet på hjerteavdelingen, avtalte de.

– Jeg hørte ingenting fra ham.

I stedet fikk hun telefon fra akuttmottaket. Daniel var død.

– Jeg angret fremdeles på at jeg dro. Jeg angret at jeg kjørte ham til mottaket i det hele tatt. Vi har jo hjertestarter hjemme. Jeg hadde tatt fri den dagen for å passe på ham, fordi han hadde bryst smerter.

Fastlegen de var hos, ville bestille ambulanse, men Daniel ville heller at samboeren skulle kjøre ham.

– Jeg skulle aldri gjort som sykepleieren sa.

– *Klandrer du sykepleieren?*

– Nei, for vedkommende regnet jo med at noen skulle komme til Daniel etter ti minutter.

Ville skjont mer av hva som skjedde. Nilsen forteller at hun hadde vært med faren

sin på sykehuset med hjertestans flere ganger.

– De har reddet ham på hjerteavdelingen hver gang. Jeg regnet med at Daniel var like trygg på akuttmottaket. Dessverre måtte han på do, så de tok av ham ledningene. Siden han ikke hadde vondt, koplet de ikke på ledningene igjen. Men det står i innleggelsesbrevet at smertene kom og gikk. Alt gikk galt, det er bare tragisk.

«Kan hende har den som kvitterte ut alarmer bare sett et mørkt rom, det har jeg tenkt på.»

Merethe Nilsen,
pårørende

– *Hva vil du si til sykepleierne?*

– Hadde det ikke vært så travelt som det var, hadde de fått med seg at han utløste alarmer. Jeg har selv jobbet på Haukeland, vi løp alltid når noen hadde trykket på alarmer. Når de ikke har gjort det, tenker jeg at det må ha vært så travelt at det er vanskelig å forestille seg. Daniel fikk ikke tildelt egen sykepleier en gang. Ingen var tilgjengelig, alle hadde fullt opp med pasienter allerede.

– *Har du hatt kontakt med dem som var på jobb?*

– Nei, jeg har egentlig villet, men jeg føler Haukeland har skjermet dem. Jeg hadde massevis av spørsmål, og skulle gjerne skjont mer av hva som skjedde.

– *Hva syns du om det?*

– Jeg kan forstå det sett fra de ansattes ståsted. Samtidig, hadde det skjedd meg som ansatt, tenker jeg at jeg ville ha formidlet min historie til de pårørende, ikke nødvendigvis møtt dem. Så hadde

de sluppet å lure. Ellers ville jeg gått med dårlig samvittighet, sier hun.

– Nå har jeg forsonet meg med at jeg aldri får vite helt hva som skjedde og hvorfor det ble som det ble. Det plaget meg veldig i begynnelsen.

– *Hvis du fikk tilbudet, ville du høre mer?*

– Ja, absolutt.

Hun opplyser at hun ble oppringt fra sykehuset noen ganger de første månedene, og ble spurt om hvordan det gikk.

– Så ble det helt stille.

– **Viktig at saken kom frem.** Nilsen er egentlig mediesky. Men hun bestemte seg fort for å være åpen, med både navn og bilde.

– Det var så viktig at saken kom frem. Vi kan ikke ha det sånn. Det er for sent for Daniel, men kanskje kan det hindre at det skjer med andre.

– *Har det hatt noen effekt?*

– Det er lovet at det skal bli mye bedre, det vet jeg ikke om det er.

Hun har hatt faren sin på sykehuset i ettertid.

– Jeg var veldig redd, og forsikret meg om at han ikke lå på et rom alene. Han ble sendt ut en lørdag. Det gikk bare noen timer, så ble han innlagt igjen om natten. Det betyr at de vil spare penger. Om det er bedring på mottaket, vet jeg ikke.

Hun tenker på samboeren sin som lå bak en lukket dør i mørket.

– Lyset slukker seg automatisk, hvis ingen beveger seg i rommet. De sparer på strømmen. Kan hende har den som kvitterte ut alarmer bare sett et mørkt rom, det har jeg tenkt på, sier Merethe Nilsen. •



KOMPLEKST: Mange tiltak må til, skal akuttmottaket bli bedre. Det er foretakstillitsvalgt Karen-Anne Stordalen, fylkeslegen og klinikklederen enige om.

– Ille at det skulle gå så langt

– Ledelsen lytter mer til de ansatte, sier foretakstillitsvalgt Karen-Anne Stordalen.

• Tekst og foto Marit Fonn

Karen-Anne Stordalen, foretakstillitsvalgt i Helse Bergen, har vært med på å forhandle om flere stillinger på akuttmottaket.

– Det er ille at det skulle gå så langt. Ansatte var bekymret, så skjer akkurat det de fryktet. De har levd med en konstant tidskonflikt, der du helst skal være to-tre steder samtidig, sier hun.

Nå opplever hun at ledelsen involverer og lytter mer til de ansatte.

– Det er tatt tak i mye. Økt bemanning er en del av det. Vi vil jobbe for det samme målet, sier hun.

– **Må ha nok sykepleiere og leger.** Hva må til for at akuttmottaket skal klare oppgavene sine? Stordalen oppsummerer det slik:

- Nok tilgang på leger.
- Nok tilgang på sykepleiere.

- Riktig kompetanse.
 - En plan for hele sykehuset om hvor pasientene skal plasseres.
 - Få inn de riktige pasientene, unngå dem som hører til andre steder.
 - Vi må unngå samtidighetskonflikter.
- Når ventetiden for pasienten skal være maks ti minutter, kan den ikke være en time, sier Stordalen.

Et av problemene på akuttmottaket

«Når ventetiden skal være maks ti minutter, kan den ikke være en time.»

Karen-Anne Stordalen,
foretakstillitsvalgt

har vært at sengepostene ikke har hatt kapasitet til å ta imot pasienter fra akuttmottaket fort nok.

– Vi er nå godt i gang med å få et bedre system for dette, sier Stordalen.

Hun viser til at foretaket har mange nye oppgaver som krever store ressurser og at budsjettene er stramme.

– Men gode arbeidsforhold og pasientsikkerhet må uansett prioriteres.

Stordalens råd til ledere rundt om er enkelt:

– Når ansatte melder, så ta det på alvor. Sørg for å ha et system som kan plukke opp risiko.

Klinikkleder: – Det er mitt ansvar. Ifølge fylkeslegen er det administrerende direktør og avdelings- og klinikkledere som har ansvaret for svikten som skjedde på akuttmottaket 15. oktober i 2018. Anne Taule er klinikkleder på mottaksklinikken.

– *Hva er den viktigste endringen dere har gjort etter dødsfallet?*

– Akuttmottaket er en svært komplisert enhet. Det er gjort mange forbedringstiltak etter hendelsen, og det er vanskelig å peke på én endring som den viktigste. Flere vaktlag for leger, økt sykepleierbemanning og klar ansvarsfordeling er noen viktige tiltak. Kollegastøtte var allerede etablert, men utvides og utvikles, skriver Taule i en e-post.

– *Hvordan var det for deg som klinikkleder å oppleve at dette skjedde?*

VARSLE HELSETILSYNET OG MELDE POLITIET

Virksomheter (...) skal straks varsle Statens helsetilsyn (...) om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient (...) Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. (§ 3-3 a i spesialisthelsetjenesteloven)

Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet. (Fra § 36 i helsepersonelloven)

– Første prioritet var å ivareta pårørende og involvert personell. Dermed å kartlegge lærings- og forbedringsråd. Tiltak måtte iverksettes, og tiltakene måtte evalueres med tanke på om forventet effekt var oppnådd, skriver hun.

Og videre:

– Hendelsen har preget alle nivåer i organisasjonen. Det er mitt ansvar,

«Jeg beklager sterkt det som skjedde.»

Anne Taule,
klinikkdirektør

og jeg beklager sterkt det som skjedde, skriver hun.

– *Hva er viktigste lærdom for deg som leder?*

– Å lære av feil og forbedre tjenesten var ikke nytt for meg som leder, men jeg har økt oppmerksomhet på det etter hendelsen, skriver klinikkleder Anne Taule.

Fylkeslegen: – Sykehuset må alltid rydde opp selv. – Dette er en veldig alvorlig og trist sak, sier Helga Arianson, fylkeslege i Vestland, tidligere Hordaland.

– Vi kom til at de som var på jobb, ikke kan klandres for det som skjedde. Og vi begrunnet hvorfor ledere på flere nivåer må ta ansvaret.

Arianson oppfatter at øverste ledelse på sykehuset har tatt tilsynsrapporten veldig på alvor.

– Handlingsplanen deres omfatter mange forskjellige tiltak på ulike nivåer. Vi vil se at tiltakene følges opp og at de har ønsket effekt. Noen av dem trenger tid før de virker. Sykehuset må alltid rydde opp selv, men vi prøver å pushe

«Vi kom til at de som var på jobb, ikke kan klandres for det som skjedde.»

Helga Arianson,
fylkeslege

og bidra hvis det er nødvendig, sier fylkeslegen.

– Vi følger med og vil se at de når de målene som de har satt seg. Vi har bedt om en oppdatering før utgangen av året.

– *Hva er viktigste tiltak?*

– En så alvorlig hendelse er sammenfatt og komplisert. Da er også løsningen det. Det er aldri bare én årsak, og det er mange tiltak som virker sammen. Vårt mål er å se til at sykehuset ivaretar pasientsikkerheten og får til forbedring, sier Helga Arianson. ●

Saken er hos statsadvokaten

Politiet har avsluttet etterforskningen av dødsfallet på akuttmottaket på Haukeland sykehus.

• Tekst Marit Fonn

2. september sendte Vest politidistrikt sin innstilling videre til statsadvokaten, det vil si Hordaland, Sogn og Fjordane statsadvokatembeter.

Hva politiet har konkludert med, er ikke kjent. En eventuell foretaksstraff vil være bot.

– Det vil ta litt tid å behandle saken. Det er mye å sette seg inn i, sier førstestatsadvokat Eirik Stolt-Nielsen til Sykepleien.

Kapittel 4 i straffeloven handler om foretaksstraff.

Der står det: Når et straffebed er overtrådt av noen som har handlet på vegne av et foretak, kan foretaket straffes. Det gjelder selv om ingen enkeltperson har utvist skyld.

Straffen er bot.

Ved avgjørelsen av en slik straff, skal det blant annet tas hensyn til:

- Straffens preventive virkning.
- Lovbruddets grovhet, og om noen som handler på vegne av foretaket, har utvist skyld.
- Om foretaket ved retningslinjer, instruksjon, opplæring, kontroll eller andre tiltak kunne ha forebygget lovbruddet. ●

Intuberte feil: – Jeg var heldig som fikk støtte og hjelp



ANESTESISYKEPLEIERE: Marta Skauge og Bjørn Hval var begge med på den dramatiske hasteoperasjonen i 1984.

Intuberingen gikk galt under hastekeiser-snittet. Mor ble varig skadet. Etterpå gikk Marta Skauge til kollegaene og sa: «Skal jeg klare dette, trenger jeg hjelp fra dere.»

• Tekst Marit Fonn • Foto Therese Alice Sanne

Det skjedde i 1984. Det hastet å få forløst barnet. Marta Skauge hadde vært anestesisykepleier i ti år og var trygg og dyktig i jobben. Rutinene ble fulgt til punkt og prikke. Likevel skjer det: Slangen settes i spiserøret i stedet for i luftrøret.

Dramatiske minutter fulgte. Avdelingsoverlegen ble straks tilkalt. De var to sykepleiere og to leger involvert i operasjonen på St. Olavs hospital, som den gangen het Regionsykehuset i Trondheim.

Barnet ble reddet. Moren fikk ikke nok luft. Hun ble livsvarig hjerneskadet og pleiepasient.

Ble i yrket til hun ble pensjonist. Skauge fortalte historien sin til Sykepleien i 1993. Da sa hun:

– Du hadde ikke fått dette intervjuet for ni år siden. Du hadde ikke fått noe intervju i det hele tatt.

Det hadde kostet mange krefter å komme så langt at hun kunne fortelle om det som skjedde uten å knekke sammen.

Nå er Skauge 71 år og pensjonist, men hun jobber fortsatt litt. Den dramatiske opplevelsen til tross, hun ble i yrket i over 30 år etter den ulykksalige operasjonen.

Sykepleier ble hun i 1969. Hun har trivdes.

– Jeg kunne vært historien foruten, men jeg var heldig som fikk støtte og hjelp, sier hun nå.

«Ledelsen på anestesivdelingen var enestående.»

Marta Skauge,
anestesisykepleier

Forsto alvoret, men følte seg apatisk. Tilbake til intervjuet i Sykepleien 4/1993. Hun forteller om de dramatiske minuttene etter at hun intuberte feil.

Avdelingsoverlegen ble straks tilkalt. Intellektuelt skjønte hun hva som skjedde. Handlet deretter også. Men følelsesmessig forsto hun ikke. Hun forsto det var alvorlig, men følte seg apatisk.

– Jeg ville ikke tro at dette hadde skjedd meg, fortalte hun.

I den første tiden etterpå sovnet hun med tanken på operasjonen, og hun våknet med den. Hun tenkte ofte på barnet: «Nå er han ett år, nå to. Hvordan har han det uten mor, tro?»

I intervjuet sammenliknet hun uhellet med en trafikkulykke: Den rammer når som helst og hvem som helst.

– Som bilfører påtar man seg ansvar, det samme gjør en sykepleier, sa hun.

Å tenke på konsekvensene, var grusomt.

– Men slikt som dette skjer enkelte ganger. For anestesisykepleiere er det en kjent og fryktet komplikasjon, sa hun.

Følte seg som annenrangs sykepleier. Nå, så mange år senere, er hun fortsatt glad det ikke skjedde henne som fersk sykepleier. Da ville hun ikke ha kommet over det, tror hun.

Det som reddet henne, var at hun gikk til kollegene og sa: «Skal jeg klare dette, trenger jeg hjelp fra dere.»

Hun tror også at hennes direkte væremåte har hjulpet henne.

– Men det var hardt arbeid og stritt å reise seg.

En god stund følte hun seg som en annenrangs sykepleier. Da hun skulle gi narkose til et barn like etter ulykken, trodde hun ikke at hun ville makte det. Men kollegene kom, sto med henne og hjalp henne.

Det skjedde flere ganger. De viste at de stolte på henne.

Skauge fortsatte å jobbe på anestesivdelingen, men med smertepasienter.

– Jeg tror ikke det var fordi jeg ville unngå å gi anesthesi, men fordi jeg var interessert i smertebehandling, sier hun.

Skauge påpeker at faren for feilmedisinering alltid er der.

– Det er viktig med gode rutiner, og om vi gjør feil, er det viktig å være åpen om det som har skjedd. Snakk om det. Og vi må spørre oss selv: Hva kan vi lære av det?

– **Enestående ledelse.** I artikkelen i Sykepleien sa Skauge at sykepleiere med liknende opplevelser kunne kontakte henne.

– De var som en svamp etter at den artikkelen sto på trykk. Jeg kunne reist land og strand rundt og snakket om det.

Men det gjorde hun ikke.

→



DRAMATISK: Marta Skauge skjønte med en gang at intuberingen ikke var som den skulle. Hun opplevde likevel at de gjorde det de kunne. Derfor har hendelsen vært lettere å leve med. (Faksimile fra Sykepleien 4/1993.)

«Å klare å åpne opp er en befrielse.»

Bjørn Hval,
anestesisykepleier

– Nei, jeg var veldig forsiktig. Jeg ville gjerne være støtte, men ikke en offentlig person. Når det skjedde noe på jobb, og noen trengte støtte, var jeg tilgjengelig om de ønsket det, forteller hun.

– All ære til min arbeidsplass. Ledelsen på anestesivdelingen var enestående. Da jeg turte å åpne opp, skjønte jeg at det ble lettere å håndtere. Jeg var fryktelig heldig, for det var så åpent å snakke. Noen sier det var fordi jeg var åpen at jeg har klart meg så bra. Ikke alle klarer det like lett.

Her er hennes råd:

Vær ærlig med seg selv, ha frimodighet til å be om hjelp.

Sett ord på følelsene, og gå videre.

– For dem som legger lokk på det som skjedde, vil hendelsen komme frem en eller annen gang senere i livet.

Fortsatt kommer hendelsen over henne:

– Når den kommer på besøk, sier jeg: «Du skal få hilse på, så får du gå igjen». Man må ikke underkjenne følelsene, sier Marta Skauge.

– **Kan det innhente meg?** Bjørn Hval var også med på keisersnittoperasjonen den gangen.

– Jeg har samme erfaringen som Marta: Det å komme gjennom det på en fornuftig måte, er avhengig av åpenhet og ærlighet, sier Hval, som er 64 år.

Han var forsk på anestesisykepleier den gangen.

– Hadde jeg valgt å legge lokk på det den gangen, så vet jeg ikke om jeg ville vært i samme jobben.

Han fortsatte å gi anestesi i ti år, men begynte så med smertebehandling på grunn av dårlig hørsel, og det ble for vanskelig når kollegene hadde munnbind.

Hval tenker fortsatt på episoden:

– Det er ikke godt å tenke på. Jeg lurer på om det kan innhente meg i fremtiden i form av en psykisk nedtur.

Husker hendelsen sekund for sekund. Han tenker at noen som har gjennomgått tøffe opplevelser, husker lite av

hva som skjedde. Selv husker han hendelsen nesten sekund for sekund de minuttene det sto på.

– Dette tar jeg som et godt tegn. Bedre enn en «black box».

Han tror det er et resultat av at de snakket så åpent om det.

– Vi så på det som en alvorlig ulykke uten sydebukker. Noe alle kunne bli utsatt for når omstendighetene var som de var.

«**Vi må bare si det som det er.**» Hval berømmer den nå pensjonerte avdelingsoverlegen. Han var selv med på operasjonen. Han valgte åpenhet med en gang, for han måtte informere pårørende:

– Vi visste ikke da hvor stor hjerneskadene var. Men han sa: «Vi skal møte folk om det går bra eller dårlig. Vi skal se dem i øynene.» Det var et viktig signal for oss om at dette må vi stå frem med, sier Hval.

– Det er en holdning som fortsatt preger hele avdelingen. Den nye lederen står for samme kvalitetsarbeid.

Hval hadde tidligere tenkt at hvis han kom ut for noe så alvorlig, ville han slutte med denne type jobbing.

– Men på grunn av kollegial støtte bestemte jeg meg: Jeg vil være med videre.

Hadde jeg ikke kommet meg gjennom på en god måte, ville jeg vært redd for å påta meg ansvarsfulle oppgaver.

– **Å skjule det kan føre til skam.** Hval har snakket mye med Marta Skauge i årenes løp om deres felles opplevelse.

– Når det først skulle skje med meg, er jeg veldig tilfreds med at det skjedde sammen med en erfaren sykepleier. Å oppleve noe sånt når den andre er usikker, ville vært mye verre.

Å dele med andre er viktig:

– Hvis du prøver å skjule det, og går rundt og er redd for at noen skal få vite det, blir det en kjempebelastning. Det blir mange vonde følelser, som skam. Å klare å åpne opp er en befrielse, egentlig, sier Hval.

Han syntes det var belastende å høre andre kommentere hendelsen med etterpåkloke utsagn som «dere burde jo ha gjort sånn og sånn.»

– Dette kunne dukke opp også i egen avdeling. Slike tanker og grublerier hadde vi jo selv også. Men når andre sier det, forsterkes følelsen av skyld og skam, selv om det ikke var ment slik. Vi hadde jo fulgt prosedyrene og gjort vårt beste, sier Bjørn Hval.

I denne saken ble det inngått forlik mellom pårørende og sykehus. Ingen ble personlig klandret for det som skjedde. ●

SIKRING

Tryggere i risikozonen

En viktig måte å forebygge feil på, er å normalisere henvendelser om hjelp, skriver filosof Øyvind Kvalnes.

Her er rådene som skal sikre god pasientsikkerhet og trygge rammer for sykepleiere.



Øyvind Kvalnes
Filosof og førsteamanuensis – Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI

SYV TRINN FOR Å BLI BEST PÅ FEIL

De som hever stemmen når de ser farene for at noe kan gå galt, må bli heltene. Det er et av rådene for å få en arbeidsplass som er god på feil.

En sykepleier forteller at vakter i tredje og fjerde etasje ved sykehuset er som natt og dag. Når hun jobber i tredje etasje, er det enkelt å be en kollega om hjelp og få støtte når hun står fast og er usikker. Hvordan var det egentlig at denne medisinen skulle klargjøres? Hva var det som var spesielt viktig å huske på med pasienten i rom 302? Hun nøler ikke med å spørre hvis hun er i tvil om slike ting.

I fjerde etasje er det ingen som har tid til den slags. Der har hun prøvd å spørre på samme måte, men blir møtt med irritasjon og hoderisting. Hun må klare seg på egen hånd.

Normalt å be om hjelp. Det denne sykepleieren beskriver, er to ulike yringsklimaer for å be om støtte når du er i tvil på jobb. Mennesket er et feilbarlig vesen. Det er normalt for oss å begå små og store tabber, særlig i en stresset jobbsituasjon. Da kan det glippe for oss. Vi glemmer eller misforstår en beskjed, forveksler to personer som vi skal forholde oss til, eller overser en komplikasjon som befinner seg rett foran øynene våre.

En viktig måte å forebygge feil på, er å normalisere

henvendelser om hjelp. Er du usikker og i tvil, så skal det være normalt å henvende seg til kollegaer for å høre hvordan de vurderer situasjonen.

Så er det også avgjørende å ha et system på plass for å fange opp det som skjer når en feil allerede har skjedd. Da har feilen satt i gang en årsakskjede som kan lede til et negativt utfall. Hvem stikker hodet frem for å påpeke feilen og endre kurs?

Jeg har lenge vært nysgjerrig på hvordan folk takler sin egen feilbarlighet på jobb (1,2). For å lære mer om dette har jeg intervjuet personer i ulike profesjoner og sektorer for å forstå mer av hva som skal til for å bli best på å håndtere feil.

Innen helse har jeg snakket med sykepleiere og leger om hvordan de organiserer dagene sine for å unngå at egne feil får negative konsekvenser for pasienter. Det er spennende paralleller til hvordan man jobber med feilbarlighet i luftfart, industri og andre sektorer av arbeidslivet.

Jeg har koplet disse empiriske undersøkelsene til tankegods fra filosofi og psykologi. I denne artikkelen foreslår jeg syv trinn en organisasjon kan ta for å håndtere menneskelige feil på en konstruktiv måte.

Syv trinn for å håndtere feil.

Trinn 1: Kjenn deg selv

Det er godt over 2000 år siden Sokrates inviterte folk til å reflektere over ting de tar for gitt i hverdagen. Verdien av å ta et skritt til siden og betrakte seg selv utenfra for en stund er fremdeles til stede. Mottoet til Sokrates var «Kjenn deg selv». I våre dager er det vanlig å tolke det som en oppfordring til å skue innover og bli oppmerksom på egne antakelser, verdier og behov. For å bli ordentlig godt kjent med seg selv kan det være nødvendig å dra langt fra folk, finne seg en uforstyrret og øde plass ved sjøen eller på fjellet. Dette er trolig en misforståelse av budskapet til Sokrates. Han betraktet mennesket som et sosialt vesen.

Vi er relasjonelle av natur. Prosessen med å bli kjent med seg selv går ut på å forstå sin egen plass i fellesskapet. Hvilken betydning har jeg for andre mennesker? Hvilken betydning har de for meg? Sokrates peker oss i retning av å erkjenne at vi er gjensidig avhengige av hverandre. Uten andre er du ingenting.

På jobb innebærer det å erkjenne at det trengs et felles løft for å få til ting sammen. Vi kan gjøre Sokrates sitt motto om til et felles anliggende. «Kjenn deg selv» innebærer å reflektere over hvordan innsatsen til hver enkelt kollega trenger å være sammenvevd og koordinert for at ting skal gå bra. Det er ikke ett og ett individ som skal mestre og prestere, men et samlet fellesskap.

Der hvor enkeltpersoner har trang til å skinne alene, oppstår det gjerne farlige situasjoner. Dette er individer som isolerer egen innsats, og vil ha vanskelig for å erkjenne hull og mangler i egen forståelse og kompetanse. Selvfølgelig i sokratiske forstand handler om å bli klar over hvor avhengig hver enkelt er av andre mennesker. Når denne forståelsen er på plass, er feilbarligheten på jobb mer håndterbar.

«En viktig måte å forebygge feil på, er å normalisere henvendelser om hjelp.»

Trinn 2: Normaliser hjelp

En nyutdannet sykepleier er satt til å overvåke en pasient som skal opereres dagen etter. Han har mulighet til å konferere med en erfaren kollega underveis. Det er bare å hente frem telefonen og ringe.

Pasienten begynner å få symptomer som framstår uforklarlige for sykepleieren. Hva burde han gjøre nå? Han kan be om hjelp, men har også lyst til å demonstrere sin egen kompetanse og mestre

denne situasjonen alene.

Utpå kvelden begynner pasienten å bli dårligere, og det er fremdeles mulig å ringe kollegaen. I stedet prøver sykepleieren seg frem på egen hånd. Han vil vise både for seg selv og kollegaer at han er en dyktig og selvstendig fagperson. Når han til slutt slår alarm og tilkaller hjelp, er det for sent.

Den som ber om hjelp fra en kollega, innrømmer samtidig egen utilstrekkelighet – dette får jeg ikke til alene. Terskelen for å be om hjelp kan både være for

«Menn synes å ha
en tilbøyelighet
til å vente lenger
med å be om hjelp
enn kvinner.»

høy, som i eksempelet over, og for lav. En tafatt fagperson nøler med å ta noen som helst beslutning alene og konsulterer andre for hver minste ting. Det gjelder å finne middelveien, et mønster hvor det er normalt å hente inn støtte når en står fast.

Menn synes å ha en tilbøyelighet til å vente lenger med å be om hjelp enn kvinner. Vi ser ut til å ha et sterkere behov for å skinne og mestre alene. Å be om hjelp oppleves som å tape ansikt. Det har en sosial kostnad (3). Interessant nok viser en studie at det å be om hjelp til å løse komplekse oppgaver, gjerne tolkes som et tegn på høy kompetanse, og ikke det motsatte (4). Vi takler egen feilbarlighet bedre om vi gjør det alminnelig og normalt å støtte seg til kollegaer.

Trinn 3: Unngå bekreftelsesfellen

Når vi har gjort oss opp en mening om en sak, skal det mye til for at vi endrer mening. Vi går gjerne i bekreftelsesfellen (5). Det vil si at vi holder fast på antakelsen om hvordan ting henger sammen, og overser selv de mest åpenbare grunnene til at vi tar feil. Derfor trenger vi også pågående og aktive kollegaer som yter skapende motstand og åpner øynene våre for nye aspekter ved saken.

Et av de mest kjente eksperimentene som har avdekket bekreftelsesfellen, er fra 1973 og gikk ut på at åtte friske mennesker sørget for å bli innlagt på hvert sitt mentalsykehus (6). De møtte opp ved sykehusene og fortalte at de hørte stemmer i hodet sitt. Det var nok til å få innpass som pasient.

Fra første stund skulle disse personene oppføre seg normalt. Tanken var å se hvor lang tid det ville

ta før fagfolkene gjennomskuet bløffen og skjønnte at de var friske. Eksperimentet måtte avbrytes etter to uker. Da hadde alle de falske pasientene fått bekreftet diagnosene sine. Legene og sykepleierne la bare merke til aspekter som bekreftet at dette var mentalt syke mennesker.

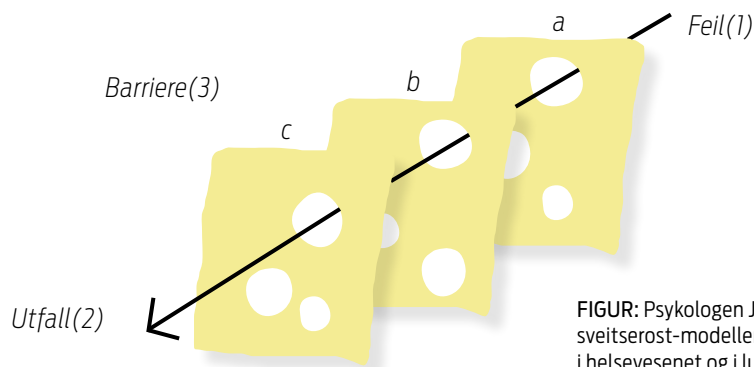
Bekreftelsesfellen er en konstant kilde til feilbehandling av pasienter. Mottrekket er å kunne snakke med kollegaer og luften mulig tvil. Igjen handler det om å etablere gode vaner og rutiner. Det bør være normalt å utfordre en kollega som ser ut til å ha gått seg fast i bekreftelsesfellen.

Trinn 4: Bruk sveitserost-modellen

Det er flere spennende paralleller mellom håndtering av feilbarlighet i helsevesenet og i luftfart. På begge områder kan en glipp eller en tabbe få fatale konsekvenser. Så kan en rask og kontant inngripen forhindre at årsakskjeden som feilen setter i sving, ender i elendighet.

Den britiske psykologen James Reason har utviklet en modell for å analysere slike situasjoner (7). Han kaller den for sveitserost-modellen (se figur). I sin enkleste form har den tre komponenter. Den skildrer (1) feilen og (2) det negative utfallet som kan følge av den, og (3) barrieren som kan bygges mellom disse to, slik at årsakskjeden fra (1) til (2) avbrytes.

Elementer i barrieren kan være (a) teknologiske løsninger, for eksempel i form av alarmer som går av når noen begår en feil, (b) sjekklister og rutiner som fanger opp feilen før årsakskjeden utvikler seg og (c) menneskelig inngripen og ytringer. Noen trenger å ta ordet og påpeke at noen har begått en feil.



FIGUR: Psykologen James Reason har utviklet sveitserost-modellen for å analysere feilbarlighet i helsevesenet og i luftfart.

Bekreftelsesfellen kan svekke barriereverket som skal hindre skade. Se for deg at den som har gjort en tabbe, er den beste fagpersonen på feltet sitt, en lege eller sykepleier med høy og velfortjent anseelse. Folk i omkretsen til denne personen kan ha en tendens til å tolke alt vedkommende gjør i aller beste mening. De er vant til at alt det denne personen gjør, er riktig og overser dermed indikasjoner på at denne gangen er noe galt. Dette ser rart ut, men dette er jo den ypperste fagpersonen på sitt felt. Vi har vært vitner til at denne faglige stjernen gjør det rette, hver gang. Derfor holder vi igjen og tier i den kritiske situasjonen.

Sveitserost-modellen har fått navnet sitt nettopp for å advare mot slike huller i barriereverket. I likhet med skivene fra en sveitserost kan hvert enkelt lag i barrieren være hullete. Selv med ti lag kan det være huller i hvert av dem som gjør at årsakskjeden passerer igjennom. Det kan derfor gi en falsk trygghet å ha mange lag i barrieren. Så lenge man er bevisst på denne svakheten, kan modellen gi grunnlag for å tenke ut hvordan man konkret skal forebygge at menneskelig feilbarlighet fører til skade.

Trinn 5: Lag helter ut av dem som tar ordet

Det krever mot å ta ordet og ytre seg når en opplever at en kollega har begått en feil. Særlig gjelder dette i hierarkiske organisasjoner og det er en person med stor autoritet som feiler. Kan en junior i

organisasjonen si fra om det som ser ut til å være en tabbe fra en senior? Kan en nyutdannet sykepleier stille spørsmål ved en overleges vurdering, dersom hun opplever at noe skurrer? Det er det som må til for at barriereverket skal være robust og solid.

Hver gang en person har vært modig og sagt fra om en feil, vil alle andres øyne være på denne personen i tiden etterpå. Hva skjer videre?

Var det et godt eller dårlig karrieretrekk å ytre seg så skarpt og utvetydig i den situasjonen?

Hvis ledelsen virkelig vil oppmuntre folk til å si fra i kritiske situasjoner, trenger den å løfte frem og gi honnør for slik innsats.

Jeg har besøkt organisasjoner hvor det er avgjørende at folk tar ordet og sier fra om noe er galt, og

spurt om de som gjør det, blir helter i egen organisasjon. Det litt brydde svaret er gjerne at de ikke blir det. Heltene er i stedet de som rykker inn og ordner opp etter at en skade har skjedd. De er dyktige til å minimere skaden.

Folk ser logikken i å løfte frem dem som har tatt ordet og gitt liv til barrieren. Uten dem ville det ikke vært behov for å mobilisere de dyktigste fagfolkene til å gjøre skaden mindre. Så viser det seg å være komplisert å hylle dem som har grepet inn. Kanskje de har tråkket på noen ømme tær underveis, og enkeltes faglige stolthet og posisjon har blitt truet? Hvis så er tilfelle, kan det fort skje at barrieren svekkes. Neste gang noe liknende skjer, vil folk kvie seg for å ta initiativ.

«Det viser seg å være komplisert å hylle dem som har grepet inn.»

SYV. TRINN FOR Å BLI BEST PÅ FEIL

Den sikreste måten å styrke ytringsdelen av barrieren på, er å lage helter av dem som bryter inn og tar ordet i kritiske situasjoner. De fortjener hyllest og positiv oppmerksomhet, noe som signaliserer til andre kollegaer at det er slik vi vil ha det her. Neste gang kan det være din tur.

Trinn 6: Snakk om feil

Overlege Stian Westad var den ansvarlige fagpersonen da en baby døde kort tid etter fødselen. «Det var en fryktelig tragedie for foreldrene, men også et marett for oss fagfolk ved sykehuset. Jeg husker at faren så meg inn i øynene og spurte hvorfor vi ikke hadde gjennomført keisersnitt. Svaret mitt var at jeg hadde gjort en feil, og ikke lest journalen godt nok. Hvis vi hadde fulgt den opprinnelige planen, ville babyen trolig ha levd nå.» (2, s. 69)

Det er smertefullt å snakke om feil som har fått fatale konsekvenser. Da jeg intervjuet Westad om hendelsen ved sykehuset hans, fortalte han at det opplevdes som en forpliktelse å gjøre det. «Det er mye god helse i å innrømme feil med en gang», sa han. For det første ønsket han å unngå at foreldrene begynte å bebreide seg selv. De kunne komme til å tenke at det var noe de kunne ha gjort annerledes. For det andre var motivasjonen å gi mulighet for læring. Ved å dele historien offentlig og med andre fagfolk, ønsket han å forhindre at noe liknende skulle skje andre steder senere.

Tidligere feil er en kilde til læring og utvikling. Derfor er det vesentlig å sette av tid og ressurser til å snakke seg igjennom hendelser hvor en menneskelig feil har skjedd. Det er en misforståelse å tro at erfaring i seg selv skaper læring. For at vi skal lære av erfaring, trenger vi også å reflektere og snakke om hva vi har vært igjennom.

Hvordan kan denne læringen skje i praksis? Jeg har kontakt med et sykehusmiljø hvor de gjennomfører komplikasjonsmøter annenhver uke. Der samles fagfolk for å studere nærmere de pasientforløpene som ikke har gått etter planen. Hva har skjedd? Hva

er årsakene til at det ikke har gått som planlagt? Hva kan gjøres annerledes neste gang et slikt tilfelle dukker opp? Hvilken lærdom kan trekkes av denne komplikasjonen?

Psykologisk trygghet er en forutsetning for å lære av feil på denne måten (8). Deltakerne i komplikasjonsmøtet har tillit til hverandre og er trygge på at det de sier og gjør her, ikke misbrukes senere. Det er også en forut-

setning for tankesettet at denne gruppen skal mestre og prestere sammen som lag, og ikke hver for seg.

Et annet viktig trekk ved denne fremgangsmåten er at den setter søkelyset på årsaker og ikke på skyld. I etterkant av ulykker og negative hendelser har mennesker en tendens til å se etter syndebukker. Hvem er den skyldige? Med en slik inngang reduseres muligheten for å lære og forstå. Skyldfokusert

«Det er smertefullt å snakke om feil som har fått fatale konsekvenser.»

gjør folk defensive og forsiktige med hva de sier om egen og andres innsats. Ingen vil plassere seg selv eller en kollega i gapestokken. Hvis vi i stedet søker etter bakenforliggende årsaker, blir dialogen ledigere og folk åpner seg. Collins har kalt dette for «autopsy without blame», obduksjon uten bebreidelse. (9) Det er en forutsetning for å skape ærlig dialog om tabber og glipper på jobb.

Trinn 7: Identifiser kritiske kvalitetsøyeblikk

Et kor er klare til å framføre et verk for et lydhørt publikum. Dirigenten kommer ut på podiet, tar imot applaus fra dem som sitter i salen, og snur seg mot sangerne. Han gir dem tonen de skal starte opp fra. Det sprer seg en uro blant sangerne, for dette er feil tone. Dirigenten har bommet på inngangen til verket. Hva skjer videre? Hvis ingen korrigerer tonen fra dirigenten, så ender dette med sur sang og en mislykket framføring av verket. Er det noen blant sangerne som tar et initiativ for å hindre at det skjer?

Situasjonen over er et eksempel på det vi kan kalle et kritisk kvalitetsøyeblikk (5). Det neste som skjer, avgjør om dette går bra eller ikke. I alle organisasjoner forekommer det slike øyeblikk. En erfaren lege eller sykepleier setter retning for hva som skal skje videre med pasienten, og flere opplever at det er noe som ikke stemmer. Hvis ingen reagerer og tar ordet, så fortsetter forløpet i den retningen. Dette er en test på hvor godt yringsklimaet er, og om barriereverket beskrevet i Reasons modell er robust nok til å hindre krise.

Det kan være viktig å forberede seg på de kritiske kvalitetsøyeblikkene. Mulige øyeblikk av denne sorten kan identifiseres på forhånd, og så kan en reflektere sammen over hvordan de burde håndteres. Det er til og med mulig å trene på hvordan en skal ta ordet i slike situasjoner.

En ting er å forstå det teoretisk, mens en leser en artikkel eller snakker om det i seminarrommet. En helt annen ting er å ta det ut i praksis, i konkrete situasjoner på jobb. Her har jeg stor tro på trening og øvelser, gjerne ledet av skuespillere eller andre som har greie på stemme- og kroppsbruk når du skal framføre og ta imot et krevende budskap.

Å leve med feilbarlighet. Denne artikkelen har tatt for seg syv trinn en organisasjon kan ta for å takle menneskelig feilbarlighet.

1. *Det gjelder å ta Sokrates sitt motto om å kjenne seg selv på alvor, og legge opp til at folk erkjenner hvor gjensidig avhengige de er av hverandre for å prestere og mestre på jobb.*
2. *Det innebærer at en trenger å normalisere hjelp mellom kollegaer. Når du står fast, bør det være den naturligste ting i verden å spørre en kollega om hjelp.*
3. *Videre er det avgjørende å være oppmerksom på bekreftelsesfellen og tendensen vi har til å sjalte bort informasjon som gir oss grunner til å skifte mening.*
4. *Reason sin sveitserost-modell kan danne et godt grunnlag for å tenke systematisk over hvordan feil kan fanges opp før de utvikler seg videre på skadelige måter.*
5. *I praksis er denne modellen avhengig av at folk som tar ordet og sier fra, hylles for dette og får heltestatus.*
6. *En vesentlig kilde til læring er også systematisk deling og refleksjon rundt komplikasjoner og negative forløp.*
7. *Beredskapen kan også bygge på en forståelse av hva som er de kritiske kvalitetsøyeblikkene i denne organisasjonen.*

«Det kan være viktig å forberede seg på de kritiske kvalitetsøyeblikkene.»

Vi kommer ikke unna at mennesker er feilbarlige vesener. Et tankesett som gir rom for å innrømme dette, skaper også grunnlag for å få til fantastiske ting sammen. Da kan vi utføre det som den finske filosofen Esa Saarinen kaller samarbeidsmirakler. Forutsetningen for å få det til å gnistre mellom kollegaer er at vi klarer å bygge og vedlikeholde et yringsklima for å være

åpne om egne personlige utilstrekkeligheter, og for å søke støtte og hjelp når det trengs. Da kan vi leve godt med feilbarligheten. ●

Referanser

1. Kvalnes Ø. Det feilbarlige menneske: Risiko og læring i arbeidslivet. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
2. Kvalnes Ø. Fallibility at work: Rethinking excellence and error in organizations. London: Palgrave Macmillan; 2017.
3. Lee F. Verbal strategies for seeking help in organizations. *Journal of Applied Social Psychology*. 1999;29(7):1472–96.
4. Lee F. The social costs of seeking help. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2002;38(1):17–35.
5. Kvalnes Ø. Yringsklima. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
6. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 1973;179(4070):250–58.
7. Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
8. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999;44(2):350–83.
9. Collins JC. *Good to great: Why some companies make the leap ... and others don't*. New York: Random House; 2001.

Et hus for tunge tanker

Visste du at det finnes et lite, oransje hus på landet der sykepleiere kan komme for å snakke ut og få råd om det blir litt mye?

• Tekst og foto Ingvald Bergsagel

Lena Dypdalen sov dårlig. Midt på natta kunne hun våkne og begynne å gruble. «Sikkert bare overgangsalderen», tenkte hun.

Som seksjonsleder med ansvaret for 44 ansatte, budsjetter, pasientsikkerhet og kvalitet, var det mye å gruble på for spesialsykepleieren. Et helt år hadde hun stått med begge bein og armer i en krevende omstillingsprosess. Dypdalen kjente krysspresset fra ledelse og ansatte. Til sjuende og sist lå lojaliteten hos pasientene, men å få tid til alt og alle ...

– Jeg følte meg som en mus i et hjul og måtte løpe fortere og fortere for å ha oversikten, forteller hun til Sykepleien.

– Jeg presset meg for hardt og klarte ikke å sette ned foten. Ledere blir jo aldri sykemeldte, ikke sant? Det er ingen som gjør jobben din, om du ikke er der.

Lena leverte. Var det noe som måtte gjøres på avdelingen, kunne man alltid spørre Lena. Lena leverte.

– Jeg opplevde at jeg ikke var meg selv, verken på jobb eller hjemme. Jeg ble kort i tonen. Avvisende. Jeg forsto at om jeg ikke skulle ende opp som skilt og uføretrygdet, måtte jeg ta noen grep.





VILLA CASETTA: I dette huset på Modum Bad kan sykepleiere komme til individuell rådgivning uten at noen får vite om det.

Hun hadde hørt om et tilbud på Modum Bad og søkte seg dit.

– Der møtte jeg mennesker med samme type utfordringer.

– Det å få dele erfaringer på godt og vondt, få råd, veiledning og kjenne at du ikke er alene i verden, gjør godt. Det ble starten på en viktig modningsprosess, forteller Lene Dypdalen.

Mestring og refleksjon. Modum Bad ligger idyllisk til i Vikersund, halvannen times kjøretur fra Oslo. Institusjonen har røtter tilbake til 1857 og tilbyr behandling av ulike psykiske lidelser som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og traumelidelser. Her finner du også Villa Sana – et ressurscenter for arbeidshelse med leger, sykepleiere og tannleger som målgruppe.

Tilbudet ble etablert i 1998, og utgangspunktet var

«Oppholdet blir ikke journalført. Ingen kan finne ut at du har vært her, dersom du frykter det.»

Ingunn Amble,
psykiater

4 RÅD MOT UTBRENTHET

Marit Hvidstens og Ingunn Ambles råd til sykepleiere som sliter:

Kjenn deg selv: Bli kjent med deg selv og hva som skaper stress hos deg. Lær deg å kjenne igjen de vanligste symptomene. Det kan være at du sover eller spiser dårligere, kutter ut sosiale ting, trener mindre enn du ønsker eller kjenner mindre empati. I det hele tatt at du kutter ned på det som normalt gir deg påfyll og energi. Lytt også til dem der hjemme. Hvis barna sier «du hører ikke etter» eller «du er så mye sint», kan det være et faresignal.

Skaff oversikt: Skriv ned arbeidsoppgavene dine. Få en oversikt og gjør de vanskeligste prioriteringene. Kartlegg

hva som er realistisk og hva som er ideelt. Hva kan velges bort av alt det du gjør i dag? Dette kan være en åpenbaring for mange.

Si mer «tja»: Det kan være krevende for en sykepleier å si «nei». Sier du bare «ja», øker presset. Et «tja» gir deg tid til å vurdere, sjekke og avgrense.

Juster forventningene: Lær å kjenne på egne og sjekk ut andres forventninger. Ofte er det mye som faller fra skuldrene dine da. Mange tror at ledelse, pasienter eller kolleger forventer mer eller andre ting av dem enn de faktisk gjør.

Den norske legeforenings bekymring for sine medlemmers helse og livskvalitet. En levekårsundersøkelse bød på nedslående lesning: Selvmordsraten var høyere hos leger enn hos resten av befolkningen. Sykenærveret var høyt, og leger søkte ofte hjelp altfor sent.

– Vi hadde tidligere hatt en del helsepersonell til behandling her og så selv at de ofte kom sent inn, forteller leder av Villa Sana, psykiater Ingunn Amble.

– Derfor var det viktig at dette ble et lavterskeltilbud – et som legene faktisk kom til å benytte seg av. Man skulle bare kunne ringe og få plass.

I starten besto tilbudet av et ukelangt kurs, der leger skulle lære seg å sette grenser. Man var opp-tatt av mestring og av å gi rom for ettertanke og refleksjon.

Senere har andre elementer kommet til, som en individuell rådgivningstjeneste der man kan komme for én dag. Det er også inngått avtaler med Norsk Sykepleierforbund og Den



ØNSKER VELKOMMEN: Ingunn Amble (t.v.) og Marit Hvidsten på Villa Sana ønsker sykepleiere, leger og tannleger velkomne til kurs og rådgivning.

norske tannlegeforening. Fra og med 2020 vil dessuten sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger og velferdsvitere få et tilbud gjennom en nylig inngått avtale med Fellesorganisasjonen.

Helsebringende omgivelser. Som de fleste av byggene på Modum Bad, er husene som benyttes til Villa Sanas tilbud, oppført i klassisk sveitserstil, selv om de er bygget i nyere tid. Grunnleggeren av kurbadstedet, Heinrich Arnold Thaulow (1808–1894), hadde nemlig hørt at denne formen for arkitektur skulle være særlig helsefremmende.

– Jeg vet ikke hvor mye hold det var i akkurat det, men vi har fortsatt en klar filosofi om at omgivelsene har noe å si for helsen, forteller Amble.

Over 4000 leger, 1500 sykepleiere og noen færre tannleger har så langt benyttet seg av tilbudene fra Villa Sana.

– Antallet øker for hvert år, sier Amble.

– Det er ikke sikkert det skyldes at behovet blir større. Det kan også være at vi blir mer kjent, eller at det er blitt mindre skambelagt å søke hjelp, tror hun.

Hun understreker at Villa Sana ikke tilbyr behandling, men kurs og rådgivning. Akkurat dette skillet kan være viktig for enkelte som kvier seg for å oppsøke hjelp.

– Oppholdet blir ikke journalført. Ingen kan finne ut at du har vært her, dersom du frykter det.

Vi sletter all informasjon om deltakere etter at de har dratt.

Historien. Den første avtalen med Norsk Syke-

pleierforbund (NSF) ble inngått i 2001. Som for legene, var det organisasjonens bekymring for sine medlemmers helse som var utgangspunktet.

Etter en omorganisering hadde NSF året før solgt Nedre Hvide i Asker, et sted der sykepleiere kunne komme for å puste ut. Nå ble penger fra salget brukt til å finansiere et kurstilbud på Villa Sana.

I 2009 var de avsatte midlene brukt opp, og avtalen med NSF ble ikke videreført. Likevel kunne sykepleiere fortsatt søke seg til Villa Sana, men da ble oppholdet finansiert av sykepleierne selv, Nav eller arbeidsgiver.

En ny NSF-avtale ble inngått i 2014, og den gjelder fortsatt: Fire ganger i året arrangeres det tredagers kurs for sykepleierledere med personalansvar, tolv av gangen. I tillegg tilbys det 50 individuelle rådgivningsdager som alle sykepleiere kan søke om.

– Tilbudene har alltid vært fullbooket, forteller Marit Hvidsten, som selv er sykepleier og kursansvarlig for tilbudet for sykepleiere.

– I starten var det kun utbrente som kom. De som allerede hadde møtt veggen. I dag jobber vi mer forebyggende.

Et risikoyrke. Hvidsten forteller at opplevelsen av å ikke strekke til er en gjenganger. Sykepleierne som kommer til Villa Sana, forteller om en hverdag der de løper hele tiden og kjenner at det går ut over kvaliteten på tjenestene som tilbys.

– Ingen har vært her på grunn av konkrete feil de har gjort, men mange har vært bekymret for ikke å strekke til og for å gjøre feil, sier Hvidsten.

Svikt i konsentrasjonsevne og hukommelse er vanlige tidlige symptomer på at det er i ferd med å gå galt.

– Å være helsearbeider er et risikoyrke. Når noen nærmer seg veggen, kan de fort anklage seg selv og tenke at de ikke er gode nok.

Hvidsten mener det fortsatt kan være skambelagt å kjenne at man ikke strekker til som lege eller sykepleier.

– Vi ser store variasjoner fra arbeidsplass til arbeidsplass. Kulturen for å snakke om slike ting kan variere veldig.

– Vi skulle gjerne sett at flere arbeidsplasser hadde veiledningstjenester. Dette er gjerne noe av det første som ryker ved nedskjæringer. Det hadde også vært fint om ledere høyere opp i hierarkiene – folk i posisjon til å skape endring for flere – kom på kursene våre.

Indre kaos. Når sykepleiere først kommer til Villa Sana, bærer de gjerne med seg mye indre kaos.

– Vi lar dem snakke først, understreker Hvidsten.

«Vi ser store variasjoner fra arbeidsplass til arbeidsplass. Kulturen for å snakke om slike ting kan variere veldig.»

Marit Hvidsten,
kursansvarlig og sykepleier

Ofte koker det over i starten, men med litt hjelp ser de fleste fort selv hvor skoen trykker. Så jobbes det med mestringsstrategier. Det handler som regel om å prioritere bort noe.

Ingunn Amble forteller at hun gjerne råder sykepleiere til å si mer «tja» for så å kunne komme med et svar etter å ha tenkt seg om.

– Det kan nemlig oppleves krevende for mange å si tydelig «nei», men sier du «ja» til alt og alle, så øker bare presset. Et «tja» gir deg tid til å vurdere, sjekke og avgrense.

– Her får de tid til å stille seg spørsmålet «hva søren er det jeg driver med?»

Moralsk stress. Tidsnød er den store gjengangeren hos sykepleierne som kommer til Villa Sana. De fleste har opplevd å gå hjem med dårlig samvittighet for det de ikke fikk gjort. Om kvelden husker de hvem de ikke har fått stelt. Hvem som hadde trengt hjelp, men som ikke fikk det.

– Mange kjenner at de endrer syn på brukerne, forteller Hvidsten.

– De skaper en distanse og blir ikke like berørt som før. Det kan være veldig vondt å oppdage dette. Men menneskers kapasitet til empati er begrenset.

En sykepleier skal ha fortalt at de på hennes avdeling ikke hadde nok ressurser til å la alle brukerne få komme opp i helgene. Da bestemte de seg for å la en uten pårørende ligge. Da ble det nemlig ikke bråk.

– Slikt river jo i et sykepleierhjerte, sier Ingunn Amble.

Kroppen gir beskjed. Lena Dypdalen har byttet jobb etter at hun var på Villa Sana – både på kurs og til rådgivning. Også i dag har hun en lederstilling. Hun tror mange sykepleiere søker hjelp for sent og råder sykepleiere til å lytte mer til seg selv om det begynner å butte.

– Når du blir fysisk syk, kan det være en beskjed fra kroppen til hodet, sier hun.

– Jeg burde vært ærlig og innrømmet at jeg ikke hadde det så bra.

Sykepleiere som søker seg til Villa Sana, kan få oppholdet dekket gjennom NSF.

– Jeg har betalt medlemsavgiften til NSF i 27 år og føler at det jeg fikk igjen på Villa Sana, var verdt alle pengene, sier Dypdalen. ●

«Jeg burde vært ærlig og innrømmet at jeg ikke hadde det så bra.»

Lena Dypdalen



SUNN ARKITEKTUR: Grunnleggeren av kurbadstedet mente bygninger i sveitserstil var særlig helsebringende.

3 BOKTIPS

Leseanbefalinger fra Marit Hvidsten og Ingunn Amble:

1. Smittet av vold – om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene (Per Risdal, 2017, Fagbokforlaget): Det kan være svært krevende og belastende å jobbe med sykdom, ensomhet, vold, rus og død. Psykolog Per Isdal ser på hva arbeid innen helsevesenet kan gjøre med folk og presenterer strategier for å forebygge, motvirke og bekjempe negative konsekvenser.
2. Jakten på dømmekraft – praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten (Marie Aakre, 2016, Gyldendal forlag): Sykepleier og rådgiver Marie Aakre tar for seg etiske utfordringer helsearbeidere møter i hverdagen. Hun mener det ikke finnes noen snarvei til moralsk modenhet og at man både må erfare og reflektere kontinuerlig for å vokse.
3. Når noe går galt – fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten (Terje Mesel, 2014, Cappelen Damm akademisk): Bokta tar for seg helsearbeideres opplevelser av feil i pasientsituasjoner og bygger på intervjuer med leger, psykologer og sykepleiere. PS: Podkasten Sykepleieprat fra Rådet for sykepleieetik har en episode med forfatteren av denne boka.



Hovedbudskap: Selv om forskning om uønskede hendelser i hovedsak har fokusert på institusjonstjenestene, er det rimelig å anta at uønskede hendelser også forekommer i kommunehelsetjenesten. Helsetilsynslovens meldeplikt er nå utvidet til også å omhandle kommunehelsetjenesten. Mellomledere har fagansvar og ansvar for å forebygge uønskede hendelser, også når pasientene mottar tjenester i eget hjem. Våre studier viser betydningen av mellomledernes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser.

Nøkkelord: • Kommunehelsetjeneste • Ledelse • Uønskede hendelser

DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2019.78400

Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?

Ett tiltak mellomledere i kommunehelsetjenesten kan gjøre for å forebygge feil, er å være med sykepleierne på pasientbesøk.

Uønskede hendelser skjer i alle ledd i helsevesenet, mens forskning hovedsakelig har satt søkelys på institusjonstjenestene. Det er rimelig å anta at uønskede hendelser også skjer i hjemmetjenestene (1). Hittil har varslingsplikten for alvorlige hendelser omfattet spesialisthelsetjenesten. Fra 1. juli i år ble den utvidet til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester der også pårørende, pasienter og brukere får rett til å varsle (2). Varslingsplikten vil kunne bidra til å tallfeste uønskede hendelser i kommunetjenesten og muliggjøre forebygging.

HVA ER PLEIELIDELSER?

Uønskede hendelser innvirker på mer

«Det er en fare for at lederne har utilstrekkelig fokus på den lidende pasienten.»

enn pasientenes helse og fare for tidlig død. Vi vil derfor inkludere pleielidelser som en del av begrepet uønskede hendelser i artikkelen. Ifølge Eriksson omhandler pleielidelser: krenkelser av pasientens verdighet, manglende pleie, forsømmelse, straff og maktutøvelse (3). Det er uønskede hendelser som skaper ytterligere lidelse, og som tærer på pasientens helseressurser.

FLERE ELDERE

Antall eldre er økende. Eldre har flere diagnoser og funksjonstap som gjør at de er sårbare for konsekvenser av feil (4). Flere eldre ønsker å bo hjemme med bistand framfor å flytte til institusjoner

med døgnkontinuerlig pleie (5). Samhandlingsreformen (6) legger føring for at helsehjelp i størst mulig grad skal ytes i pasientens hjem. Det har derfor de siste årene vært rettet oppmerksomhet mot å øke andelen av hjemmebaserte tjenester og behandling i hjemmet, slik at antall liggedøgn på sykehus og presset på kommunale institusjonsplasser reduseres (7).

Til sammen legger dette et økende press på kommunale helse- og omsorgstjenester (8) både hva angår omfanget av pasienter, komplekse og sammensatte sykdomstilstander og følgelig behov for økt kompetanse hos de ansatte på alle nivå.

MELLOMLEDERENS ROLLE

Mellomlederne har tradisjonelt vært rekruttert fra sykepleieryrket selv om det de senere årene har kommet andre yrkesgrupper til. Ofte er de antatt faglig flinkeste sykepleierne rekruttert til mellomlederstillinger (9). Det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom det å være en klinisk dyktig sykepleier og det å være en god leder.

Mellomlederne har stor innvirkning på hvordan avdelingene drives. Lederrollen innebærer å fremme en kultur som støtter en evidensbasert praksis som reduserer pasienters risiko for uønskede hendelser (10). Ledere på alle nivå i helsetjenestene har en nøkkelrolle i å motivere og legge til rette for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskap og resultater fra ulike kilder skal brukes som grunnlag for målrettede tiltak for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenestene (11).

Ledelsens betydning for å utvikle kvalitet på sykepleien, skape en god praksis og forebygge uønskede hendelser er tett knyttet til sykepleie og pasientomsorg.

TYDELIGE KRAV

I januar 2017 kom Forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.



Rita Solbakken

Sykepleier, ph.d.-student, sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie og ledelse. Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet



Terese Bondas

Professor og helsesøster, ph.d., LichSc, MHSc, RN, PHN. Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger



Anne Kasén

Førsteamanuensis, ph.d. i helsevitenskap, master i helsevitenskap, psykiatrisk sykepleier. Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

Den setter tydelige krav til ledere av tjenestene ved å løfte frem faglig forsvarlige tjenester og tydeliggjør den enkelte leders ansvar. Forskriften utdypet kravene til ledelse og styringssystem i hele helse- og omsorgstjenesten og skal bidra til faglig forsvarlige tjenester samt systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (12).

TEORETISK PERSPEKTIV

Sykepleiere har lang tradisjon for å lede helsetjenester. Ledelse har helt siden Nightingale vært et aspekt ved sykepleierens yrke. Ifølge Henderson er sykepleie å hjelpe pasienten med det han eller hun ønsker, men ikke evner å gjøre selv (13). Pasienten skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger. Å tjene pasienten er derfor sentralt også i sykepleieleidelse (14).

Bondas teori om caritativ ledelse utgjør

det teoretiske perspektivet i våre studier. Teorien har fått navn etter motivet: kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Fem hovedoppgaver beskrives i pasientpleien: det caritative motivet, verdighet, måling og mening i helsevesenet og relasjoner i omsorgskulturen. Det innebærer at lederen skal tilrettelegge for god etisk sykepleiekultur i egen avdeling til beste for pasientene. Uten ledere med klare visjoner om innholdet i pasientpleien vil det være risiko for at fokuset på å tjene pasienten blir borte (15, 16).

Ledernes oppgave er å utvikle sykepleiefaget, tilrettelegge for at sykepleien til enhver tid bygger på best tilgjengelig evidens og kontinuerlig etisk refleksjon med fundament i sykepleie (14, 16).

PRESS PÅ LEDERE

Samfunnsendringer påvirker idealene for organisasjon og ledelse i kommunehelsetjenesten. Ett eksempel er innføringen av New Public Management (NPM) som bygger på modeller for markedsstyring i privat sektor. Siden innføringen har helse-tjenestene levd under et konstant press på forbedring og effektivisering der hovedmålet er kostnadsreduksjon (17). Krav om resultatledelse, konkurranse og kostnadseffektivitet passer dårlig sammen med tanken om at pasienten skal være i fokus og teorien om caritativ ledelse. Det er en fare for at lederne har utilstrekkelig fokus på den lidende pasienten (14).

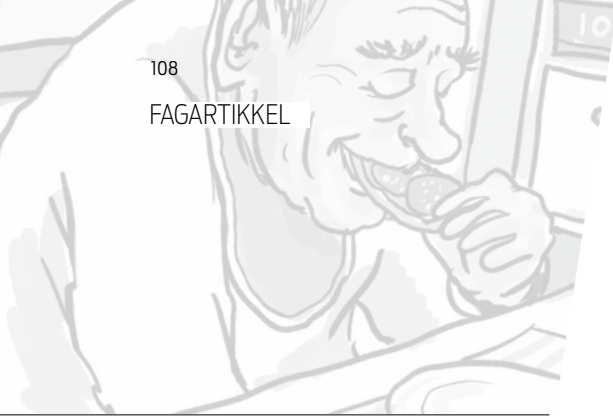
PROBLEMSTILLING

I denne artikkelen ønsker vi å besvare følgende todelte problemstilling:

Hva er lederens ansvar i forebygging av uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten? Hva skal til for å unngå slike hendelser?

FUNN I VÅRE STUDIER

Artikkelen baserer seg på resultater fra egne, fagfellevurderte forskningsartikler,



skrevet på norsk og engelsk og som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift (18-21). Studiene har mellomledernes perspektiv, dvs. de lederne som er nærmest pasientene og personalet. Alle har en sykepleiefaglig bakgrunn.

Kartlegging av fallhendelser i hjemmetjenesten er brukt som eksempel på uønskede hendelser. Deretter viser vi hvordan mellomlederne ser på sitt ansvar i egen avdeling før vi avslutningsvis peker på hvordan lederne kan ivareta sitt faglige ansvar og forebygge uønskede hendelser.

FALL I HJEMMET

Da vi undersøkte antall fall i hjemmetjenesten, over en periode på tre måneder, ble det gjort i én kommune. Vi inkluderte et totalutvalg på 440 personer som alle hadde vedtak på hjemmetjenester og/eller trygghetsalarm. Antall dokumenterte fall i perioden var 101, fordelt på 72 tjenestemottakere (19).

Deretter ble et fokusgruppeintervju med fem mellomledere i samme kommune gjennomført. Hensikten var å undersøke hvordan mellomlederne ivaretok fagansvaret og arbeidet med å forebygge uønskede hendelser i egen sektor. Vi fant at lederne ønsket at sykepleierne skal overta fagansvar og fagutvikling, fordi lederne ikke oppfatter dette som sitt primære kompetanseområde. De beskriver dilemmaet mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet. Forebygging av uønskede hendelser har ikke vært prioritert i deres ledelse. Hovedfunn i studien er at ledernes mulighet til å utvikle og lede sykepleiefaget synes å være marginalisert (20).

Det overrasket oss at lederne manglet en strategi for å forebygge uønskede hendelser.

Fordi dette var en relativt liten studie ønsket vi å se om vi fikk et annen bilde hvis vi gikk til litteraturen og undersøkte

bredere. Vi fant lite forskning som beskrev hva som er god omsorg (engelsk: caring) fra lederne som er sykepleiere, fra deres eget perspektiv. Vi gjennomførte derfor en metasynthese av inkluderte artikler der ny tolkning av artiklene ble gjort.

FEM ROM

Vårt hovedfunn var at lederne oppfatter omsorg i sykepleieleidelse på mellomledernivå, begripeliggjort som en bevisst bevegelse, mellom fem ulike rom som vi har kalt; pasientens rom, ansattes rom, overordnedes rom, lederens hemmelige

«Det overrasket oss at lederne manglet en strategi for å forebygge uønskede hendelser.»

rom og organisasjonens rom. I denne sammenhengen har rom en metaforisk betydning; de kan være fysiske og geografisk avgrensede eller abstrakte – som en følelse av et rom. (Se rammesaken: Lederens fem rom).

Lederne ser en sammenheng mellom begrensede ressurser og kvalitet på pasientomsorgen som de synes er vanskelig å håndtere. Hovedfunnet er at omsorgen i sykepleieleidelse karakteriseres ved en bevisst bevegelse mellom disse metaforiske rommene, der bevegelsen forstås som klinisk tilstedeværelse. Lederen bør anerkjenne at det er disse ulike rommene som må gis oppmerksomhet bevisst gjennom å besøke dem. Dersom lederen bevisst eller ubevisst unnlater å besøke rommene, eller

at noen av rommene får mer oppmerksomhet enn de andre, blir det en ubalans og bevegelsen stopper opp. Dette symboliserer at også omsorg i sykepleieleidelse stopper opp (18).

KLINISK TILSTEDEVÆRELSE

Fordi tidligere forskning ikke gir innsikt i hvordan mellomledere selv forstår begrepet klinisk tilstedeværelse og hva de konkret ønsker å oppnå med å være til stede, ønsket vi å undersøke dette. Vi valgte en hermeneutisk metode med tre fokusgrupper med til sammen 11 mellomledere fra Norge, Sverige og Finland.

Tilstedeværelse betyr å møte pasienter, pårørende og medarbeidere i en hverdagslig sammenheng og skal i så måte ikke forstås som sykepleiere som deltar i daglig pleie- og omsorg. Dersom klinisk tilstedeværelse ikke betyr deltakelse i stell og pleie, hvilken hensikt tjener det da?

Resultatet viser at klinisk tilstedeværelse hadde flere dimensjoner; å ivareta pasienten og legge til rette for en best mulig pasientomsorg gjennom selv å ta et overordnet ansvar for pleien, sikre pasientens stemme, bygge og videreføre tillitsfulle relasjoner samt sikre en fornuftig pengebruk i avdelingen.

Lederne beskriver et overordnet ansvar for kvalitet på pleie, personalet og økonomien som krevende og overveldende. Likevel var de tydelige på eget behov for å være til stede og møte pasientene som en del av ivaretagelsen av pasientomsorgen.

PASIENTEN ER VIKTIGST

Ivaretagelse av pasienten var hovedfunnet i studien og forklarer hensikten med klinisk tilstedeværelse der best mulig pasientomsorg er viktigst for lederne. Hensikten med ledernes kliniske tilstedeværelse var dermed ikke å erstatte sykepleiemangel eller å berge økonomien.

Lederne beskrev at de aldri ville sette pasientomsorgen i fare ved å prioritere personalet eller unngå budsjettoverskridelser, selv om pasientomsorgen medfører budsjettoverskridelser eller at de noen ganger må avskjedige ansatte. Basert på ledernes kompetanse fra sykepleierutdanningen opptrer de som «skjold» i metaforisk betydning for å beskytte pasienten mot uønskede hendelser (21).

Der flere studier viser at mellomledere oftest prioriterer budsjettansvaret (20, 22), viser denne siste studien vår at mellomlederne balanserer sine tre ansvarsområder, fag-, personal- og økonomiansvar, men sier at best mulig pasientomsorg likevel er den viktigste oppgaven (21).

DISKUSJON

Kommunehelsetjenesten, og da spesielt hjemmetjenesten, beskrives som en spesiell kontekst å lede. Personalet jobber alene opp mot pasientene i hjemmene, mens lederne kan bli igjen på kontoret. Lederne ønsker å kontrollere at pasientene får tjenestene de er i behov av, at uønsket praksis som i pleie kan medføre unødvendige og tungt belastende pleielidelser for pasienten unngås, og at uønskede hendelser rapporteres og følges opp. De uttrykker ønske om å kunne ha større grad av innsyn, men sier det er vanskelig på grunn av avstanden til pasientene og personalet. Særlig beskrives dette som vanskelig av mellomledere som tidligere har ledet i institusjon (20).

MÅ VÆRE OPPDATERT

Stillingsbeskrivelsene for mellomlederne i de tre landene var sammenfallende. I kraft av å være sykepleiere har mellomledere et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.

LEDERENS FEM ROM

Pasientens rom: Lederen er til stede i pasientens rom for å forebygge pasientkrenkelser og pasientlidelser.

Ansattes rom: I ansattes rom tilrettelegger lederen for tillit og respekt personalet imellom og mellom personalet og lederen. Lederen går foran som rollemodell for god pasientomsorg. I ansattes rom er relasjonsbygging sentralt. Lederne setter tydelige likhetstegn mellom ivaretagelse av personalet og ivaretagelse av pasienten.

Overordnedes rom: I de overordnedes rom møter lederne krav fra sine ledere. De uttrykker behov for støtte og anerkjennelse fra sine ledere. Dersom de ikke får slik støtte gir det en følelse av ensomhet.

Lederens hemmelige rom: I ledernes eget, hemmelige rom, er lederne alene. De trekker seg tilbake for å reflektere og fatte beslutninger.

Organisasjonens rom: Organisasjonens rom omslutter alle disse rommene og legger rammene for ledelse.

De har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig der sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Dette krever sykepleieledere som er oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og som bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Stadig flere forskere publiserer sin forskning på engelsk for å nå ut til et bredere publikum. Til tross for at dagens sykepleierutdanning setter studentene i stand til å lese, vurdere og anvende forskning i sin praksis vet vi at mange sykepleiere og ledere synes forskningsartikler er vanskelig tilgjengelig og særlig når de skrives på engelsk.

HELHETLIG PASIENTOMSORG

Sykepleierne ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner. De skal melde fra eller varsle når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Vi hevder at evidensbasert kunnskap alene ikke er tilstrekkelig dersom den ikke forankres i et helhetlig syn på pasientomsorg, som også inkluderer pasientsikkerhet.

Ledernes holdninger er avgjørende for å fremme en felles kultur der pasientsikkerhet og forebygging av pleielidelser er prioritert basert på felles verdier og kunnskap, der også sykepleievitenskap er en viktig base for kunnskap. Med dette som utgangspunkt kan lederne skape en felles forståelse av at «slik gjør vi det hos oss». Mellomledere med sykepleiefaglig bakgrunn kan derfor bære ansvaret for å fremme sykepleiefokuset i tjenestene.

Resultatene viser at lederne opplever manglende samsvar mellom arbeidsmengde og tilgjengelig tidsressurs. Når ledelse gjennom NPM stiller større krav til resultatledelse og kostnadseffektivitet, hevder Bondas at en står i fare for å miste fag- og pasientfokuset i tjenesten (14). Nettopp fordi lederne er sykepleiere evner de å se faglige problemstillinger og identifisere risiko for uønskede hendelser. Det sammenfaller med funnene i vår studie (20), der pasientansvaret veier tyngst (21).

VIKTIG Å FÅ STØTTE

Med bakgrunn i demografiske endringer og reformer ser vi at flere og mer komplekse oppgaver i større grad skal løses i kommunehelsetjenesten. Dette kan beskrives som en kompetanse- og ansvarsoversømmelse i en tid der behovet for sykepleiere er stort og økende, samtidig som sykepleiefaget utfordres på sin identitet. For å kunne klare å stå i

dette krysspresset sier lederne at støtte fra sine nærmeste ledere er en forutsetning (21).

Selv om brukermedvirkning løftes frem i statlige dokumenter, viste ikke i våre studier planlagte møter mellom ledere og pasienter eller pårørende. Lederne fortalte likevel at de var opp-tatt av pasient- og pårørendetilfredshet i tjenestene.

Den faglige bakgrunnen lederen har påvirker hvordan han eller hun observerer når de er klinisk til stede, basert på hvilke faglige «briller» de har på. Sykepleiere er utdannet til å identifisere og forebygge risiko for uønskede hendelser og pasientlidelser, samt å bygge arbeidsmiljø basert på felles verdier.

Vi fant at alt lederne gjorde tjente hensikten å ivareta et helhetlig og overordnet ansvar for pasienten. Alle lederne beskrev dilemma mellom å stole på det personalet sa og behovet for å se ting med egne øyne for å skape et godt beslutningsgrunnlag. Derfor ble klinisk tilstedeværelse sett på som helt nødvendig for å sikre at personalet ga en best mulig kvalitet på pasientomsorgen (21).

DET ULTIMATE MÅLET

Media viser til eksempler der kommuner søker å møte sykepleiemangelen med at andre yrkesgrupper som helsefagarbeidere og ingeniører erstatter sykepleiere i lederstillinger (23, 24). Vi bør likevel ikke «organisere» oss bort fra sykepleiemangelen, men heller arbeide for å bruke rett kompetanse på rett plass. Dette er særlig viktig når krav til kompetanse og antall ansatte i tjenestene økes samtidig som tilgangen utfordres.

Det ultimate målet bør være ledere som skaper avdelinger preget av kunnskap, visjoner og åpenhet, der pasientene er trygge, personalet yter gode tjenester og der pasienter og deres pårørende er tilfredse med tjenestene som

gis. Sykepleiere har lange tradisjoner for å jobbe godt sammen med andre yrkesgrupper. Sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold der vi viser respekt for kollegers og andres arbeid og der lederne løfter sykepleiefaget i Florence Nightingales ånd.

Vi mener at våre studier viser betydningen av sykepleielederes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser, samtidig som de belyser betydningen av sykepleiefaglig bakgrunn og klinisk tilstedeværelse for å møte krav til mellomledere i kommunehelsetjenestene.

Vi må våge å bidra med tydelighet i den faglige og politiske diskusjonen om hvorfor sykepleielederne i kommunehelsetjenesten ikke kan erstattes av andre yrkesgrupper. •

REFERANSER

- Harrison MB, Keeping-Burke L, Godfrey CM, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V. Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2013;11(3):148–60.
- Lov 15.12.2017 nr.107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helseetilsynsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107> (nedlastet 20.08.2019).
- Eriksson K. Det lidende menneske. Danmark: Munksgaard; 2010.
- Castle NG, Wagner LM, Sonon K, Fergusson-Rome JC. Measuring administrators' and direct care workers' perceptions of the safety culture in assessed living facilities. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012;38(8):375–82.
- Haycock-Stuart E, Kean S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management*. 2012;20(3):372–81.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
- NOU 2011:11. Innvasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
- Helsedirektoratet. Status for samhandlingsreformen. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
- Vabø SI, Vabø M. Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
- Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for ledelse (2017–2020). Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2201714/cache=20171804133935/NSF%20Politisk%20Plattform_ledelse%202017%20-%202020%20revidert.pdf (nedlastet 15.09.19).
- Meld. St. nr. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
- Helse- og sosialdepartementet. Ledelsesforskriften. 2017.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 20.08.2019).

- Henderson V, Mellbye S, Munkeby AM. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
- Bondas T. Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*. 2003;27(3):249–53.
- Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4):351–62.
- Bondas T. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4):477–86.
- Cara CM, Nyberg JJ, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nursing Administration Quarterly*. 2011;35(1):6–14.
- Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership – a meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42(4):E1–E19.
- Solbakken R, Bondas T. Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune – omfang og omstendigheter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2015;11(1):165–79.
- Solbakken R, Bondas T. Sykepleielederes fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten. *Geriatrisk sykepleie*. 2016;03:18–25.
- Solbakken R, Bondas T, Kasén A. Safeguarding the patient in municipal healthcare – a hermeneutic focus group study of Nordic nursing leadership. *Journal of nursing management*. 2019 september;27(6):1242–5
- Skirbekk H, Hern MH, Nordtvedt P. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. *Nursing Ethics*. 2017;25(6):746–59.
- Hærnes N. Ingeniør skal lede anestesisykepleiere i Førde. Oslo: Sykepleien; 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/07/ingenior-skal-lede-anestesisykepleiere-i-forde> (nedlastet 02.08.19).
- Hanna S. På dette sykehjemmet jobber avdelingslederne og helsefagarbeiderne side om side Oslo: Fagbladet; 2019. Tilgjengelig fra: https://fagbladet.no/nyheter/pa-dette-sykehjemmet-jobber-avdelingsledere-og-helsefagarbeiderne-side-om-side-6.91.633549.b3ba-696f9a?fbclid=IwARL_VEAcyoAtxu-sCCRYxmjx5XVHKTDSE1RHZ3bc8FE75DZLpkzqzQdHsg. (nedlastet 16.06.19)



Disse nettstedene kan være til hjelp i arbeidet med pasientsikkerhet

I trygge hender **24**
7

Pasientsikkerhet for hele helsetjenesten

I trygge hender 24–7 drives av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. Programmet skal bidra til å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Programmet har 16 innsatsområder innen ulike deler av helsetjenesten. På nettsidene finner du data om pasientsikkerhet, artikler om gode praksiser og tiltakspakker for de ulike innsatsområdene.



Pasientsikkerhetsprogrammet.no

RELIS

Svarer på spørsmål om legemidler

Relis – regionale legemiddelinformasjonsentre – er etablert for å bidra til rasjonell og riktig legemiddelbruk gjennom produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell. Relis har en søkbar database med spørsmål og svar, men tar også imot nye spørsmål via nettsiden eller per telefon om det haster. Relis tar også imot meldinger om bivirkninger, også bare ved mistanke.



Relis.no

Ukom

Ukom.no tar imot varsler og bekymringsmeldinger

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig kommisjon som skal undersøke alvorlige forhold for å bedre pasientsikkerheten. Ukom vil motta lovpålagte varsler ved alvorlige hendelser (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a) som fra 1. juli i år også er pålagt kommunehelsetjenesten. Ukom tar også imot bekymringsmeldinger om alvorlige forhold som går ut over pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, og varsler om kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass fra helsepersonell.



Ukom.no

TIPS: Ved å skanne QR-kodene, kommer du rett til nettsidene. Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.

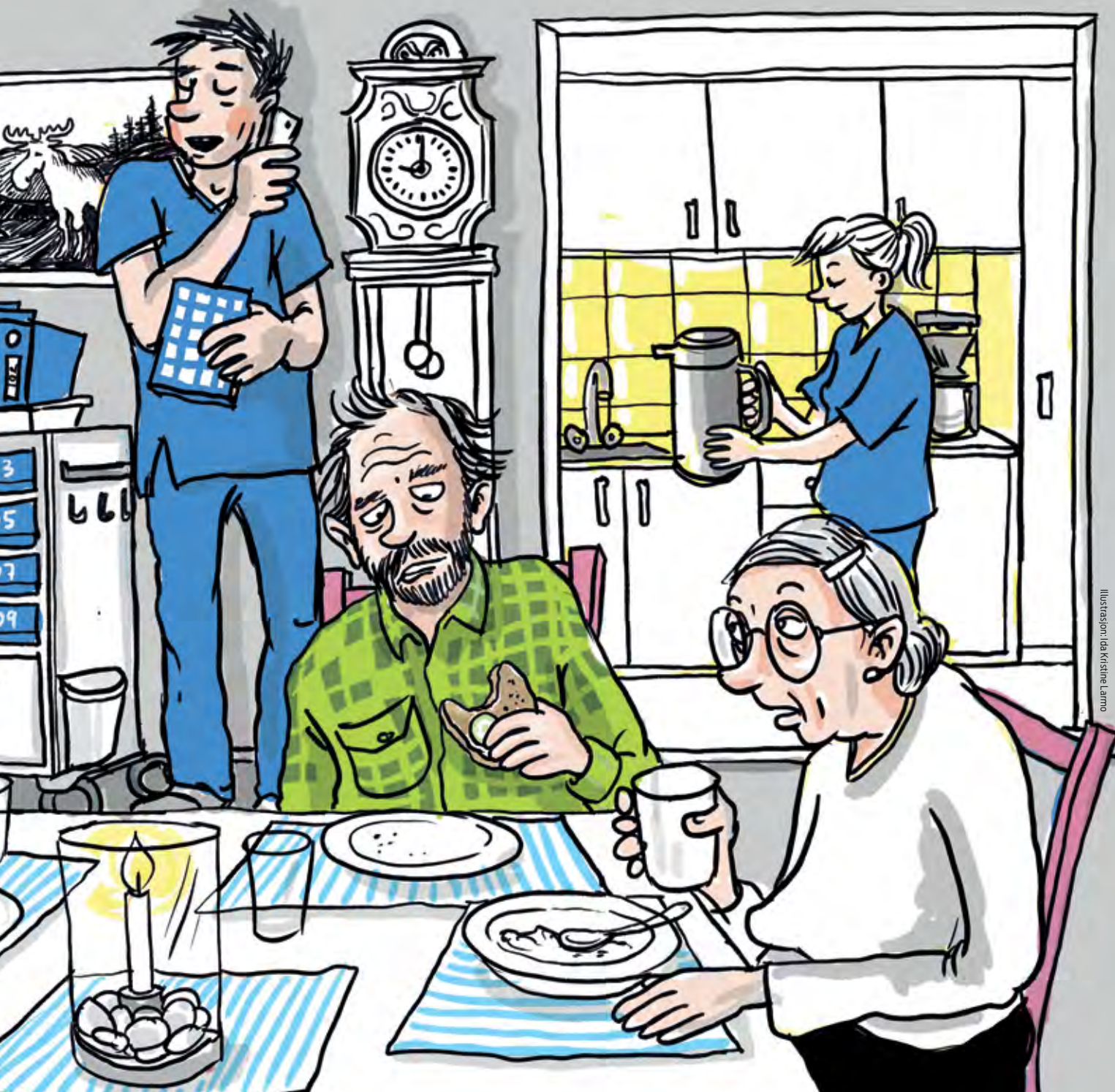
Uheldige hendelser i sykehjem

Det gjøres ingen systematiske kartlegging av pasientskader i kommunehelsetjenesten, og frem til juli i år har heller ikke kommunene vært pålagt å melde alvorlige skader og dødsfall inn til Helsetilsynet.



FINN 5 FARER

I bildet skjuler det seg fem uheldige hendelser hentet fra Helsetilsynets meldeordning. Se fasit på neste side.



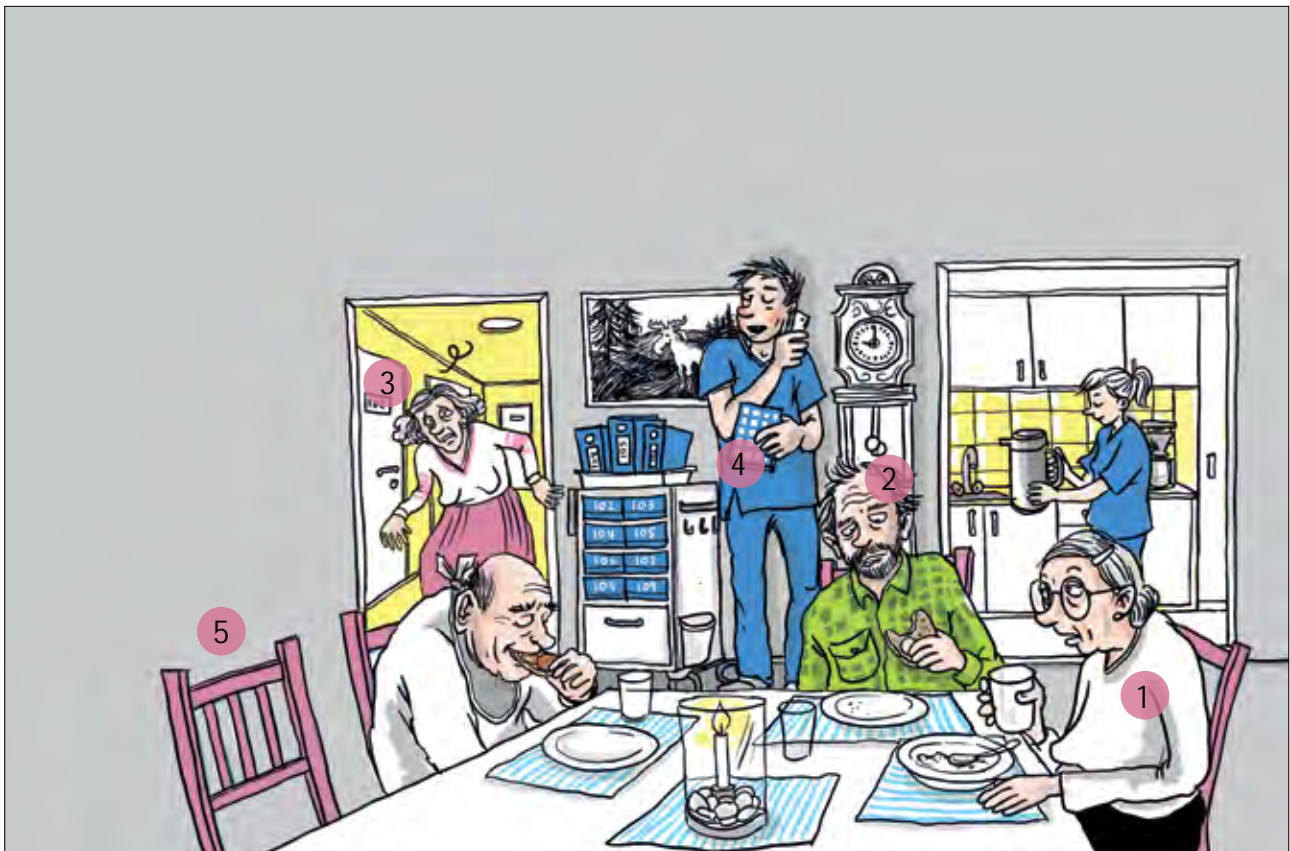
FASIT

1. Pasienten har testet positivt på MRSA. Dette ble det ikke informert om i overflyttingspapirene. Hun er dermed ikke underlagt noe smittevern.
2. Pasienten har svelgevansker etter hjerneslag. Han har ikke fått tilrettelagt mat og kommer til å utvikle en lungebetennelse på grunn av feilsvelging.
3. Pasienten står på flere medisiner som gir fallfare. Det er lagt på nye medikamenter uten at det er gjort noen risikovurdering. Hun faller og må innlegges på sykehus med brudd.
4. I denne dosetten er det dosert Metotreksat hver dag i en uke. Ifølge ordinasjonen skal den bare gis en gang i uka. Pasienten risikerer forgiftning.
5. Denne stolen tilhører en pasient med kognitiv svikt som har forlatt avdelingen uten at noen la merke til det. Han blir funnet forfrossen tre timer etter i nærheten av hjemmet sitt.



Helsedirektoratet har skrevet en rekke læringsnotater basert på hendelser som disse. Skann QR-koden og les på nettsiden.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.





Anne-Berit
Schelbred
Kvalitetsrådgiver,
Sykehuset i Vestfold

KULTUR FOR ÅPENHET BEDRER PASIENT- SIKKERHETEN

For noen kan det å være involvert i en uønsket hendelse føre til at de forlater yrket. Det er avgjørende at arbeidsplassen har en kultur som gjør at den ansatte blir tatt vare på.

Alle sykepleiere må regne med å bli involvert i uønskede hendelser hvor pasienter blir, eller kunne blitt, påført skade, enten som ansvarlig for hendelsen, som kollega eller som leder. Det er viktig å melde fra om uønskede hendelser, slik at de kan benyttes til læring for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Og det er nødvendig at ansatte ivaretas etter å ha vært involvert i uønskede hendelser. Ansatte og ledere på alle nivåer bør derfor spørre seg selv: Har vi en kultur som sikrer at ansatte tør å melde fra om uønskede hendelser? Har vi en kultur som sikrer at ansatte tør å si ifra om uforsvarlige forhold som kan være til skade for pasienter? Har vi en kultur som sikrer at ansatte som er ansvarlig for en uønsket hendelse, blir tatt vare på?

The second victim, helsearbeideren. Det foreligger i dag litteratur fra flere land som viser at det å være involvert i en uønsket hendelse, spesielt hvis pasienten blir alvorlig skadet eller dør, kan være svært belastende for helsepersonell. I 2002 ble begrepet «The second

victim» introdusert av Albert Wu for å illustrere dette.

Følelser av skyld og skam går ofte igjen når helsepersonell deler sine erfaringer om å være involvert i en uønsket hendelse. Mange viser til at hendelsen har påvirket dem både personlig og profesjonelt, eksempelvis med stress, engstelse, ensomhet, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsproblemer, selvmordstanker, redsel for hvordan man blir vurdert av kolleger samt lavere selvtillit som fagperson. Konsekvensene for den enkelte varierer i alvorlighetsgrad og varighet. For noen kan de være så betydelige at de ikke klarer å fortsette i yrket sitt.

Sporene etter en slik hendelse kan være mange og dype. For noen blir livet aldri det samme. Dette var også tema for en artikkel fra 2007, «Nurses' experiences of drug administration errors», som bygger på intervju med ti sykepleiere i Norge som hadde feilmisinnert pasienter. I tillegg til å beskrive sykepleiernes følelsesmessige reaksjoner, avdekket intervjuene også at kollegaer og ledere reagerte med taushet

KULTUR FOR ÅPENHET BEDRER PASIENT- SIKKERHETEN

og var fraværende. De fleste måtte selv ta ansvar for å håndtere konsekvensene av hendelsen, som for flere av dem var betydelige.

Intervjuene viste også mangelfull bruk av hendelsene i et læringsperspektiv for å forebygge tilsvarende hendelser. Brukes informasjon fra uønskede hendelser på en systematisk måte for å sikre læring og forbedring i dag? Blir helsepersonell, «the second victim», med både opplevd og reelt ansvar for den uønskede hendelsen fulgt opp?

Åpenhetskultur er et lederansvar. Helse- og omsorgstjenesten har de siste tiårene hatt stor oppmerksomhet på å redusere pasientskader og bedre pasientsikkerheten. Pasientskader er et stort problem og medfører store konsekvenser for både pasienter og deres pårørende. I verste fall fører det til varige skader eller død.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stiller tydelige krav til ledere i helse- og omsorgstjenesten for å sikre at virksomheten yter faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av uønskede hendelser.

Det er et lederansvar å skape en slik kultur. Ledere

må være tydelige på at åpenhet er ønsket, sørge for at uønskede hendelser er et tema og aktivt oppfordre ansatte til å melde fra. Måten ledere snakker om uønskede hendelser på, og hvordan disse blir håndtert, påvirker meldekulturen.

Ansatte må føle seg trygge på at fokus settes på system og ikke person når de melder om uønskede hendelser. Håndteringen av hendelsen vil også påvirke ansattes oppfatning av om det er nyttig å melde eller ikke.

Mange hendelser omfatter flere yrkesgrupper og ulike nivåer. Disse fordrer samarbeid, både når det gjelder å finne årsaker til hendelsen og for å iverksette tiltak for å forhindre gjentakelse. Blir uønskede hendelser fremdeles forklart med at enkeltpersoner har gjort en feil uten at det søkes etter bakenforliggende årsaker og mulige systemforklaringer? Har vi gode nok arenaer for å se på sammensatte årsaker? Behandles uønskede hendelser i stor nok grad tverrfaglig? Diskuterer vi pasientsikkerhet på relevante arenaer?

Skap arenaer for dialog! Å skape arenaer for dialog om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid har betydning. Dette gjennomføres i dag på flere arbeidsplasser i form av risikomøter, hvor risiko for pasientskader identifiseres og følges opp med forebyggende tiltak, og i form av forbedringsmøter om pågående forbedringsarbeid.

Eksisterende arenaer kan også benyttes for samtaler og erfaringsdeling om ulike aspekter relatert til pasientsikkerhet, eksempelvis kvalitetsmøter, ledermøter, samarbeidsmøter, personalmøter, møter med pasienter og pårørende, møter med tillitsvalgte, behandlingsmøter og opplæringsarenaer.

Å dele egne erfaringer med eksempelvis håndtering av en pasientskade har betydning utover å spre læring av uønskede hendelser. Det har også et kultur-element ved at man utviser åpenhet, at det er trygt å melde om uønskede hendelser, og at man tar ansvar for å følge opp uønskede hendelser.

Pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Helsetjenesten har til nå ofte håndtert arbeid med pasientsikkerhet og arbeidsmiljø hver for seg. Både forskning og praksis viser imidlertid sammenheng mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø, og det har de senere årene vært et markert mål at arbeid med pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være integrert.

*«Helsetjenesten
har til nå ofte
håndtert arbeid
med pasient-
sikkerhet og
arbeidsmiljø hver
for seg.»*

Utfordringen er hvordan dette følges opp i tjenestene med konkrete aktiviteter for å understøtte dette målet. Meldesystem for uønskede hendelser innenfor pasientsikkerhet og HMS er ofte atskilt, og har dermed også ulik saksgang. Stabsressurser innenfor pasientsikkerhet og HMS har ikke alltid en organisatorisk fastsatt samarbeidsarena.

Medarbeiderundersøkelsen «Forbedring», som gjennomføres årlig i norske sykehus, kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS og skal bidra til å se disse områdene samlet. Det er ikke gjennomføringen og rapporteringen, men oppfølgingen av undersøkelsen som skal sikre at den faktisk fører til bedre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

En utfordring i oppfølgingen av undersøkelsen er i hvilken grad man ser på HMS og pasientsikkerhet i sammenheng i tolkning av resultat og ved valg av tiltak. En annen utfordring er hvis undersøkelsen avdekker vanskeligheter i teamarbeid mellom yrkesgrupper, og at oppfølgingen dermed krever at man samarbeider i utforming og oppfølging av tiltak. En tredje utfordring er å sikre at tiltakene følges opp fortløpende og ikke ender i en handlingsplan som ikke åpnes igjen før resultatene fra neste års undersøkelse foreligger.

Snakk om forbedring! Pasientsikkerhetskulturen indikerer i hvilken grad rutiner, holdninger og handlinger bidrar til å forebygge uønskede hendelser og pasientskader. Ledelsesverktøyet «Snakk om forbedring!» kan benyttes for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Verktøyet inneholder ti områder, deriblant psykologisk trygghet, kommunikasjon og teamarbeid, åpenhet og ledelse.

Implisitt i dette verktøyet er refleksjonen over hvordan dette er på vår arbeidsplass. Eksempler: Et tema innenfor området «ansvarlighet» er ivaretagelse av alle involverte ved uønskede hendelser. Gjeldende praksis skåres fra at det ikke eksisterer rutiner for dette og at medarbeidere noen ganger opplever å bli utpekt til syndebukker, til at medarbeidere som er involvert i uønskede hendelser, blir ivaretatt på en korrekt og respektfull måte og at ledelsen følger opp hendelsen på systemnivå.

Tema «psykologisk trygghet» handler om hvor vidt medarbeiderne opplever at det er trygt å stille spørsmål, si ifra om bekymringer og rapportere uønskede hendelser. Enheten kan skåre gjeldende praksis fra at det ikke oppleves trygt å rapportere om uønskede

hendelser, til at ansatte tør å gjøre det, også hendelser som de selv har vært delaktige i.

Gjennom dialog og en systematisk tilnærming vurderer enheten seg selv på de ulike områdene. Dette gir grunnlag for å klarlegge forbedringsområder med tilhørende forbedringstiltak. Refleksjon og dialog rundt

disse temaene har stor verdi i seg selv, men også for dette verktøyet gjelder at det viktigste er etterarbeidet med utarbeidelse av tiltak og fortløpende oppfølging av disse.

«Noen arbeidsplasser har etablert og organisert kollegastøtteordning.»

Kollegastøtte bør sikres. Gode rutiner for psykososial støtte og lederoppfølging av ansatte etter uønskede hendelser er et viktig tiltak for å fremme en god pasientsikkerhetskultur. Å håndtere belastningen ved å være ansvarlig for å ha

påført, eller kunne ha påført, pasienten en skade bør ikke være opp til den enkelte medarbeider. Dette er et ansvar som påhviler alle i form av å være kollegaer og ledere. Derfor bør det finnes ansatte på hver arbeidsplass som har et ansvar for å snakke med dem som har vært involvert i slike hendelser.

Noen arbeidsplasser har etablert organisert kollega-støtteordning (KSO) som lavterskelstøtte til medarbeidere som har vært involvert i slike hendelser. Hensikten med ordningen er å redusere psykisk belastning umiddelbart etter en traumatiserende hendelse gjennom støttende samtaler, samt å forebygge utvikling av psykiske senskader.

Det er kollegaer som yter støtten, men det er ledelsen som har ansvaret for etablering og drift av ordningen. En slik støtteordning sikrer i større grad at ansatte blir ivaretatt etter en uønsket hendelse, enn hvis dette skal være opp til den enkelte leder å avgjøre.

Meld for å lære. Å melde fra om uønskede hendelser for deretter å gjennomføre påfølgende vurdering av årsaker er viktig. Det gir verdifull kunnskap om hvor det bør settes inn kvalitetsforbedrende tiltak. En gjennomgang av hendelsen vil også kunne avdekke medvirkende årsaker til at det skjedde. Det kan eksempelvis være mangelfull opplæring, utilfredsstillende rutiner, stort tidspress, for mange vikarer eller for stor arbeidsbelastning. En slik håndtering vil redusere den personlige belastningen ved å være ansvarlig for en uønsket hendelse, ved at det avdekkes systemsvikt.

Kultur er sosialt smittsomt! Alle ledere og medarbeidere bidrar til rutiner, holdninger og handlinger som påvirker pasientsikkerhetskulturen – på en god eller dårlig måte. ●



Liv Bjørnhaug
Johansen
Temareda­k­
tør
i Sykepleien

Å forvalte en annens risiko

Det er pasienten som bærer risikoen når vi tar snarveier.



Er du helt, helt sikker på at dette ble riktig? Hver gang jeg setter en injeksjon farer denne tanken gjennom meg, og en aldri så liten strøm av adrenalin risler gjennom systemet mitt. Selv om alt både er kontrollert, dobbeltkontrollert og forskriftsmessig merket, kjenner jeg alltid denne lille uroen. En påminnelse om at akkurat denne handlingen, å sprøyte en milliliter av noe inn i en annens blodbane, har et potensial for stor skade.

Noen ganger går det galt. Det ville vært rart om vi ikke kjente på den frykten.

Mange små og noen store hendelser. Mange helsearbeidere sitter igjen med en tung bær etter å ha vært involvert i alvorlige hendelser med tragisk utfall. De fleste av oss slipper med skrekken, men helt fri går ingen av oss. På stien bak enhver som har innlatt seg på å jobbe i helsevesenet, ligger de små og store uheldige hendelsene strødd. Urinveisinfeksjonen vi påførte ved ikke å seponere kateteret i tide. Fallet vi kanskje kunne ha forebygget ved å se mer kritisk over den gamles medisinliste. Belteleggingen som kanskje kunne vært unngått, om vi hadde gått inn i situasjonen på en annen måte. Antibiotikumet som ble glemt,



som gjorde at sykdomsforløpet varte lenger enn det hadde behøvd. Vivalen som ble gitt i feil styrke, som gjorde at pasienten ble liggende hele dagen. Blodsukkeret vi aldri helt klarte å regulere, når pasienten var for syk til å styre insulindosene sine selv. Trykksåret på baken til ham som ble sittende i stolen hele dagen, da han ennå ikke hadde fått den trykkavlastende puta. Hun som tisset seg ut rett før barnebarna kom, fordi ingen hadde tid til å komme da hun ringte for å få hjelp til å gå på do.

Egentlig følge reglene? Flere sammenlikner sikkerhetsarbeidet i helsetjenesten med den på flyplasser, i skipsfart og på oljeplattformer. Her utføres sikkerhetsrutinene med stor presisjon. Avvik blir gransket som systemfeil. Retningslinjer som fremstår som absurde og overdrevne, blir fulgt med det største alvor. Alle som har besøkt en oljeplattform, forteller fascinert om hvordan pålegg som at man må holde i rekkverket når man går i trappa, faktisk etterleves.

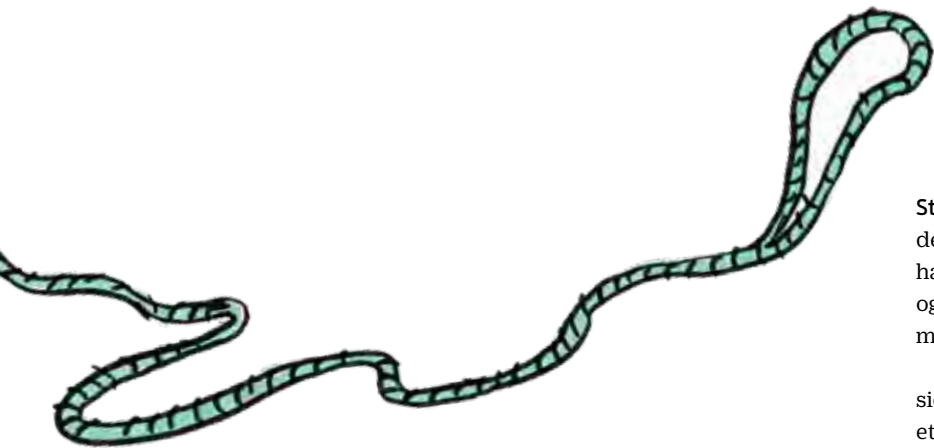
I helsevesenet opplever jeg ofte at sikkerhetsrutiner og prosedyrer omtales som «egentlig skal vi, men...». Ofte fremstår retningslinjene som lite tilpasset situasjonen, andre ganger er tiden for knapp. I praksis gjør vi ofte en skjønsmessig vurdering av risikoen og tillater oss snarveier eller tilpasninger.

«Vi styrter ikke med flyet, vi synker ikke med båten.»

Går ikke ut over oss. Det er en vesensforskjell på risikoen helsearbeidere har i sitt arbeid, og det besetningen på et fly eller mannskapet på en oljerigg tar: Vi er ikke selv om bord. Det er ikke vi som kommer til skade om vi gjør en feil. Vi styrter ikke med flyet, vi

synker ikke med båten. Vi forvalter noen annens sikkerhet. Om vi tar en snarvei for å spare tid, er det pasienten som må bære risikoen den utløser. Dermed er pasientsikkerhet langt på vei et spørsmål om etikk.

Satser på sikkerhet. Helsedirektoratet har satt i gang en hel rekke tiltak for å øke pasientsikkerheten i Norge. Risikotavler popper opp på vaktrommene.



Sjekklister leses høyt på operasjonsstuene. Fall registreres. Trykksår telles. Vi screener for ernæringsrisiko, fallfare og trykksår. Det gjøres legemiddelgjennomganger i sykehjemmene.

Og kulturen er i endring. Ståle Fredriksen beskriver i sin bok *Uflaks* fra 2007 at helsepersonell som har gjort feil, blir møtt med piskan eller kosten. Altså at de blir hengt ut som udugelig eller at feilene feies under teppet. Men nå har det heller blitt avvikssystemer og forbedringsprosjekter som skal få oss til å flytte blikket fra personen som gjorde feilen, til systemet den oppsto i. Så kommer vi til dette som er blitt et slags refreng når vi skildrer utfordringer i sykepleieres arbeidssituasjon: bemanning og kompetanse.

Stress gir feil. Sykepleiere er reddest for å gjøre feil når de har for mye å gjøre. I vår undersøkelse knytter halvparten av sykepleierne både frykt for å gjøre feil og faktiske feil til lav bemanning, høyt belegg og for mange oppgaver.

I fritekstsvarerne i Sykepleiens undersøkelse (se side 66) beskriver flere hvordan tidspress gjør at det etableres en kultur for å avvike fra sikkerhetsrutinene for å få dagene til å gå opp. Nesten halvparten av respondentene svarer at de ikke utfører dobbeltkontroll som pålagt. De får ikke tak i en sykepleier til å utføre kontrollen.

Det hjelper lite med prosedyrer, forbedringsprosjekter og sikkerhetsrutiner når sykepleiere ikke har arbeidsforhold som gjør at de kan etterleve dem. Der som vi skal kunne utføre tjenesten trygt og feilfritt, er vi faktisk nødt til å ha rammer som sikrer at vi har tid og kompetanse nok til å utføre oppgavene ordentlig, og følge retningslinjene myndighetene har pålagt oss.

Ledere må bremse. I en egen forskrift peker Helsedirektoratet på at det er et lederansvar å kontinuerlig sørge for god pasientsikkerhet. Det betyr at når tempoet blir for høyt, trenger vi ledere som ikke krysser fingrene og håper at det skal gå bra, men som har mulighet til å trække på bremsen når grensen for forsvarlighet er nådd. Vi er ikke selv om bord på farkosten – det etiske ansvaret for å sikre en skadefri reise er desto større. ●

ANNONSE

Ser du
også etter
forskningsartikler?

sykepleien.no



KUNNING GJØR NINGER

Kunngjøringer



Oslo
universitetssykehus

Søknadsfrist:
01. november 2019

Kull 18 starter opp 26.-27. mars 2020

Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, Regional seksjon for spiseforstyrrelser. Helse Sør-Øst RHF.

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høgskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over ca 1 år med totalt 17 dagers undervisning og veiledning (11 seminardager, 6 veiledningsdager).

Oppstartseminar på Meetings Ullevål/Thon Ullevål Stadion hotell **26. og 27. mars 2020**, med en overnatting. Øvrige seminardager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus.

Utdanningen dekkes primært av midler via Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres derfor med en lav kursavgift. **Pris for hele kurset er kr 4500,00.** Beløpet blir fakturert etter at uttak har funnet sted og kursdeltager har bekreftet deltakelsen. Arbeidsgiver må dekke reisekostnader.

For generell informasjon om kurset og opptak av nye kull se: www.rasp.no, under arrangementer.

Søknad: Det må søkes elektronisk, lenke ligger på www.rasp.no i utlysningsteksten. Uttak av deltakere skjer etter at søknadsfristen har gått ut 01.nov 2019.

Kontaktpersoner: Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf 23 01 62 24, kursmobil 41571052, e-post: eliah@ous-hf.no eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post: uxske@ous-hf.no



Oslo
universitetssykehus

Søknadsfrist
15. november 2019

CBT-E FOR BEHANDLERE - ET ETTERUTDANNINGSPROGRAM I KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR SPISEFORSTYRRELSER

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, Regional seksjon for spiseforstyrrelser.
Helse Sør-Øst RHF

Regional seksjon for spiseforstyrrelser starter i januar 2020 opp et etterutdanningsprogram med formål å lære opp behandlere i kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser.

Målgruppe: Individualterapeuter/behandlere tilknyttet DPS i Helse Sør-Øst som har selvstendig behandlingsansvar, dvs. leger, psykologer og andre. Vi tar inn inntil tre veiledningsgrupper med 8 deltakere i hver, totalt 24 deltakere. Vi krever minimum 16 deltakere for å starte. Uttak av deltakere skjer etter søknadsfristens utløp.

Varighet: Etterutdanningen vil intensivt gå over ½ år (1 semester). Tilbudet vil bestå av en kombinasjon av veiledning og forelesninger, og vil i tilnærmingen være praksisnært. Deltagere må forplikte seg til å ha pasienter med spiseforstyrrelser og ta opp terapitimer på video til framvisning i veiledningsgruppe.

Omfang: Heldags samlinger/heldags veiledninger fra kl. 09-15, fordelt på
-Felles samlinger - Totalt 4,5 dager
-Veiledninger – Totalt 4,5 dager

Undervisningssted: I hovedsak foregår all undervisningen på RASP, Ullevål.

Kostnad: Pris per deltaker: NOK 4500,- Dette vil dekke lunsj, kaffe/te og utgifter til en gjesteforeleser, samt to lærebøker.

Søknad til etterutdanningsprogrammet: NB! Kun søknader via elektronisk skjema. Mer informasjon og søknadsskjema finner du under arrangementer på www.rasp.no.

Søknadsfrist: 15. november 2019. Fullstendig utlysning finner du på www.rasp.no under *arrangementer*.

Spørsmål om påmelding etc. kan rettes til kurssekretær Elisabeth Haakafoss, email: eliah@ous-hf.no tlf. kontor 23 01 62 24 eller kursmobil 451 71 052

USN tilbyr følgende videreutdanninger med oppstart våren 2020

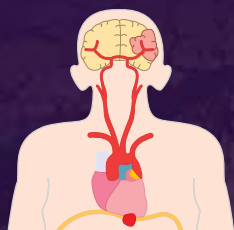
Campus Drammen

- Demens og alderspsykiatri, 30 stp.
- Hverdagsrehabilitering, 30 stp.
- Danse- og bevegelsesterapi, 30 stp.
- Ernæring og helse, 30 stp.
- Praktisk forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, 30 stp. - *oppstart 3. desember*
- Demensvennlige fysiske omgivelser, 7,5 stp. - *oppstart 24. oktober*
- Øyesykepleie, 60 stp. (Kongsberg/Drammen)

Campus Porsgrunn

- Akutt syke eldre - kurs
- Prevensjonskurs utvidet rekvisisjonsrett for jordmødre og helsesykepleiere
- Videreutdanning i Forsvarlig legemiddelhåndtering, 15 stp.

usn.no/studier/videreutdanning/helsefag



5. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2020

Sykepleiere ønskes velkommen!

Konferansen er godkjent av NSF som meritterende med totalt 16 timer.

Program og påmelding på www.hjertetoghjernen.no

Sykepleien gir deg:

nyheter
fagartikler
forskningsartikler
debatt
quiz

sykepleien.no

for desktop, mobil og nettbrett

app til mobil/brett

Last ned i Appstore eller Google Play
- til mobil og nettbrett

papirutgaver

Spesialproduserte utgaver
går i dybden på et tema
- og hjem til deg.



nyhetsbrev

Våre viktigste saker
- to ganger i uken.

Meld deg på via facebook
eller på sykepleien.no

Kosmetisk dermatologisk hudpleieutdanning for sykepleiere

Senzie Akademiet er eneste i Norden som tilbyr utdanning med studiepoeng i kosmetisk dermatologisk hudbehandling – noe som er svært viktig når man etter hvert skal praktisere faget, og er en stor fordel når man selv skal ut å skaffe kunder og skape tillit.

Alle våre forelesere har lang erfaring innen dermatologi, plastisk kirurgi eller kosmetiske behandlinger, og er faglig oppdatert både på det som skjer i Norge og internasjonalt.

Studiet er på deltid med samlinger og praksis, og det varer i ett år. Vi har løpende opptak med studiestart vår og høst.

Søk nå for å sikre deg plass i januar 2020!

Mer informasjon

Telefon: 911 00 799

E-post: vibeke@senzie.no

Søknad og info: Senzie.no

Facebook.com/senzie.no

senzie
akademiet





Ny avtale – bedre betingelser til deg

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har nå mer jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier enn noen gang tidligere.

Du kan velge å jobbe fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør.

Vi dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med lang kompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE