
Kultur for bedre pasientsikkerhet

KRONIKK

CHRISTINA DREWES

christina.drewes@statsforvalteren.no

Christina Drewes er ph.d., spesialist i anesthesiologi og mangeårig overlege ved Anestesiavdelingen ved St. Olavs hospital. Hun jobber nå som assisterende fylkeslege hos Statsforvalteren i Trøndelag.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIGURD FASTING

Sigurd Fasting er dr.med., spesialist i anesthesiologi, overlege og avdelingssjef ved Anestesiavdelingen ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis II ved NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SVEN ERIK GISVOLD

Sven Erik Gisvold er spesialist i anesthesiologi, professor emeritus ved NTNU og tidligere avdelingssjef ved Anestesiavdelingen ved St. Olavs hospital.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

De fleste sykehusavdelinger har utviklet gode rutiner for varsling og diskusjon av alvorlige hendelser. Mer hverdagslige hendelser uten konsekvenser for pasienten diskuteres ofte i mindre grad.



Illustrasjon: Johan Nord

Ved anestesivdelingen ved St. Olavs hospital er det i løpet av de siste tiårene bygget opp en pasientsikkerhetskultur kalt *Lærerike hendelser*. Som en del av vår rutinedokumentasjon registrerer vi alle typer problemer vi støter på i «vår» del av pasientforløpet, uavhengig av årsak og alvorlighetsgrad. I regelmessige møter tar vi opp både små og store lærerike hendelser i plenum. Vi tror at kollektiv læring av både alvorlige og mindre alvorlige hendelser krever systematisk bygging av et åpent, ivaretagende avdelingsklima.

Moderne sykehus er høyrisikobedrifter

Dagens sykehusdrift er preget av økende krav til produktivitet og kostnadseffektivitet, for å sikre fornuftig bruk av offentlige ressurser. I tillegg har samfunnet en forventning om at helsetjenester skal være trygge. Pasientsikkerhet har utviklet seg til en kjerneverdi i norsk helsevesen. Moderne sykehus har vært sammenlignet med industrielle virksomheter med omfattende krav til systematisk sikkerhetstenkning, som for eksempel luftfart, oljeplattformer og kjernekraftverk [\(1\)](#). Et eksempel på pasientsikkerhetstiltak inspirert av rutiner fra slike høyrisikoindustrier er etableringen av perioperative sjekklister [\(2\)](#).

Pasientsikkerhet er solid forankret i norsk helselovgivning. Mye av ansvaret blir i dag lagt på systemnivået i virksomhetene framfor det enkelte helsepersonellet. Virksomhetene er forpliktet til å sørge for forsvarlige tjenester [\(3\)](#). De plikter også å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter [\(4\)](#). Alvorlige hendelser skal dessuten varsles til Helsetilsynet [\(3\)](#). I 2020 ble det sendt inn 732 varsler fra spesialisthelsetjenesten [\(5\)](#). Systemer for melding og oppfølging av alvorlige hendelser med pasientskade eller død til følge kan dermed regnes som veletablerte ved norske sykehus.

Små hendelser er ikke bagateller

Når det gjelder oppfølging av mindre alvorlige hendelser og nesten-uhell er situasjonen sannsynligvis litt annerledes. I sin mye siterte bok *Normal accidents* fra 1984 beskriver organisasjonsteoretikeren Charles Perrow at store uhell og katastrofer i høyrisikobedrifter ofte har sitt opphav i små, bagatellmessige hendelser (6). Paul Barach og Stephen Small skriver tilsvarende at erfaringer fra høyrisikovirksomheter tilsier at man ikke bare skal se på de store uønskede hendelsene som resulterer i pasientskade, men også holde løpende oversikt over mindre problemer og nesten-uhell (1).

Mange sykehus har i dag opprettet såkalte morbiditets- og mortalitetsmøter i ulike fora. Som tittelen tilsier, omhandler slike møter gjerne de mer alvorlige hendelsene med pasientskade eller død til følge. I faglitteratur om slike møter har det vært påpekt at forum for møtene og diskusjonsklima er av stor betydning, og at det er en iboende fare for at møtene oppleves som utleverende for legene som er involvert i hendelsen (7). Slike opplevelser kan føre til forsøk på å holde framtidige hendelser skjult. Etablering av en god møtekultur er derfor viktig for at slike møter kan bidra til kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet og felles læring.

Alle problemer dokumenteres

Ved anesthesiavdelingen på St. Olavs hospital har vi siden 1985 registrert anestesiproblemer som en del av anestesijournalen (8). Denne registreringen innebærer en enkel femtrinnsgradering (tabell 1) som utføres av anestesiteamet etter hver anesthesiologiske prosedyre. Store så vel som mer bagatellmessige problemer under anestesiforløpet registreres, uansett om hovedårsaken er anesthesiologisk eller kirurgisk eller om den skyldes pasientens medisinske tilstand. Ofte er det en kombinasjon av flere faktorer. Som tabell 1 viser, domineres statistikken av mindre alvorlige hendelser (grad 1–2), og den illustrerer dermed hvor ofte ting faktisk ikke går helt «etter planen». Det er lett å trekke klinisk relevant informasjon ut fra denne statistikken. Gjennom registrering direkte knyttet til den kliniske dokumentasjonen får vi oversikt også over tilsynelatende små hendelser, som mest sannsynlig aldri ville ha funnet veien inn i en separat meldeplattform.

Tabell 1

Registrerte problemer under anestesi ved St. Olavs hospital i 2020.

Alvorlighetsgrad	Antall
Uten anmerkning	15 379
Grad 1: «Enkel situasjon. Lite problem. Pasient uaffisert.»	3 256
Grad 2: «Middels vanskelig situasjon. Pasient noe affisert. Ikke veldig alvorlig.»	498
Grad 3: «Meget vanskelig situasjon. Pasient svært dårlig. Potensielt livstruende.»	35

Alvorlighetsgrad	Antall
Grad 4: «Mors.»	3
Ikke utfylt	1 895
SUM	21 066

Det opprinnelige formålet med databasen var intern kvalitetssikring og forskning. Tidsnær gjennomgang av de innsamlete dataene førte tidlig til at store og mindre problemer under anestesi ble tatt opp og diskutert i plenum på avdelingen, og markerte byggestarten for en avdelingskultur.

«Statistikken domineres av mindre alvorlige hendelser og illustrerer dermed hvor ofte ting faktisk ikke går helt 'etter planen'»

For å lære av problemer som oppstår i et anestesiforløp, er det ikke nok å registrere, telle og kategorisere episodene. Man må også prøve å svare på spørsmålene «Hvorfor skjedde det?» og «Kunne noe ha vært gjort annerledes?». Dette vil gjøre det mulig å lære av hendelser og endre og forbedre egen praksis (9). Å dele hendelsen og det man har lært av den, med kollegiet kan ideelt sett føre til at kolleger, og ikke minst framtidige pasienter, slipper å havne i samme utføre.

Konsept *Lærerike hendelser*

Konseptet for *Lærerike hendelser* er enkelt: Både store og små problemer som har oppstått i den kliniske hverdagen, kan tas opp og diskuteres i avdelingsfelleskapet. Alt som har gitt selvopplevd læringsutbytte, eller som har ført til at man ville håndtert ting annerledes neste gang, er av interesse. Det kan dreie seg om problemer framkalt av pasientens fysiologi eller grunntilstand, konsekvenser av anestesi eller kirurgi som ble utført, feiltagelse eller menneskelig svikt, eller et teknisk problem (ramme 1). Uttrykket *problem* er et bevisst valg framfor *komplisasjon* for å unngå fokus på at det kan ha blitt gjort «feil», og at det er noens «skyld» at noe ikke gikk etter boka.

Ramme 1 Eksempler på problemer som registreres i anestesijournalen.

Larynksspasme

Intubasjonsvansker VENTET (> 1 min v/trenet intubatør)

Intubasjonsvansker UVENTET (> 1 min v/trenet intubatør)

Vanskelig larynksmaske (> 3 forsøk)

Vanskelig maskeventilasjon

Bronkospasme

Aspirasjon

Hypoksi ($SO_2 < 85 \% > 5 \text{ min}$, $SO_2 < 75 \% \text{ uansett varighet}$)

Hyperkapni ($pCO_2 > 7,5 \text{ kPa}$)

Hypotensjon (systolisk blodtrykk < 70 % av utgangstrykk > 5 min, eller < 50 % uansett varighet)

Hypertensjon (systolisk blodtrykk > 130 % av utgangstrykk)

Arytmi eller EKG-forandringer

Duraperforasjon

Mislykket nerveblokade (ny blokade eller generell anestesi nødvendig)

Anafylaktisk/allergisk reaksjon

Hypotermi (temperatur < 35,5 °C)

Temperatur > 39 °C (mistenkt malign hypertermi)

Vanskelig oppvåkning

Blødning > 20 %

Inadekvat analgesi/anestesi

Utstyrsteknisk problem

Feilmedisinering

Innlegg om lærerike hendelser er et fast programpunkt i avdelingens internundervisning, men presenteres også på enkelte morgenmøter. Disse innleggene er svært populære, og fører nesten uten unntak til gode faglige diskusjoner. Alle bidrar i dugnaden med presentasjoner av selvopplevde hendelser, både leger i spesialisering og overleger. Ofte er det flere innmeldte innlegg enn det er plass til på møteprogrammet. Da vi har lav terskel for å ta opp store og små hendelser, blir det «hverdagslig» og ufarlig for alle å ta opp lærerike situasjoner.

«Det er svært viktig at også ledere og 'nestorer' i faget presenterer hendelser der de selv ikke framsto som helter»

Presentasjon av hendelser der man selv ikke har vært herre over situasjonen, er krevende for alle. Vi mener at det er svært viktig at også ledere og «nestorer» i faget presenterer hendelser der de selv ikke framsto som helter, og der man, sett i etterpåklokskapens lys, gjerne kunne ha gjort ting på en bedre måte.

At alle kan tørre å være åpne om slike situasjoner, legger et stort ansvar på hele avdelingsmiljøet. Det krever en avdelingskultur der kollegiet opptrer som lyttende, spørrende og støttende, med faglig diskusjon og faglig konklusjon i sentrum. Avdelingsledelsen må være aktivt til stede under møtene, sørge for fokus på det faglige og lede bort fra individfokus. Lederne må tydelig signalisere at alle ansatte opplever problemer, og at læring av problemer er en del av lasset avdelingen drar i felleskap.

Oversikt krever struktur

Lærerike hendelser har vært en fanesak for avdelingen vår i mange år. Med et økende antall anestesi prosedyrer og ansatte følte vi at konseptet krevde mer struktur for at man kunne beholde oversikten. De mest alvorlige hendelsene (grad 3 og 4) er lette å ekstrahere fra databasen på grunn av det relativt lave antallet (tabell 1). For å

identifisere lærerike hendelser blant de mange registrerte problemene uten alvorlige konsekvenser for pasienten er vi avhengige av at kollegene selv melder slike hendelser inn til felles diskusjon. I 2010 etablerte vi en komité for lærerike hendelser i avdelingen. Komitémedlemmene hjelper med å fange opp og samle lærerike hendelser som har skjedd, og oppmuntrer kolleger til å presentere disse kasuistikkenes for de andre i avdelingen. Komiteens sekretær holder oversikt over innmeldte hendelser og sørger for at de får innpass i avdelingens internundervisningsprogram.

Relevant for flere spesialiteter

Å registrere og dele lærerike hendelser er et konsept som vi tror også andre spesialiteter enn anesthesiologi kan ha glede av, kanskje spesielt prosedyrepregete spesialiteter og spesialiteter med høy risiko for akutte hendelser. I ramme 2 deler vi noen poenger vi mener kan være nyttige for avdelinger som selv ønsker å jobbe med en tilsvarende kulturbygging.

Ramme 2 Innspill til etablering av Lærerike hendelser.

Registreringen bør være enkel og tidsnær.

Den bør skje på samme plattform som den kliniske dokumentasjonen.

Å registrere problemer må ikke oppleves som stigmatiserende.

Databasen må eies av avdelingen og behandles fortrolig.

Identifisering og uthenting av hendelser fra databasen må være enkelt.

Ingen lærerik hendelse er «for liten» for felles diskusjon.

Presentasjon av lærerike hendelser bør ha en fast plass på undervisningsprogrammet.

Etablering av en koordinerende gruppe kan være nyttig i større avdelingsmiljøer.

Ledelsen må være aktivt til stede under møtene.

Tillit i kollegiet er uunnværlig for åpenhetskulturen.

Faglige «tungvektene» må være entusiastiske og delta aktivt.

Konseptet må være solid forankret i avdelingsledelsen.

Tilbakemeldinger vi har mottatt fra både norske og internasjonale anestesimiljøer, formidler et inntrykk av at vår avdelingskultur skiller seg fra andres. Dette kan synes overraskende, da registrering av problemer og uønskete hendelser også gjøres andre steder. Det er heller ikke uvanlig at problemkasuistikker blir presentert og diskutert i avdelingsmøter. Vi har forstått at det som gjør vår avdelingskultur spesiell, er kombinasjonen av tre faktorer: For det første registreres alle typer problemer, ikke bare de som har hatt konsekvenser for pasienten, men også de som kunne ha utviklet seg til alvorlige hendelser om de ikke hadde blitt oppdaget og håndtert tidlig i prosessen. For det annet er registreringen direkte knyttet til den kliniske prosedyren i pasientjournalen, noe som legger til rette for enkel registrering og senere uthenting av klinisk relevant informasjon fra statistikken. Den tredje faktoren er den bevisste, daglige bruken av vår interne statistikk i en aktiv læringskultur, der åpenhet om problemer står sentralt.

LITTERATUR

1. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000; 320: 759–63. [PubMed][CrossRef]
2. WHO Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552> Lest 11.6.2021.
3. LOV-1999-07-02-61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> Lest 11.6.2021.
4. FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> Lest 11.6.2021.
5. Årsrapport. 2020. Oslo: Statens helsetilsyn, 2020. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2020.pdf> Lest 11.6.2021.
6. Perrow C. *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. Basic Books, 1984.
7. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med* 2002; 77: 1001–6. [PubMed][CrossRef]
8. Fasting S, Gisvold SE. Data recording of problems during anaesthesia: presentation of a well-functioning and simple system. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40: 1173–83. [PubMed][CrossRef]
9. Davies JM. Not another database paper? *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40: 1169–70. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. november 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0494

Mottatt 15.6.2021, første revisjon innsendt 31.8.2021, godkjent 14.9.2021.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.