

Samtaler med pasienter, brukere og pårørende

Når det som ikke skal
skje, allikevel skjer



Joy Buikema Fjærtøft

Organisasjonspsykolog,
prosjektleder
Helsedirektoratet



Olav Røise

Professor emeritus
Universitetet i Oslo



Jannicke Bruvik

Nasjonalt koordinerende
pasient- og brukerombud



Elisabeth Kehlet

Spesialrådgiver /
psykologspesialist
Sykehuset i Vestfold HF

12%

**av somatiske
sykehusopphold
medfører pasientskade**

12-15%

**av helsebudsjettene kan
knyttes til følger av
pasientskader**

?

**de menneskelige
kostnadene**

Ivaretakelse etter uønskede hendelser



Pasienter, brukere og pårørende



Medarbeidere



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

Innhold

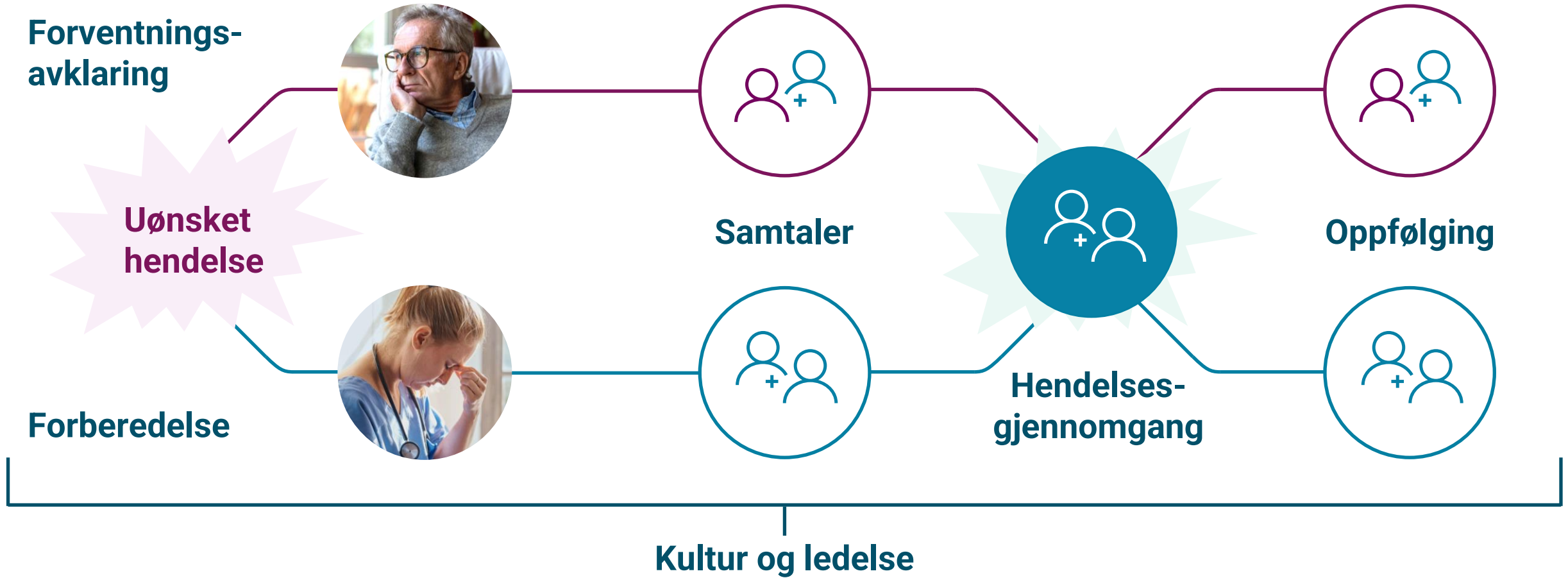
[Til leseren](#) →

[Sammendrag](#) →

[Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser](#) →

[Del 1 – Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende](#) →

Helhetlig perspektiv



Temaer

Åpenhetskultur?

Selv skader som får erstatning blir ofte ikke meldt

Rapport fra Norsk pasientskadeerstatning 2023

Behandlingssted	Skadedato 2014-2017				Skadedato 2018-2021			
	Ja	Nei	Totalt	Andel	Ja	Nei	Totalt	Andel
Akershus universitetssykehus	39	84	123	32 %	47	61	108	44 %
Oslo universitetssykehus	73	83	156	47 %	54	59	113	48 %
Sykehuset Østfold					23	52	75	31 %
Vestre Viken	44	66	110	40 %	75	25	100	75 %
Sykehuset Innlandet	18	82	100	18 %	26	43	69	38 %
Sykehuset i Vestfold	26	18	44	59 %	20	33	53	38 %
Sykehuset Telemark	18	57	75	24 %	16	21	37	43 %
Sørlandet sykehus	30	70	100	30 %	43	36	79	54 %
Helse Stavanger	24	38	62	39 %	28	38	66	42 %
Helse Bergen	38	73	111	34 %	41	71	112	37 %
Helse Fonna	15	39	54	28 %	7	34	41	17 %
Helse Førde	7	29	36	19 %	3	16	19	16 %
Helse Møre og Romsdal					25	33	58	43 %
St. Olavs hospital					9	55	64	14 %
Helse Nord-Trøndelag					3	35	38	8 %
Nordlandssykehuset	13	57	70	19 %	17	35	52	33 %
Helgelandssykehuset	0	16	16	0 %	7	15	22	32 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	25	43	68	37 %	29	49	78	37 %
Finnmarksykehuset					5	27	32	16 %
Totalt	370	755	1125	33 %	478	738	1216	39 %



Foto: Jul Po/iStock/Getty Images

1

Hvorfor er det så vanskelig å erkjenne at noe er gått galt?

Selvbeskyttelse

**Ufeilbarlighets-
kultur**

**Behov for
tilhørighet**

**Lav psykologisk
trygghet**

Skyld og skam

Taushet

**Aldri fått
opplæring**



Timing



Foto: SDI Productions/iStock/Getty Images

2

**Er det forskjell på å
beklage og å be om
unnskyldning?**

Ivaretakelse av pasienter, brukere og pårørende

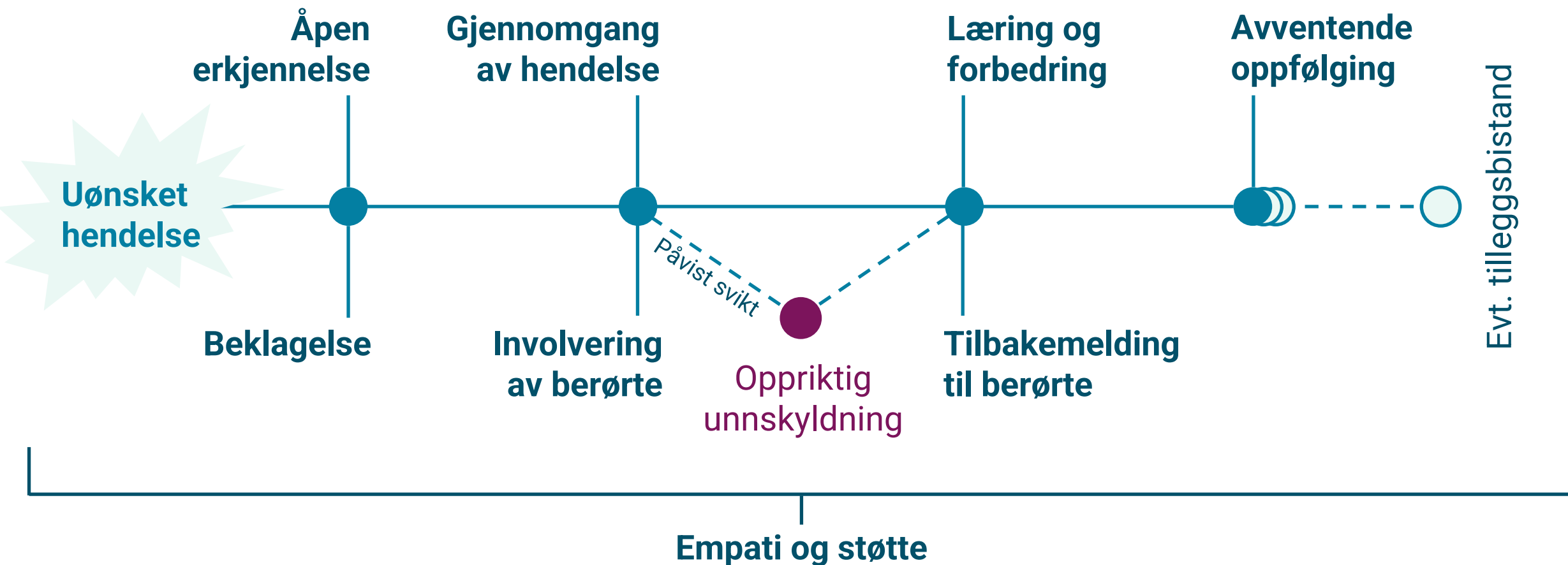




Foto: Pixel/iStock/Getty Images

3

Hva er forskjellen på oppriktige og dårlige unnskyldninger?

Pseudo-unnskyldninger

1

å beklage pasientens, brukerens eller pårørendes **opplevelse** av eller reaksjon på en hendelse, ikke selve hendelsen

2

å gi en **forklaring** på hvorfor behandlingen ble gjort slik den ble gjort, uten å beklage eller be om unnskyldning for det

3

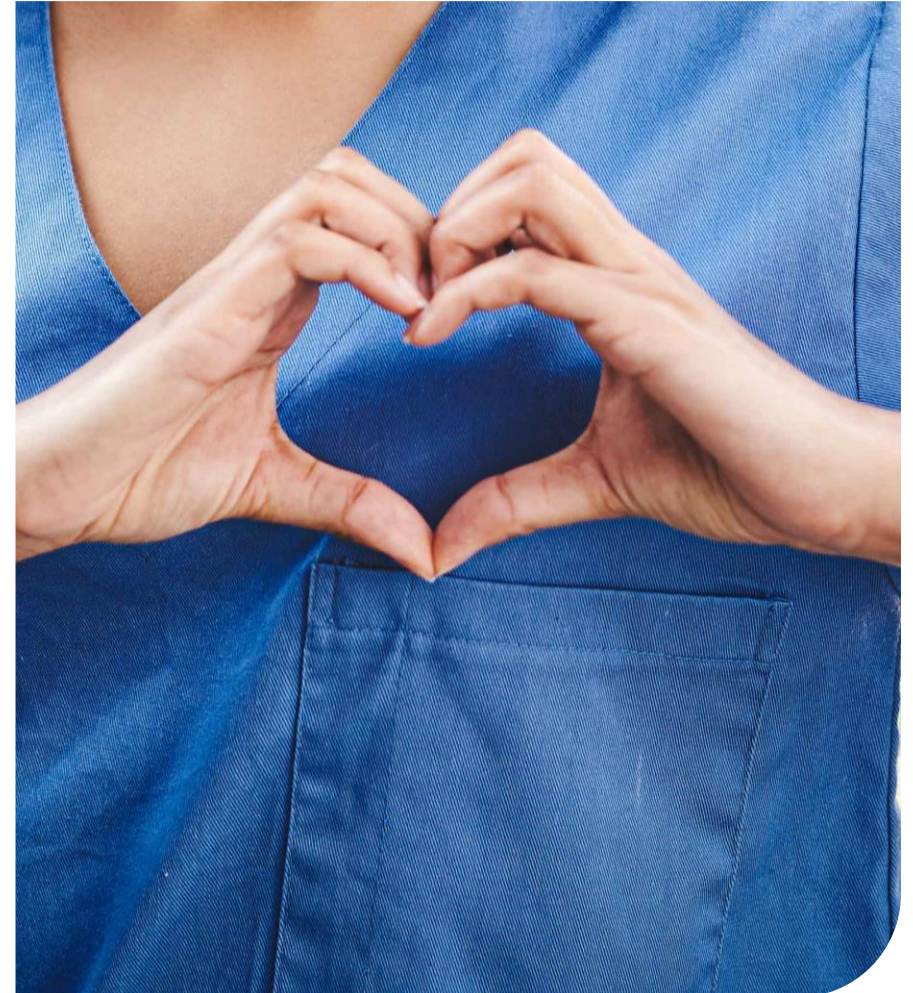
når det oppfattes som personen er **tvunget** eller gjør det uten å mene det fordi man blir bedt om det

4

når det gjennomføres som en **formalitet**

Elementer i en oppriktig unnskyldning

- 1 Erkjennelse av svikt
- 2 Beskrivelse av det som har skjedd
- 3 Tydeliggjøring av at det tas ansvar
- 4 Uttrykk for anger
- 5 Endring av atferd/praksis





4

Hvem skal ha samtalene?

Alvorlig hendelse

- Involvert medarbeider
- Representant for ledelsen

- Annen medarbeider med nærhet til hendelse/ pasient
- Representant for ledelsen

**Involvert
medarbeider
i stand til å
møte**

**Involvert
medarbeider
sterkt preget**

- Involvert medarbeider

- Annen medarbeider med nærhet til hendelse/ pasient

Mindre alvorlig hendelse

Case



Læringsmål – trene på samtaler

- erkjennelse av uønsket hendelse
- vurdere når man skal beklage kontra be om unnskyldning
- vise empati - anerkjenne (validere) pasientens/pårørendes reaksjoner
- beklage og/eller si unnskyld på en måte som oppleves ekte og oppriktig
- invitere til å gi innspill for å forbedre tjenesten (der og da, eller senere)

Hva skal vi gjøre? Øve to-og-to

1

Finn en **partner**
(ved siden av
deg) å jobbe
sammen med

2

Velg **case**,
ett hver

Den ene er
ansvarlig helse-
personell, den
andre pasient
eller pårørende

3

Før en **samtale**
ut fra case't.

Svar på
spørsmålene

Bytt case
(og roller)

4

Plenum

Spørsmål og
kommentarer
med Mentimeter

Fire case



1

Legemiddelfeil. Feil beregning av dose

Edel er en sprek 78-årig enke som bor hjemme uten hjelp fra helsetjenesten. Hun var så uheldig og falt og brakk lårhalsen, og blir liggende på ortopedien noen dager ekstra på grunn av store smerter.

Legen rekvirerer 5 mg morfin av styrke 10mg/ml intravenøst hver 3-6 time etter behov.

Den første natten på sengeposten ber Edel om morfin for smertene. Det er mye å gjøre denne natten og en sykepleier som er vakt får ikke hjelp til å dobbeltkontrollere utregningen. Sykepleier er stresset av alle pasientene som trenger hjelp og tilsyn.

Sykepleier gir morfidosen, men regner feil. I stedet for 0,5 ml morfin, får Edel 5 ml morfin intravenøst.

Når sykepleier en halvtime senere kikker inn til Edel for å se om hun hadde effekt av morfinen, er Edel ikke kontakbar, huden er blek og fuktig, og respirasjonsfrekvensen er lav. Sykepleier ringer legen og sier hun mistenker at Edel har fått for mye morfin. Legen gir Naloxen gjentatte ganger gjennom natten inntil Edel er stabil.

Edel får dagen etter informasjon om hva som har skjedd, og ringer sin datter. Datteren ber om møte med sykepleier og lege.

Inngangsreplikk fra datter:

"Hvordan kunne noe slikt skje? Det var jo kun flaks at dette gikk bra, har dere ikke rutiner for dobbelkontroll?"

2

Selv mord. Mann med kognitivt svikt

Kjell er 60 år og har en ansvarsfull lederstilling. Han har vært innlagt i psykisk helsevern de siste 3 uker, utredet og diagnostisert med frontallappsdemens.

Dette er en stor sorg og et stort statusfall for Kjell. Han har den siste tiden vært urolig, irritabel, sovet lite og spist lite, i følge ektefellen.

Kjell blir skrevet ut etter eget ønske. Han ville reise hjem, og begrunnet det med at han måtte for å avslutte jobben på en skikkelig måte. Han ville heller ikke ha noe mer med psykisk helsevern å gjøre.

Kjell tar livet sitt 2 dager etter utskrivelsen.

Dere inviterer til en samtale for å beklage / si unnskyld for at pasienten ble skrevet ut uten videre tiltak. Behandler og leder møter barn (27) fra tidligere ekteskap. Er sint og ønsker forklaring på hvorfor det manglet oppfølging etter utskrivelse.

Inngangsreplikk fra sønn:

«Hvordan kunne dere skrive ut pappa uten å tilby oppfølging? Det står jo i retningslinjene at pårørende skal involveres i utskrivningen, men jeg hørte ingenting.»



Øving på samtaler to og to

Bruk fantasien og fyll inn case't underveis slik at det gir mening for dere



Læringsmål – trene på samtaler

- erkjenne at det har vært en uønsket hendelse
- vurdere: beklage og/eller be om unnskyldning
- vise empati og anerkjenne (validere) reaksjoner
- beklage og/eller si unnskyld på en måte som oppleves ekte og oppriktig
- invitere til å gi innspill slik at tjenesten kan forbedres (der og da, eller senere)

Fremgangsmåte

1. Pasient/pårørende/behandler sier det som står som inngangsreplikk
2. Før en samtale i tråd med læringsmål
3. Behandler deler hvordan samtalen opplevdes fra sitt perspektiv – krevende, lett?
4. Pasient melder tilbake ihht læringsmål
 - én ting som fungerte bra
 - ett endringsønske
5. Hvis tid, ta en ny runde av samtalen



I virkeligheten vil det ofte være flere i samtalen, men her er det dere som fører ordet.

"Forestill deg at det gjelder din kone, barn, mor, far, deg selv... Forestill deg samtalen du ville ønske å ha med legen og teamet og evt. ledelsen."

Jannicke Mellin-Olsen
anestesilege og styremedlem
Patient Safety Movement

1

**Hvordan kunne noe slikt skje? Det var jo kun flaks at dette gikk bra.
Har dere ikke rutiner for dobbelkontroll?**

Forsvar
Fokus på det positive
- som kan virke negativt

Sykepleier så til pasienten i etterkant akkurat som rutinen sier, og oppdaget hva som hadde skjedd. Rutinen for hva man skal gjøre når overdosering oppdages ble fulgt. Vi fikk gitt motgift, og det hadde ikke noen konsekvenser for moren din.

Pseudo-unnskyldning

Beklager at du synes det er leit, det som skjedde. Vi fikk rettet opp, så du trenger ikke bekymre deg.

1

Hvordan kunne noe slikt skje? Det var jo kun flaks at dette gikk bra, har dere ikke rutiner for dobbelkontroll?

Vi beklager så veldig mye, unnskyld! Dette skulle ikke skjedd. Dosen som ble gitt var tydelig alt for stor, og det fikk konsekvenser for både pust og blodsirkulasjon.

Det skulle blitt gjort en dobbelkontroll av dosen, vi har rutiner for det, men det ble ikke gjort i dette tilfellet dessverre. Dette skal vi ta lærdom av. Vi skal innskjerpe dobbelkontroll/ at det er flere sykepleiere på vakt/lage klar doser på forhånd.

Kan vi bruke denne hendelsen, anonymisert, i undervisning, for å hindre at lignende skjer?

Har du noen innspill? Er det noe du ser som du tenker vi kan jobbe med i forbedringsarbeid?



Spørsmål og kommentarer

Hvordan skape et psykologisk trygt læringsmiljø

1

Intro

innføring i sentrale temaer

- erkjennelse, beklage
- si unnskyld v/ svikt

2

Oppsett

arbeid to-og-to
Uten observatør

3

Øvelse

ikke «performance»
Mulighet for flere runder

4

Realistiske case

fra egen arbeidshverdag

5

Egen opplevelse

deles før
tilbakemelding fra
makker

6

Tilbakemelding

tilpasset opplevelsen
Fokus på det som fungerte
Endringsønsker fra mottakerperspektiv

Skape mestringstro



Gjenopprettelse av

- relasjoner
 - psykisk helse
 - tillit
-
- vis empati
 - spør, ikke anta
 - lytt
 - involver i læring og forbedring



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

Innhold

[Til leseren](#) →

[Sammendrag](#) →

[Bakgrunn: føringer, utfordringer og faglige begrunnelser](#) →

[Del 1 – Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende](#) →

Støtte- materiell



Hva, hvorfor og hvordan →

Guiden gir en samlet og faglig oppdatert oversikt over de viktigste temaene å ta hensyn til.

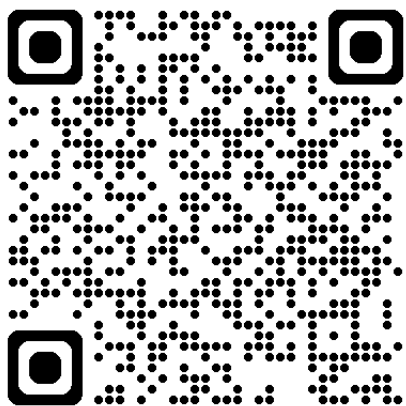


Opptak av innlegg →

Fra lanseringen på Arendalsuka:

Når det som ikke skal skje, allikevel skjer. Si unnskyld!

For innføring av guiden for ivaretagelse
Opptak, presentasjoner, pdf-versjon, huskekort, rollup



Vil du presentere guiden for andre? →

Les siste nytt i presentasjonen fra Pasientsikkerhetskonferansen 2023.



Materiell for støtte til implementering →

Rollup, huskekort m.m



HelseDirektoratet