

# Sykepleien

## FAGUTVIKLING

### Pasienters ønske om unnskyldning må starte med at helsevesenet erkjenner feil

De fleste pasienter forventer ikke et feilfritt helsevesen; de forventer åpenhet, informasjon og læring etter uønskede hendelser.

#### Magnhild Vikan

Ph.d.-kandidat

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Oslomet – storbyuniversitetet

#### Arvid Steinar Haugen

Spesialrådgiver, forsker og professor

Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus og Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

#### Ellen Catharina Tvetter Deilkås

Lege og seniorforsker

Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus

#### Stein Ove Danielsen

Operasjonssykepleier og førsteamanuensis

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

#### Kvalitet

#### Pasientskade

#### Pasientsikkerhet

#### Brukermedvirkning

Sykepleien 2025;113(99570):e-99570

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.99570](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.99570)

#### Hovedbudskap

For å styrke pasientsikkerheten må helsepersonell erkjenne feil, gi oppriktige unnskyldninger og lære av uønskede hendelser. Pasienters erfaringer må tas på alvor og brukes aktivt i forbedringsarbeidet. En kultur preget av åpenhet, empati og psykologisk trygghet er avgjørende for å gjenopprette tillit og redusere pasientskader.

Rapporten «To err is human: Building a safer health system» fra Institute of Medicine fra 2000 belyser at det skjer mange pasientskader på sykehus (1). Rapporten er banebrytende for

arbeidet med pasientsikkerhet.

Tittelen samsvarer med det tidligere kirurgiske pasienter sier i en nylig publisert studie: Det er menneskelig å feile, men helsetjenesten må våge å erkjenne feil og gi en ektefølt unnskyldning for at pasienter og helsepersonell kan forsones og legge uønskede hendelser bak seg (2).

## **«Pasientskader og uønskede hendelser er fortsatt en av de vanligste årsakene til funksjonshemming og død i verden.»**

Pasientskader og uønskede hendelser er fortsatt en av de vanligste årsakene til funksjonshemming og død i verden (3).

Helsedirektoratet rapporterer at i 2023 opplevde 12 prosent av somatiske pasienter på norske sykehus minst én pasientskade knyttet til sitt sykehusopphold. Det viser en nedadgående trend fra 13,7 prosent i 2012 (4).

### **Kirurgiske inngrep forårsaker flest skader**

Den siste nasjonale målingen viser at skader knyttet til kirurgi forekommer i 4,5 prosent av sykehusoppholdene. Eksempler kan være postoperative sårinfeksjoner, blødninger eller reoperasjoner (4). På verdensbasis er majoriteten av pasientskader og uønskede hendelser relatert til kirurgisk behandling (5, 6).

Studier viser at halvparten av uønskede hendelser på sykehus kunne vært unngått. Ofte skyldes de svikt i ikke-tekniske ferdigheter, som dårlig kommunikasjon, manglende samarbeid eller dårlig situasjonsforståelse (5–7).

Hvordan ledere og ansatte forholder seg til pasientsikkerhet, og hvordan de håndterer og lærer av uønskede hendelser, sier mye om sikkerhetskulturen på avdelingen (8, 9).

### **God kultur reduserer pasientskader**

Flere systematiske oversiktsartikler har konkludert med at en god kultur for pasientsikkerhet henger sammen med færre pasientskader og bedre pasientutfall (10, 11).

Verdens helseorganisasjon peker på at noe av det viktigste vi kan gjøre for å bedre pasientsikkerheten og redusere antall pasientskader, er å involvere pasienter mer. Når pasienter og pårørende får medvirke og blir lyttet til, kan de gi viktig innsikt fra sine egne erfaringer.

Dette bidrar med et helhetlig bilde av pasientforløpet og hva som gikk bra eller dårlig (3, 12). Studien om kirurgiske pasienters syn på pasientsikkerhet viser hvordan uønskede hendelser kan oppleves og håndteres (2).

## **Helsepersonellet lytter ikke til pasientene**

Pasientene som hadde vært gjennom kirurgisk behandling, erfarte at deres opplevelser og ressurser i liten grad ble etterspurt eller brukt – særlig når noe gikk galt (2). Tidligere forskning har vist at pasienter ofte kan oppdage feil og skader, og at de bør oppmuntres til å være aktive i sin egen helse og sikkerhet (13).

Flere av deltakerne fortalte at de forsøkte å si fra da noe virket galt, men at ingen lyttet til dem. De mener at helsepersonellet ignorerte deres innsikt, noe som førte til et større skadeomfang og flere sekundærfølger enn nødvendig (2).

## **«Mange av pasientene i studien erfarte at helsepersonellet ikke erkjente at det hadde skjedd en feil.»**

Mange av pasientene i studien erfarte at helsepersonellet ikke erkjente at det hadde skjedd en feil. De skulle ønske at noen tok seg mer tid og informerte dem og deres pårørende om hva som hadde skjedd, og hvordan det kunne skje.

Dersom det kunne vært unngått, vektla de betydningen av en ektefølt unnskyldning. Det ville fått dem til å føle mer empati og ansvar fra dem som var involvert (2).

## **Pasientene savner ansvar og informasjon**

Denne mangelen på åpenhet stemmer overens med en tidligere norsk studie, der pasienter som hadde blitt skadet, fortalte at de savnet omsorg, informasjon og at noen tok ansvar etter hendelsen (14).

På grunn av manglende informasjon strevde mange av de tidligere pasientene med ubesvarte spørsmål. Dette førte til tankekjør og psykiske belastninger. Uvissheten forsinket forsoningsprosessen og evnen til å gå videre etter hendelsen eller skaden.

Hadde helsetjenesten erkjent skaden tidligere, kunne pasientene fått raskere og bedre oppfølging og rehabilitering. Det kunne bidratt til bedre funksjon og livskvalitet på sikt – og styrket pasientenes grunnleggende tillit til helsevesenet (2).

## **Helsevesenet unnlater å dokumentere skader**

Pasientene som hadde opplevd uønskede hendelser i kirurgiske pasientforløp, fortalte at hendelsene og skadene ofte ikke ble dokumentert i pasientjournalen. Mange opplevde også at det ikke ble meldt i sykehusets avvikssystem (2).

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) rapporterer at kun 39 prosent av deres saker som har fått medhold, er dokumentert i sykehusenes avvikssystem (15).

Manglende rapportering i pasientjournalen og i kvalitetssystemet førte til at de som var påført en pasientskade, opplevde en årelang juridisk kamp for å bekrefte skaden. Mange følte at de sto uten rettssikkerhet (2).

## **«Manglende rapportering førte til at de som var påført en pasientskade, opplevde en årelang juridisk kamp for å bekrefte skaden.»**

Ofte hadde de mindre inntekt på grunn av skaden, samtidig som de trengte penger for å kjempe sin sak. For deltakerne i studien handlet det mest om å bli trodd og få skaden anerkjent, og i mindre grad om økonomisk kompensasjon (2).

Det var viktig for dem som hadde opplevd en pasientskade, at avdelingen brukte hendelsen til å lære og forbedre seg. Selv når situasjonen følte tung, opplevde de det som meningsfullt å bidra til at andre pasienter ikke skulle bli utsatt for det samme (2, 16).

## **Pasientene ønsker at helsetjenesten lærer av feil**

Verdens helseorganisasjon påpeker også at erfaringene til pasienter som har opplevd feil eller skader, er viktige for læring og forbedring i helsetjenesten (3). Dessverre opplevde verken deltakerne i denne studien eller en tidligere studie at helsetjenesten utnyttet muligheten til å lære av hendelsene (2, 14).

Helsedirektoratets nye veileder, «Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser», beskriver at pasientene bør involveres i gjennomgangen av det som skjedde, og i arbeidet med læring og forbedring. Veilederen er viktig for å løfte frem pasientenes og de pårørendes stemme (17).

Et viktig organ for pasientmedvirkning og sikkerhet er Undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Heldigvis trakk regjeringen nylig sitt forslag om å avvikle Ukom.

Det betyr at pasienter og pårørende fortsatt har muligheten til å melde fortrolige bekymringer til Ukom som et uavhengig og sanksjonsfritt organ som ser kritisk på systemene i helsetjenesten. Dermed ivaretas også muligheten for å lære av pasienters erfaringer (18). Dette er gode nyheter for pasientsikkerheten i Norge.

## **Prestisje svekker pasientsikkerheten**

De kirurgiske pasientene i vår studie møtte flere hindringer i systemet da de ble utsatt for feil eller skader. Det gjorde det vanskelig å få en erkjennelse, en unnskyldning eller god informasjon.

De opplevde en kultur preget av hierarki, behov for å fremstå feilfri og fokus på prestisje. Dette utgjorde en vesentlig barriere for åpenhet og muligheten for å kunne gi en unnskyldning (2).

Haagensen og medarbeidere (14) har vist at maktstrukturer og holdninger i helsetjenesten kan stå i veien for åpenhet og arbeid med pasientsikkerhet etter skader.

I vår studie opplevde deltakerne at helsepersonellet ofte var redde for hvordan en feil kunne påvirke deres karriere og posisjon. Prestisje hindret kollegialt samarbeid og viljen til å henvise pasienter til noen med annen eller høyere kompetanse.

## **Pasientene møter motstand**

Noen pasienter tok derfor saken i egne hender og søkte selv hjelp fra spesialister i Norge og utlandet. De erfarte imidlertid at helsepersonell kunne oppfatte dette som krenkende. Pasientene opplevde ofte at spesialistene hadde et bredere og mer tverrfaglig perspektiv enn mange blant helsepersonellet de møtte.

Pasientenes initiativ og involvering ble ofte møtt med en autoritær holdning, og helsepersonellet kunne ignorere, bagatellisere eller psykologisere deres kunnskap og erfaringer (2).

## **«Helsepersonellet kunne ignorere, bagatellisere eller psykologisere pasientenes kunnskap og erfaringer.»**

Tidligere forskning viser at pasientinvolvering kan utfordre helsepersonells faglige og profesjonelle autoritet (19, 20).

Deltakerne i vår studie påpekte at de overhodet ikke var ute etter å utfordre profesjonskunnskapen. De var oppriktig interessert i å bidra med sitt perspektiv for å få en best mulig medisinsk vurdering og behandling (2).

## **Arbeidspress hindrer ansvar og åpenhet**

De tidligere pasientene mente at høy arbeidsbelastning og strenge effektivitetskrav var hindringer både for å ta pasientenes kunnskap på alvor og for å erkjenne pasientskader.

Deltakerne i studien opplevde at helsepersonell var under stort press, med krav om høy drift, kompleks pasientbehandling, risiko for alvorlige konsekvenser ved feil og mye administrativt arbeid.

De mente at bedre strukturer kunne gi mer kontinuitet i behandlingen og redusert risikoen for feil. For eksempel kunne lettere tilgang til kollegers vurderinger redusert totalbelastningen.

Pasientene som ikke fikk en erkjennelse av skaden de var påført, opplevde at de profesjonelle kanskje unngikk dette fordi det ville gi dem mer arbeid. Men pasientene ønsket ikke å øke arbeidsbyrden, de ønsket bare at noen tok ansvar, ga god informasjon og sørget for riktig oppfølging (2).

## Myndighetene krever pasientinvolvering

Verdens helseorganisasjons handlingsplan for 2021–2030 og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 slår fast at pasienter skal involveres, og at deres erfaringer skal brukes til å forbedre pasientsikkerheten i helsetjenesten – både lokalt, regionalt og nasjonalt (3, 21).

Det betyr at pasientens opplevelser og kunnskap må tas på alvor og systematisk inkluderes i profesjonelle evalueringer, for eksempel i hendelsesanalyser (2, 3, 17).

Vi ønsker at ledere og helsepersonell i klinikken skal bruke denne kunnskapen systematisk for å forbedre behandlingstilbudet lokalt. Alle avdelinger kan for eksempel ha et panel med pasienter som regelmessig gir tilbakemeldinger på behandlingen til en tverrfaglig gruppe av helsepersonell.

Å engasjere pasientene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er både effektivt og økonomisk gunstig (22–24).

## Guiden pålegger ledere å ta ansvar

Da Helsedirektoratets nye nasjonale guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser ble lansert (16), ble det arrangert en paneldebatt under Arendalsuka 2024 med tittelen «Si unnskyld – når det som ikke skal skje, allikevel skjer» (25).

Budskapet i guiden samsvarer i stor grad med funnene i vår studie og understreker hvor viktig det er med en oppriktig unnskyldning når en hendelse burde vært unngått (17).

## «Guiden slår fast at det er leders ansvar å sørge for at det gis en unnskyldning, både til pasienten og til medarbeidere som har vært i en risikofylt situasjon.»

Guiden slår fast at det er leders ansvar å sørge for at det gis en unnskyldning, både til pasienten og til medarbeidere som har vært i en risikofylt situasjon.

Guiden forklarer hva en oppriktig unnskyldning bør inneholde, og gir eksempler på hvordan «falske» unnskyldninger kan se ut. Dette er et godt utgangspunkt for å bygge en bedre kultur, der pasienter som opplever uønskede hendelser, møtes med erkjennelse, informasjon, empati, beklagelse og god oppfølging (17).

Men guiden er kun en start – den alene er ikke nok til å sikre endring i praksis.

---

### FAKTA

#### Hva en oppriktig unnskyldning bør inneholde:

- **Erkjennelse av svikt:** Bekreftelse av pasientens opplevelse av at en uønsket hendelse har funnet sted.
- **Åpen og ærlig informasjon:** En klar beskrivelse av hva som har skjedd, hvilke konsekvenser det har fått, og hvilken prognose som foreligger – uten å skjule eller tildekke noe.
- **Tydelig ansvar:** Den som gir unnskyldningen, tar ansvar for hendelsen og sørger for oppfølging.
- **Oppriktig beklagelse:** Et ekte uttrykk for anger og medfølelse, med ønske om at hendelsen kunne vært unngått.
- **Løfte om forbedring:** En forsikring om endringer i praksis for å forebygge at lignende hendelser skjer i fremtiden.

*Kilde: Helsedirektoratet (17)*

---

## Helsepersonell må kunne innrømme feil

Både vår studie om kirurgiske teams perspektiv på pasientsikkerhetskultur og kapittelet om ledelse i den nye nasjonale guiden viser at ledere – både administrative, faglige og uformelle – må jobbe aktivt for å skape en kultur preget av åpenhet og psykologisk trygghet.

Helsepersonell må kunne innrømme feil uten å frykte for personlige og profesjonelle konsekvenser (17, 26).

Ved å bruke eksemplene i guiden i det daglige arbeidet kan ledere bidra til å bygge en god kultur. De kan gjøre dette ved å dele egne erfaringer – både gode og dårlige – og være åpne om prioriteringer, egne feiltrinn og sårbarhet.

Dette kan skape en psykologisk trygg kultur der det er rom for å melde fra om hendelser, lære av dem og forbedre systemet, uten at enkeltpersoner skal føle skyld, skam eller frykt for å bli dømt (17, 26).

Slik kan både pasienter og helsepersonell forsones, lære og legge hendelser bak seg og oppleve lettelse og økt velvære ved å kunne si det forsonende ordet «unnskyld». Det kan også bidra til å ta vare på, eller bygge opp igjen, pasientenes tillit til helsevesenet (17).

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*



UØNSKEDE HENDELSER: Mange pasientskader i kirurgien kunne vært unngått med bedre kommunikasjon og samarbeid i behandlingsteamet. *Illustrasjonsfoto: Parilov / Shutterstock / NTB*

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
2. Vikan M, Haugen AS, Valeberg BT, Bjørnnes AK, Husby VKS, Deilkås ECT, et al. Patient safety culture through the lenses of surgical patients: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):215. DOI: [10.1186/s12913-025-12366-9](https://doi.org/10.1186/s12913-025-12366-9)
3. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030 [internett]. Genève: WHO; 2021 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
4. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2023 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2024 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2023P>
5. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2019;366:l14185. DOI: [10.1136/bmj.l14185](https://doi.org/10.1136/bmj.l14185)
6. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):521. DOI: [10.1186/s12913-018-3335-z](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z)



7. Nilsson L, Risberg MB, Montgomery A, Sjødahl R, Schildmeijer K, Rutberg H. Preventable adverse events in surgical care in Sweden: A nationwide review of patient notes. *Medicine*. 2016;95(11):e3047. DOI: [10.1097/MD.0000000000003047](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003047)
8. Churruca K, Ellis LA, Chiara P, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open*. 2021;11(7):e043982-e. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-043982](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982)
9. Waterson P. Patient safety culture: Theory, methods and application. 1. utg. Milton: Routledge; 2018.
10. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(11):e017708. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-017708](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708)
11. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events – a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):300. DOI: [10.1186/s12913-023-09332-8](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8)
12. Verdens helseorganisasjon (WHO). World patient safety day 2023 [internett]. Genève: WHO; 2021 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2023>
13. Villar VCFL, Duarte SdCM, Martins M. Patient safety in hospital care: a review of the patient's perspective. *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00223019. DOI: [10.1590/0102-311X00223019](https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019)
14. Hågensen G, Nilsen G, Mehus G, Henriksen N. The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):302. DOI: [10.1186/s12913-018-3101-2](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3101-2)
15. Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Helsepersonell varsla om fire av ti feilbehandlinger på sjukehus [internett]. Oslo: NPE; 5. juni 2023 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/helsepersonell-varslet-om-fire-av-ti-feilbehandlinger-pa-sykehus/>
16. Sattar R, Johnson J, Lawton R. The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: a systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis. *Health Expect*. 2020;23(3):571–83. DOI: [10.1111/hex.13029](https://doi.org/10.1111/hex.13029)
17. Helsedirektoratet. Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 13. august 2024 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uonskede-hendelser>

18. Undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Ukom fortsetter arbeidet som sanksjonsfri undersøkelseskommissjon [internett]. Oslo: Ukom; 10. april 2025 [hentet 5. mai 2025]. Tilgjengelig fra: [https://ukom.no/Aktuelt/ukom-fortsetter-arbeidet-som-sanksjonsfri-undersokelseskommissjon?utm\\_source=chatgpt.com](https://ukom.no/Aktuelt/ukom-fortsetter-arbeidet-som-sanksjonsfri-undersokelseskommissjon?utm_source=chatgpt.com)
19. Farnood A, Johnston B, Mair FS. A mixed methods systematic review of the effects of patient online self-diagnosing in the 'smart-phone society' on the healthcare professional-patient relationship and medical authority. BMC Med Inform Decis Mak. 2020;20(1):253. DOI: [10.1186/s12911-020-01243-6](https://doi.org/10.1186/s12911-020-01243-6)
20. Timmermans S. The engaged patient: The relevance of patient-physician communication for twenty-first-century health. J Health Soc Behav. 2020;61(3):259-73. DOI: [10.1177/0022146520943514](https://doi.org/10.1177/0022146520943514)
21. Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
22. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Working Papers. Patient engagement for patient safety [internett]. Paris: OECD; 15. september 2023 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: [https://www.oecd.org/en/publications/2023/09/patient-engagement-for-patient-safety\\_1c48c99b.html](https://www.oecd.org/en/publications/2023/09/patient-engagement-for-patient-safety_1c48c99b.html)
23. Angood P, Dingman J, Foley ME, Ford D, Martins B, O'Regan P, et al. Patient and family involvement in contemporary health care. J Patient Saf. 2010;6(1):38-42. DOI: [10.1097/PTS.0b013e3181d56ce6](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181d56ce6)
24. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open. 2013;3(1):e001570. DOI: [10.1136/bmjopen-2012-001570](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570)
25. Arendalsuka. Si unnskyld! Når det som ikke skal skje, allikevel skjer [internett]. Arendal; Arendalsuka; 2024 [hentet 7. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.arendalsuka.no/program/program/2024/details/25383>
26. Vikan M, Deilkås EC, Valeberg BT, Bjørnnes AK, Husby VS, Haugen AS, et al. The anatomy of safe surgical teams: an interview-based qualitative study among members of surgical teams at tertiary referral hospitals in Norway. Patient Saf Surg. 2024;18(1):7. DOI: [10.1186/s13037-024-00389-w](https://doi.org/10.1186/s13037-024-00389-w)