

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Tilsyn: trygghet og trussel



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.

The editors



*Michael Skjelderup portrayed by
Johan Gørbitz (1782–1853)*

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 22 / 2 / 2025

Tilsyn: trygghet og trussel



Michael 2025; 22: 97–190



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Det norske medisinske Selskab 2025
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2025

Innhold

Leder

Tilsyn – kvalitetsutvikling eller rettstryggleik?	103
<i>Geir Sverre Braut</i>	

Tema

«Sløyfa» – en metode for risikoanalyse i klinisk arbeid. Erfaringer fra et forbedringsprosjekt	110
<i>Inger Emilie Vørland, Geir Sverre Braut, Tina Johanna Sandvik, Sina Furnes Øyri</i>	

Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten.	120
<i>Siv Hilde Berg</i>	

Pekefingeren på statens forlengede arm?	135
<i>Cato Innerdal</i>	

Informasjon, medvirkning og samtykke er viktig for god fødselsomsorg.	139
<i>Lars T. Johansen, Margrethe Smedvig Andersen, Lise Lotte Stenersen, Pål Øian</i>	

Hvordan forberedes medisinstudenter på tilsyn?	146
<i>Pål Gulbrandsen</i>	

Bokanmeldelser

Obligatorisk om pasientsikkerhet	151
<i>Olav Røise</i>	

Da Helsetilsynet skulle finne seg sjølv	153
<i>Kristian Hagestad</i>	

God oversikt over helse- og omsorgstjenesten	155
<i>Anne Karin Lindahl</i>	
Godt om lederisme fra en frafallen lederist	157
<i>Christian Grimsgaard</i>	
Sosiologiens ansikter	159
<i>Øivind Larsen</i>	
Kort og konsist om psykologisk trygghet	161
<i>Karin Isaksson Rø</i>	
Skjønnlitteratur og utvikling av psykologisk forståelse	163
<i>Tone Skaali</i>	
Pårørende er vi alle – men hvordan?	165
<i>Per Vaglum</i>	
Geriatrí for alle spesialiteter	168
<i>Marte Mellingsæter</i>	
Om demens – en biter og en belærer	170
<i>Øivind Larsen</i>	
Et av Europas fineste farmasimuseer jubilerer	173
<i>Anne Gerd Granås</i>	
Fortellinger fra rettsmedisinen	175
<i>Magne Nylenna</i>	
Hva skjer?	
Leger under tilsyn får bistand fra Legeforeningen	177
<i>Magne Nylenna</i>	
Helsespråk må bli klarspråk	181
<i>Nina Husom</i>	
Sviket mot de sykeste	184
<i>Erlend Hem</i>	
Nic Waal – synder i sommersonn, pioner og barnepsykiater	187
<i>Øivind Larsen</i>	

Tilsyn – kvalitetsutvikling eller rettstryggleik?

Michael 2025: 22: 103–109

doi: 10.5617/michael.12395

I heile Europa, og også elles i verda, har vi sidan siste del av 1900-talet sett ein kraftig vekst i omfanget av ulike former for tilsyn, ikkje berre innanfor helse- og omsorgstenestene, men som maktmiddel for styremaktene overfor både offentlege og private tenesteytarar av ulikt slag.

Det er lite som tyder på at tilsyn i seg sjølv er ein effektiv metode for læring. Eit godt gjennomført tilsyn gir likevel mykje informasjon om dei undersøkte organisasjonane og tenesteytinga deira som det vil vera rein sløsing ikkje å nytta til lærings- og utviklingsformål.

Det statlege helsetilsynet har vore i jamn endring dei seinaste tiåra. Vektlegginga har gått frå eit kontrollperspektiv til kvalitetsutvikling.

Frå siste delen av 1900-talet og fram til no har det skjedd ei endring i forståinga av det norske ordet *tilsyn*. Tradisjonelt er ordet brukt både om å passa på noko eller nokon, og om å overvake eller kontrollere noko eller nokon (Hellum 2015). Det handlar både om rettleiing og kontroll.

Går vi tilbake til 1970-åra, då sjukeheimane byrja å få ei form som vi kjenner igjen i dag, hadde dei gjerne ein tilsynslege. Denne legen hadde rolla som kliniskar som skulle passa på pasientane på sjukeheimen, ikkje berre som ein utanforståande som førde fagleg kontroll med korleis sjukeheimen blei driven. Denne nemninga gjekk meir eller mindre ut av bruk for 20 år sidan (Feiring 2005). No heiter det helst sjukeheimslege.

Når vi nyttar ordet tilsyn i helse- og omsorgstenestene i dag, er det jamt over i samsvar med slik ordet blir nytta i helsetilsynslova, nemleg om kontrollsystemet (Helsetilsynslova 2017). Korkje sjølv lovteksten eller forarbeida til den gjeldande lova gir nokon eintydig definisjon av kva tilsyn eigentleg er, men det ligg tydeleg til grunn at statleg tilsyn handlar om å kontrollere etterlevinga av krav i lovgivinga. Det kjem fram i eit av forarbeida

til lovendringane i samband med utskiljingane av direktoratsfunksjonane frå Statens helsetilsyn i 2003 (Ot.prp. nr. 105 (2001–2002), s. 5).

I samband med tilsyn kan ein gi råd, rettleiing og opplysningar, men tilsynsetaten må vera tydeleg på skilnaden mellom tilsyn og rådgiving (Prop. 150 L (2016–2017), s. 67). Særleg gjeld dette overfor kommunane der det blir presisert at tilsynet skal avgrensast til lovlegkontroll, altså kontroll av krav som kjem fram gjennom lovgivinga som gjeld for kommunane (Prop. 150 L (2016–2017), s. 67, NOU 2004: 17).

Likevel er bruken av ordet tilsyn i den norske lovgivinga ikkje eintydig. Det næraste vi kjem av noko samlande, er truleg det vi kan lesa i ei stortingsmelding om statlege tilsyn frå Arbeids- og administrasjonsdepartementet under Victor Normann si leiding i 2003 (St.meld. nr. 17 (2002–2003), s. 22–23). Der er det kort uttrykt at kjernen i tilsynsrolla er den konkrete kontrollen av etterleving av ei norm som alt er fastsett ved lov, forskrift eller enkeltvedtak, og dessutan kunne gje reaksjonar ved avvik frå norma. Fastsetjinga av normene eller standardane ligg utanfor tilsynsrolla etter denne forståinga.

Dette passar med organiseringa av tilsynssystemet for helse- og omsorgstenestene i Noreg. Statens helsetilsyn og statsforvaltarane er gitt tilsynsoppgåva, medan Helsedirektoratet og dei demokratiske styringsorgana, regjeringa og Stortinget, skal fastsetja normene. Men jamt over er det elles gjerne slik i den norske forvaltninga at både tilsyns- og normeringsoppgåvene er samla i eitt og same direktorat eller tilsyn. Dette gjeld til dømes Havindustri-tilsynet, Sjøfartsdirektoratet, Luftfartstilsynet, Noregs vassdrags- og energidirektorat med fleire.

Ole Berg trekkjer fram at skiljet mellom Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet kan sjåast i lys av den auka kommersialiseringa av ulike offentlege tenester som vaks fram rundt tusenårsskiftet (Berg 2009, s. 359). Frå styremaktene si side la ein til grunn at auka fridom til lokalt å utforma tenestene medførte behov for tydelegare statleg kontroll for å oppretthalda kvaliteten og sikra rettstryggleiken til den einskilde (Ot.prp. nr. 105 (2001–2002), s. 5).

Tilsyn for tryggleik

Utan tvil kan vi i dag leggja til grunn at statleg tilsyn med helse- og omsorgstenesta og det kommunale tilsynet med miljøretta helsevern er utøving av offentlig myndigheit. Det er likevel lite skrive og gjort omkring kva som karakteriserer eit godt statleg tilsyn.

I Sverige har dei arbeidd noko meir med dette, og kort summert skal eit godt tilsyn vera karakterisert av at (Regeringens skrivelse 2009)

- tilsynet på sjølvstendig grunnlag undersøker om ein viss aktivitet oppfyller krav i lovgivinga
- tilsynet byggjer på ei trygg juridisk og synleggjort tolking av krava, og dermed føreseieleg
- tilsynet må vera tilpassa dei sektorfagleg utfordringane
- resultata av tilsynet blir gjort allment kjende, og dermed sporbare
- innbyggjarane får stadfesta at deira interesser blir tatt vare på
- ansvarsforholda er klargjorde

Tilsyn skal altså byggja på konkrete erfaringar, framkomne gjennom undersøking av faktiske forhold (Fintland & Braut 2012).

Nordrum (2019) har gitt ein god analyse av samspelet mellom rettsvitenskap og sektorfag ved utviklinga av sektorspesifikk lovgiving. Han legg vekt på at den norske og nordiske måten å laga lovgiving på jamt over fungerer bra, og at det kan vera ein grunn for å halda fast på det norske lovgivings-systemet.

I andre samanhengar er det lagt stor vekt på at tillit er eit sentralt element i den norske lovgivinga om tryggleik og risikostyring allment sett (Langøy & Braut 2022). Det skulle då også tilseia at eit godt, norsk tilsynssystem må vera eigna til å oppretthalda tilliten mellom dei ulike aktørane i sektoren; og då i helse- og omsorgstenesta, mellom pasientar og pårørande, tenesteytarar og styremakter.

Tilsyn som trussel

Alle i praksisfeltet veit at tilsyn frå statsforvaltaren fører til at ein må justera på sine egne prioriteringar. Nokre gonger kan det vera rett, men kva veit tilsynsorganet om det totale utfordringsbiletet som kommunane og andre tenesteytarar står overfor? Tilsyn kan faktisk ha «biverknader». Eit utgangspunkt for refleksjon om dette finn du også i denne utgåva av *Michael* (Innerdal 2025).

Sjølv innanfor tilsynsetaten er det uro for at tilsynsaktivitetane kan føra til fagleg overaktivitet og dermed sløsing av ressursar (Aamland et al. 2024). Det er også grunn til å reflektera nærare omkring den opplevinga som norske legar har knytt til konsekvensar for den einskilde av tilsynet sin bruk av ulike verkemiddel (Nylenna 2025).

Tilsynsforsking

Sidan årtusenskiftet, og ikkje minst dei siste 15 åra, har det vore ein kraftig vekst i den internasjonale forskinga om tilsyn. Behovet for teoretisk og empirisk forskning er på langt nær fylt enno. Vi veit ganske lite om korleis tilsyn verkar. Pessimistane vil endåtil hevda at det har symbolsk verdi. Det verkar berre i kraft av at det finst, og gjennom at nokon fryktar det. Det er ikkje eit godt utgangspunkt for å oppretthalda eit tillitsbasert helsesystem i Noreg.

Ei oppsummering av internasjonalt forskning om tilsyn med helse- og omsorgstenester viser at verknadene er avhengige av ei rekkje forhold, slik som korleis tilsynet blir utført og korleis det blir oppfatta og følgt opp av kvar einskild tenesteytande verksemd (Hovlid et al. 2020). Mykje tyder på at eit tilsyn frå ein ekstern organisasjon kan understøtta interne utviklingsprosessar og føra til ønskte endringar i praksis (Husabø et al. 2020).

Derfor er det viktig at helsearbeidarar, ikkje minst medisinstudentar, forstår kva tilsyn handlar om. Dette er tema for ein av artiklane i dette nummeret av *Michael* (Gulbrandsen 2025).

Medisinen har gjennom ei årrekke vore prega av at studiar av verknadene av einskildfaktorar er «gullstandarden». Einskildfaktorar er sjeldan tilstrekkeleg til å forklåra svikt i yting av helsetenester. Rotårsaksanalyse har vore ein ettertrakta metodikk for gransking av uønskte hendingar i helsetenesta (Helsedirektoratet 2016). Ein annan av artiklane i denne utgåva viser at det finst ei rekkje andre analysemetodar, som knapt er tatt i bruk i helse- og omsorgstenesta (Berg 2025).

Fødselsomsorga er debattert i allmenne media for tida. Med grunnlag i tilsynssaker hos Statens helsetilsyn får vi i ein artikkel innsyn i behovet for informasjon, medverknad og samtykke (Johansen et al. 2025). Dette er eit døme på korleis informasjon frå tilsynssaker kan ha verknad på tenesteutvikling. Slik kan tilsyn få instrumentelle verknader.

Ein gong i blant kjem Statens helsetilsyn med kraftig kritikk av tenesteytinga i konkrete tilfelle. Då er det for enkelt berre å implementera nye rutinar (Petroleumstilsynet 2017). Hendingsanalysar er berre eit steg på vegen (Helsedirektoratet 2016). Ofte må det meir djuptgripande prosessar til, noko som det også kan lesast om i denne utgåva av *Michael* (Værland et al. 2025). Dette er eit døme på at funna frå tilsyn kan nyttast som grunnlag for fagleg og organisatorisk utvikling av tenesteytinga.

Tryggleiksfaget har som akademisk disiplin utvikla seg enormt på få tiår. Dessverre ser det ut som om medisinen og helsefaga ikkje har makta å gjera seg nytte av den kunnskapen som finst der. Ein vesentleg lærdom er at det ikkje er så mykje betring å henta ved å jakta på dei sviktande personane.

Helse- og omsorgstenesta bør, som andre tryggleikskritiske system, sjåast i eit systemperspektiv (Leveson 2012). Artiklane i denne utgåva av *Michael* viser nokre retningar der ein må gå vidare for å få medisin og helsefag til å vera i fronten av den tryggleiksfaglege forskinga. Tilsyn kan då vera eit hjelpemiddel, men utviklinga av kvalitet og tryggleik må skje innanfor kvar einskild verksemd. Det er også ved kjernen i den norske lovgivinga, jf. § 5 i helsetilsynslova (2017).

Våren 2025 la regjeringa fram eit forslag til justeringar i lovgivinga om tilsyn med helse- og omsorgstenestene i Noreg (Prop. 121 L (2024–2025)). Merksemda blir her trekt vekk frå tilsyn som etterhandskontroll. Departementet føreslår å lovfesta at det statlege helsetilsynet skal ha ansvar for å systematisera og identifisera risikoområde, formidla kunnskap, rettleia statsforvaltarane og medverka til overordna læring og forbetring i helse- og omsorgstenesta.

Samarbeidet med Helsedirektoratet, som har mange tilgrensande og kanskje overlappande oppgåver skal styrkjast. Undersøkingar av uønskete hendingar skal i større grad enn tidlegare skje i dei einskilte tenesteytande verksemdene. Forslaga medfører at skiljet mellom oppgåvene til Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet, som blei etablert i 2004, må gjennomgåast på nytt.

I lovproposisjonen er det ikkje argumentert for lovendringsforslaga med forskningsbasert kunnskap. Mykje tyder likevel på at forslaga har eit rimeleg godt kunnskapsgrunnlag med tanke på tilsynet som kvalitetsutviklingsaktør. Det står enno att å sjå om det er eit kvalitetsorientert eller kontrollerande tilsyn det norske folket eigentleg vil ha. Lovproposisjonen drøftar til dømes ikkje dei oppgåvene eit statleg tilsyn har som rettstryggleiksgarantist, noko som sto sentralt ved endringane i 2003 (Ot.prp. nr. 105 (2001–2002)).

Litteratur

Berg O. Mellom gammelt og nytt: Helseforvaltningen 1945–1994. *Michael* 2009; 6: 339–360. <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2009/3-339-60.pdf> (30.4.2025)

Berg SH. Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten *Michael* 2025; 22: 120–134 doi: 10.5617/michael.12398

Feiring E. Fra tilsynslege til sykehjemslege? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2005; 125: 2465.

Fintland I, Braut GS. Tilsyn og regulering av risiko i fortid og notid. I: Lindøe, PH, Kringen J, Braut GS. *Risiko og tilsyn. Risikostyring og rettslig regulering*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.

Gulbrandsen P. Hvordan forberedes medisinstudenter på tilsyn? *Michael* 2025; 22: 146–150 doi: 10.5617/michael.12401

Hellum H. tilsyn. I: *Norsk Ordbok*. Bergen: Universitetet i Bergen, 2015. <https://alfa.norsk-ordbok.no/?men=noob&mc0=vno&mc1=ah&q=tilsyn&but=tilsyn&scope=e> (30.4.2025)

Helsedirektoratet. *Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelsesanalyse-handbok-for-helsetjenesten> (30.4.2025)

Helsetilsynslova. *Lov av 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)*. <https://lovdata.no/nav/lov/2017-12-15-107/> (30.4.2025)

Hovlid E, Braut GS, Hannisdal E et al. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open* 2020, 10:e038850. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038850

Husabø G, Nilsen RM, Solligård E et al. Effects of external inspections on sepsis detection and treatment: a stepped-wedge study with cluster-level randomisation. *BMJ Open* 2020, 10:e037715. doi:10.1136/bmjopen-2020-037715

Innerdal C. Pekefingeren på statens forlengede arm. *Michael* 2025; 22: 135–138 doi: 10.5617/michael.12399

Johansen L, Andersen, MS, Stenersen LL et al. Informasjon, medvirkning og samtykke er viktig for god fødselsomsorg. *Michael* 2025; 22: 139–145 doi: 10.5617/michael.12400

Langøy MA, Braut GS. A Novel Model for Risk Regulations in the Offshore Oil and Gas Industry. *European Journal of Risk Regulation* 2022; 13: 635–642. doi.org/10.1017/err.2022.24

Leveson NG. *Engineering a Safer World: Systems Thinking Applied to Safety*. Cambridge, MA: The MIT Press, 2012. <https://doi.org/10.7551/mitpress/8179.001.0001> (30.4.2025)

Nordrum JCF. *Bedre regulering? Årsak-virkningsanalyser i norsk reguleringsprosess*. Oslo: Gyldendal, 2019.

NOU 2004: 17. *Statlig tilsyn med kommunesektoren (Aaslandutvalget)*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e3e757df8bfe4e718e9b3d5aabb6a9c/no/pdfs/nou200420040017000dddpdfs.pdf> (30.4.2025)

Nylenna M. Leger under tilsyn får bistand fra Legeforeningen. *Michael* 2025; 22: 177–180 doi: 10.5617/michael.12415

Or.prp. nr. 105 (2001–2002). *Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/259095b00a4b4da786a56a55201174f5/no/pdfa/otp200120020105000dddpdfa.pdf> (30.4.2025)

Petroleumstilsynet. *Prinsipper for barrierestyring i petroleumsvirksomheten. Barrierenotat 2017*. Stavanger: Petroleumstilsynet, 2017. <https://www.havtil.no/contentassets/11851dc03a84473e8299a2d80e656356/barrierenotat--2017.pdf> (30.4.2025)

Prop. 150 L (2016–2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/18bb1295b1c249feab8c055d271ebe89/no/pdfs/prp201620170150000dddpdfs.pdf> (30.4.2025)

Prop. 121 L. (2024–2025). *Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2025.

Regeringens skrivelse. *En tydelig, rättssäker och effektiv tillsyn*. Stockholm: Finansdepartementet, 2009.

St.meld. nr. 17 (2002–2003). Om statlige tilsyn. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet. <https://kudos.dfo.no/documents/28709/files/25139.pdf> (30.4.2025)

Værland IE, Braut GS, Sandvik TJ et al. ««Sløyfa» – en metode for risikoanalyse i klinisk arbeid Erfaringer fra et forbedringsprosjekt. *Michael* 2025; 22: 110–119 doi: 10.5617/michael.12397

Aamland A, Olsen AG, Sundnes MJ et al. Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet. *Dagens Medisin*, 6. november 2024. <https://www.dagensmedisin.no/fylkes-kommunenes-ansvar-helsepolitikk-og-helseokonomi-prioritering/tilsynsmyndigheten-ma-ikke-drive-fram-medisinsk-overaktivitet/659370> (30.4.2025)

Geir Sverre Braut
geir.sverre.braut@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Geir Sverre Braut er lege, spesialist i samfunnsmedisin, pensjonert professor fra Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Stavanger og framleis senior-rådgivar ved Stavanger universitetssjukehus.

«Sløyfa» – en metode for risikoanalyse i klinisk arbeid. Erfaringer fra et forbedringsprosjekt

Michael 2025; 22: 110–119

doi: 10.5617/michael. 12397

Etter noen alvorlige avvik ved en nyfødtavdeling var det ønske om å bli bedre kjent med risiko og risikohåndtering i egen klinikk. Metoden som er kalt «Sløyfa», ble benyttet. Metoden har tre trinn: identifisere kritiske forhold i pasientbehandlingen, kartlegge eventuelle årsakskjeder og deretter iverksette tiltak for å hindre uønskede hendelser. Innsatsområdet var utfordringer og sikkerhetsrisikoer ved overflytting av barn mellom føde- og nyfødtavdelingen.

Medarbeidere fra nyfødt- og fødeavdelingen deltok i en fokusgruppe. Først identifiserte man risikoområder i egen avdeling. Deretter så man på hva som kunne hindre at uønskede hendelser ved overflyttingen oppstår.

Tre risikoområder ble identifisert: Informasjonsflyt mellom føde- og nyfødtavdelingen, resuscitering i fødeavdelingen og observasjon av risikobarn i fødeavdelingen.

Metoden bygger på klinisk erfaring fra helsepersonell involvert som har vært involvert i alvorlige hendelser, og den kan bidra til å øke bevisstheten om sentrale risikofaktorer på avdelingsnivå. Den er velegnet også i andre sammenhenger og kan brukes både på individ- og systemnivå.

Enhver pasientrelatert aktivitet innebærer en viss risiko til tross for lokale, regionale og nasjonale tiltak. Risiko kan defineres som en kombinasjon av muligheten for en uønsket hendelse og dens konsekvenser (Aven 2012). Å håndtere risiko innebærer å gjenkjenne og håndtere trusler (Siddiqui et al. 2014).

Etter noen uønskede hendelser ved en nyfødtavdeling anmodet Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) den aktuelle avdelingen om å arbeide mer systematisk med risikostyring samt å øke bevisstheten omkring risiko hos ledel-

sen og medarbeiderne. I klinikken som avdelingen tilhørte, foregikk det allerede et kontinuerlig forbedringsarbeid, for eksempel gjennom utvikling av faglige prosedyrer og lagring av sentrale kvalitetsvariabler i egne databaser. I tillegg går de lokale kvalitetsrådene jevnlig gjennom uønskede hendelser, og praksis justeres der det er relevant og mulig.

Ledelsen ved den aktuelle nyfødtavdelingen satte i gang et forbedringsarbeid. Dette ble ledet av sykehusets sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsstab i samarbeid med fagsykepleier ved nyfødtavdelingen og en medarbeider ved sykehuset med god kjennskap om den valgte metoden. Metoden som er kalt «Sløyfa», ble oppfattet å være en mindre formell, men mer praksisnær framgangsmåte enn en tradisjonell risiko- og sårbarhetsanalyse (Braut et al. 2020).

Med utgangspunkt i metodiske erfaringer fra forbedringsprosjektet vil vi vise hvordan risikoområder i de aktuelle avdelingene ble avdekket ved bruk av den valgte metoden.

Metode

Både nyfødt- og fødeavdelingen ble involvert. Det ble holdt møter med ledelsen ved de respektive avdelingene for å sikre ledelsesforankring før oppstart. Ledelsen valgte ut tre medarbeidere fra hver avdeling som deltakere i en tverrfaglig fokusgruppe som skulle gjennomføre forbedringsprosjektet.

For å legge best mulig til rette for deltakelse i en travel klinisk hverdag ble tre møter vurdert som tilstrekkelig. De tre møtedatoene ble avtalt ca. to måneder før oppstart, og alle møtene ble holdt i løpet av én måned. Dette opplegget skulle sikre forutsigbarhet, gjøre planleggingen enklere og effektivisere tidsbruken.

Identifisering av risikoområder i avdelingene

Begge avdelingene identifiserte risikoområder knyttet til grenseflaten mellom føde- og nyfødtavdeling før risikovurderingene ble gjennomført. Hensikten var at det ville være lettere for deltakerne å snakke åpent, og dele egne erfaringer og vurderinger innad i egen avdeling. Forut for de avdelingsvise møtene ble det presisert at de ikke skulle diskutere tiltak. Etter at risikoidentifisering var gjennomført i hver avdeling, samlet fokusgruppen seg for videre arbeid.

Arbeidet i fokusgruppen

Moderator fra seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet ledet samtalene i fokusgruppen. Datagrunnlaget var deltakernes erfaringer fra avdelingene som ble delt gjennom diskusjoner. Dette førte til en felles forståelse av risiko og utfordringer ved overflytting mellom avdelingene.

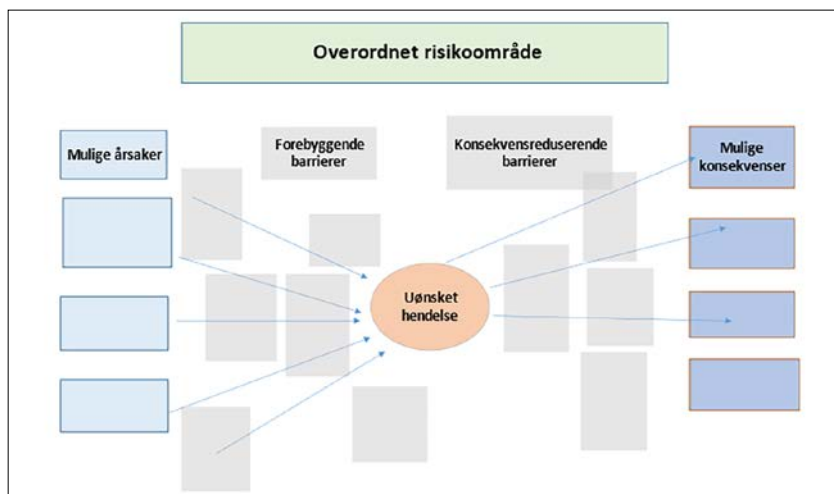
Møtene fungerte som idémyldring. Det ble brukt vanlige ord og uttrykk i stedet for terminologi fra risikofaget. Både risikoelementer og det som medlemmene i fokusgruppen anså at fungerte godt, ble belyst. Møtene var derfor ikke ensidig preget av «alt som ikke fungerte».

Fokusgruppen jobbet videre med å definere hva som var de mest kritiske punktene for pasienten, under hvert risikoområde. De kritiske punktene ble definert som de uønskede hendelsene og lagt inn i modellen (se figur 1). Moderator og deltakerne i fokusgruppen ble enige om temaene. Disse ble utviklet videre til definerte risikoområder. Moderator oppsummerte temaene mellom møtene, og gruppemedlemmene kunne komme med innsigelser.

Moderator skrev en rapport etter fokusgruppemøtene som ble sendt på høring til deltakerne. Dette viste seg å være et viktig ledd i analyseprosessen fordi det da kom tydelig fram at ikke alle hadde vært enige i tiltakene som var blitt drøftet i gruppen, og foreslått i rapporten. Ledelsen ved klinikken fikk tilsendt den ferdige rapporten.

Risikoidentifisering

Det sentrale elementet i metoden «Sløyfa» er risikoanalysen som gjøres ved hjelp av et såkalt «bow-tie»-diagram, eller «sløyfe»-diagram. Dette er et verktøy for risikobeskrivelse som består av flere steg (Øglænd 2024, Rausand & Utne 2022, Øglænd 2021, Elamir 2020, Braut 2014). Metoden inne-



Figur 1. «Sløyfa»-modellen På venstre side i sløyfediagrammet beskrives mulige årsaker og forebyggende barrierer. På høyre side ble konsekvensreduserende barrierer beskrevet i tillegg til mulige konsekvenser.

bærer å identifisere hendelser med mulig kritisk utfall, kartlegge årsakskjedene til hver av disse hendelsene og foreslå tiltak for å bryte uønsket utvikling. Målet er å identifisere enkeltrisikoeer samtidig som man tar hensyn til det helhetlige risikobildet. På denne måten kan forbindelser mellom årsaker og konsekvenser framstå mer tydelig, og det vil kunne være mulig å sette inn egnede tiltak.

Det første trinnet var å identifisere kritiske forhold i behandling av pasienter. Det ble gjort i et møte der medlemmene i gruppen fant risikoområder i egen avdeling. Deltakerne fikk informasjon om metoden i en epost før møtet. Det ble informert om at fokuset ville være hvilke utfordringer og sikkerhetsrisikoeer som kunne være aktuelle ved overflytting mellom føde- og nyfødtavdelingen. Diskusjonen skulle ta utgangspunkt i spørsmålene:

- Hva fungerer bra?
- Hva er lettvint og hvorfor?
- Hva fungerer mindre bra?
- Hva er tungvint og hvorfor?

Det andre trinnet var å kartlegge eventuelle årsakskjeder. Når man har fått en forståelse av årsak og virkning, kan man som tredje og siste trinn se på barrierer som kan hindre at uønskede situasjoner oppstår. Dette er forhold eller tiltak som kan bryte årsaks- og virkningskjedene (Braut et al. 2020).

Etiske vurderinger

Det ble ikke samlet inn direkte eller indirekte personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 7 (SIKT.) De alvorlige uønskede hendelsene ble ikke nærmere presentert eller diskutert i møtene. Alle medlemmene i fokusgruppen var underlagt taushetsplikt, men enkeltpasienter eller spesifikke hendelser ble ikke diskutert.

Det ble heller ikke gjort lydopptak, opprettet register eller egne databaser. Deltakelse var frivillig, og deltakerne var informert om at målet med arbeidet var å avdekke risikoområder. Prosjektet var en del av klinikkens kvalitetsarbeid, og det ble gjennomført etter ønske fra ledelsen uten behov for ekstern godkjenning, jf. helsepersonelloven § 26, første ledd.

Resultater

Deltakerne i forbedringsprosjektet kom fram til tre risikoområder knyttet til overflytting av pasienter mellom føde- og nyfødtavdelingen:

- informasjonsflyt mellom føde- og nyfødtavdelingen
- resuscitering i fødeavdelingen
- observasjon av risikobarn i fødeavdelingen

Informasjonsflyt mellom føde- og nyfødtavdelingen

Ifølge fokusgruppen planlegger nyfødtavdelingen, så langt det er mulig, for de situasjonene som kan komme til å oppstå. Det kom fram at det stort sett var et godt samarbeid mellom føde- og nyfødtavdelingen. Det er viktig at det daglig er telefonkontakt mellom nyfødt- og fødeavdelingen for å utveksle informasjon om eventuelle nye pasienter. Sykepleier ved nyfødtavdelingen må videreformidle informasjonen til overlege ved samme avdeling.

Det har ikke vært en felles forståelse for hva nyfødtavdelingen trenger informasjon om. For eksempel kan informasjon om risikopasienter og truende risikofødsler være mangelfull.

Det ble også konstatert at det var mangelfull dokumentasjon fra barnelege til barnepleier eller jordmor om hvilke tiltak som er gjort, og planen videre mens barnet ennå ligger på fødeavdelingen.

LIS-leger må få oversikt over risikopasienter som blir omtalt på ukentlige møter mellom overleger på føde- og nyfødtavdelingen.

Personell fra fødeavdelingen bør følge barnet til nyfødtavdelingen, og de må gi foreldrene tilstrekkelig og forståelig informasjon. For at barnet skal få best mulig behandling, må relevant informasjon og dokumentasjon fra fødeavdelingen raskt bli formidlet til de ansvarlige i nyfødtavdelingen.

Resuscitering i fødeavdelingen

Ved resuscitering av nyfødte i fødeavdelingen, spesielt kveld og natt, er det ikke alltid overlege fra nyfødtavdelingen til stede. Overlegen blir heller ikke alltid tilkalt. Primært går calling til LIS-lege som dermed blir den eneste legen i situasjonen. En resuscitering er en stressende situasjon for alle involverte. Uerfarent personell skaper ytterligere usikkerhet og stress.

Det er viktig at LIS-lege fra barneavdelingen deltar i simulering sammen med fødeavdelingen. Her trenes det på arbeid i team, rolleavklaring og kommunikasjon under resuscitering. Overleger ved barneavdelingen må være sikre på at LIS-leger er komfortable med å spørre om hjelp, og at det er lav terskel for å spørre. Det må være en felles forståelse om åpenhet og trygghet mellom avdelingene, og det må være greit å si fra på en rolig, høflig og hjelpsom måte.

I fokusgruppen ble det pekt på at en konsekvensreducerende barriere kunne være debrief etter hendelser. Dette kan være et verktøy for å lære av situasjonen. Gruppemedlemmene var fra før kjent med TALK-debrief, som er en strukturert måte for samtale etter hendelser under klinisk arbeid (Diaz-Navarro et al. 2021). Deltakerne mente at dette var et egnet verktøy. Videre understreket de at eventuelle avvik må registreres og følges opp, slik at

situasjonen kan resultere i læring. Deltakerne presiserte at det er viktig å ha god kommunikasjon og respekt for hverandre for å oppnå læring.

Observasjon av risikobarn i fødeavdelingen

Fødeavdelingen er en travel avdeling med begrensede ressurser. Til tider er det både uerfarne jordmødre, barnepleiere og mange vikarer i avdelingen. Travelhet, samtidighetskonflikter og uerfarent personell kan føre til at observasjon av risikobarn ikke blir god nok. Begrensede jordmorressurser fører til at barnepleiere får hovedansvaret for det nyfødte barnet. Det hender at barnepleiere har en «følelse» av at det er noe galt med barnet, men at det ikke alltid er like lett å beskrive og formidle dette til legen. Deltakerne i fokusgruppen pekte på at det mangler et felles språk mellom de forskjellige yrkesgruppene. Strukturert opplæring av både nyansatte og vikarer i fødeavdelingen kan også være forebyggende barrierer.

Diskusjon

I forbedringsprosjektet ble tre risikoområder identifisert. Søkelyset var på forebyggende og konsekvensreducerende barrierer. Deltakerne i prosjektet var godt kjent med hva som fungerte godt og dårlig innen de respektive risikoområdene. Flere av de forebyggende barrierene var allerede på plass, og gruppen diskuterte om disse var gode nok, eller om det skulle legges til flere barrierer. Den metodiske prosessen i prosjektet viste at det ikke alltid var lett å komme til enighet om hva som er effektive barrierer i praksis, noe som i seg selv kan være et mulig risikoelement.

Måten «Sløyfa» visualiserer risiko på kan minne om tankegangen helsepersonell legger til grunn i sitt daglige kliniske arbeid. Metoden oppfordrer til å benytte helsepersonellens egne erfaringer som grunnlag for risikoidentifikasjon. Dette kan bidra til at metoden oppleves som «lavterskel» i arbeidet med risikoidentifisering og inspirere og motivere kliniske avdelinger til å benytte denne i forbedringsarbeid.

Individ- eller systemfokus

Det har vært en utvikling over tid i hvordan kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid blir vektlagt i helsetjenesten, og hvilke tiltak og verktøy som anses effektive. Mens man tidligere så på enkeltpersoners feilgrep, er oppmerksomheten nå mer systemfokustert, og pasientsikkerhet ses som et komplekst fenomen i en dynamisk helsetjeneste (Hollnagel 2018, NOU 2015: 11). Den samme atferden hos helsepersonell kan føre til både god og dårlig pleie og varierende behandlingskvalitet. Oppmerksomheten bør derfor være rettet mot rammebetingelsene i virksomheten (Mannion et al. 2017). I forbe-

dringsprosjektet vårt viste «Sløyfa» seg å være godt egnet for å fram kompleksiteten i arbeidet som gjøres i klinikken og i avdelingene. Tilnærmingen fremmet refleksjon om både negative og positive aspekter ved lokalt risikoarbeid. Dette harmonerer med resilienstankegang innen pasientsikkerhetsteori (Øyri & Wiig 2022).

Ledelse og kvalitet

Bate et al. (2008) peker på strukturelle, kulturelle og utdanningsmessige utfordringer når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring i sykehus. Arbeidet med «Sløyfa» var forankret i ledelsen i de to avdelingene. Klinikken som de to involverte avdelingene tilhører, har gjennom flere år drevet med kontinuerlig forbedringsarbeid (Løland et al. 2023). Det viste seg likevel utfordrende å få samlet deltakerne. Det var mange gode diskusjoner, men arbeidet ble preget av dårlig tid. Selv om kvalitetsarbeid anses som viktig, kan det være vanskelig å prioritere at helsepersonell med direkte pasientkontakt kan bidra. Denne holdningen vil svekke kvalitetsarbeidet siden det er disse som har førstehåndskunnskap om risiko.

Bergerød & Wiig (2016) dokumenterer at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i stor grad blir påvirket av ledelse, organisasjonsmessige og kulturelle faktorer i sykehuset. Å utvikle en sikkerhetskultur i sykehus med kontinuerlig opplæring, ledelsesforankring og teoribasert intervensjoner kan ha positiv effekt på arbeidsmiljøet og føre til mindre utbrenthet og turnover i institusjonen (Finn et al. 2024). Såkalt transformasjonsledelse, som vektlegger en kultur som kan bidra til økt pasientsikkerhet ved blant annet utdanning og trening av personalet, kan være et positivt bidrag (Ree & Wiig 2020).

Bate et al. (2008) inkluderer kulturelle utfordringer i det å bygge en felles forståelse, forpliktelse og enighet om forbedringsprosessen. Til tross for at de to avdelingene var samlet, var det tydelig at overleger og LIS-leger i den samme klinikken samarbeidet på ulike måter i krevende situasjoner. Et annet eksempel var at barnepleierne syntes at det var vanskelig å finne et felles språk med barnelegene, særlig for å formidle observasjoner. Måten arbeidet organiseres på kan derfor forstås som en kulturell utfordring. I forbedringsprosjektet viste dette seg blant annet under risikoområdet *observasjon av risikobarn* i fødeavdelingen. En tilleggsfaktor var at barnepleiere, ofte uerfarne, fikk ansvaret, fordi det var få jordmødre tilgjengelige.

Styrker og svakheter

Sammensetningen av fokusgruppen var tverrfaglig, men noen av risikofaktorene som ble identifisert, omhandlet yrkesgrupper som ikke var represen-

tert i gruppen. Dette førte til diskusjoner om hvor gjennomførbare enkelte tiltak var, etter analysen i fokusgruppen.

En forutsetning for å bruke «Sløyfa» syntes å være at medlemmene i fokusgruppen var erfarne og godt kjent med utfordringene rundt overflytting av nyfødte fra føde- til nyfødtavdelingen. Andre metoder, som innhenting av for eksempel registerdata, ville kanskje ikke ha gitt samme nærhet til temaet. De ville heller ikke vært basert på medarbeidernes erfaringer.

En tradisjonell ROS- eller hendelsesanalyse, som Helsedirektoratet anbefaler å gjennomføre etter alvorlige hendelser, ville lagt større vekt på sannsynlighetsvurderinger. Dette kunne ha hindret refleksjoner rundt usikkerhet, som et vesentlig element i risikovurderingene (Helsedirektoratet 2016, Aven 2022).

Det ble forsikret at fokusgruppen kjente seg igjen i og var enig i risiko-områdene, slik disse ble presentert i figur og rapport. Videre arbeid var i stor grad knyttet til årsaker og forebyggende barrierer, det vil si den venstre siden av «sløyfe»-diagrammet. På grunn av manglende tid og til dels gruppesammensettingen ble det ikke brukt like mye tid til å utrede konsekvenser og konsekvensreduserende barrierer som forebyggende tiltak. Konsekvensene og tilhørende barrierer ble i stor grad indentifisert som medisinske problemstillinger, og de falt derfor utenfor diskusjonene. Det var en enighet i gruppen om at det viktigste og nyttigste aspektet som den valgte metoden kunne bidra med, var knyttet til å identifisere årsaker til hendelsene og finne fram til hvilke forebyggende barrierer som kunne iverksettes.

Litteratur

Aven T. The risk concept – historical and recent development trends. *Reliability Engineering & System Safety* 2012; 99: 33–44. <https://doi.org/10.1016/j.res.2011.11.006>

Aven T. *Risiko og risikovitenskap. Fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Universitetsforlaget, 2022.

Bate P, Mendel P, Robert G. *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. London: Routledge, 2008.

Bergerød JJ, Wiig S. Leading quality and patient safety improvement in Norwegian hospitals. I: Aase K, Schibevaag L (eds.) *Researching Patient Safety and Quality in Healthcare*. Boca Raton, Florida, USA: CRC Press, 2016: 61–175.

Braut GS. Undersøkelser av uventede hendelser i helsetjenesten – hvorfor og hvordan? I: *Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser kunne det skjedd hos oss?* Rapport fra Helsetilsynet 3/2014: 18–20. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport3_2014.pdf (30.4.2025)

Braut GS, Åbøtsvik BF, Dalbakk M et al. «Sløyfa» – en metode for analyse av risiko i klinisk arbeid i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020; 6(2): 196–208. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-16>

Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A et al. Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2021; 40: 4–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>

Elamir H. Enterprise risk management and bow ties: going beyond patient safety. *Business Process Management Journal* 2020; 26: 770–785. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-03-2019-0102>

Finn M, Walsh A, Rafter N et al. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. *BMJ Open Quality* 2024; 13(2). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002506>

Helsedirektoratet. *Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelsesanalyse-handbok-for-helsetjenesten> (30.4.2025)

Hollnagel E. *Safety-II in Practice: Developing the Resilience Potentials*. Routledge, 2018. <https://doi.org/10.4324/9781315201023>

Løland M, Braut GS, Lichtenberg SM et al. Tools for establishing a sustainable safety culture within maternity services. A retrospective case study. *SAGE Open Medicine* 2023; 11. <https://doi.org/10.1177/20503121231164264>

Mannion R, Braithwaite J. False Dawns and New Horizons in Patient Safety Research and Practice. *International Journal of Health Policy and Management* 2017; 6(12): 685–689. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.115>

NOU 2015: 11 *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000ddpdfs.pdf> (30.4.2025)

Rausand M, Utne IB. *Risikoanalyse – teori og metoder. 2. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.

Ree E, Wiig S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open* 2020; 7(1): 256–264. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>

Siddiqui D, Nandan A, Sharma M et al. Risk management techniques HAZOP and HAZID study. *International Journal on Occupational Health & Safety, Fire & Environment Allied Science* 2014; 1(1): 5–8. https://www.researchgate.net/publication/319979143_Risk_Management_Techniques_HAZOP_HAZID_Study#fullTextFileContent (30.4.2025)

SIKT. *Hva er en behandling av personopplysninger?* <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/personvernhandbok-forskning/hva-er-personopplysninger> (30.4.2025)

Øglænd B. Hvordan kan vi oppnå at ledelse og helsepersonell oppfatter risiko likt? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2021; 7: 1–6. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-06>

Øglænd, B. (2024). *Håndbok i risikoreduksjon. Hvordan lære etter uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget, 2024.

Øyri SF, Wiig S. Linking resilience and regulation across system levels in healthcare – a multilevel study. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 510. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07848-z>

Artikkelen er fagfellevurdert.

Inger Emilie Værland
inger.emilie.verland@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Inger Emilie Værland er intensivsykepleier, Ph.D. ved barne- og ungdomsklinikken, Stavanger universitetssjukehus og tilknyttet forskningsgruppen sykepleie- og helsevitenskap.

Geir Sverre Braut
geir.sverre.braut@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Geir Sverre Braut er lege, spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgiver ved Stavanger universitetssjukehus, forskningsavdelingen og pensjonert professor fra Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Stavanger.

Tina Johanna Sandvik
tina.johanna.sandvik@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Tina Johanna Sandvik er sykepleier med mastergrad i helsevitenskap. Hun er rådgiver ved Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Stavanger universitetssjukehus.

Sina Furnes Øyri
sina.furnes.oyri@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger

Sina Furnes Øyri er jurist med bachelorgrad i statsvitenskap, mastergrad i samfunnssikkerhet og Ph.D. i helse og medisin om risikoregulering i spesialisthelsetjenesten, tilsyn og resiliens. Hun er fagsjef for kvalitet og pasientsikkerhet ved Stavanger universitetssjukehus, og har bistilling som førsteamanuensis ved Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten ved Universitetet i Stavanger (SHARE).

Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten

Michael 2025; 22: 120–134

doi: 10.5617/michael.12398

Sikkerhetsteoretiske perspektiver former hva vi ser etter i gransking av uønskede hendelser, hvilke sikkerhetstiltak som settes inn på hvilke nivåer i helsesystemet, og hva det konkluderes med som årsak til ulykker. Artikkelen deler årsaks- og ulykkesmodeller inn i tre kategorier etter hvilken årsaksforståelse som ligger til grunn: 1) enkle, lineære modeller, som setter søkelys på det tekniske systemet, 2) komplekse, lineære modeller, som favner det organisatoriske systemet, og 3) komplekse, ikke-lineære modeller, som søker innsikt i det interaktive systemet – hvordan mennesker, teknologi og organisasjoner påvirker hverandre og fungerer under høy risiko.

De ulike modellene har gitt opphav til en rekke analysemetoder som benyttes i gransking og hendelsesgjennomgang. Ikke alle analysemetoder er tilpasset helsetjenesten. Individperspektiv i hendelsesgransking kan skape uheldige betingelser for organisatorisk læring. De komplekse lineære og komplekse ikke-lineære modellene gir de beste betingelsene for læring siden de belyser systemet som helhet og bakenforliggende årsaker til svikt og suksess.

Gjennom historien har mennesket hatt ulike oppfatninger om hva som er årsaken til ulykker. Ulykker har vært sett på som et resultat av skjebnen, menneskelige feil, teknologisk svikt, organisatorisk svikt og systemets iboende kompleksitet (1). Sikkerhetsteori (safety science) gir oss et overblikk over disse grunnleggende antakelsene om hva ulykker og svikt skyldes, gjennom det vi kaller årsaks- og ulykkesmodeller. Modellene skiller seg fra hverandre i synet på menneskelig svikt og feilbarlighet. Mens noen modeller anser menneskelig svikt som årsak til ulykker, anser andre modeller ulykker som en konsekvens av omgivelsene og av systemkompleksitet (2). Hvilken kausalitetsforståelse som ligger bak årsaks- og ulykkesmodellen man anvender i gransking av alvorlige uønskede hendelser i helsetjenesten,

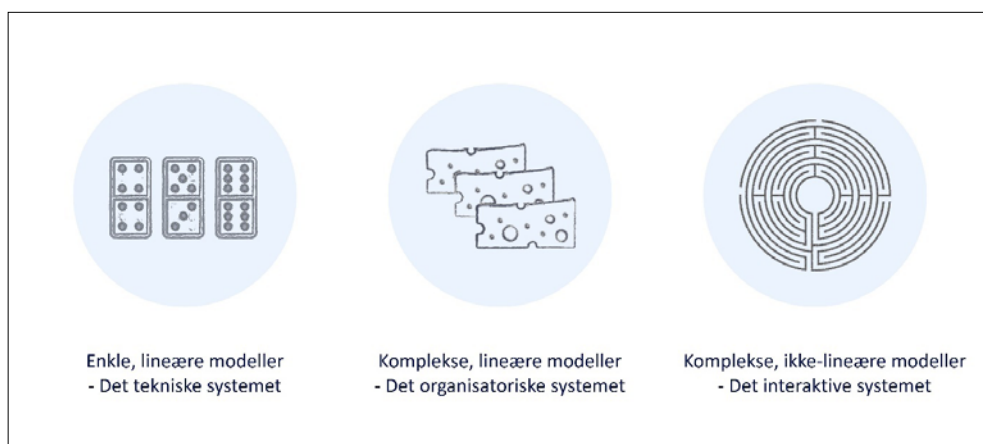
påvirker hva man anser som svikt, hvor man retter sikkerhetstiltakene, og til slutt hva man lærer av uønskede hendelser (3). I denne artikkelen gjennomgår ulike kategorier årsaks- og ulykkesmodeller og deres styrker og svakheter med tanke på bruk i helsetjenesten.

Det har skjedd betydelige endringer innen utvikling av årsaks- og ulykkesmodeller, og nye metoder og perspektiver har kommet til (2). Modellene har ulik grad av kompleksitet og tar for seg alt fra enkelthendelser til systemet som helhet. Erik Hollnagel (f. 1941) deler modellene inn i tre kategorier etter kausalitetsforståelsen som ligger til grunn: 1) enkle, lineære modeller, som setter søkelys på det tekniske systemet, 2) komplekse, lineære modeller, som favner det organisatoriske systemet, og 3) komplekse, ikke-lineære modeller, som søker kunnskap om det interaktive systemet – hvordan mennesker, teknologi og organisasjoner påvirker hverandre og fungerer under høy risiko (2).

Denne tredelingen er ikke kategorisk, men kan gjøre det lettere å se de store skillelinjene mellom årsaks- og ulykkesmodellene. Her benyttes Hollnagels klassifisering som teoretisk rammeverk med et utvalg av modeller og metoder fra hvert perspektiv (2) (figur 1).

Enkle, lineære modeller

De enkle, lineære modellene er den første generasjonen årsaks- og ulykkesmodeller. Modellene forutsetter at årsakene til feil kan identifiseres, og at en handling alltid gir det samme utfallet, og dermed at det er forutsigbar konsekvens: derav begrepet *linear*. Hendelsene som fører til ulykken, antas å oppstå sekvensielt, hvor den ene hendelsen utløser den andre, og disse



Figur 1. Tre kategorier årsaks- og ulykkesmodeller

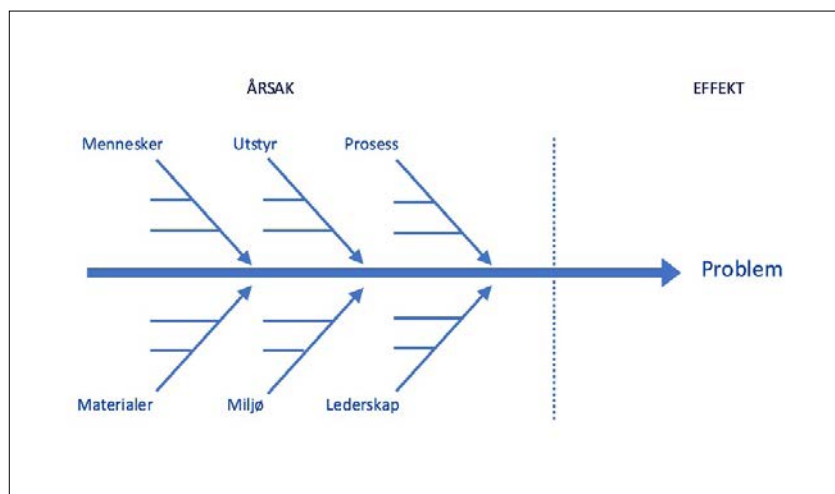
modellene omtales også som sekvensielle modeller (2). Modellene oppsto som følge av behovet for å håndtere industriell risiko, men har hatt stor innvirkning på helsetjenestens hendelsesbaserte gransking.

Dominomodellen og kjerneårsaksanalyse

I dominomodellen, som ble utviklet av Herbert William Heinrich (1886–1962) i 1930-årene, forstås uønskede hendelser som en kjedereaksjon, som når en dominobrikke faller og fører til konsekvenser for den neste brikken. Det viktigste i dette perspektivet har vært å identifisere kjerneårsaken. Ifølge Heinrich oppstår feil som en sekvens av ulike faktorer forårsaket av teknisk svikt, men også menneskelige feilhandlinger kan utpekes som kjerneårsaken til den uønskede hendelsen (4).

En hyppig brukt analysemetode innen de enkle, lineære modellene er kjerneårsaksanalyse. Kjerneårsaksanalyse identifiserer en rekke bakenforliggende årsaker til en uønsket hendelse og konkluderer med hva som er den opprinnelige kjerneårsaken. På samme måte som i dominomodellen fremstilles hendelseskjeden sekvensielt langs en tidslinje med kjerneårsak og kausale faktorer (figur 2). Fordelen med analysemetoden er at den er enkel å visualisere og kommunisere, og at man ender opp med konkrete tiltak.

Forutsetningene for å lykkes med bruk av enkle, lineære modeller er at systemet er forutsigbart, og at det foreligger kunnskap om årsaker til svikt og om effekten av tiltak som settes i verk for å forebygge eller stanse utviklingen av den uønskede hendelsen. Sikkerhetstiltak rettes mot å stoppe



Figur 2. Kjerneårsaksanalyse, fiskebeinsdiagram

kjedereaksjonen og forhindre at «dominobrikkene forsetter å falle» (2). Mens det kan være åpenbart hva som er årsaken til svikt i et oversiktlig avgrenset teknisk system, er dette ikke like åpenbart i helsetjenesten.

Kjerneårsaksanalyser er utbredt i helsetjenesten. I en gjennomgang av 302 kjerneårsaksanalyser i helsetjenesten fant Kellogg et al. at rapportene hovedsakelig konkluderte med menneskelig svikt som kjerneårsak til den alvorlige, uønskede hendelsen (5). Løsningen var oftest å lage en ny prosedyre for å sikre at helsepersonellet gjorde jobben korrekt. Samtidig kan stadig nye prosedyrer bidra til å øke systemkompleksitet og gi kognitiv overbelastning for helsepersonell, og på den måten i seg selv bidra til svikt. Kellogg et al. konkluderte med at kjerneårsaksanalyser ikke kan forklare ulykker i komplekse systemer, slik som i helsetjenesten, hvor flere bakenforliggende årsaker knyttet til organisasjon, teknologi og konstante endringer er involvert i ulykker og uønskede hendelser (5).

En annen studie av bruken av kjerneårsaksanalyser i helsetjenesten er det svenske helsetilsynets gransking av selvmord (6). Fröding et al. (2021) gikk gjennom granskingsrapporter fra det svenske helsetilsynet i en 13-årsperiode og fant at rapportene konkluderte med at hovedårsaken til selvmordene lå i møtet mellom pasienten og helsepersonellet. Hovedsakelig var det selvmordsrisikovurderingene som ikke var gjort godt nok, ifølge granskingen. Anbefalingene som ble gitt, var også her å lage en ny prosedyre eller å oppdatere eksisterende rutiner, primært for å sikre at helsepersonell gjorde bedre selvmordsrisikovurderinger. Forfatterne konkluderte med at kjerneårsaksanalysene ga begrensede muligheter for læring, fordi analysene ikke omfattet læring på tvers av enheter (6).

De ovennevnte studiene belyser hvilke begrensninger kjerneårsaksanalyser har når de brukes i helsetjenesten. Når man retter oppmerksomheten mot enkeltindividet eller klinikknivået, glipper søkelyset på tiltak og læring rettet mot bakenforliggende årsaker i systemet, og pasientforløpet gjennom systemet mistes av syne. Ofte er det enkelttiltak som iverksettes som følge av hendelsesgjennomgang med kjerneårsaksanalyser, slik som å eliminere uønsket variasjon i implementeringen av en prosedyre. Ved bruk av kjerneårsaksanalyser glipper dermed også blikket på komplekse årsaksforhold. Hollnagel hevder at en praksis som tilsynelatende er velforstått, ofte vil fremstå som mer kompleks og preget av uforutsigbarhet dersom man studerer hverdagspraksisen nærmere. Implementering av enkelttiltak påvirkes ofte av organisasjonskultur, arbeidsplassens fysiske utforming og behovet for å tilpasse arbeidet fordi prosedyren ikke passer til virkeligheten (2).

Selvmordsforebygging i en psykiatrisk sengepost er et eksempel på en praksis hvor handlinger ikke gir slike forutsigbare utfall som man forventer

i et enkelt, teknisk system. Sikkerhet for pasienter i selvmordskrise skapes i møtet mellom mennesker og gjennom tilpasninger av behandling og beskyttelsesnivå til den enkelte pasient (7). Når man peker på feilaktige selvmordsrisikovurderinger som kjerneårsak til selvmord, faller det på sin egen urimelighet, fordi selvmord ikke lar seg predikere på individnivå. Man vet for eksempel at det er en svært forhøyet selvmordsrisiko knyttet til det å ha alvorlig depresjon, spesielt det å være innlagt med alvorlig depresjon, men man vet ikke hvem av dem med alvorlig depresjon som kommer til å ta livet sitt (8).

Til tross for at kjerneårsaksanalyse er utilstrekkelig både for å vurdere årsaker til systemsvikt og for å gi føringer for effektive sikkerhetstiltak innen mentale helsetjenester, brukes disse likevel i gransking i helsetjenesten verden over (6, 9, 10).

Komplekse, lineære modeller

I de komplekse, lineære modellene er perspektivet flyttet fra individet til omgivelsene som påvirker arbeidshverdagen (2). Disse modellene tar hensyn til flere bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser. De kalles også epidemiologiske modeller og trekker på analogier til sykdomsforløp. Som ved en infeksjonssykdom vil noen årsaker være observerbare ved ulykker, mens andre vil være latente (11).

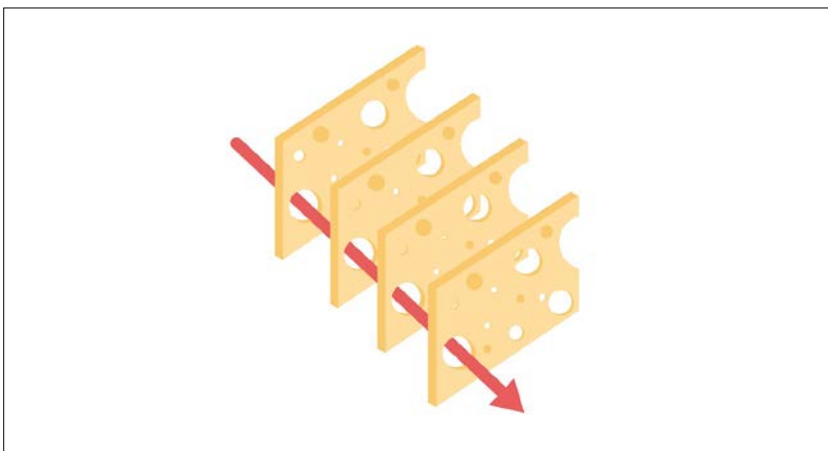
Kulturen i et bestemt arbeidsmiljø er et eksempel på en latent faktor. Høyt press på utnyttelse av sykehussenger hvor effektivitet i drift prioriteres fremfor kvalitet, kan være en latent faktor bak svikt (12). I gransking av uønskede hendelser er hovedformålet å forstå de bakenforliggende forholdene og hvilke barrierer som kan ha sviktet i forkant av hendelsen. Også her leter man etter en kjerneårsak, «et patogen», som på grunn av svikt i barrierene har skapt den uønskede hendelsen. Aktive feil begått av mennesker, ses på som en konsekvens av svikt i barrierene, og ikke som kjerneårsaken til svikten, dette til forskjell fra enkle, lineære modeller (11).

Noen latente forhold antas også å være mulig å oppdage i forkant av en ulykke, i motsetning til aktive feil som det er vanskelig å oppdage, og som ofte først blir synlige etter at feilen er gjort (11).

Sveitserostmodellen og Reasons gransking av organisatoriske ulykker

En velkjent modell innen de komplekse, lineære modellene er sveitserostmodellen utviklet av James Reason (1938–2025) i 1980-årene (figur 3) (12).

Skivene av ost visualiserer barrierene på ulike nivåer i systemet, og hullene visualiserer brudd i barrierene som gjør at feilaktige handlinger ikke



Figur 3. Sveitserostmodellen til Reason (12)

stanses. Ifølge Reason vil det alltid skje feil når mennesker arbeider i moderne, teknologiske systemer, men man kan hindre disse i å få negative konsekvenser, hvis barrierene er gode. Sikkerhetstiltak rettes mot å «fylle hullene» i barrierene, for eksempel ved å forbedre sikkerhetskultur og opplæringssystemer, eller ved å sette inn harde barrierer som fysisk forhindrer feilhandlinger (for eksempel selvmordsgjerder) (12).

Reasons granskingsmodell for organisatoriske ulykker går bakover fra den uønskede hendelsen til de latente forholdene. Selv om menneskelige feilhandlinger er nært i hendelseskjeden bak en alvorlig hendelse, er det ikke der man ser etter årsakene. Granskingen retter blikket mot organisatoriske forhold og det som former menneskelig atferd på arbeidsplassen (12).

Reason retter søkelyset på årsaksfaktorer på mesonivået, også omtalt som organisasjons- og ledelsesnivået. Feilbarlighet anses som en iboende egen-skap hos mennesket. Ifølge Reason «kan man ikke endre mennesket i seg selv, men man kan endre betingelsene menneskene arbeider under» (12, s. 15, min oversettelse).

Sveitserostmodellen brukes fortsatt i ulike bransjer, også i helsetjenesten, mye på grunn av sin enkelhet som pedagogisk og grafisk verktøy. Den har vært kritisert for å presentere et statisk og overforenklet bilde av årsaker til ulykker (11).

En styrke ved de komplekse, lineære modellene er implementeringen av lærende sikkerhetskultur, hvor sanksjonsfrie meldesystemer inngår som en

grunnpilar (12). Fra å søke etter svikt hos individet til svikt i omgivelsene bedres også de psykologiske betingelsene for læring (13).

Komplekse, ikke-lineære modeller

Siden slutten av 1990-årene har sikkerhetsforskningen utviklet ny kunnskap om komplekse, ikke-lineære modeller, også omtalt som systemiske modeller (2).

I disse årsaks- og ulykkesmodellene anses feil som en konsekvens av flere interaksjoner mellom mennesker, teknologi, organisasjon og omgivelser. Noen av modellene setter søkelys på svikt og feil, andre på å forstå systemer i nåtid. Modellene har det til felles at de streber etter å få innsikt i systemet som helhet (2). Noen av de mest kjente modellene i dette perspektivet er sosioteknisk systemteori (14), normalulykketeori (15), teori om høypålitelige organisasjoner (16) og resiliensteori (17).

Sosioteknisk systemteori og AcciMap

Ifølge sosioteknisk systemteori vil aktører på ulike nivåer i systemet ta beslutninger og utføre handlinger som påvirker sikkerhet i den spisse enden av systemet (i helsetjenesten vil det si i klinikk) (14). Modellen gir innsikt i de komplekse interaksjonene som skjer mellom politiske føringer, regulering, ledelsesforhold på organisasjonsnivå og klinisk praksis. Den har gitt inspirasjon til en rekke metoder som tillater gransking av systemet som helhet, og interaksjoner mellom nivåene i systemet (18).

AcciMap er en slik granskingsmetode (14). Den brukes blant annet av Statens havarikommisjon for transport (19). Metoden anvendes også av Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), som har tilpasset metoden og innlemmet perspektiver fra pasient og pårørende (se eksempelvis, 20).

AcciMap egner seg til slike undersøkelser fordi den gir anledning til å vurdere medvirkende faktorer på statlige, regulatoriske og samfunnsmessige nivåer. Ved å ta oppmerksomheten bort fra de umiddelbare årsakene, som menneskelige handlinger, unngår man å legge skylden på personer i frontlinjen. Siden analysen påpeker forhold på tvers av helsetjenesten, antas enkelthendelsene å gi læring for flere enn dem som var involvert i hendelsen (20).

AcciMap er blitt kritisert for å være en ressurskrevende metode med høye krav til metodisk ekspertise. Den har ikke predefinerte kategorier, og granskeren må kode datasettet induktivt og utvikle klassifiseringsskjema for hver analyse (21).

Normalulykketeori

Ifølge normalulykketeori kjennetegnes noen systemer av en iboende kompleksitet som gjør at en ikke kan forutse hendelser (15). Ulykker i slike systemer er uunngåelige, og derfor bør man unngå å designe slike systemer, ifølge Charles Perrow (1925–2019). Normalulykketeorien er blitt kritisert for å være reduksjonistisk og overfokuset på tekniske feil, og den har begrenset nytteverdi i gransking av store organisatoriske ulykker, hvor man ofte finner at ledelsesfaktorer, ikke bare teknisk kompleksitet, har virket inn (22). Teorien har hatt liten innflytelse på analysemetoder, men den har bidratt med innsikt om at for mange systemer og prosedyrer for dobbeltsjekking av handlinger for å forhindre feil, gjør at den enkelte får for stor tillit til backup-systemene, og dermed føler mindre ansvar. Et eksempel er dobbeltsjekking av legemidler som kan feile fordi begge stoler på hverandre, uten at de gjør jobben grundig nok selvstendig (23).

Teori om høypålitelige organisasjoner

Teorien om høypålitelige organisasjoner kom som en motvekt mot normalulykketeori og erstattet styringspessimisme med styringsoptimisme (16). Enkelte systemer, slik som romfart, luftfart og kjernekraftverk, blir designet slik at de til tross for høy kompleksitet og høy risiko klarer å håndtere det uventede og å operere nærmest feilfritt. I følge Weick & Sutcliffe gjør de dette ved å ha høy ekspertise, desentralisert ledelse, redundans ved hjelp av dobbeltsjekking og en konstant årvåkenhet for mulige feil (16). Teorien bidro til å fremme ekspertiseutvikling i form av opplæring, teamtrening og simulering i helsetjenesten (23). I et slikt perspektiv vil dobbeltsjekking av handlinger, slik som å administrere medikamenter, øke sikkerheten så fremt helsepersonellet har en kultur hvor de er konstant oppmerksomme på feil, og griper inn for å korrigere feil eller justere praksis (23).

Med teorien om høypålitelige organisasjoner beveget det sikkerhetsteoretiske fagfeltet seg fra utelukkende å lære av enkelthendelser i fortid, i etterpåklokskapens begrensende lys, til å lære av suksessfulle organisasjoner i nåtid. Teorien har blitt kritisert for å være ikke-verifiserbar fordi det er vanskelig å identifisere en høypålitelig organisasjon. Dermed er det vanskelig å teste om en slik organisasjon er mer sikker enn en ikke-høypålitelig organisasjon (24).

Resiliensteori

Også i resiliensteori er man opptatt av å lære av suksessfulle systemer i nåtid. Her rettes oppmerksomheten mot å forstå hvordan systemet virker under daglige omstendigheter og i møte med motstand og endring. Helsetjenesten

forstås som et komplekst, adaptivt system som stadig skal tilpasse seg endringer i det kliniske arbeidet, både internt i organisasjonen og i møte med endrende krav fra omgivelsene (17, 25).

Tilpasninger utført i hverdagspraksis, er kilden til sikkerhet i komplekse systemer fordi det sørger for at arbeidet er trygt under varierende omstendigheter (26). Resiliens i helsetjenesten defineres av Wiig et al. (2020) som «evne til å tilpasse seg utfordringer og endringer på ulike systemnivåer, slik at man opprettholder høy kvalitet i tjenesten» (27, s. 6, min oversettelse). Mens man i de enkle, lineære modellene ofte ser på avvik fra prosedyrer som en årsak til svikt, vil man i et resiliensperspektiv anse slike hendelser som en gylden mulighet til læring om systemet. Man utforsker hvordan arbeidet tilpasses, hvorfor arbeid utføres slik det gjøres, og hva som skal til for at arbeidet går godt i det daglige (25).

Et eksempel på anvendelse av resiliensteori er en syntese av kvalitative studier om selvmordstruede pasienter i psykiatriske sengeposter. Fremfor å granske svikt fokuseres det på å forstå kompleksitet i hverdagspraksis. Studiene gir innsikt i kompleksitet i praksis, i form av beslutningstaking om selvmordsrisiko under høy usikkerhet, tilpasninger til varierende og stadig endrede behandlings- og beskyttelsesbehov i klinikk og høye krav til ekspertise og relasjonell kompetanse for å oppfatte og respondere på pasientens verbale og non-verbale tegn på forverring (7). Sikkerhetsarbeid rettes ikke mot konkrete enkelttiltak, men mot å forstå og støtte komplekse mellommenneskelige prosesser på ulike nivåer i helsesystemet.

Resiliens i helsetjenesten har blitt kritisert for å mangle operasjonaliserbare konsepter og metoder for å analysere helsetjenesten som helhet (28), men ulike analysemetoder er under utvikling.

Diskusjon

Ulike årsaks- og ulykkesmodeller gir ulik forståelse av hva som forårsaker uønskede hendelser i helsetjenesten. Valg av modell påvirker også hvilke sikkerhetstiltak som settes inn etter gransking, og på den måten hvilke læringspunkter som blir viktige. Modellene har styrker og svakheter ved bruk i helsetjenesten. Dette oppsummeres i figur 4.

Det vil alltid være risiko forbundet med å yte helsetjenester, og uønskede hendelser kan oppstå til tross for at helsepersonell har ytt forsvarlig helsehjelp og behandling. Begrensningen ved enkle, lineære modeller er at man kan ignorere den kompleksiteten klinikere står overfor når beslutninger tas, og den fleksibiliteten som ofte kreves for å tilpasse behandling til individet (10). Kjerneårsaksanalyser, som er mye brukt i helsetjenesten, og andre enkle, lineære modeller utelater antakelig for mye til at de er nyttige når



Figur 4. Oppsummering av kjennetegn ved de tre kategoriene årsaks- og ulykkesmodeller

man skal forsøke å forstå noe så sammensatt som uønskede hendelser i helse-tjenesten. Disse analysemetodene kan likevel være nyttige for å belyse avgren-sede problemstillinger på mikronivå når granskingen rettes mot systemet, og ikke utelukkende utpeker helsepersonell som hovedårsaken til svikt. Et eksempel er reduksjon av kateterassosierte infeksjoner ved bruk av intra-vaskulære katetre, som var et av programområdene i det nasjonale pasient-sikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7».

En annen forutsetning for suksess ved bruk av enkle, lineære modeller er at det foreligger kunnskap om årsak og virkning. Det er veldokumentert at korrekt utførte hygienetiltak forebygger smitte, og infeksjonsforebygging er et eksempel på et område i helsetjenesten som kan oppnå suksess ved bruk av læring fra enkle, lineære modeller i utforming av pasientsikkerhets-tiltak. Men ved bruk av enkle, lineære modeller er det viktig å være bevisst risikoen for å overse sentrale bakenforliggende forhold og manglende sys-temlæring, når alvorlige uønskede hendelser oppstår. Selv hygiene påvirkes av organisasjonskultur, fysiske utforminger av arbeidsplassen og behovet for å tilpasse arbeidet fordi prosedyren ikke passer til virkeligheten. En praksis som tilsynelatende fremstår som velforstått, er ofte mer kompleks og preget av uforutsigbarhet når en studerer hverdagspraksis nærmere (25).

I de komplekse modellene løftes derimot blikket bort fra individet og mot systemforhold, og menneskelige feil i helsetjenesten ses på som en

konsekvens av feil i barrierene og av helsetjenestens iboende kompleksitet. Et systemperspektiv i gransking kan bidra til bedre betingelser for organisatorisk læring og psykologisk trygghet på arbeidsplassen, og dermed læring (10, 13). Et arbeidsmiljø karakteriseres av psykologisk trygghet når de ansatte opplever at de ikke løper noen interpersonlig risiko – og ikke risikerer å bli straffet eller ydmyket – hvis de kommer med ideer, stiller spørsmål eller melder fra om feil eller bekymringsverdige forhold (29). Ved oppfølging av svikt som følge av uintenderte handlinger vil man i et systemperspektiv ikke spørre *hvem* som gjorde noe galt, og hvilke sanksjoner disse personene bør møtes med, men *hva* som førte til at ting gikk galt, og *hva* som kan gjøres for å adressere det (29).

Alle årsaks- og ulykkesmodeller har sine begrensninger. Ifølge Hopkins er gransking hovedsakelig casestudier, og man bør være varsom med å trekke generiske anbefalinger fra ett enkelt tilfelle (24). Analysemetoder som tar utgangspunkt i å lære av svikt i fortid, gir også retrospektiv læring. Denne formen for læring blir lett preget av etterpåklokskap, slik Le Coze påpeker (30). Ved retrospektive analyser vil det alltid være uklart om det er de rette kausale forholdene som er påpekt. Man vet sjelden om en hendelse kunne ha blitt forhindret dersom man hadde endret betingelsene som man antar at førte til ulykken. Egentlig har man kun identifisert årsaker som kan forebygge en identisk hendelse i fremtiden (30).

Selv om komplekse, ikke-lineære modeller utforsker hvordan systemet virker i nåtid, gir også disse modellene begrenset mulighet for å trekke kausale slutninger om årsak og effekt. Når man opererer med komplekse årsaksforhold, er det også mange mulige forløp. Alt kan skje når det ikke har skjedd ennå (30). Sikkerhet kan dermed ikke løses med ett enkelttiltak, slik som å revidere eller lage en ny prosedyre, og tiltakene blir mer diffuse i de komplekse modellene.

Komplekse modeller begrenses også av at de er på et utviklingsstadium med tanke på bruk i helsetjenesten. For å skape gode betingelser for læring kreves det eksterne uavhengige granskingssystemer som ikke skal fordele skyld eller gi straffereaksjoner. Erfaring fra nasjonale granskingskommisjoner i Storbritannia viser at det er sentralt at granskerne har tillit, er upartiske og uavhengige for å gi gode betingelser for læring (31). De komplekse modellene er lite anvendt i gransking i helsetjenesten, men norske Ukom representerer et slikt granskingssystem, og er verdensledende innen ekstern gransking med systemiske perspektiver i helsetjenesten (32).

Konklusjon

Mens enkle, lineære modeller ofte har et individfokus i hendelsesgransking, løftes blikket mot systemlæring i de komplekse, lineære og ikke-lineære komplekse modellene. Systemlæring krever et blikk på både individene, teamet, organisasjonens kultur og ledelse og de ytre rammeforholdene i form av juridiske rammer, økonomi og strategiske føringer for praksis. For å fremme systemlæring bør helsetjenesten i økende grad utvikle og anvende komplekse årsaks- og ulykkesmodeller og ha systemer for intern og uavhengig ekstern gransking. Det krever implementering og innovasjonsarbeid å ta sikkerhetsteoretiske analysemetoder som hovedsakelig er utviklet til industrien, i bruk i ulike settinger i helsetjenesten.

Denne artikkelen er finansiert av Universitet i Stavanger.

Litteratur

1. Fu G, Xie X, Jia Q et al. The development history of accident causation models in the past 100 years: 24Model, a more modern accident causation model. *Process Safety and Environmental Protection* 2020; 134: 47–82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psep.2019.11.027>
2. Hollnagel E. *Barriers and accident prevention*. New York: Routledge. 2004.
3. Lundberg J, Rollenhagen C, Hollnagel E. What-you-look-for-is-what-you-find-The consequences of underlying accidents models in eight investigation manuals. *Safety science* 2009; 47: 1297–1311. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.01.004>
4. Heinrich HW. *Industrial accident prevention: A scientific Approach*. New York: McGraw-Hill, 1931.
5. Kellogg KM, Hettinger Z, Shah M et al. Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ Quality & Safety* 2017; 26: 381–387. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005991>
6. Fröding E, Gäre BA, Westrin Å et al. Suicide as an incident of severe patient harm: a retrospective cohort study of investigations after suicide in Swedish healthcare in a 13-year perspective. *BMJ Open* 2021; 11: e044068. doi: [10.1136/bmjopen-2020-044068](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044068)
7. Berg, SH, Rørtveit K, Walby FA et al. Shared understanding of resilient practices in the context of inpatient suicide prevention: a narrative synthesis. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 967. doi: [10.1186/s12913-022-08282-x](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08282-x)
8. Large M, Sharma S, Cannon E et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45: 619–628. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.590465>
9. Svensson, J. Patient Safety Strategies in Psychiatry and How They Construct the Notion of Preventable Harm: A scoping review. *Journal of Patient Safety* 2021; 18 : 245–252. doi: [10.1097/PTS.0000000000000885](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000885)
10. Turner K., Stapelberg NJ, Svetcic J et al. Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Frame-

- work. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2020; 54: 571–581. <https://doi.org/10.1177/0004867420918659>
11. Larouzee J, Le Coze JC. Good and bad reasons: The Swiss cheese model and its critics. *Safety Science* 2020; 126: 104660. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104660>
 12. Reason J. *Managing the Risks of organizational accidents*. London/New York: Ashgate, 1997.
 13. Catino M. A review of Literature: individual blame vs organisational function logic in accident analysis. *Journal of contingencies and crisis management* 2008; 67: 6–14. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2008.00533.x>
 14. Rasmussen J. Risk management in a dynamic society: a modelling problem. *Safety Science* 1997; 27: 183–213. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00052-0)
 15. Perrow C. *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. New York: Basic Books, 1984.
 16. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the unexpected*. Volum 9. San Francisco.: Jossey-Bass Inc, 2001.
 17. Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R. *Resilient health care*. USA. CRC Press. 2013.
 18. Leveson NG. Rasmussen's legacy: A paradigm change in engineering for safety. *Applied ergonomics* 2017; 59: 581–591. doi: [10.1016/j.apergo.2016.01.015](https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.01.015)
 19. Kuran C, Newnam S, Beanland V. Adaptive non-conform behaviour in accident investigations in the road based heavy goods transport sector. *Safety Science* 2022; 146: 105539. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105539>
 20. Ukom. *Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost*. Rapport 1-2020. <https://ukom.no/laering-og-refleksjon/dodsfall-pa-en-akuttpsykiatrisk-sengepost> (7.03.24)
 21. Goode N, Shaw L, Finch CF et al. Challenges of translating Rasmussen's Accimap into a usable, sustainable, and useful incident reporting system: end-user attitudes following 12-month implementation. *Cognition, technology & work* 2021; 23: 39–49. doi: <https://doi.org/10.1007/s10111-019-00596-x>
 22. Le Coze JC. 1984–2014. Normal accidents. Was Charles Perrow right for the wrong reasons? *Journal of contingencies and crisis management* 2015; 23: 275–286. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12090>
 23. Tamuz M, Harrison MI. Improving patient safety in hospitals: contributions of high-reliability theory and normal accident theory. *Health services research* 2006; 41: 1654–1676. doi: [10.1111/j.1475-6773.2006.00570.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00570.x)
 24. Hopkins A. Issues in safety science. *Safety Science* 2014; 67: 6–14.
 25. Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Boca Raton, USA: CRC Press, 2014.
 26. Foster CJ, Plant KL, Stanton NA. Adaptation as a source of safety in complex socio-technical systems: A literature review and model development. *Safety Science* 2019; 118: 617–631. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.05.035>
 27. Wiig S, Aase K, Billett S et al. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the Resilience in Healthcare Research Program *BMC Health Services Research* 2020; 20. doi: [10.1186/s12913-020-05224-3](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3)

28. Berg SH, Akerjordet K, Ekstedt, M et al. Methodological strategies in resilient health care studies: An integrative review. *Safety Science* 2018; 110: 300–312. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.08.025>
29. Edmondson AC. *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Harvard: John Wiley & Sons, 2018.
30. Le Coze JC. Disasters and organisations: From lessons learnt to theorising. *Safety Science* 2008; 46: 132–149. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2006.12.001>
31. Macrae C, Vincent C. Learning from failure: the need for independent safety investigation in healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2014; 107, 439–443. <https://doi.org/10.1177/0141076814555939>
32. Øyri SF, Berg SH. Improving quality and safety by independent, external investigation? The Norwegian Healthcare Investigation Board framework. I: Leva EP, Podofilini J, Wilson S, red. *Proceedings of the 32nd European Safety and Reliability Conference (ESREL 2022)*. Research Publishing. 2022. doi: [0.3850/978-981-18-5183-4_R11-02-220-cd](https://doi.org/10.3850/978-981-18-5183-4_R11-02-220-cd)

Artikkelen er fagfellevurdert.

Siv Hilde Berg

Siv.h.berg@uis.no

Avdeling for kvalitet og helseteknologi

Universitetet i Stavanger, Kjell Arholms hus

Kjell Arholmsgate 43

4021 Stavanger

Siv Hilde Berg har Ph.D i helse og medisin, er klinisk psykolog med masterstudier i samfunnssikkerhet. Hun er førsteamanuensis i pasientsikkerhet ved Universitetet i Stavanger.

Cause models and analysis methods in investigations of adverse events in healthcare

Abstract

Safety science perspectives shapes what we look for during an investigation of adverse events, which safety measures that are implemented, at which system level in healthcare, and what is concluded as the cause of error. The article outlines three categories of accident models based on the underlying causality: 1) simple, linear models, which emphasis is on the technical system, 2) complex, linear models, which embrace on the organizational system, and 3) complex, nonlinear models, which focus on the interactive system – how people, technology and organisations influence each other and function under high risk.

The models have given rise to a number of analytical methods used in investigation and incident reviews. Not all analysis models are adapted for health care. Individual focus in incident investigation may affect organisational learning negatively. Complex linear and complex nonlinear models go beyond the immediate causes for failure and success and provide the best conditions for organisational learning through embracing the system as a whole and complexity to a greater extent.

Pekefingeren på statens forlengede arm?

Michael 2025; 22: 135–138

doi: 10.5617/michael.12399

Dersom kommunen avslår en søknad om sykehjemsplass eller hjemmesykepleie i det omfanget en person selv mener å ha behov for, kan dette klages på. Kommunen må da vurdere klagen, og dersom den ikke gir personen medhold i klagen, skal den videresendes til klageinstansen. Til statens forlengede arm; statsforvalteren.

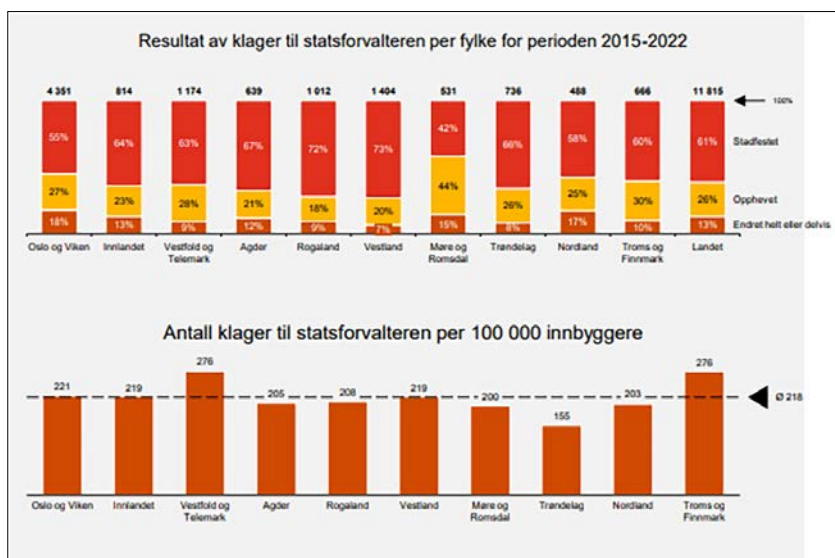
Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår at en pasient har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan være rett til sykehjemsplass, hjemmesykepleie eller andre helse- og omsorgstjenester (1). Samtidig er det kommunen som skal avgjøre hvilke helse- og omsorgstjenester hver enkelt har rett til, samt hvordan tjenesten skal gis.

Når statsforvalteren behandler en klage på kommunens vedtak, kan det få tre utfall: Statsforvalteren kan fastslå at avgjørelsen var riktig, og ikke gi klager medhold. Alternativt kan statsforvalteren oppheve avgjørelsen og sende den tilbake til kommunen for helt eller delvis ny behandling. Det siste alternativet er at statsforvalteren omgjør kommunens avgjørelse, og bestemmer direkte hvilken tjeneste pasienten skal få av kommunen.

Landets ti fylkesleger skrev i *Dagens Medisin* i 2024 at statsforvalterne som tilsynsmyndighet ikke må «oppfattes som en driver for medisinsk overaktivitet» (2). Temaet fylkeslegene skrev om, er overdiagnostikk og overbehandling i en tilsynssammenheng. Dette skiller seg noe fra statsforvalternes rolle som klageinstans for rettighetsklager. Men kan det likevel være at (noen) av statsforvalterne møter seg selv i døra i rollen som klageinstans?

Erfaringer fra Møre og Romsdal

Romsdal interkommunalt politisk råd bestilte i 2023 en analyse av kostnadene for helse- og omsorgstjenester i romsdalskommunene Aukra, Hustad-



Figur 1. Frekvens og utfall av klager på kommunale vedtak om helse- og omsorgstjenester i norske fylker 2015–2022 (3)

vika, Molde, Rauma og Vestnes (ROR-kommunene). Rapporten som er utarbeidet av PwC, viser at ROR-kommunene har høyere kostnader til pleie- og omsorgstjenester per innbygger enn landssnittet, samt høyere enn gjennomsnittet for nabofylkene Vestland og Trøndelag (3). Årsakene er nok mange og sammensatte. Er Statsforvalteren i Møre og Romsdal en av dem? Og er det flere statsforvaltere i samme båt?

I perioden 2015–2022 var forekomster av klager til statsforvalterne rimelig lik i landets fylker, men utfallet av klagen varierte (fig. 1). Av rapporten framgår det at «[a]nlysene viser hele 59 % sannsynlighet for at et påklagd vedtak innen helse og omsorg ble opphevet eller endret i Møre og Romsdal». PwC fastslår at dette er «langt høyere enn i alle andre fylker» (3).

I Statens helsetilsyns årsrapporter publiseres resultatene av statsforvalternes klagesaksbehandling. Disse tallene viser også at det er variasjon fra år til år hos hvert enkelt statsforvalterembete. Eksempelvis stadfestet Statsforvalteren i Troms og Finnmark kommunens avgjørelse i 88 % av alle rettighetsklagesaker i 2020 (4). Dette endret seg de følgende årene til 82 % i 2021, 72 % i 2022 og 64 % i 2023 (5).

Dette betyr altså at pekefingeren er blitt betydeligere mer aktiv i løpet av få år hos vår nordligste statsforvalter.

Vedtak i enkeltsaker har store konsekvenser

Statsforvalternes håndtering av klager på kommunale vedtak om helse- og omsorgstjenester varierer altså både mellom fylker og over tid.

Når statens forlengede arm bruker pekefingeren som klageinstans, vil det ofte ha konsekvenser for ressursbruk utover enkeltsaken statsforvalteren har truffet en avgjørelse i. Et ulovfestet prinsipp er at kommunene skal bruke avgjørelsene i sin videre saksbehandling, for å sikre at tilsvarende saker blir behandlet på samme måte. Følgelig vil avgjørelser i enkeltsaker kunne få konsekvenser for tjenestetildeling og omfanget av tjenester i kommunene. Spørsmålet blir da: Behandler statsforvalterne like saker likt? Tallene kan tyde på at det ikke er tilfellet. I 2021 skrev *Dagens Medisin* om statsforvalternes behandling av tilsynssaker (6). Også der synes det å være strekk i feltet.

Dersom like saker ikke blir behandlet likt, har det konsekvenser. For enkeltpersoner vil det være vanskelig å forstå at bostedskommune skal ha betydning, for eksempelvis om vedkommende får sykehjemsplass eller ikke. Slike ulikheter vil utfordre tilliten befolkningen har til «systemet», en tillit som «systemet» er avhengig av. Manglende tillit til den offentlige forvaltningen, i dette tilfellet representert ved kommunene og statsforvalterne, vil trolig resultere i enda flere klagesaker. Kanskje til og med domstolsprøving. Det er lite hensiktsmessig bruk av offentlige ressurser.

Regjeringsadvokat Fredrik Sejersted skriver i *Advokatbladet* om det samlede kontrolltrykket og de utfordringene det skaper (7). Han skriver avslutningsvis: «Det punktet der norsk forvaltning henger mest etter er effektivitet, kostnader og tidsbruk. Fremover vil ressursene bli knappere og prioriteringene tøffere. Enda mer tilsyn og kontroll er neppe den klokkeste veien å gå.»

Forskere fant at det i en saueflokk ble byttet på hvem som var leder, og at sauene heller ikke gikk i flokk hele tiden (8). Statens helsetilsyn kan ikke, som statsforvalternes overordnede fagorgan, se på at statsforvalterne ikke er en samlet flokk. Her må Statens helsetilsyn samle flokken, være ledersau og sørge for at flokken fortsetter ferden i samme tempo og retning.

Litteratur

1. Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.
2. Aamland Aa, Olsen AG, Sundnes MJ et al. Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet. *Dagens Medisin* 06.11.2024 <https://www.dagensmedisin.no/fylkeskommunenes-ansvar-helsepolitikk-og-helseekonomi-prioritering/tilsynsmyndigheten-ma-ikke-drive-fram-medisinsk-overaktivitet/659370> (21.02.2025)

3. Romsdal interkommunalt politisk råd. *Kostnader knyttet til pleie- og omsorgstjenester*. November 2024. <https://www.romsdalipr.no/f/p12/iccb2d14f-2598-427d-8470-132d60cdb5d5/kostnader-knyttet-til-pleie-og-omsorg-ror-sluttrapport.pdf> (21.02.2025)
4. Statens helsetilsyn. *Årsrapport 2020*. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplasinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2020.pdf> (21.02.2025)
5. Statens helsetilsyn. *Årsrapport 2023*. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/arsrapporter/arsrapport-helsetilsynet-2023/#> (21.02.2025)
6. «Stort sprik i tilsynssaker». *Dagens Medisin* 27.08.2021. <https://www.dagensmedisin.no/lov-og-rett-primaerhelsetjeneste-spesialisthelsetjeneste/stort-sprik-i-tilsynssaker/226504> (21.02.2025)
7. Sejerstad F. Det samlede kontrolltrykket går ut over forvaltningens handlekraft og gjennomføringsevne. *Advokatbladet* 19.02.2025. <https://www.advokatbladet.no/regjeringsadvokaten/det-samlede-kontrolltrykket-gar-ut-over-forvaltningens-handlekraft-og-gjennomforingsevne/224707> (21.02.2025)
8. I saueflokker bytter de på å være leder, og så er de smarte sammen. *Forskning.no* 05.12.2022. <https://www.forskning.no/dyreverden-ledelse-og-organisasjon/i-saueflokker-bytter-de-pa-a-vaere-leder-og-sa-er-de-smarte-sammen/2114914> (21.02.2025)

Cato Innerdal
cato.innerdal@molde.kommune.no
Rådhusplassen 1
6413 Molde

Cato Innerdal er spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Molde kommune. Han har tidligere jobbet som ass. fylkeslege hos Fylkesmannen Møre og Romsdal (nå Statsforvaltaren i Møre og Romsdal).

Informasjon, medvirkning og samtykke er viktig for god fødselsomsorg

Michael 2025; 22: 139–145

doi: 10.5617/michael.12400

Informasjon, medvirkning og samtykke er grunnleggende pasientrettigheter nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Vi tror disse rettighetene bør få større plass i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det kan bidra til at flere fødende føler seg godt ivaretatt.

Fødselsomsorgen blir ofte omtalt i media. Det kan skyldes hendelser der mor eller barn ble skadet som følge av svikt i fødselshjelpen. Andre ganger er fødselsomsorgen i søkelyset fordi arbeidsbelastningen kan være svært stor i fødeavdelingen, noe som gjør det utfordrende å gi omsorgsfull behandling. At jordmødre slutter på grunn av stor arbeidsbelastning, gjør ikke situasjonen bedre.

Vi har en trygg fødselsomsorg i Norge, og det er sjelden at det skjer alvorlige, uønskede hendelser. Erfaring fra tilsyn viser likevel at fødselsomsorgen kan forbedres på flere områder (1, 2). God kvalitet i helsetjenestene er mer enn ivaretagelse av pasientsikkerheten (3). Tjenestene skal være virkningsfulle, samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene effektivt og ikke minst involvere pasienter og gi dem innflytelse.

Vi har merket oss at stadig flere kvinner mener at kvaliteten i fødselshjelpen ikke er god nok (4, 5). De ønsker seg bedre informasjon og mulighet til medbestemmelse. De ønsker å bli hørt og respektert. Erfaring fra tilsyn, saker behandlet i Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og i rettsystemet, viser at disse grunnleggende rettighetene (pasient- og brukerrettighetsloven) ikke alltid blir oppfylt (6–8). Det er grunn til å spørre seg hvorfor helsetjenesten ikke klarer å etterkomme disse kravene. Er det fordi hverdagen i tjenestene er for hektisk? Er det fordi pasienter stiller for høye krav? Eller er det rett og slett et uttrykk for at tjenestene ikke prioriterer dette høyt nok?

Verdens helseorganisasjon har utgitt anbefalinger for fødselsomsorgen som ikke bare legger vekt på sikre tjenester, men også at kvinnen skal ha en positiv fødselsopplevelse (9). I alle faser av fødselen anbefales det at kvinnen skal bli møtt med respekt, at det må være en god kommunikasjon mellom fødselshjelper og pasient, at kvinnen må ha valgfrihet, og at fødselsomsorgen må bære preg av kontinuitet.

Helsedirektoratet har nylig utgitt en revidert nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen (10). Her omtales blant annet hvilke rutiner fødeinstitusjonene bør ha for informasjon og pasientmedvirkning, for eksempel når det skjer akutte hendelser. I fødselshjelpen skjer det ofte akutte hendelser hvor det kan være utfordrende å gi god informasjon og sørge for at den fødende får medvirke.

Pasienter må ha tillit til helsetjenesten. Hvis det ikke er tillit, er det risiko for at tjenestene ikke blir brukt. I fødselsomsorgen er det eksempler på at kvinner ikke ønsker å føde i sykehus, fordi tilliten er brutt. Noen ønsker ikke assistanse fra helsepersonell i det hele tatt og velger hjemmefødsel uten at fødselshjelper er til stede. Manglende tillit til helsetjenesten kan ha vært avgjørende for slike valg. Det er viktig at pasient- og brukerrettighetsloven etterleves, da den legger grunnlag for å skape tillitt til helsetjenesten.

Helsetilsynet og statsforvalterne skal bidra til bedre kvalitet og sikkerhet i tjenestene (www.helsetilsynet.no). Et viktig element i tilsyn er å følge med på at pasient- og brukerrettighetsloven etterleves. Det er imidlertid virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten som har det primære ansvaret for å arbeide kontinuerlig med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).

Her vil vi si mer om hva som kan gjøres i fødselsomsorgen, for å styrke de tre sentrale pasientrettighetene: informasjon, medvirkning og samtykke.

Informasjon

Pasienter har rett til å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, helsepersonelloven § 10). Videre skal pasienten informeres når det har oppstått skade eller alvorlig komplikasjon. Det er helsepersonellens ansvar, så langt som mulig, å sikre at innholdet i informasjonen er forstått.

I fødselsomsorgen kan det oppstå akutte hendelser som krever rask handling. I de fleste akutte hendelsene har fødselshjelper tid til å gi et minimum av informasjon, men omfanget må tilpasses situasjonen som foreligger. Ved øyeblikkelig hjelp kan det være tilstrekkelig å informere om tiltakets art. I

særlige tilfeller når det er fare for mor eller barns liv, kan informasjon unnlates (helsepersonelloven § 7). Det er da viktig å gi god informasjon i etterkant av hendelsen.

Erfaring fra tilsyn, NPE og rettsapparatet viser at pasienter ikke alltid blir informert i fødselsomsorgen. Det kan være informasjon om alternative forløsningsmetoder, metoder for fosterovervåking, valg av smertestillende, tiltak som gjøres under fødselsforløpet, og tidsplan for ny vurdering. Flere klager gjelder også manglende eller utilstrekkelig informasjon i etterkant av fødselsforløp med alvorlig utfall (7, 11). Pasienter og pårørende etterlyser en gjennomgang av hva som skjedde, begrunnelse for tiltak gjort under fødsel, og ikke minst en tilbakemelding på om noe skulle vært gjort annerledes. Erfaring fra tilsyn viser at det i mer enn halvparten av alvorlige hendelser er grunn til å forbedre praksis. Hvilke forbedringstiltak som iverksettes, skal videreformidles til pasienten (eventuelt pårørende).

Pasienter og pårørende etterlyser mer åpenhet omkring alvorlige hendelser, og de er svært opptatt av at feil blir rettet opp, slik at andre ikke blir utsatt for noe liknende. Vår tilsynserfaring er at det i for liten grad blir gjennomført samtale med ansvarlig fødselshjelper etter alvorlige hendelser (7,11). Vi mener at oppfølging av pasienter og pårørende i større grad bør prioriteres, slik at de får tilstrekkelig informasjon og mulighet til å stille spørsmål om det som har skjedd.

Medvirkning

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1). Det forutsetter at det er gitt informasjon om pasientens helsetilstand, om ulike behandlingsmetoder og risiko. Informasjonen må være adekvat, nøyaktig og forståelig. Retten til å medvirke gjelder tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten har ikke rett til å velge fritt blant tilgjengelige metoder.

Under fødsel må det være en fortløpende god kommunikasjon mellom fødselshjelper og pasient. Tidlig i fødselsforløpet er det viktig å lytte til kvinnens ønsker og åpne for at hun kan medvirke i for eksempel valg av smertestillende, fødestilling, bruk av riestimulerende tiltak med mer. God dialog bidrar til trygghet både for den fødende og hennes partner. Jordmors tilstedeværelse (én-til-én-oppfølging) under aktiv fødsel gir muligheten for god kommunikasjon mellom fødselshjelper og pasient. Det må gis tydelig forklaring på hva og hvorfor tiltak blir iverksatt. På den måten kan pasientens medvirkningsrett også ivaretas. Internasjonale retningslinjer legger stor vekt på at fødselsomsorgen skal være personsentrert, altså at pasientens

autonomi skal ivaretas (9, 12, 13). Erfaring fra tilsyn viser at det er rom for forbedring på nettopp dette området (2).

En kjent problemstilling er gravide som ønsker keisersnitt etter «eget ønske», altså keisersnitt uten medisinsk indikasjon. I slike tilfeller har ikke pasienten krav på forløsning med keisersnitt hvis helsepersonell vurderer at vaginal fødsel er den beste forløsningsmetoden. I fødsel kan det også skje at kvinnen ber om keisersnitt, for eksempel fordi hun er sliten, engstelig eller synes fødselen trekker i langdrag. God praksis vil være å gjøre en nærmere vurdering av fødselsforløpet, hvilket også innebærer å lytte til kvinnens ønsker. I samråd med pasienten bør det legges en plan for videre håndtering. Da involveres pasienten i viktige beslutninger, noe som gjør det lettere for henne å forstå valgene som blir tatt. Beslutninger og plan for videre håndtering dokumenteres i journalen. Vår erfaring er at pasienter opplever at de i liten grad får medvirke i fødselshjelpen, og at viktige beslutninger ikke alltid blir journalført.

Internasjonale retningslinjer i fødselsomsorgen har i flere år lagt vekt på at kvinnen skal involveres i beslutninger som tas. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en «labour care guide» som skal bidra til at alvorlige uønskede hendelser unngås, og at kvinnen skal få en positiv fødselsopplevelse. Informasjon, brukermedvirkning og samvalg (shared decision-making) er sentrale deler i veiledningen (13, 14).

Samtykke

Generelt skal helsehjelp bare gis med pasientens samtykke (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4). Det forutsetter at pasienten har fått et beslutningsgrunnlag med nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Samtykke kan være uttrykkelig eller stilltiende. Det kan gjøres enkelte unntak fra kravet om samtykke, for eksempel hvis unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten.

Under fødsel vil det ofte være stilltiende samtykke som gjelder. Dersom pasienten ikke åpenbart motsetter seg en undersøkelse eller behandling, er det grunn til å tro at hun samtykker. De aller fleste fødende er i stand til å motta og forstå innholdet i informasjon som blir gitt. Det viser erfaring fra samtaler med kvinner som har født.

Av og til skjer det at kvinnen motsetter seg behandling, for eksempel forløsning med akutt keisersnitt. Da er det viktig å gi god forklaring på hvorfor tiltaket er nødvendig, noe som ofte fører til at kvinnen samtykker. Graden av hast vil være avgjørende for hvor omfattende informasjonen skal være. Er det svært kritisk for mor eller barn, kan tiltak som keisersnitt eller

annen operativ forløsning, iverksettes uten at samtykke foreligger (helsepersonelloven § 7).

Oppsummering

De fleste som skal føde, er usikre på hvordan fødselen vil forløpe og hvordan de selv vil reagere. Det er fødselshjelpernes oppgave å skape trygghet og forutsigbarhet. Det å sørge for fortløpende informasjon og mulighet til medvirkning er med på å trygge og respektere den enkelte. På den måten ivaretas også tillitsaspektet i behandlerrollen. Informasjon, medvirkning og samtykke er viktige deler av omsorgsfull helsehjelp (helsepersonelloven § 4).

Erfaringer fra tilsyn viser at undersøkelser og behandling ikke alltid blir gjennomført på en omsorgsfull måte. For noen blir fødselsopplevelsen traumatisk hvis de opplever å ikke bli hørt eller møtt med respekt. Derfor er det viktig at fødselshjelpere gir seg tid til å informere, at de så langt som mulig etterkommer ønsker, at jordmor er kontinuerlig til stede i aktiv fødsel, og at det innhentes samtykke ved undersøkelse og behandling.

Litteratur

1. Johansen LT, Braut GS, Acharya G et al. How common is substandard obstetric care in adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia and postpartum hemorrhage? Findings from an external inspection of Norwegian maternity units. *Acta Obstetrica Gynecologica et Scandinavica* 2020; 100: 139-146. doi: 10.1111/aogs.13959
2. Johansen LT, Braut GS, Øian P. Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0208
3. Helsedirektoratet. *De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet*. Oslo: Helsedirektoratet, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet> (22.2.2025)
4. Miltenburg AS, Bains S, Strøm-Roum EM et al. Svangerskap, fødsel og barseltid - mer enn bare overlevelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023;143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0500
5. Larsen BH. Hvor går grensen for hva fødekvinnen kan bestemme? *Sykepleien* 2024; 112: e-95703.
6. Johansen LT, Iversen J, Broen L. Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0119
7. Johansen LT, Braut GS, Acharya G et al. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Services Research* 2021; 21: 931. doi: 10.1186/s12913-021-06956-6

8. Andreassen S, Backe B, Jørstad RG et al. A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. *Acta Obstetricia Gynecologica et Scandinavica* 2012; 91: 1191–1195. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01409.x
9. WHO recommendations 2018. *Intrapartum care for a positive childbirth experience* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (11.07.24).
10. Helsedirektoratet. *Nasjonalfaglig retningslinje i fødselsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet, 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen> (11.07.24).
11. Johansen LT, Braut GS, Andresen JF, et al. An evaluation by the Norwegian Health Care Supervision Authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstetricia Gynecologica et Scandinavica* 2018; 97: 1206–1211. doi: 10.1111/aogs.13391
12. ACOG 2021. *Informed Consent and Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/02/informed-consent-and-shared-decision-making-in-obstetrics-and-gynecology> (12.09.24)
13. WHO 2020. *WHO Labour Care Guide User's manual*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf?sequence=1> (12.09.24)
14. Bhide A, Øian P, Acharya G. Will WHO labor care guide have a positive effect on objectively measured health outcomes as well as patient reported measures? *Acta Obstetricia Gynecologica et Scandinavica* 2023; 102: 4–6. doi: 10.1111/aogs.14479

Lars T. Johansen
ltj@helsetilsynet.no
Avdeling for operativt tilsyn
Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen
0213 Oslo

Lars T. Johansen er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver i avdeling for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn

Margrethe Smedvig Andersen
msa@helsetilsynet.no
Avdeling for operativt tilsyn
Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen
0213 Oslo

Margrethe Smedvig Andersen er jurist og seniorrådgiver i avdeling for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn

*Lise Lotte Stenersen
lls@helsetilsynet.no
Avdeling for operativt tilsyn
Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen
0213 Oslo*

Lise Lotte Stenersen er jordmor og seniorrådgiver i avdeling for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn

*Pål Øian
paaloian@online.no
Guldbergs vei 35
0375 Oslo*

Pål Øian er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emeritus. Tidligere arbeidssted Kvinneklubben, Universitetssykehuset Nord-Norge og UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Hvordan forberedes medisinstudenter på tilsyn?

Michael 2025; 22: 146–150

doi: 10.5617/michael.12401

Jeg gir i denne kronikken en kort oversikt over tilsynsrelevante emner i undervisningen ved de fire norske medisinske fakultetene. Det handler både om å føre tilsyn og om selv å bli gjenstand for tilsyn.

Tilsyn innebærer at det gjøres en vurdering av om en virksomhet eller en enkeltperson oppfyller krav til faglig forsvarlighet eller krav fastsatt i lov eller forskrift. Tilsyn kan være planlagt eller hendelsesbasert. Det kan føre til pålegg, krav eller reaksjoner. I Norge brukes begrepet som regel om en prosess der vurderingen gjøres av et eksternt myndighetsorgan (1).

Den andre betydningen av begrepet tilsyn gjelder legens tilsynsfunksjoner. Mange leger vil få slike oppgaver allerede tidlig i yrkesforløpet. Å begynne som kommunelege i en liten norsk kommune kan fort medføre tilsynsoppgaver, for eksempel innen miljørettet helsevern. Det kan både være systematisk gjennomgang av prosesser i helsetjenesten, veiledning eller mer spesifikk aktivitet som følge av klager eller annen informasjon om hendelser som krever nærmere undersøkelse. Kartleggingen av hva som gjøres ved de fire fakultetene, gjorde det tydelig for meg at det ble vanskelig å skille undervisning om eksternt tilsyn og systematisk kvalitetsarbeid. Derfor omtales begge emner.

Noen leger vil oppleve selv å komme under tilsyn. Det kan skyldes pasientklager eller andre forhold som har ført til at statsforvalteren oppretter tilsynssak. Slike saker kan være en stor påkjenning for den det gjelder, og Legeforeningen har etablert en egen rådgivningstjeneste for leger under tilsyn (2).

Hva lærer studentene om tilsyn?

Representanter fra de fire universitetene som utdanner leger i Norge, ble enige om en felles læringsutbyttebeskrivelse for samfunnsmedisinske fag i 2018. Denne beskrivelsen ble i 2021 revidert med utgangspunkt i den nye forskriften om nasjonal faglig retningslinje for medisინutdanning (3). Her inngår blant annet sentrale emner innen ledelse som kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid, rettighetsspørsmål, deriblant rett til nødvendig helsehjelp, informasjon, medvirkning, samtykke, innsyn og klage. Det burde være klart for nyutdannede leger at de kan måtte forholde seg til vanskelige saker fra forskjellige perspektiver, helt fra tidlig i karrieren.

Medisინens etos, å være til hjelp for andre, former legenes identitet og gjør at det å bli gjenstand for spesifikt tilsyn kan være truende for selvbildet. Mens tilsynsfunksjonen i seg selv og lover og regler knyttet til denne i hovedsak undervises i forelesninger, ser det ut til at den personlige opplevelsen av å komme i søkelyset oftere behandles i gruppebasert undervisning.

Universitetet i Bergen

Ved Universitetet i Bergen får studentene et to-ukers kurs i ledelse, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhetsarbeid og helseøkonomi i femte studieår, der første uke er forelesninger og andre uke er gruppearbeid med løsning av kasuistikker i plenum. De lærer å arbeide tverrfaglig med blant annet å identifisere og håndtere uønskede hendelser.

I sjette studieår har studentene en fagdag med tittelen «Feil, uhell og uheldige hendelser». Viktige temaer er klargjøring av de faktiske forhold og gjennomgang av forløp. Dernest omtales betydningen av debrief, kollegastøtte og støtte hos familie og venner, og betydningen av å bruke en uheldig hendelse til å holde internundervisning både for andres læring og egen bearbeidelse.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim er det i andre studieår en sesjon om pasientskade og pasientskadeerstatning. Denne sesjonen ledes av fødselslege og pasientombud. Fødselsskader brukes som eksempel på grunn av de store konsekvensene og kompliserte, langvarige saksforløp.

Øvrig undervisning er i siste studieår. Fylkeslegen i Trøndelag holder en tre timers forelesning med tittelen «Tilsyn med helsetjenesten i Norge». I forelesningen gjennomgås statsforvalterens rolle i systemet, lovgrunnlag og målet med tilsyn. Ulike typer tilsyn, behandling av tilsyn, betydningen av systemansvar og tilsyn mot individer omtales. Kommunens tilsynsopp-

gaver er berørt i undervisningen om miljørettet helsevern. Annen relevant undervisning er seks timer om juss, inkludert forsvarlighet, samtykke og innsyn, og tre timer om forbedringsarbeid. I tillegg har studentene et tre timers seminar med tittelen «Usikkerhet og feil; uunngåelige sider av legelivet». Det er en interaktiv sesjon hvor to erfarne allmennleger deler egne opplevelser om å gjøre feil som lege, og diskuterer ulike aspekter av dette. Det er basert på flere kasuistikker og knytter an til erfaringer med statsforvalteren i klage- og tilsynssaker.

UiT Norges arktiske universitet

Ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø faller undervisningen hovedsakelig under de langsgående emnene Profesjonell kompetanse i medisinstudiet (PROFKOM) og Vitenskapelig kompetanse i medisinstudiet (VITKOM). Første studieår holdes en forelesning med tittelen «Å lære av feil som legestudent: kvalitet, ansvar og løsninger». I tredje studieår undervises det om å gjenkjenne og reflektere over helsepersonells uheldige oppførsel i møte med pasient eller kollega. Som læringsaktivitet skriver studentene et obligatorisk refleksjonsnotat om «Uheldig oppførsel fra helsepersonell» som de selv har vært vitne til, for deretter å diskutere erfaringene i grupper. Uheldig oppførsel er definert bredt i denne sammenhengen. I fjerde studieår er det en hel dag med undervisning om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet med mye vekt på metodikk. Meldesystem og tilsynsordning er ikke spesifisert. Det avholdes også to forelesninger i det siste studieåret med titlene «Legens oppgaver ved feil i helsetjenesten» og «Doctor's delay og når legen gjør feil».

Universitetet i Oslo

Ved Universitetet i Oslo avholdes i fjerde studieår en hel dag med forelesninger om juss i helsetjenesten, inkludert håndtering av feil og formaliteter rundt tilsyn. Ut over dette er det KLoK-faget (kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring) som har undervisning i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I tredje og femte studieår har studentene seminarer der de blant annet arbeider med konkrete problemstillinger hvor det er skjedd feil, og blir utfordret til å komme med forslag til forbedringstiltak. De får også innføring i hvordan enkelte former for tilsyn utføres. I praksisperioden i femte studieår kartlegger og reflekterer studentene over et pasientforløp på sykehuset hvor de er utplassert, og i sjette studieår bygger de videre på dette i en skriftlig gruppeoppgave der de lager en protokoll for et kvalitetsforbedringsprosjekt.

Rett før avsluttende eksamen avholdes et todagers kurs med tittelen «Hva gjør jeg når noe går galt?». Kurset har bestått av en blanding av gjesteforelesninger; lege som forteller om en egen feil, pasienter som forteller om uheldige erfaringer, innlegg fra Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning, pasientombudsordningen, Ressurssenteret Villa Sana og legeledere med erfaring fra klagesaker. Representanter fra KLoK-undervisningen, medisinske atferdsfag og medisinsk etikk er til stede for å lede refleksjon, diskusjon og tilbakemeldinger. Kurset er nå under omstrukturering, og det legges opp til å følge en sak med alvorlig utfall gjennom hele forløpet fra sykehusinnleggelse til medieoppmerksomhet.

Tilsyn angår alle leger

Gjennomgangen viser at det ved alle fakulteter undervises i en rekke beslektede temaer knyttet til tilsyn, kvalitet, uheldige hendelser, feil i helsetjenesten og personlige omkostninger. Emnene er i større eller mindre grad integrert med hverandre. At personlige opplevelser og omkostninger i hovedsak undervises i grupper, er nok en stor fordel. Ingen lege bør bære byrden alene, og alle leger bør være oppmerksomme på nødvendigheten av å støtte en kollega som kommer under tilsyn, uansett årsak.

Alle temaene det undervises i, er relevante for å holde høy og jevn kvalitet på helsetjenesten – den tryggheten det vises til i tittelen på dette nummeret av *Michael*. Trygghet er et ord som går igjen i politikken når helse-tjenesten diskuteres. Når det er sagt, så er det også en grense for trygghet. Både politisk, organisatorisk og faglig kan formålet trygghet skape en illusjon om kontroll, at intet noensinne skal gå galt. Per Fugelli tok tak i dette i boka *0-visjonen* (4). Slik komplett kontroll er hverken mulig eller regnings-svarende. Det er viktig at leger lærer å være nøye og grundige, men for noen kan det bli en tung ryggsekk å bære (5). Usikkerhet er overalt i medisinen, og den utryggheten den skaper, må legene lære å leve med, fordi de har den krevende oppgaven å *formidle usikkerhet med trygghet* til pasienter og pårørende.

Personlig trygghet signaliseres ved ærlighet om egne begrensninger i kunnskap og kompetanse – og evne til å be om råd og hjelp når det er nødvendig. Så er det alltid noen som kan være i overkant skråsikre. Mange erfarne leger er mer engstelige når de observerer skråsikkerhet hos en ung kollega, enn når de må hjelpe en utrygg kollega til å stole mer på egne vurderinger. Derfor er det godt at de medisinske fakultetene bruker tid på disse emnene ved alle medisinstudiene. Spørsmålet er om denne måten å tenke på også gjennomsyrrer de kliniske og parakliniske fagene. Hvis studentene kommer ut i praksis med en forestilling om at det alltid finnes et

riktig svar og en riktig beslutning, kan tilsyn ende med å bli oppfattet som en trussel.

Litteratur

1. Wiig S, Macrae C, Frich J et al. Naming the “baby” or the “beast”? The importance of concepts and labels in healthcare safety investigation. *Frontiers Public Health* 2023. doi: 10.3389/fpubh.2023.1087268
2. Nylenna M. Leger under tilsyn får bistand fra Legeforeningen. *Michael* 2025; 22: 177–180.
3. Hansen AH, Kvalvik LG, Lie AK et al. Revisjon av de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin i legestudiet. *Michael* 2021; 18: 348–361.
4. Fugelli P. *0-visjonen. Essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
5. Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143. doi: 10.4045/tidskr.22.0428

Takk til velvillige informanter ved de fire medisinske fakultetene.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Avdeling for helsetjenesteforskning, Campus Ahus

Akershus universitetssykehus

Postboks 1000

1478 Nordbyhagen

Pål Gulbrandsen er professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Obligatorisk om pasientsikkerhet

Bjørn Øglænd

Håndbok i risikoreduksjon: hvordan lære etter uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenestene

Bergen: Fagbokforlaget, 2024

191 s.

ISBN 9788245048346

Michael 2025; 22: 151–152

doi:10.5617/michael.12402

Som mer enn gjennomsnittlig opptatt av pasientsikkerhet har jeg lest boka med stor interesse. Forfatteren har et enormt erfaringsgrunnlag som barnelege, som leder på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten og som medarbeider i Helsetilsynet i flere år. Han bruker kompetansen sin for å åpne opp for alternative perspektiver enn dagens gjengse for å unngå eller redusere omfanget og konsekvensene av hendelser som rammer.

Han bruker erfaringene til soldater i Afghanistan for å belyse et sentralt poeng i håndtering av risiko. Fienden opptrådte ikke slik man forventet. Soldatene måtte derfor være «påskrudd» hele tiden, jakte risiko, for å håndtere ulike situasjoner best mulig. Dette er analogt til det å være kirurg i øyeblikkelig hjelp-situasjoner eller syklist i bytrafikken. Du utsetter deg for stor risiko ved å tro at andre i trafikken opptrer slik de skal. Du må jakte risiko, slik forfatteren sier, for å sikre deg at bilisten ser og respekterer retten din, og i situasjoner du innser at så ikke er tilfelle, må du tilpasse deg for ikke å bli kjørt ned.



Slik mener forfatteren at vi må opptre, også i medisinen. Når hendelser oppstår, er vi i dag mer opptatt av å finne rota til hendelsen enn av å bruke den til å identifisere risiko som vi kan gjøre noe med.

Boka er lettest, og praktisk rettet med en rekke eksempler. Man trenger ikke forkunnskaper for å lese den. Her brukes både videofilmer og powerpointpresentasjoner, som er tilgjengelige via QR-koder, og mange flyt-diagrammer.

I siste del trekker forfatteren fram et stort antall eksempler på hvordan man kan gjennomføre risikoreduksjoner etter alvorlige hendelser. Han bruker anonymiserte hendelser, særlig innen barneintensiv- og akuttmedisin for småbarn der risiko er stor. Jeg kunne ha ønsket meg flere eksempler også fra andre deler av medisinen.

Boka er et oppgjør med all etterpåklokskap som kjennetegner en del av pasientsikkerhetsarbeidet, ikke minst gjelder det tilsynsmyndighetene. Det gjøres noen endringer for tiden, som forfatteren mener er korrekt vei videre, der institusjonen selv skal belyse hendelsen og identifisere risiko som kan bidra til at den ikke skjer igjen.

Forfatteren er også tydelig på hvor ansvaret for å drive kvalitetsarbeidet ligger: hos øverste ledelse i foretaket. Like klar er han på at arbeidet med risikovurderinger og risikoreduksjon må gjøres i klinikken. Kvalitetsavdelingens arbeid alene har ikke noen effekt hvis ikke klinikere i pasientbehandlingen er tungt involvert.

Boka er en tankevekker og bør leses av alle som er opptatt av pasientsikkerhet, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Alle kvalitetsavdelinger i våre institusjoner må ha den som obligatorisk veiviser i sitt støttende arbeid for å redusere risiko i den spisse enden av pasientbehandlingen.

Olav Røise

olav.roise@medisin.uio.no

Olav Røise er spesialist i generell kirurgi og i ortopedisk kirurgi og professor emeritus ved Universitetet i Oslo.

Da Helsetilsynet skulle finne seg sjølv

Ole Berg

Spesialisering og profesjonalisering: en beretning om den norske sivile helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2002. Del 3: 1994–2002:

Helsetilsynets historie

Oslo: Statens helsetilsyn, 2024

420 s.

ISBN 978-82-93595-57-1

Michael 2025; 22: 153–154

doi:10.5617/michael.12404

I 2008 var det 200 år sidan Det kongelige norske Sundhedscollegium i Christiania blei oppretta. Direktøren i Statens helsetilsyn ville markere jubileet og bad i det høvet professor Ole Berg skrive Helsetilsynets historie. Berg tok utfordringa, men ville ikkje avgrense seg til Helsetilsynet. Andre delar av nasjonal helseforvaltning skulle også omtalast, og det måtte gjerast systematisk og grundig, noko som skulle vise seg å bli ein omfattande og langdryg prosess.

Bind tre i dette ambisiøse verket omfatar åra 1994–2002. Tidsavgrensinga er ikkje tilfeldig. Den perioden utgjer ein overgangsfase. Det gamle Helsedirektoratet blei i 1994 omdøpt til Statens helsetilsyn. Namneskiftet var eit politisk signal om styrking av tilsynsfunksjonen. Men andre forvaltningsoppgåver, som tradisjonelt hadde lege i Helsedirektoratet, skulle også ivaretakast. Først i 2003 blei Statens helsetilsyn eit reint tilsynsorgan. Da blei andre saksfelt flytta til det



nyoppretta Sosial- og helsedirektoratet, som i 2008 – litt ironisk – blei omdøpt til Helsedirektoratet.

Berg viser korleis krava til Helsetilsynet om styrka tilsynsfunksjon blei følgt opp med utvikling av organisasjon, kapasitet, kompetanse, metodikk og praksis. Sentrale personar, organisatoriske grep og dragkampar mellom juristar og legar blir omtalte og analyserte. Sjølv følgde eg desse prosessane nært, både som fylkeslege og som vikar i leiinga til Helsetilsynet i to periodar 1995–1996. Under lesinga har eg ofte nikka og tenkt at just slik var det. Andre gonger overraskar Berg med observasjonar, informasjon og analyse, som har gitt meg aha-opplevingar.

Som eksempel på innhaldet vil eg trekke fram omtalen av to tilsynssaker i 1990-åra, Diprivan-saka og Bærum-saka, som begge er gitt stor merksemd. Dette var tunge saker, som gjekk over lang tid, som var vonde og vanskelege for alle involverte, og som påverka framtidig praksis i Helsetilsynet. Sakene vekte stort offentleg engasjement både i fagmiljø, media, opinion og blant politikarar.

Bakgrunnen for Diprivan-saka var at to småbarn døde på Sentralsjukehuset i Østfold etter å ha fått anestesimiddelet Diprivan. Det medførte at Helsedirektoratet i 1993 gav 12 legar formell åtvaring eller tilrettevising. Legane stemna staten for å få avgjerda kjent ugyldig. Oslo byrett fann i 1999 at saksbehandlinga ikkje hadde vore tilfredsstillande. Fire av legane fekk oppheva reaksjonen.

Bærum-saka gjaldt påstandar om «aktiv dødshjelp» gjennom terminal sedering. I 1999 gav Helsetilsynet kritikk av Bærum sjukehus og ansvarleg overlege for manglar knytte til rutinar, vegleiing og journalføring. Da eksplo-derde saka med påstandar om lettvtint saksbehandling, uheldig kollegialitet og inhabilitet. Det førte til at departementet i 2000 pressa helsedirektør Anne Alvik til å gå av. Etter at Helsetilsynet hadde tatt opp att saka og fått vurderingar frå nye sakkunnige, fekk den ansvarlege overlegen i 2002 ei formell åtvaring for svikt i journalføring og «fjernbehandling» av ein pasient medan legen var på ferie.

Intensjonen i 2008 var at Bergs historieverk skulle dekke heile perioden 1809–2009. Gjennom fullføring av del tre er det nå ført fram til 2002. På spørsmål om det kjem ein del fire om epoken 2003–2009, har Berg svart at han ikkje er heilt framand for tanken, men at «mitt tentative svar er nei».

Kristian Hagestad
krihages@online.no

Kristian Hagestad er pensjonert fylkeslege i Vest-Agder.

God oversikt over helse- og omsorgstjenesten

Geir Sverre Braut

Helse- og omsorgstjenesten på kryss og tvers: grunnbok om det norske helsesystemets oppbygning og funksjon

Bergen: Fagbokforlaget, 2024

204 s.

ISBN 9788245045451

Michael 2025; 22: 155–156

doi: 10.5617/michael.12405

Boken er skrevet av Geir Sverre Braut. Han er samfunnsmedisiner og har bakgrunn som fylkeslege og assisterende direktør i Statens helsetilsyn. Nå er han professor ved Handelshøgskulen HVL og seniorrådgiver ved Stavanger universitetssjukehus. Braut har brukt store deler av sitt yrkesliv til kvalitets- og tilsynsarbeid, og det kommer tydelig fram. Braut er også kjent som en kunnskapsrik, klok og reflektert foredragsholder, og man kan nærmest høre stemmen hans gjennom teksten i kapitlene.

Til å begynne med virker boken litt rotete i sin oppbygning. Det er tenkt at man skal lese kapitlene fortløpende, men at hvert kapitittel står for seg selv. Ja, temaene kommer litt på kryss og tvers, men etter hvert danner det seg en helhet som gir mening. Boken skal dekke pensum til samfunnsfag for grunn- og videreutdanning i helse- og sosialfagene, men jeg tror den er litt for vanskelig tilgjengelig for grunnutdanningsstudentene. Den virker mer innstilt mot masternivå, med sin detaljrikdom, refleksjoner og akademiske språk. Interessant, men kanskje ikke helt relevant



for målgruppen, er de historiske referansene i mange av kapitlene, for eksempel om folkeavstemninger og om konvensjoner.

De mange litteraturhenvisningene og den fine stikkordsoversikten gjør boken nærmest til et oppslagsverk, til tross for det relativt beskjedne sideantallet. Boken er også utstyrt med nummererte fotnoter. Det er mange referanser til lovgivningen, både i referansene og i fotnotene, som understøtter og forsterker teksten. Boken kunne gjerne vist at det er flere lover som styrer det samme området, men med utgangspunkt i forskjellig ansvar og plikter. Et eksempel er sammenhengen mellom lovverket som styrer Helse-tilsynet, og bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger helseforetakene å melde alvorlige uønskede hendelser.

Noen eksempler brukes for å illustrere poengene, men det kunne gjerne vært flere. Refleksjonsspørsmålene «til ettertanke» etter hvert kapittel viser at dette er en arbeidskrevende lærebok. Spørsmålene oppfordrer ofte til å søke i andre kilder og berike kunnskapen.

Boken er faktatett og komprimert, men selv om den dekker mye, er det noen temaer som ikke er berørt. Det gjelder for eksempel rollefordelingen mellom Helsetilsynet og Folkehelseinstituttet på smittevernområdet. Under avsnittet om spesialisthelsetjenesten kunne rollen og oppgavene til kompetansesentrene gjerne vært tatt inn. Det samme gjelder hvorfor noen tjenester er sentralisert, og hvordan dette besluttes. Kanskje kunne det i tillegg vært brukt noe mer plass på likeverdige helsetjenester, om vi har det og hvordan det eventuelt kan vises, for eksempel ved hjelp av helseatlasene.

Mange vil ha glede av å lese Brauts fremstilling av det norske helsesystemets oppbygning og funksjon og også nikke gjenkjennende til hans betraktninger, både mellom og på linjene. Boken treffer langt flere enn helsefagstudentene den er skrevet for.

Anne Karin Lindahl
anne.karin.lindahl@ahus.no

Anne Karin Lindahl er divisjonsdirektør ved Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus og førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Godt om lederisme fra en frafallen lederist

Tom Karp

Lederisme

Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2024

136 s.

ISBN 9788202844851

Michael 2025; 22: 157–158

doi: 10.5617/michael.12406

Tom Karp har skrevet en liten bok – drøyt 100 sider – med kraftig kritikk av trender i ledelsesfaget og i arbeidslivet. Forfatteren har selv bakgrunn som leder og lederutvikler, men er nå professor i ledelse ved Høyskolen Kristiania. Karps ungdomstro på ledeses betydning og fortrefelighet er nå erstattet med et nær omvendt syn; at lederisme er skadelig både for arbeidsmiljø og virksomheten.

Hva er *lederisme*? Karp har hentet begrepet fra engelsk litteratur, *leaderism*. Han tegner et bilde av en ideologi basert på ideen om at «en styrende profesjon av ledere skaper fremdrift, utvikling og endring i samfunnet» (s. 11). Ikke helt det samme som *manageralism*, men beslektet.

Karps hovedpoeng er at forestillingen om ledernes særlige evner og avgjørende betydning er overdrevet, og at skadevirkningene av denne villfarelsen er mange. Han erkjenner at vi trenger dyktige ledere innen både samfunns- og næringsliv, men fremholder at «løsningen er ikke å overføre stadig mer makt til en gruppe som er drillet i lettvinde lederanalytiske modeller og forventer at de med bruk av en lederverktøykasse skal



hjelp oss» (s. 11). Han setter lederisme i sammenheng med en utvikling i retning av at en elite i stadig sterkere grad styrer flertallet – både i bedriftene og i samfunnet for øvrig.

Følgene av denne utviklingen er mangslungne; makt overføres til et styrende lag med begrenset kunnskap om den egentlige virksomheten. Avstanden mellom ansatte og ledere øker. Fagprofesjoner umyndiggjøres. Og selvtilfredse ledere treffer en rekke dårlige eller dårlig begrunnede beslutninger. Framstillingen er belagt med en rekke høyst gjenkjennelige eksempler fra virksomheter i både privat og offentlig sektor. Og mange er egnet til underholdning, som at Aschehoug forlag annonserte etter «smidig-coacher» for å lede forlagshusets «endringsreise fra tradisjonell forlagsdrift til å bli et nyskapende og smidig produktmiljø» (s. 58). Les nedbemanning.

Boka kunne enkelt blitt en sammenhengende harselas med meningsløse svulstigheter produsert av selvopptatte og selvtilfredse ledere. Men Karp har en vitenskapelig tilnærming til objektet han studerer, med sitater og referanser til forskning som underbygger hans kritikk. Han finner også plass til beskrivelse av lederismens opphav i amerikansk næringsliv og kartlegger via hvilke veier tankesettet har spredt seg inn i norsk arbeidsliv.

Karp har skrevet en litt uvanlig bok; kort, underholdende, tidvis veldig morsom, men likevel gjennomsyret av godt fundert kritikk av ledelsesfeltet. Hans tegning av utviklingen i retning av en dysfunksjonelt og inkompetent lederklasse som treffer både dårlige beslutninger og svekker våre demokratiske tradisjoner, er illevarslende. Men boka har også et optimistisk tilsnitt fordi Karp viser til andre løsninger for ledelsesfaget enn trenden han selv har vært en del av.

Christian Grimsgaard
christiangrimsgaard@gmail.com

Christian Grimsgaard er overlege ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus og konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse sør-øst.

Sosiologiens ansikter

Emil Øversveen, Håkon Leiulfstrud, Ingvill Stuvøy, Aksel Tjora, red.

Sosiologisk teori: klassikere, modernitet og samtid

Bergen: Fagbokforlaget, 2025

332 s.

ISBN 978-82-450-4415-7

Michael 2025; 22: 159–160

doi: 10.5617/michael.12407

De 19 kapitlene i denne antologien er skrevet som en autoritativ og fagdefinerende innføring i sosiologisk teori for studenter i sosiologi og andre samfunnsvitenskapelige fag. Boka angis også å skulle passe godt for studenter i helse- og sosialfag og andre lesere som er interessert i forholdet mellom menneske og samfunn. Jeg hører med i gruppa «andre» og kaster meg over teksten med nyfikenhet. Her er det gjensyn med gamle helter og med tanker jeg hadde glemt, eller aldri forstått.

Redaktørenes innledning slår an tonen ved å kretse om det «sosiologiske blikk», det vil si at man lærer seg til å se på sosiale fenomener og seg selv utenfra. Dette fungerer som en rød tråd.

Del I handler om klassikerne Marx, Durkheim og Weber foruten de mindre kjente Harriet Martineau, Anna Julia Cooper, Jane Addams og Charlotte Perkins Gilman. Både her og ellers i boka er det gjort et utvalg som i seg selv har en definerende kraft. Det kunne vært problematisert bedre. Først på side 84 kommer et avsnitt som gjerne kunne vært forord. Det har tittelen *Sosiologiens kanon er en konstruksjon*. Selv blant de fåtallige tidligste samfunnsforskerne kunne flere



vært med. Norske lesere vil for eksempel savne Thorstein Veblen (1857–1929), den norskfødte, amerikanske sosiologen som satte varige spor med boka *The theory of the leisure class* (1899).

Den omfattende Del II har tittelen *Modernitet*. Her fortelles om personer, fagretninger og skoler fra 1920 og framover, med andre ord fra den tiden sosiologi og annen samfunnsvitenskap vokste seg opp og fram. Emnene er nyttig innrammet av teoretiske avsnitt som angir perspektivet underveis.

Del III om samtiden er tematisk og litt annerledes. Kapitlene behandler sosiologiske aspekter ved teknologi, miljø og klima, og mobilitet.

Hva har jeg lest? Egentlig er det filosofihistorie. Det er interessant, og boka anbefales herved varmt. Men mangler det noe? Vil målgruppen norske studenter som skal ut i en norsk kontekst, savne noe? Hvis boka kommer i ny utgave, foreslår jeg at den utvides med to kapitler:

Hva binder teksten sammen med norsk fagutvikling? Hvor er de som bygde opp sosiologi og samfunnsfag i Norge? Fra Eilert Sundt (1817–1875) til Stein Rokkan (1921–1979), Vilhelm Aubert (1922–1988), Marianne Gullestad (1946–2008), Ottar Brox (1932–2024) og andre? På side 84 nevnes en sosiologisk kanon. Det finnes en slik (1). *Norsk sosiologisk kanon* var en kåring gjennomført fra 2009 til 2011 av de 25 sakprosatekstene som anses å ha hatt størst innflytelse på sosiologifaget i Norge. Der er det mange forfattere som har sin plass i norsk faghistorie, og det er flere. Sant nok hadde ikke alle tittelen sosiolog, men sosiologisk forskning, teori og tenkning har ingen monopol på.

Det andre tilleggskapitlet jeg kunne ønsket meg, skulle handlet om arbeidsmetodene i sosiologisk basalforskning. Hvordan har man skaffet til veie den grunnlagskunnskapen som er nødvendig for å utvikle teorier? Bak slike metoder er det også en historie. Den spenner fra impresjonistisk synsing til avansert statistikk. Et kapittel om det sosiologiske håndverket mangler.

Litteratur

1. <https://sosiologen.no/ideer-kategori/sosiologisk-kanon> (7.2.2025).

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Kort og konsist om psykologisk trygghet

Tor Wennerberg

Redd organisasjonen: en bok om psykologisk trygghet i arbeidslivet

Oslo: Gyldendal, 2024

104 s.

ISBN 978-82-05-60295-3

Michael 2025; 22: 161–162

doi: 10.56175/michael.12408

Psykologisk trygghet er blitt et stadig mer omtalt og popularisert fenomen (1). Forfatteren av denne korte og kompakte boken er svensk organisasjonspsykolog, forfatter og foreleser. Han diskuterer psykologisk trygghet særlig i relasjon til organisasjoners læring og utvikling. Den konsise fremstillingen gir en kjapp og nyttig innføring.

Boken spenner vidt, og kanskje litt for vidt for det begrensede formatet. Vi får følge utviklingen av menneskelige samarbeidsformer for to millioner år siden, via eksistensielle perspektiver og til håpet om at psykologisk trygghet kan være et fundament for klok kollektiv handling i utfordringene med klimakrise, atomkrigstrusler og kunstig intelligens.

Psykologisk trygghet defineres som at en gruppe «er tilstrekkelig trygg til at man våger å ta mellommenneskelig risiko» (s. 29). Når gruppemedlemmer tør å stille spørsmål, ber om hjelp og råd og opplever det som trygt å erkjenne feil, øker sannsynligheten for at de også uttrykker avvikende oppfatninger. Dette bidrar til økt arbeidsprestasjon og effektivitet, bedre læring og mer positiv opplevelse av jobben. Dette er



ganske intuitivt og selvfølgelig, men likevel paradoksalt ofte fraværende i arbeidslivet.

Forfatteren har god oversikt over feltet og vever sammen ulike teorier som rammer inn og forklarer konseptet. Blant annet er det en interessant beskrivelse av ambivalensen for individet mellom å innta en rolle i arbeidsgruppen som fremmer personlige målsettinger, versus å være trygg nok til å kunne velge en rolle som fremmer systemiske behov. Teorigjennomgangen leder frem til et kapittel med konkrete og litt mindre konkrete måter å fremme psykologisk trygghet på i arbeidsmiljøet. Både de fem hovedkapitlene og avslutningsrefleksjonene har litteraturlister.

Wennerberg illustrerer godt noen aspekter av psykologisk trygghet – og utrygghet – med eksempler blant annet fra helsetjenesten. I en utrygg situasjon vil den tradisjonelle hierarkiske strukturen bidra til at de som er lenger ned på rangstigen, unnlater å komme med synspunkter eller informasjon som ikke passer med leders beslutning. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten, og risikoen for stressrelaterte plager hos de ansatte øker. Dette ble også nylig påvist i en norsk studie. Leger som oppsøkte en støttekollegaordning, beskrev at de i stor grad savnet psykologisk trygghet på arbeidsplassen, og at det bidro til at de ikke følte seg respektert, eller tatt på alvor (2).

Wennerberg advarer mot at psykologisk trygghet kan brukes som et forsøk på å kompensere for et stadig tøffere arbeidsliv. Arbeidsgrupper som er preget av trygghet, kan bli små oaser som klarer å tåle mer av tidspress og konkurranse i et stadig mer uholdbart samfunn der man isteden burde jobbe for å endre uheldige og sykdomsskapende premisser. Han sammenligner det med at oppmerksomt nærvær (mindfulness) for individuell stresshåndtering anbefales, samtidig som arbeidsplassen forventer at arbeidstakerne skal løpe stadig fortere.

Litteratur

1. Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999; 44: 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
2. Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F et al. Understanding peer support: a qualitative interview study of doctors one year after seeking support. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 324. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09312-y>

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved
Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Skjønnlitteratur og utvikling av psykologisk forståelse

Eivind Normann-Eide

Bøkene som berørte oss: som menneske og terapeut

Oslo: Gyldendal, 2024

188 s.

ISBN 9788205603738

Michael 2025; 22: 163–164

doi: 10.5617/michael.12409

Psykologspesialist Eivind Normann-Eide har gitt ut sin andre bok om skjønnlitteratur og psykologi. Den første, *Skjønnlitterære selvmord* (2016), hentet frem beskrivelser av selvmord fra kjente litterære verk og utforsket hva skjønnlitteraturen kan si oss om faresignaler forbundet med selvmord.

I sin nye bok møter vi forfatteren i samtale med åtte norske terapeuter innen psykologi og psykiatri. De har valgt hver sin roman som har hatt stor betydning for dem. I tillegg har Normann-Eide skrevet fem essay om hvilken rolle skjønnlitteraturen kan ha i våre liv og i utviklingen av en dypere psykologisk forståelse av våre medmennesker.

I essayet «En fortelling» skriver forfatteren (s. 47): «Et spørsmål som ligger til grunn for denne boken, dreier seg om hvorvidt skjønnlitteraturen kan representere en kilde til forståelse av menneskelig erfaring. Ikke i den forstand at den kan erstatte faglig forankrede teorier, vitenskap og systematiske undersøkelser. Men studiet av menneskets sinn er så komplisert og mangefasettert – fanget i dilemmaet av å være objektet for undersøkelsen og samtidig agenten som undersøker



– at vi ikke må begrense oss til enkelte eller enestående perspektiver.» Han refererer til den amerikanske psykologen Jerome Brunner som var sentral for utviklingen av det narrative perspektivet i psykologien.

De fleste terapeutene har valgt en roman som berørte dem sterkt da de var relativt unge, og i sine «formative» år. Litteraturen spenner fra historiske skjønnlitterære verk til science fiction. Terapeutene deler personlige og faglige erfaringer eller utfordringer som kan ha bidratt til at romanen berørte dem sterkt. Et tilbakevendende tema både i samtale og forfatterens refleksjoner er hvordan skjønnlitteraturen kan bidra til økt mentaliseringsevne hos leseren og slik oppøve evnen til å bli en god terapeut. Psykolog Sissel Gran forteller at «det var en mentaliseringsreise for meg å lese romaner, og det bare forsterket seg under studiet» (s. 99).

At skjønnlitteratur kan gi oss en komplementær innsikt i våre medmenneskers liv, har vært tematisert også innen medisinsk utdanning. *Michael* publiserte nylig et temanummer om litteratur og medisin, og flere medisinutdanninger bruker skjønnlitterære tekster i utdanningsløpet.

Forfatteren bringer også inn en forsiktig kritikk av skjønnlitteratur brukt i faglig øyemed: «Er skjønnlitteraturen så essensiell for vår forståelse, medfølelse og samhandling med andre mennesker, eller har noen av oss en tendens til å romantisere og idealisere dens betydning?» (s. 51). Fra samtale i boken ser han tre hovedlinjer der skjønnlitteraturen kan ha betydning for vår evne til «1) å forstå andre mennesker, 2) gjenkjennelse, identifikasjon og bearbeidelse og 3) å undersøke, utfordre og supplere faglig tenkning» (s. 161).

Normann-Eide skriver godt og innsiktsfullt, og dialogene rundt de skjønnlitterære verkene er spennende å følge. Underveis kjente jeg på en nysgjerrighet rundt egne tidlige leseopplevelser og hvilken påvirkning de kan ha hatt i mitt liv. Og jeg ble igjen minnet på den rikdommen som ligger i skjønnlitteraturen, enten vi leser for å bli bedre terapeuter eller for den gode leseopplevelsen.

Tone Skaali
tskaa@ous-hf.no

Tone Skaali er psykiater og arbeider som seksjonsleder ved Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus.

Pårørende er vi alle – men hvordan?

Linda Nesby, Ingri Løkholm Ramberg og Nora Simonhjell, red.

I skyggen av sykdom: skandinaviske pårørendefortellinger i vår tid

Oslo: Scandinavian Academic Press, 2024

447 s.

ISBN 9788230403600

<https://doi.org/10.62342/SAP.OA.2013>

Michael 2025; 22: 165–167

doi: 10.5617/michael.12410

En vanlig oppfatning er at det å være pårørende til alvorlig eller kronisk syke, kan være både krevende og utmatende. Den pårørende kan selv ha behov for forståelse og hjelp, også fra helsepersonell. Kunnskap om tre stereotipe pårørenderoller, de samarbeidsvillige, de protesterende eller bedrevitende og de fraværende, er for magert. Vi trenger langt mer differensiert kunnskap om den store variasjonen som kjennetegner pårørenderollen. Hva betyr personligheten, det tidligere og nåværende forholdet til den syke, eller den familiære og sosiale konteksten? Det er resultater fra en inngående analyse av slike spørsmål som publiseres i denne omfattende og spennende antologien.

Dette er en litteraturvitenskapelig undersøkelse av pårørenderollen slik den utfolder seg i et utvalg av spillefilmer, romaner, noveller og poesi. Seksten nordiske litteraturforskere har brukt metoden «langsom nærlesning» til å forstå hva som «egentlig» står i tekstene, hva underteksten forteller. Målet er å gi leseren en ny emosjonell





Figur 1. Vår (1889) av Edvard Munch. Foto: Nasjonalmuseet/Børre Høstland. Fotolicens: Fri bruk (Creative Commons - Attribution CC-BY)

forståelse av hvor forskjellig utøvelsen av pårønderollen kan være, noe de lykkes meget godt med.

I de 16 frittstående kapitlene studeres pårønderollen i verk som omhandler ulike pårørende–pasient-relasjoner ved sykdommer eller avvik som sorg, savn, psykose, kreft, suicid, demens og utviklingshemning. Et godt eksempel er kapittelet til Christine Hamm, professor i nordisk litteraturvitenskap ved Universitetet i Bergen, som sammenligner systematisk pårønderforholdet i to romaner av Tiril Broch Aakre og Sandra Lillebø. Temaet er forholdet mellom en kronisk syk mor og hennes voksne datter. Sammenligningen gir ny og utvidet forståelse, og den kunne vært brukt oftere.

Antologien er utvilsomt et gedigent verk. I seg selv er den stor, 447 sider, og innholdet imponerer med sin faglige tyngde. Den vil bli et referanseverk, men kan gjerne suppleres med menn og leger som pårørende. Den er ikke «lett» å lese. Hver forfatter har mye på hjertet. Det holder å lese to kapitler om gangen, ellers kan kapitlene lett «skygge» for hverandre.

Apropos skygger. Forsiden av boken utgjøres av Munchs *Vår* (1889). En tuberkulosesyk pike sitter i sengen og ser tomt fremfor seg. Ved siden av sitter en avslappet, eldre kvinne og strikker, mens hun ser opp på piken. Men hvor er det blitt av våren? Den høyre delen av bildet mangler, der originalen viser et vindu med blafrende gardiner og to potteplanter (figur 1). Da Munch malte samme motiv noen år tidligere, er den eldre kvinnen



Figur 2. Det syke barn (1885–1886) av Edvard Munch. Foto: Nasjonal-museet/Børre Høstland. Fotolisens: Fri bruk (Creative Commons – Attribution CC-BY)

sammenkrøpet i fortvilelse, mens piken ser vennlig på henne (figur 2). Der er piken den pårørende. Hvorfor ville Munch ha våren inn i det nyeste bildet? Var det for å vise at en lysere fremtid er mulig? Heldigvis inneholder antologien også et kapittel om gledens rolle.

Per Vaglum
per.vaglum@gmail.com

Per Vaglum er spesialist i psykiatri, professor emeritus og tidligere dekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Geriatrici for alle spesialiteter

Katja Thomsen og Kristoffer K. Brockhattingen, red.

Geriatriske cases

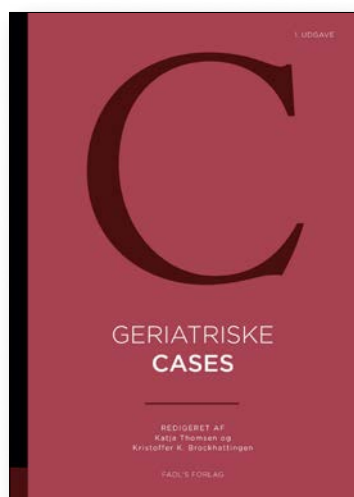
København: FADL, 2024

200 s.

ISBN 9788794207997

Michael 2025; 22: 168–169

doi: 10.5617/michael.12411



Fremtiden ligger i geriatrien og i alle spesialiteter som vil innse det. Barna som ble født rett etter andre verdenskrig, er nå 80 år. Mange er fortsatt friske og spreke, men flere opplever funksjonstap. Tidligere velkompenserte sykdommer gir utfordringer, legemiddellistene blir lengre, bivirkningene flere og demens blir vanligere. De brekker hoften, trenger pacemaker, får kreft og ileus. Derfor blir det stadig viktigere at alle spesialister kan noe om funksjonssvikt, delirium og uheldige legemidler.

Boken inngår i rekken av danske kasusbaserte lærebøker. Hensikten er å sikre bedre kunnskap og kliniske ferdigheter hos medisinstudenter og leger i spesialisering, gjennom å presentere pasienthistorier og lede leseren gjennom dem.

Boken er skrevet på lett tilgjengelig dansk. Det danske «sundhedsvæsenet» er ganske likt organisert som vår helsetjeneste slik at også mye av det som gjelder samhandling, er relevant.

Jeg har sans for denne boken. 36 pasienthistorier er fordelt under seks hovedoverskrifter: akutt geriatri, fall og falltendens, polyfarmasi, demens-

sykdom, «tværsektoriell geriatri» – kanskje best oversatt med samhandling og trygg utskrivning – og etikk og palliasjon.

Pasienthistoriene er realistiske og omhandler velkjente situasjoner fra akuttmottak, visittgang eller geriatriisk poliklinikk. Leserne presenteres for en kort sykehistorie og deretter den diagnostiske tankegangen, nøkternt, strukturert og pedagogisk. Opplysninger om tidligere funksjon, hjelpebehov og korrekt legemiddelliste prioriteres, og sammen med funn fra klinisk undersøkelse og noen innledende blodprøver er det overbevisende hvor langt man kan komme før man i det hele tatt begynner å tenke på supplerende undersøkelser. Så ikke bare treffer boken på eldrebølgen, men den er nyttig også i arbeidet mot overdiagnostikk og overbehandling. I mange av pasienthistoriene gis pasienten en skår på clinical frailty scale (CFS), som er verktøyet vi ønsker å bruke for å beskrive grad av skrøpelighet på tvers av fag og nivåer i helsetjenesten i Norge.

Personlig likte jeg kapitlene om polyfarmasi og etikk og palliasjon best. Systematikken i gjennomgangen av legemiddellisten, sammen med korte og gode begrunnelser for endringene som foreslås, gir stort læringsutbytte. Den samme systematiske tankegangen ligger til grunn for avgjørelsene som tas om behandlingsnivå i det siste kapittelet, og er relevant for alle som behandler skrøpelige pasienter. Jeg lurte på om danskene har kommet lenger enn oss i å snakke om døden, for mange av de pårørende i pasienthistoriene er godt kjent med hva pasienten har sagt tidligere i livet. Boken illustrerer i disse tilfellene mer «hvor bra dette kan gjøres hvis vi kommuniserer godt» enn hvor vanskelig det noen ganger er, når ønsket om livsforlengende behandling ikke stemmer overens med den behandlingen helsepersonell mener det er riktig å gi.

Dette er ikke en tematisk oppslagsbok når du sitter fast, og det er heller ikke den boken du leser når du gruer deg til din første vakt i akuttmottaket, og tror at alle ting du ikke kan, vil dukke opp samtidig. Men når du har sett noen gamle pasienter, og blitt overrasket over hvor syke de er selv om de blir triagert lavt, og sett at symptomene de innlegges med, ikke alltid gir deg et hint om hva som er problemet – da er du moden for denne boken, samme hvilken spesialitet du hører til.

Marte Mellingsæter

marte.r.mellingsaeter@ahus.no

Marte Mellingsæter er spesialist i geriatri, ph.d. og avdelingsleder ved Geriatriisk avdeling, Akershus universitetssykehus.

Om demens – en biter og en belærer

Dasha Kiper

Reisende til ukjente riker: historier om demens, pårørende og sinnets irrganger

Oslo: Press, 2025

252 s.

ISBN 9788232806119

Selma Lønning Aarø

Feliz navidad

Oslo: Cappelen Damm, 2024

272 s.

ISBN 9788202845193

Michael 2025; 22: 170–172

doi 10.5617/michael.12412

Den russisk-amerikanske psykologen Dasha Kipers bok om demens ble nylig lansert på norsk. Boka er en drøfting av kasuistikker fra hennes psykologpraksis. Oppmerksomheten er spesielt rettet mot de pårørende og andre omsorgspersoner, og det psykologiske samspillet mellom dem. Kapitlene er underbygd med henvisninger til forskningslitteratur.

Hennes materiale er neppe representativt for all kontakt med mennesker med demens, ettersom Kipers klienter trengte hjelp fra kontaktapparatet for Alzheimer-pårørende der hun arbeider. Men leserne vil likevel kjenne seg igjen, også fra situasjoner som oppstår ved normal aldring, kontakt med personer som er kronisk syke av annen årsak, og ved kommunikasjon mellom mennesker generelt. Boka er lettlest og lett forståelig, og den bør gi aha-opplevelser for de fleste.

Kiper skriver at det ofte er skjønnlitterære verk som best beskriver essensen av omsorgsgivernes erfaringer, gjennom sin klargjørende justering av



Dasha Kipers nye bok ble lansert i forlaget med en samtale om demens med geriater Karin Persson (t.h.) i Oslo 25. februar 2025 (Foto: Øivind Larsen)

virkeligheten (s.165). Det er nettopp en slik beskrivelse Selma Lønning Aarø gir i romanen *Feliz navidad* – historien om en norsk familie fra øvre middelklasse som har en bestemor i demensens vannskorpe, og vel så det. Storfamilien reiser for å feire jul i sommerhuset i Syden. De anstrenger seg for at alt skal være som før. Verken bokas hovedperson, den middelaldrende, omsorgsfulle moren i huset, eller de andre klarer å forholde seg til livets gang. Det går ikke. Alt går galt. Helt galt.

Der Kiper appellerer til kjølig, vitenskapelig innsikt, blir leseren følelsesmessig berørt av Aarøs tekst. Kipers bok er veldig amerikansk, Aarøs er veldig norsk.

Les begge. De utfyller hverandre.

Kiper belærer. Aarø biter.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Et av Europas fineste farmasimuseer jubilerer

Gjertrud Sæter, red.

Farmasimuseet forteller

Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 2024

247 s.

ISBN 9788299358422

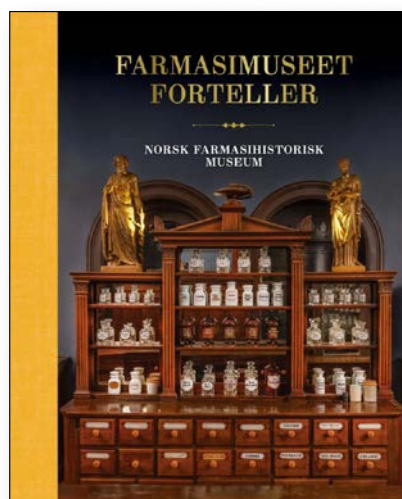
Michael 2025; 22: 173–174

doi: 10.5617/michael.12413

Farmasimuseet forteller markerer at det er 60 år siden Norsk farmasihistorisk museum ble stiftet i 1964, og at museet åpnet i egne lokaler på Norsk folkemuseum ti år seinere. Boken har et rikt utvalg av korte tekster og fotografier fra apotek og laboratorievirksomhet gjennom tidene samt nye fotografier av gjenstander og inventar fra museet.

Første del omhandler apotekmonopolet og det som fulgte med av både privilegier, plikter, penger og til dels makt i lokalsamfunnet. Kjente navn som apotekeren Harald Thaulow (1818–1885) trekkes frem, og det faktum at han kan ha inspirert Henrik Ibsens skikkelse, doktor Stockmann. Av nyere dato omtales ekteparet Ragnar Mørk (1906–2002) og Unni Mørk (1919–2012) og deres engasjement for opprettelsen av museet.

Det har alltid vært strenge lovkrav til å handle med legemidler og andre apotekvarer, og bevillingssystemet gitt av Kongen eller staten er godt beskrevet. Videre gir boken en innføring i apoteknavn fra dyr og fugler, som svaneapoteket, elefantapoteket og løveapoteket, og symbolikken som ligger



bak navnene. Museets urtehage, som har 160 forskjellige urter, trær og busker benyttet i tradisjonell folkemedisin, ble åpnet i 1982. Boken viser et knippe bilder fra hagen, urteloftet, drogesamlinger og analyseutstyr.

Den andre delen og de viktigste kapitlene er de som omtaler museets rikholdige samlinger av bøker, arkivmateriale, fotografier, inventar og ting som var i bruk på apotek over hele landet, og som er donert til museet. Dugnadsvillige farmasøyter med høy fagkompetanse har gjort at museet 60 år etter etableringen har samlinger av blant annet legemidler, droger, krukker, protokoller, resepter, reseptkonvolutter og produksjonsutstyr. Viktig informasjon, som gjerne kunne kommet enda tydeligere frem, er at alt i farmasimuseets arkiver (22 000 nummer) er søkbart i arkivportalen.no (s. 122), at fotosamlingen med tusenvis av bilder er tilgjengelig gjennom digitaltmuseum.no (s. 127), og at museets boksamling, med omkring 4000 titler, er søkbar i bibliotekatalogen oria.no (s. 194) under betegnelsen *Farmus Norsk folkemuseum*, og kan lånes på bestilling.

Øvrige kapitler utdypet fint ulike gjenstandsgrupper: standkar, morter og pistill, reseptkonvolutter, etiketter, medisinkister, husapotek og reiseapotek. I tillegg beskrives høydepunkter fra de fem temautstillingene ved museet i perioden 2005–2024. Temautstillingene omhandler utviklingen av farmasifaget sett i forhold til blant annet samfunn, kunst, lovendringer og legemiddelproduksjon. Avslutningsvis gis et lite innblikk i endringer i farmasøytisk utdanning gjennom tidene.

Dette er en viktig bok om apotekbransjens og farmasifagets utvikling. I etterordet sies det at Norsk farmasihistorisk museum i dag fremstår som et av Europas fineste farmasimuseer. Redaksjonskomiteen påpeker likevel flere utfordringer, som at museet kun er åpent søndager blant annet på grunn av krav om vakthold, at vannskader i kjelleren hindrer utstilling av produksjonsutstyr, og at en ny gang- og sykkelvei gjør at urtehagen må flyttes. Avslutningsvis kommer en bønn om at flere yngre farmasøyter og andre fagfolk engasjerer seg i museet.

Alle som ønsker å lære mer om apotekenes og legemidlenes rikholdige historie, vil ha nytte av denne boken.

Anne Gerd Granås

a.g.granas@farmasi.uio.no

Anne Gerd Granås er professor i samfunnsfarmasi ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo og styremedlem i Norsk Farmasihistorisk Selskap.

Fortellinger fra rettsmedisinen

Ida Kathrine Gravensteen

Hva vi levende kan lære av de døde: fortellinger fra obduksjonssalen

Oslo: Aschehoug, 2025

301 s.

ISBN 978-82-03-45107-2

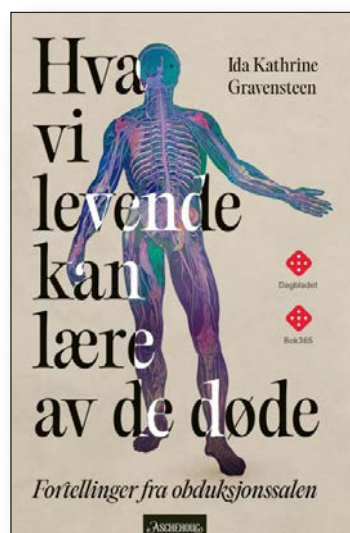
Michael 2025; 22: 175–176

doi 10.5617/michael.12414

«En januardag for noen år siden...», «Et av mine tidlige barndomsminner...». Med slike fortellergrep kombinert med bokstavelig talt fargerike – og for mange lesere sikkert makabre – detaljer, beskriver Ida Gravensteen det som skjer inne på et av de mest utilgjengelige rommene i det norske samfunn: Rettsmedisinernes obduksjonssal. Jeg-formen, der forfatteren «byr på seg selv», er effektiv. Språket er levende og godt.

Boka har fem deler: Kunnskapen, Døden, Liket, Obduksjonen og Fremtiden. Boka føyer seg inn i en rekke av norske populærmedisinske bøker av høy kvalitet. Enten det gjelder nevrologi (*Hjernen er stjernen*), gynekologi (*Gleden med skjeden*), gastroenterologi (*Sjarmen med tarmen*), dermatologi (*Huden er guden*) eller andre medisinske spesialiteter, kombinerer forfatterne folkeopplysning med markedsføring av eget fagfelt. For en stor leserkrets som nærmest drukner i både litterær og ekte krim, må denne boka være en potensiell bestselger.

Innholdet er mangfoldig og stedvis kuriøst. Det spenner fra kistefødsel og forensisk tafonomi (slå det opp) til biohacking og kryonikk (slå opp det



også). For meg var del 3 Liket mest interessant. Her er det blant annet gode beskrivelser av hvordan dødsstivheten utvikles. På den annen side er det ikke åpenbart hvordan framtidsscenarioene i siste del om kampen for biologisk udødelighet henger sammen med boka tittel.

Min hovedinnvending mot boka handler nettopp om forholdet mellom innhold og tittel. Det utføres to ulike typer obduksjoner i Norge; rettsmedisinske som begjæres av politi og påtalemyndighet, og medisinske som gjøres på medisinsk indikasjon. Den siste typen får så liten oppmerksomhet i boka at leserne kan forledes til å tro at de nesten ikke betyr noe. «Patologer utfører også et begrenset antall obduksjoner», heter det på side 52. Riktignok har antall medisinske obduksjoner sunket de seneste tiårene, men patologene utfører fortsatt omtrent like mange obduksjoner som rettsmedisinerne (1). Mens rettsmedisinske obduksjoner hovedsakelig handler om den dodes identitet, dødstidspunkt og dødsårsak, handler de medisinske også om diagnostisk presisjon og behandlingskonsekvenser, og de er en del av helsetjenestens kvalitetssikring (2).

Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae (her er stedet hvor døden gleder seg over å hjelpe livet) sto det på veggen i den gamle obduksjonssalen på Ullevål sykehus i min studietid. Da ble det utført tre ganger så mange medisinske som rettsmedisinske obduksjoner her i landet (1). Det samme oppslaget står også i den nye salen, og så vidt jeg vet, foretas det nå kun medisinske obduksjoner der. Det er nok disse obduksjonene helsetjenesten lærer aller mest av. Sannsynligvis utføres det for få obduksjoner av begge kategorier (2).

Bokas undertittel burde avgrenset seg til *Fortellinger fra rettsmedisinen*. Til gjengjeld er mange av disse fortellingene knakende gode.

Litteratur

1. Alfsen GC. Obduksjoner. I: Akslen LA, Alfsen GC, Chen V, red. *Faget og foreningen gjennom 100 år: Den norske patologforening 1923–2023*. Bergen: Den norske patologforening, 2023: 26–36.
2. Alfsen GC, Braut GS, Ellingsen CL. En nasjonal strategi for obduksjoner mangler. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0061>

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Leger under tilsyn får bistand fra Legeforeningen

Michael 2025; 22: 177–180

doi: 10.5617/michael.12415

Mange leger som har fått en tilsynssak mot seg, tar kontakt med Legeforeningen for råd og hjelp. Sakene varierer fra bagatellmessig pasientmisnøye til anklager om overgrep. En egen gruppe med erfarne jurister håndterer henvendelsene. De skal sikre at legenes rettssikkerhet ivaretas, men er også opptatt av at legene blir ivaretatt.

– De fleste legene tar i første omgang kontakt per telefon for råd, sier Stine Tønsaker (fig. 1). Hun leder foreningens faggruppe for helserett, har 14 års fartstid i Legeforeningen og erfaring både fra statsforvalteren og Statens helsetilsyn.

Selv om sakene er svært ulike, er legenes reaksjoner ofte de samme.

– Leger under tilsyn føler seg ofte anklaget og urettferdig behandlet. De opplever skam og kjenner seg alene. De er ofte bekymret og kan være i en alvorlig krise, sier Tønsaker. Det er viktig at de som tar kontakt, opplever å bli ivaretatt og å få god hjelp. Det er en av grunnene til at vi opprettet *Team tilsyn*.

Team tilsyn er en gruppe dedikerte jurister med særlig oppmerksomhet på bistand i tilsynssaker. De har utarbeidet beredskapskort, og har laget egne rutiner for håndtering av tilsynssaker. Dette innebærer blant annet at to jurister arbeider sammen om en sak. De forsøker også å møte alle legene personlig for å finne ut hvordan de opplever situasjonen. De forsikrer seg om at legene har noen å snakke med. Støttekollegaordningen er en viktig ressurs i den forbindelse. Tilsynssaker har ofte sitt opphav i en hendelse som i seg selv var vanskelig. Det er vanskelig nok å erkjenne at man kan ha gjort en feil. At det kommer en gransking på toppen av dette, er krevende for mange.

Legeforeningen har utarbeidet en egen veileder for leger som kommer i en tilsynssak (fig. 2) (1). Her oppsummeres gode råd, og det presiseres at



*Figur 1. Line
Tønsaker leder
Legeforeningens
faggruppe for
helserett. (Foto:
Legeforeningen)*

*Figur 2. Legeforeningen
har utarbeidet en egen
veileder for leger under
tilsyn (1)*



legen selv må bidra aktivt i prosessen. Håndteringen av en slik sak bør ikke helt og holdent overlates til jurister. «Det er legen som har kjennskap til sakens fakta og bakgrunn, og som dermed best kan belyse saken» (1, s. 7). Derfor ber man vanligvis om at legen selv skriver et utkast til uttalelse til tilsynsmyndigheten.

– I rådgivningen vektlegger vi hvordan vi kan få fram legens side best mulig og på hva som kan styrke saken, samt å legge en strategi og en plan, sier Tønsaker. Hvilke tiltak kan, må eller bør legen iverksette? Dette kan være rustesting, behandling eller kompetansehevende tiltak. Dersom det blir aktuelt med en administrativ reaksjon, skal tilsynsmyndighetene vurdere forholdene på tidspunktet vedtak skal fattes, en såkalt nåtidsvurdering. Det går ofte lang tid fra en sak starter til den avsluttes, og det gir legen et viktig handlingsrom. I løpet av denne tiden kan legen for eksempel ha levert inn prøver som viser rusfrihet.

Hva handler sakene om?

Statsforvalterne i Norge fikk i 2023 omtrent 8000 klager på helsehjelp. De aller fleste sakene avgjøres der, og en tredel avvises. Kun et mindretall ender med reaksjoner. Statsforvalteren konkluderer med lovbrudd i rundt 20 % av sakene, og under 5 % blir oversendt til Statens helsetilsyn (1). Det er Helsetilsynet som kan iverksette tiltak ut over faglige pålegg. Slike administrative reaksjoner kan for eksempel være tap av forskrivingsrett, begrensing av autorisasjon eller tilbakekallelse av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Det legene frykter aller mest, nemlig tilbakekallelse av autorisasjon, skjer sjelden. I 2023 ble 29 legeautorisasjoner tilbakekalt. De hyppigste årsakene var helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen, rusmiddelbruk og «annen atferd i yrkesutøvelsen» (2).

– De fleste henvendelsene til Legeforeningen dreier seg om faglig forsvarlighet, sier Tønsaker. Dernest handler sakene om rus, ulike former for uegnethet i legetjenesten og rollesammenblanding. Tidligere var mangelfull journalføring en hyppig tilsynsgrunn, men dette har avtatt.

Noe å lære av

Lang saksbehandlingstid preger de fleste tilsynssakene. Statsforvalteren kan bruke opp mot ett år på en sak. Skulle saken gå videre til Statens helsetilsyn, kan det ta ytterligere ett år. Dette er en stor belastning for legen som er under tilsyn.

– Vi må hjelpe legen med å stå i en slik situasjon, sier Tønsaker.

Uønskede hendelser er en uunngåelig del av yrkesutøvelsen. Helsetjenesten er en risikovirksomhet. Tilsynsmyndighetene, legene og Legeforeningen har et felles mål om åpenhet og om at helsetjenesten blir så trygg som mulig. Alle feil og mangler har et lærings- og forbedringspotensial. Det potensialet må utnyttes.

– Vi må minne legene om at myndighetene er opptatt av hva som skjedde, men først og fremst er de opptatt av å sikre en trygg helsetjeneste for framtiden, avslutter Tønsaker. – Vi formidler til legene det tilsynsmyndighetene ønsker å vite: Er den neste pasienten din trygg? Er du til å stole på?

Litteratur

1. *Helsetilsyn med legevirksomhet – Veileder i tilsynssaker*. Oslo: Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/veiledere/helsetilsyn-med-legevirksomhet-veileder-i-tilsynssaker/> (17.02.2025)
2. *Statens helsetilsyn. Årsrapport 2023*. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastninger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2023.pdf> (17.02.2025)

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Helsespråk må bli klarspråk

Michael 2025; 26: 181–183

doi: 10.56175/michael.12416

Pasientene roser behandlingen, men legenes ord er uforståelige for mange pasienter som er i sitt livs største krise. Resultatet er uro, misforståelser, utsettelse og avbrytelser, og det er dyrt for samfunnet at hver tredje voksne person har problemer med å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon.

Da Kristin Daly ble alvorlig syk, gikk behandlingen på skinner. Men hun skjønnte ikke hva legen sa, og uroen vokste. Noen eksempler: Hva er en stor kreftsvulst og hva er en liten? Hva betyr «ikke spredning»? Hva betyr fastende hjerte? Vanlige ord, ikke engang latinske begreper, men likevel et tåkeland for pasienter som har jobbhverdagen sin fjernt fra sykehus og legekontorer.

Daly åpnet Riksmålsforbundets seminar «Helsespråk må bli klarspråk» 11. februar, der leger, språkfolk og pasienter så på utfordringene fra hvert sitt ståsted.

Daly hadde disse rådene til helsepersonell, sett med pasientens blikk: Sett deg i øyehøyde, vis interesse, vær nøytral, snakk forståelig og presist, si du og ikke man, finn ut hva pasienten vil vite og vær ærlig, gi enkel skriftlig informasjon og ikke minst: Jobb med språket.

Demokratisk problem

– Det er et demokratisk problem at hver tredje voksne person i Norge har problemer med å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon, sa Erlend Hem som er leder for Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Han mente at vi systematisk må samle informasjon om pasientenes opplevelser for at helsespråket skal bli bedre, og viste til en undersøkelse ved Helgelandssykehuset i 2021.

– Hele 20 prosent av dem som ble innkalt til sykehuset, hadde ikke forberedt seg på riktig måte fordi de ikke skjønnte hva de skulle gjøre, sa



Figur 1. Innledere og paneldeltakere på Riksmålsforbundets seminar om helsespråk: Magnus Løberg, Åse Wetås, Astrid Nylander Almaas, Kristin Daly, Cathrine Rysst, Erlend Hem, Are Brean. Foran: Trond Vernegg og Magne Nylenna. (Foto: Kjell Arne Bakke)

Hem. Samfunnet taper på dette, og pasientene blir mer engstelige enn det er grunn til å være.

Språkrådets direktør Åse Wetås la frem tall på at klarspråk gir økonomisk gevinst: – For hver krone som investeres i klarspråk, er gevinsten mellom 30 og 300 prosent. Tall må til for å overbevise dem som sitter på toppen og kan generere midler, slik at vi i sum får et språk som er vinn-vinn for alle, sa hun.

Start med utdanningen

– Vi har lover og vi har Språkrådet, men min påstand er at både utdanningene og helsepersonell aktivt og passivt undergraver myndighetenes språktiltak, sa Are Brean, redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
– Vi merker i tidsskriftet at leger ikke har et språk å snakke til pasienter med. De sier for eksempel at «dette uttrykket er ikke mulig å oversette til norsk». Det er tull, det er språklig slapphet – et problem når vi blir pasienter, mente Brean.

Flere mente at utdanningene er stedet å starte for å motivere helsepersonell til godt og varig helsespråk. Magnus Løberg, prodekan ved medisinsk

fakultet, Universitetet i Oslo, sa at det legges mer vekt på språk og kommunikasjon nå enn for bare få år siden. Han pekte på at 25 prosent av studentene på medisinstudiet er utlendinger: – Det er en fordel med en mangfoldig gruppe, men noen har så dårlige norskferdigheter, at de ikke klarer å kommunisere på norsk. Dette problemet har vi tatt tak i, sa Løberg.

Inflammasjon eller betennelse

For pasienter som har norsk som andrespråk, er norsk et vanskelig språk. Cathrine Rysst, lektor ved Universitetet i Oslo, hadde en interessant vri: – Når vi forenkler tekster, gjør vi det vanskeligere for folk med innvandrerbakgrunn, sa hun og nevnte sammensatte ord som: nedlegge, utrede, pårørende, oppkast og medfødt. – Slike ord blir fort uforståelige for dem som ikke har norsk som første språk, og det er 16 prosent av befolkningen. Av og til kan «inflammasjon» være mer forståelig for pasienten enn «betennelse». Vil vi bli forstått, eller vil vi være oppdragere, også her? avsluttet hun.

Nina Husom

Nina.husom@outlook.com

Nina Husom er manusredaktør i Michael

Sviket mot de sykeste

Michael 2025; 22: 184–196

doi: 10.56175/michael.12417

De sykeste pasientene i psykisk helsevern har de siste tiårene fått et dårligere tilbud. Mange opplever mer ensomhet, mer usammenhengende behandling, mer tvang og mer innesperring.

Dårligere psykisk helsevern for dem som trenger det mest var tittelen på seminaret som *Helsehistorisk forum* arrangerte i Nasjonalbibliotekets store auditorium 6. mars 2025 (figur 1).

Et hovedmål for psykiatripolitikken har siden 1980-årene vært å tilbakeføre og integrere pasienter i sitt lokalmiljø og tilby dem behandling der. Samtidig er respekten for pasientenes menneskerettigheter forsøkt styrket, blant annet ved å legge sterkere formelle restriksjoner på tvangsbruk.

Sterk og systematisk nedbygging

I samme periode er kapasiteten for døgnbehandling i psykiatriske institusjoner blitt kraftig nedbygd ned. Antall døgnplasser nådde toppen i 1973.

– Hadde vi hatt samme dekningsgrad i dag, ville det vært 24 000 døgnplasser, fortalte historiker Hilde Dahl. Nedbyggingen har vært sterk og systematisk. I 1990 var det tre ganger flere sykehussenger i psykiatrien per innbygger enn det er nå, og 95 prosent av pasientene skrives ut innen halvannen måned.

Endringene er antakelig gjort med de beste intensjoner, men det har gitt paradoksale konsekvenser for de sykeste pasientene. De har behov for mange og omfattende tjenester samtidig og over tid. Den erfarne rettspsykiateren Randi Rosenqvist har kalt det «sviket mot de sykeste» (1).

– Jeg tror ikke at pasientene har det best med å sitte i hver sin leilighet i hver sin oppgang og vente på at noen fra kommunen kommer innom for



Figur 1. Seminaret ble avsluttet med en panelsamtale med (f.v.) historikerne Hilde Dahl og Kai Østberg, stortingsrepresentant Seher Aydar (Rødt), tidligere helseminister Werner Christie (Arbeiderpartiet), tidligere overlege og rettspsykiater Randi Rosenqvist, leder av Landsforeningen We Shall Overcome Mette Ellingsdalen og leder i Norsk psykiatrisk forening Lars Lien. På talerstolen: møteleder Ole Georg Moseng. Foto: Erlend Hem

å gi dem en pille om kvelden som de skal ta før de legger seg. Vi må skape bomiljøer hvor de sykeste får et anstendig liv, sa Randi Rosenqvist.

En parallell utvikling er at antall domfelte til tvunget psykisk helsevern eller til tvungen omsorg har økt kraftig: Hittil gjelder det 400 personer, om ti år er tallet antakelig økt til 1000, trodde Rosenqvist.

– At justissektoren skal få overta ansvaret for de alvorligst psykisk syke, er ikke en utvikling vi ønsker oss, repliserte Hilde Dahl.

– Det trengs en ansvarsreform. Nå driver man et skyvespill, der ingen tar ansvar for denne pasientgruppen, mente Lars Lien, leder i Norsk psykiatrisk forening. Han hevdet at psykisk helsevern ikke nødvendigvis trenger mer ressurser, for vi bruker mer ressurser og har flere fagpersoner enn noe annet land i den vestlige verden.

– Vi må se på måten vi bruker ressursene på. Psykiaterne bruker nå halvparten av tiden på dokumentasjon og har ikke tid til å drive god behandling, sa Lien.

Reitgjerdet

Historiker Hilde Dahl fortalte om historien til Reitgjerdet sykehus. Hun hadde blant annet lest samtlige 1867 pasientjournaler fra sykehuset. Ved åpningen i 1923 sto den humanistiske tankegangen sterkt, og pasientene var sysselsatt i verksted, bokbinderi, skomakeri, gartneri eller gårdsdrift. De ble inkludert i alt av drift og vedlikehold. Gjerder kom først i 1956 etter en drapssak. Problemet for Reitgjerdet var at det ble for mange pasienter og stor ressursknapphet fra 1950-årene. Men historien er ikke lineær, minnet hun om. Det er mulig å snu, også i dag.

En redigert versjon av hele seminaret kan ses på nett (2).

Litteratur

1. Rosenqvist R. Mitt liv, mitt fag: tung psykiatri: sviket mot de sykeste. Oslo: Kagge, 2024.
2. *Dårligere psykisk helsevern for dem som trenger det mest.* Helsehistorisk forum. <https://youtu.be/oCtP-rilVUI>

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Nic Waal – synder i sommersol, pioner og barnepsykiater

Michael 2025; 22: 187–190

doi: 10.5617/michael.12418

Livet til den fargerike psykiateren Nic Waal (1905–1960) og det hun har etterlatt seg, var tema for et meget godt besøkt seminar i Helsehistorisk forum. Hennes egenartede personlighet og spektakulære kontaktnett vakte oppsikt i tiden hun levde, og interessen for hennes liv og virke er åpenbart fortsatt stor.

Det strømmet folk til seminar i Helsehistorisk forum om psykiateren Nic Waal 3. april 2025. Forhåndspåmeldingen tilsa 174 tilhørere. Hvorfor slik interesse?

Nic Waal, født som Caroline Schweigaard Nicolaysen i en borgerlig Oslo-familie, kombinerte gode evner og sjarmerende framferd med en dynamisk personlighet i en tid som var moden for nettopp dette. Hun gjorde i 1920- og 30-årene opprør mot alt. Hun var i opposisjon mot familien, mot autoriteter i fag og politikk og levde ut sine ideer. Hun ville ha frihet på alle livets områder. Dette ga gjenklang i tiden og er kanskje også noe av grunnlaget for den vedvarende interessen for henne.

Hun kom tidlig inn i kretser som ble betydningsfulle, blant annet i det politisk og kulturelt radikale Mot Dag-miljøet. Hun ble kjent med forfatteren Sigurd Hoel (1890–1960) i Paris i 1926. Som flammende forkjemper for seksuell frihet og kvinners selvstendighet fikk hun riktignok anføtelser da den 14 år eldre Hoel fridde til henne, men hun giftet seg likevel med ham i 1927. Hun er godt gjenkjennelig som en av hovedpersonene i Hoels braksuksess, romanen *Syndere i sommersol* fra 1927, for øvrig filmet både i 1934 og 2001. Men ekteskapet gikk ikke så bra, og i 1937 giftet hun seg igjen, nå med ingeniøren Wessel Waal (1894–1966). Hennes tredje ekteskap endte tragisk i 1954, da ektemannen, legen Aleksander Helju (1916–1954), druknet i en båulykke hun selv bare så vidt overlevde.



Figur 1: Fullt i det store auditoriet på Ullevål sykehus ved Helsehistorisk forums seminar om Nic Waal (1905–1960). (Foto: Øivind Larsen)

Hun ble cand.med. i 1930 og godkjent psykoanalytiker i 1933, etter utdanning både i Berlin og Oslo. Alt fra studietiden drev hun opplysningsvirksomhet om tidens hygieniske og sosiale debatter. Nic Waal ble spesialist i psykiatri i 1951 og i barnpsykiatri i 1953. Innen psykiatrien var

hun kontroversiell, blant annet fordi hun ble begeistret for den østerrikske psykoanalytikeren Wilhelm Reich (1897–1957), som bodde i Oslo i årene 1934–1939, og for hans omstridte orgon-teorier. Hun utviklet for øvrig selv en psykiatrisk behandlingsmetode som kombinerte fysisk undersøkelse av muskelspenninger med psykoterapi.



Figur 2: Et av de mest brukte fotografiene av Nic Waal, den strenge legen. Det finnes mange andre bilder av henne. Portrettene er påfallende forskjellige, fra lyshåret og ungpigeaktig student til et med Marlene Dietrich-liknende image fra Berlin-tiden.



Figur 3: Professor Håvard Friis Nilsen hadde dypdykket i Wilhelm Reichs liv og kunne presentere Nic Waals faglige kontekst i viktige år (1). (Foto: Øivind Larsen)



Figur 4: Professor Helge Waal fortalte om sin mors liv og levnet og viste blant annet bilder fra sin bok om henne (2). (Foto: Øivind Larsen)



Figur 5: Hva er den faglige arven etter Nic Waal? Anne Benedicte Skirbekk, dagens klinikkjef ved Nic Waals institutt kunne berette om en allsidig barnepsykiatrisk virksomhet. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 6: Nic Waals sønnesønn, Magnus Wessel Waal, er filmregissør og arbeider med et prosjekt om sin bestemor. (Foto: Øivind Larsen)

Men Nic Waals egen psykiske helse var også sviktende. Det var oppturer og nedturer, lys og mørke.

Under den annen verdenskrig var Nic Waal aktiv i motstandsarbeidet, og hun var i 1942 blant annet med på en evakuering til Sverige av jødiske barn.

Psykisk helse hos barn og unge var hennes hovedanliggende. I 1951 åpnet hun *Dr. Waals institutt for barn med tilpasningsvanskeligheter*, som fra 1953 fikk navnet *Nic Waals institutt*, og som fra 2004 har vært en del av Lovisenberg sykehus. Det var et paradoks at den ultraliberale Nic Waals faglige arv skulle bli ført videre i diakonissenes høyborg.

En redigert versjon av hele seminaret kan ses på nett (3).

Litteratur

1. Nilsen HF. *Du må ikke sove: Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge*. Oslo: Aschehoug, 2022.
2. Waal H. *Nic Waal: det urolige hjerte*. Oslo: Pax, 1991.
3. Nic Waal – hennes tid og vår tid. *Helsehistorisk forum*. <http://youtu.be//Z6CRTzKUOeQ>

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Pål Gulbrandsen
Professor Erlend Hem
Professor em. Øivind Larsen
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate

NOK 650 (2025)
ISSN 1893-9651

Michaels forside viser en legeundersøkelse ved Hôpital St. Louis i Paris, malt av den norske kunstneren Carl von Hanno (1901–1953) i 1934. Von Hanno hadde et stipendopphold i Paris 1932–1933.

Det som foregår, er kontroll av prostituerte ved sykehusets hudavdeling. Blant von Hannos bilder foreligger flere forskjellige varianter av dette motivet. Stilartene er litt ulike. Det gjør at budskap og tolkninger blir forskjellige. En mer naturalistisk framstilling understreker det uetiske og nedverdiggende ved situasjonen overfor pasientene. Vi reagerer på alle menneskene som er til stede ved de intime undersøkelserne – til og med politifolk.

Den mer abstrakte utgaven av maleriet som vi ser her, blir annerledes. En tolkning kan ta utgangspunkt i nettopp de to politimennene øverst til venstre i bildet. De fører tilsyn med hva som foregår, at det skjer på rett måte. Visitasjonene var tradisjonelt underlagt politiet, så derfor er det politi til stede.

Tilsyn kan ha ulike funksjoner og oppleves forskjellig. Å være den som *fører tilsyn* er noe helt annet enn å være *underlagt tilsyn*. Enhver som er i en lederposisjon, fører egentlig tilsyn, formelt eller uformelt. Det gjelder også i helseinstitusjoner og i annet helsearbeid. Slikt tilsyn gir oftest en plassering av ansvar der kompetansen er best, sikrer kvalitet og oppleves sjelden negativt. Et velfungerende kollegialt fellesskap er egentlig det beste tilsyn.

Enkelte profesjoner har personlig *autonomi* som en kjerne i rollebildet. Det kan kollidere med behovet for tilsyn. Når f.eks. en lege som arbeider selvstendig blir underlagt tilsyn, kan det oppleves som ubehagelig overvåking – og også være det. Men situasjonen som har utløst tilsyn, kan være oppstått på grunn av mangel på tilsyn.

Tilsyn gir trygghet. Det spørres om man ikke skulle legge mer vekt på det. Å arbeide uten korrektiver kan være både ubehagelig og farlig.

Øivind Larsen

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

