
Når det går galt

LIV-ELLEN VANGSNES

liv-ellen.vangsnes@tidsskriftet.no

Liv-Ellen Vangsnes er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Hun er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Sykehuset Østfold.

Medisinske feil er sjelden forårsaket av individuell skjødesløshet. Å straffe helsepersonell vil gjøre mer skade enn gagn. Skal vi minimere risikoen, bør vi bygge en kultur for læring, ikke for straff.



Foto: Sturlason

Å feile er menneskelig – å skylde på andre er politikk. Det ble tydelig da Fremskrittspartiets helsepolitiske talsperson Åshild Bruun-Gundersen nylig uttalte: «Nå vil jeg se at de personene som er involvert i dette får et større personlig ansvar for valgene de selv gjør.» (1). Utspillet kom etter at en pasient døde i akuttmottaket på Haukeland universitetssjukehus etter å ha ligget for lenge uten tilsyn. På forhånd hadde imidlertid sykepleierne ved avdelingen varslet ledelsen over hundre ganger om underbemanning (1). Bruun-Gundersen innrømmer at det ikke var nok helsepersonell på jobb den dagen. Men kravene om innstramminger og effektivisering kommer jo nettopp fra politisk hold. Så hadde da også direktøren ved sykehuset innfridd på dette punktet og høstet ros av styreleder for «usedvanlig god økonomistyring» (1).

I en undersøkelse blant 8 000 britiske leger fryktet over halvparten at de skulle få skyld for feil forårsaket av arbeidspress og systemsvikt (2). En dansk spørreundersøkelse avdekket blant annet at 5 % av legene det siste året hadde opplevd at pasienter døde som følge av at det hadde vært for travelt på avdelingen (3). Høy beleggspersent i sykehus har i flere europeiske studier vist å være assosiert med signifikant økt dødelighet (4, 5).

Utilstrekkelig opplæring, mangel på gode rutiner og prosedyrer, stadige avbrytelser i arbeidet samt tidspress som gjør at man ikke rekker å sette seg tilstrekkelig inn i sykehistorien, kan forårsake feil. At man blir trett og sliten på lange vakter med nattarbeid, øker også risikoen (6). En akuttsituasjon er ofte krevende og uoversiktlig. Når det står om livet til en pasient, er det ikke tid til å gjøre lange vurderinger. Da kreves rask handling, selv om beslutningsgrunnlaget kan være usikkert. Senere, når man i ro og mak kan se nærmere på situasjonen, er det lett å være etterpåklok og kritisere de avgjørelser som ble tatt.

Ved forsettlig eller grovt uaktsom handling åpner helsepersonelloven for at enkeltpersoner kan straffes. Men slike hendelser er svært sjeldne (7). Kriminalisering av helsepersonell er dermed ikke veien å gå for å redusere forekomsten av feil. Vi vet at sykehusansatte ofte ikke tør å melde fra om uheldige hendelser nettopp på grunn av frykt for sanksjoner. Det er derfor viktig at man tilstreber større åpenhet ved å støtte opp under at ansatte forteller om egne feil uten å bli klandret, slik at organisasjonen kan unngå å repetere de samme feilene. Et godt arbeidsklima og bedret pasientsikkerhetskultur er assosiert med færre pasientskader og lavere sykehusmortalitet (8). Vi er ikke tjent med en fryktkultur som kan virke handlingslammende og føre til defensiv medisin. At leger angir at de er stadig mer engstelige for å gjøre feil, er derfor bekymringsfullt (9, 10).

«Å feile er menneskelig – å skylde på andre er politikk»

Bruun-Gundersen ser ut til å mene at de som har gjort feil, slipper for lett unna. Hun forstår kanskje ikke at den involverte allerede straffes hardt gjennom skyldfølelse og selvbefreidelser. Leger og sykepleiere har fortalt hvordan de etter en slik hendelse havnet i en personlig krise. De føler at de står alene og kjenner på skyldfølelse og skam. I tillegg til sorgen over pasientens død og medfølelsen overfor de pårørende, kommer ofte belastningen med å bli avhørt

av politiet og gransket av Helsetilsynet (10). «Det føltes som å bli anklaget for mord», uttalte en sykepleier etter å ha vært gjennom en klagesak. Flere får psykiske problemer (11). Å leve med å ha gjort en alvorlig feil og samtidig frykte å havne i retten og på forsiden av avisene og dermed også ramme egen familie, kan bli uutholdelig. I en studie av amerikanske kirurger ble det funnet tre ganger så høy risiko for suicidale tanker hos dem som mente at de hadde gjort en alvorlig feil (12), og leger er yrkesgruppen med høyest selvmordsrate (13).

Den som rammes når noe går galt, ønsker at de involverte tar ansvar. Dessverre hender det at de største feilene gjøres *etter at* feilen er skjedd, ved at man forsøker å dekke over. Mangel på åpenhet og informasjon er årsak til mange klager i helsevesenet. God kommunikasjon med pasient og pårørende etter uønskede hendelser er viktig. Ikke minst kan en beklagelse bety mye både for den som er rammet og for den som sier det. Vi er alle tjent med å bli flinkere til å innrømme egne feil, for som Abraham Lincoln skal ha sagt: «En mann bør aldri skamme seg for å tilstå at han har feilet, for dette er jo i virkeligheten å si at han er klokere i dag enn i går.»

LITTERATUR

1. Olsen AN, Otterlei SS. Frp vil straffe enkeltpersoner hardere for sykehusfeil. NRK 4.11.2019. <https://www.nrk.no/hordaland/frp-vil-straffe-enkeltpersoner-hardere-for-sykehusfeil-1.14768487> Lest 26.11.2019.
2. British Medical Association. Doctors leader warns of all year crisis in the NHS. <https://www.bma.org.uk/news/media-centre/press-releases/2018/june/doctors-leader-warns-of-all-year-crisis-in-the-nhs> Lest 26.11.2019.
3. Dam PS. Sådan oplever 3.300 danske læger arbejdspresset på danske sygehuse. Berlingske 15.6.2017. <https://www.berlingske.dk/samfund/saadan-oplever-3.300-danske-laeger-arbejdspresset-paa-danske-sygehuse> Lest 26.11.2019.
4. Madsen F, Ladelund S, Linneberg A. High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark. *Health Aff (Millwood)* 2014; 33: 1236–44. [PubMed][CrossRef]
5. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals. *Manage Sci* 2014; 61: 754–71. [CrossRef]
6. Barger LK, Ayas NT, Cade BE et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med* 2006; 3: e487. [PubMed][CrossRef]
7. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf> Lest 26.11.2019.

8. Berry JC, Davis JT, Bartman T et al. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *J Patient Saf* 2016; 1. [PubMed][CrossRef]
 9. Leger mer redde for å gjøre feil. *Dagens Medisin* 28.1.2003.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2003/01/28/leger-mer-redde-for-a-gjore-feil/> Lest 26.11.2019.
 10. Løken S, Lysvold SS. Leger er redde for å gjøre feil: – Du føler både på sorg og skam når en pasient dør. *NRK* 19.9.2017.
https://www.nrk.no/nordland/leger-er-redde-for-a-gjore-feil_-_du-foler-bade-pa-sorg-og-skam-nar-en-pasient-dor-1.13696811 Lest 26.11.2019.
 11. Robertson JJ, Long B. Suffering in silence: Medical error and its impact on health care providers. *J Emerg Med* 2018; 54: 402–9. [PubMed][CrossRef]
 12. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146: 54–62. [PubMed][CrossRef]
 13. Hem E. Selvmordsatferd og yrke – er det noen sammenheng? *Suicidologi* 2006; 11: 15–7.
-

Publisert: 9. desember 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0771

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.