



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2020 30 stp**

Fakultet for landskap og samfunn

## **Pasientskader i psykiske helsetjenester**

**- Forekomst, årsaker og forebygging**

Adverse events in mental healthcare

- Incidence, causes and prevention

**Stine Kvalheim Renolen**

Master i folkehelsevitenskap

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Stadig flere får behandling for psykiske lidelser. Pasientskader som oppstår i kontakt med helsevesenet har vært et kjent problem de siste tiårene, og det er et helsepolitisk mål å forbedre pasientsikkerheten. Samtidig ser man at det i forskningen eksisterer kunnskapsmangler om pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester, sammenlignet med den kunnskap man har opparbeidet seg for skader som oppstår innen somatiske helsetjenester.

**Formål:** Formålet med studien er å avdekke hvilke pasientskader som forekommer i psykiske helsetjenester og årsakene til disse, ved å analysere erstatningssaker meldt til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Resultatene vil benyttes til å diskutere hvilke faktorer på systemnivå som kan bidra til å forbedre pasientsikkerheten, og forebygge pasientskader i psykiske helsetjenester.

**Materiale og metode:** Denne studien er en deskriptiv tverrsnittsstudie med kvantitative data utlevert fra NPE's statistikkdatabase. Materialet består av 210 erstatningssaker som har fått medhold på bakgrunn av pasientskader meldt av pasienter eller pårørende i perioden 2014-2018.

**Resultater:** Kategorien selvskade (34,6 %) hadde høyest forekomst av uønskede hendelser og skader, og selvmord (25,2 %) var den uønskede hendelsen som forekom hyppigst blant erstatningssakene. Andre uønskede hendelser og skader som forekom fordelte seg på kategoriene somatiske og psykiske skader (27,2 %), feil ved diagnostikk og behandling (22,7 %), uønskede medisineringshendelser (11,0 %) og andre pasientskader (4,5 %). Svikt i kliniske prosesser (55,9%) var årsak til over halvparten av de uønskede hendelsene og skadene, og mangelfull/manglende/feil vurdering utredning (37,0%) var den hyppigste årsaken. Andre årsaker til uønskede hendelser fordelte seg på kategoriene medisineringsfeil (19,4 %), svikt i sikringstiltak (14,9%) og kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse (5,3%). I 88 av de totalt 210 erstatningssakene førte den uønskede hendelsen til dødsfall.

**Konklusjon:** Studien gir innsikt i hvilke pasientskader som forekommer i psykiske helsetjenester, og årsakene til disse. Årsakene gir indikasjoner for hvilke faktorer på systemnivå som bør prioriteres ved forbedringsarbeid. Studien bidrar med kunnskap som kan være viktig for å redusere omfanget av pasientskader innen psykiske helsetjenester.

## Abstract

**Background:** There has been an increase in the number of people receiving treatment for mental disorders. Patient injuries occurring in contact with the health care system have been a known problem in recent decades, and it is a health policy goal to improve patient safety. At the same time, research shows a lack of knowledge about patient safety in mental health services, compared to somatic health care.

**Purpose of the study:** The purpose of this study is to discover patient injuries occurring in mental health services and their causes, by analyzing compensation cases reported to the Norwegian System of Patient Injury Compensation (NPE). The results will be used to discuss system-level factors that can improve patient safety and prevent adverse events in mental health services.

**Material and method:** This study is a descriptive cross-sectional study with quantitative data provided from NPE's statistical database. The material consists of 210 compensation cases based on patient injuries reported by patients or relatives in the period 2014-2018.

**Results:** The category self-harm (34.6%) had the highest incidence of adverse events and injuries, and suicide (25,2%) was the adverse event that occurred most frequently among the compensation cases. Other adverse events and injuries that occurred were somatic and mental injury (27.2%), diagnostic and treatment errors (22.7%), adverse medication events (11.0 %) and other patient injuries (4.5%). Failure in clinical processes (55.9%) was the cause of over half of the adverse events and injuries, and inadequate/missing/incorrect assessment (37.0%) was the most frequent cause. Other causes of adverse events were medication failure (19.4%), failure in safety measures (14.9%) and communication, documentation, and competence (5.3%). In 88 of 210 cases, the adverse event resulted in death.

**Conclusion:** This study gives insight in the occurrence of patient injuries in mental healthcare, and their causes. The causes of patient injuries gives an indication of which factors at the system level should be prioritized in improvement work. The study contributes with knowledge that can be important in reducing the extent of patient injuries in mental health services.

## **Forord**

To år ved masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) er nå ved veis ende. Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik og utfordrende prosess, spesielt med tanke på at jeg ikke har psykologifaglig bakgrunn. Det har derimot gjort det desto mer interessant å jobbe med tematikken, og få innsikt og kunnskap i et fagfelt jeg synes er veldig spennende.

En stor takk til mine veiledere, Ida Rashida Khan Bukholm og Johan Siqveland. Takk til Geir Bukholm for innspill, og til Mette Willumstad Thomsen for hjelp med statistikken. Takk til mine gode venninner Silje Fålun og Amalie Skar for innspill og korrekturlesing av oppgaven.

Til sist vil jeg takke familie, venner og min kjære Christoffer, som har oppmuntret og støttet meg gjennom hele prosessen. I en krevende tid hvor samfunnet har stått på hodet, har det tidvis vært utfordrende å finne motivasjonen og effektiviteten når dagene har føltes helt like, men dere har hjulpet meg gjennom det.

Stine Kvalheim Renolen

Sofiemyr, juni 2020

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv.....	1
1.2 Pasientskader og pasientsikkerhet.....	1
2. Formål med studien.....	3
2.1 Problemstillinger.....	3
2.2 Begrepsavklaring.....	3
3. Bakgrunn.....	4
3.1 Psykiske lidelser.....	4
3.2 Forekomst av psykiske lidelser.....	4
3.3 Konsekvenser av psykiske lidelser.....	5
3.4 Behandling av psykiske lidelser.....	6
3.5 Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur.....	7
3.6 Forskning på pasientsikkerhet og pasientskader i primærhelsetjenesten.....	8
3.7 Tidligere forskning på uønskede hendelser i psykisk helsevern.....	8
3.8 Annen forskning på uønskede hendelser i psykisk helsevern.....	10
3.8.1 Uønskede medisineringshendelser.....	10
3.8.2 Selvskade og selvmord.....	12
3.8.3 Aggresjon, vold og seksuell trakassering.....	15
3.8.4 Rømning.....	17
3.8.5 Diagnostiske feil.....	18
3.8.6 Andre pasientskader.....	20
3.9 Faktorer som påvirker pasientsikkerheten i psykisk helsevern.....	21
3.9.1 Organisatoriske og ledelses faktorer.....	21
3.9.2 Ansattes rolle.....	22
3.9.3 Pasientfaktorer.....	23
3.9.4 Tvangsinngrep.....	24
3.9.5 Fysisk miljø.....	24
3.10 Identifiserte kunnskapsmangler.....	24
4. Teori om systemperspektivet.....	26
4.1 Individ og systemperspektivet.....	26
4.2 Reason's Organizational Accident Model.....	26
4.3 Vincent's syv nivåer av sikkerhet.....	28

5. Strategiske føringer .....	29
5.1 Politiske føringer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.....	29
5.2 Juridiske reguleringer for faglig forsvarlighet .....	31
5.3 Individuell plan .....	32
5.4 Nasjonale råd, anbefalinger og pakkeforløp .....	32
5.5 Melding av uønskede hendelser og nesten-hendelser .....	33
6. Studiens folkehelserelevans .....	35
7. Om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) .....	36
8. Metode.....	38
8.1 Studiedesign.....	38
8.2 Datamateriale .....	38
8.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	41
8.4 Bearbeiding og koding av datamaterialet.....	41
8.4.1 Bearbeiding og koding av skadetyper og årsaker .....	41
8.4.2 Bearbeiding av forklaringstabeller for årsaker og skadetyper .....	42
8.4.3 Bearbeiding av aldersgrupperinger .....	42
8.4.4 Bearbeiding av variabelen behandlingssted .....	43
8.4.5 Bearbeiding og omkoding av diagnosekoder .....	43
8.5 Statistiske metoder .....	43
8.6 Litteratursøk .....	43
8.7 Ethiske overveielser .....	44
9. Resultater.....	45
9.1 Deskriptiv statistikk ved erstatningssakene hos NPE .....	45
9.2 Uønskede hendelser og skader .....	47
9.3 Årsaker til uønskede hendelser og skader .....	51
10. Diskusjon.....	54
10.1 Kjennetegn ved erstatningssakene hos NPE .....	54
10.1.1 Kjønn .....	54
10.1.2 Alder .....	54
10.1.3 Diagnose .....	55
10.2 Uønskede hendelser og skader .....	56
10.2.1 Hvilke uønskede hendelser forekommer? .....	56
10.2.2 Selvskading.....	57

10.2.3 Feil ved diagnostikk og behandling.....	59
10.2.4 Uønskede medisineringshendelser .....	60
10.2.5 Somatiske og psykiske skader .....	61
10.2.6 Andre pasientskader .....	62
10.3 Skadevolder.....	64
10.4 Årsaker til uønskede hendelser og skader.....	65
10.4.1 Svikt i kliniske prosesser .....	65
10.4.2 Medikamentelle feil.....	67
10.4.3 Sikkerhetstiltak .....	67
10.4.4 Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse .....	68
10.5 Forebygging på systemnivå .....	70
10.5.1 Faktorer som fremmer pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur .....	75
10.6 Metodediskusjon .....	77
10.6.1 Validitet .....	77
10.6.2 Reliabilitet .....	79
11. Konklusjon .....	80
11.1 Implikasjoner for videre forskning .....	81
12. Referanseliste .....	82

## Tabelloversikt

**Tabell 1:** Variable som beskriver bakgrunnsinformasjon s. 39

**Tabell 2:** Variable som beskriver diagnostikk og behandling s. 39

**Tabell 3:** Variable som beskriver skade s. 39

**Tabell 4:** Variable som beskriver årsak s. 40

**Tabell 5:** Andre variable s. 41

**Tabell 6:** Kjønn fordelt på diagnosekoder (ICD-koder) s. 46

**Tabell 7:** Forklaringstabell for uønskede hendelser og skader s. 47

**Tabell 8:** Deskriptiv statistikk for uønskede hendelser og skader s. 48

**Tabell 9:** Antall døde etter skadetype eller uønsket hendelse, fordelt på kjønn s. 49

**Tabell 10:** Deskriptiv statistikk for uønsket hendelse/skade etter behandlingsinstans s. 50

**Tabell 11:** Deskriptiv statistikk for uønsket hendelse/skade etter diagnosekoder s. 50

**Tabell 12:** Forklaringstabell for årsaker til uønskede hendelser og skader s. 51

**Tabell 13:** Deskriptiv statistikk for årsaker s. 52

**Tabell 14:** Deskriptiv statistikk for årsaker til skader og uønskede hendelser s. 53

**Tabell 15:** Forhold som bidrar til feil etter Vincent's syv nivåer av sikkerhet s. 72

## Figuroversikt

**Figur 1:** Reason's Organizational Accident Model s. 27

**Figur 2:** Reason's Swiss Cheese Model s. 27

**Figur 3:** Vincent's syv nivåer av sikkerhet s. 28

**Figur 4:** Områder i handlingsplanen s.30

**Figur 5:** Alders og kjønnsfordeling s. 45



# 1. Innledning

## 1.1 Psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv

Globalt er psykiske lidelser en stor folkehelseutfordring (WHO, 2005). Ifølge tall fra The Global Burden of Disease Study 2010, var psykiske lidelser og stoffmisbruk en av de ledende årsakene til sykdom (Whiteford et al., 2015). Totalt sett var psykiske lidelser og stoffmisbruk den femte ledende årsaken til Disability Adjusted Life Years (DALYs), og den ledende årsaken til Years Lived With Disability (YLDs) (Whiteford et al., 2013). Også i Norge er psykiske lidelser en av de store helse- og samfunnsutfordringene. Dette er tilfellet enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til sykdomsfravær og uføretrygd (FHI, 2011). Behovet for psykiske helsetjenester er større enn dagens helsetilbud kan dekke (Hewlett et al., 2014; Indergård et al., 2018), og antallet pasienter som får behandling i psykisk helsevern er økende (Brofoss & Larsen, 2009; Indergård et al., 2018).

## 1.2 Pasientskader og pasientsikkerhet

Risikoen for forebyggbare pasientskader innen psykiske helsetjenester er minst like stor som innen den somatiske helsetjenesten. I tillegg utgjør pasientens mentale tilstand og atferd som assosieres med psykiske lidelser, økt risiko for pasientskade (Brickell & McLean, 2011; Thibaut et al., 2019). Forebyggbare pasientskader har alltid eksistert, men fokus på tematikken oppstod for alvor først etter rapporten *To Err is Human: Building a safer healthcare* ble publisert i 1999 (Brickell & McLean, 2011). Siden har det globalt og nasjonalt vært økt oppmerksomhet mot å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019b; WHO, 2017).

Nasjonalt har pasientsikkerhetsprogrammet hatt som mål å redusere antall pasientskader ved sykehusopphold med 25%. I 2018 oppstod det minst én pasientskade ved 11,9 % av sykehusopphold ved somatiske sykehus (Helsedirektoratet, 2019c). Tilsvarende tall for psykisk helsevern foreligger ikke, da sykehusopphold innen psykisk helsevern ikke er med i denne beregningen. Dette fordi den standardiserte undersøkelsesmetoden som benyttes for å

måle forekomst av pasientskader, Global Trigger Toll (GTT), ikke er tilpasset denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2019c). I primærhelsetjenesten er den generelle kunnskapen om pasientskader svært begrenset (NOU 2015: 11).

Internasjonal forskning påpeker kunnskapsmangler og nedprioritering av pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester sammenlignet med andre medisinske helsetjenester (Brickell & McLean, 2011; Cullen et al., 2010; Dewa et al., 2018; Kanerva et al., 2012). Dette til tross for den generelt økte innsatsen for å forbedre pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2019b; WHO, 2017). Mye av litteraturen og forståelsen av pasientsikkerhet kommer fra forskning innen somatikk (Brickell & McLean, 2011). Selv om mye av kunnskapen kan overføres til psykiske helsetjenester, er psykisk helse et spesialisert og komplekst omsorgsområde med unike utfordringer (Brickell & McLean, 2011; Dewa et al., 2018; Quinlivan et al., 2020). Derfor er økt innsikt i omfang, sammenhenger og mekanismer bak pasientskader som oppstår i psykiske helsetjenester viktige for å forbedre sikkerheten til denne sårbare pasientgruppen (Cullen et al., 2010; WHO, 2008).

## 2. Formål med studien

Hovedformålet med studien er å avdekke hvilke pasientskader som forekommer i psykiske helsetjenester og årsaken til disse, ved å analysere erstatningssaker meldt til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i perioden 2014-2018. Resultatene vil benyttes til å diskutere hvilke faktorer på systemnivå som kan forbedre pasientsikkerheten og forebygge pasientskader i psykiske helsetjenester. Studien vil bidra til økt forståelse for hvordan og hvorfor pasientskadene oppstår. Innsikt i og kunnskap om forholdene som ligger bak pasientskader i dette materialet, kan være viktige bidrag til finne barrierer som kan redusere de aktuelle skadene i fremtiden.

### 2.1 Problemstillinger

På bakgrunn av formålet med studien vil denne oppgaven ta for seg følgende problemstillinger:

«Hvilke personmeldte pasientskader forekommer i psykiske helsetjenester, og hva er årsakene til disse?

«Hvilke faktorer på systemnivå bør vektlegges for å forebygge pasientskader i psykiske helsetjenester?»

### 2.2 Begrepsavklaring

*Psykiske helsetjenester* benyttes i denne studien som fellesbetegnelse for helsetjenester i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Der hvor det spesifikt er snakk om spesialisthelsetjenesten, vil psykisk helsevern eller spesialisthelsetjenesten benyttes som benevning. Kommunehelsetjenesten vil benyttes som benevning der det er snakk om helsetjenester innen denne sektoren.

*Pasientskader* refererer til den skaden pasienten eller pårørende har søkt erstatning for. Gjennom oppgaven vil i tillegg begrepet uønskede hendelser benyttes til å beskrive pasientskader. En uønsket hendelse defineres i oppgaven som en hendelse som er relatert til klinisk behandling som kan føre til skade.

## 3. Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant bakgrunnsinformasjon om emnet. Innledningsvis gis en beskrivelse av psykiske lidelser og forekomst, konsekvenser og behandling. Videre gis en innføring i begrepene pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur. Det gjøres rede for tidligere forskning på hvilke pasientskader som forekommer og årsakene til disse. Til sist presenteres tidligere forskning på pasientskader og pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester.

### 3.1 Psykiske lidelser

Psykisk helse omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet, til psykiske plager og lidelser. Psykiske plager benyttes om symptomer som kan være mer eller mindre belastende, men et høyt nivå av psykiske plager betyr ikke nødvendigvis at det foreligger en psykisk lidelse. Begrepet psykiske lidelser benyttes om en rekke ulike tilstander og diagnoser som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Mykletun et al., 2009b). Lidelsene klassifiseres etter internasjonale diagnostiske kriterier (ICD-10 og DSM) som jevnlig revideres i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens. Diagnosen stilles av en kliniker og helst med hjelp av strukturerte intervjuer. For at det skal foreligge en psykisk lidelse i henhold til nåværende diagnosesystem, må et bestemt antall kriterier være oppfylt (FHI, 2018a). De mest vanlige psykiske lidelsene er delt inn i hovedkategoriene depressive lidelser, bipolare lidelser, angstlidelser, rusrelaterte lidelser, demenslidelser, posttraumatisk stresslidelse, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, schizofreni og andre psykotiske lidelser (Mykletun et al., 2009b).

### 3.2 Forekomst av psykiske lidelser

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun et al., 2009b). I løpet av et år vil 16-22 % av den voksne befolkningen i Norge oppleve å ha en psykisk lidelse. De vanligste lidelsene blant voksne i Norge er angstlidelser, depresjon og rusmisbrukslidelser (FHI, 2018a). Blant barn i førskole og skolealder opplever 7 % symptomer forenlige med psykiske lidelser (FHI, 2018a). For barn og unge er angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser de vanligste psykiske lidelsene.

De fleste psykiske lidelser debuterer innen 30-års alder, med unntak av demens (FHI, 2018a). Det finnes begrenset kunnskap i Norge om forekomst av psykiske lidelser i ulike

aldersgrupper, men internasjonale studier har vist at forekomsten er høyere blant unge voksne enn blant eldre (FHI, 2018a).

Lidelsene er ofte kroniske med gjentatte episoder gjennom livsløpet (Solomon et al., 2000), men det er heller ikke uvanlig å bare ha en enkelt episode i løpet av livet (Monroe & Harkness, 2012). Komorbiditet er svært vanlig ved psykiske lidelser (Kessler et al., 2005a). Osloundersøkelsen beregnet at 11,9 % av populasjonen vil ha to psykiske lidelser i løpet av livet, mens 14,9 % rammes av tre eller flere (Kringlen et al., 2001). En tysk studie har funnet at i løpet av et år vil halvparten med psykiske lidelser ha minst to psykiske lidelser (Jacobi et al., 2015).

Forekomsten av angst- og depressive lidelser er høyere blant kvinner enn menn, mens rusrelaterte lidelser er vanligere hos menn (Mykletun et al., 2009b). Når det gjelder de mest alvorlige sinnslidelsene finner man gjennomgående ingen kjønnsforskjeller i forekomst av schizofreni (Perälä et al., 2007; Saha et al., 2005). Forekomsten av bipolare lidelser er også mer eller mindre den samme for menn og kvinner (Perälä et al., 2007).

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker med tiden. Det har vært en økning i andel nye uførepensjonister som følge av psykiske lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009; NAV, 2018), og det har også vært en sterk økning i behandling av psykiske lidelser (Brofoss & Larsen, 2009; Kessler et al., 2005b). Dette er likevel indirekte indikatorer, og de fleste studier som undersøker økning i forekomst direkte, finner ingen økning over tid (Baxter et al., 2014; Kessler et al., 2005b). I Norge ser man imidlertid en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager (FHI, 2018a). Det diskuteres hvorvidt det er en reel økning, eller om den skyldes en endring i hvordan man ser på psykiske lidelser i dagens samfunn kontra tidligere (Surén, 2018).

### 3.3 Konsekvenser av psykiske lidelser

Psykiske lidelser og plager utgjør en økende andel av den totale sykdomsbyrden i Norge. (St.meld.nr.19, 2014-2015). I 2015 var psykiske lidelser og rusmisbruk lidelser den nest største årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge, etter muskel- og skjelettplager. Deler man lidelsene opp i mindre kategorier, ligger angst- og depressive lidelser på delt andreplass over årsaker til helsetap (FHI, 2018a). Psykiske lidelser er særlig viktige årsaker til helsetap i den

delen av befolkningen som er under 50 år, og rammer dermed spesielt befolkningen som er i reprodutiv og arbeidsfør alder (FHI, 2018a).

Nedsatt arbeidsførhet er en vanlig og alvorlig konsekvens av psykiske lidelser. Det er de vanligste psykiske lidelsene, angst og depresjon, som bidrar mest til sykefraværet (Henderson et al., 2005), og disse er forbundet med gjentatte og langvarige sykefraværsperioder (Knudsen et al., 2013). Psykiske lidelser var hoveddiagnosen for ca. en tredjedel (36,8%) av de som fikk innvilget uføretrygd i Norge i 2014 (FHI, 2018a). Gjennomsnittsalderen for innvilget uføretrygd på grunn av psykiske lidelser er lavere enn for andre lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009).

Psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død. Dette kan delvis forklares av sammenhengen mellom psykiske lidelser og bruk av alkohol og tobakk, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet, hvilket er risikofaktorer for hjerte-karsykdommer, diabetes, kreft og kroniske lungesykdommer (Nordentoft et al., 2013; Scott & Happell, 2011; Walker et al., 2015). Depresjon er vist å forkorte forventet levetid. Effekten av depresjon på dødelighet er statistisk sett like sterk som effekten av røyking (Mykletun et al., 2009a). Forventet levealder for personer med schizofreni eller bipolar lidelse er 10-20 år kortere enn forventet levealder for den generelle befolkningen (Laursen, 2011).

### 3.4 Behandling av psykiske lidelser

En betydelig andel av befolkningen mellom 18 og 79 år er årlig i kontakt med helsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og psykiske lidelser (FHI, 2018b). Tall fra 2015 viser at om lag 10 % av alle menn og 15% av alle kvinner var i kontakt med fastlege/legevaksordningen i primærhelsetjenesten grunnet psykiske plager, mens om lag 4% av alle menn og 6% av alle kvinner var i kontakt med spesialisthelsetjenesten (FHI, 2018a). Angst og depressive lidelser er de vanligste årsakene til kontakt med helsetjenesten (FHI, 2018a) I 2018 mottok 151 000 personer behandling i psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2018a). Ca. 5 % av barn og unge i alderen 0-17 år behandles hvert år i psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig viser en norsk studie at mange med psykiske lidelser ikke har vært i kontakt med helsetjenesten (Torvik et al., 2018). Selv om vi har tall over kontakt med fastlege og legevaksordningen, mangler vi oversikt over hvor mange som benytter andre tilbud i

primærhelsetjenesten, for eksempel kommunepsykologer og psykiatriske sykepleiere, samt kurs i mestring av depresjon og lignende (FHI, 2018a).

Det finnes ulike former for farmakologiske og psykologiske behandlingsmetoder for psykiske lidelser, og effekten av disse er god for mange lidelser (Mykletun et al., 2009b). Noen lidelser har god effekt av medikamentell eller psykologisk behandling alene, mens andre har god effekt av en kombinasjon av disse (Mykletun et al., 2009b).

### 3.5 Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur

Ifølge Vincents (2011) definisjon handler pasientsikkerhet om å «unngå, forebygge og redusere effekten av uønskede hendelser eller skader som følge av prosesser i helsetjenesten» (oversatt fra Vincent, 2011, s. 31). Pasientskader som oppstår i psykiske helsetjenester benevnes ofte i litteraturen som uønskede hendelser (Marcus et al., 2018a). Uønskede hendelser defineres som «*negative utilsiktede konsekvenser av klinisk pleie som fører til skade eller svekkelse*» (Marcus et al., 2018a, s. 205; Vermeulen et al., 2018, s. 1087).

Pasientsikkerhet er ikke ensbetydende med kvalitet, men må ses i sammenheng med andre dimensjoner som har en betydning for kvalitetsbegrepet (Aase, 2018). Norske helsemyndigheter definerer kvalitet på bakgrunn av definisjonen til Institute of Medicine (Aase, 2018). For at kvalitet skal være til stede i helsetjenestene vektlegger definisjonen at tjenestene må være trygge og virkningsfulle, brukere må involveres, ressursene må utnyttes og tjenestene må være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Institute of Medicine, 2001). For å imøtekomme det økende behovet for helsetjenester, mener Institute of Medicine (2001) at sikkerhet må være øverste prioritet for å oppnå kvalitet i helsetjenesten.

En organisasjons utvikling av en pasientsikkerhetskultur er et kjerneelement i å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen (Weaver et al., 2013). Det finnes ingen entydig definisjon, men begrepet pasientsikkerhetskultur kan forstås som; «*felles verdier, tro, normer og prosedyrer blant medlemmer av en organisasjon, enhet eller team, som har innvirkning på ansattes atferd, holdninger og antagelse om at pasientsikkerhet er en overordnet prioritet*» (Oversatt fra Weaver et al., 2013 s. 369).

En systematisk oversiktsartikkel av Sammer et al. (2010) undersøkte hva som kjennetegner en pasientsikkerhetskultur, og identifiserte følgende syv subkulturer; lederskap, lagarbeid, evidensbasert behandling, kommunikasjon, læring, rettferdighet og pasientsentrert tjeneste.

### 3.6 Forskning på pasientsikkerhet og pasientskader i primærhelsetjenesten

Internasjonal forskning på pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester i primærhelsetjenesten er svært mangelfull (Brickell, T et al., 2009). Også i Norge er det generelt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten begrenset kunnskap om forekomsten av uønskede hendelser (NOU 2015: 11). Det finnes ingen varslings og meldeplikt for denne sektoren slik som for spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke gjennomført systematiske journalundersøkelser (NOU 2015: 11), som tilsvarer GTT-undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet, Udatert). Tallene over mottatte saker til NPE kan gi et innblikk i omfanget av saker i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Av de totalt 5696 sakene NPE mottok i 2019, omhandlet 798 primærhelsetjenesten (NPE, 2020b). Hvor mange av sakene som omhandler psykiske helsetjenester er imidlertid usikkert. Danmark har hatt en meldeordning for kommunale helse- og omsorgstjenester siden 2010 (NOU 2015: 11). I 2014 ble 104 538 saker meldt fra kommunale tjenester, hvor 67 % av hendelsene omhandlet medisiner og 24 % andre pasientskader (Patientombuddet, 2015). En britisk undersøkelse antyder at pasientskader forekommer ved 1-2 % av alle konsultasjoner i primærhelsetjenesten, hvor de vanligste skadene relateres til kommunikasjon og medisiner (The Health Foundation, 2011).

På grunn av manglende kunnskap om pasientskader i psykiske helsetjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil videre presentasjon av forskning på fagfeltet i stor grad baseres på pasientsikkerhet og skader i spesialisthelsetjenesten.

### 3.7 Tidligere forskning på uønskede hendelser i psykisk helsevern

Vold og aggresjon, selvskaade og selvmord, uønskede medisineringshendelser, rømning, diagnostiske feil og andre pasientskader er blant vanlige kategorier av uønskede hendelser og skader som typisk forekommer i psykisk helsevern (Brickell, T et al., 2009; Marcus et al., 2018a; Quinlivan et al., 2020; Thibaut et al., 2019). Det er få omfattende studier som undersøker den generelle forekomsten av uønskede hendelser i psykisk helsevern.



En studie av Vermeulen et al. (2018) undersøkte forekomsten av uønskede hendelser og medisinske feil ved 4371 innleggelses fordelt på 14 psykiatriske enheter i Pennsylvania. I utvalget var 48% kvinner og 52% menn. Uønskede hendelser forekom ved 14.5% (n=619) av innleggelsene. Ved 35% av disse forekom en medisinsk feil i tillegg. Den mest vanlige uønskede hendelsen var knyttet til uønskede medisineringshendelser (9.3%, n=398) og fall (3.9%, n=160), etterfulgt av «annet» (1.5%, n=65), pasientangrep/overfall (1.2%, n=56), seksuell kontakt (0.9%, n=42) og selvskade (0.6%, n=27). Medisinske feil forekom ved 9% (n=390) av alle hospitaliseringene. Ved 57% av disse forekom en uønsket hendelse i tillegg. For medisinske feil var medisineringsfeil den mest vanlige (5.7%, n=249), etterfulgt av ikke-medikamentelle feil (2.8%, n=120), smugling (1.5%, n=64) og rømningsforsøk (0.2%, n=7) (Vermeulen et al., 2018).

Mills et al (2018) undersøkte hvilke typer uønskede hendelser som forekom og frekvensen av disse, over en toårs periode ved psykiatriske institusjoner i USA. Hendelser med høy alvorlighetsgrad er vurdert på bakgrunn av en årsaksanalyse (RCA). Det var totalt 87 saker i denne kategorien. Av disse var 31 saker selvmordsforsøk, 16 rømningsforsøk, 10 fysiske angrep (mot ansatte eller andre pasienter), 8 hendelser involverte farlige gjenstander, 7 fall, 6 uventede dødsfall, 3 overdoser og 6 saker kodet som «annet». Hendelser med mindre alvorlig utfall gjennomgikk ikke en årsaksanalyse. Totalt var det 9780 saker i denne kategorien. Av disse var fall (35.7%) den mest vanlige hendelsen, etterfulgt av hendelser relatert til medisinerings (14.7%), verbale overgrep (12.5%), fysiske angrep (10.7%), medisinske problemer (7.7%) og farlige gjenstander (5.3%). Mills et al. (2018) er den eneste av studiene som i tillegg til forekomst, undersøker årsakene til uønskede hendelser. For selvmord var årsaken knyttet til det fysiske miljøet og manglende prosedyrer for håndtering av farlige gjenstander. For rømningsforsøk var det fysiske miljøet årsak, som for eksempel ulåste dører, i tillegg til prosedyrer for håndtering av pasienter som kom og gikk fra avdelingen. For fysiske angrep var årsaken manglende trening i å håndtere voldelige pasienter, i tillegg til utfordrende pasienter og fysisk utforming av enheten. Årsaken til hendelser som involverte farlige gjenstander skyldtes manglende prosedyrer for sjekk av eiendeler. For fall var årsaken mangelfull kommunikasjon mellom skift og dårlige systemer for vurdering av fallrisiko. For uventede dødsfall var årsaken forsinkelse i å avdekke og behandle alvorlige medisinske tilstander. Årsaken til overdoser var manglende systemer for å håndtere opoider på enheten (Mills et al., 2018). En svakhet ved denne studien er at den undersøker pasienter ved Veterans

Health Administration (VHA), som er psykiatriske institusjoner hvor pasientgruppen i hovedsak er menn. Funnene kan derfor ha begrenset generaliserbarhet.

En annen VHA-studie som undersøkte forekomsten av hendelser relatert til pasientsikkerhet ved psykiatriske institusjoner fant 2232 uønskede hendelser (Marcus et al., 2018b). Hendelsene ble inndelt i uønskede hendelser (n=478), medisinske feil (n=1455) og andre hendelser relatert til pasientsikkerhet (n=299). I kategorien uønskede hendelser var uønskede medisineringshendelser (n=330) den største skadetypen, etterfulgt av fysiske angrep (n=81), selvskade (n=37), seksuell kontakt (n=10) og andre ikke-medikamentelle hendelser (n=20). I kategorien medisinske feil var medisineringsfeil (n=1378) den største skadetypen, etterfulgt av ikke-medikamentelle medisinske feil (n=77). For kategorien andre hendelser relatert til pasientsikkerhet, var fall (n=224) den største skadetypen, etterfulgt av smugling (n=57) og rømningsforsøk (n=18) (Marcus et al., 2018b).

### 3.8 Annen forskning på uønskede hendelser i psykisk helsevern

Videre vil annen relevant forskning innen de identifiserte kategoriene av uønskede hendelser presenteres etter type, forekomst og årsaker.

#### 3.8.1 Uønskede medisineringshendelser

Uønskede medisineringshendelser som følge av medisinering forekommer hyppig i psykisk helsevern (Alshehri et al., 2017; Brickell, T et al., 2009). Disse kan være mulig å forebygge, og ikke. En forebyggbar medisineringshendelse er en skade som er resultat av en feil i medisineringsprosessen. Feil under medisineringsprosessen kan oppstå ved foreskrivning, administrering og registrering av medikamenter (Brickell, T et al., 2009; Thibaut et al., 2019). Dette kan innebære feil dose, forsinket dose, feil medikament eller at medisiner ikke er gitt til pasient eller tatt av pasienten selv (Marcus et al., 2018a).

Psykotropiske legemidler er ofte involvert i medisineringsfeil, og står for størstedelen av skadene forbundet med medisinering (Alshehri et al., 2017). Psykotropiske legemidler som antipsykotika, antidepressiva og benzodiazepiner er vanlige medikamenter i behandling av psykiske lidelser (Alshehri et al., 2017; Brickell, T et al., 2009). Pasienter med psykiske lidelser behandles ofte med en kombinasjon av medikamenter, i doser som ikke er anbefalt, og oppfølgingen av medisineringen er ofte mangelfull. Dette kan føre til at noen overbehandles og noen underbehandles, med fare for påfølgende terapivikt og bivirkninger

(Solberg & Refsum, 2015). Vanlige bivirkninger av psykotropiske legemidler er vektøkning, sedasjon, svimmelhet, munntørrhet, hodepine, magesmerter og kvalme, hypotensjon, seksuell dysfunksjon, og bevegelsesforstyrrelser som ustøhet, dystoni, parkinsonisme og ataksi (Valdovinos & Kennedy, 2004).

#### 3.8.1.1 Forekomst

En systematisk oversiktsartikkel av Alshehri et al. (2017) identifiserte to studier som undersøkte forekomsten av uønskede medisineringshendelser i psykiatriske enheter. Studiene viste at raten for uønskede medisineringshendelser varierer fra 10-42 per 1000 pasient-dag og 10,8-213 per 1000 innleggelser (Ayani et al., 2016; Rothschild et al., 2007). 13-17,4 % av alle de uønskede hendelsene var forebyggbare, og utgjorde dermed en rate på 1,3-7,3 per 1000 pasient-dag og 1,3-37,1 per 1000 innleggelser. Alvorlighetsgraden varierte fra betydelig (66-71 %) til alvorlig (28-31 %) og livstruende (1,4-2 %) (Ayani et al., 2016; Rothschild et al., 2007).

#### 3.8.1.2 Årsaker

Ifølge Rothschild et al. (2007) var menneskelige og systemrelaterte faktorer hyppigste årsak til medisineringsfeil, herunder bortfall/glemt å gi medisin (34,5%), kunnskapsmangler (21,7%), tekniske feil (19,2%) eller kommunikasjon (7,4%). For alle medisineringsfeil, inkludert forebyggbare uønskede medisineringshendelser, var 68% relatert til ordinerings-, 20% foreskrivning, 10% administrering og 2% annet (Rothschild et al., 2007).

Procyshyn et al. (2010) undersøkte hvilke pasient-, ansatt- og systemfaktorer som bidrar til medisineringsfeil. Pasientfaktorer inkluderte at pasienter unnlater å ta medisiner, og ikke informerer om psykiatriske symptomer eller andre medisiner de tar. Faktorer som angikk ansatte omhandlet kliniske prosedyrer som forskrivning, utlevering, administrering og håndtering av medikamenter. Systemfaktorer omhandlet å forebygge feil ved å sikre sømløs behandling gjennom god kommunikasjon og obligatoriske medisineringslister ved overføring av pasienter. Videre er et rapporteringssystem for medisineringsfeil som motvirker underrapportering, samt elektroniske systemer for forskrivning og håndtering av psykotropiske medikamenter viktig (Procyshyn et al., 2010).

### 3.8.2 Selvskade og selvmord

I 2018 ble det registrert 671 selvmord i Norge, det høyeste tallet siden 2001. Av disse var 469 menn og 202 kvinner (FHI, 2014). Man kan anta at det er ca. ti ganger så mange selvmordsforsøk som gjennomførte selvmord (Helsedirektoratet, 2008). Psykiske lidelser kan medføre økt risiko for selvmord (Brickell, T et al., 2009), og suicidalitet er en av de vanligste årsakene til innleggelse ved døgnenheter (De Santis et al., 2015).

Selvmord kan defineres som bevisst selvpåført kroppsskade som har resultert i død, mens selvmordsforsøk er selvpåført skade med intensjon om å dø, men som ikke resulterte i død. Selvskading kan defineres som selvpåført kroppsskade uten intensjon om å dø (Brickell, T et al., 2009).

Selvmord, selvmordsforsøk og selvskading er blant de mest alvorlige uønskede hendelsene i psykiske helsetjenester (Brickell, T et al., 2009), og blant de mest utfordrende kliniske tilstandene å håndtere (De Santis et al., 2015). Helsetjenestene vil dessverre ikke kunne forhindre at selvmord og selvmordsforsøk forekommer (Helsedirektoratet, 2008), men på grunn av den høye alvorlighetsgraden er forebygging en av de viktigste prioriteringen på verdensbasis når det gjelder å fremme pasientsikkerhet (Brickell, T et al., 2009). Også i Norge er det et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern, og sikre at alle med selvmordsrisiko får forsvarlig behandling (Helsedirektoratet, 2008).

#### 3.8.2.1 Forekomst

En rapport som sammenligner data mellom 35 ulike land, viser at Norge er blant den dårligste tredjedelen av landene på indikatoren som viser forhøyet dødelighet innenfor psykisk helsevern (St.meld. nr. 11 (2018-2019)). I 2015 og 2016 mottok Meldeordningen 283 meldinger om selvmord og 595 meldinger om selvmordsforsøk fra spesialisthelsetjenesten. Hovedandelen av hendelsene, 58 selvmord og 310 selvmordsforsøk, skjedde under innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2017). Av disse tok 34 menn og 22 kvinner livet sitt, mens 84 menn og 224 kvinner gjorde selvmordsforsøk (kjønn for 2 av sakene mangler). Blant de som var på permisjon eller hadde tillatelse til å forlate avdelingen, var det 52 selvmordsforsøk og 24 pasienter som døde i selvmord.

En norsk studie har undersøkt selvmord blant personer som hadde vært eller fortsatt var i kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser (Haaland et al., 2017). Av 329 selvmord hadde 66,6 % i løpet av livet hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig rusbehandling, 46,2% (n=152) hadde hatt kontakt det siste året, mens 28,6% var fremdeles i aktiv behandlingskontakt (Haaland et al., 2017). Av de som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern det siste året hadde 41,4% (n=63) hatt kontakt innenfor de siste 7 dagene, 64,5% (n=98) hadde hatt kontakt i løpet av de siste 30 dagene, mens 78,9% (n=120) hadde hatt kontakt i løpet av de siste tre månedene (Haaland et al., 2017).

En nasjonal undersøkelse av alle innleggelser ved psykiatriske sykehus i Danmark undersøkte antall selvmord fra innleggelse frem til pasienten ble utskrevet eller tok selvmord, over en 10-års periode. Undersøkelsen avdekket at det forekom 279 selvmord blant 126 382 pasienter, som totalt hadde 356 712 innleggelser. Dette tilsvarer 78 selvmord per 100 000 innleggelser, eller selvmord ved 0,08 % av innleggelsene (Madsen et al., 2012). Til sammenligning fant en systematisk oversiktsartikkel av Combs og Romm (2007) at selvmordsraten i USA, Kina, New Zealand, Australia, Østerrike og Storbritannia varierer mellom 100-400 per 100 000 innleggelser, hvilket tilsvarer en selvmordsrate mellom 0,1-0,4 % per 100 000. I tillegg forekommer en stor andel selvmord når pasienten er på permisjon eller har fått tillatelse til å forlate avdelingen, eller ved at pasienten rømmer fra avdelingen og begår selvmord (Bowers et al., 2010).

### 3.8.2.2 Årsaker

Den vanligste årsaken til selvmord i psykisk helsevern i Norge var hengning eller kvelning med gjenstander, mens det for selvmordsforsøk var hengning/kvelning og forgiftning, uavhengig av kjønn (Helsedirektoratet, 2017). Hengning er også i internasjonal litteratur funnet å være den vanligste årsaken til selvmord i psykisk helsevern (Bowers et al., 2010; Combs & Romm, 2007).

Helsedirektoratet foretok en analyse av selvmordene og selvmordsforsøkene som var meldt til meldeordningen i 2015 og 2016 (Helsedirektoratet, 2017). De fant to hovedkategorier som bidro til de uønskede hendelsene; mangel på beskyttelsestiltak og mangelfull selvmordsrisikovurdering.

Svikt i beskyttelsestiltakene involverte fysiske rammer som at pasienten hadde tilgang til høyder, rømningsmuligheter og tilgang på gjenstander og medbragte eiendeler, samt at pasienten hadde medbragt legemidler. Mange av meldingene påpekte at bygnings- og interiørmessige forhold ikke gav tilstrekkelig beskyttelse. Fellestrekk ved hendelsene som gjaldt tilgang på legemidler og farlige gjenstander var at prosedyre for gjennomgang av personlige eiendeler ikke var fulgt ved innleggelse eller tilbakekomst fra permisjon. Mange ansatte beskrev at de var i tvil om bruk av tvungen gjennomgang av personlige eiendeler. Tvilen var begrunnet med at de var usikre på fortolkning av aktuelt lovverk som skal ivareta pasientens integritet og samtidig kunne gi tilstrekkelig beskyttelse (Helsedirektoratet, 2017).

Kategorien svikt i selvmordsrisikovurdering dreide seg om at risikovurdering ikke var utført, det manglet dokumentasjon og/eller at oppfølging var ikke beskrevet (Helsedirektoratet, 2017). Mange meldinger beskrev at selvmordsrisiko ikke var utført før permisjon og utskrivelse. Medvirkende til dette var mangel på kompetent personell og ressursproblemer. Mangel på lege-/psykologkompetanse var årsak til at selvmordsrisikovurdering ikke var mulig å utføre i henhold til retningslinjer. Noen meldinger beskrev også at det i noen tilfeller var tvil om hvem som skulle foreta risikovurderingen, og at dette medførte at vurderingen ikke ble utført etter retningslinjene. Flere meldinger beskrev at dokumentasjon av gjennomført selvmordsrisikovurdering var mangelfull, hvilket påvirket oppfølgingen i den grad at annet personell ikke ble gjort oppmerksom på pasientens behov for adekvat observasjon og oppfølging.

Liten bemanning av fast personale med helsefaglig bakgrunn, og personalet som hadde kjennskap til pasienten i oppfølging, ble også vurdert som et problem. Disse faktorene medførte økt sikkerhetsrisiko for pasientene. Flere meldinger beskrev avvik mellom planlagt observasjonsgrad, og faktisk gjennomføring. Dette kunne være på grunn av svikt i kommunikasjon mellom ansatte, eller mangel på personell til å kunne gjennomføre observasjon slik som beskrevet (Helsedirektoratet, 2017).

Man finner tilsvarende funn i internasjonal forskning, hvor ofte beskrevne årsaker til selvmord er problemer med vurdering av pasienten, mangelfull opplæring av ansatte, ansattes kompetanse og kommunikasjon mellom ansatte. Årsaken som er hyppigst beskrevet er derimot problemer med det fysiske miljøet (Lieberman et al., 2004).

Når kjente risikofaktorer hos pasienten ikke tas hensyn til i forbindelse med behandlingen, ser man tydelig at det går utover pasientsikkerhet. To systematiske oversiktsartikler har vist at flere faktorer ved pasienten selv er risikofaktorer for selvmord (Bowers et al., 2010; Combs & Romm, 2007). Flest selvmord skjer tidlig i innleggelsen, og selvmordsraten er funnet å ha en sammenheng med antall tidligere innleggelser. Tidligere selvmordsforsøk øker risikoen, og affektive lidelser, depressive symptomer og schizofreni er hyppigst assosiert med selvmord (Bowers et al., 2010; Combs & Romm, 2007; De Santis et al., 2015).

### 3.8.3 Aggresjon, vold og seksuell trakassering

Et aspekt ved pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester som har fått betydelig oppmerksomhet, er vold og aggresjon (Brickell, T et al., 2009). En oversiktsstudie som har kartlagt eksisterende forskning på pasientsikkerhet, fant at vold og aggresjon er det temaet det er gjort mest forskning på (Thibaut et al., 2019). Begrepene aggresjon og vold benyttes ofte om hverandre, og det finnes ingen klar universell definisjon av hva som utgjør begrepene (Brickell, T et al., 2009). Begrepene kan forstås som atferd eller hendelser som utsetter pasienten selv, ansatte eller andre pasienter for risiko for skade, og kan inkludere truende atferd, verbal og fysisk aggresjon (Papadopoulos et al., 2012), og seksuell trakassering (Brickell, T et al., 2009). Handlingen behøver ikke resultere i en skade for å defineres som en uønsket hendelse (Marcus et al., 2018a). Pasienter med psykiske lidelser er spesielt utsatt for handlinger forbundet med vold eller aggresjon, enten ved å være den som utfører handlingen, eller at man er vitne til handling eller offer for handling (Brickell, T et al., 2009).

#### 3.8.3.1 Forekomst

Prevalensen av aggressive hendelser varierer betraktelig på bakgrunn av ulike land, forskjellige metoder, utvalg og tidsperspektiv (Cornaggia et al., 2011). Aggressive episoder er mer vanlig i USA enn i andre land (Cornaggia et al., 2011). I England og Wales er aggressive og voldelige handlinger en av de vanligste typene hendelser som fører til rapportering av pasientsikkerhetshendelser (NPSA, 2006). Basert på en analyse av nesten 45 000 hendelser fra 116 organisasjoner, rapporterte 10 467 hendelser om forstyrrende og aggressiv oppførsel, hvilket utgjorde 23,4 % av alle rapporteringene (NPSA, 2006).

Barlow et al. (2000) fant at i løpet av en 18-månders periode, var totalt 174 av 1269 innlagte pasienter (13,7 %) ansvarlig for 394 hendelser relatert til aggresjon og vold. Gjennomsnittlig gav dette en ukentlig forekomst på 5,05 hendelser (Barlow et al., 2000). Til sammenligning fant Ketelsen et al. (2007) at totalt 171 av 2210 innlagte pasienter (7,7 %) stod for 441 aggressive hendelser. Grassi et al. (2001) fant at av 1534 innlagte pasienter over en femårs periode, var 116 pasienter (7,5 %) ansvarlige for 329 aggressive hendelser. Alle studiene fant at helsepersonell var mest utsatt for skader og uønskede hendelser relatert til vold og aggresjon, med henholdsvis 66,4 % (n=293) (Ketelsen et al., 2007), 47,4 % (Barlow et al., 2000) og 41 % (n=135) (Grassi et al., 2001). Aggresjon mot andre pasienter utgjorde 31 % (n=102) (Grassi et al., 2001) og 21,8 % (n=96) (Ketelsen et al., 2007). Barlow et al. (2000) fant at verbal aggresjon forekom hyppigst, med 22,76 % (n=28). Grassi et al. (2001) og Ketelsen et al. (2007) fant at fysisk vold og aggresjon forekom hyppigst med henholdsvis 80,9% (n=266) og 75 % (n=331), mens verbal aggresjon utgjorde 4 % (n=13) (Grassi et al., 2001) og 24 % (n=106) (Ketelsen et al., 2007).

### 3.8.3.2 Årsaker

Årsaker til aggressiv atferd kan inndeles etter tre årsakssammenhenger (Nijman et al., 1999, Duxbury, 2002, referert i Pulsford et al., 2013):

1. Interne årsaker: aggresjon og vold skyldes i stor grad faktorer hos den aggressive personen, som psykisk sykdom eller personlighet.
2. Eksterne årsaker: aggresjon og vold forårsakes hovedsakelig av faktorer i personens fysiske eller sosiale miljø, som for eksempel fysisk utforming av avdelingen eller måten avdelingen styres av personalet.
3. Situasjon/interaksjonelle årsaker: aggresjon og vold kan påvirkes av samspillet i ulike situasjoner og forholdet mellom pasienter, andre pasienter og ansatte.

En systematisk oversikt av pasienters perspektiv på årsaker til aggressiv atferd, fant at pasientens mentale tilstand og negative aspekter ved behandlingsmiljøet påvirker utviklingen av aggressive situasjoner (Gudde et al., 2015). Bowers (2014) fant at pasientens mentale tilstand var årsak til 65 % (n=253) av hendelsene med aggressiv atferd. Pasientenes tilbøyelighet til å utagere forsterkes av et miljø som føles utrygt og uforutsigbart, hvor atmosfæren preges av stress, bråk, turbulens og en sammensetning av mange mennesker med ulike diagnoser. Et system som fokuserer for mye på sikkerhet og kontroll, gjennom urimelige



restriksjoner, regler og inndragelse av privilegier og frihet bidrar til aggressiv atferd. For eksempel fant Foster et al. (2007) at den hyppigste provokasjonen knyttet til aggressive hendelser var når pasienten ble nektet noe av personalet. Mangel på stimulering gjennom meningsfulle aktiviteter kan også fremprovosere frustrasjon og aggresjon. Ansattes atferd ovenfor pasientene kan enten provosere eller forebygge aggressiv atferd. Mangel på respekt, forståelse, feiltolkning, ignorering av signaler fra pasienten og enveis-kommunikasjon påvirker negativt. Funnene tyder på at hendelser utløses når brukere opplever personalets atferd og miljøet på avdelingen som en slags varetekt, fremfor et miljø preget av omsorg hvor de ansatte bryr seg (Gudde et al., 2015).

#### 3.8.4 Rømmning

Pasienter som rømmer fra institusjoner, utgjør et betydelig pasientsikkerhetsproblem med risiko for skade på pasienten selv og andre (Bowers et al., 1998; Brickell, TA et al., 2009; Muir-Cochrane & Mosel, 2008). Rømmning fra institusjon er vist å være assosiert med negative konsekvenser som selvmord, selvskaade, skade på andre (Muir-Cochrane & Mosel, 2008), drap, vold, aggresjon, og tap av tillitt til psykiatriske helsetjenester (Bowers et al., 1998). Mange rømmer direkte fra avdelingen, mens de er midlertidig ute av avdelingen eller ved at de unnlater å komme tilbake etter permisjon (Muir-Cochrane & Mosel, 2008). Rømninger medfører bruk av store sosiale og økonomiske ressurser i prosessen med å finne pasienten og returnere han eller henne til institusjonen (Bowers et al., 1998). I tillegg kan det for pasienten medføre tap av behandling eller forlenget rehabiliteringstid (Muir-Cochrane & Mosel, 2008)

##### 3.8.4.1 Forekomst

Ifølge to systematiske oversikter er det ulike definisjoner av pasienter som rømmer fra institusjoner, og ulike metoder for å kalkulere rater. Det gjør det vanskelig å gjøre sammenligninger på tvers av studier og fastslå en forekomst (Bowers et al., 1998; Muir-Cochrane & Mosel, 2008). Ifølge Muir-Cochrane og Mosel (2008) varierer forekomstraten for alle innleggelser mellom 2,5% og 34%. Bowers et al. (1998) fant at gjennomsnittraten er 12.6 per 100 pasient, med variasjon fra 2-44. Gitt at påstanden om at opptil 50% av rømninger ikke rapporteres (Bowers et al., 2005), gjør at det er forbundet stor usikkerhet til det virkelige omfanget av problemet.

En australsk studie fant en selvmordsrate på 20 % for personer som enten hadde rømt fra institusjonen eller var på permisjon (Shah & Ganesvaran, 2000), mens en britisk nasjonal undersøkelse over en ti-års periode fant en selvmordsrate på 25 % (Hunt et al., 2010). Variasjoner i raten for skade på seg selv og andre er vanskelig å sammenligne (Muir-Cochrane & Mosel, 2008), men det antydes at selvskade forekommer sjeldent (Bowers, 2003). Bowers et al. (1999) fant at 2,4 % skadet seg selv og 1,6 % skadet andre, mens Bowers (2003) antyder en rate på 4 % for skade på seg selv og andre.

#### 3.8.4.2 Årsaker

Det er flere årsaker til at pasienter rømmer fra institusjonen (Muir-Cochrane et al., 2013). Typiske årsaker kan være følelser knyttet til redsel og isolasjon, kjedsomhet, bekymringer og ansvarfølelse knyttet til hjem og familie, dårlig kvalitet på maten, psykisk symptomatologi, manglende innsikt i behovet for innleggelse, forstyrrende miljø på avdelingen og mangel på privatliv (Muir-Cochrane et al., 2013).

En intervjuundersøkelse av pasienter som har rømt fra institusjonen, fant at rømning forekom når pasienten opplevde avdelingen som et utrygt sted å være (Muir-Cochrane et al., 2013). Det kunne trigges av pasientens mentale tilstand, for eksempel ved hallusinasjoner eller psykoser. Sosiale faktorer som forholdet til ansatte og andre pasienter kunne også påvirke følelsen av en utrygg avdeling. Medvirkende til utryggheten var dårlig terapeutisk forhold til de ansatte og dårlig kommunikasjon, samt frykt for andre pasienter. Videre hadde det fysiske miljøet på avdelingen en betydelig innvirkning på pasientens opplevelse av en utrygg avdeling. Faktorer i det fysiske miljøet var blant annet manglende privatliv, støy, overfylt avdeling, hektisk tempo og institusjons eller fengselslignende atmosfære (Muir-Cochrane et al., 2013). En tysk studie fant at hovedårsaken til at pasienter rømte fra institusjonen var konflikter med ansatte eller andre pasienter, og regler ved avdelingen som opplevdes som for restriktive (Zenner & Munk, 2007).

#### 3.8.5 Diagnostiske feil

Grunnlaget for best mulig håndtering av psykiske lidelser, er en nøyaktig forståelse av den underliggende diagnosen (Brickell, T et al., 2009). Diagnosen gir implikasjoner for behandling og langsiktig prognose. Diagnostiske feil kan medføre manglende, utilstrekkelig eller feil behandling. Konsekvensen kan være ufullstendig håndtering av risikofaktorer ved

psykisk sykdom, slik som selvskading, selvmord eller aggressiv atferd (Brickell, T et al., 2009).

En diagnostisk feil oppstår når pasientens diagnose uteblir, den er forsinket eller det blir gjort en feil diagnostisk vurdering (Singh et al., 2017). Det kan være vanskelig å skille mellom disse tre, da de gjerne overlapper hverandre; både uteblivende og feil diagnose vil medføre forsinket diagnostikk (Singh et al., 2017).

#### 3.8.5.1 Forekomst

Meldeordningens årsrapport fra 2017 beskriver 4235 (43,8 %) hendelser knyttet til kliniske prosesser og prosedyrer i helsetjenesten generelt. Av disse var det registrert 922 hendelser knyttet til problemer med diagnose/vurdering av pasienter hvorav 460 pasienter fikk forsinket diagnose og 476 pasienter fikk feil diagnose. Andre avvik var knyttet til at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt (n=2647) og/eller at behandling ble igangsatt for sent (n=1459) eller utført feilaktig (n=422). (Helsedirektoratet, 2018b).

I psykiatrisk sammenheng derimot, ble kun én studie som undersøker forekomst av diagnostiske feil indentifisert. En intervjuundersøkelse av ansatte i psykiatriske enheter med en total pasientpopulasjon på 500-700 pasienter, fant at diagnostiske feil hadde en forekomst på 9 % (Cullen et al., 2010).

#### 3.8.5.2 Årsaker

Det kan vanligvis være flere årsaker til en diagnostisk feil. Diagnostiske feil kan oppstå som følge av individuelle kognitive eller systemrelaterte faktorer, eller som følge av disse i samspill (Singh et al., 2017). Individuell kognitiv svikt hos behandler kan dreie seg om at diagnostiske prosedyrer utføres feil, eller at behandler overser symptomer. Systemfeil kan involvere problemer med kommunikasjon og koordinering av utredning og behandling, problemer med dokumentasjon og tilgang på spesialister (Singh et al., 2017).

Ved diagnostisering av psykiske lidelser finnes det diagnostiske begrensninger som kan resultere i feildiagnostikk (Brickell, T et al., 2009). Disse inkluderer begrensninger ved diagnostiske manualer, kulturelle faktorer som påvirker hvordan pasientens sykehistorikk tolkes, og psykiatriske symptomer som kan tilskrives flere ulike diagnoser. I tillegg kan

pasientens symptomatologi og tilstand forstyrre pasientens evne til å formidle medisinske og mentale helseproblemer (Druss, 2007; Shear et al., 2000).

### 3.8.6 Andre pasientskader

Kategorien andre pasientskader inkluderer en rekke ulike hendelser. Vanlige rapporterte hendelser er fall, brannskader og kutt fra matlaging og skader under aktiviteter, for å nevne noen (Brickell, T et al., 2009).

#### 3.8.6.1 Forekomst

På grunn av den store variasjonen i ulike pasientskader og definisjonen av disse, er det få studier som undersøker forekomst av dette. Fall utgjør den største kategorien av andre pasientskader, og som det er gjort mest forskning på (Brickell, T et al., 2009). Fall er en vanlig uønsket hendelse i både somatiske og psykiske helsetjenester (Brickell, T et al., 2009; Helsedirektoratet, 2018b), men forekommer hyppigere i psykiatriske enheter enn for sammenlignbare aldersgrupper i andre enheter (Scanlan et al., 2012).

Meldeordningens årsrapport for 2017 melder om totalt 1330 (13,7%) hendelser med fall i helsetjenesten generelt (Helsedirektoratet, 2018b). Fallraten generelt i sykehus er rapportert å ligge mellom 3,1 til 3,7 per 1000 liggedøgn (Fischer et al., 2005; Hitcho et al., 2004; Krauss et al., 2005; Rohde et al., 1990). For psykiatriske enheter har fallraten ligget mellom 4,1 og 6,4 per 1000 liggedøgn (Fischer et al., 2005; Poster et al., 1991; Rohde et al., 1990), hvor det tidligere er vist at geriatrisk psykiatri har hatt de høyeste ratene med 9 til 17,1 per 1000 liggedøgn (De Carle & Kohn, 2001; Nyberg et al., 1997; Poster et al., 1991). En australsk studie rapporterer derimot om en fallrate på 1,25 per 1000 liggedøgn. Også her var fallraten høyest på geriatrisk psykiatri med fallrate på 3,19 per 1000 liggedøgn (Scanlan et al., 2012). Fall resulterer sjeldent i alvorlig skade (Fischer et al., 2005; Scanlan et al., 2012). Scanlan et al. (2012) fant i sin studie at små og moderate skader var rapportert for 46,5 % av fallene, mens 45,9 % av fallene ikke resulterte i noen form for skade. 7,6 % av skadene krevde overføring til medisinsk enhet (Scanlan et al., 2012).

#### 3.8.6.2 Årsaker

Scanlan et al. (2012) fant at 47,6 % av fallene var relatert til fysiske faktorer som mobilitets og balanseproblemer. Andre studier rapporterer om tilsvarende årsaker, i tillegg til forvirring

eller mental tilstand og effekter av medisiner (Scanlan et al., 2012). Eksterne bidragsytende faktorer var pasientatferd (9,5 %) og glatt/vått underlag (6,1 %) (Scanlan et al., 2012).

En studie som foretok en årsaksanalyse av 76 fall og fallrelaterte skader, avdekket 179 årsaker (Lee et al., 2012). Fallrelaterte skader involverte problemer med regler, retningslinjer og prosedyrer (27,9 %), miljø eller utstyr (24,6 %), kommunikasjon (19,6 %), egenskaper ved pasienten (8,9 %), fatigue (8,4 %) og fasiliteter (2,2 %) (Lee et al., 2012). Pasientene faller hyppigst i situasjoner hvor de reiser/setter seg fra seng/stol, går/løper, benytter baderommet eller på grunn av pasientatferd (Lee et al., 2012).

### 3.9 Faktorer som påvirker pasientsikkerheten i psykisk helsevern

Kun to systematiske oversikter beskriver påvirkningsfaktorer for pasientsikkerheten i psykiske helsetjenester, ble funnet (Brickell, T et al., 2009; Kanerva et al., 2012). På grunn av mangelfull forskning på pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester bygger artiklene i tillegg på medisinsk forskning. Ifølge Kanerva et al. (2012) er faktorer som angår organisasjon og ledelse, pasient og ansatte av betydning for pasientsikkerheten i psykiske helsetjenester. Dette understøttes av Brickell et al., (2009) som i tillegg til nevnte faktorer trekker frem betydningen det fysiske miljøet har for pasientsikkerheten ved psykiatriske institusjoner. Hendelser som berører pasientsikkerheten oppstår som resultat av en kompleks interaksjon mellom ulike faktorer, snarere enn en enkelt svikt fra systemet eller enkeltindivider (Brickell, T et al., 2009). Å forstå innholdet i disse faktorene er kritisk for utvikling av strategier for å bedre pasientsikkerheten (Brickell, T et al., 2009).

#### 3.9.1 Organisatoriske og ledelses faktorer

En organisasjons verdier, holdninger og prioriteringer spiller en sentral rolle for pasientsikkerheten og funksjonen i en organisasjon (Kanerva et al., 2012). Organisasjonen har hovedansvaret for å legge til rette for gode arbeidsforhold for de ansatte (Kanerva et al., 2012). Fokus på lagarbeid, forbedring, læring, åpenhet og kommunikasjon er assosiert med bedre pasientsikkerhet (Zaugg & Wangler, 2009). Tilstrekkelig bemanning, riktig kompetanse, utvikling og opplæring av nye ansatte reduserer uønskede hendelser (Windle et al., 2007). Det er lederens oppgave å sørge for at det er samsvar mellom de behandlingsbehovene pasientene har, og tjenestene som ytes (Johansen & Cordt-Hansen,

2006). Ledelsen har en indirekte påvirkning på ansattes atferd i relasjon til pasientsikkerhet (Olsen, 2010). De er grunnleggende ansvarlig for å skape en sikkerhetskultur, som oppmuntrer de ansatte til å ha en aktiv holdning til pasientsikkerhet (Kanerva et al., 2012). Å legge til rette for et trygt fysisk og psykisk miljø for pasienter og ansatte, er viktig for pasientsikkerheten (Kanerva et al., 2012).

Ulike organisatoriske faktorer påvirker ikke bare hyppigheten av pasientsikkerhetshendelser, men også sannsynligheten for at hendelser og nesten-hendelser blir rapportert (Brickell, T et al., 2009). En organisasjon bør ha gode systemer for å identifisere, melde og vurdere risiko, og være åpen for å lære av feil (Scholefield, 2008). Komplekse kliniske prosesser bør forenkles og standardiseres for å redusere risikoen for å gjøre feil (Gluck, 2007). Enkle, tidsriktige og tilgjengelige retningslinjer og prosedyrer tilpasset den spesifikke enheten bidrar til at ansatte gjør riktige valg i behandlingen (Scholefield, 2008).

### 3.9.2 Ansattes rolle

Ansattes muligheter for å fremme pasientsikkerhet avhenger av tilrettelegging på organisasjons- og ledelsesnivå, samt den generelle pasientsikkerhetskulturen (Kanerva et al., 2012). I psykiatrien kan høy arbeidsmengde og høyt tidspress lede til at ansatte gjør mer feil (Brickell, T et al., 2009). Effektivt lagarbeid og god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom ansatte og mellom behandlingseenheter er viktig for pasientsikkerheten (Kanerva et al., 2015). Svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell, pasienter og pårørende er en ledende kilde til uønskede hendelser (Brickell, T et al., 2009).

Ansattes kunnskap, erfaring og kompetanse har betydning for pasientsikkerheten (Kanerva et al., 2012). Samtidig er det viktig å verdsette ulike profesjoners kompetanser, og ikke la autoritære roller lede til en kommunikasjonskultur hvor man ikke kan stille spørsmål (Cosby & Croskerry, 2004). Ferdigheter i å vurdere risiko, håndtere aggresjon, forebygge vold, håndtering av medikamenter og samarbeid har vist seg å være egenskaper som er viktige i psykiske helsetjenester (O'Brien & Cole, 2003).

Forskning har vist at ansatte har en betydelig innvirkning på frekvensen av uønskede hendelser ved psykiatriske enheter. Ansattes holdninger og atferd kan ha stor innvirkning på pasientens involvering i behandlingen (Longtin et al., 2010). Ansattes ønske om å bevare

kontroll, tidspress, pasientens tilstand og sykdom, og manglende trening og aksept for pasientinvolvering kan være barrierer for pasientdeltagelse (Longtin et al., 2010). I hvilken grad ansatte verdsetter pasientene og evner å regulere egen frykt og sinne ovenfor pasientene og deres adferd, er funnet å påvirke frekvensen av selvskading, tilfeller med aggresjon og rømningsforsøk (Bowers et al., 2005).

### 3.9.3 Pasientfaktorer

Pasientinvolvering anses å være av de viktigste faktorene for å fremme pasientsikkerhet og forebygge feil (Longtin et al., 2010). Fra perspektivet til psykiske helsetjenester, er felles forståelse et nøkkelement for pasientsikkerheten. Gjennom involvering av pasient og pårørende kan ansatte forstå pasienten bedre (Piippo & Aaltonen, 2009). Pasientens preferanser og verdier er viktig informasjon som gjør det mulig for de ansatte å gi best mulig behandling (Ruland, 2004).

Samtidig kan sykdom og komorbiditet begrense pasientdeltakelsen (Longtin et al., 2010), og øke risikoen for utrygge hendelser (Brickell, T et al., 2009). Psykiatrisk symptomatologi påvirker kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell og kan forstyrre formidlingen av både generelle medisinske og mentale helseproblemer (Brickell, T et al., 2009). Pasientens personlighet og helsetilstand kan påvirke pasientens ønske og interesse av å kommunisere og involveres i behandlingen (Howe, 2006). Alvorlig psykisk syke kan på grunn av manglende sykdomsinnsikt, selv oppleve at de ikke har behov for hjelp (Johansen & Cordt-Hansen, 2006).

Utrygg pasientadferd, som fluktforsøk, vold, selvskade og selvmord, er atferd som kan oppstå som følge av pasientens underliggende psykiske lidelse. Dette øker risikoen for skade hos pasienten selv, andre pasienter og personale, og kan bidra til et krevende arbeidsmiljø på enheten (Brickell, T et al., 2009). Derfor krever psykiske helsetjenester spesialiserte styringsstrategier, som skiller seg fra de i medisinsk helsetjeneste (Dewa et al., 2018). Psykiske helsetjenester kan kreve tvangsinngrep tiltak som begrenser pasientens autonomi (Bowers, 2014). Bruk av tvang kan potensielt reduseres ved å involvere pasienter i større grad ved å gi de økt kontroll over egen omsorg (Dewa et al., 2018).

### 3.9.4 Tvangsinnngrep

Pasienter som ikke samtykker til behandling kan kvalifisere til tvungen psykisk helsevern eller tvungen observasjon etter lov om etablering av og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 2001). Vilåårene er blant annet at pasienten har en alvorlig psykisk lidelse og at tvang er nødvendig som siste utvei fordi vedkommende enten utgjør en fare for seg selv eller for andres liv eller helse (St.meld. nr. 11 (2018-2019)). Utover tvungen behandling, omfatter også tvangsinnngrep teknikker i selve behandlingen som benyttes for å håndtere pasientatferd av hensyn til sikkerheten til pasienten og andre. Slike teknikker kan være observasjon, tvungen medisinerings, skjerming av pasient (Bowers, 2014), kortvarig fastholding, samt bruk av mekaniske tvangsmidler som begrenser pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer (Thibaut et al., 2019). Ideelt sett skal ansatte forsøke å roe aggressiv atferd gjennom kommunikasjon og samarbeid med pasienten, men i situasjoner der det ikke er mulig, er tvangsinnngrep nødvendig (Foster et al., 2007). Tvangsinnngrep kan beskytte pasienter og ansatte for skade, når tiltakene benyttes hensiktsmessig (Marcus et al., 2018a). Samtidig er det et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet (St.meld. nr. 11 (2018-2019)).

### 3.9.5 Fysisk miljø

Sikkerhet i det fysiske miljøet er særlig viktig for pasientsikkerheten på psykiatriske institusjoner. Sikring av miljøet kan redusere sjansen for at pasienter skader seg selv (Mills et al., 2008). Faktorer ved det fysiske miljøet som påvirker sikkerheten kan være lste/ikke lste dører/vinduer, farlige gjenstander, utforming og design av miljøet, pasientoverfringer, bemanning og fordeling og sammensetning av pasienter (Thibaut et al., 2019). Rutiner for å kontrollere faktorer som angår sikkerheten er viktig (Mills et al., 2008).

## 3.10 Identifiserte kunnskapsmangler

Det er behov for forskning som undersøker involvering av pasienter og pårørende (Brickell, T et al., 2009; Dewa et al., 2018; Thibaut et al., 2019). Ifølge Dewa et al. (2018) er pasientinvolvering et av de viktigste satsningsområdene for fremtidig forskning på pasientsikkerhet innen psykisk helse (Dewa et al., 2018). Videre er det behov for mer forskning på selvmordsforebygging og medisineringsikkerhet (Dewa et al., 2018; Thibaut et al., 2019), forbedringer på systemnivå, prevalensen av pasientvold og ansattes innvirkning på dette (Thibaut et al., 2019). Brickell, T et al. (2009) påpeker at forskning på pasientskader



primært inkluderer fysiske skader, og at det er mangler på forskning som undersøker emosjonell og psykologisk skade som følge av uønskede hendelser. I tillegg er det mangler på forskning om empirisk validerte risikovurderingsverktøy, trenings/utdanningsprogrammer og intervensjoner for å forebygge og redusere uønskede hendelser som er typiske for psykiske helsetjenester (Brickell, T et al., 2009).

Både Brickell, T et al. (2009) og Thibaut et al. (2019) påpeker at det er mangler på høykvalitetsstudier i den eksisterende forskningen. En systematisk kartlegging av forskningsfeltet til nå fant 364 relevante studier, som for en oversiktsartikkel kan være et høyt antall. Likevel påpekte forskerne at over en 20-års periode i et såpass vidt fagfelt, er dette relativt lite (Thibaut et al., 2019). Størstedelen av forskningen kommer fra land som USA, Australia og Storbritannia (Brickell, T et al., 2009; Thibaut et al., 2019).

## 4. Teori om systemperspektivet

I dette kapittelet vil det gjøres rede for relevant teori for å beskrive feil i et systemperspektiv. Disse teoriene danner forståelsen for hvordan skader oppstår og forebygges.

### 4.1 Individ og systemperspektivet

Man har to ulike innfallsvinkler til hvorfor menneskelige feil skjer; individperspektivet og systemperspektivet. Individperspektivet vektlegger menneskelig adferd som årsak til feil (Reason, 2000). Dette perspektivet har begrensninger fordi det ikke tas hensyn til den miljømessige konteksten, hvilket gjør at man risikerer å ikke avdekke og forebygge årsakene som ligger til grunn for de individuelle feilene (Brickell, T et al., 2009; Mann et al., 2008). Systemperspektivet anerkjenner at det er forventet at mennesker gjør feil og at det ikke er noe vi kan endre, men at vi kan endre de forholdene mennesker arbeider under (Reason, 2000). Utover individets ansvar og handlinger inkluderer systemperspektivet konteksten og de underliggende årsakene til at feil skjer (Brickell, T et al., 2009; Mann et al., 2008). Dette kan eksempelvis være fysisk miljø og utforming av enheten, bemanning, heterogenitet av pasienter, og tilgjengelighet til strukturerte retningslinjer og prosedyrer (Brickell, T et al., 2009). Disse forholdene er resultatet av langvarige organisatoriske prosesser og ledelsesstrategier (Mann et al., 2008). Systemperspektivet ønsker å optimalisere de miljømessige forholdene for å begrense forekomsten av feil, samt å styrke forsvarsmekanismene slik at feil avdekkes før de medfører pasientskade (Mann et al., 2008). Forskning på pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester ligger etter i bruk av systemperspektivet som tilnærming (Brickell, T et al., 2009).

### 4.2 Reason's Organizational Accident Model

Reason's modell (Fig. 1) tar utgangspunkt i at feil må vurderes i et systemperspektiv for at man skal få full forståelse for hvorfor de skjer (Vincent, 2010). Modellen illustrerer at en ulykke ofte ikke skjer på grunn av en enkelt hendelse, men som en følge av feil som utvikler seg over tid, involverer mange aktører, flere ledd og ofte mange bidragsytende faktorer (Reason, 1997). Modellen tar først for seg hvordan organisatoriske prosesser og ledelsesbeslutninger kan føre til latente forhold. Latente forhold stammer fra design, avgjørelser tatt ved utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer, ledelsesbeslutninger og andre strukturelle faktorer i organisasjonen. De latente forholdene skaper forhold på arbeidsplassen

som bidrar til å fremme feil eller overtredelse (Vincent, 2010). Disse forholdene kombinert med aktive feil begått av enkeltindivider på arbeidsplassen vil føre til utrygge handlinger. Aktive feil er åpenbare feil, brudd på prosedyrer og retningslinjer og lignende. For at utrygge handlinger skal resultere i en uønsket hendelse, må de bryte igjennom systemets forsvarsmekanismer og barrierer (Reason, 1997). Som modellen også illustrerer kan en uønsket hendelse oppstå som en direkte årsak av at latente forhold på organisasjonsnivå bryter barrierene (Reason, 1997).

Når en uønsket hendelse har oppstått og man ønsker å analysere hendelsen, går man motsatt vei i modellen. Man starter med å se på hva som skjedde, og hvorfor barrierene ble brutt. Deretter vurderes hvilke aktive og latente feil som bidro til den uønskede hendelsen. For hver aktive feil begått må man identifisere hvilke lokale forhold på arbeidsplassen som har fremprovosert feilen, for deretter å vurdere hvilke organisatoriske forhold og latente feil som har bidratt til dette (Reason, 1997).

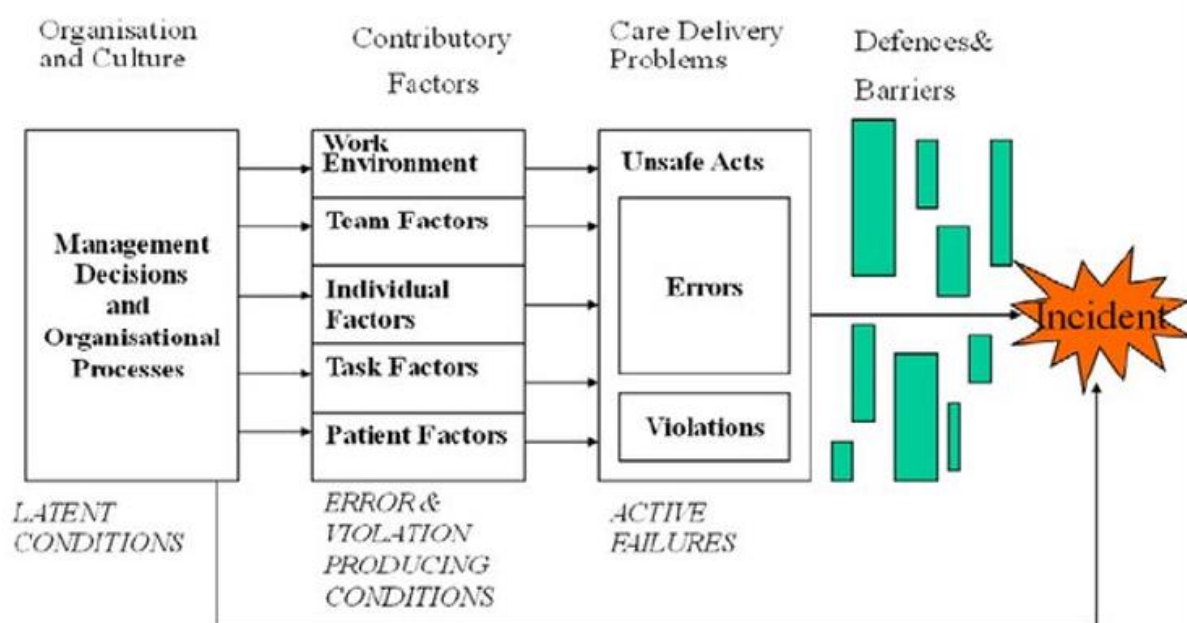


Fig. 1 - Reason's Organizational Accident model (Vincent, 2010)

Barrierer er ofte administrative eller fysiske tiltak i en organisasjon, som i praksis er forsvarsmekanismer for å avdekke og motvirke at feil skjer (Vincent, 2011). Ideelt sett skulle det ikke vært mulig å bryte igjennom disse barrierene, men i realiteten har alle barrierer svakheter og hull (Reason, 1997). Hullene oppstår som følge av aktive feil og latente forhold

(Reason, 2000). Reason's sveitserostmodell illustrerer hvordan barrierene brytes ved at hullene i barrierene havner etter hverandre, og tillater at en uønsket hendelse oppstår (Fig.2)

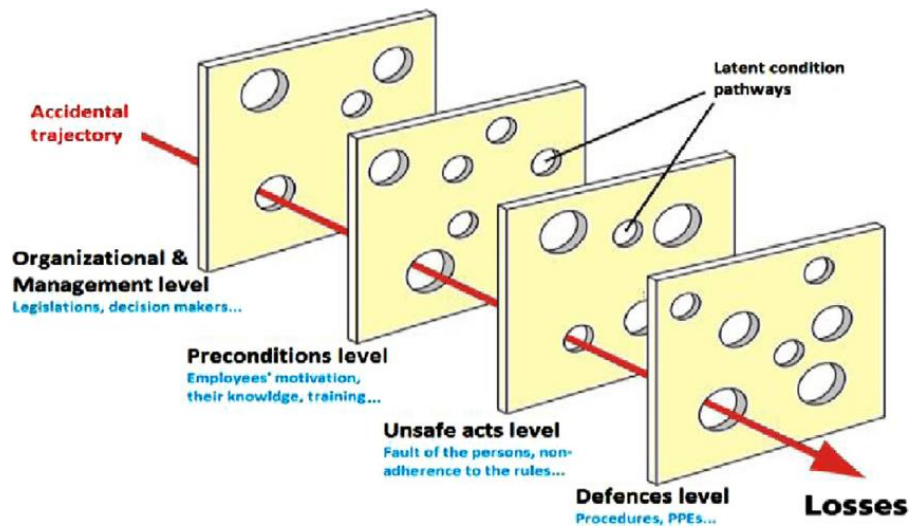


Fig. 2 – Reason's Swiss Cheese Model

#### 4.3 Vincent's syv nivåer av sikkerhet

Charles Vincent har videreutviklet Reason's modell og tilpasset den til bruk i helsetjenester. Den klassifiserer de ulike forholdene som bidrar til feil og de organisatoriske faktorene i et rammeverk av faktorer som påvirker pasientsikkerheten (Vincent, 2010).

Faktorer	Medvirkende faktorer
Pasientfaktorer	Pasientens tilstand, språk, kommunikasjon, personlighet, sosiale faktorer
Oppgave og teknologiske faktorer	Oppgavens utforming og klarhet, tilgang til og bruk av protokoller og testresultater, testresultatenes nøyaktighet, hjelpemidler til beslutningstaking
Individuelle faktorer (ansatte)	Kunnskap, erfaring, kompetanse, fysisk og mental helse
Team faktorer	Verbal og skriftlig kommunikasjon, veiledning og mulighet for hjelp, teamstruktur
Arbeidsmiljørealterte faktorer	Bemanning, variasjon i kompetanse, arbeidsbelastning, turnusarbeid, støtte fra ledelsen, utforming, tilgang til og vedlikehold av utstyr, fysisk arbeidsmiljø
Organisatoriske- og ledelsesfaktorer	Økonomiske ressurser og begrensninger, organisasjonens struktur, retningslinjer, standarder, mål, sikkerhetskultur og prioriteringer
Institusjonell kontekst	Nasjonale føringer, retningslinjer, forbindelse med eksterne organisasjoner

Fig. 3 – Vincents syv nivåer av sikkerhet (Oversatt fra Vincent, 2010)

## 5. Strategiske føringer

I Norge har det politisk de siste 15-20 årene vært økt oppmerksomhet rundt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019b). Det er iverksatt satsninger og forbedringer på nasjonalt nivå som sammen med forskrifter og eksisterende lovverk skal bidra til å bedre sikkerheten og kvaliteten i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019b). Det vil i dette kapittelet gjøres rede for de mest sentrale føringer og reguleringer.

### 5.1 Politiske føringer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Stortinget har siden 2013 lagt frem årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet. Formålet med meldingene er større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i helsepolitikken. Meldingene beskriver status og utfordringer, og gjør det mulig å følge utviklingen over tid (St.meld. nr. 11 (2018-2019)). Utfordringene som påpekes i den siste stortingsmeldingen er ivaretagelse av pasientperspektivet, ledelse, system og kultur (Meld. St. 9 (2019-2020)). I kvalitetsforbedringsarbeidet har regjeringen som mål å sikre pasientinvolvering, åpenhet, læring og forbedring, samt målrettet og samordnet innsats for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet (St.meld. nr. 11 (2018-2019)).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er viktige bidrag i arbeidet med økt kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten (Meld. St. 9 (2019-2020)). Forskriften pålegger virksomheter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016). Forskriften er et viktig verktøy for systematisk styring og ledelse, og for kontinuerlig forbedring av helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019b).

Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en overordnet handlingsplan som skal bidra til at kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring etterleves (Helsedirektoratet, 2019b). Handlingsplanen er en videreføring av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24/7, som gjaldt for perioden 2014-2018 (Meld. St. 9 (2019-2020)). Handlingsplanen skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge, sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og gjelder for perioden 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019b). Målsetningen er færre pasientskader,

bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tiltakene for å nå målsetningene deles inn i fire overordnede områder (Figur 4).

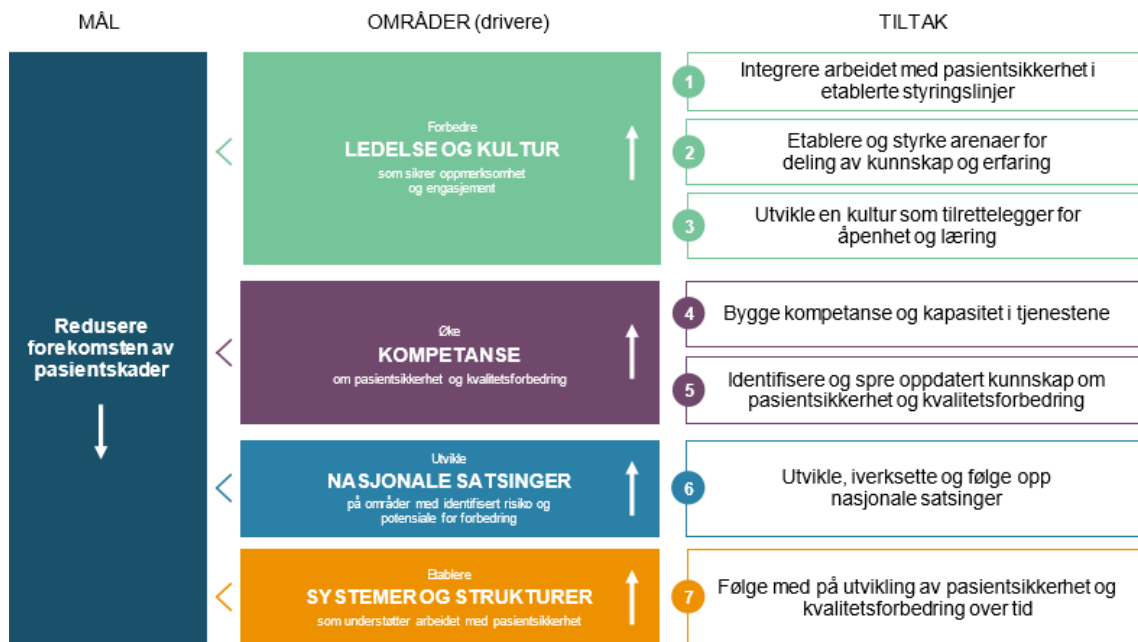


Fig. 4 – Områder i handlingsplanen (Helsedirektoratet, 2019b)

I hovedtrekk vektlegger tiltakene at systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er ledelsens ansvar, og at dette prioriteres i styringsarbeidet. Ledelsen er ansvarlig for å utvikle en pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet, deling av kunnskap og erfaring, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til læring og forbedring. Erfaringer fra pasienter og pårørende er også en viktig kilde til dette (Helsedirektoratet, 2019b).

Virksomhetene må organiseres slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette innebærer at arbeidsforholdene er lagt til rette for at helsepersonellet kan utøve forsvarlig helsehjelp. Det er leders ansvar at opplæring blir gitt og at medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse i sine fagområder. Både ledernes og medarbeidernes kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring må styrkes om man skal lykkes å forbedre tjenestene (Helsedirektoratet, 2019b).

Overordnet må man iverksette nye innsatsområder og følge opp eksisterende nasjonale satsninger innen områder med identifisert risiko og potensiale for forbedring. Gode systemer

og strukturer som understøtter arbeidet med pasientsikkerhet er nødvendig for å følge utviklingen over tid. En utfordring er at informasjon om avvik og data er vanskelig tilgjengelig for forbedringsarbeid, og at informasjon om pasientskader og pasientsikkerhet kommer fra ulike kilder (Helsedirektoratet, 2019b).

## 5.2 Juridiske reguleringer for faglig forsvarlighet

Helselovgivingen kan ses på som lovgivernes kvalitetskrav til helsetjenesten (Haugtomt, 2003). Lovverkene vektlegger at det er virksomhetene og kommunene som selv er ansvarlig for å tilrettelegge tjenestene slik at personellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at brukerne har et verdig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Helse og omsorgstjenesteloven, 2012; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

Kravet om faglig forsvarlighet setter standard for all yrkesutøvelse i helsetjenesten.

Helsepersonellets plikt til å opptre faglig forsvarlig er hjemlet i helsepersonelloven (2001), §4; *«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»*. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten (Helsepersonelloven, 2001). Tilsvarende gjelder krav til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven §2-2: *«Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige»*, og for primærhelsetjenesten etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» (2012) § 4-1.

Alle ledd i behandlingsvirksomheten innen psykisk helsevern skal gjennomføres i samsvar med helselovgivningen og dermed ivareta krav om faglig forsvarlighet (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Utover den generelle helselovgivningen reguleres helsetjenester i psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven (2001). Loven har til formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. I tillegg har den til hensikt å forebygge og begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 2001).

### 5.3 Individuell plan

I Norge er utarbeidelse av individuell plan en av metodene for å sikre pasientinvolvering. I pasientrettighetsloven (1999) § 2-5 heter det: *«Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.»*

I psykisk helsevernloven (2001) § 4-1 heter det:

*«Når en pasient er under psykisk helsevern, skal institusjonen utarbeide en individuell plan for vernet. Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke. Dersom en person er under tvungent psykisk helsevern, skal det søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planleggingen. Den individuelle planen skal kartlegge behovet for psykisk helsevern, angi hva som er målet med vernet samt hva slags psykiatriske tjenester som er aktuelle og omfanget av disse. Den individuelle planen skal beskrive gjennomføringen av vernet og det nødvendige samarbeidet med andre helse- og sosialtjenester.»*

Utgangspunktet for å innføre individuell plan er en erkjennelse av at tjenestetilbudet er preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukeren selv (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Personen planen utarbeides for skal ha en sentral rolle i planarbeidet så man opplever eierskap og innflytelse over prosessen. I psykisk helsevern er det i tillegg behov for utarbeidelse av konkrete behandlingsplaner som beskriver gjennomførelsen av behandlingen for den enkelte pasient ved behandlingsstedet.

Behandlingsplanen er ment å bidra til å sikre forsvarlighetskravet i spesialisthelseteloven og helsepersonelloven, og kan utarbeides uten pasientens samtykke (Johansen & Cordt-Hansen, 2006).

### 5.4 Nasjonale råd, anbefalinger og pakkeforløp

Helsedirektoratet skal etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter mål satt for helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjene inneholder systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor



helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjene er ment å være en faglig støtte for helsepersonell, tjenestemottaker, pårørende og ledelse på administrativt og politisk nivå (Helsedirektoratet, 2012). De er ikke bindende på samme måte som lovverk, men bør likevel være styrende for valg som skal tas (Helsedirektoratet, 2009). Rådene skal fremme kvalitet og likhet i tjenestene, og bidra til god praksis som sikrer effektiv behandling med lav risiko for bivirkninger (Helsedirektoratet, 2012).

Eksempler på faglige retningslinjer som angår utredning og behandling i psykiske helsetjenester er;

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av bipolar lidelse
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

## 5.5 Melding av uønskede hendelser og nesten-hendelser

God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at hendelser gjentar seg (Riksrevisjonen, 2017). Etter helsetilsynsloven skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester etablere et internkontrollsystem for virksomheten (Helsetilsynsloven, 2017). Internkontrollen skal bidra til at lovgivningens krav til faglig forsvarlige tjenester oppfylles gjennom systematisk styring, planlegging og kontinuerlig forbedringsarbeid (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Systemer og rutiner for avvikshåndtering er en viktig del av helseforetakenes internkontroll (Riksrevisjonen, 2017). Det interne avvikssystemet er til for at helsepersonell kan melde alle typer uønskede hendelser, også nestenulykker. Det er viktig at ansatte melder hendelsene, slik at helseforetakene kan lære av hendelsene gjennom systematisk forbedringsarbeid.

Til tross for at helseforetakene har elektroniske avviksmeldesystem, kvalitetsutvalg og retningslinjer for å melde, er det variasjon mellom de ulike helseforetakene i antall hendelser som meldes (Riksrevisjonen, 2017). I tillegg fant Riksrevisjonen (2017) at helseforetakene i liten grad benytter informasjonen fra uønskede hendelser på en systematisk måte i forbedringsarbeidet. Den generelle meldekulturen og ledelsen ved en avdeling har betydning for hva som meldes, og hvor ofte det meldes. Det er særlig tre faktorer som påvirker hvorvidt

uønskede hendelser blir meldt. For det første må avvikssystemet være enkelt å bruke, og man må ha tid til å melde. For det andre vil ulike holdninger til hva som skal meldes, påvirke hva som faktisk blir meldt. Man ser variasjon i hvilke yrkesgrupper som melder, og hva de melder. For det tredje kan omfanget av meldinger om uønskede hendelser påvirkes av hvorvidt ledere og ansatte forklarer hendelsen med menneskelig svikt eller systemsvikt. Forklarer man hendelser med at enkeltpersoner har gjort feil, vil det kunne føre til en kultur hvor avvikssystemet er som et angiversystem, og det kan bli høy terskel for å melde (Riksrevisjonen, 2017).

Utover de interne avvikssystemene, har institusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 vært pliktig å melde fra til Helsedirektoratet om hendelser som har, eller kunne ha, ført til betydelig skade på pasienter. Meldeordningen gjaldt fra 2012 frem til avvikling 15.mai 2019 (Helsedirektoratet, 2019a). Ordningen omfattet ikke meldinger fra pasienter og pårørende (Lippestad et al., 2014). Hensikten med meldeordningen var å forbedre pasientsikkerheten, ved å avdekke årsaker og lære av feil (Lippestad et al., 2014). En evaluering viser at det etter innføring av meldeordningen ble enklere å melde og at meldeordningen førte til generelt større oppmerksomhet omkring meldekultur og læring. Antall meldinger viste en femdobling etter meldeordningen trådte i kraft. I tillegg ble det registrert en betydelig økning i antallet varsler til Statens helsetilsyn. Dette tyder på at den generelle meldekulturen endret seg i den grad at det ble meldt mer og oftere (Lippestad et al., 2014).

Etter avviklingen av meldeordningen, er virksomheter som yter helse og omsorgstjenester etter Helsetilsynsloven (2017) §6, fortsatt pliktig å varsle Statens Helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient som følge av tjenesteytelsen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Tidligere gjaldt varslingsplikten kun for spesialisthelsetjenesten. Fra 1.juli 2019 gjelder retten til å varsle også for primærhelsetjenesten, pasienter, brukere og nærmeste pårørende (Helsetilsynet, 2019).

## 6. Studiens folkehelserelevans

I Folkehelseloven (2012) §1 fremkommer det at «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse». Denne studien tar for seg pasienter som allerede har psykiske lidelser, og som er blitt utsatt for skade i behandling. Det kan likevel argumenteres for studiens relevans for folkehelsearbeidet, da studiens resultater kan belyse svakheter og utfordringer ved dagens helsetjenester som kan benyttes i forbedringsarbeid. Lavere risiko for skade og økt kvalitet i behandlingen kan for det enkelte individ bidra til å fremme ens psykiske helse og redusere ytterligere lidelse og vanskeligheter med å oppnå god helse, trivsel og deltakelse i samfunnet. Studien har derfor særlig relevans på individnivå, men også på gruppe og samfunnsnivå. Psykiske lidelser og plager står for en økende andel av den totale sykdomsbyrden i Norge (St.meld.nr.19, 2014-2015), og man har sett en sterk økning i behandling av psykiske lidelser (Brofoss & Larsen, 2009). Psykiske lidelser forårsaker høye behandlingstkostnader og tapt arbeidsdeltagelse, og koster mer for samfunnet enn dødelige sykdommer (FHI, 2017). Uønskede hendelser og skader i forbindelse med behandling kan ha konsekvenser for individets prognose, fysiske og psykiske helse, i tillegg til større belastning og kostnader for helsesystemet. Det er derfor viktig å avdekke svakheter ved dagens system slik at fremtidens psykiske helsetjenester er rustet for å yte god og trygg behandling. I Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter (St.meld.nr.19, 2014/2015) annonserer regjeringen at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet.

Studiens aktualitet begrunnes også i at det ikke finnes andre studier på nasjonalt nivå som undersøker personmeldte pasientskader i psykiske helsetjenester, som er meg bekjent. Pasientinvolvering er viktig i arbeidet med pasientsikkerhet (Dewa et al., 2018; Kanerva et al., 2012). Denne studien involverer pasientene i den grad at studien analyserer pasientskader og uønskede hendelser meldt av pasientene selv.

## 7. Om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

NPE er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet (NPE, Udatert). Pasienter som mener de er utsatt for skade som følge av behandling og oppfølging i helsetjenesten kan søke erstatningskrav gjennom NPE (Meld. St. 9 (2019-2020)). Etter Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal pasienter som er utsatt for skade i helsetjenesten informeres om at de har mulighet til å søke erstatning hos NPE.

NPE har til hensikt å bidra til kvalitetsforbedring og skadeforebyggende arbeid i helsetjenesten. NPE's erstatningssaker er et viktig supplement til helsetjenestens egne avviksmeldinger, og sakene kan bidra til å gi et utfyllende bilde av årsaken til at pasientskader oppstår (NPE, 2019b).

Erstatningskravene vurderes etter Pasientskadeloven (2009). For å ha krav på erstatning må visse kriterier være oppfylt (NPE, 2020a). Skaden det søkes erstatning for må skyldes svikt i behandling, undersøkelse, diagnostisering eller oppfølging. Det må kunne påvises en årsakssammenheng mellom svikten og selve skaden (NPE, 2020a). For at det skal være en skade etter pasientskadeloven, må ytelse av behandling eller helsehjelp ha ført til et utilsiktet eller unødvendig resultat for pasienten (Pasientskadeloven, 2009). Det må foreligge et økonomisk tap på over 10 000 kr som følge av pasientskaden. Formålet med erstatningen er å dekke inntektstap, tap av forsørger, eller ekstrautgifter som følge av pasientskaden. I enkelttilfeller kan man søke erstatning selv om man ikke har hatt økonomisk tap. Dette gjelder saker hvor man har fått en varig eller betydelig skade som gir en medisinsk invaliditet på minst 15% (NPE, 2020a). For å ha krav på erstatning må man søke pasientskadeerstatning senest 3 år etter skaden skjedde (NPE, 2020a).

I saksbehandling av erstatningssakene benytter NPE uavhengige medisinske spesialister med særlig kompetanse innen sitt fagfelt (NPE, 2018). Det er den sakkyndiges vurdering som gir grunnlag for om vilkårene for NPE's vedtak om krav til erstatning er oppfylt eller ikke (NPE, 2018). Saksbehandlingen baserer seg på informasjon fra pasient, lege, journal fra behandlingsstedet og andre relevante instanser som NAV og folketrygden (NPE, 2019a). Saksbehandlingen er gratis for den som søker erstatning (NPE, 2017).

Etter Pasientskadelovens § 7 skjer finansieringen av erstatningsutbetalingene ved at staten, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til NPE ved skader voldt i den offentlige helse- og omsorgstjenesten (Pasientskadeloven, 2009). Ved pasientskader voldt utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten er den ansvarlige virksomheten pliktig til å melde ifra og betale tilskudd til NPE (Pasientskadeloven, 2009).

En undersøkelse utført av NPE har sett på hvor stort samsvar det er mellom saker der pasienten har fått erstatning som følge av svikt i behandlingen, og saker som er meldt i avvikssystemene på sykehus. Undersøkelsen viste at av 1163 saker meldt til NPE i perioden 2014-2017, var 383 meldt i et avvikssystem. Dette gir en samsvarsprosent på 33%, som varierte fra 0-59% for de ulike helseforetakene. Fordelt på medisinsk område hadde saker meldt i psykiatrien høyest samsvarsprosent, med 67%, men det påpekes at antall saker innen dette området var lavt (NPE, 2019b).

## 8. Metode

I følgende avsnitt vil studiedesign, datamateriale, inklusjons- og eksklusjonskriterier, bearbeiding og koding av data, litteratursøk og etiske overveielser tilknyttet studien presenteres.

### 8.1 Studiedesign

I denne studien benyttes kvantitativ metode med data fra Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) statistikkdatabase. Studien er en deskriptiv tverrsnittsstudie, med formål å gi et oversiktsbilde over frekvensen av ulike variable knyttet til pasientskader innen psykiske helsetjenester. Tverrsnittstudier er egnet til å undersøke prevalensen av en tilstand på et bestemt tidspunkt, og til å generere hypoteser (Laake et al., 2007).

### 8.2 Datamateriale

Datamaterialet er utlevert fra NPE's statistikkdatabase. Materialet består av personmeldte klager fra pasienter eller pårørende, som mener at de eller deres respektive har blitt utsatt for skade som følge av behandling, diagnostikk og oppfølging av psykiske plager og lidelser. Utvalget består av totalt 1172 klagesaker meldt i perioden 2014-2018, hvor 210 har fått medhold og 962 har fått avslag. Datamaterialet er koden av en saksbehandler hos NPE. Materialet er beskrevet med 23 ulike variabler. Flere variabler i det opprinnelige datamaterialet er ikke relevante for å besvare problemstillingene, og inngår derfor ikke i analysene. Tabell 1-4 gir en oversikt og beskrivelse av innholdet i de 14 inkluderte variablene i studien slik det fremgår av det opprinnelige datamaterialet. Disse vil inngå i bearbeiding av data og i analyser. Variablene presenteres etter hovedkategoriene bakgrunn, diagnostikk og behandling, skade, årsak, og annet.

Tabell 1. Variable som beskriver bakgrunnsinformasjon

<b>Bakgrunn</b>
<b>Kjønn</b> Beskriver om pasienten er mann eller kvinne. Datamaterialet består av 607 menn og 565 kvinner.
<b>Skadealder gruppert</b> Pasientene er fordelt på aldersgrupperinger med 10 års intervaller (antall saker i parentes); 0-9 (48), 10-19 (237), 20-29 (301), 30-39 (232), 40-49 (169), 50-59 (121), 60-69 (38), 70-79 (19) og 80-89 (6)
<b>ICD-10-kode1 - tilstand behandlet</b> Angir diagnosen pasienten hadde på skadetidspunktet, klassifisert etter ICD-10-kodesystemet. Datamaterialet består av totalt 212 ulike psykiske og somatiske diagnosekoder, fordelt på 1172 saker.

Tabell 2. Variable som beskriver diagnostikk og behandling

<b>Diagnostikk og behandling</b>
<b>Behandling</b> Består av et kortfattet resyme på 1-3 setninger som oppsummerer gitt behandling/oppfølging og sykehistorie
<b>Kategori behandlingssted</b> Beskriver hvor i helsesystemet pasienten har fått oppfølging og behandling. Består av følgende koder (antall saker i parentes): kommunelegetjenesten/fastlegeordninger (211), annen kommunehelsetjeneste (42), kommunal legevakt (9), offentlig kjøp av helsetjenester (12), privat helsetjeneste (9), privatpraktiserende spesialister (21), psykiatriske institusjoner (750), rusomsorg (8), somatiske sykehus (104) og annet (6)

Tabell 3. Variable som beskriver skade

<b>Skade</b>
<b>Skade</b> Består av et kortfattet resyme på 1-3 setninger som oppsummerer skaden og i noen tilfeller hva som burde vært gjort for å forhindre den
<b>Skadetype1</b> Angir hvilken skadetype eller uønsket hendelse pasienten er utsatt for, kodet etter NPE's interne taksonomi (600-kode). Skadetype1-kode er oppgitt for alle saker bortsett fra en. Opprinnelig består kategorien av følgende koder (antall saker i parentes): 646 - Mangelfull behandling/oppfølging (342), 635 - Tap av kroppsdell/organ (4), 672 - Feilmedisinering (174), 673 - Bivirkning (58), 601 - Generell infeksjon (blodforgiftning/sepsis) (1), 603 - Toksisk reaksjon (1), 604 - Forstyrrelse av sirkulasjon (1), 605 - Forstyrrelse av respirasjon (1), 606 - Forstyrrelse av sentralnervesystem (20), 620 - Lokal nerveskade (1), 630 - Lokal vevsskade (perforasjoner, nekroser, strålebeh., tannskader) (15), 635 - Tap av kroppsdell/organ (4), 645 - Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinering) (3), 650 - Funksjonsforstyrrelse (7), 660 - Smerter (3), 670 - Feil diagnostikk (158), 671 - Forsinket diagnostikk (298), 672 - Feilmedisinering (174), 674 - Manglende/forsinket medisinering (6), 680 - Psykiske plager (36), 681 - Selvmord (20), 682 - Selvmordsforsøk (3), 690 - Annen eller ukjent form for skadetype (19)
<b>Skadetype2</b> Saker med fler enn en skadetype er kodet med skadetype2, etter NPE's interne taksonomi (600-kode). Skadetype2-kode er oppgitt for 783 av 1172 av sakene. Opprinnelig består kategorien av følgende koder (antall saker i parentes): 601 - Generell infeksjon (blodforgiftning/sepsis) (1), 602 - Allergisk reaksjon (1), 603 - Toksisk reaksjon (1), 604 - Forstyrrelse av sirkulasjon (4), 605 - Forstyrrelse av respirasjon (2), 606 - Forstyrrelse av sentralnervesystem (35), 610 - Lokal infeksjon (1), 630 - Lokal vevsskade

(perforasjoner, nekroser, strålebeh., tannskader) (2), 635 - Tap av kroppsdel/organ (2), 640 - Blødning, blodpropp (trombose/emboli), blodansamling (hematom) (4), 645 - Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinerings) (5), 646 - Mangelfull behandling/oppfølging (65), 650 - Funksjonsforstyrrelse (96), 660 - Smerter (6), 670 - Feil diagnostikk (19), 671 - Forsinket diagnostikk (13), 672 - Feilmedisinering (106), 673 - Bivirkning (51), 674 - Manglende/forsinket medisinerings (11), 680 - Psykiske plager (179), 681 - Selvmord (124), 682 - Selvmordsforsøk (29), 690 - Annen eller ukjent form for skadetype (20), 691 - Dekning av utgifter til behandling (6)

### Skadekode

Utdyper koden satt for skadetype1 og skadetype2. Hvis skadetype1 var "psykiske lidelser", kunne skadekode være "forverring av grunnlidelse". Det var registrert 285 ulike skadekoder, fordelt på 690 av 1172 saker.

### Skadelokalisering

Beskriver hvor på kroppen skaden er lokalisert. Kategorien er kodet etter NPE's interne taksonomi (700-kode). Skadelokalisering er oppgitt for 1169 av 1172 saker. 864 av disse er kodet som 790 - Annen eller ukjent lokalisering av skade/påvirkning. De resterende sakene er kodet som følger: (antall i parentes): 700 - Sentralnervesystemet (184), 701 - Perifere nerver (3), 702 - Hode (2), 703 - Ansiktet (4), 704 - Spiserør (1), 710 - Sansorgan (hørsel, syn, lukt, smak) (8), 711 - Munnhule, svelg, stemmebånd (2), 720 - Hjerte, kar (10), 730 - Luftveier (6), 740 - Endokrine organ (skjoldbruskkjertel o.l.) (2), 741 - Mage, tarm, bukhinne (5), 742 - Urinveier, nyrer (11), 743 - Kjønnorganer (genitalia) (3), 745 - Lever/galleveier (7), 750 - Skjelett, muskulatur (14), 751 - Rygg (2), 752 - Nakke (2), 755 - Hud, bløtvev, bindevev (4), 759 - Tenner (11), 761 - Hender (2), 763 - Arm (1), 764 - Skulder (2), 765 - Underekstremitet (3), 766 - Fot/Ankel (2), 767 - Kne (1), 768 - Legg/Lår (2), 769 - Hofte (3), 770 - Annen kroppsdel/vev (8)

### Skade medført død

Angir om pasienten døde som følge av skaden. Kategorien er kodet med "J" for Ja, og "N" for nei. Alle 1172 saker er kodet i denne kategorien.

Tabell 4. Variable som beskriver årsak

Årsak
<p><b>Årsak til svikt i beh./diagn.1</b></p> <p>Angir den bakenforliggende årsaken til den uønskede hendelsen eller skaden. Årsak var kun angitt for medholdssakene. Kategorien er kodet etter NPE's interne taksonomi (800-kode). Opprinnelig består kategorien av følgende årsakskoder (antall angitt i parentes): 815 - Mangelfull kompetanse (3), 816 - Mangelfull/manglende kontroll etter behandling (2), 817 - Mangelfull sikring, overvåkning, tilsyn (50), 818 - Mangelfull/manglende/feil medisinerings (34), 819 - Ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse (47), 827 - Mangelfull journalføring (5), 828 - Kommunikasjonssvikt/mangelfull informasjon (2), 829 - Annet (17), 842 - Feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse (5), 844 - Funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning (44), 849 - Burde vært henvist/henvist tidligere (1)</p>
<p><b>Årsak til svikt i beh./diagn.2</b></p> <p>Saker kodet med flere enn en årsak er kodet med årsak til svikt i behandling/diagnostikk2, etter NPE's interne taksonomi (800-kode). Årsak til svikt i behandling/diagnostikk2 var angitt for 6 av 210 medholdssaker. Opprinnelig består kategorien av følgende årsakskoder (antall angitt i parentes): 817 - Mangelfull sikring, overvåkning, tilsyn (1), 818 - Mangelfull/manglende/feil medisinerings (3), 819 - Ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse (1), 828 - Kommunikasjonssvikt/mangelfull informasjon (1)</p>



Tabell 5. Andre variable

<b>Annet</b>
<b>Vedtak1</b> Angir hvilket vedtak som er fattet etter saksbehandling. Kategorien er kodet med følgende koder (antall gitt i parentes): Avslag (962), Medhold (210)

De opprinnelige kodene er standardiserte og egner seg derfor til å si noe om overordnede skadetyper og årsaker, men mindre til å gi en nyansert forklaring. Derfor blir resymeene til variablene «skade» og «behandling» benyttet for å bedre kunne definere ulike skadetyper og årsaker. Resymeene vil sammen med variablene skadetype 1 og 2, årsak til svikt i behandling/diagnostikk 1 og 2, skadelokalisasjon og skadekode, inngå i bearbeidingen og omkodningen av skade- og årsaksvariablene. Variablene kjønn, aldersgruppering, behandlingssted, og ICD-10 kode (diagnosekode) vil belyse deskriptiv statistikk, men også inngå i enkelte analyser. Variabelen «skade medført død» vil belyse om skaden har medført død eller ikke.

### 8.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Denne studien inkluderer kun medholdssakene, alle avslagssaker ble derfor ekskludert. Dette fordi det kun er medholdssakene som indikerer at det er en årsakssammenheng mellom skaden og feil begått i diagnostikk og behandling.

### 8.4 Bearbeiding og koding av datamaterialet

Innledningsvis ble datamaterialet gjennomlest to ganger for å danne et helhetsinntrykk og for å få en forståelse for innholdet i de ulike variablene. Medholdssakene og relevante variable for å besvare problemstillingene ble sortert for videre bearbeiding og koding, mens avslagssakene ble forkastet. NPE er ikke ansvarlig for de fortolkninger som er gjort i studien.

#### 8.4.1 Bearbeiding og koding av skadetyper og årsaker

For hver sak ble skade-, årsakskodene og resymeene for skade og behandling gjennomlest inntil 4 ganger. Det ble vurdert om kodene som allerede var satt for skadetype og årsak var beskrivende nok for saken, eller om resymeet gav en utdypende forståelse. Opprinnelige koder som var for generelle ble forkastet, mens andre ble omkodet eller beholdt slik de var. Om de opprinnelige kodene oppsummerte saken tilstrekkelig ble de ikke omkodet, og det ble ikke lagt til tilleggskoder. Hvis resymeene derimot beskrev flere årsaker og skader, og om det

kom tydeligere frem hva skaden dreide seg om, ble det lagt til tilleggskoder. Derfor inneholder resultatene flere skadetyper og årsaker, enn antall saker i datamaterialet. Det gjorde det også i det opprinnelige materialet. I tillegg ble variablene skadekode og skadelokalisering benyttet for å konkretisere skadetype-kodene.

Den opprinnelige årsakskoden «819 - Ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse» skilte ikke mellom om årsaken skyldtes svikt i behandlingen, eller svikt i undersøkelse og utredning. Den konkrete årsaken fremkom som regel i resymeene. Derfor ble denne koden omkodet og erstattet med koder som beskrev om det dreide seg om svikt i behandling eller svikt i undersøkelse.

I starten av prosessen ble alle de opprinnelige kodene som ble tatt med videre notert, samt de nyetablerte kodene. Dette gav et stort antall ulike koder, som ville komplisere analysearbeidet og gi lav statistisk styrke. Derfor ble disse sortert og gruppert i større hovedkategorier. Under hovedkategorien «Somatiske og psykiske skader» var det mange ulike koder som hver for seg representerte et fåtall skader. Disse ble derfor slått sammen og omkodet til «andre somatiske skader». Andre hovedkategorier med koder som inneholdt et fåtall saker ble stående da det totalt ikke var mange av disse. Til slutt når alle endelige koder var sortert og gruppert, ble materialet gjennomgått sak for sak to ganger for å sikre homogenitet og kontrollere eventuelle feil og mangler.

#### 8.4.2 Bearbeiding av forklaringstabeller for årsaker og skadetyper

De ulike kodene for skadetyper og årsaker er korte og konsise. For å få en mer nyansert diskusjon ble det derfor laget tabeller som definerer hovedtrekkene ved de ulike hovedkategoriene for skadetyper og årsaker. Først ble hver hovedkategori sortert hver for seg. Deretter ble resymeene av behandling og skade til hver kategori gjennomlest. Ord eller korte setninger som beskrev skaden og hendelsesforløpet ble notert. Deretter ble fellestrekk ved disse notert og omformulert til en kort tekst som beskriver hovedkategoriernes innhold.

#### 8.4.3 Bearbeiding av aldersgrupperinger

Aldersgrupperingene ble omkodet fra 10-års intervaller til 20-års intervaller, med unntak av aldersgrupperingen 0-9, 10-19 og 80-89. Antall alderskategorier ble derfor redusert fra 9 til 6. Dette ble gjort for å skape større grupper med sterkere statistisk styrke.

#### 8.4.4 Bearbeiding av variabelen behandlingssted

De opprinnelige kodene ble slått sammen og omkodet til samlebetegnelse kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten etter hvilken kategori de tilhørte. Kodene privat helsetjeneste (n=1) og offentlig kjøp av helsetjenester (n=2) ble ikke omkodet, da det ikke var informasjon tilgjengelig som definerte hvilken kategori de falt inn under. Sakene som tilhører disse kategoriene vil kun ekskluderes fra analyser som involverer behandlingssted, men inkluderes i øvrige analyser for å belyse frekvensen av ulike skadetyper og årsaker. Dette vurderes som uproblematisk da de to kategoriene inneholder et fåtall saker.

#### 8.4.5 Bearbeiding og omkoding av diagnosekoder

Da variabelen med diagnosekoder bestod av et stort antall koder som representerte et fåtall saker hver, ble disse omkodet. Diagnosekodene ble omkodet til tilhørende hovedkategori for psykiatriske diagnosekoder, og dermed slått sammen til større grupper. Et fåtall diagnosekoder var ikke psykiatriske koder, disse ble samlet og omkodet til «Annen ikke-psykiatrisk diagnose». Antall diagnosekoder for medholdssakene ble dermed redusert fra 80 til 12.

### 8.5 Statistiske metoder

Datamaterialet foreligger i Excel-format, hvor det har blitt sortert, bearbeidet og kodet. I det statistiske analysearbeidet ble frekvensfordeling og prosentandeler benyttet for å undersøke prevalensen av de ulike variablene. Variable ble krysset med hverandre i funksjonen «Pivottabeller». Analysene og fremstilling av resultatene i tabeller ble utført i Excel.

### 8.6 Litteratursøk

For å finne relevant bakgrunnsinformasjon og empiri er det utført systematiske litteratursøk. Søkene er utført fortløpende igjennom forskningsprosessen. Søkene er utført i databasene PsychINFO, Medline, PubMed og Google Scholar. Det ble utført enkeltsøk på noen av søkeordene, i tillegg til å kombinere søkeordene med AND og OR. Referanselistene i utvalgte artikler er gjennomgått for å finne annen relevant litteratur. Følgende søkeord er benyttet: Patient safety, patient injur\*, patient harm, adverse events, error\*, medication error\*, diagnostic error\*, suicide, causes, mental healthcare, psykiatr\*, inpatient psychiatry, mental health service\*, municipal health, primary health care. Tilsvarende søkeord ble benyttet på

norsk i Google Scholar. Det ble i tillegg utført søk på norsk i Google for å finne relevante stortingsmeldinger, lovverk og lignende.

## 8.7 Etiske overveielser

Helseregisterloven (2015) har til formål å legge til rette for bruk av helseopplysninger i arbeidet med å fremme helse, forebygge sykdom og skade, og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Innsamling og behandling av helseopplysninger skal foretas på en etisk forsvarlig måte som ivaretar den enkeltes personvern, og brukes til individets og samfunnets beste (Helseregisterloven, 2015). Pasienter som søker erstatning hos NPE har gitt samtykke og fullmakt til at NPE kan innhente personopplysninger som er relevante for erstatningssøknaden. Det opplyses om at reglene om integritet, tilgjengelighet og taushetsplikt gjelder for alle personopplysningene i saken, og at det kun er personer som har behov for det i sitt arbeid som har tilgang til opplysningene.

Helseforskningsloven forutsetter at medisinsk og helsefaglig forskning er forhåndsgodkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008; REK, 2015; Ruyter et al., 2014). Benytter man data fra helseregistre som er aidentifisert, trenger man derimot ikke å søke REK (REK, 2015). Man må heller ikke søke Norsk Senter for Forskingsdata så lenge man benytter anonymisert registerdata hvor det ikke er mulig å re-identifisere dataene ved hjelp av koblingsnøkkel (NSD, 2019). I denne studien benyttes anonymiserte data hentet fra NPE's helseregistre, og det er kun NPE som besitter koblingsnøkkelen til datasettet. Det vurderes derfor at det ikke er nødvendig å søke hverken REK eller NSD for godkjenning.

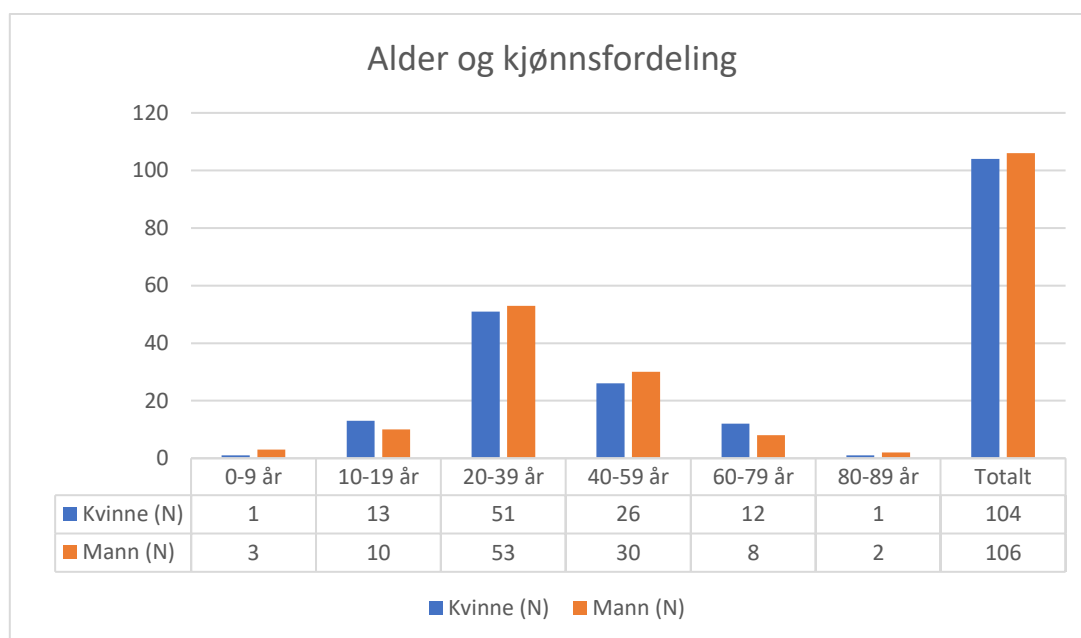
Selve datamaterialet er ikke passordbeskyttet, men oppbevares på privat passordbeskyttet PC. Dette vurderes som etisk uproblematisk, da dataen er aidentifisert og koblingsnøkkelen som kan re-identifisere dataene kun er tilgjengelig på en sikker server hos NPE.

## 9. Resultater

I dette kapittelet vil studiens resultater presenteres, først ved deskriptiv statistikk for erstatningssakene, etterfulgt av forklaringstabeller og statistikk som viser frekvensfordelingen av uønskede hendelser og skadetyper, samt årsaker og konsekvenser av hendelsene og skadene.

### 9.1 Deskriptiv statistikk ved erstatningssakene hos NPE

Kjønns og aldersfordeling av erstatningssøkerne presenteres i diagram 1. Totalt var det 210 medholdssaker i tidsperioden 2014-2018. Kjønnene fordeler seg relativt likt på aldersgruppene. Pasienter i alderen 20-39 år (n=104) utgjorde den største aldersgrupperingen med nesten halvparten av sakene (49,5 %).



Figur 4. Alders og kjønnsfordeling

Den vanligste diagnosekoden etter ICD-10 kodesystem var affektive lidelser (n=87, 41,4 %), etterfulgt av schizofrene og paranoide lidelser (n=30, 14,3 %), nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (n=30, 14,3 %). Diagnosene fordeler seg relativt likt på kjønn med unntak av schizofrene og paranoide lidelser, hvor menn (n=21) står for en høyere andel enn kvinner (n=9). Kvinner (n=18) står for en høyere andel av nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser enn menn (n=12) (Tabell 6).

Tabell 6. Kjønn fordelt på diagnosekoder (ICD-koder)

<b>ICD-10 koder (diagnosekoder)</b>	<b>Kvinne (n)</b>	<b>Mann (n)</b>	<b>Totalt (n)</b>	<b>%</b>
F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	1	3	4	1,9 %
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	6	9	15	7,1 %
F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	9	21	30	14,3 %
F30-F39 Affektive lidelser	43	44	87	41,4 %
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	18	12	30	14,3 %
F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	4		4	1,9 %
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	3	2	5	2,4 %
F70-F79 Psykisk utviklingshemming	2	1	3	1,4 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1	1	2	1,0 %
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser	13	10	23	11,0 %
F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	1		1	0,5 %
Annen ikke-psykiatrisk diagnose	3	3	6	2,9 %
<b>Totalt</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>210</b>	<b>100,0 %</b>

## 9.2 Uønskede hendelser og skader

Etter bearbeiding av materialet ble fem hovedkategorier for uønskede hendelser og skader avdekt. Disse kategoriene presenteres i tabell 7.

Kategoriene inneholder underkategorier, som presenteres med deskriptiv statistikk i tabell 8.

Tabell 7. Forklaringstabell for uønskede hendelser og skader

<b>Forklaringstabell for uønskede hendelser og skader</b>	
<b>Uønskede medisineringshendelser</b>	Omfatter saker der pasienten har fått bivirkninger av medikamentell behandling, eller fått forskrevet medisiner over for lang tid eller i så høye doser at man har blitt medikamentavhengig. Bivirkningsplager som forekommer er tretthet, overvekt, søvnproblemer, nedsatt taleevne, ufrivillige bevegelser, kognitiv svikt, hjertestans, hjerneskade og psykiske plager.
<b>Feil ved diagnostikk og behandling</b>	Omfatter saker der pasienten har fått feil diagnose, forsinket diagnose eller forsinket behandling. I tilfeller hvor det er feil eller forsinket diagnostikk, har dette medført at riktig behandling og oppfølging ikke har blitt igangsatt, eller pasienten har fått feil behandling. Forsinket diagnostikk varierer fra et halvt til tyve år. Dette har påvirket pasientenes prognose og mulighet for bedring.
<b>Somatiske og psykiske skader</b>	I saker hvor pasienten ikke har fått god nok oppfølging eller behandling, har dette ført til psykiske plager eller lidelser i form av forverring og manglende bedring av opprinnelig lidelse, eller det har oppstått nye tilleggs lidelser. For mange har det ført til nedsatt funksjon og evne til deltagelse i hverdagslivet. De somatiske skadene er i stor grad skader som følge av selvmordsforsøk, og mindre grad feil ved behandling. Blant annet involverer disse hjerneskader, lammelser, sepsis, bruddskader, tap av kroppsdel, tannskader, respiratoriske og sirkulatoriske forstyrrelser.
<b>Selvskading</b>	Sakene som omhandler selvskading dreier seg om selvmord, selvmordsforsøk, overdose, forgiftning og rømning fra institusjon. Dette regnes som uønskede hendelser til tross for at pasienten selv har utført handlingen. Dette fordi pasienten enten var i behandling som var ment å beskytte pasienten, eller det var brudd på tilsyn, manglende selvmordsrisikovurderinger, permisjon gitt på feilaktig grunnlag eller for tidlig avsluttet behandling. Flere selvmordsforsøk har ført til somatiske skader som brudd, tap av kroppsdel og skader på sentralnervesystem. Overdose, forgiftning og rømning fra institusjon skyldes brudd på rutiner, mangelfull utredning og ikke igangsatt behandling.
<b>Andre pasientskader</b>	Involverer saker som opprinnelig var kodet som annet eller ukjent skadetype, hvor det var vanskelig å definere en passende kode. I tillegg involverer kategorien saker der pasienten har blitt utsatt for grenseoverskridende handlinger av pleier/behandler. Dette dreier seg om handlinger av seksuell og ikke-seksuell karakter, samt uheldige relasjoner og privatisering av forhold.

Tabell 8 presenterer hvilke uønskede hendelser og skader som forekom blant erstatningssakene, fordelt på fem hovedkategorier. Fordelt på de 210 erstatningssakene, forekom totalt 309 ulike uønskede hendelser og skader. Selvskading var hovedkategorien med høyest frekvens av uønskede hendelser og skader (n=107, 34,6 %). Selvmord (n=78, 25,2 %) var den hyppigste uønskede hendelsen som forekom blant de uønskede hendelsene i resultatene (Tabell 8).

Tabell 8. Deskriptiv statistikk for uønskede hendelser og skader

<b>Uønskede hendelser og skader</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Somatiske og psykiske skader</b>	<b>84</b>	<b>27,2 %</b>
Skade på sentralnervesystem	9	2,9 %
Nedsatt funksjonsevne	18	5,8 %
Psykiske plager/lidelser	36	11,7 %
Andre somatiske skader	21	6,8 %
<b>Uønskede medisineringshendelser</b>	<b>34</b>	<b>11,0 %</b>
Medikamentavhengighet/forverring av avhengighet	14	4,5 %
Helserelaterte bivirkninger	20	6,5 %
<b>Feil ved diagnostikk og behandling</b>	<b>70</b>	<b>22,7 %</b>
Feil diagnostikk	8	2,6 %
Forsinket behandling	17	5,5 %
Forsinket diagnostikk	45	14,6 %
<b>Selvskading</b>	<b>107</b>	<b>34,6 %</b>
Forgiftning	1	0,3 %
Rømning fra institusjon	2	0,6 %
Overdosedødsfall	6	1,9 %
Selvmordsforsøk	20	6,5 %
Selvmord	78	25,2 %
<b>Andre pasientskader</b>	<b>14</b>	<b>4,5 %</b>
Grenseoverskridende atferd fra behandler/pleier	8	2,6 %
Annen/ukjent skadetype	3	1,0 %
Drap	1	0,3 %
Fall	1	0,3 %
Tap av eiendeler	1	0,3 %
<b>Totalsum</b>	<b>309</b>	<b>100 %</b>



Av de totalt 210 personene som inngikk i datamaterialet, døde 88 (41,9%) personer som følge av skaden eller den uønskede hendelsen (Tabell 10). Den største skadekategorien for dødsfall var selvskading (n=84, 40%), hvor selvmord (n=77, 36,7%) utgjorde den vanligste årsaken. Somatiske- og psykiske skader og kategorien andre pasientskader stod for henholdsvis 3 (1,4%) og 1 (0,5%) dødsfall (Tabell 9).

Tabell 9. Antall døde etter skadetype eller uønsket hendelse, fordelt på kjønn.

<b>Antall døde etter skade-kategori</b>	<b>Kvinne (n)</b>	<b>Mann (n)</b>	<b>Totalt (n)</b>	<b>%</b>
<b>Selvskade</b>	<b>35</b>	<b>49</b>	<b>84</b>	<b>40,0 %</b>
Overdosedødsfall	1	5	6	2,9 %
Selvmord	33	44	77	36,7 %
Forgiftning	1		1	0,5 %
<b>Somatiske og psykiske skader</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1,4 %</b>
Andre somatiske skader		2	2	1,0 %
Skade på sentralnervesystem		1	1	0,5 %
<b>Andre pasientskader</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>0,5 %</b>
Annen skadetype	1		1	0,5 %
<b>Døde totalt</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>88</b>	<b>41,9 %</b>
<b>Ikke død</b>	<b>68</b>	<b>54</b>	<b>122</b>	<b>58,1 %</b>
<b>Totalt</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>210</b>	<b>100,0 %</b>

Som det fremgår av tabell 10 forekom flest uønskede hendelser og skader i spesialisthelsetjenesten (n=248). Skadetyper som forekom hyppigst i spesialisthelsetjenesten var selvskading (n=95). I kommunehelsetjenesten forekom totalt 58 uønskede hendelser og skader, hvor uønskede medisineringshendelser (n=19) og somatiske og psykiske skader (n=19) forekom hyppigst. Det totale antallet skader (n=306) fordelt på behandlingssted er lavere enn antall skader (n=309) som fremgår av tabell 8, fordi analysen kun inkluderer skader som var voldt i spesialist- eller kommunehelsetjenesten (Tabell 10). Skader voldt i privat helsetjeneste og offentlig kjøp av helsetjenester ble utelukket da det ikke lot seg gjøre å definere om disse inngikk i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Dette utgjorde 3 saker.

Tabell 10. Deskriptiv statistikk for uønsket hendelse/skadetype fordelt på behandlingsinstans

Uønsket hendelse/skadetype	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Totalt
Andre pasientskader	3	3	6
Somatiske og psykiske skader	19	68	87
Uønskede medisineringshendelser	19	13	32
Feil ved diagnostikk og behandling	6	69	75
Selvskading	11	95	106
<b>Totalsum</b>	<b>58</b>	<b>248</b>	<b>306</b>

Til analyse av uønskede hendelser og skadetyper fordelt på diagnosekoder ble de fem største diagnosekodene valgt ut til videre analyse (Tabell 12). F30-F39 Affektive lidelser utgjorde diagnosekoden med flest skadetyper og uønskede hendelser (n=120). De resterende diagnosekodene stod for et relativt likt antall skader, med unntak av F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, som stod for færrest skadetilfeller (n=19). Selvskading (n=63) og somatiske og psykiske skader (n=30) forekom hyppigst for diagnosegruppen F30-F39 Affektive lidelser. Uønskede medisineringshendelser forekom hyppigst for F40-48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser. Feil ved diagnostikk og behandling (n=28) forekom hyppigst for F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (Tabell 12).

Tabell 11. Deskriptiv statistikk for uønsket hendelse/skadetype fordelt på diagnosekoder

Uønsket hendelse/skadetype	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F90-F98	Totalt
Andre pasientskader	1	1	1			3
Somatiske og psykiske skader	4	14	30	14	13	75
Uønskede medisineringshendelser	4	2	6	11	2	25
Feil ved diagnostikk og behandling		8	20	12	28	68
Selvskading	10	19	63	9		101
<b>Totalsum</b>	<b>19</b>	<b>44</b>	<b>120</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>272</b>

### 9.3 Årsaker til uønskede hendelser og skader

Etter bearbeiding av materialet ble fem hovedkategorier for årsaker til uønskede hendelser og skader avdekt. Disse kategoriene presenteres i tabell 12. Kategoriene inneholder underkategorier, som presenteres med deskriptiv statistikk i tabell 13.

Tabell 12. Forklaringstabell for årsaker til uønskede hendelser og skader

<b>Forklaringstabell for årsaker til uønskede hendelser og skader</b>	
<b>Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse</b>	Viktig informasjon til pasient og pårørende har ikke blitt gitt, eller er mangelfull. Gjelder også manglende formidling av informasjon og samhandling mellom tjenesteutøvere, feks. fastlege og spesialisthelsetjenesten. Manglende journalføring av sentrale vurderinger og behandlingsbeslutninger. Utilstrekkelig bemanning på en institusjon, eller mangel på kvalifisert helsepersonell har medført at pasienten har blitt vurdert av en med manglende kompetanse.
<b>Svikt i sikkerhetstiltak</b>	Er i stor grad årsak til saker hvor selvmord og selvmordsforsøk er skadetype. Farlige gjenstander har ikke blitt fjernet, eller pasientens eiendeler har ikke blitt kontrollert. Det fysiske miljøet på en institusjon har ikke vært godt nok sikret, eller sikringsrutiner er brutt. Brudd på iverksatt tilsyn eller manglende tilsyn der pasientens tilstand tilsa at det burde vært kontinuerlig tilsyn.
<b>Medikamentelle feil</b>	Nødvendig medisinerer er ikke iverksatt eller gitt. Det har ikke vært grunnlag for å gi aktuelt medikament, eller feil medikament er gitt. Overmedisinering i form av for høye doser eller for lang forskrivningsperiode.
<b>Svikt i kliniske prosesser</b>	Det er ikke gjort nødvendige vurderinger/utredninger på bakgrunn av pasientens symptomer. Der hvor det er gjort en vurdering, er denne mangelfull eller feil. Dette har medført at pasienten har fått mangelfull oppfølging og behandling. Der svikten lå i selve behandlingen skyldtes det at nødvendig behandling på institusjon ikke hadde blitt igangsatt, den var utsatt eller forsinket. I andre tilfeller var gitt behandling mangelfull og ufullstendig, pasienten skulle hatt en annen terapiform eller vært henvist til et annet behandlingssted. Pasienten ble utskrevet for tidlig.
<b>Annen/uklar årsak</b>	Omhandler saker som allerede var definert som "annet", og hvor det ut ifra resymeene var vanskelig å definere en årsak. Størstedelen omhandler saker der pasienten har blitt utsatt for grenseoverskridende atferd fra behandler/pleier

Tabell 13 presenterer årsakene til svikt i behandling og diagnostikk, fordelt på fem ulike hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Totalt forekom årsakene med en frekvens på 300, dette fordi det i flere skadetilfeller var mer enn en årsak til skaden. Hovedkategorien svikt i kliniske prosesser stod for over halvparten av årsakene (57,7%).

Mangelfull/manglende/feil vurdering/utredning utgjorde den vanligste årsaken blant underkategoriene (37,0 %) (Tabell 13).

Tabell 13. Deskriptiv statistikk for årsaker

Årsaker	N	%
<b>Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse</b>	<b>20</b>	<b>6,7 %</b>
Kommunikasjonssvikt/mangelfull informasjon	4	1,3 %
Mangelfull journalføring	8	2,7 %
Mangelfull kompetanse	3	1,0 %
Mangelfull koordinering mellom behandlingsinstanser	4	1,3 %
Brudd på taushetsplikt/informert samtykke	1	0,3 %
<b>Svikt i sikkerhetstiltak</b>	<b>48</b>	<b>16,0 %</b>
Mangelfull sikring/tilsyn	41	13,7 %
Farlig gjenstand	7	2,3 %
<b>Medikamentelle feil</b>	<b>50</b>	<b>16,7 %</b>
Overmedisinering	22	7,3 %
Mangelfull/manglende/feil medisinering	28	9,3 %
<b>Svikt i kliniske prosesser</b>	<b>173</b>	<b>57,7 %</b>
Feiltolkning av klinisk undersøkelse	5	1,7 %
Innlagt på feil avdeling	4	1,3 %
Behandling avsluttet/utskrevet for tidlig	10	3,3 %
Mangelfull/ikke igangsatt behandling	43	14,3 %
Mangelfull/manglende/feil vurdering/utredning	111	37,0 %
<b>Annen/uklar årsak</b>	<b>9</b>	<b>3,0 %</b>
<b>Totalt</b>	<b>300</b>	<b>100 %</b>

Tabell 15 viser hovedårsakene fordelt på uønskede hendelser og skadetyper. Etter kryssning av disse variablene er det totale antallet årsaker i tabell 15 (n=397) høyere enn forekomsten av uønskede hendelser og skader i tabell 9, og høyere enn forekomsten av årsaker i tabell 14 (n=300). Dette fordi det i flere erstatningssaker forekom mer enn en skadetype, i tillegg til at det for flere av skadene var mer enn en årsak til skaden.

Svikt i kliniske prosesser var den vanligste årsaken til uønskede hendelser og skader (57,7 %), etterfulgt av medisineringsfeil (19,4 %), svikt i sikringstiltak (14,9%) og kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse (5,3 %) og annen/uklar årsak (4,5 %) (Tabell 14).

Tabell 14. Deskriptiv statistikk for årsaker til skader og uønskede hendelser

<b>Skadetyper fordelt på årsak</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse</b>	<b>21</b>	<b>5,3 %</b>
Selvskade	13	3,3 %
Somatiske og psykiske skader	3	0,8 %
Uønskede medisineringshendelser	3	0,8 %
Annet	2	0,5 %
<b>Svikt i sikringstiltak</b>	<b>59</b>	<b>14,9 %</b>
Selvskade	41	10,3 %
Somatiske og psykiske skader	17	4,3 %
Annet	1	0,3 %
<b>Medisineringsfeil</b>	<b>77</b>	<b>19,4 %</b>
Uønskede medisineringshendelser	31	7,8 %
Feil ved diagnostikk og behandling	12	3,0 %
Selvskade	11	2,8 %
Somatiske og psykiske skader	22	5,5 %
Annet	1	0,3 %
<b>Svikt i kliniske prosesser</b>	<b>222</b>	<b>55,9 %</b>
Uønskede medisineringshendelser	9	13,2 %
Feil ved diagnostikk og behandling	68	17,1 %
Selvskade	85	21,4 %
Somatiske og psykiske skader	57	14,4 %
Annet	3	0,8 %
<b>Annen/uklar årsak</b>	<b>18</b>	<b>4,5 %</b>
Feil ved diagnostikk og behandling	9	2,3 %
Somatiske og psykiske skader	8	2,0 %
Annet	1	0,3 %
<b>Totalt</b>	<b>397</b>	<b>100%</b>

## 10. Diskusjon

### 10.1 Kjennetegn ved erstatningssakene hos NPE

#### 10.1.1 Kjønn

Resultatene viser at pasientene som søkte erstatning fordelte seg relativt likt på kjønn, med henholdsvis 50,5% menn og 49,5% kvinner. Dette er en lavere andel kvinner og en høyere andel menn sammenlignet med tallene over pasienter som mottok behandling i norsk psykisk helsevern i 2018 (Helsedirektoratet, 2018a). Forskjellen kan skyldes en stor ulikhet i populasjonsstørrelse og tidsperiode, da resultatene i denne studien representerer 210 pasienter over en fire års periode, mens tallene fra Helsedirektoratet bestod i 150 000 pasienter som mottok behandling over en ett års periode (Helsedirektoratet, 2018a). I tillegg inkluderer ikke tallene fra helsedirektoratet barn som har fått behandling i psykisk helsevern. I denne studien er det 27 barn og unge i alderen 0-19 år.

#### 10.1.2 Alder

Vi vet lite om forekomsten av psykiske lidelser i ulike aldersgrupper i Norge, men funn i internasjonal forskning viser at forekomsten av psykiske lidelser er høyest blant unge voksne (FHI, 2018a). Resultatene viste at pasienter i aldersgruppen 20-39 år utgjorde nesten halvparten av erstatningssakene (49,5%). Dette samsvarer med at aldersgruppen 18-29 år og 30-39 år stod for den største andelen av pasientene i norsk psykisk helsevern i 2018 (Helsedirektoratet, 2018a). Det er derfor grunn til å anta at forekomsten av psykiske lidelser i Norge også er høyest blant unge voksne, i hvert fall for den andelen som har behov for behandling. Resultatene viste at 1,9% av pasientene blant erstatningssakene var i aldersgruppen 0-9 år, og 11% i aldersgruppen 10-19. Dette er en høyere andel sammenlignet med tall på antall barn som fikk behandling i psykisk helsevern i 2018 (FHI, 2018a). Datamaterialet fra NPE gir ikke opplysninger om hvor mange myndige i alderen 18-19 år som inngår i 10-årsintervallet 10-19 år. Det er derfor en viss usikkerhet knyttet til denne sammenligningen. I tillegg kan sammenligning av aldersfrekvenser by på utfordringer fordi det er stor forskjell i populasjonsstørrelse og tidsperiodene resultatene i de to studiene er hentet fra.

### 10.1.3 Diagnose

Resultatene i studien viser at de tre største hoveddiagnosene blant pasientene var affektive lidelser, schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, samt nevrotiske-, belastningsrelaterte- og somatoforme lidelser. Disse hoveddiagnosene samsvarer med de vanligste diagnosene blant pasienter som mottok behandling i psykisk helsevern i 2018 (Helsedirektoratet, 2018a). Det er likevel noen forskjeller i forekomsten av de ulike diagnosene i studien, sammenlignet med helsedirektoratets tall. Affektive lidelser utgjorde med 41,4% den klart største diagnosegruppen i datamaterialet fra NPE. Til forskjell viser tallene fra Helsedirektoratet at behandling av affektive lidelser i døgnenheter hadde en forekomst på 25,1%, mens den for dag/poliklinikk lå på 23,3% (Helsedirektoratet, 2018a). De nevnte forskjellene kan skyldes at datamaterialet fra NPE ikke skiller mellom behandling i døgnenhet og dag/poliklinikk, hvilket tallene fra Helsedirektoratet gjør. Ulikheten i populasjonsstørrelse og tidsperiode har også en innvirkning på forekomsten. Det kan også tenkes at enkelte diagnoser er forbundet med høyere risiko for skade, hvilket medfører at disse diagnosene forekommer oftere i NPE's saker.

Ser man på diagnose fordelt på kjønn, viser resultatene i studien at forekomsten av nevrotiske-, belastningsrelaterte- og somatoforme lidelser var vanligere for kvinner enn menn. Fra tidligere vet vi at angstlidelser, som er en underdiagnose til denne hovedgruppen, forekommer hyppigere blant kvinner (Mykletun et al., 2009b). Schizofrene og paranoide lidelser forekom hyppigere blant menn enn kvinner i erstatningssakene. Resultatene synes ikke å være i samsvar med tidligere forskning, som ikke har funnet kjønnsforskjeller i forekomst av schizofreni (Perälä et al., 2007; Saha et al., 2005). Forklaringen på forskjellen mellom denne studien og tidligere forskning kan imidlertid være at andre underdiagnoser kan påvirke forekomsten av hoveddiagnosen for kvinner og menn i datagrunnlaget.

## 10.2 Uønskede hendelser og skader

I dette avsnittet presenteres først hvilke uønskede hendelser og skader som forekommer blant erstatningssakene hos NPE. Deretter diskuteres de viktigste resultatene og forekomst for hver skadetype.

### 10.2.1 Hvilke uønskede hendelser forekommer?

I likhet med tidligere forskning viser resultatene i denne studien at uønskede medisineringshendelser, selvskade og feildiagnostikk er uønskede hendelser som forekommer i psykisk helsevern (Brickell, TA et al., 2009; Marcus et al., 2018a; Thibaut et al., 2019; Vermeulen et al., 2018). I motsetning til tidligere forskning, viste resultatene imidlertid at somatiske og psykiske skader forekom hyppig blant erstatningssakene. Dette er pasientskader som ikke er beskrevet i identifisert litteratur. I likhet med annen forskning, viser resultatene at det forekommer et ulikt spekter av andre typer uønskede hendelser og skader, som klassifiseres som «andre pasientskader» (Brickell, TA et al., 2009; Marcus et al., 2018a; Thibaut et al., 2019). For de 210 erstatningssakene forekom totalt 309 uønskede hendelser og skader, hvilket tilsier at det i flere erstatningssaker forekommer mer enn én skade. Et viktig funn i denne forbindelse, er at i 88 av de totalt 210 erstatningssakene, endte den uønskede hendelsen i dødsfall.

Sammenlignet med studier med relativt likt forskningsspørsmål, viser resultatene i denne studien noen likheter i hvilke typer skader som forekommer, men også noen ulikheter. I motsetning til Vermeulen et al. (2018), Mills et al. (2018) og Marcus et al. (2018b) som fant at uønskede medisineringsfeil og fall er blant de vanligste uønskede hendelsene, var uønskede medisineringshendelser den kategorien med nest lavest frekvens av uønskede hendelser blant resultatene i denne studien, mens fall forekom ved kun én erstatningssak. Blant resultatene i studien er selvskade den kategorien med høyest frekvens av uønskede hendelser, hvor selvmord utgjorde betydelig flest tilfeller. Dette står i motsetning til Vermeulen et al. (2018) og Marcus et al. (2018b), som fant få tilfeller av selvskade i sine studier. Mills et al. (2013) fant at selvmordsforsøk var den hyppigste uønskede hendelsen blant de alvorligste hendelsene, men nevner ikke selvmord i sin studie. Rømning, aggressiv atferd og seksuell trakassering er uønskede hendelser som beskrives hyppigere av Vermeulen et al. (2018), Marcus et al. (2018b) og Mills et al. (2013), men som det forekommer lite av i denne studien.



Forskjellene kan skyldes ulikheter i organisering og innhold i psykiske helsetjenester i ulike land. Det er også variasjon i populasjonsstørrelse og metoder for å måle forekomst i de ulike studiene, hvilket gjør det utfordrende å sammenligne resultatene. Til sist kan deler av forklaringen også ligge i ulikheter med hensyn til hvem som har meldt skadene, som er en viktig faktor å ta i betraktning når man skal sammenligne resultatene med eksisterende litteratur. Det er ikke funnet annen litteratur som undersøker uønskede hendelser meldt av pasienter. Uønskede hendelser og skader som beskrives i litteraturen er hentet fra interne avviks-, journal- og meldesystemer ved institusjoner og sykehus, mens denne studien bygger på skader meldt av enten pasient eller pårørende. Hvem som melder fra om en pasientskade, kan utgjøre en vesentlig forskjell i karakteren av skader beskrevet i litteraturen og i denne studien.

### 10.2.2 Selvskading

Selvskading var kategorien med størst frekvens av pasientskader (34,5%). Selvmord (25,2%), og selvmordsforsøk (6,5%) var de hyppigste uønskede hendelsene i denne kategorien. Sett i lys av at selvmord, selvmordsforsøk og selvskading er blant de mest alvorlige uønskede hendelsene i psykiske helsetjenester (Brickell, T et al., 2009), kan det tenkes at alvorlighetsgraden i disse hendelsene er årsak til at denne kategorien er den med størst frekvens av erstatningssaker.

Internasjonalt har man funnet en selvmordsrate ved psykiatriske institusjoner på 0,08-0,4% per 100 000 innleggelser (Combs & Romm, 2007; Madsen et al., 2012). Det er vanskelig å sammenligne disse tallene med resultatene i denne studien, da vi ikke kjenner til totalt antall innleggelser i perioden fra 2014-2018 hvor erstatningssakene er meldt. Våre resultater viser 78 selvmord over en fireårs periode. Sammenligner man dette tallet med selvmord i danske institusjoner hvor antall selvmord over en tiårs periode var 279 (Madsen et al., 2012), ville den norske raten vært lavere enn den danske på 0,08%, gitt at frekvensen av selvmord var den samme gjennom 10 år. Vi ville da hatt den laveste selvmordsraten sammenlignet med tidligere studier (Combs & Romm, 2007; Madsen et al., 2012). Det er motstridende når Norge sammenlignet med 35 andre land, er blant den dårligste tredjedelen av landene med forhøyet dødelighet innenfor psykisk helsevern (St.meld. nr. 11 (2018-2019)). Det er problematisk å gjøre sammenligninger, fordi våre tall kun representerer de selvmordene som er meldt til NPE. Det er ikke utenkelig at pårørende til pasienter som har begått selvmord i psykisk

helsevern, ikke har søkt om erstatning hos NPE. Antall selvmord i erstatningssakene er av disse grunner trolig ikke representativt for den generelle forekomsten av selvmord i psykisk helsevern i Norge.

Nasjonalt rapporterte Meldeordningen om 283 selvmord blant pasienter som fikk oppfølging i spesialisthelsetjenesten i 2015 og 2016, hvorav 58 av disse ble begått i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2017). Årene 2015 og 2016 inngår i tidsperioden på fire år som resultatene i denne studien er hentet fra (2014-2018). Der vår studie viser at det forekom 77 selvmord over fire år, er dette et betydelig mindre antall enn 283 selvmord over to år som rapportert via Meldeordningen. De ulike resultatene kan skyldes at ikke alle selvmord blir meldt til NPE av pårørende. Samtidig kan det også tenkes at andelen meldte selvmordsaker til NPE er langt høyere, men at mange av sakene har endt i avslag ved erstatningssøknaden. I begge tilfeller vil det i så fall være tale om tilfeller av selvmord som ikke fanges opp av datamaterialet som er lagt til grunn for denne studien. I likhet med tallene fra Meldeordningen viser resultatene i denne studien at flere menn enn kvinner begikk selvmord (Helsedirektoratet, 2017). Dette er i tråd med at flere menn enn kvinner i den generelle populasjonen begår selvmord (FHI, 2014).

Meldeordningen rapporterte om 52 selvmordsforsøk og 24 selvmord begått av pasienter i permisjon (Helsedirektoratet, 2017). Gjennomlesningen av skade-resymeene i datamaterialet avdekket at det også var tilfelle for flere av erstatningssakene i denne studien.

Antall selvmordsforsøk var betydelig lavere enn antall selvmord i studien. Dette samsvarer ikke med antagelsen om at det er ca. ti ganger så mange selvmordsforsøk som gjennomførte selvmord (Helsedirektoratet, 2008). Meldeordningen melder om 310 selvmordsforsøk i psykisk helsevern i 2015 og 2016 (Helsedirektoratet, 2017). Dette er et betydelig høyere antall over en toårs periode, sammenlignet med 20 selvmordsforsøk over en fireårs periode funnet i denne studien. Flere av sakene i studien som omhandlet selvmordsforsøk, rapporterte om somatiske følgeskader som brudd, tap av kroppsdeler og skader på sentralnervesystem. En mulig årsak til det lave antallet selvmordsforsøk er at eventuelle selvmordsforsøk ikke har medført skade, og dermed ikke oppfyller NPE's krav til erstatning (NPE, 2020a).

To uønskede hendelser innen kategorien selvskade omhandlet rømning fra institusjonen. I begge tilfellene begikk personen som rømte selvmord. Fra tidligere forskning er det et kjent

problem at rømning er assosiert med negative konsekvenser som selvmord (Muir-Cochrane & Mosel, 2008). I litteraturen er det stor variasjon i forekomstratene for rømning (Bowers et al., 1998; Muir-Cochrane & Mosel, 2008), og man regner med en stor usikkerhet som følge av at mange tilfeller ikke rapporteres (Bowers et al., 2005). Det er også variasjoner i raten over personer som skader seg selv og andre etter rømning, men den antydes å være lav (Bowers et al., 1999; Bowers, 2003). Samtidig finner to studier som har undersøkt selvmord over en 10-21 års periode blant pasienter som rømmer, er selvmordsraten er 20-25% (Hunt et al., 2010; Shah & Ganesvaran, 2000). Som følge av den store variasjonen i eksisterende studier, og forskjell i utvalgsstørrelsene og tidsperioder resultatene er hentet ifra, vil en sammenligning med denne studiens tall ikke gi gyldige svar. Man må også ta i betraktning at det trolig meldes om flere rømninger i interne avviks- og meldesystemer, enn det gjøres til NPE fordi ikke alle rømninger resulterer i skade.

### 10.2.3 Feil ved diagnostikk og behandling

Kategorien feil ved diagnostikk og behandling hadde tredje største frekvens av uønskede hendelser (22,7 %) i denne studien. Forsinket diagnostikk (14,6%) var den vanligste uønskede hendelsen i denne kategorien, og den nest hyppigste av alle uønskede hendelser i resultatene, etter selvmord. Som Singh et al. (2017) påpeker kan det være vanskelig å skille de ulike typene av diagnostiske feil, fordi de overlapper hverandre. Slik er det også i denne studien. De som har fått forsinket diagnostikk har på et tidligere tidspunkt enten fått feil diagnose, eller ingen diagnose. Også i denne studien ser man altså sammenheng mellom forsinket diagnostikk og medfølgende forsinket behandling.

I likhet med litteraturen identifiserte resultatene at diagnostiske feil er en uønsket hendelse som har stor betydning for behandlingen og håndteringen av psykiske lidelser (Brickell, T et al., 2009). I resultatene ser man at feil eller forsinket diagnostikk har ført til at riktig behandling og oppfølging ikke har blitt igangsatt, og i noen tilfeller er også feil behandling iverksatt. Litteraturen påpeker at konsekvensen av disse feilene er ufullstendig håndtering av psykisk sykdom (Brickell, T et al., 2009). Resymeene av erstatningssakene fra NPE bekrefter at den samme konsekvensen gjør seg gjeldende for mange av pasientene som har fått forsinket og/eller feil diagnostikk. For tilfellene av forsinket diagnostikk i sakene undersøkt i denne studien, har forsinkelsen vært fra et halvt år til tyve år. For mange har forsinkelsen medført

dårlige langtidsprognoser med manglende mulighet for bedring, og vedvarende eller forverring av psykiske lidelser som en følgeskade.

Til tross for at diagnostiske feil er et anerkjent problem, er det få studier som undersøker forekomst av slike feil i psykiske helsetjenester. Studien av Cullen et al. (2010) bygger på erfaringer blant ansatte i psykiatriske institusjoner, fremfor deskriptiv statistikk. Det gjør det problematisk å sammenligne denne studien med våre resultater.

Sammenligner man tallene i studien med den generelle helsetjenesten, finner man at forsinket diagnostikk og feil diagnose også i sistnevnte er vanlige uønskede hendelser knyttet til kliniske prosesser (Helsedirektoratet, 2018b). Meldeordningens årsrapport fra 2017 viste at av 4235 hendelser knyttet til kliniske prosesser, omhandlet 460 av hendelsene pasienter som fikk forsinket diagnose, og 476 hendelser pasienter som fikk feil diagnose. De nevnte hendelsene gir en samlet forekomst av diagnostiske feil på 22,1%. Man har ikke oversikt over hvilke fagområder tallene gjelder. Sett i lys av at forsinket diagnostikk er den nest største uønskede hendelsen i resultatene, er det rimelig å anta at risikoen for diagnostiske feil i psykiske helsetjenester er vel så vanlig som i det generelle helsevesenet.

#### 10.2.4 Uønskede medisineringshendelser

Uønskede medisineringshendelser stod for 11,0 % av de uønskede hendelsene blant de totalt 210 sakene. Som følge av ulikheter i målemetoder, er det utfordrende å sammenligne frekvensen av uønskede medisineringshendelser i denne studien med rater fra identifisert litteratur. Uønskede medisineringshendelser i denne studien omfatter saker der medisineringen har ført til helserelaterte bivirkninger (6,5 %), eller medikamentavhengighet/forverring allerede eksisterende avhengighet (4,5 %). Til tross for at bivirkninger av medikamenter kan regnes som en mulig forekommende og kjent respons ved medisinerings, regnes det i dette tilfellet som en uønsket hendelse fordi de var mulig å forebygge. I litteraturen regnes uønskede medisineringshendelser som forebyggbare om skadene har oppstått på grunn av feil begått i medisineringsprosessen (Morimoto et al., 2004). I denne studien er alle erstatningssakene å anse som mulig å forebygge, da et av vilkårene for at NPE kan gi en sak medhold er det er at det må kunne påvises en årsakssammenheng mellom svikten og skaden (NPE, 2020a). I denne sammenheng består svikten i feil begått i medisineringsprosessen, mens skaden er en uønsket respons som følge av feilen. Ayani et al.

(2016) og Rothschild et al. (2007) fant at 13-17,4% av alle uønskede medisineringshendelser er mulig å forebygge. Disse tallene bygger på alle meldte medisineringsfeil, både de som er mulig å forebygge og ikke. Derfor er tallene fra de nevnte studiene ikke direkte sammenlignbare med resultatene i denne studien, som kun bygger på forebyggbare skader.

Resymeene av de uønskede medisineringshendelsene beskriver at manglende oppfølging har ført til at pasienten har fått forskrevet medikamenter over for lang tid eller i for høye doser. Som Solberg og Refsum (2015) påpeker kan oppfølgingen av medisineringsfeil ofte være mangelfull, hvilket kan føre til over- eller underbehandling, med fare for terapivikt og bivirkninger. I likhet med litteraturen er vektøkning og bevegelsesforstyrrelser som parkinsonisme og ataksi (Valdovinos & Kennedy, 2004), også beskrevne bivirkninger blant resultatene i denne studien. I tillegg viste resultatene at nedsatt fysisk og psykisk funksjon er en vanlig følge av for høye doser eller langvarig medisinering. Litteraturen rapporterer om varierende alvorlighetsgrad av medisineringshendelser, fra flest hendelser av betydelig grad til få livstruende skader (Ayani et al., 2016; Rothschild et al., 2007). Resultatene i denne studien er ikke klassifisert etter alvorlighetsgrad, men på bakgrunn av resymeene kan det argumenteres for at uønskede medisineringshendelser medfører skader som påvirker individets funksjon og livskvalitet.

#### 10.2.5 Somatiske og psykiske skader

Somatiske og psykiske skader var den hovedkategorien med nest størst frekvens (27,2 %) av uønskede hendelser og skader. Kategorien inneholder underkategoriene psykiske plager/lidelser (11,7 %), nedsatt funksjonsevne (5,8 %), skade på sentralnervesystem (2,9 %) og andre somatiske skader (6,8 %). Dette er skadetyper som ikke er beskrevet i identifisert litteratur. Det kan virke som at eksisterende litteratur beskriver hvilke uønskede hendelser som forekommer, men i mindre grad fokuserer på hvilke skader de ulike uønskede hendelsene leder til. Det er jo gjerne skaden som får konsekvenser for pasienten. Somatiske og psykiske skader var registrert i NPE's materiale som en sekundær følgeskade, men i flere av erstatningssakene også som eneste skadetype.

Psykiske plager/lidelser var den underkategorien som forekom hyppigst, og som er den skadetypen med tredje størst frekvens blant alle uønskede hendelser og skader i resultatene. Brickell, TA et al. (2009) påpeker at det mangler forskning som undersøker emosjonell og

psykisk skade som følge av uønskede hendelser. Resultatene i denne studien belyser belastningen som følger av at psykiske lidelser ikke får tilstrekkelig eller riktig oppfølging og behandling, og at dette er et problem som bør få mer oppmerksomhet. Psykiske plager/lidelser var registrert som skadekode i mange av sakene som omhandlet forsinket diagnostikk og grenseoverskridende handlinger fra behandler/pleier. Nedsatt funksjonsevne var i de fleste sakene resultatet av forsinket diagnostikk og derav manglende behandling med mulighet for bedring. Skade på sentralnervesystem og andre somatiske skader var for mange saker registrert som en sekundær skade som følge av selvmordsforsøk og svikt i behandlingen. Blant annet involverer disse hjernesker, lammelser, sepsis, bruddskader, tap av kroppsdeler, tannskader, respiratoriske og sirkulatoriske forstyrrelser.

#### 10.2.6 Andre pasientskader

Kategorien andre pasientskader inkluderer i denne studien skader som opprinnelig var kodet som «annet», eller som ikke passet naturlig inn i noen av de andre kategoriene. Som litteraturen antyder kan annet-kategorien inkludere en rekke ulike hendelser (Brickell, T et al., 2009), hvilket gjør det vanskelig å definere kategorien og undersøke forekomst. Ifølge Brickell, T et al. (2009) er fall en av de vanligste beskrevne skadetyper innenfor denne kategorien. Dette står i motsetning til resultatene i denne studien, hvor fall kun forekom i én erstatningssak. Sammenligner man fallraten i generelle helsetjenester, med fallraten i psykiatriske enheter, ser man at fall forekommer hyppigere i psykiatrien (Fischer et al., 2005; Helsedirektoratet, 2018b; Poster et al., 1991; Rohde et al., 1990), og med størst frekvens i geriatrisk psykiatri (De Carle & Kohn, 2001; Nyberg et al., 1997; Poster et al., 1991). En årsak som kan bidra til den lave forekomsten av fall i denne studien er den lave andelen av pasienter over 60 år. Kun tre pasienter var i aldersgruppen over 80 år. En annen årsak kan være at studier har vist at fall sjeldent resulterer i alvorlig skade (Fischer et al., 2005; Scanlan et al., 2012). Det kan antas at det forekommer flere fall i psykisk helsevern, men at dette ikke vises i resultatene da skadeomfanget ikke har vært tilstrekkelig til å søke erstatning hos NPE.

Med unntak av én erstatningssak hvor pasienten etter utskrivning begikk drap på en slektning, er det ingen erstatningssaker som omhandlet aggressiv og voldelig atferd. I litteraturen er vold og aggressiv atferd de typer uønskede hendelser som det er gjort mest forskning på (Thibaut et al., 2019). Fra tidligere vet man at prevalensen av aggresjon og vold i psykiske helsetjenester varierer betraktelig i ulike land (Cornaggia et al., 2011). Flere studier har vist en

forekomst av vold og aggresjon på mellom 19,9-31,1% per antall innlagte pasienter (Barlow et al., 2000; Grassi et al., 2001; Ketelsen et al., 2007). At det ikke er registrert noen skader på pasientene i erstatningssakene fra NPE som følge av vold og aggresjon, kan skyldes at det er helsepersonell som er mest utsatt for skader og uønskede hendelser (Barlow et al., 2000; Grassi et al., 2001; Ketelsen et al., 2007). Skadene meldes i så tilfelle i lokale avvikssystemer, og ikke som pasientskade til erstatningsinstanser som NPE. Samme studier fant at aggresjon mot andre pasienter forekom i mellom 21,8-31% av innleggelsene (Grassi et al., 2001; Ketelsen et al., 2007). Man kan anta at vold og aggresjon mellom pasienter også er utfordringer ved norsk psykisk helsevern, men at hendelsene ikke har ført til skade som kvalifiserer til å meldes til NPE. Barlow et al. (2000) fant i sin studie at verbal aggresjon forekom hyppigst, mens Grassi et al. (2001) og Ketelsen et al. (2007) fant at fysisk vold og aggresjon forekom hyppigst. Variasjon i hendelsenes karakter og alvorlighetsgrad kan også ha betydning for om hendelsene resulterer i skade som meldes til NPE.

Grenseoverskridende handling utført av behandler/pleier (2,6 %) utgjorde flest uønskede hendelser i kategorien andre pasientskader. Dette er den eneste kategorien av uønskede hendelser som kan relateres til seksuell trakassering, som i litteraturen kan forstås som atferd eller hendelser som utsetter pasienten selv eller andre for skade (Brickell, TA et al., 2009; Papadopoulos et al., 2012). Erstatningssakene dreide seg om handlinger av både seksuell og ikke-seksuell karakter i form av uheldige relasjoner og privatisering av forhold. Som litteraturen påpeker behøver ikke en handling av denne typen resultere i en skade for å defineres som en uønsket hendelse (Marcus et al., 2018b). For pasientene i de fleste sakene i denne kategorien er handlingen i seg selv en uønsket hendelse, som har ført til skade i form av forverrede psykiske plager, eller nye tilleggslidelser. Ved gjennomgang av litteratur om aggresjon, vold og seksuell trakassering, var fokuset i mange artikler hvordan ansatte utsettes for skade som følge av pasientatferd. Resultatene i denne studien belyser derfor en viktig vinkling innenfor denne kategorien, nemlig at også uønskede hendelser utført av behandler/pleier medfører pasientskader som nyter erstatningsrettslig vern. Når grenseoverskridende handlinger mot pasienten ikke er en like synlig skade i litteraturen som i denne studien, kan det skyldes at denne typen skader muligens ikke er like enkle å oppdage, men også at ansatte ikke melder dette i avviks- og meldesystemer.

### 10.3 Skadevolder

Resultatene viser at størstedelen av pasientskadene forekom under utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan ha sammenheng med at spesialisthelsetjenesten er den aktøren som primært er ansvarlig for utredning og behandling. Dette gjenspeiles i resultatene, som viser at feil ved diagnostikk og behandling utgjør den nest største kategorien av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (n=69). Tallene over pasienter som mottok behandling i psykisk helsevern i 2018, inkluderer (i motsetning til denne studien) ikke pasienter som var i kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018a). Det er viktig å ta i betraktning at flere pasienter oppsøker fastlege/legevaktordningen for psykiske plager, fremfor å oppsøke spesialisthelsetjenesten (FHI, 2018a). At flertallet av pasientene først oppsøker fastlege/ legevaktordningen skyldes sannsynligvis at primærhelsetjenesten som regel er den første kontakten man har med helsevesenet, i tillegg til å være henvisende instans til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er dermed også grunn til å anta at pasientene med de mest alvorlige lidelsene og dermed størst risiko for pasientskade behandles i psykisk helsevern, noe som trolig er forklaringen til at det er flest pasientskadetilfeller i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser at uønskede hendelser innen kategorien selvskade forekommer hyppigst i spesialisthelsetjenesten. Dette er alvorlige skadetyper, og det kan tenkes at konsekvensene av disse utgjør et større grunnlag for å søke erstatning hos NPE.

Vi vet lite om pasienter som er i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester, utover fastlege og legevaktsordningen (FHI, 2018a). I tillegg til manglende rapporteringssystem og kunnskap om pasientskader i primærhelsetjenesten (NOU 2015: 11), utgjør derfor resultatene i denne studien et viktig bidrag i forståelsen av pasientskader som oppstår i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tall fra NPE og det danske Patientombuddet om pasientskader i det generelle kommunale helsevesenet (NPE, 2020b; Patientombuddet, 2015) bekrefter at pasientskader er et eksisterende, men nedprioritert tema i kommunale helse- og omsorgstjenester. Selv om andelen av skader i denne studien fra kommunehelsetjenesten er lav, er de med på å belyse at det forekommer pasientskader i psykiske helsetjenester og at man ellers vet lite om disse skadene.

En annen forklaring på skjevfordelingen mellom skader i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, kan være en ulikhet i kjennskapet til pasienters rettigheter til å søke



erstatning. Ifølge pasientombudet skal alle pasienter som er utsatt for skade opplyses om retten til å søke erstatning hos NPE (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). En kan tenkes at pasienter som er i et aktivt behandlingsforløp i psykisk helsevern hvor det oppstår pasientskade, har høyere sannsynlighet for å informeres om erstatningsordningen, sammenlignet med pasienter som får sjeldnere oppfølging i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kan derfor ikke utelukkes at det foreligger tilfeller med pasientskader i primærhelsetjenesten der pasienten ikke er opplyst om muligheten til å søke erstatning, og at antall skader i datamaterialet kan være underrapportert. På den andre siden kan det heller ikke utelukkes at tilfeller av underrapportering også gjør seg gjeldende for pasientskadene voldt i spesialisthelsetjenesten.

## 10.4 Årsaker til uønskede hendelser og skader

Svikt i kliniske prosesser var den vanligste hovedårsaken til uønskede hendelser, og stod for 55,9% av skadene. Medisineringsfeil var den nest vanligste årsaken (19,4%), etterfulgt av svikt i sikkerhetstiltak (14,9%), svikt i kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse (5,3%), og annen/uklar årsak (4,5%). De viktigste funnene knyttet til årsakene vil diskuteres i det følgende.

### 10.4.1 Svikt i kliniske prosesser

Svikt i kliniske prosesser (57,7%) var den hyppigste årsaken til uønskede hendelser, og den vanligste årsaken til selvskading (21,4%), feil i diagnostikk og behandling (17,1%) og somatiske og psykiske skader (14,4%). Av underkategoriene til svikt i kliniske prosesser var mangelfull/manglende/feil vurdering/utredning den årsaken med høyest frekvens (37,0%), mens mangelfull/ikke igangsatt behandling (14,3%) hadde nest høyest frekvens.

Felles for erstatningssakene hvor selvskade, feil i diagnostikk og behandling, og somatiske og psykiske skader skyldes svikt i kliniske prosesser, er at mangelfull utredning og vurdering av pasientene har resultert i mangelfull oppfølging og behandling av psykiske lidelser.

Konsekvensen av dette er ufullstendig håndtering av risikofaktorer ved psykisk sykdom, slik som selvskading og selvmord (Brickell, T et al., 2009). I likhet med Helsedirektoratets analyse (2017) er svikt i selvmordsrisikovurdering bidragsytende til selvskading i form av selvmord og selvmordsforsøk. Mangelfull vurdering har medført at pasienten ikke har fått tilrettelagt oppfølging og behandling som skal forebygge suicidal atferd. Suicidal atferd er

årsak til mange av de somatiske skadene som er meldt. Ifølge Helsedirektoratet (2017) var mangel på kompetent personell og ressursproblemer årsak til at selvmordsrisikovurdering ikke ble utført eller ikke var mulig å gjennomføre i henhold til retningslinjer. Mangelfull kompetanse og ressurser er faktorer som beskrives i noen erstatningssaker. Mange av meldingene om selvmord og selvmordsforsøk i psykisk helsevern beskriver at selvmordsrisikovurdering ikke var utført før permisjon og utskrivelse (Helsedirektoratet, 2017). I flere av erstatningssakene var også manglende selvmordsrisikovurdering årsak til at pasienten begikk selvmord på permisjon.

Mangelfull utredning dreide seg ikke bare om selvmordsrisikovurderinger, men også om at nødvendige diagnostiske utredninger på bakgrunn av pasientens symptomer var mangelfull eller feil. I mange saker er uteblivende eller mangelfull utredning årsak til at pasienten har fått forsinket diagnostikk og påfølgende forsinket behandling. Dette er igjen årsaken til mange av de meldte psykiske skadene. Ifølge Singh et al. (2017) er det ofte flere sammensatte årsaker til diagnostiske feil, som kan oppstå som følge av individuelle kognitive-, eller systemrelaterte faktorer, eller disse i samspill. Individuell kognitiv svikt hos behandler kan dreie seg om at diagnostiske prosedyrer utføres feil, eller man overser symptomer. Systemfeil kan involvere problemer med kommunikasjon og koordinering av utredning og behandling, problemer med dokumentasjon og tilgang på spesialister (Singh et al., 2017). Det er nærliggende å tenke at manglende vurderinger og diagnostiske utredninger i erstatningssakene skyldes kognitiv svikt hos behandler, men ikke utelukkende da systemfeil kan bidra til at de riktige forutsetningene for å gjøre en vurdering ikke er til stede. Det er flere diagnostiske begrensninger ved diagnostisering av psykiske lidelser som kan resultere i feildiagnostikk; begrensninger ved diagnostiske manualer, kulturelle faktorer som påvirker hvordan pasientens sykdomshistorikk tolkes, og psykiatriske symptomer som kan tilskrives flere ulike diagnoser (Brickell, T et al., 2009). Man kan ikke utelukke at dette er begrensninger som er til stede i erstatningssakene fra NPE.

Utover svikt i diagnostiske vurderinger og utredning, inkluderer svikt i kliniske prosesser i denne studien feil i selve behandlingen. Slike feil kunne være at nødvendig behandling på institusjon ikke hadde blitt igangsatt, at behandlingen var utsatt eller forsinket. I andre tilfeller var igangsatt behandling mangelfull og ufullstendig; pasienten skulle eksempelvis hatt en annen terapiform eller blitt henvist til et annet behandlingssted. I andre tilfeller ble pasienten

utskrevet for tidlig på sviktende grunnlag. I mange saker er disse formene for feil i behandling årsak til selvmord. Etiologien av denne type svikt i behandling er ikke beskrevet i identifisert litteratur.

#### 10.4.2 Medikamentelle feil

Medikamentelle feil var årsak til 19,4% av de uønskede hendelsene. Av underkategoriene til medikamentelle feil var mangelfull/manglende/feil medisineringsprosedyrer (9,3%) årsaken med høyest frekvens, etterfulgt av overmedisineringsprosedyrer (7,3%). Uønskede medisineringshendelser (7,8%) i form av bivirkning og avhengighet var den vanligste følgen av medikamentelle feil. Som litteraturen påpeker er disse feilene mulig å forebygge, fordi de er et resultat av feil begått i medisineringsprosessen. Årsaker til feil i medisineringsprosessen kan skyldes kliniske prosedyrer som feil ved foreskriving, registrering og administrering av medikamenter (Brickell, T et al., 2009; Procyshyn et al., 2010; Thibaut et al., 2019), og kan innebære feil dose, forsinket dose, feil medikament eller at medisiner ikke er gitt til pasient eller tatt av pasienten selv (Marcus et al., 2018a). Blant erstatningssakene var hyppige årsaker at pasienten hadde fått for høye doser eller for lang forskrivningsperiode. I andre tilfeller var nødvendig medisineringsprosedyrer ikke iverksatt eller gitt til pasienten, mens pasienten i andre tilfeller ble medisinert med feil medikament eller et medikament det på bakgrunn av diagnose ikke var grunnlag for å gi. Dette er menneskelige og systemrelaterte feil, som både Rothschild et al. (2007) og Procyshyn et al. (2010) påpeker er vanlige årsaker til medikamentelle feil.

Utover menneskelige feil begått av ansatte og årsaker på systemnivå, påpeker Procyshyn et al. (2010) at faktorer ved pasienten også bidrar til medisineringsfeil. Dette kan være å unnlate å ta medisiner, eller ikke informere om andre medikamenter de tar og om symptomer som gir grunnlag for medisineringsprosedyrer. Pasientfaktorer som årsak til medisineringsfeil er ikke beskrevet i erstatningssakene fra NPE. Det kan skyldes at det som nevnt tidligere må foreligge en årsakssammenheng mellom svikten og selve skaden, som følge av ytelse av helsehjelp. Nevnte pasientfaktorer er årsaker som står i pasientens kontroll, snarere enn de som yter helsehjelpen.

#### 10.4.3 Sikkerhetstiltak

Svikt i sikkerhetstiltak var årsak til 14,9% av de uønskede hendelsene, og en hyppig årsak til selvskaide (10,3%). I likhet med Helsedirektoratets (2017) analyse av årsaker til selvmord og

selvmordsforsøk, var fellestrekk ved erstatningssakene at sikring av det fysiske miljøet på institusjonen var mangelfull, og sikringsrutiner var brutt. Sikkerhet i det fysiske miljøet har vist seg å være særlig viktig i psykisk helsevern fordi det reduserer sjansen for at pasienter skader seg selv (Mills et al., 2008). I flere av erstatningssakene har mangelfull sikring av det fysiske miljøet ført til selvmord, selvmordsforsøk og rømning. Dette samsvarer med Mills et al. (2018), som fant at selvmord og rømning skyldes årsaker knyttet til det fysiske miljøet og brudd på sikkerhetsprosedyrer. Lieberman et al. (2004) påpeker at problemer i det fysiske miljøet er blant de hyppigst beskrevne årsakene til selvmord i litteraturen. Faktorer ved det fysiske miljøet som påvirker sikkerheten er i litteraturen beskrevet som tilgang til høyder, rømningsmuligheter, ulåste dører, utforming av institusjonen og tilgang på farlige gjenstander og medbragte eiendeler (Helsedirektoratet, 2017; Thibaut et al., 2019). Dette er faktorer som gjenspeiles i erstatningssakene, hvor flere av selvmordsforsøkene og selvmordene skyldes tilgang til høyder, og farlige gjenstander på grunn av manglende kontroll av eiendeler.

I psykisk helsevern kan sikkerhet også handle om tvangstiltak som er ment å beskytte pasienten selv og andre for skade (Marcus et al., 2018a). Tvungen observasjon er blant tvangstiltakene som benyttes (Bowers, 2014). I flere erstatningssaker har brudd på iverksatt tilsyn eller manglende tilsyn der det burde vært kontinuerlig tilsyn ført til at pasienten har fått anledning til å ta selvmord. Dette samsvarer med Helsedirektoratets (2017) analyse, som beskrev avvik mellom planlagt observasjonsgrad og faktisk gjennomføring. Dette kunne være på grunn av svikt i kommunikasjon mellom ansatte, eller mangel på personell til å kunne gjennomføre observasjon slik som beskrevet (Helsedirektoratet, 2017). Det er ikke beskrevet i resymeene hvorvidt tilsynene er tvangstiltak eller ikke. Man kan anta at flere av tilsynene var tvangstiltak, da disse iverksettes for å beskytte pasienter som er i stor fare for å skade seg selv.

#### 10.4.4 Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse

Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse var årsak til 5,3% av de uønskede hendelsene i denne studien. Underkategoriene kompetanse, kommunikasjon og informasjon er faktorer som av tidligere forskning er funnet å være viktig for å forebygge uønskede hendelser og fremme pasientsikkerhet (Kanerva et al., 2012; Kanerva et al., 2015; Zaugg & Wangler, 2009). I resultatene er fravær av disse faktorene bidragsytende til flere uønskede hendelser. I likhet med internasjonal forskning (Lieberman et al., 2004) og Helsedirektoratets rapport (2017) om selvmord og selvmordsforsøk, viser resultatene i denne studien at kommunikasjon,

dokumentasjon og kompetanse er en vanlig årsak til selvskaade (3,3%). Ifølge Helsedirektoratet var mangel på kompetent personell, opplæring av ansatte og lav bemanning årsak til at selvmordsrisikovurderinger ikke var utført (Helsedirektoratet, 2017). Dette samsvarer med flere av erstatningssakene hos NPE, hvor det var tilfeller der bemanningen på institusjonen var utilstrekkelig, eller det manglet kvalifisert helsepersonell, hvilket medførte at pasienten ble vurdert av en med manglende kompetanse. Ferdigheter i å vurdere risiko er blant de viktigste egenskapene hos ansatte i psykisk helsevern (O'Brien & Cole, 2003). I lys av tidligere forskning er tilstedeværelse av tilstrekkelig bemanning, riktig kompetanse og utvikling og opplæring av nye ansatte faktorer som reduserer uønskede hendelser (Windle et al., 2007).

I likhet med tidligere forskning (Brickell, T et al., 2009) var svikt i kommunikasjon og informasjon mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell, pasienter og pårørende årsak til uønskede hendelser i erstatningssakene. Pasientens psykiske tilstand er vist å kunne påvirke kommunikasjonen og formidlingen av viktig informasjon (Brickell, TA et al., 2009; Howe, 2006), men dette er ikke en problemstilling som viser seg i erstatningssakene. Årsaken til at pasientens psykiske tilstand og evnen til kommunikasjon ikke problematiseres, kan være fordi erstatningssakene fokuserer på forhold i tjenesteytelsen som årsak til skade.

I noen saker var manglende journalføring av sentrale vurderinger og behandlingsbeslutninger årsak til uønskede hendelser. Manglende dokumentasjon kan påvirke oppfølgingen av pasienten i den grad at annet personell ikke blir gjort oppmerksom på behovet for adekvat observasjon og oppfølging (Helsedirektoratet, 2017).

I motsetning til resultatene i denne studien har tidligere forskning funnet at kommunikasjon er blant bidragsytende årsaker til diagnostiske feil og rømning (Muir-Cochrane et al., 2013; Rothschild et al., 2007; Singh et al., 2017). Ifølge Rothschild et al. (2007) bidrar kunnskapsmangler og kommunikasjon til medisineringsfeil. I denne studien var det kun et fåtall uønskede medisineringshendelser (0,8%) som skyldtes svikt i kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse.

## 10.5 Forebygging på systemnivå

I dette avsnittet vil identifiserte årsaker til uønskede hendelser benyttes til å diskutere hvilke faktorer på systemnivå som kan bidra til å forebygge pasientskader i psykiske helsetjenester. Blant årsakene, er det flere aktive feil begått av ansatte som har ført til uønskede hendelser. Eksempler på slike feil er at ansatte ikke har kontrollert pasientens personlige eiendeler, eller gitt feil medikament. Disse feilene representerer individperspektivet, som vektlegger menneskelig atferd som årsak til feil (Reason, 2000). Som Reasons modell for organisatoriske ulykker illustrerer, skjer en ulykke sjeldent på grunn av én enkelt hendelse, men som følge av feil som utvikler seg over tid, involverer mange aktører, flere ledd og ofte mange bidragsytende faktorer (Vincent, 2010). For å oppnå bedre pasientsikkerhet er det dermed viktig at man analyserer årsaker på flere ulike nivåer og ikke bare fokuserer på enkeltfeil begått av individer. Alle feil skjer i en kontekst. Derfor er systemperspektivet fremfor individperspektivet bedre egnet til å analysere årsaker, fordi systemperspektivet inkluderer de miljømessige forholdene og underliggende årsakene som bidrar til feil (Mann et al., 2008)

Ved å plassere de identifiserte hovedkategoriene for årsaker i Vincents (2010) syv nivåer av sikkerhet (Tabell 15) ser man tydelig at flere av de samme årsakene kan plasseres på flere ulike nivåer. Dette indikerer i liket med Reasons modell (2000) at feil i flere ulike ledd er årsak til pasientskadene. Som Reasons Sveitserostmodell (1997) illustrerer har man barrierer ved de ulike leddene i behandlingsprosessen som skal avdekke og motvirke at feil skjer. For at feilene som blir begått i de ulike leddene skal resultere i en ønsket hendelse, må barrierene brytes (Reason, 1997). Som tabellen presenterer, er det flere faktorer som representerer aktive feil og latente forhold som kan føre til uønskede hendelser. Identifiserte forhold som bidrar til feil, baserer seg på resultatene og funn gjort i litteraturen. Disse forholdene er ikke uttømmende, men for å kunne gi en mer konkret og utdypende forståelse av aktive feil, latente forhold, og mulige barrierer og tiltak som må settes inn for å redusere hendelser, ville det vært behov for mer informasjon. For hver aktive feil begått må man identifisere hvilke lokale forhold på arbeidsplassen som har fremprovosert feilen, for deretter å vurdere hvilke organisatoriske forhold og latente feil som har bidratt til dette (Reason, 1997). Til det måtte man gjennomført kjerneårsaksanalyser for hver enkelt sak, med tilgang til alle relevante saksdokumenter. Dette ligger utenfor omfanget av denne oppgaven. Derfor kan ikke resultatene gi en fasit på hvilke tiltak og barrierer som må iverksettes, men de gir en indikasjon på hvilke faktorer det på systemnivå er relevant å inndra i forbedringsarbeid. Det

må også påpekes at funnene påvirkes av forhold på et høyere samfunns- og institusjonelt nivå, noe som ikke avdekkes i denne studien.

Tabell 15. Forhold som bidrar til feil etter Vincents syv nivåer av sikkerhet

Vincents syv nivåer av sikkerhet	Avdekkede årsaker	Forhold som bidrar til feil
<i>Pasientfaktorer</i>	Sikkerhetstiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten har medbragt personlige eiendeler som kan gjøre skade</li> <li>• Pasientens atferd/mentale tilstand, diagnose og tidligere innleggelse øker risikoen for skade (Bowers et al., 2010; Bowers, 2014; Brickell, TA et al., 2009; Combs &amp; Romm, 2007; Gudde et al., 2015)</li> </ul>
	Medikamentelle feil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten unnlater å ta medisiner eller opplyser ikke om inntak av andre medisiner (Procyshyn et al., 2010)</li> </ul>
<i>Oppgave- og teknologiske faktorer</i>	Svikt i sikkerhetstiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brudd på sikkerhetsrutiner</li> <li>• Ikke fulgt prosedyre for gjennomgang av personlige eiendeler</li> <li>• Manglende prosedyrer (Mills et al., 2018)</li> <li>• Avvik i planlagt observasjonsgrad (Helsedirektoratet, 2017)</li> </ul>
	Svikt i kliniske prosesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelfull, feil eller ikke utført diagnostisk vurdering eller utredning</li> <li>• Ufullstendig, mangelfull eller ikke igangsatt behandling</li> <li>• Begrensninger ved diagnostiske vurderingsverktøy/manualer (Brickell, TA et al., 2009)</li> <li>• Retningslinjer og prosedyrer (Lee et al., 2012)</li> </ul>
	Medikamentelle feil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feil ved forskrivning, utlevering, administrering og håndtering av medikamenter (Procyshyn et al., 2010)</li> <li>• Tekniske feil (Rothschild et al., 2007)</li> <li>• Manglende elektroniske systemer for forskrivning og håndtering av psykotropiske medikamenter (Mills et al., 2018; Procyshyn et al., 2010)</li> </ul>
	Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på rett kompetanse gjør det vanskelig å utføre vurderinger i henhold til retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017)</li> </ul>



<i>Individuelle faktorer</i>	Svikt i sikkerhetstiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke fulgt prosedyre for gjennomgang av personlige eiendeler</li> <li>• Brudd på tilsyn eller manglende tilsyn der det burde vært iverksatt</li> <li>• Kommunikasjon mellom ansatte og mangel på personell (Helsedirektoratet, 2017)</li> </ul>
	Svikt i kliniske prosesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelfull, feil eller ikke utført diagnostisk vurdering eller utredning</li> <li>• Ufullstendig, mangelfull eller ikke igangsatt behandling</li> <li>• For tidlig utskrivning av pasient</li> <li>• Tvil om hvem som skal foreta selvmordsrisikovurderinger (Helsedirektoratet, 2017)</li> <li>• Kognitiv svikt – utfører ikke prosedyrer korrekt, overser symptomer (Singh et al., 2017)</li> </ul>
	Medikamentelle feil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke gitt medisin, gitt feil medikament, ikke grunnlag for medisinerer, overmedisinerer og for lang forskrivningsperiode.</li> <li>• Bortfall/glemt å gi medisin, kunnskapsmangler og svikt i kommunikasjon (Rothschild et al., 2007)</li> <li>• Feil ved forskrivning, utlevering, administrering og håndtering av medikamenter (Procyshyn et al., 2010)</li> </ul>
	Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelfull formidling av informasjon til pasient, pårørende og andre behandlingsinstanser</li> <li>• Manglende journalføring av sentrale vurderinger og behandlingsbeslutninger</li> <li>• Ansattes kompetanse og erfaring</li> </ul>
<i>Teamfaktorer</i>	Svikt i sikkerhetstiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikasjon mellom ansatte og mangel på personell (Helsedirektoratet, 2017)</li> </ul>
	Svikt i kliniske prosesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelfull, feil eller ikke utført diagnostisk vurdering eller utredning</li> <li>• Ufullstendig, mangelfull eller ikke igangsatt behandling</li> <li>• Kommunikasjon, koordinering av utredning og behandling, problemer med dokumentasjon og tilgang på spesialister (Singh et al., 2017)</li> <li>• Lav bemanning og mangel på kvalifisert/kompetent helsepersonell</li> </ul>

	Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelfull informasjon og kommunikasjon mellom behandlingsinstanser (eks. mellom primær- og spesialisthelsetjeneste)</li> <li>• Kommunikasjon mellom ansatte (Lieberman et al., 2004)</li> <li>• Manglende journalføring av sentrale vurderinger og behandlingsbeslutninger</li> </ul>
<i>Arbeidsmiljørealterte faktorer</i>	Sikkerhetstiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende sikring av det fysiske miljøet - tilgang til høyder, rømningsmuligheter og gjenstander</li> <li>• Utforming av det fysiske miljøet - bygnings- og interiørmessige forhold (Helsedirektoratet, 2017; Mills et al., 2018)</li> <li>• Kommunikasjon mellom ansatte og mangel på personell (Helsedirektoratet, 2017)</li> </ul>
	Svikt i kliniske prosesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lav bemanning eller mangel på kvalifisert/kompetent helsepersonell</li> </ul>
	Medikamentelle feil Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lav bemanning eller mangel på kvalifisert/kompetent helsepersonell</li> <li>• Liten grad av fast personale og ansatte som er kjent for pasienten (Helsedirektoratet, 2017)</li> <li>• Mangelfull opplæring av ansatte (Lieberman et al., 2004)</li> </ul>
<i>Organisatoriske og ledelsesfaktorer</i>	Svikt i kliniske prosesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nødvendig behandling på institusjon var utsatt eller forsinket – ventetid, kapasitet</li> </ul>
	Kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelfull opplæring av ansatte (Lieberman et al., 2004)</li> </ul>
<i>Institusjonell kontekst</i>	-	-

### 10.5.1 Faktorer som fremmer pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur

Det finnes mange likheter mellom Vincents syv nivåer av sikkerhet, og faktorer som i litteraturen beskrives som viktige for å fremme pasientsikkerhet. Ifølge Kanerva et al. (2012) og Brickell, T et al. (2009) er faktorer som angår organisasjon og ledelse, pasienter og ansatte av betydning for pasientsikkerheten. Dette er faktorer som tydelig er representert blant forholdene som bidrar til feil i tabell 15. Pasientfaktorene utgjør et utfordrende aspekt som er viktig å ta i betraktning i forbedringsarbeid. Selv om fokuset i erstatningssakene er feil begått i helseytelsen, ser man at mange av de uønskede hendelsene også kan tilskrives pasientens symptomatologi og atferd, slik som ved selvmordsforsøk og selvmord. Dette er forhold som kan øke risikoen for at ansatte gjør feil, fordi pasientene er utfordrende å vurdere og å håndtere. Samtidig finner man feil som pasienten ikke nødvendigvis bidrar til, men som skyldes kognitiv svikt hos den ansatte. Dette kan for eksempel være feil utførelse av prosedyrer. Vi vet imidlertid at feil som regel ikke oppstår på grunn av én enkelt svikt hos en ansatt, men som følge av en kompleks interaksjon mellom flere ulike faktorer (Brickell, T et al., 2009). Her kommer faktorer som angår organisasjon og ledelse inn. Som Kanerva et al. (2012) påpeker avhenger ansattes muligheter for å fremme pasientsikkerhet av tilrettelegging på organisasjons- og ledelsesnivå. Om ikke organisasjonen legger til rette for gode arbeidsforhold, er det utfordrende for de ansatte å etterleve kravet om faglig forsvarlighet etter Helsepersonelloven (2001).

Blant de viktigste faktorene som bidrar til å redusere uønskede hendelser, nevnes tilstrekkelig bemanning, riktig kompetanse, utvikling og opplæring av nye ansatte, kommunikasjon og lagarbeid (Brickell, T et al., 2009; Kanerva et al., 2012; Windle et al., 2007; Zaugg & Wangler, 2009). Sammenlignet med resultatene, ser man at lav bemanning, kompetanse og kommunikasjon er blant forholdene som går igjen i flere nivåer av Vincents syn nivåer av sikkerhet. Det er organisasjonen og ledelsen som er ansvarlig for å fremme disse faktorene, men ansatte og teamet er også selv ansvarlig for å etterleve god praksis av faktorene. Dette handler om ansattes holdninger og atferd i relasjon til pasientsikkerhet. Holdninger, verdier og prioriteringer i en organisasjon gjenspeiler den generelle pasientsikkerhetskulturen, som er et kjerneelement i å forbedre pasientsikkerheten (Weaver et al., 2013). Dette viser hvor viktig det er å fokusere på systemet for å forebygge feil. Selv om de aktive feilene som utføres av de ansatte «på gulvet» ofte er de tydeligste, er det så mange latente forhold og underliggende

årsaker på flere nivåer som bidrar. Derfor er felles verdier og holdninger i en organisasjon, blant ansatte og i teamet, viktig for at alle ledd i systemet prioriterer pasientsikkerhet for å redusere forekomsten av uønskede hendelser.

Et annet viktig aspekt av en pasientsikkerhetskultur, er at helsetjenesten er pasientsentrert (Sammer et al., 2010). Involvering av pasienten i behandlingsprosessen er et virkemiddel som kan gi pasienten økt kontroll og eierskap til behandlingen. Pasientinvolvering anses å være av de viktigste faktorene for å fremme pasientsikkerhet og forebygge feil (Longtin et al., 2010). Innføring av individuell plan er av metodene som er ment å sikre pasientinvolvering. Pasientinvolvering i psykisk helsevern kan være utfordrende i tilfeller hvor pasienten ikke samtykker, eller ikke anerkjenner at han eller hun trenger hjelp i form av behandling. Manglende anerkjennelse hos pasienten er en vanskelig problemstilling, da den gjerne leder til uenighet mellom hva fagpersonen definerer som behandlingsbehov hos den enkelte, og hva pasienten selv mener. Tross utfordringer kan det argumenteres for viktigheten av pasientinvolvering, fordi det fremmer pasientens preferanser, hvilket gjør det mulig for de ansatte å gi best mulig behandling (Ruland, 2004). Å ta hensyn til pasientens ønsker kan tenkes å styrke pasientsikkerheten ved at den terapeutiske relasjonen og tillitten til de ansatte styrkes.

God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at hendelser gjentar seg (Riksrevisjonen, 2017). Dette krever at organisasjonen har systemer som legger til rette for å melde, og at de ansatte faktisk melder feil. En undersøkelse utført av NPE (2019b) som så på hvor stort samsvar det var mellom saker meldt til NPE, og saker meldt i avvikssystemer i samme tidsperiode, fant en samsvarsprosent på 33%. Dette understøttes av Riksrevisjonens rapport (2017) som fant at det er variasjoner i hvor mye som meldes. Ifølge Helsedirektoratet (2019b) er erfaringer fra pasienter og pårørende en viktig kilde til læring. I denne studien er skadene meldt av pasienten eller pårørende. Resultatene er derfor et viktig bidrag til å forstå hvilke pasientskader som forekommer og etiologien bak skadene.

## 10.6 Metodediskusjon

Hensikten med denne studien har vært å identifisere og måle frekvensen av ulike pasientskader i psykiske helsetjenester, og årsaken til disse skadene. Det har vært et formål å benytte resultatene til å diskutere hvilke faktorer som på systemnivå kan bidra til å forebygge pasientskader. Til dette ble kvantitativ metode som best egnet, da data er hentet fra NPEs statistikkdatabase og fremstilling av resultater skjer ved frekvens og prosentandeler.

Studien er en deskriptiv tverrsnitts-studie. En deskriptiv tverrsnittstudie er i utgangspunktet ikke egnet til å fastslå årsakssammenhenger (kausalitet), men er best egnet til å undersøke prevalens og generere hypoteser (Laake et al., 2007). Datamaterialet i denne studien baserer seg på sakkyndige vurderinger fra kompetente fagpersoner som har funnet en årsakssammenheng mellom skaden og svikt i utredning eller behandling. Dermed kan man med større sikkerhet si at de avdekkede skade- og årsaksvariablene har en sammenheng. Om ikke styrker det en hypotese om at de avdekte årsakene er skyld i identifiserte pasientskader.

### 10.6.1 Validitet

Validitet handler om at målingene svarer på det vi ønsker å undersøke (Laake et al., 2007). Datamaterialet er utarbeidet på bakgrunn av sakkyndiges vurdering av opplysninger gitt av pasienten, informasjon i pasientjournaler og uttalelser fra lege/behandler. Dette anses som valide data for å besvare problemstillingen, da vurderingen er utført av fagpersoner med høy faglig kompetanse. Samtidig kan man ikke utelukke feilkilder. Sakkyndige eller saksbehandlere ved NPE kan ha oversett viktig informasjon, og sakkyndiges personlige holdninger og subjektive forståelse av hendelsesforløpet kan farge hvilke vurderinger som blir gjort. Forskerens bearbeiding og tolkning av data kan likeledes medføre at det endelige analysegrunnlaget avviker fra det opprinnelige. Tilgang til de sakkyndige vurderingene i bearbeidingsprosessen kunne begrenset risikoen for avvik og styrket validiteten i studien, men det ble vurdert til å være for omfattende innenfor denne studiens rammer.

Det er fare for at forskerens egne tolkninger under bearbeiding og omkoding av datamaterialet i denne studien, preger de endelige resultatene. Tidvis har det vært usikkerhet knyttet til omkoding og bearbeiding av enkelte variabler. For å minimere feilkilder er resymeene og koder gjennomlest flere ganger. Der det var usikkerhet ble opprinnelig kode beholdt. I arbeidet med studien har forsker forsøkt å minimere feilkilder ved å være bevisst sine valg

under bearbejdingsprosessen. Optimalt sett skulle man vært minst to personer om prosessen, men det har ikke latt seg gjøre.

#### 10.6.1.1 Intern validitet

Intern validitet dreier seg om at man kan trekke slutninger til populasjonen som datautvalget er hentet fra (Laake et al., 2007). Et utvalg på 210 erstatningssaker er lite i forhold til hvor mange som er i kontakt med helsevesenet for psykiske lidelser i løpet av fire år, og studien danner derfor et begrenset grunnlag for å generalisere. Utvalget kan kun gi et estimat på hvor hyppig de ulike skadetyperne forekommer, og årsakene til disse.

Den interne validiteten kan trues av systematiske feil, blant annet seleksjonsskjevhet (Laake et al.2007). Seleksjonsskjevhet kan oppstå dersom det er en systematisk forskjell mellom de som inkluderes, og de som ekskluderes fra studien. Inkluderte saker er medholdssaker meldt av pasienter og pårørende. At pasienten selv eller pårørende er innsender av klagen kan være en styrke, men det kan også være en svakhet. Ulempen med at pasienten selv eller pårørende er innsender er at en ikke vet hvilke saker som ikke blir klaget inn og hvorfor. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si at pasienter som er utsatt for pasientskade, men som ikke har søkt om erstatning hos NPE, er lik de pasientene i utvalget som har søkt om erstatning. Videre kan forskjeller i hvem som melder og ikke bidra til skjevhet. Det kan være at de som opplever skaden som mer alvorlig enn andre, har høyere tilbøyelighet for å melde. Noen kan ha følelsesmessige og økonomiske interesser som øker motivasjonen for å melde. I tillegg kan kjennskap til erstatningsordningen og ens krav på erstatning bidra til om erstatning søkes eller ikke.

Likeledes kan ekskludering av avslagssakene i denne studien være en annen faktor som kan bidra til skjevhet. Selv om saker ender med avslag, innebærer ikke det nødvendigvis at det ikke foreligger en pasientskade i disse sakene. At avslagssakene er ekskludert fra studien kan dermed påvirke resultatene. Valget om å ikke inkludere avslagssakene i studien er først og fremst at de har fått avslag på erstatning etter NPEs regelverk (NPE, 2020a). Dette kan skyldes at det ikke er tilstrekkelig økonomisk tap, saken er foreldet eller det ble ikke funnet en årsakssammenheng. Det ble derfor vurdert å kun inkludere medholdssakene fordi det foreligger en årsakssammenheng mellom variablene i disse sakene.

Det er grunn til å tro at det reelle antallet erstatningssaker burde vært høyere, men til tross for en viss grad av seleksjonsskjevhet er det likevel grunn til å anta at studien gir svar på det en spør om.

#### 10.6.1.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene kan generaliseres utover studiepopulasjonen (Laake et al.2007). Denne studiens resultater representerer skader på pasienter i det norske helsesystemet. Det kan ha betydning for generaliseringen av resultatene til andre land og pasienter som mottar psykiske helsetjenester. Det vurderes likevel at studien kan ha overføringsverdi til land hvor helsesystemet, oppfølgingen og behandlingen av pasienter med psykiske lidelser er noenlunde likt som det norske.

#### 10.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om i hvilken grad en tilsvarende studie ville gitt samme resultat, og hvor pålitelige dataene er (Laake et al., 2007). Ut ifra det opprinnelige datagrunnlaget fra NPE, er det gjort egne tolkninger og vurderinger av de ulike skadetyperne og deres etiologi. Selv om metoden benyttet for å bearbeide og analysere data er beskrevet for å øke reliabiliteten, er det ingen garanti for at resultatene ville blitt de samme om en annen forsker hadde etterprøvd materialet. Siden forsker ikke hadde tilgang til sakkyndigvurderinger, pasientjournaler, legeuttalelser og lignende, og heller ikke har formell kompetanse på fagområdet, kan dette ha påvirket tolkningene som er gjort, og de endelige resultatene. En re-gransking og koding av materialet av ytterligere én person kunne styrket reliabiliteten, men på grunn av studiens omfang, tids- og ressursbegrensninger var ikke slik etterprøving mulig å gjennomføre.

En annen feilkilde som kan påvirke reliabiliteten er ferdigheter i bruk av analyseverktøy og tastefeil ved bearbeiding og omkoding, og det faktum at det er første gang forsker gjennomfører denne type studie.

## 11. Konklusjon

Dette er den første nasjonale studien i Norge hvor pasientskader innen psykisk helsevern. Formålet med denne studien var å avdekke hvilke pasientskader som forekommer i psykiske helsetjenester og årsakene til disse, analysert med utgangspunkt i pasient/pårørende meldte skader som har fått medhold i NPE. Hovedkategorien selvskade (34,6 %) hadde høyest forekomst av uønskede hendelser og skader, og selvmord (25,2 %) var den uønskede hendelsen som forekom hyppigst blant erstatningssakene. Andre uønskede hendelser og skader som forekom fordelte seg på kategoriene somatiske og psykiske skader (27,2%), feil ved diagnostikk og behandling (22,7%), uønskede medisineringshendelser (11,0%) og andre pasientskader (4,5%). Av de 210 inkluderte erstatningssakene i studien, resulterte 88 saker i dødsfall. Svikt i kliniske prosesser (55,9%) var årsak til over halvparten av de uønskede hendelsene og skadene, og mangelfull/manglende/feil vurdering utredning (37,0%) var den hyppigste årsaken. Andre årsaker som forekom fordelte seg på kategoriene medikamentelle feil (16,7%), svikt i sikkerhetstiltak (16,0%) og kommunikasjon, dokumentasjon og kompetanse (6,7%).

Resultatene bidrar til innsikt i forhold på systemnivå som leder til uønskede hendelser. Dette er et vidt spekter av faktorer som angår pasient, individ, team, oppgave, organisasjon og ledelse. Identifiserte årsaker indikerer hvilke nivåer og forhold det bør iverksettes tiltak for og barrierer mot, for å forebygge aktive og latente feil. Studien bidrar derfor med kunnskap som kan være viktig for å redusere omfanget av pasientskader innen psykisk helsevesen.

Denne studien er den første nasjonale studien over pasientmeldte skader innen psykiske helsetjenester. Størstedelen av skadene undersøkt i studien skjedde under oppfølging i psykisk helsevern. Fra tidligere er det kjent at man har begrenset kunnskap om pasientskader i psykiske helsetjenester både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Studien bidrar derfor med viktig kunnskap på dette området. Studiens styrke er at den handler om pasientskader sett fra pasientenes og pårørendes perspektiv. Involvering av pasienters og pårørendes perspektiver er av tidligere forskning ansett å være et av de viktigste satsningsområdene for forskning på pasientsikkerhet i psykiske helsetjenester.



## 11.1 Implikasjoner for videre forskning

Resultatene i studien avdekker en høy andel av psykiske skader blant erstatningssakene hos NPE, der mange av skadene skyldtes manglende oppfølging og uteblivende behandling på grunn av diagnostiske feil. Dette er en skadetype som ikke er beskrevet i identifisert litteratur. Implikasjon til videre forskning kan derfor være å kartlegge omfanget og konsekvensene av ubehandlede og udiagnostiserte lidelser, i tillegg til å kartlegge tiltak som begrenser forekomsten av feil diagnostikk, slik at diagnoser ikke går ubehandlet.

Studien belyser at pasientskader i kommunehelsetjenesten er et eksisterende problem, som det finnes lite kunnskap om fra tidligere. Forskning som undersøker forekomst av pasientskader i kommunehelsetjenesten, og årsakene til disse bør derfor prioriteres. Det er problematisk at det er begrenset med datagrunnlag for pasientskader i kommunehelsetjenesten, i og med at det ikke finnes en meldeordning for denne sektoren annet enn varsling av svært alvorlig skade eller dødsfall til Statens helsetilsyn.

Det vil være behov for mer forskning over lengre tidsperioder med større omfang for å bedre kunne generalisere resultatene i studien. Denne studien sammenligner resultatene med forskning hvor datagrunnlaget er hentet fra interne avviks- og meldesystemer. Mer forskning med samme type datagrunnlag kan derfor også være en fordel. Studier av kvalitativ art kan videre bidra med en inngående innsikt og forståelse i saker hvor pasienter er utsatt for skade.

## 12. Referanseliste

- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet - Teori og praksis* 3utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alshehri, G. H., Keers, R. N. & Ashcroft, D. M. (2017). Frequency and nature of medication errors and adverse drug events in mental health hospitals: a systematic review. *Drug Saf*, 40: 871-886.
- Ayani, N., Sakuma, M., Morimoto, T., Kikuchi, T., Watanabe, K., Narumoto, J. & Fukui, K. (2016). The epidemiology of adverse drug events and medication errors among psychiatric inpatients in Japan: the JADE study. *BMC psychiatry*, 16 (1): 303.
- Barlow, K., Grenyer, B. & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (6): 967-974.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T. & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and anxiety*, 31 (6): 506-516.
- Bowers, L., Jarrett, M. & Clark, N. (1998). Absconding: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5 (5): 343-353.
- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F. & McFarlane, L. (1999). Absconding: outcome and risk. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6 (3): 213-218.
- Bowers, L. (2003). Runaway patients. *mental health practice*, 7 (1).
- Bowers, L., Simpson, A. & Alexander, J. (2005). Real world application of an intervention to reduce absconding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (5): 598-602.
- Bowers, L., Banda, T. & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (5): 315-328.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21 (6): 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129.
- Brickell, T., Nicholls, T. & Procyshyn, R. (2009). Patient safety in mental health. *Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association*, 58.

- Brickell, T., Nicholls, T., Procyshyn, R., McLean, C., Dempster, R., Lavoie, J., Sahlstrom, K., Tomita, T. & Wange, E. (2009). *Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association; 2009.*
- Brickell, T. A. & McLean, C. C. (2011). Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. *J Patient Saf*, 7: 39-44.
- Brofoss, K. & Larsen, F. (2009). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). *Sluttrapport-syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo, Norges forskningsråd [The Norwegian research Council].*
- Combs, H. & Romm, S. (2007). Psychiatric inpatient suicide: A literature review. *Primary psychiatry*, 14 (12): 67.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry research*, 189 (1): 10-20.
- Cosby, K. S. & Croskerry, P. (2004). Profiles in patient safety: authority gradients in medical error. *Academic Emergency Medicine*, 11 (12): 1341-1345.
- Cullen, S. W., Nath, S. B. & Marcus, S. C. (2010). Toward understanding errors in inpatient psychiatry: a qualitative inquiry. *Psychiatr Q*, 81: 197-205.
- De Carle, A. J. & Kohn, R. (2001). Risk factors for falling in a psychogeriatric unit. *International journal of geriatric psychiatry*, 16 (8): 762-767.
- De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C. & York, J. (2015). Suicide-specific safety in the inpatient psychiatric unit. *Issues in mental health nursing*, 36 (3): 190-199.
- Dewa, L. H., Murray, K., Thibaut, B., Ramtale, S. C., Adam, S., Darzi, A. & Archer, S. (2018). Identifying research priorities for patient safety in mental health: an international expert Delphi study. *BMJ open*, 8 (3): e021361.
- Druss, B. G. (2007). Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *The Journal of clinical psychiatry*.
- FHI. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/> (lest 22.01.2020).
- FHI. (2014). *Selv mord i Norge*. Folkehelse rapporten: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/> (lest 26.02.2020).

- FHI. (2017). *Ikke-dødelige sykdommer koster samfunnet mest*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dodelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/> (lest 12.05.2020).
- FHI. (2018a). *Psykisk helse i Norge*: Folkehelseinstituttet Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>.
- FHI. (2018b). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelse rapporten: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>.
- Fischer, I. D., Krauss, M. J., Dunagan, W. C., Birge, S., Hitcho, E., Johnson, S., Costantinou, E. & Fraser, V. J. (2005). Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 26 (10): 822-827.
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (lest 19.09.2019).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (lest 17.02.2020).
- Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of advanced nursing*, 58 (2): 140-149.
- Gluck, P. A. (2007). Patient safety in women's health care: a framework for progress. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21 (4): 525-536.
- Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P. & Vanni, A. (2001). Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (4): 273-279.
- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8: 449.
- Haaland, V., Bjørkhold, M., Freuchen, A., Ness, E. & Walby, F. (2017). Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004-13. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 137: 18.

- Haugtomt, S. A. (2003). Samarbeid over virksomhetsgrenser - en forutsetning for god pasientbehandling. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 123 (17): 2462-2464.
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL_4) (lest 19.02.2020).
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf).
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*: Helsedirektoratet Oslo, Norway. Tilgjengelig fra: Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*: Helsedirektoratet Oslo, Norway. (lest 13.01.2020).
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* Oslo. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf) (lest 17.02.2020).
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvmord-og-selvmordsforsok-under-innleggelse/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf/\\_attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvmord-og-selvmordsforsok-under-innleggelse/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf/_attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf).
- Helsedirektoratet. (2018a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018* Trondheim: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling> (lest 14.01.2020).

Helsedirektoratet. (2018b). *Årsrapport 2017: Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/\\_/attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/_/attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/Årsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf) (lest 14.02.2020).

Helsedirektoratet. (2019a). *Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven avvikles*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven-avvikles>.

Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Oslo. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf) (lest 14.02.2020).

Helsedirektoratet. (2019c). *Pasientskader i Norge 2018*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge> (lest 13.02.2020).

Helseforskningsloven. (2008). *Lov og medisinsk og helsefaglig forskning* Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3) (lest 04.02.2020).

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (lest 19.02.2020).

Helseregisterloven. (2015). *Lov om helseregistre og behandling av heleopplysninger* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43> (lest 19.09.2019).

Helsetilsynet. (2019). *Varsel om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten – ordning utvides*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2019/varsel-om-alvorlige-hendelser-i-helse-og-omsorgstjenesten-ordning-utvides/> (lest 31.02.2020).

- Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107?q=helsetilsynsloven> (lest 19.02.2020).
- Henderson, M., Glozier, N. & Elliott, K. H. (2005). *Long term sickness absence*: British Medical Journal Publishing Group.
- Hewlett, E., Co-operation, O. f. E., Development & Moran, V. (2014). *Making Mental Health Counts: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*: OCDE.
- Hitcho, E. B., Krauss, M. J., Birge, S., Claiborne Dunagan, W., Fischer, I., Johnson, S., Nast, P. A., Costantinou, E. & Fraser, V. J. (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of general internal medicine*, 19 (7): 732-739.
- Howe, A. (2006). Can the patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. *Journal of interprofessional care*, 20 (5): 527-534.
- Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L. & Kapur, N. (2010). Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC psychiatry*, 10 (1): 14.
- Indergård, P. J., Fuglset, A. S. & Urfjell, B. (2018). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* Helsedirektoratet.
- Institute of Medicine. (2001). *Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*: Washington, DC: National Academy Press. Tilgjengelig fra: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> (lest 12.02.2020).
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U. & Seiffert, I. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults–Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International journal of methods in psychiatric research*, 24 (4): 305-313.
- Johansen, J. A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43 (7): 714-718.
- Kanerva, A., Lammintakanen, J. & Kivinen, T. T. (2012). Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20: 541-548.



- Kanerva, A., Kivinen, T. & Lamintakanen, J. (2015). Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22 (5): 298-305.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005a). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62 (6): 617-627.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B. & Zaslavsky, A. M. (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352 (24): 2515-2523.
- Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. & Schulz, M. (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (1): 92-99.
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A. & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 (4): 287-297.
- Krauss, M. J., Evanoff, B., Hitcho, E., Ngugi, K. E., Dunagan, W. C., Fischer, I., Birge, S., Johnson, S., Costantinou, E. & Fraser, V. J. (2005). A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *Journal of general internal medicine*, 20 (2): 116-122.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American journal of psychiatry*, 158 (7): 1091-1098.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Laursen, T. M. (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia research*, 131 (1-3): 101-104.
- Lee, A., Mills, P. D. & Watts, B. V. (2012). Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit. *General hospital psychiatry*, 34 (3): 304-311.
- Lieberman, D. Z., Resnik, H. L. & Holder-Perkins, V. (2004). Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (4): 448-453.
- Lippestad, J. W., Melby, L., Kilskar, S. S. & Øren, A. (2014). Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.



- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). *Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety*. Mayo Clinic Proceedings: Elsevier.
- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B. & Nordentoft, M. (2012). Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73 (2): 144.
- Mann, K., Rothschild, J. M., Keohane, C. A., Chu, J. A. & Bates, D. W. (2008). Adverse drug events and medication errors in psychiatry: Methodological issues regarding identification and classification. *The World Journal of Biological Psychiatry*. doi: 10.1080/15622970601178056.
- Marcus, S. C., Hermann, R. C. & Cullen, S. W. (2018a). Defining patient safety events in inpatient psychiatry. *J Patient Saf*, [Epub ahead of print].
- Marcus, S. C., Hermann, R. C., Frankel, M. R. & Cullen, S. W. (2018b). Safety of psychiatric inpatients at the Veterans Health Administration. *Psychiatric services*, 69 (2): 204-210.
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf> (lest 12.02.2020).
- Mills, P. D., DeRosier, J. M., Ballot, B. A., Shepherd, M. & Bagian, J. P. (2008). Inpatient suicide and suicide attempts in Veterans Affairs hospitals. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34 (8): 482-488.
- Mills, P. D., King, L. A., Watts, B. V. & Hemphill, R. R. (2013). Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *General hospital psychiatry*, 35 (5): 528-536.
- Mills, P. D., Watts, B. V., Shiner, B. & Hemphill, R. R. (2018). Adverse events occurring on mental health units. *Gen Hosp Psychiatry*, 50: 63-68. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2017.09.001.
- Monroe, S. & Harkness, K. (2012). Is depression a chronic mental illness? *Psychological medicine*, 42 (5): 899-902.
- Morimoto, T., Gandhi, T., Seger, A., Hsieh, T. & Bates, D. (2004). Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. *BMJ Quality & Safety*, 13 (4): 306-314.

- Muir-Cochrane, E. & Mosel, K. A. (2008). Absconding: A review of the literature 1996–2008. *International journal of mental health nursing*, 17 (5): 370-378.
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A. & Jones, J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22 (4): 304-312.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Prince, M., Dewey, M. & Stewart, R. (2009a). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *The British Journal of Psychiatry*, 195 (2): 118-125.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009b). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*, 8280823522: Folkehelseinstituttet.
- NAV. (2018). *Utviklingen i uføretrygd per 31. mars 201*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/uforetrygd-statistikknotater>.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8 (1).
- NOU 2015: 11. *Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/> (lest 23.02.2020).
- NPE. (2017). *Bruk av sakkyndige*. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/saksbehandlingen/Bruk-av-sakkyndige/> (lest 13.02.2020).
- NPE. (2018). *Arbeid som sakkyndig*. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/sakkyndig-spesialist/Arbeid-som-sakkyndig/> (lest 12.02.2020).
- NPE. (2019a). *Personvernerklæring*. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/personvernerklaering/> (lest 13.02.2020).

- NPE. (2019b). *Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes meldesystemer* Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/2019-npe-saker-vs-meldesystem/2019-undersokelse-npe-saker-og-meldesystemer.pdf> (lest 14.03.2020).
- NPE. (2020a). *Hva skal til for å få erstatning for en pasientskade?* Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Hva-skal-til-for-aa-faa-erstatning-pasientskade/> (lest 12.02.2020).
- NPE. (2020b). *Mottatt - type sak* Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/statistikkoersikt/mottatt--type-sak/> (lest 24.03.2020).
- NPE. (Udatert). *OM NPE*. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/> (lest 12.02.2020).
- NPSA. (2006). *With safety in mind: mental health services and patient safety*. Patient Safety Observatory Report 2: National Patient Safety Agency.
- Nyberg, L., Gustafson, Y., Janson, A., Sandman, P.-O. & Eriksson, S. (1997). Incidence of falls in three different types of geriatric care: a Swedish prospective study. *Scandinavian journal of social medicine*, 25 (1): 8-13.
- O'Brien, L. & Cole, R. (2003). Close-observation areas in acute psychiatric units: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12 (3): 165-176.
- Olsen, E. (2010). Exploring the possibility of a common structural model measuring associations between safety climate factors and safety behaviour in health care and the petroleum sectors. *Accident Analysis & Prevention*, 42 (5): 1507-1516.
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 (6): 425-439.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (lest 19.02.2020).
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (lest 13.02.2020).

- Pasientsikkerhetsprogrammet. (Udatert). *Tryggere pasienter og brukere i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste/\\_/attachment/inline/5b939a22-6715-4c70-8682-c1e5ed065739:234054a7f36b96a651ea467309ca4ae065dd672c/brosjyre-om-programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste/_/attachment/inline/5b939a22-6715-4c70-8682-c1e5ed065739:234054a7f36b96a651ea467309ca4ae065dd672c/brosjyre-om-programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste.pdf).
- Pasientskadeloven. (2009). *Lov om ertatning ved pasientskader mv.* . Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53#KAPITTEL_2) (lest 12.02.2020).
- Patientombuddet. (2015). *DPSD årsberetning 2014*. Frederiksberg. Tilgjengelig fra: [https://stps.dk/da/udgivelser/2015/aarsberetning-for-dansk-pasientsikkerhedsdatabase-2014/~/\\_/media/E85DE920722E4580B134DF2ADCEB4974.ashx](https://stps.dk/da/udgivelser/2015/aarsberetning-for-dansk-pasientsikkerhedsdatabase-2014/~/_/media/E85DE920722E4580B134DF2ADCEB4974.ashx) (lest 23.03.2020).
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J. & Kieseppä, T. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64 (1): 19-28.
- Piippo, J. & Aaltonen, J. (2009). Mental health and creating safety: the participation of relatives in psychiatric treatment and its significance. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (14): 2003-2012.
- Poster, E. C., Pelletier, L. R. & Kay, K. (1991). A retrospective cohort study of falls in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatric Services*, 42 (7): 714-720.
- Procyshyn, R. M., Barr, A. M., Brickell, T. & Honer, W. G. (2010). Medication errors in psychiatry. *CNS drugs*, 24 (7): 595-609.
- Psykisk helsevernloven. (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (lest 19.02.2020).
- Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K. & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (4): 296-304.
- Quinlivan, L., Littlewood, D. L., Webb, R. T. & Kapur, N. (2020). *Patient safety and suicide prevention in mental health services: time for a new paradigm?*: Taylor & Francis.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*: Ashgate
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320 (7237): 768-770.

- REK. (2015). *Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK*. Tilgjengelig fra: [https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p\\_dim=34999](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999) (lest 24.09.2019).
- Riksrevisjonen. (2017). *Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf> (lest 08.05.2020).
- Rohde, J. M., Myers, A. H. & Vlahov, D. (1990). Variation in risk for falls by clinical department: implications for prevention. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 11 (10): 521-524.
- Rothschild, J. M., Mann, K., Keohane, C. A., Williams, D. H., Foskett, C., Rosen, S. L., Flaherty, L., Chu, J. A. & Bates, D. W. (2007). Medication safety in a psychiatric hospital. *General hospital psychiatry*, 29 (2): 156-162.
- Ruland, C. M. (2004). Improving patient safety through informatics tools for shared decision making and risk communication. *International Journal of Medical Informatics*, 73 (7-8): 551-557.
- Ruyter, K., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. 3 utg.: Gyldendal.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2 (5).
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A. & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (2): 156-165.
- Scanlan, J., Wheatley, J. & McIntosh, S. (2012). Characteristics of falls in inpatient psychiatric units. *Australasian Psychiatry*, 20 (4): 305-308.
- Scholefield, H. (2008). Safety in obstetric critical care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22 (5): 965-982.
- Scott, D. & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in mental health nursing*, 32 (9): 589-597.
- Shah, A. & Ganesvaran, T. (2000). Completed suicide among psychiatric in-patients with depression in an Australian mental hospital. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9 (1): 25-31.

- Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H. A. & Hanekamp, M. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4): 581-587.
- Singh, H., Schiff, G. D., Graber, M. L., Onakpoya, I. & Thompson, M. J. (2017). The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*, 26 (6): 484-494.
- Solberg, D. K. & Refsum, H. (2015). Ti bud for behandling med psykofarmaka. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C. & Maser, J. D. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157 (2): 229-233.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
- St.meld. nr. 11 (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement*.
- St.meld.nr.19. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Omsorgsdepartement, D. K. H. o.
- Surén, P. (2018). Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- The Health Foundation. (2011). *Research scan: Levels of harm in primary care*. Tilgjengelig fra: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/LevelsOfHarmInPrimaryCare.pdf> (lest 23.03.2020).
- Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D'Lima, D., Adam, S., Ashrafian, H., Darzi, A. & Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ open*, 9 (12).
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., Aggen, S. H., Kendler, K. S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137 (1): 54-64.
- Valdovinos, M. G. & Kennedy, C. H. (2004). A behavior-analytic conceptualization of the side effects of psychotropic medication. *The Behavior Analyst*, 27 (2): 231-238.

- Vermeulen, J. M., Doedens, P., Cullen, S. W. & et al. (2018). Predictors of adverse events and medical errors among adult inpatients of psychiatric units of acute care general hospitals. *Psychiatr Serv*, 69: 1087-1094.
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* 2utg.: BMJ Books.
- Vincent, C. (2011). *The Essentials of Patient Safety*. London: BMJI Books.
- Walker, E. R., McGee, R. E. & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 72 (4): 334-341.
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A. & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158 (5\_Part\_2): 369-374.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D. & Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382 (9904): 1575-1586.
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V. & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 10 (2): e0116820.
- WHO. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*, 9791157467679: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Global Priorities for Research in Patient Safety*: World Health Organization. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global\\_priorities\\_patient\\_safety\\_research.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf?ua=1) (lest 22.03.2020).
- WHO. (2017). *Patient safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=3E4C323F2390B3FCCBF12D4EDF0594A2?sequence=1> (lest 22.03.2020).
- Windle, P. E., Krenzischek, D. A. & Mamaril, M. (2007). Development and initial testing of the perianesthesia safe practices instrument: An ASPAN pilot study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22 (6): 370-384.

Zaugg, B. & Wangler, M. (2009). A model framework for patient safety training in chiropractic: a literature synthesis. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 32 (6): 493-499.

Zenner, G. & Munk, I. (2007). Absconding of patients on acute psychiatric wards. *BMC psychiatry*, 7 (S1): P3.





**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway