

Amalie Lein
Ida Marie Sørbo

Risikotavle i hjemmetjenesten - synlig arbeid med pasientsikkerhet.

Antall ord: 7668

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Anne Dreyer

Mai 2020

Amalie Lein
Ida Marie Sørbø

Risikotavle i hjemmetjenesten - synlig arbeid med pasientsikkerhet.

Antall ord: 7668

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Anne Dreyer
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I de siste årene har det vært stor oppmerksomhet rettet mot pasientsikkerhet, både nasjonalt og globalt. Per i dag har vi ikke et godt helhetlig bilde av det totale omfanget av uønskede hendelser som finner sted hos hjemmeboende i Norge. Innføringen av pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* har bidratt til et større fokus på å redusere pasientskader, bedre pasientsikkerhetskulturen, samt opparbeide varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i det norske helsevesenet.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten, samt hvordan den kan bidra i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.

Metode: Oppgaven er en empirisk studie basert på fokusgruppeintervju av fire sykepleiere. Sykepleierne er ansatt i en hjemmetjeneste som har arbeidet aktivt med risikotavle i to år. Materialet ble transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatene viser at risikotavlen bidrar til kvalitetsforbedring i tjenesten. Den gir struktur for pasientsikkerhet og er et tidssparende verktøy. utfordringene med bruk av tavlen ligger i utførelsen av spesifikke innsatsområder.

Konklusjon: Sykepleiernes erfaringer med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten er i det store og hele utelukkende positive. Det oppleves at risikotavlen bidrar til kvalitetsløft i tjenesten på flere områder. Risikotavlen legger til rette for systematisk arbeid med pasientsikkerhet, som øker kvaliteten i helsehjelpen brukerne mottar. Likeledes er det avgjørende med en engasjert leder og god pasientsikkerhetskultur for å lykkes i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.

Abstract

Background: Patient safety has drawn attention in the last few years on both a national, as well as an international, scale. Today there is no sufficient overall description portraying the extent of which undesirable incidents occur in home care services in Norway. The establishment of the patient safety program *I trygge hender 24-7* has contributed to a greater focus on the reduction of patient injury, heightened the culture of patient safety, as well as developed lasting structures for patient safety and improvement in quality of improvement.

Aim: The purpose of this study is to investigate which experiences nurses have with the use of risk assessment boards in home care services, as well as how it can contribute in ensuring quality improvement and patient safety.

Method: The assignment is an empirical study based on focus group interview of four nurses. The nurses are employed in home care services that have operated with risk assessment boards for two years. The material was transcribed and analyzed with the help of systematic text condensation.

Results: The results demonstrate that the utilization of risk assessment boards contribute to better quality in care, provides structure for patient safety and is a time-saving tool. Challenges related to the utilization of risk assessment boards lie in the execution of specific focusareas.

Conclusion: The utilization of risk assessment boards in home care services are, based on the nurses experiences, in the big picture entirely positive. Risk assessment boards are perceived to contribute to better quality of services across multiple areas. Risk assessment boards facilitate systematic work with patient safety, of which heighten the quality of health care received by patients. Likewise, it is crucial with an engaged management and good patient safety culture in order to succeed in the work of improving quality and patient safety.

Forord

Denne oppgaven setter nå et punktum for vår tid som sykepleierstudenter på NTNU Ålesund. Det har vært en veldig spennende og lærerik opplevelse å skrive bacheloroppgaven. Arbeidet har vært preget av mange gode diskusjoner, og vi har brukt kreativiteten godt under unormale omstendigheter våren 2020.

Med dette vil vi gjerne takke hovedveileder Anne Dreyer for god oppfølging og veiledning gjennom prosjektet, vi setter pris på hennes ærlige tilbakemeldinger. Hun har alltid funnet tid til oss, og vi har hele perioden følt at hun har støttet oss. Vi vil også takke Rigmor E. Alnes for hennes innspill og gode tilbakemeldinger.

Vi vil også rette en stor takk til virksomheten som ønsket å delta i prosjektet, og sykepleierne som ønsket å dele sine erfaringer med oss. De har bidratt med god informasjon som har gitt oss motivasjon til å gjøre oppgaven så bra og sannferdig som mulig. Vi håper at de får mye igjen for oppgaven.

Sist, men ikke minst, ønsker vi å gi en takk til familie, venner og kollektivet for støtten og motivasjonen vi har fått gjennom hele studietiden.

God lesing!

Ålesund, mai 2020.

Amalie Lein og Ida Marie Sørbø

Innhold

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Innledning | 11 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 11 |
| 1.1.1 | <i>Samfunnsmessig begrunnelse</i> | 12 |
| 1.1.2 | <i>Sykepleiefaglig begrunnelse</i> | 12 |
| 1.2 | Hensikt..... | 13 |
| 1.3 | Problemstilling | 13 |
| 1.4 | Avgrensning | 13 |
| 1.5 | Disposisjon | 13 |
| 2 | Teoretisk referanseramme | 14 |
| 2.1 | Hjemmetjenestens rammer og ansvarsområder | 14 |
| 2.2 | Kvalitet- og forbedringsarbeid..... | 14 |
| 2.3 | Pasientsikkerhet | 15 |
| 2.3.1 | <i>Pasientsikkerhetskultur</i> | 15 |
| 2.4 | I trygge hender 24-7 | 15 |
| 2.4.1 | <i>Risikotavle</i> | 16 |
| 2.5 | Tidligere forskning..... | 16 |
| 2.5.1 | <i>Holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmetjenesten</i> | 17 |
| 2.5.2 | <i>Ledelse og pasientsikkerhetskultur</i> | 17 |
| 2.5.3 | <i>Betydningen av strukturert kartlegging</i> | 17 |
| 3 | Metode..... | 18 |
| 3.1 | Metodetilnærming | 18 |
| 3.1.1 | <i>Utvalg</i> | 18 |
| 3.1.2 | <i>Gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju</i> | 18 |
| 3.2 | Dataanalyse | 19 |
| 3.3 | Etiske overveielser | 20 |
| 4 | Resultat..... | 21 |
| 4.1 | Kvalitetsforbedring i tjenesten | 21 |
| 4.2 | Struktur for pasientsikkerhet | 21 |
| 4.3 | Tidssparende verktøy | 22 |
| 4.4 | Innsatsområder | 23 |
| 5 | Diskusjon | 24 |
| 5.1 | Metodediskusjon | 24 |
| 5.2 | Resultatdiskusjon..... | 24 |
| 5.2.1 | <i>Pasientsikkerhet og forsvarlighet</i> | 24 |
| 5.2.2 | <i>Å arbeide systematisk</i> | 26 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.2.3 | <i>Tid er hva man gjør den til</i> | 27 |
| 5.2.4 | <i>Implementering av risikotavlen og utfordringer underveis</i> | 27 |
| 6 | Konklusjon..... | 29 |
| 6.1 | Videre forskning..... | 29 |
| | Referanser | 30 |
| | Vedlegg | 35 |

1 Innledning

Verdens helseorganisasjon er opptatt av pasientsikkerhet som en global helseprioritet. Innføring av nye systemer og rutiner er avgjørende for å forbedre sikkerheten i helsetjenesten (WHO, u.å.). Manglende kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet har i flere år vært trukket frem som en utfordring. I dag har vi mer data og økt kunnskap, nå ligger utfordringen i å bruke kunnskapen til å forbedre tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring av helsetjenester har fått stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt de siste årene (Olsen & Bjerkan, 2017). I Norge gjenspeiles dette gjennom blant annet pasientsikkerhetsprogrammet, nasjonale forskrifter, retningslinjer og handlingsplaner.

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å redusere uønskede hendelser, bedre pasientsikkerhetskulturen og opparbeide varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, som skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester (Helsedirektoratet, 2019a). I en stortingsmelding (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) kommer det til uttrykk at det er utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Det argumenteres for at det bør være større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet både i den nasjonale og den lokale helsepolitikken.

Per i dag har vi ikke et godt helhetlig bilde av det totale omfanget av uønskede hendelser som finner sted hos hjemmeboende i Norge. I en aktuell artikkel fra Sverige (Schildmeijer, Unbeck, Ekstest, Lindblad & Nilsson, 2017) fant de 350 pasientskader fra et utvalg på 600 pasientjournaler. Av disse har 271 oppstått i hjemmetjenesten. Resultatene viser at det er nødvendig med fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid også i hjemmetjenesten. På bakgrunn av dette ønsker vi å se nærmere på hvordan risikotavler brukes i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmetjenesten og hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av tavlen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vår interesse for temaet kom allerede i begynnelsen av praksisperioden vi hadde i hjemmetjenesten, der vi opplevde at det var lite fokus på pasientsikkerhet. Vi fikk erfare utfordringer i forhold til å forebygge uønskede hendelser og opprettholde god nok kvalitet i arbeidet med hjemmeboende. Dette førte til flere uønskede hendelser i hjemmet. Praksisplassen benyttet seg ikke av metoder eller verktøy for å redusere antall uønskede hendelser.

1.1.1 Samfunnsmessig begrunnelse

Hjemmetjenesten har nå en sentral plass i helsetjenestetilbudet til befolkningen. De siste tiårene har det skjedd en rekke endringer, blant annet i samfunnet, i helsepolitikken og i helsetjenestene. Dette har ført til at stadig flere bor hjemme og mottar sykepleie (Fjørtoft, 2016, s.18).

Pasientskader blir oppgitt som en utfordring både nasjonalt og globalt. Uønskede hendelser klassifiseres som nummer 14 av verdens globale sykdomsbyrde. Economic Cooperation and Development (OECD) anslår at omtrent halvparten av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten (Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017).

Samfunnsmessig er pasientskader et stort problem og medfører store konsekvenser for pasienter, brukere og deres pårørende. En pasientskade kan i verste fall føre til varige skader eller tap av liv (Helsedirektoratet, 2019b). Pasientskader tar tid, ressurser og vil være samfunnsøkonomisk kostbart. I Norge ble det i perioden 2013-2017 utbetalt 640 millioner kroner i pasientskadeerstatninger i saker som gjelder primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019b). Dette viser at tjenestene ikke er så trygge og sikre som de bør og kan være. God kvalitet lønner seg i en samfunnsøkonomisk sammenheng, derfor bør de nasjonale finansieringssystemene understøtte dette. Det er kostbart å gjøre feil, i form av pasientlidelse og forlenget behandlingsforløp. Ressursene må utnyttes på en slik måte at pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst, men det skal ikke gå på bekostning av kvaliteten (Stubberud, 2018, s. 22).

1.1.2 Sykepleiefaglig begrunnelse

Sykepleiere har en sentral rolle i hjemmetjenesten ved å yte tjenester som griper inn i menneskers liv og hverdag. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at *«sykepleieren har ansvar for en sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom.»* (NSF, 2011, s. 8). Norheim og Thoresen (2015) formidler i en studie at kliniske vurderinger og helsefremmende og forebyggende arbeid blir nedprioritert i hjemmetjenesten. I samme studie kommer det også frem at fokuset ligger på ren drift, ikke på fag og utvikling. Å sikre trygg og sikker helsehjelp er en viktig del av sykepleieres forebyggende funksjon og ansvar. Det inkluderer blant annet å redusere risiko for feil og uønskede hendelser (Stubberud, 2018, s. 19).

I rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) står det at sykepleiere skal ha kunnskap om fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Sykepleierens ansvar for å utøve kvalitetsarbeid er en viktig faktor for pasientens helse og dermed et juridisk og etisk ansvar. At sykepleieren har kompetanse i å utøve kvalitetsarbeid, viser at sykepleieren bryr seg om pasienten (Stubberud, 2018, s. 14). I de senere årene har det blitt satt opp flere politiske føringer om krav til god kvalitet i helsetjenesten. Det er nødvendig som sykepleier å kjenne til disse kravene. Gjennom utdanning og praksis bærer sykepleiere med seg kunnskap og holdninger som påvirker fagfolkets oppfatning av hvordan kvalitet skal forstås og utøves (Sævareid, 2011, s. 49).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan risikotavlen blir brukt og fungerer i hjemmetjenesten, samt hvordan den kan bidra i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Hensikten er også å øke vår kunnskap om kvalitativ forskning som metode. Gjennom det empiriske arbeidet ønsker vi å bringe kunnskap videre, og løfte fokuset mot systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet i hjemmetjenesten. Vi ønsker også å belyse viktigheten av arbeidet.

1.3 Problemstilling

Hvordan erfarer sykepleiere bruk av risikotavle i hjemmetjenesten?

1.4 Avgrensning

I problemstillingen tar vi for oss sykepleiernes erfaringer med bruk av risikotavle, og har derfor ekskludert annet helsepersonell. Helsepersonell uten sykepleiebakgrunn har også tett brukerkontakt i hjemmetjenesten, men da det er sykepleiere i virksomheten som leder organiseringen rundt tavlen blir det en naturlig avgrensning.

Essensielt i diskusjon om kvalitet er selvsagt hvordan det oppleves av de som skal motta tjenestene, men ettersom dette er en bacheloroppgave med begrenset omfang velger vi å fokusere på sykepleiernes perspektiv og erfaringer.

1.5 Disposisjon

Vi har nå introdusert omfanget av oppgaven i kapittel 1. Videre i kapittel 2 vil vi gjøre rede for teori som er relevant for vårt tema, samt tidligere forskning på feltet. I kapittel 3 presenterer vi valg av metode og hvordan vi anvender dette i vår oppgave. Kapittel 4 inneholder presentasjon av funn fra dataanalysen. I kapittel 5 vil vi redegjøre for funnene våre og diskutere dette i lys av teori og tidligere forskning. Vi avslutter oppgaven med en konklusjon i kapittel 6.

2 Teoretisk referanseramme

2.1 Hjemmetjenestens rammer og ansvarsområder

Hjemmetjenesten er en offentlig tjeneste som styres av juridiske rammer. Sykepleiere må sette seg inn i lovverket som er relevant for arbeidet i hjemmetjenesten, da disse lovene og forskriftene definerer rammene som tjenestene skal drives innenfor (Fjørtoft, 2016, s.154). Sentralt står helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og helsepersonelloven (1999).

Etter innføring av samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er det stadig flere som mottar helsehjelp i eget hjem. Ifølge Solbakken & Bondas (2015) vil dette innebære at hjemmetjenesten i større grad gir tjenester til mottakere som er sykere og som tidligere ville vært innlagt i institusjon. Hjemmetjenesten er et mangfoldig arbeidsfelt, der det blant annet er stor variasjon med tanke på sykdommer og tilstander. Dermed også stor variasjon i pasientens behov for hjelp til å klare seg hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 22). Det krever bred kompetanse for å dekke pasientens behov og sørge for forsvarlig oppfølging. Personalet og deres kompetanse er en av de viktigste ressursene i hjemmetjenesten, og en avgjørende kvalitetsfaktor (Fjørtoft, 2016, s.162).

2.2 Kvalitet- og forbedringsarbeid

Systematisk kvalitetsarbeid er lovfestet for enhver som yter helse- og omsorgstjeneste i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, § 4-2). Kvalitetsarbeid er en vedvarende prosess som innebærer utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Det overordnede målet med kvalitetsarbeid er å bidra til pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 11). Forskning, fagkunnskap og verdier gir et siktepunkt for hva som er god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Derfor er kvalitetsbegrepet bevegelig, det endrer seg i takt med at ny kunnskap og teknologi vokser frem (Stubberud, 2018, s. 16).

Kvalitetsarbeid er ifølge Stubberud (2018, s. 15) nødvendig for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp, det vil si at helsehjelpen er kvalitativt god ut fra brukerens behov. Det er også en forutsetning for å ivareta sykepleiers viktige etiske prinsipper, som ikke-skade-, velgjørenhet-, rettferdighets- og autonomiprinsippet. Kvalitet i helsetjenesten er definert av Helse- og omsorgsdepartementet (2017) som helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre. De skal involvere brukerne og gi dem innflytelse. Tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet, videre skal ressursene utnyttes på en god måte og de skal være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

For at vi skal få en bedre og tryggere helsetjeneste er det en forutsetning at forbedringsarbeidet skaper en vedvarende forbedring av helsehjelpen og omsorgstjenestene som utøves. Stubberud (2018, s. 137) beskriver vedvarende forbedringer som «*når nye arbeidsmetoder og forbedringer blir normen*». Det vil si at forbedringen ikke lenger oppleves som en ekstra arbeidsprosess, men er en integrert og fast del av virksomheten.

2.3 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet defineres som «vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Helsedirektoratet, 2019a, s. 31). Det pågår systematisk arbeid for å gi trygg helsehjelp, men likevel viser nasjonale og internasjonale undersøkelser at alt for mange pasienter skades i møte med helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kirkevold (2017, s. 273) mener at god sykepleie handler om å beskytte pasienten mot risikoforhold. Hun legger også frem hvordan pasientsikkerhet avhenger av god kvalitet. God kvalitet er en forutsetning for å redusere feil og uønskede hendelser. Uønsket hendelse beskrives på følgende måte:

«En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter av helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere tjenestene» (WHO, 2005, s. 8)

2.3.1 Pasientsikkerhetskultur

Helsedirektoratet (2019a) definerer pasientsikkerhetskultur som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (2017) retter oppmerksomheten mot betydningen av en kultur som er åpen for læring og vilje til forbedring. Ansatte på alle nivåer i tjenesten har en aktiv rolle i arbeidet med pasientsikkerhet, men en slik kultur må forankres i ledelsen. Det er et ledelsesansvar å skape et fellesskap rundt arbeid med kvalitet og forbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En god ledelse har en grunnleggende betydning for å utvikle en kultur for kvalitetsforbedring og for å sikre effektive og kvalitetssikre helsetjenester. For å oppnå god kvalitet må ledere bygge en kultur for pasientsikkerhet, og etablere gode administrative systemer og rutiner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Orvik, 2015, s. 197).

2.4 I trygge hender 24-7

Helse- og omsorgsdepartementet har et mål om å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Sentralt i kvalitetsarbeidet står etableringen av det nasjonale programmet for pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 35). I 2019 opphørte det femårige Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7*, men konseptet ble videreført og er i dag kjent under navnet *I trygge hender 24-7*. *I trygge hender 24-7* drives av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helsedirektoratet. Programmet setter fokus på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med et overordnet mål om å redusere uønskede hendelser og etablere varige strukturer for pasientsikkerhet (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet ulike tiltak for å forbedre pasientsikkerheten, herunder presenteres risikotavler som et nyttig visuelt verktøy i arbeidet.

avansert søk. Det ble ikke funnet forskning som direkte belyser problemstillingen i denne studien, og det er lite forskning som tar for seg bruk av risikotavle. Vi valgte derfor å se nærmere på sykepleieres holdninger til pasientsikkerhet i hjemmetjenesten, ledelse og pasientsikkerhetskultur og betydningen av strukturerte rammer for pasientkartlegging.

2.5.1 Holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmetjenesten

Forskningsartikkelen til Olsen og Bjerkan (2017) viser at andelen enheter med et modent pasientsikkerhetsklima i hjemmesykepleien er lav, og at det er variasjon i holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell. På individuelt nivå var andelen markant lavere på sikkerhetsklima enn på teamarbeidsklima. Dette indikerer at ansatte synes det er vanskelig å snakke om risiko og uønskede hendelser, men at de likevel opplever god støtte fra sine kollegaer. Resultatet kan understøtte at systematisk arbeid ikke har vært igangsatt når det gjelder pasientsikkerhetsarbeid i hjemmetjenesten. Studien konkluderer med at hjemmetjenesten skårer lavt både på sikkerhetsklima og oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet. Dette bekrefter påstanden om at ledelsen har stor innvirkning på pasientsikkerhetskulturen.

2.5.2 Ledelse og pasientsikkerhetskultur

Solbakken, Bondas & Kasén (2019) har skrevet en forskningsartikkel som omhandler hvordan ledere kan forebygge feil i hjemmetjenesten. De får frem ledernes innvirkning på hvordan avdelingene drives og hva rollen innebærer. Et urovekkende funn i studien viser at forebygging av uønskede hendelser ikke har vært prioritert blant fem ledere i kommunen forskningen foregikk i. Blant totalutvalget på 440 personer var antall dokumenterte fall over tre måneder 101, fordelt på 72 tjenestemottakere. Hovedfunn i studien viser at ledernes mulighet til å utvikle og lede sykepleiefaget synes å være mindre viktig. Studien får frem betydningen av ledernes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser.

Farokhzadian, Nayeri & Borhani (2018) har utforsket sykepleieres opplevelse av utfordringer som påvirker integrering av sikkerhetskultur i helsevesenet. Hovedfunnene presenteres i fire kategorier: utilstrekkelig organisasjonsinfrastruktur, utilstrekkelig ledelseeffektivitet, mangelfull innsats for å holde følge med nasjonale og internasjonale standarder og overskyggede verdier for teamdeltakelse.

2.5.3 Betydningen av strukturert kartlegging

Munroe, Curtis, Considine & Buckley (2013) har forsket på hvilken betydning strukturerte rammer for kartlegging har for pasientbehandling. Resultatene viser at strukturerte rammer for kartlegging påvirker seks hovedområder: kartleggingsprosessen, dokumentasjon, kommunikasjon, omsorgsimplementering, pasient- og klinikertilfredshet og pasientresultater. Det kommer frem at det er behov for ytterligere forskning på området for å avgjøre hvilken kapasitet strukturerte rammer har for å forbedre pasientbehandlingen. Samtidig påpeker de at det er behov for slike strategier for å forbedre kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen.

3 Metode

3.1 Metodetilnærming

Vi har valgt å skrive en empirisk oppgave ved bruk av kvalitativ metode. Målet med kvalitativt intervju er å innhente omfattende beskrivelser for å belyse problemstillingen fra flere sider (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s. 85). Vi har gjennomført et kvalitativt fokusgruppeintervju for å bygge på deltakernes erfaringer. Christoffersen et al. (2015, s. 73) mener at ved å benytte seg av gruppeintervju får en avdekket en bredde av deltakernes synspunkter, holdninger, erfaringer og fortolkninger. Derfor vurderer vi at metoden egner seg godt for den valgte problemstillingen.

3.1.1 Utvalg

Vi fikk tildelt en sone i distriktet som har kommet godt i gang med risikotavle. Det ble benyttet strategisk utvalg, for å være sikre på at deltakerne kunne gi oss informasjon til å svare på problemstillingen (Christoffersen et al., 2015, s. 85). Et strategisk utvalgt er ifølge Dalland (2017, s. 57) når man velger ut deltakere som en tror har noe å fortelle om akkurat det temaet en vil vite mer om. Vi ønsket derfor at deltakerne hadde sykepleierutdanning i bunn og erfaring med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten fra før, for å få rikelige data om erfaringer med risikotavle. Vi kontaktet midlertidig avdelingsleder i virksomheten via e-mail og sendte informasjonsskriv og samtykkeskjema, slik at vedkommende kunne dele dette ut til de ansatte. De ansatte som var interessert i å delta i prosjektet tok kontakt med avdelingslederen, som samlet en fokusgruppe. Vi intervjuet fire sykepleiere som alle var ansatte i samme virksomhet, og har vært ansatte på arbeidsplassen siden før de startet opp med risikotavle.

| | Kjønn | Alder | Antall år i praksis |
|-------------------|--------------|--------------|----------------------------|
| Deltaker 1 | Kvinne | 35 år | 17 |
| Deltaker 2 | Kvinne | 60 år | 39 |
| Deltaker 3 | Kvinne | 29 år | 8 |
| Deltaker 4 | Kvinne | 39 år | 4,5 |

Figur 1: Oversikt over sykepleiernes kjønn, alder og praksiserfaring.

3.1.2 Gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju

Vi brukte semistrukturert forskningsintervju i fokusgruppe. Semistrukturert forskningsintervju har en intervjuguide som utgangspunkt, men intervjueren kan variere spørsmål, temaer og rekkefølge (Christoffersen et al., 2015, s. 74). På forhånd utformet vi en intervjuguide med forslag til spørsmål vi ønsket å stille deltakerne (vedlegg nr.2). Intervjuet ble holdt våren 2020, og fant sted på vaktrommet til virksomheten. Det startet med innledende spørsmål om blant annet alder og erfaring. Christoffersen et al. (2015, s. 75) mener at en slik innledning er med på å skape en relasjon og et tillitsforhold. Hoveddelen av intervjuet besto av seks hovedspørsmål med tilhørende underspørsmål, der vi ville undersøke sykepleiernes erfaringer med bruken av risikotavle i virksomheten. Spørsmålene utviklet seg gjennom samtalen ved at vi stilte oppfølgingsspørsmål som

følge av de svarene som ble gitt (Christoffersen et al., 2015, s. 75). Intervjuet hadde en varighet på omtrent 45 minutter.

Intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Umiddelbart etter intervjuet begynte vi å transkribere materialet, for å bevare førsteinntrykket av intervjuet. Lydfilene ble spilt gjentatte ganger for å forsikre oss om at alt var tatt med.

3.2 Dataanalyse

Malterud (2017, s. 91) beskriver dataanalyse som en målrettet reise fra problemstilling til resultater. Det handler om å identifisere mønstre og sammenhenger i datamateriale som ikke umiddelbart er synlige (Christoffersen et al., 2015, s. 127).

I analysen av kvalitative data ble det anvendt systematisk tekstkondensering som metode. Malterud (2017, s. 93) mener dette er en enkel og systematisk metode som får frem deltakernes variasjoner i erfaringer. Metoden er utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig måte (Malterud, 2017, s. 97). Vi er to uerfarne forskere, som trenger en velbeskrivende analyseprosedyre, og valgte derfor systematisk tekstkondensering som metode i vår studie. Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering beskriver Malterud (2017, s. 98) i fire trinn:

1. Få et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsdannende enheter
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av dette

Første trinn, å danne et helhetsinntrykk, startet allerede under arbeidet med å transkribere lydfilen fra intervjuet. For å få en bedre forståelse av materialet leste vi gjennom teksten gjentatte ganger hver for oss. Underveis markerte vi nøkkelord som vi synes hadde relevans for vår problemstilling. Under denne prosessen hadde vi problemstillingen i bakhodet, og forsøkte å sette vår forforståelse til side. Ifølge Malterud (2017, s. 99) er dette en forutsetning for at vi kan stille oss åpne for nye inntrykk fra materialet. En av forskerne har arbeidserfaring fra kommunen der forskningen foregår, men er ikke kjent med bruken av risikotavle. Etter at vi hadde gått grundig gjennom teksten hver for oss, gikk vi sammen for å sammenligne og diskutere inntrykkene og nøkkelordene. Vi satt igjen med fem foreløpige temaer: kvalitet, synliggjøring, struktur, ansvar og oversikt.

I neste analysetrinn leste vi materialet linje for linje i fellesskap for å skille ut relevant tekst som kan belyse problemstillingen. Malterud (2017, s. 101) påstår at det er nødvendig å gjennomgå teksten grundig og systematisk, slik at det ikke bare er det som virker fengende ved første øyekast som blir tatt med. Vi valgte ut tekstbiter som vi mente ga oss kunnskap om ett eller flere av de foreløpige temaene fra forrige trinn. Det er disse utvalgte tekstbitene Malterud (2017, s. 101) definerer som meningsbærende enheter. Vi skrev ned de meningsbærende enhetene på gule lapper og sorterte dem etter innhold på et A3 ark. Denne prosessen betegner Malterud (2017, s. 101) som koding. Under denne prosessen ble noen av gruppene slått sammen, det ble identifisert nye og

noen ble kuttet ut. Til slutt satt vi igjen med fire kodegrupper: innsatsområder, system gir oversikt, tidssparende og bedrer kvaliteten.

I tredje del av analysen fokuserte vi kun på de meningsbærende enhetene vi kom frem til i forrige analysetrinn. Vi begynte å jobbe systematisk med hver kodegruppe som inneholdt tekstbiter med ulike nyanser. Videre sorterte vi materialet inn i subgrupper. Vi gikk deretter videre med å se på de meningsdannende enhetene under hver subgruppe og skrev sammen flere uttalelser til et kondensat. Et kondensat er et kunstig sitat som bærer med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene i generell form (Malterud, 2017, s.107).

I siste trinn gikk vi gjennom de tidligere trinnene og vurderte om funnene fortsatt ga en gyldig beskrivelse av sammenhengen den var hentet ut fra. Det vi stod igjen med ga oss nye beskrivelser og begreper som belyser problemstillingen vår. Vi laget en analytisk tekst for hver subgruppe, som formidler hva materialet forteller. Deretter diskuterte vi hva hver av de analytiske tekstene handlet om og laget en overskrift som sammenfattet innholdet. Vi kom frem til følgende overskrifter, som presenterer funnene i dataanalysen: kvalitetsforbedring i tjenesten, struktur for pasientsikkerhet, tidssparende verktøy og innsatsområder.

3.3 Etiske overveielser

I generelle forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016) presenteres fire prinsipper for etisk forsvarlig forskning: respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Ved arbeid med intervjuene behandlet vi deltakerne med respekt i samsvar med helseforskningsloven (2008). Det ble utarbeidet et skriftlig samtykkeskjema i forkant av intervjuene som inneholdt informasjon om studien, og at data blir oppbevart på forsvarlig vis og slettes ved studiens slutt. Vi forsikret oss om at deltakerne forstod hva deltakelsen innebar før vi startet intervjuet. Det var frivillig samtykke for deltakelse og deltakerne kunne på hvilket som helst tidspunkt trekke seg uten negative konsekvenser. Prinsippet om gode konsekvenser er ivaretatt da vi mener at denne oppgaven kan ha nytte for videre fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmetjenesten.

På grunn av at forskningsmetoden identifiserer personopplysninger fra deltakerne var prosjektet meldepliktig til personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). Referansekode for godkjent prosjekt hos NSD er 708764. Intervjuene ble ikke avholdt før prosjektet fikk godkjennelse fra NSD. I tråd med kravene fra NSD er personopplysninger om deltakerne aidentifisert. Anonymisering ble ivaretatt ved at forskerne i forkant av intervjuet informerte deltakerne om at alle hadde et felles ansvar for at det ikke kom frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Vi ga også informasjon om at deltakernes identitet ville bli anonymisert ved bruk av koder for å overholde vår taushetsplikt.

4 Resultat

Resultatene er presentert i fire temaer, som ble identifisert gjennom dataanalysen: Kvalitetsforbedring i tjenesten, struktur for pasientsikkerhet, tidssparende verktøy og innsatsområder.

4.1 Kvalitetsforbedring i tjenesten

Det er ingen tvil mellom deltakerne om at risikotavlen bidrar til kvalitetsforbedring i tjenesten. Det er et verktøy for å kvalitetssikre arbeidet de gjør, som fører til trygghet og kvalitet for brukerne. De opplever at tavlen fører til en mer fullstendig kartlegging av hver enkel bruker, og økt trygghet på at brukerne får den hjelpen de trenger etter deres individuelle behov. En deltaker sier at den sikrer riktig oppfølging til den enkelte bruker.

«Kartlegging og individuell oppfølging fører til tryggere helsetjeneste for brukerne våre.»

Flere av deltakerne setter fokuset på pasientsikkerhet. En deltaker utdyper at når de systematisk kartlegger alle brukerne, slik at alle brukerne blir risikovurdert, får de en bedre oppfølging helt fra starten. De opplever at de lettere fanger opp hva brukerne trenger hjelp til og får sette tidligere i gang med tiltak.

«Brukere meldes inn med et hjelpebehov, men når vi kartlegger dem kan vi se at de har andre behov i tillegg til det som i utgangpunktet var meldt.»

Vi stilte et oppfølgingsspørsmål om hvordan de kom frem til at de skulle starte opp med risikotavle. En sykepleier forteller at det var lederen i virksomheten som organiserte det. Deltakerne er enige i at rutiner for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid må forankres i ledelsen. De beskriver en flink leder som er interessert og engasjert i kvalitet- og forbedringsarbeid.

«Hen var en primusmotor på det meste!»

4.2 Struktur for pasientsikkerhet

Det er enighet blant sykepleierne om at risikotavlen gir dem struktur i deres arbeidshverdag. De beskriver en hverdag der tavlen er godt implementert i rutine. En av sykepleierne påpeker viktigheten av at tavlen er innarbeidet i rutine, hvis ikke opplever de at det er lett å skli ut. Fra mandag til fredag holder ansvarsvakten et tavlemøte, der de kortfattet går gjennom hver enkel bruker som står oppført på tavlen og delegerer ut ansvar og oppgaver.

Deltakerne gjentar flere ganger at strukturen fører til bedre oversikt over brukerne og hvilken risiko de har. Strukturen fører til at sykepleierne opplever kontroll over at alle brukere er fullstendig kartlagt, og påfølgende oversikt over hvilken risiko brukerne har. En av sykepleierne understreker at de fortsatt gjør det samme som de alltid har

gjort, men det er ikke en tilleggsbelastning å ha tavlen og det er positivt at det er satt i system.

«(..) det er jo bare det vi gjør satt i system.»

Sykepleierne forteller at en fordel med strukturen og systemet er at det synliggjør ansvaret. En deltaker la til at det kunne være en liten stressfaktor, men ikke i negativ forstand. Stresset kommer av at det er så synlig hva som er gjort og hva som ikke er gjort. De kjenner på ansvaret for at de må gjøre det som skal gjøres, for alle kan se hvis du ikke har gjort det.

«Hadde du ikke hatt stresset så hadde det nok vært mye verre, for da hadde du ikke visst at det var noe du skulle gjøre.»

Deltakerne opplever en utvikling i kompetansenivået blant de ansatte i virksomheten. Når tavlen er så synlig, blir det mer fokus rundt risiko og kvalitet på arbeidsstedet. Det skaper faglig oppmerksomhet og gir større rom for diskusjon, spørsmål og erfaringsutveksling.

Vi stiller spørsmål om hvor ansvaret for oppfølging av tavlen hovedsakelig ligger. En av deltakerne forteller at det er et felles ansvar for at kartleggingene og vurderingene utføres. Det utdypes at fellesskapet og samarbeidet innad mellom kollegaene i virksomheten har blitt bedre etter de startet med risikotavle.

«Nå snakker vi jo sammen hver dag, under tavlemøtene, om brukernes tilstand, hvilke tiltak som må igangsettes og hva vi må være oppmerksomme på.»

4.3 Tidssparende verktøy

I intervjuet kommer det frem at sykepleierne synes bruk av risikotavlen gjør at de sparer tid. En av deltakerne presiserer at kartleggingen måtte de gjort uansett, men bruk av risikotavlen har ført til at det er systematisk og oversiktlig. De diskuterer høyt rundt temaet og den ene sykepleieren forteller at det tok litt tid å få i gang rutineene rundt risikotavlen. Nå som tavlen er så godt implementert i rutineene opplever de et fungerende system som viser seg å være tidssparende. En av sykepleierne påpeker at uten tavlen ville de brukt lenger tid på å finne ut hva som er gjort, og hva som ikke er gjort.

«Det er mange som tenker at det er tidskrevende å følge opp risikotavle. Jeg vil heller si at det er tidssparende, for når man har kommet inn i det så går det så kjapt.»

Deltakerne sier at oversikten tavlen gir gjør at de sparer tid. Den ene sykepleieren forteller at dersom du har vært sykemeldt, eller at det er en lenger periode siden sist du var på jobb, vil det være lettere å få oversikt når du kommer tilbake.

«Uten risikotavlen må vi bruke mer tid på å lese gjennom mange rapporter, og det ville tatt mer tid enn å bruke tavlen.»

4.4 Innsatsområder

Vi stiller spørsmål om sykepleierne kan fortelle om deres erfaring med bruk av risikotavle. En sykepleier erfarer at tavlen har hjulpet dem til å ta tak i flere områder som må følges opp, men at det også er utfordringer knyttet til bruk av tavlen.

«Vi får kartlegge risikoområdene til brukerne, som gjør at vi blir mer bevisst på hva som må følges opp. Blant annet ernæringsstatus, fallfare og kognitiv vurdering tror vi har bedret seg etter at vi startet med risikotavle.»

Vi stiller sykepleierne et spørsmål om hvilke utfordringer de møter på når det kommer til å følge opp tavlen. Flere svarer at utfordringene ligger i selve utførelsen av noen nevnte innsatsområder. Problemet ligger i at de enten er for detaljerte og må gå grundig gjennom, eller så er de avhengige av et samarbeid med andre.

«Vi prøver så godt vi kan å utføre de ulike innsatsområdene på best mulig måte. Men kan være utfordrende når vi er avhengig av samarbeid med andre profesjoner.»

En sykepleier forteller at de ulike innsatsområdene på tavlen endres og tilpasses etter deres behov. Innsatsområdene som er avhengige av samarbeid med andre profesjoner eller som er statlig satt opp kan være utfordrende, som gjør at tavlen må endres og tilpasses. Sykepleieren nevner at de tidligere hadde «multisyk» som et innsatsområde på tavlen. De opplever det som et unødvendig punkt, og velger derfor å sette inn «National Early Warning Score» (NEWS) i stedet for. En annen sykepleier forteller at de også tilpasser innsatsområdene dersom det er risikoområder som går igjen hos flere brukere.

«Vi ser at det er nødvendig å revidere de ulike innsatsområdene jevnlig, slik at vi skal ha nytte av å gjennomføre de kartleggingene vi har satt opp.»

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi først diskutere valg av metode, før vi går videre med å drøfte resultatene fra analysen opp mot teori og tidligere forskning.

5.1 Metodediskusjon

For å svare på problemstillingen vår på best mulig måte, valgte vi å benytte oss av kvalitativt fokusgruppeintervju. Dette mener vi er en passende metode i og med at vi ønsket å vite og forstå mer av sykepleiernes erfaringer med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten.

Vi hadde i utgangspunktet ønske om et fokusgruppeintervju med 4-6 deltakere, og fikk intervjuet fire sykepleiere. Prinsippet er at utvalget skal være stort nok til at vi kan belyse problemstillingen (Christoffersen et al., 2015, s. 89). Dersom vi hadde hatt et større utvalg kunne muligens andre temaer kommet frem. Dog opplevde vi at alle deltakerne var like delaktige og vi fikk en fin flyt i samtalen, med gode diskusjoner og refleksjoner. Vi avgrenset oppgaven til sykepleieres erfaringer. Malterud (2017, s. 59) påpeker at et homogent utvalg vil gjøre det vanskeligere å få frem data og nyanser som gir kunnskap eller åpner for nye spørsmål. Derfor kunne det også vært positivt med erfaringer fra annet helsepersonell, som har en annen kunnskapsbakgrunn enn sykepleiere.

Det var til tider bakgrunnsstøy, latter og hvisking på lydopptaket, som førte til at noen ord forsvant under transkriberingen. Dalland (2017, s.89) sier at samtalens kvalitet kan bli påvirket av omgivelsene, eller fra opptakeren. Selv om noen av ordene forsvant på lydopptaket, synes vi at intervjuene er av god kvalitet. I og med at det ikke hadde noe å si for konteksten av innholdet, mener vi at vi forstod meningsinnholdet selv om det var vanskelig å få med seg alt til tider.

Som følge av omstendighetene i perioden bacheloroppgaven ble skrevet i, hadde vi ikke tilgang til bibliotek. Dette har ført til noen mangler i litteraturen, og vi har derfor vært nødt til å anvende flere anerkjente nettsider til fordel for bøker.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Pasientsikkerhet og forsvarlighet

Sykepleierne erfarer at risikotavlen bidrar til å ansvarliggjøre de ansatte i virksomheten. Orvik (2015, s. 124) skriver at profesjonsansvar omfatter både ansvarsbevissthet og ansvarlighet. Ansvarsbevissthet handler om å være oppmerksom på behov i omgivelsene, og innebærer en selvstendig plikt til å handle når pasientens tilstand krever det. Ved hjelp av risikotavlen får sykepleierne en oversikt over pasientens tilstand, som gjør det enklere å handle riktig etter brukernes individuelle behov. Det fører også til at sykepleierne føler seg mer trygge på at de gir brukerne riktig oppfølging. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for at beslutninger om tiltak er basert på pålitelig kunnskap

innenfor profesjonens ansvarsområde (Kirkevold, 2017, s. 272). Ansvarlighet handler om å ta ansvar for konsekvenser av egne handlinger (Orvik, 2015, s. 124). Som sykepleier er en pliktig til, og har et selvstendig ansvar for å utøve en faglig og etisk forsvarlig sykepleiepraksis. I henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) er sykepleiere lovpålagt å holde seg oppdatert slik at yrkesutøvelsen er faglig forsvarlig. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) har sykepleiere et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i yrkesutøvelsen.

Det synlige ansvaret oppleves innimellom som en stressfaktor for sykepleierne, i den forstand at det fører til et press på at ting må bli gjort. Dette betegner Orvik (2015, s. 143) som det gode stresset. Det kan tyde på at risikotavlen synliggjør kravene som stilles til sykepleierne, men på grunn av de gode rutinene opplever de likevel stor grad av kontroll. Denne kombinasjonen gir ifølge Orvik (2015, s. 144) et grunnlag for utvikling og vekst.

Ansvar for en forsvarlig sykepleiepraksis er både den enkeltes ansvar og virksomhetens ansvar, og handler fundamentalt om kvalitet og pasientsikkerhet (NSF, 2013). Virksomheten skal styres i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Forskriften presiserer oppgaver og lederansvaret for virksomhetens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Den aktuelle virksomhetens fokus på pasientsikkerhet er forankret i ledelsen. Det er et lederansvar på alle nivåer av helsetjenesten å arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019a). Ifølge pasientsikkerhetsprogrammet innebærer ledelse av pasientsikkerhet å bygge en kultur, sikre kompetanse og utvikle systemer som gjenspeiler kvalitet i alt vi gjør (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Lederen i virksomheten har engasjert seg og satt pasientsikkerhet på dagsorden. Det er lagt til rette for et system der viktige risikoområder for deres brukere blir fulgt opp, og det blir ført dialog knyttet til disse områdene omtrent daglig. Ledere står i en viktig posisjon for å fremme en kultur som oppmuntrer til en praksis som har fokus på å redusere brukernes risiko for uønskede hendelser (Solbakken et al., 2019).

Virksomheter som lykkes kjennetegnes av en kultur som fremmer åpenhet, tillit, samarbeid, og læring (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Gjennom forskningsintervjuet fikk vi inntrykk av at lederen har dannet grunnlaget for en god pasientsikkerhetskultur. gjenspeiles ved at sykepleierne kommer med utsagn som uttrykker ønske om forbedring og å gjøre minst mulig feil. Virksomheten har etablert systematisk arbeid med pasientsikkerhet, som vi kan anta er en avgjørende faktor for å danne en god pasientsikkerhetskultur (Farokhzadian et al., 2018; Olsen & Bjerkan, 2017). Risikotavlen kan strukturere og forenkle arbeidet med å identifisere og håndtere risikofaktorer, som er en god måte å jobbe med pasientsikkerhet (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Samtidig skaper tavlemøter en arena for drøfting av ulike problemstillinger blant de ansatte. I likhet med funnene i evaluering av pasientsikkerhetsprogrammet (Deloitte, 2017) erfarer sykepleierne at risikotavlen og påfølgende tavlemøter har bedret fellesskapet og samarbeidet internt mellom kollegaene. Dette forsterker inntrykket vi har av en god pasientsikkerhetskultur i virksomheten. Pasientsikkerhetskulturen og systemet legger til rette for refleksjon over hva som må til for å forhindre uønskede hendelser, som er viktig i kvalitetsarbeidet (Stubberud, 2018, s. 29).

Studien til Farokhzadian et al. (2018) viser at manglende kompetanse innen pasientsikkerhet, samt mangel på innsats for å forbedre fagkompetansen, utfordrer utviklingen av en god pasientsikkerhetskultur. I vår studie kommer det frem i resultatet at risikotavlen bidrar til å rette et faglig fokus mot risiko og kvalitet, som har medvirket til økt kompetanse blant sykepleierne. Ved å benytte seg av tavlemøter får sykepleierne en bevisst holdning til egen arbeidsprosess. Det åpnes også for refleksjon og erfaringsutveksling som bidrar til ny kunnskap om risikovurdering, og øker ens egen kompetanse innen pasientsikkerhet (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 24-25). En avgjørende faktor for å lykkes med forbedringsarbeid er kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019a).

5.2.2 Å arbeide systematisk

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal «*Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven §4-2 sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*» (2011, § 4-2). Arbeid med å styrke pasientsikkerhet og trygghet retter seg i dag mot nivået av organisering og system (Kirkevold, 2017, s. 273). Sykepleierne erfarer at risikotavlen har blitt en del av virksomhetens rutiner for systematisk arbeid med pasientsikkerhet. Risikotavlen er et verktøy for å sikre systematisk vurdering og oppfølging av utvalgte risikoområder hos brukeren (Utviklingsssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2018). Det er nødvendig med en systematisk og målrettet kartlegging for å kunne vurdere hva som er behovet til den enkelte bruker (Fjørtoft, 2016, s. 171).

Sykepleierne erfarer at bruken av risikotavlen gir et helhetlig bilde av de ulike risikoområdene til brukerne deres. Virksomhetens strukturerte rammer setter kartleggingsarbeidet i et oversiktlig system, og bidrar til synliggjøring av brukerens behov. Risikotavlen disponerer for kontinuitet i kartleggingen som bidrar til kvalitet. En studie viser at strukturerte rammer for kartlegging bedrer kvaliteten på pasientvurderingen (Munroe et al., 2013). Å ha oversikt over hvilke behov brukeren har og hva som skal kartlegges, er for sykepleierne i denne studien viktig for kvalitet. God kvalitet handler om å vurdere pasientens individuelle behov for sykepleie, samt planlegge og iverksette målrettede tiltak (Kirkevold, 2017, s. 273). Risikotavlen setter hovedfokus på utvalgte innsatsområder som er tilpasset brukernes behov. Likevel er det viktig at sykepleierne ikke antar at det alltid er tilstrekkelig for å få en fullstendig kartlegging av brukernes helsetilstand. Tavlen er et hjelpemiddel i arbeid med kvalitet- og pasientsikkerhet, og må ikke ta oppmerksomheten bort fra brukernes individuelle situasjon, eller fortrenge bruk av skjønn (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 29).

Virksomhetens godt integrerte rutiner bidrar til at brukerne deres får en bedre oppfølging helt fra start. Sykepleierne erfarer at tidlig kartlegging av brukerne gjør at de oppdager endringer tidligere og får satt i gang tiltak. Ifølge det danske selskap for pasientsikkerhet (2019) kan tidlig oppdagelse av forverret tilstand potensielt være med på å fremme brukerens livskvalitet, samt forebygge sykdom eller innleggelse. Sykepleierne forteller om et felles mål og ansvar om å bedre kvalitet og pasientsikkerhet på arbeidsplassen. Dette mener de har bidratt til en betydelig forbedring av kartleggingen de gjør. Sykepleierne kartlegger alle nye brukere og de som har fått en akutt forverring. De opplever at oppfølgingen videre er bedret, og setter raskt opp brukeren på tavlen dersom det trengs ny kartlegging. Kartlegging av behov er særlig vesentlig for nye brukere, men må også være en del av den daglige oppfølgingen. Behovene kan endre seg, eller det kan

være at førstegangsvurderingen ikke fanget opp hele situasjonen (Fjørtoft, 2016, s. 171).

Slik det forekommer av resultatene i denne studien har sykepleierne klare formeningar om at kvaliteten på arbeidet har bedret seg etter at risikotavlen ble tatt i bruk. På en annen side forteller sykepleierne at de ikke har noen tall på at pasientsikkerheten faktisk er forbedret. De nevner at det ikke finnes oversikt over antall uønskede hendelser som er oppstått i deres virksomhet. Det blir derfor vanskelig å vite om risikotavlen og deres kartlegging har bidratt til kvalitetsforbedring på dette område. Dette kan skyldes at varslingsplikten for uønskede hendelser hittil kun har omfattet spesialisthelsetjenesten. Det var først i juli 2019 det ble utvidet til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester der også pårørende, pasienter og brukere får rett til å varsle. Varslingsplikten vil kunne bidra til å tallfeste uønskede hendelser i kommunetjenesten og muliggjøre forebygging (Solbakken et al., 2019). Gode registrerings og dokumentasjonsverktøy synes å være viktig i arbeidet med å måle, dokumentere og forebygge uønskede hendelser fordi det gir kunnskap om omfanget. Det er en fordel å måle hvordan tjenesten fungerer i dag for å avdekke hva som bør forbedres, samt gjøre det mulig å vurdere om iverksatte tiltak fungerer og faktisk fører til bedre tjenester (Danielsen, Haugum, Bjertnæs & Lindahl, 2015).

5.2.3 Tid er hva man gjør den til

Tid er den rammefaktoren som oftest blir trukket fram som en styrende komponent for helsetjenesten. Hverdagen i hjemmesykepleien er ofte hektisk, det er mye å gjøre, og kravene er mange (Fjørtoft, 2016, s. 164). I studien til Gautun & Bratt (2014) forteller sykepleierne at travelheten i hjemmesykepleien går ut over muligheten til å følge med på behovsutviklingen og det å sette inn tiltak tidlig. Et av våre funn viser det motsatte, der sykepleierne erfarer at de gode rutinene de har satt i system bidrar til at de sparer tid ved bruk av risikotavlen. Dette kan være med på å understøtte viktigheten av å arbeide systematisk med kartlegging i hjemmetjenesten. Tidligere brukte de kun individbaserte pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) for å kartlegge brukernes behov. Sykepleierne beskrev det som tungvint da alle måtte inn på IPLOS for å se om kartleggingen var gjort. IPLOS er et standardisert informasjonssystem som kartlegger brukerens funksjonsnivå og tjenestebehov (Fjørtoft, 2016, s. 172). Ifølge Skaug (2017, s. 348) skal ikke IPLOS anvendes til kartlegging av brukerens behov, da dette ikke er hensiktsmessig og vil gi mangelfull informasjon. Sykepleierne opplever at risikotavlen gir dem en bedre oversikt over brukernes status, og at dette sparer dem tid. Orvik (2015, s. 90) beskriver tid som en nøkkelverdi i helsetjenesten, hvor blant annet kvalitet forutsetter tilstrekkelig tid.

5.2.4 Implementering av risikotavlen og utfordringer underveis

Virksomheten har utformet sin egen risikotavle, og sykepleierne påpeker at de i starten av utviklingen ikke hadde en tavle spesifikt for hjemmetjenesten å se etter. Det er sannsynlig at dette har en sammenheng med at programmets rammebetingelser synes å være bedre tilpasset og implementert hos spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Deloitte, 2017). Det er likevel av betydning å nevne at det er etablert et konsept for "pasient- og brukersikker kommune", som startet opp i januar 2015. Hensikten er å sikre systematisk og vedvarende arbeid med pasient- og brukersikkerhet på alle nivå i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er foreløpig

5 pilotkommuner som er med, og kommunen i vår studie er ikke en av dem (Pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Kvalitetsarbeid handler om å identifisere forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket (Helsedirektoratet, 2019a). Sykepleierne vurderer kontinuerlig at innsatsområdene på risikotavlen tilfredsstillende brukernes behov. I likhet med informantene i studien til Monroe et al. (2013) opplever sykepleierne at strukturert kartlegging bidrar til å forbedre relevansen av innsamlet data og påfølgende igangsatte tiltak. Samtidig oppfatter vi det slik at den største utfordringen sykepleierne erfarer med bruk av risikotavlen er knyttet til innholdet i noen spesifikke innsatsområder. Dette har ført til at innsatsområdene på risikotavlen har blitt endret flere ganger. At innsatsområdene blir regelmessig revidert, utviklet og tilpasset den aktuelle virksomheten og deres tjenestemottakere, gir uttrykk for at de stiller seg kritisk til verktøyet. Helsepersonell må se kritisk på system som skal sikre og forbedre kvalitet, for å bedømme om de har den funksjonen de skal (Kirkevold, 2017, s. 268). Ved å stille seg kritisk til tavlen har sykepleierne identifisert forbedringsområder, og foretatt justeringer for å forbedre kvaliteten. En justering sykepleierne har gjort er å erstatte innsatsområdet multisyk med NEWS på risikotavlen. De kom frem til at det er mer relevant å ta NEWS-målinger på brukerne for å observere vitalparametere. På denne måten arbeider sykepleierne aktivt med kvalitetsforbedring (Stubberud, 2018, s. 12-13).

Under implementeringen av risikotavlen møter sykepleierne utfordringer knyttet til innsatsområder som avhenger av tverrfaglig samarbeid. Risikotavlen gir en systematisk organisering i den aktuelle virksomheten, men den er ikke tilpasset rutinen til profesjonene de samarbeider med. Dette kan være en faktor som påvirker utfordringene i møte med andre profesjoner. Kristoffersen (2017, s. 206) argumenterer for at tverrprofesjonelt samarbeid er utfordrende da det bygger på ulikhet. Sykepleierne synes det er synd at samarbeidet ikke fungerer optimalt, da det er andre profesjoner som har mer kunnskap på enkelte felt enn hva de selv har. Et tverrfaglig samarbeid vil bidra til helhetlig omsorg og bedre kvaliteten i helsehjelpen brukerne får (Stubberud, 2018, s. 56). På den andre siden mener sykepleierne at de tar mer kontakt med blant annet geriatrisk sykepleier. Når brukerne kartlegges vil det bli mer fremhevende om brukeren har komplekse og sammensatte behov, som er avhengig av flere ulike faglige tilnærminger for å kunne gi best mulig oppfølging (Fjørtoft, 2016, s. 201). Det kan virke som at den systematiske kartleggingen synliggjør behovet for tverrfaglig samarbeid, men at samarbeidet ikke er lett å få til i praksis. Manser (2008) har i sin studie kommet frem til at tverrfaglig samarbeid spiller en viktig rolle i årsak og forebygging av uønskede hendelser. Vi får inntrykk av at risikotavlen synliggjør den viktige rollen, og at sykepleierne arbeider med å tilpasse tavlen for å få til et bedre tverrfaglig samarbeid.

6 Konklusjon

Sykepleiernes erfaringer med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten er i det store og hele utelukkende positive. Selv om det ikke finnes tall som viser redusert antall uønskede hendelser i virksomheten etter innføring av risikotavlen, opplever sykepleierne et kvalitetsløft i tjenesten på flere områder. Tavlen legger til rette for systematisk arbeid med pasientsikkerhet, og sikrer vurdering og oppfølging av utvalgte risikoområder. Det er viktig å presisere at risikotavlen er et hjelpemiddel i vurderingen og det kan ikke tas for gitt at den fører til en fullstendig kartlegging av alle brukerne. Under implementeringen av tavlen møter sykepleierne på utfordringer knyttet til innholdet i ulike innsatsområder. Det arbeides aktivt med å revidere og justere på tavlen, slik at den blir best mulig tilpasset brukernes behov.

Risikotavlen er et positivt tilskudd i arbeidshverdagen til sykepleierne. Den har ført til gode rutiner og bedre oversikt over deres ansvar og oppgaver. På grunn av større oversikt over pasientens behov har tavlen også ført til økt trygghet på at brukerne får hjelp etter deres individuelle behov. Dersom implementeringen av risikotavlen skal lykkes er det avgjørende med en god og engasjert leder, som danner grunnlag for en god pasientsikkerhetskultur.

Videre anbefaler vi virksomheter som arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet å måle hvordan tjenestene fungerer, for å vurdere hva som bør forbedres og om iverksatte tiltak fungerer og faktisk fører til bedre tjenester.

6.1 Videre forskning

(1) Eksempel på videre forskning som kan gjennomføres er lignende undersøkelser hvor man utvider området, der man innhenter informasjon fra flere hjemmetjenester og ikke bare en virksomhet. Dette vil gi et større inntrykk av hva som fungerer, hva som kan forbedres og hvordan det kan forbedres. (2) Omfanget av uønskede hendelser i hjemmetjenesten er lite kjent, det bør videre undersøkes hvordan avdelingsleder/ansatte fokuserer på å redusere uønskede hendelser i egen virksomhet.

Referanser

- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, K., Haugum, M., Bjertnæs, Ø.A. & Lindahl, A.K. (2015). Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2015 og endringer over tid: undersøkelser med basis i Gallup-panelet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/pasientsikkerhet-og-kvalitet-i-helsetjenesten-i-2015-og-endringer-over-tid.pdf>
- Dansk selskap for pasientsikkerhet. (2019). I sikre hænder - tidlig oppsporing og forebyggelse hos eldre. Hentet fra https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2020/03/384438_tidligsporing_januar_2019_72dpi.pdf
- Deloitte. (2017). Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_attachment/inline/eefe0c2e-2a2f-4f74-9f54-3fc438071e5b:007b22ca0aa89e694a3f8e79c6eb77b78e50d7b9/502645401-evaluering-av-pasientsikkerhetsprogrammet-delrapport-2-14.06.2017.pdf
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Farokhzadian, J., Nayeri, N. D. & Borhani, F. (2018). The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research*, 18, 2-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA-rapport, nr. 14/2014). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og->

[arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem](https://www.arbeidslivsforskning.NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem)

Helsedirektoratet. (2019a). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet 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

Helsedirektoratet (2019b). Styrker innsatsen for pasientsikkerhet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/styrker-innsatsen-for-pasientsikkerhet>

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_11

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling, på rett sted, til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. (Meld. St. 13 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c3f7bd6e264046b4fac371aad8bc32/no/pdfs/stm201620170013000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. (Meld. St. 11 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie – fag og funksjon* (s. 267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.

- H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008, 25.januar). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Manser, T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
- Munroe, B., Curtis, K., Considine, J & Buckley, T. (2013). The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2991-3005. DOI: 10.1111/jocn.1222
- Norheim, K.H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien*, 10, 14-22. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2013). Det du bør vite om faglig forsvarlighet. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3 (1), 6-17. DOI: 10.18261/ISSN.2387-5984-2017-01-03
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. I trygge hender 24-7. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Kom i gang med risikotavler. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/Tavlemoter/kom-i-gang-med-risikotavler>

- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Ledelse av pasientsikkerhet – hva innebærer det? Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/ledelse/ledelse-av-pasientsikkerhet/ledelse-av-pasientsikkerhet-hva-innebaerer-det>
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Om pasient- og brukersikker kommune. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/om-pasient-og-brukersikker-kommune>
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Systematisk arbeid med pasientsikkerhetskultur. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/malinger/pasientsikkerhetskultur/slik-jobber-du-med-pasientsikkerhetskulturen/_attachment/inline/d7bc442f-bf84-4f8e-97b9-78458a975afe:977d3f91000b438b8785b05a4fe152e1edf678b4/systematisk-arbeid-med-pasientsikkerhetskultur-anbefalinger.pdf
- Schildmeijer, K.G.I, Unbeck, M., Ekstest, M., Lindblad, M & Nilsson, L. (2017). Adverse events in patient in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open*, 8, 1-10. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019267
- Skaug, E-A. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., s. 337-376). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slawomirski, L., Aaraen, A. & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety. Hentet fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Solbakken, R. & Bondas, T. (2015). Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune- omfang og omstendigheter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11, 165-179. Hentet fra <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3487/3379>
- Solbakken, R., Bondas, T. & Kasén, A. (2019). Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien? *Sykepleien*, 107. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.78400
- Stubberud, G. D. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sævareid, H. I. (2011). Kvalitet i helsevesenet. I: D. G Aasland, S. B. Eide, H. H. Grelland, A. Kristiansen & H. I. Sævareid (Red.), *Kvalitet og kvalitetsopplevelse, en bok om kvalitet i arbeid med mennesker* (s. 48-61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2018). Tavlemøter. Hentet fra <https://www.utviklingscenter.no/prosjekter/organisering-utvikling-og-teknologi/tavlemoter>
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Hentet fra

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf>

Verdens helseorganisasjon (WHO). (u.å.). Safer primary care. Hentet fra <https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Erfaring med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt knyttet til bacheloroppgave for studenter ved NTNU Ålesund. Prosjektet gjennomføres for å undersøke hvordan risikotavler blir brukt og fungerer i hjemmetjenesten (<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3978/risikotavle>). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hva innebærer prosjektet?

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan risikotavler blir brukt og fungerer i hjemmetjenesten, samt hvordan sykepleiere arbeider for å forbedre pasientsikkerheten til pasienter som bor hjemme ved bruk av tavlen. Oppgaven kan bevisstgjøre hvordan sykepleiere kan jobbe helsefremmende og forebyggende med de utfordringene det er knyttet til pasientsikkerhet i hjemmebasert omsorg.

Vi ønsker at deltakerne har tidligere erfaring med bruk av risikotavle i hjemmetjenesten.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller opp på et fokusgruppeintervju i vårsemester etter nærmere avtale. I fokusgruppeintervjuet samler vi en gruppe med fire til seks ansatte i hjemmetjenesten til samtale rundt erfaringer med bruk av risikotavle i hjemmebasert omsorg. Vi har på forhånd utformet en intervjuguide som danner grunnlaget for samtalen i gruppa. Intervjuet vil ha en varighet på maks 60 minutter. Vi vil ta lydopptak og notater fra intervjuet. Datamaterialet vil bli diskutert med veileder, ellers er vi de eneste som skal behandle innsamlet materiale. Alle personopplysninger vil bli slettet når lydfilen er transkribert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene dine konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Vi vil bruke lydopptaker fra instituttet som kun benyttes til slike formål. Filene vil ikke bli sendt på usikret nett, men lagt direkte inn på privat pc og slettet så fort intervjuene er transkribert. Informasjon som kommer frem kan ikke spores tilbake til de aktuelle deltakerne. Resultatet fra intervjuene vil formidles i anonymisert form.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle dine personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på samtykke.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Anne Dreyer Førsteamanuensis NTNU – Ålesund Anne.Dreyer@ntnu.no | <ul style="list-style-type: none">• Ida Marie Sørbo Sykepleierstudent NTNU – Ålesund idamsor@stud.ntnu.no | <ul style="list-style-type: none">• Amalie Lein Sykepleierstudent NTNU – Ålesund amaliele@stud.ntnu.no |
|--|--|---|

Prosjektleder

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Studenter

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide - risikotavle i hjemmetjenesten

Ønske velkommen til deltakerne. Presentere seg selv, og si noe kort om prosjektet de har sagt ja til å delta i. Avklar i forkant av intervjuet at forsker og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det forutsetter at det vises forsiktighet med å bruke eksempler da det kan komme frem identifiserende opplysninger.

Preintervju:

Hvor gammel er du? _____

Hvor mange år har du jobbet som sykepleier? _____

Hvor mange år har du jobbet ved denne institusjonen? _____

Hovedintervju:

1. Kan dere fortelle om deres erfaring med å bruke risikotavle i hjemmetjenesten?

- Hva oppleves som positivt med tavlen?
- Hva oppleves som negativt med tavlen?

2. Hvilke rutiner har dere til bruk av risikotavlen?

3. Hvordan opplever dere at tavlen blir fulgt opp?

- Benytter avdelingen seg av tavlemøter?
- Hvilke utfordringer møter dere i forhold til å følge opp tavlen?
- Hva synes dere om å bruke tiden til dere som sykepleiere i hjemmetjenesten på risikotavle?

4. Hvilke pasienter er det som står oppført på tavla?

- Er det visse kriterier for disse pasientene?

5. Hvilke innsatsområder har dere på tavlen?

- Hvorfor har dere valgt å fokusere på akkurat disse?
- Er det noe dere synes mangler på tavlen?

6. Hva ønsker dere å oppnå med bruk av risikotavlen?

- Hvilke utfordringer kan dette bidra til å løse?
- Har tavlen bidratt til å forbedre pasientsikkerheten til brukerne? Hvorfor/hvorfor ikke?

