

Knut Christian James Hiorth

Avvikssystemets effekt på læring av uønskede hendelser

En kvalitativstudie på om avvikssystemet har effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse - spesialisering i innovasjon og endringsledelse

Veileder: Tor Erik Evjemo

September 2023

Knut Christian James Hiorth

Avvikssystemets effekt på læring av uønskede hendelser

En kvalitativstudie på om avvikssystemet har effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse - spesialisering i innovasjon og endringsledelse
Veileder: Tor Erik Evjemo
September 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Helsevesenet blir stadig mer komplekst og systemer for å ivareta pasientsikkerheten er viktig for å kunne yte trygg og forsvarlig helsehjelp. Denne studien avdekker at det er viktig med en felles forståelse av pasientsikkerhet blant ansatte i sykehus og at avvikssystemet er viktig for læring av uønskede hendelser.

Til tross for økt fokus på pasientsikkerhet de siste årene, mente flertallet av informantene at ledelsen ikke arbeidet tilstrekkelig med forbedringsarbeid. Funnene indikerer at potensialet for læring fra avvikssystemet ikke blir utnyttet, og at tilbakemeldinger ikke alltid blir gitt tilbake til melderene. Avvikssystemet har en effekt, men visse forutsetninger må være til stede for at den skal oppnås. Informantene påpeker at ikke alle hendelser meldes, ofte på grunn av begrenset tid. Tilbakemelding på meldinger om uønskede hendelser og bedre tilrettelegging for rapportering i arbeidstiden er nødvendig, og uformelle møter kan gi verdifull innsikt i læring av uønskede hendelser igjennom diskusjoner blant ansatte, men også ledelsen. Informantene beskriver disse møtene som spesielt viktige.

Ledelsen tar tak i alvorlige hendelser, men bruker mye tid på daglig drift og bemanningsproblemer, noe som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten. For å lære av andres feil bør ledelsen distribuere hendelser i et bearbeidet referat og skape diskusjonsarenaer for læring av uønskede hendelser. Morgenmøter eller tilsvarende arenaer kan med enkelhet benyttes til dette formålet. Alle informantene ser avvikssystemet som sentralt for læring, men forbedring i rapportering av uønskede hendelser, tilbakemelding fra leder til ansatte, og systematisering av innmeldte hendelser er viktig for at avvikssystemet skal bidra til bedre pasientsikkerhet.

Abstract

The health care system is increasingly becoming more complex, and schemes to maintain patient safety are essential to execute secure and responsible health care. This study uncovers the importance of a shared understanding among employees in hospitals, as well as the value of the deviation management system in learning from unwanted incidents.

Despite increased focus on patient safety in recent years, the majority of the informants in the study reported that management did not focus sufficiently on safety improvement. The findings indicate that the potential of learning from the deviation management system is not fully utilised, and that assessments are not always communicated to the reporter. The deviation management system does have an effect, although certain requirements need to be present for the effect to be achieved. The informants remark that not all incidents are reported, often because of restricted time. Response to reports of unwanted incidents, as well as better facilitation of reporting during working hours, is necessary. Informal meetings and discussions can bring key insight into unwanted incidents, both for employees and management. The informants describe these encounters as particularly valuable.

Management deals with severe incidents but uses significant time on daily operations and staffing problems, which can compromise patient safety. To learn from earlier mistakes management should distribute a processed report of the incidents and create an arena for discussion. Morning meetings or equivalent domains can easily be utilised for this purpose. The informants consider the deviation management system as crucial for learning, however improvement in the response of unwanted incidents, feedback from management and the organising of reported incidents are pivotal for the deviation management system to contribute to improved patient safety.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Innledning.....	6
Formål og problemstilling.....	7
Problemstilling og forskningsspørsmål	7
Avgrensning av oppgaven.....	8
Tidligere forskning på området	8
Begrepsavklaringer.....	12
Kvalitetssystemet ved St. Olavs Hospital.....	13
Hva skal meldes i kvalitetssystemet?	14
Behandling av meldingen i kvalitetssystemet.....	15
Oppgavens oppbygning og struktur	16
Teori.....	17
Pasientsikkerhet	17
Hva er læring?.....	20
Læring i organisasjoner.....	20
Enkeltkrets og dobbeltkretslæring.....	22
Læring av uønskede hendelser	24
Reasons sveitserostmodell («swiss cheese model»)	27
Rapporteringskultur.....	29
Årsaker til uønskede hendelser.....	31
Resiliens i helsetjenesten	32
Sikkerhet-I og Sikkerhet-II (Safety-I og Safety-II).....	33
Sikkerhet-I	33
Sikkerhet-II	33

Metode	36
Litteratursøk	36
Kvalitativ metode.....	37
Datainnsamling	39
Utarbeidelse av intervjuene	40
Valg av informanter	41
Gjennomføring av intervjuene	41
Transkribering av intervjuene.....	42
Analyse av intervju	42
Forberedelse.....	43
Koding.....	43
Kategorisering	45
Utfordringer og begrensninger.....	45
Forskning innenfor egen organisasjon	45
Endring av problemstilling underveis	46
Presenterer hovedfunn	48
Bakgrunnsdata fra Forbedringsundersøkelsen.	48
Oppsummering av Forbedringsundersøkelsen ved de ulike avdelingene	51
Bakgrunnsdata fra kvalitetssystemet	51
Beskrivelse av hendelsestype.....	52
Oppsummering av funn fra kvalitetssystemet	56
Sammenfatning av intervjumateriale	57
Rapportering	57
Læring av uønskede hendelser	64
Pasientsikkerhet ved de ulike avdelingene	67
Hovedfunn	72

Sammenhenger mellom avdelingene	73
Drøfting	75
Rapportering.....	75
Misnøye med tilbakemelding på uønskede hendelser	75
Sikkerhet og ledelse	77
Tilbakemelding fra ansatte.....	79
Kultur for å diskutere uønskede hendelser i avdelingen	80
Hva bidrar til læring?	82
Læring av uønskede hendelser	82
Endring i rutiner etter gjentatte meldinger om uønskede hendelser	84
Læring ved andre arenaer enn igjennom rapporteringssystemet.....	84
Pasientsikkerhet	85
Rutiner for å ivareta pasientsikkerheten	86
Ledelse og pasientsikkerhet	87
Avslutning og konklusjon	90
Forslag til videre forskning og oppfølging	96
Litteraturliste.....	97
Figurliste	100
Tabelliste.....	100
Vedlegg.....	101
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene	101
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	104

Innledning

For at pasienter ved norske sykehus skal få den beste omsorgen og behandlingen er det av avgjørende betydning at pasientsikkerheten er i fokus. I det norske helsevesen er det mange strenge prosedyrer og retningslinjer som skal ivareta sikkerheten, men til tross for dette kan uønskede hendelser forekomme. Man antar at en av ti pasienter i norske sykehus blir utsatt for en uønsket hendelse i løpet av oppholdet, av mer eller mindre alvorlighetsgrad (FHI, 2022).

Meldesystemet er en viktig mekanisme som gjør det mulig for helsepersonell å rapportere uønskede hendelser og avvik fra etablerte prosedyrer, slik at sykehusene kan lære av feilene og forhindre at de skjer igjen. Men selv om det er viktig å rapportere uønskede hendelser, er det ikke alltid like enkelt. Helsepersonell kan føle seg usikre på om de skal rapportere en hendelse eller ikke, spesielt hvis det ikke førte til skade på pasienten. Det kan også være en frykt for represalier eller konsekvenser av å rapportere en hendelse. Dette kan føre til at ikke alle uønskede hendelser blir rapportert (Kongsvik et al., 2018).

En annen utfordring med meldesystemet er at det ikke alltid blir brukt til å endre praksis. Selv om en hendelse blir rapportert, er det ikke alltid at organisasjonen tar de nødvendige skrittene for å forhindre at lignende hendelser skjer igjen i fremtiden (Reason, 2000). Dette kan skyldes flere faktorer, inkludert mangel på ressurser eller en motvilje for å endre etablerte praksiser. Når uønskede hendelser rapporteres kan dette være en verdifull mulighet for å forberede pasientsikkerheten. Hvis man identifiserer og analyserer faktorer for forbedring, kan dette føre til nye prosedyrer og retningslinjer som kan bidra til å forhindre at lignende hendelser skjer i fremtiden (Hollnagel, Braithwaite, et al., 2015).

Uønskede hendelser kan også være en betydelig kostnad for helsevesenet, både økonomisk og menneskelig. Feilbehandling, unødvendige innleggelse og skader som følge av uønskede hendelser, kan føre til en betydelig økning i kostnader og antall liggedøgn for pasientene. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) anslår at pasientskader står for hele 15% av det totale sykehusbudsjettet i OECDs medlemsland (OECD, 2017).

Formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å rette fokus mot hvordan meldesystemet brukes av ledere og ansatte i sykehus for å lære av uønskede hendelser, og om systemet blir brukt til å endre praksis. Uønskede hendelser påfører pasienter i det norske helsevesen ikke bare skade, men i ytterste konsekvens død (Aase, 2022). I tillegg utgjør dette også betydelige samfunnsmessige tap. Disse tapene omfatter ekstra utgifter som følge av medisinske feil, tap av inntekt og produktivitet på grunn av manglende mulighet til å ta imot andre pasienter (OECD, 2017). Medisinske feil har også en kostnad i form av tap av tillit til helsevesenet fra pasientenes side, samt redusert tilfredshet blant helsepersonell og pasienter. Dette resulterer også i økonomiske kostnader for samfunnet i form av tapt arbeidsproduktivitet, redusert skoledeltagelse for barn og dårligere helsetilstand i befolkningen (Hjort, 2007; Aase, 2022). Studier som ser på forbedring av pasientsikkerheten, i denne sammenheng om avvikssystemet i sykehus har effekt på læring, vil være av samfunnssikkerhetsmessig og samfunnsmessig interesse. I 2019 kom det en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som ble ugitt av Helsedirektoratet. Dette er en overordnet plan som skal bidra til en samordnet og målrettet innsats for trygg, sikker og bedre pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019).

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke om vi kan lære av avvikssystemet, og om det kan bidra til bedre pasientsikkerhet.

Problemstilling og forskningsspørsmål

Har avvikssystemet effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?

For å besvare problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Meldes alle uønskede hendelser? Eventuelt hvorfor ikke?
- I hvilken grad endres praksis som følge av avvikssystemet?
- Hvordan kan avdelingen / organisasjonen lære av uønskede hendelser?
- Bidrar avvikssystemet til bedre pasientsikkerhet?

Avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven handler om hvordan avvikssystemet brukes for å lære av uønskede hendelser, og om det blir brukt til å endre praksis. Det ble valgt en kvalitativ tilnærming ved bruk av dybdeintervju for å gå i dybden av temaene.

Informantene i denne oppgaven er sykepleiere ved tre ulike avdelinger, en sengepost, en overvåkningsavdeling og en intensivavdeling. Sengeposten har det laveste behandlingsnivået og intensivavdelingen det høyeste behandlingsnivået, mens overvåkningsenheten ligger noe under intensivavdelingen i behandlingsnivå. Grunnen til at disse avdelingene ble valgt var på grunn av ulik sykepleierfaglig kompetanse og behandlingsnivå mellom avdelingene. Og om det kan ha en sammenheng med hvordan avvikssystemet brukes i en avdeling med et høyt antall spesialsykepleiere, kontra en sengepost som kun har et fåtall spesialsykepleiere. Overvåkningsenheten ligger tett oppunder intensivavdelingen i antall spesialsykepleiere. Totalt ble det intervjuet seks informanter, to fra hver enhet. Disse informantene er fordelt på to ulike klinikker ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Jeg har ikke intervjuet ledelsen ved de ulike avdelingene. Informantene i oppgaven bruker betegnelsen avvikssystem, meldesystem og rapporteringssystem om hverandre, dette er gjennomgående i oppgaven, men betydningen er den samme.

Denne oppgaven er begrenset til hvilken effekt avvikssystemet har på læring av uønskede hendelser på avdelingsnivå, ved en sykehusavdeling. Det er ikke gjort direkte sammenligninger med andre avdelinger ved St. Olavs hospital, eller andre sykehus.

Tidligere forskning på området

I dette kapittelet presenteres tidligere forskning som er gjort på sikkerhet og læring i organisasjoner, da spesielt pasientsikkerhet i sykehus. Forskningen tar for seg både organisasjonens og enkeltindividets perspektiv på uønskede hendelser.

Det ble søkt på litteratur om pasientsikkerhet, meldekultur og læring av uønskede hendelser, som kan ses i sammenheng med problemstillingen. Det meste av litteraturen som er benyttet er internasjonal forskning, men noe av litteraturen er også fra forskning gjort i Norge. Ved å undersøke forskning knyttet til organisasjonslæring, pasientsikkerhet, meldekultur og læring fra uønskede hendelser, har jeg funnet kilder som omhandler deler av

mitt problemområde. Dette førte meg dypere inn i emnet ved å finne søkeord og tema som ga meg relevante resultater. Beskrivelse av søkeord og databaser er presentert i metodekapittelet. Jeg har lest og vurdert en betydelig mengde artikler, og de mest interessante er referert til i oppgaven. Det var utfordrende å finne passende artikler basert på overskrifter og søkeord alene. En gjennomgang av tidligere forskning benyttet i denne oppgaven er beskrevet i teksten under:

Artikkelen «Human error: models and management» av Reason (2000) beskriver hvordan ledere kan ta i bruk systembasert tilnærming til å redusere risikoen for menneskelige feil i helsetjenesten. Høyrisikoorganisasjoner er de viktigste eksemplene på systemtilnærmingen. De forutser det verste og ruster seg til å håndtere det på alle nivåer i organisasjonen. Organisasjoner med høy pålitelighet er ikke immune mot uønskede hendelser, men de har lært seg evnen til å konvertere disse sporadiske tilbakeslagene til økt motstandskraft i systemet.

Jeg har også benyttet meg av et «whitepaper» «From Safety-I to Safety-II: A White Paper» av Hollnagel, Wears, et al. (2015) som konkluderer med at de systemene som helsetjenesten er avhengig av, stadig blir mer kompliserte. Og at det er utfordringer knyttet til forbedring av sikkerheten innen helsevesenet. Her introduseres to sikkerhetsperspektiver kalt Safety-I og Safety-II. Safety-I ser på å minimere feil og uønskede hendelser ved å finne og eliminere årsakene til feil. Safety-II ser på å forstå hvorfor hendelser vanligvis går bra, til tross for usikkerheter og kompleksitet, og hvordan man samtidig kan opprettholde ytelsen. Målet er ikke å erstatte Safety-I med Safety-II, men heller en kombinasjon av disse måtene å tenke på. Safety-II er først og fremst en annen måte å se sikkerhet på.

Artikkelen «Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program» av Wiig et al. (2020) handler om å definere grensene og operasjonelle begreper knyttet til begrepet «resilience» i helsevesenet. Det er ikke en klar konklusjon i tittelen eller sammendrag av artikkelen, men heller en beskrivelse av et forskningsprogram. Artikkelen beskriver hvordan teamet som jobber med forskningsprogrammet for «Resilience in Healthcare» har definert begrepet «resilience» og utviklet operasjonelle konsepter som skal brukes i fremtidige studier om emnet. Artikkelen er derfor mer beskrivende enn konkluderende.

Artikkelen «A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety» av Cook et al. (1998) handler om motsettede perspektiver på pasientsikkerhet. Artikkelen beskriver to forskjellige historier om hvordan pasientsikkerhet kan sees på: den ene historien fokuserer på feil og svikt, mens den andre historien fokuserer på systemer og kontinuerlig forbedring. Artikkelen beskriver betydningen av å ha et helhetlig og systemisk perspektiv på pasientsikkerhet, og hvordan ulike perspektiver kan påvirke responsen på risiko og feil i helsevesenet.

Lawton og Parker (2002) fokuserer med artikkelen «Barriers to incident reporting in a healthcare system» på hvorfor helsepersonell ikke alltid rapporterer avvik og uønskede hendelser, til tross for at dette er viktig for å kunne lære og forbedre seg. Artikkelen konkluderer med at det er viktig å identifisere og adressere barrierer for å kunne forbedre rapportering og læring i helsevesenet. Forfatterne understreker betydningen av å skape en åpen og tillitsfull kultur som oppmuntrer til rapportering og læring av feil og avvik. For å understøtte dette har jeg sett på artikkelen «Errors in medicine» av Leape (2009). Artikkelen beskriver uønskede hendelser som kan oppstå, som: feilmedisinering, kommunikasjonsproblemer mellom helsepersonell, unøyaktig diagnose og forsinket behandling. Her beskrives noen av årsakene til disse feilene som kan være: mangel på opplæring, stress og tidspress. Leape (2009) konkluderer med at det er nødvendig å utvikle en systematisk tilnærming for å redusere forekomsten av feil i medisinsk behandling. Dette inkluderer tiltak som å samle inn data om uønskede hendelser, analysere årsakene til dem, og iverksette tiltak for forebygging. Donaldson (2002) beskriver videre i artikkelen «An organisation with a memory» at menneskelige feil ikke er til å unngå i en kompleks og teknisk bransje som helsevesenet. Artikkelen peker på en rekke organisatoriske faktorer som kan være medvirkende til uønskede hendelser. Donaldson (2002) sammenligner menneskelige feil i helsevesenet med ulykker i flybransjen som sjelden skyldes en pilotfeil alene, men at det ofte er en rekke faktorer involvert i feilen.

Sari et al. (2007) med artikkelen «Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review» og Stavropoulou et al. (2015) med artikkelen «How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review» tar for seg rapporteringssystemene i sykehus og hvordan de fungerer. Sari et al. (2007) indikerte at systemet i undersøkelsen ikke var

tilstrekkelig sensitivt og at mange hendelser ikke ble rapportert. Studien konkluderer med at det er behov for å forbedre systemene for å sikre at uønskede hendelser blir identifisert og rapportert på en mer pålitelig måte. Stavropoulou et al. (2015) konkluderer med at mens rapporteringssystemer kan bidra til forbedring av pasientsikkerhet, er det fortsatt utfordringer og begrensninger som hindrer effektiviteten.

Artikkelen «The Politics of Learning: The Dilemma for Patient Safety» av Waring og Currie (2011) handler om sammenhengen mellom politikk og læring i forhold til pasientsikkerhet. Artikkelen konkluderer med at læring og forbedring av pasientsikkerhet er en komplisert og politisk utfordring. Forfatterne argumenterer for at læring og forbedring av pasientsikkerhet krever et systemperspektiv, som tar hensyn til de ulike politiske, organisatoriske og kulturelle faktorene som kan påvirke muligheten til å lære av feil og bidra til å forbedre pasientsikkerheten.

Disse artiklene beskriver pasientsikkerhet og risikohåndtering i helsevesenet. De tar opp ulike sider ved hvordan vi kan forbedre pasientsikkerheten og håndtere uønskede hendelser. Bruk av systembasert tilnærming er sentrale temaer for å redusere risiko, og bygge motstandsdyktighet (resilience) mot uønskede hendelser i høyrisikoorganisasjoner. De beskriver også hvorfor det er viktig med effektive rapporteringssystemer for å identifisere og lære av hendelser, men også hvordan man kan kombinere ulike tilnærminger på sikkerhet som Safety-I og Safety-II.

Begrepsavklaringer.

- Sengepost:** Ved en sengepost får pasientene tett oppfølging av helsepersonell døgnet rundt. Men ikke i like stor grad som ved en overvåking eller intensivavdeling der det ofte er en pleier per pasient. Sengeposter kan være spesialiserte, slik som en hjerteavdeling, en kreftavdeling, eller generelle, som tar imot pasienter med ulike typer lidelser og tilstander.
- Overvåkning:** Her blir pasienter som har alvorlige medisinske tilstander, eller som trenger spesiell oppfølging etter en operasjon eller annen behandling inneliggende. Overvåkingsavdelinger har avansert utstyr for å overvåke vitale funksjoner som for eksempel hjerterefrekvens, blodtrykk og oksygenmetning i blodet.
- Intensivavdeling:** Pasienter som er innlagt på en intensivavdeling, trenger ofte mer avansert overvåkning og behandling enn pasienter ved en overvåkingsavdeling. Dette kan være invasiv respiratorstøtte, mer avanserte målinger av vitale tegn, som hjerterefrekvens, blodtrykk og oksygenmetning i blodet.
- ISBAR:** ISBAR er en strukturert tilnærming til rapportering som brukes for å sikre effektiv og tydelig kommunikasjon mellom helsepersonell, spesielt i situasjoner der det er viktig å overføre viktig informasjon om pasientens tilstand og behov. Denne rapporteringen gjennomføres ved hjelp av følgende sjekklister:
- I: Identifisering (av deg selv og pasienten)
 - S: Situasjon (hva som skjer med pasienten akkurat nå)
 - B: Bakgrunn (hva som har skjedd med pasienten tidligere, og hva som er relevant for situasjonen)
 - A: Aktuell tilstand (hva du tror kan være problemet og hva som må gjøres)

R: Råd (til videre behandling: lag en plan for videre behandling/oppfølging. Avklar ansvar) (Pasientsikkerhetsprogrammet.no 2023).

EQS: Er kvalitetssystemet til St. Olavs Hospital som blant annet brukes til å melde uønskede hendelser.

Kvalitetssystemet ved St. Olavs Hospital

HMS og kvalitetssystemet ved St. Olavs Hospital skal sikre at virksomheten følger kravene til gjeldende lover og forskrifter. Her er det Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid (1996) og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2016) som er viktige. Kvalitetssystemet skal bidra til at et forsvarlig arbeidsmiljø, faglig forsvarlighet og systematisk kvalitetsforbedring blir overholdt. For at dette skal kunne gjennomføres på en god måte er det viktig å få registret og kartlagt alle uønskede hendelser og risikoforhold. For videre å analysere årsakene og iverksette forbedringstiltak som kan bidra til å forebygge skader og tap (St. Olavs Hospital, 2022).

Det overordnede ansvaret for å etablere et HMS og kvalitetsledelsessystem er det administrerende direktør som har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ansvaret for å utvikle og vedlikeholde systemet ligger hos direktør for virksomhetsstyring, som også er ansvarlig for at alle ledere er kjent med systemet. Videre er alle ledere ansvarlig for at alle medarbeiderne ved virksomheten er kjent med mål og retningslinjer, de skal også sikre at alle medarbeidere, bidrar til å overvåke områder i virksomheten der det kan være en fare for systemsvikt. Alle risikoforhold og uønskede hendelser skal rapporteres, gjennomgås og behandles. Alle medarbeidere har ansvar for å sette seg inn i målene og retningslinjene og registrere uønskede hendelser og risikoforhold. Avdeling for virksomhetsstyring overvåker registrerte rapporter og vurderer risikoområder. De gir også råd og veiledning om saksbehandling, årsaksanalyse og forbedringstiltak til ledere og saksbehandlere i hele virksomheten (St. Olavs Hospital, 2022).

Hva skal meldes i kvalitetssystemet?

Dersom det er tvil om en uønsket hendelse eller risiko skal registreres i kvalitetssystemet, er det viktigste at det blir gjort. En diskusjon om hvorvidt noe er et avvik eller ikke kan fort ta lengre tid enn registrering og behandling av saken (St. Olavs Hospital, 2022).

Oversikten under viser hendelser som skal registreres i kvalitetssystemet, med unntak av hendelser som går på ansatte, dette skal meldes inn i andre systemer.

- Komplikasjoner, bivirkninger og andre forventede konsekvenser av behandling, som reoperasjoner, sykehusinfeksjoner og forlenget sykehusopphold, bør registreres i kvalitetssystemet for å vurdere muligheten for forbedring.
- Hendelser som har potensiale for å skade pasienter, informasjonssikkerhet, utstyr, bygninger eller det ytre miljø, enten det er uønskede hendelser, nesten-uhell eller vedvarende risikoforhold, skal meldes i kvalitetssystemet.
- Uønskede hendelser / risiko ved bruk av utstyr, utstyrssvikt, reklamasjoner på utstyr (engangsutstyr, medisinsk teknisk utstyr, implantater eller annet utstyr).
- Situasjoner hvor det er brutt med lover, forskrifter, eller dokumenter og prosedyrer som er styrende for organisasjonen. Dette inkluderer også manglende oppfyllelse av pasientrettigheter.
- Hendelser eller situasjoner som ikke har noen direkte helsemessige konsekvenser, men som likevel bør forebygges på grunn av viktige tap som kan påvirke tid, økonomi eller andre ressurser.
- Forbedring som kan ha innvirkning på kvalitet, pasientsikkerhet, HMS/arbeidsmiljø, informasjonssikkerhet eller effektivitet (St. Olavs Hospital, 2022).

Behandlingsdelen av meldeskjemaet i kvalitetssystemet, (delen lederen mottar av melder) skal bidra til:

- Sørge for oppfølging av pasient.
- Gi tilbakemelding til melder via meldesystemet om håndtering av meldingen og eventuelle iverksatte tiltak.
- Dokumentere forhold som kanskje ikke var til stede ved meldetidspunktet, inkludert konsekvenser og utløsende årsak.
- Gjennomføre en analyse av bakenforliggende årsaker.

- Utføre en risikovurdering for å hindre at hendelsen ikke skjer igjen.
- Gjennomføre målrettede tiltak basert på årsaksanalyse og risikovurdering.
- Muliggjøre statistikkuttak fra meldingene. Alle hendelsene blir kategorisert i hendelsestyper, slik at man kan hente frem tall på for eksempel medikamentfeil ved et senere tidspunkt.

Melding om den uønskede hendelsen sendes til nærmeste leder i egen enhet, melder vil da ha innsyn i meldingen, og får beskjed i form av epost når meldingen er behandlet (St. Olavs Hospital, 2022).

Behandling av meldingen i kvalitetssystemet

Det er nærmeste leder til melderer som skal behandle meldingen og eventuelt opprette tiltak. Behandler av meldingen skal først kategorisere meldingen, det vil si å lage en kort beskrivelse over hendelsesforløpet. Deretter gjennomføre en årsaksanalyse hvor man innhenter nødvendig informasjon for å beskrive hendelsesforløpet (St. Olavs Hospital, 2022). Det er her viktig å involvere medarbeidere, verneombud og ledere i andre relevante enheter. Videre må man se på forbedringstiltak, og enhver beslutning om forbedringstiltak må dokumenteres i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Tiltakene skal utvikles i samarbeid med verneombudet og være spesifikke og realistiske innenfor enhetens ansvarsområde. Det er viktig å sikre at melderer får tilbakemelding på håndtering av meldingen og eventuelle iverksatte tiltak (St. Olavs Hospital, 2022).

Dersom en sak ikke kan løses innenfor en leder sitt eget ansvarsområde, skal saken videreformidles til riktig instans eller enhet etter at lederen har vurdert hvilke tiltak enheten selv kan gjøre. Hvis det er årsaksforhold som en annen leder må kjenne til og ta ansvar for, skal saken normalt ikke avsluttes på lokalt nivå (St. Olavs Hospital, 2022).

Oppgavens oppbygning og struktur

Innledningen inneholder bakgrunnsinformasjon for oppgaven. Med tema, problemstilling og forskningsspørsmål. Deretter kommer teorikapittelet som beskriver teori som var relevant for å belyse oppgavens forskningsspørsmål og empiriske funn. Videre presenteres metodekapittelet, som beskriver teori som er relevant for å belyse oppgavens forskningsspørsmål og empiriske funn. I empirikapittelet som i denne oppgaven heter presenterer hovedfunn, drøftes de empiriske funnene fra intervjuene av informantene. Her presenteres også sekundærdata for å understøtte primærdataene. Videre i drøftingskapittelet drøftes de empiriske funnene mot teori for å kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Til slutt i avslutning og konklusjonsdelen presenteres en sammenfatning av sentrale funn i oppgaven, som avsluttes med forslag til videre forskning.

Teori

Jeg ønsker å studere hvordan avvikssystemet har effekt på læring av uønskede hendelser og om det bidrar til bedre pasientsikkerhet i en sykehusavdeling. Det vil derfor være naturlig å se på hva pasientsikkerhet er, for videre å se på hvordan organisasjoner lærer, for deretter å ta det ned på avdelingsnivå. Læring av uønskede hendelser er viktig av flere grunner.

For det første kan det hjelpe oss å unngå å gjøre de samme feilene på nytt, noe som kan være en fare for pasientsikkerheten samtidig som det kan være samfunnsøkonomisk kostbart (Aase, 2022). For det andre kan læring av uønskede hendelser bidra til å forbedre sikkerheten og kvaliteten på tjenestene. Dette kan dette bidra til å redusere antall uønskede hendelser og forbedre pasientsikkerheten. Hvis vi undersøker og analyserer uønskede hendelser, kan vi identifisere svakheter i systemet og iverksette tiltak for å forbedre dem (Hollnagel, Braithwaite, et al., 2015). Det er også ifølge Hollnagel, Wears, et al. (2015) viktig å bygge robuste systemer som er i stand til å håndtere uforutsette situasjoner. Hvis vi lærer av uønskede hendelser, kan vi utvikle bedre måter å håndtere slike hendelser på i fremtiden. Dette kan bidra til å redusere risikoen for at uønskede hendelser skjer igjen, som videre kan føre til bedre pasientsikkerhet (Aase, 2022).

Pasientsikkerhet

De siste tiårene har Verdens Helseorganisasjon (WHO) presisert betydningen av læring for å kunne forbedre pasientsikkerheten igjennom rapportering og analyse av uønskede hendelser. Ved å forstå hvorfor uønskede hendelser skjer, og opparbeide seg kunnskap om hvorfor de skjer, vil man få en bedre forutsetning for å forebygge lignende hendelser (Aase, 2022). På tross av langvarig fokus på pasientsikkerhetsarbeid har WHO tatt til orde for at det fortsatt er utfordringer med å få til læring i helseorganisasjoner. Dette begrunnes med mangel på forhold som åpenhet og engasjement, frykt for represalier, underrapportering og utilstrekkelige analyser (WHO, 2020).

Rapportering av uønskede hendelser har en sentral plass i HMS -arbeidet til alle bedrifter (Kongsvik et al., 2018). Hovedgrunnlaget for rapportering av uønskede hendelser er å danne grunnlag for læring i hele organisasjonen, både for å rette opp i meldingene og for å lære av dem slik at fremtidige avvik kan unngås. Uønskede hendelser og nesten-hendelser er

dermed nyttige verktøy for å kunne definere risikoforhold i ulike arbeidsoppgaver og brukes til å lære om hvordan man kan forebygge risiko (Aase, 2018). Forskning på læring av uønskede hendelser er basert på antakelsen om at mennesker er feilbarlige, at uønskede hendelser er noe som må forventes, og at man ikke lærer noe av å konsentrere seg om uønskede hendelser på individnivå. Men isteden retter fokus mot underliggende faktorer på ledelses -eller organisasjonsnivå, gruppe -eller teamnivå. Denne informasjonen bør derfor ses på som viktig tilbakemelding for gjennomføring av konkrete arbeidsoppgaver (Aase, 2018). Potensialet for læring knyttet til hendelser uten særlige konsekvenser, nesten-hendelser er ifølge Pedersen og Mogensen (2003) like stort som for hendelser som har alvorlige konsekvenser.

Det er lettere å konsentrere seg om læring av de hendelsene som ikke medførte pasientskade enn de hendelsene som er alvorlige og førte til pasientskade (Pedersen & Mogensen, 2003). Hendelser som ikke har medført skade kan være mindre emosjonelt utfordrende å diskutere. Når en pasient har lidd skade, kan det være vanskelig for helsepersonell å snakke om hendelsen uten å føle skyld eller skam. Dette kan føre til at de unngår å diskutere hendelsen eller at de fokuserer på andre faktorer som kan ha bidratt til skaden, for eksempel pasientens tilstand eller manglende ressurser (Pedersen & Mogensen, 2003). En tilnærming til forebygging av uønskede hendelser er å se på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker, og hvordan spesifikke arbeidsoppgaver fungerer (Kongsvik et al., 2018).

Rapportering av uønskede hendelser kan ifølge Kongsvik et al. (2018); Nonaka og Takeuchi (1995) føre til økt kunnskap gjennom fire følgende prosesser:

1. Fra taus kunnskap til eksplisitt kunnskap. Dette er kunnskap som enkelt kan overføres eller utveksle til andre. Ved at den som oppdager avviket, rapporterer skriftlig (eksternalisering).
2. Sammenkobling av eksplisitt kunnskapen i analysefasen der man ser flere rapporter i sammenheng (kombinering).
3. Fra eksplisitt til taus kunnskap. De analyserte rapportene og trendene blir gjort tilgjengelig for personellet og ledelsen, som sammen eller individuelt fortolker og analyser (internalisering).

4. Fra taus til taus kunnskap ved diskusjoner om avvik og analyser, et eksempel på dette er når studenter eller nyansatte jobber side ved side med erfarne kollegaer, og lærer ved å observere og delta i arbeidsprosessen istedenfor å bli fortalt hvordan arbeidet skal utføres (sosialisering).

Pasientsikkerhetsarbeid i Norge er samlet under slagordet «I trygge hender 24-7». Dette arbeidet er forankret i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for perioden 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019).

Målet med denne handlingsplanen er å bidra til en nasjonal innsats som sikrer trygge tjenester og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Planen skal også legge til rette for at kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring etterleves. Handlingsplanen fokuserer på ulike satsingsområder som er viktige for å forbedre pasientsikkerheten, inkludert bedre ledelse og kultur, kompetanse, systemer og strukturer, samt nasjonale satsinger for å redusere pasientskader (Regjeringen.no, 2022).

Helsedirektoratet har ansvaret for å følge opp og koordinere det nasjonale arbeidet for bedre pasientsikkerhet. De har også utarbeidet en oversikt over ulike aktører, organisasjoner og myndigheter som har ansvar for og bidrar til tryggere tjenester. Helsedirektoratet arrangerer også årlig Pasientsikkerhetskonferansen. Denne konferansen samler ulike deler av helsevesenet, inkludert helsepersonell, pasienter, pårørende, representanter fra ulike organisasjoner og myndigheter, for å diskutere og lære om temaer relatert til pasientsikkerhet (Aase, 2018). Formålet med denne konferansen er å øke kunnskapen rundt pasientsikkerhet, men også etablere et samarbeid for bedre pasientsikkerheten nasjonalt (Helsedirektoratet, 2019). Pasientsikkerhetsarbeid er avgjørende for å sikre at pasientene får trygge og gode tjenester i helse- og omsorgstjenesten. Den nasjonale handlingsplanen fra Helsedirektoratet er viktig for å oppnå dette målet (Helsedirektoratet, 2019; Aase, 2018).

Sammen med Helsedirektoratet har Ukom (Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten) ansvar for å undersøke alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, og for å finne årsaker og gi anbefalinger. Deres mål er å gjøre tjenesten tryggere og forhindre gjentakelse. De samler informasjon gjennom dokumenter, intervjuer og befaringer, og presenterer funnene i rapporter. Rapportene bidrar til læring og forbedring i hele sektoren. Ukom vurderer ikke lovligheten eller skyld, men fokuserer på å forstå og unngå fremtidige

hendelser (UKOM, 2021). For at en hendelse skal bidra til forbedring av pasientsikkerheten, må den gjennomgå visse læringsprosesser. En alvorlig hendelse må først bli rapportert, deretter vurderes i forhold til alvorlighetsgrad, og årsakene til hendelsen må analyseres for å oppnå kunnskap om mulige endringer i systemet. Basert på analysen utarbeides det en handlingsplan, og tiltakene blir implementert for å forebygge lignende hendelser i fremtiden (UKOM, 2023).

Hva er læring?

Det foreligger mange definisjoner og forklaringer på læring, både på samfunnsnivå, organisasjonsnivå, gruppenivå og individnivå. Innenfor håndtering av uønskede hendelser er læring på systemnivå viktig. Det vil si læring som har som formål at alle deler av helsetjenesten skal ha systemer, praksis og kultur rettet mot forebygging og forbedring innen pasientsikkerhet. Slik læring kalles ofte organisasjonslæring (Aase, 2022). Vi kan si at læring på systemnivå innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innenfor organisasjonen eller på tvers av flere organisasjoner. En faglig beskrivelse av læring er at organisasjonen aktivt endrer og tilpasser sin praksis basert på ny forståelse av arbeidet man gjør (WHO, 2020; Aase, 2022). En slik beskrivelse av læring innebærer at menneskene som lærer, er alle de som er involvert i endring av praksis og dermed atferd, på alle nivåer. Resultatet av læring er derfor konkret endring eller forbedring av organisasjonen eller systemet. Læring er ifølge Aase (2022) en felles og deltagende prosess som engasjerer et bredt utvalg ansatte. Kort forklart kan vi si at læring på systemnivå innebærer systemer for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring, inne i organisasjoner eller på tvers av organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Aase, 2022).

Læring i organisasjoner

Den viktigste grunnen til å studere læring i en organisasjon er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) tilpasning til omgivelsene. Omgivelsene for de fleste organisasjoner har blitt mer turbulente og komplekse. Læring betyr at organisasjonen opparbeider seg en kunnskapsbase. I en verden hvor produksjon av varer og tjenester blir stadig mer følsomme for kunnskap, vil deres evne til å tilegne seg og utnytte kunnskap bli stadig viktigere. Jo

mer unik kunnskap en organisasjon innehar, desto større konkurranse fortrinn. Ved å studere læring settes fokus på den dynamikken som finnes i organisasjonen, det vil si hvordan organisasjonen endres, justeres og forhåpentligvis forbedres (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ofte tenker de fleste av oss at læring har forgått når enkeltindivider har tilegnet seg ny kunnskap, eller utviklet nye ferdigheter. Forskjellen mellom disse to kan presiseres som følger: «Kunnskap er innsikt i hvorfor noe skjer eller fungerer, mens ferdigheter er evnen til å bruke kunnskapen til å få noe til å skje eller fungere» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s.353).

Enkelte ganger refereres læring som hva man tilegner seg av kunnskaper, andre ganger refereres det til hvordan atferden endres fordi man har fått ny kunnskap. Læring er altså en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Læring finner sted i en organisasjon når den:

- Registrerer stimuli, det kan beskrives som at organisasjonen erfarer noe den mener den bør gjøre noe med (som for eksempel at man registrerer økt antall infeksjoner innenfor en gruppe pasienter).
- Foretar en problemanalyse, det kan beskrives som at organisasjonen forsøker å analysere hvorfor dette har skjedd (for eksempel undersøker hva økt antall infeksjoner faktisk kan skyldes).
- Utvikler tiltak for å løse problemet, det kan beskrives som at organisasjoner prøver å finne ut hva de må gjøre for å oppnå et bedre resultat (for eksempel utvikle tiltak for å øke kunnskapen om infeksjoner, som igjen bidrar til å redusere økt antall infeksjoner).
- Iverksetter tiltak for å løse problemet, det kan beskrives som at organisasjonen faktisk endrer atferden (for eksempel implementerer et system for kvalitetskontroll) (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

I følge Jacobsen og Thorsvik (2019) er det er en rekke forutsetninger som må være tilstede for at læring skal kunne finne sted i en organisasjon:

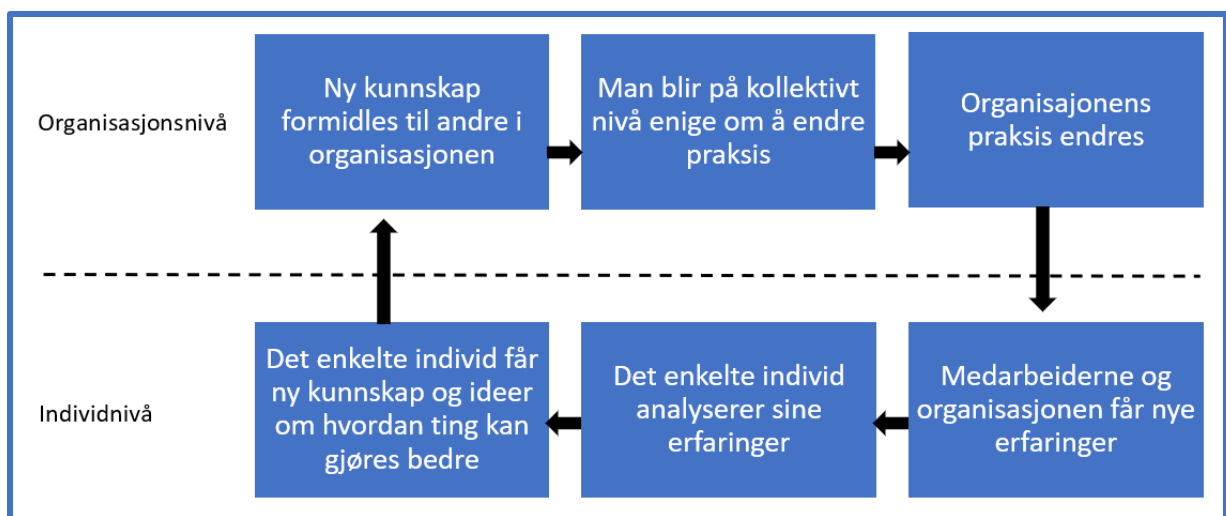
1. Man kan si at læring i organisasjoner starter med at individet i organisasjonen reflekterer omkring det man erfarer. Organisatorisk læring er basert på at individer i organisasjonen har evnen til å lære.

2. Det individer lærer, må videreformidles til andre i organisasjonen, slik at det oppstår en felles læring.
3. Medlemmene i organisasjonen må omsette den kollektive kunnskapen til kollektiv handling. Det er ikke nok at enkelt individer innad i organisasjonen vet hva som bør gjøres, kunnskapen må også settes ut i livet.

I praksis er det ikke uvanlig at organisasjoner unnlater å endre strategi og praksis selv om de sitter på kunnskap som sier noe om hvordan ting kan gjøres bedre (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

For at en organisasjon kan lære, må hver enkelt person i organisasjonen lære, og den læringen må deles med andre i organisasjonen. Organisasjonen må også utvikle tiltak for å løse problemer og iverksette disse tiltakene. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) skaper dette en lærings sirkel, hvor individene vurderer organisasjonens løsninger og starter en ny sirkel med læring for å forbedre situasjonen ytterligere.

Figur 1 viser sammenhengen mellom individuell og organisatorisk læring.



Figur 1 Lærings sirkel – sammenheng mellom læring på individ – og organisasjonsnivå Jacobsen og Thorsvik (2019, s.355)

Enkeltkrets og dobbeltkretslæring

Argyris publiserte i 1976 en artikkel som har hatt en stor innvirkning på organisasjonsfaget. Tradisjonell tenkning om læring er at vi motiveres av mål, læring innebærer derfor at vi ut fra erfaring forsøker å endre atferd slik at vi blir flinkere til å realisere våre mål. I teorien til

Argyris er det også et premiss om at all ønsket atferd er motivert av noe vi selv ønsker å oppnå (Argyris, 1977).

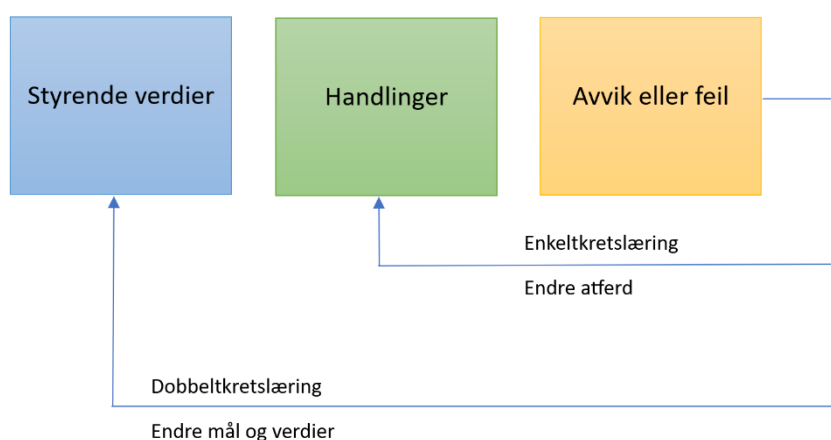
Men hva om vi erfarer at det vi streber etter å oppnå, det som driver oss til å handle, ikke er det vi egentlig ønsker? At vi egentlig ønsker noe annet enn det vi tror at vi ønsker? Innsikt i denne type rådløshet er utgangspunktet for at Argyris blir opptatt av å utvikle teori som kan beskrive den læring som finner sted når man etter hvert starter med å tvile på at det man blir flinkere til å gjøre, gir de resultater som man egentlig ønsker. Spørsmål om læring blir ifølge Argyris (1977) ikke lenger bare knyttet til hvordan man kan gjøre ting bedre, men også knyttet til et mer fundamentalt spørsmål: Hvorfor skal man gjøre ting bedre? Med det endres fokus fra at man er opptatt av hvordan man kan gjøre ting bedre, til at man begynner å stille spørsmål ved selve målene og vurdere hele situasjonen på nytt (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Argyris skiller mellom «hvordan-læring» og «hvorfor-læring», ved å presisere de to formene for læring i to ulike modeller som han navngir henholdsvis enkeltkretslæring og dobbelkretslæring (Argyris, 1977).

«Single loop learning» eller enkeltkretslæring er læring som er rettet mot å korrigere mindre feil eller svakheter i produkter eller produksjonsprosesser (Argyris & Schön, 1996). Hvis man overfører dette til en avdeling i et sykehus, hvor man har oppdaget at medikamentfeil har skjedd oftere den siste tiden. Avdelingen identifiserer medikamentfeilene, og implementerer endringer i det eksisterende systemet, for deretter å monitorere resultatet av disse endringene. Fokuset er på å forbedre dagens system, uten å stille spørsmål ved de underliggende forutsetningene, eller gjøre grunnleggende organisatoriske endringer. Det gjøres ingen endringer i organisasjonens grunnleggende, mål, verdier eller strategier (Kongsvik et al., 2018). Noe som er tilfelle med «double loop learning» dobbelkretslæring. Noen ganger kommer det ny teknologi som utfordrer de grunnleggende antakelsene og verdiene om hva organisasjonen skal være, eller det skjer kultur og markedsendringer. Vi kan si at enkeltkretslæring handler om å oppdage og korrigere en uønsket hendelse slik at den ikke skjer igjen. Dobbeltkretslæring, derimot, går dypere ved å identifisere og utfordre underliggende antagelser og verdier som ligger til grunn for organisasjonens handlinger og beslutninger. Dette betyr at organisasjonen er villig til å revurdere og endre grunnleggende

antakelser om seg selv og omverdenen, og ikke bare fokusere på overfladiske symptomer på problemer (Argyris, 1977; Argyris & Schön, 1996).

Argyris og Schön (1996) mener at dobbelkretslæring er nødvendig for organisasjoner som ønsker å håndtere komplekse problemer og endre seg i en stadig mer dynamisk og utfordrende verden. Det krever imidlertid et høyt nivå av selvrefleksjon, åpenhet og evne til å utfordre eksisterende antagelser og verdier (Argyris & Schön, 1996). Det er ikke slik at dobbelkretslæring er bedre enn enkelkretslæring, det er her snakk om former for læring som har forskjellige formål og bruksområder (Kongsvik et al., 2018).



Figur 2 Enkelkretslæring og dobbelkretslæring (Sikkerhetsforum, 2019)

Læring av uønskede hendelser

Hvis vi ser på uønskede hendelser som symptomer og kilder til informasjon, om hva som er årsakene bak og hvordan spesifikke arbeidsoppgaver gjennomføres, er dette en tilnærming til hvordan man kan forebygge uønskede hendelser (Aase, 2018). Uønskede hendelser og nesten-hendelser er nyttige redskaper som kan beskrive risikoforhold i ulike arbeidsoppgaver. De kan også brukes til å tilegne seg kunnskap om hvordan man kan forebygge risiko (Reason, 2000).

Den mest vanlige innfallsvinkelen på læring av uønskede hendelser kan ses på som en trestegs prosess i følge Waring og Currie (2011).

1. Etablering av et system og prosedyrer for innhenting av informasjon om uønskede hendelser og nesten-hendelser: Hva skjedde? Hvem var involvert? Når og hvor? Årsak? Bidragsytende faktorer?

2. Analysering av informasjonen for å finne underliggende årsaker: Betydningen av hendelsen, årsaksanalyse – forstå underliggende faktorer og direkte årsaksmekanismer som skal formidle forbedringstiltak.
3. Ledere bruker deretter denne informasjonen og igangsetter sikkerhetsforbedringer: organisering og styring av organisasjonens ressurser, tverrfaglig samarbeid, ergonomi og design.

I tillegg til dette fremheves det ifølge Waring og Currie (2011) at det benyttes en systemtilnærming i forebygging, analyse og læring, men det er også viktig at man i organisasjonen har en åpen kultur for rapportering og diskusjon av uønskede hendelser (Meld. St. 10 (2012–2013)). Ved systemtilnærming analyserer man den underliggende årsaken til hendelsen, og har i tillegg systemer som fanger opp uønskede hendelser før de får alvorlige konsekvenser (Aase, 2018). Eksempler på systemmodeller er ifølge Aase (2018), Reason (1990) sin sveitserostmodell. Trinn som er typisk i en systemmodell er utstyr, individ, team, profesjon, institusjon og organisasjon. For at man skal være trygg på at rapportering ikke innebærer straff, er det viktig å ha en åpen kultur for rapportering. Samtidig som man skal kunne diskutere hendelsen åpent med ledelse og kollegaer (Aase, 2018).

Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker viktigheten av at for å lære av uønskede hendelser, må dette registreres og analyseres for å styrke pasientsikkerheten (WHO, 2020). Læring etter uønskede hendelser kan ifølge Donaldson (2002) skje på flere ulike nivåer, inkludert individnivå, gruppenivå, organisasjonsnivå og samfunnsnivå. For å oppnå læring utover individnivå, er det nødvendig med et system for registrering av uønskede hendelser (Donaldson, 2002).

Å lære av registrering og analyse av uønskede hendelser, er avgjørende for å forbedre pasientsikkerheten (Aase, 2022). Det å samle informasjon på tvers av seksjoner og avdelinger over tid er viktig for å skape en organisasjon som kontinuerlig lærer og opparbeider seg kunnskap om årsaker og sammenhenger. Dette legger grunnlaget for en kontinuerlig forbedringsprosess og bidrar til å forhindre at slike hendelser skjer igjen (Aase, 2022). Hvis registreringen av alvorlige uønskede hendelser begrenses til bare én avdeling, begrenses læringen på tvers av avdelinger, sykehus og regioner (UKOM, 2023).

I 2020 mottok UKOM et varsel om en uønsket hendelse hvor en eldre mann ble alvorlig skadet etter at han hadde fått flytende ernæring ned i lungene via en ernæringssonde lagt

inn igjennom nesen (også kalt en nasogatrisk ernæringssonde). De lokale rutinene som innebar å lytte etter boblelyder ved hjelp av et stetoskop når luft settes inn i sonden, avdekket ikke at sonden var feilplassert. Konsekvensen for pasienten ble langvarig intensivbehandling. Å lytte etter boblelyder, auskultasjonsmetoden, er den vanligste formen for kontroll av en nasogastrisk sonde, deretter kommer røntgenkontroll. Undersøkelsen viser at pH-test av mageinnhold i liten grad er brukt som kontrollmetode, da dette er den anbefalte måten å sjekke om en nasogastrisk sonde er riktig plassert. Til tross for dette sier 23 av 32 sykepleiere som UKOM intervjuet at de bruker auskultasjonsmetoden for å sjekke om sonden er riktig plassert. UKOM kontaktet seks utdanningssteder for sykepleie, for å få klarhet i hvilke metoder for kontroll av sonde som ble gjennomgått i undervisningen. Alle oppga at de bruker metoden med pH-måling som anbefalt av VAR Healthcare (2023), som er den største kommersielle tilbyderen av kunnskapsbaserte prosedyrer i Norden. Som en følge av denne hendelsen har UKOM (2023) gått ut med sterke anbefalinger om at auskultasjon alene ikke gir et godt nok grunnlag for å sjekke sondens plassering, men at man benytter pH-tesing av mageinnhold og-/eller røntgenkontroll. Denne rapporten viser hvor viktig det er å melde uønskede hendelser i meldesystemet for å skape grunnlag for læring, men samtidig at det å få innført gode rutiner i helsevesenet krever tid og innsats. Hva som påførte denne pasienten skade er i utgangspunktet ikke menneskelig svikt, men menneskelig svikt i et svakt system (Reason, 2000).

Årsaken til denne hendelsen må ses i systemsammenheng og det kan være mange årsaker til dette. Donaldson (2002) nevner eksempler som: en svak sikkerhetskultur, svakheter i praktisk utførelse, for dårlig bruk av prosedyrer og øving, dårlig kommunikasjon og for dårlig merking av medikamenter og-/eller utstyr, noe som også var tilfellet i denne sammenhengen, der ikke en god nok bruksanvisning fulgte med utstyret. Det er ikke bare i helsevesenet at mennesker blir alvorlig skadet eller dør. Dette skjer også i luftfarten og andre høyrisiko organisasjoner som for eksempel togtrafikken, atomkraftindustrien og kjemisk industri. Dekker (2006) beskriver at menneskelig svikt er et organisatorisk problem. Menneskelig svikt er minst like komplekst som organisasjonen som bidro til å skape den. For å kunne endre på dette må man se dypere inn i organisasjonen. Raske løsninger på uønskede hendelser fører sjelden noe bra med seg, dette kan indikere at man som organisasjon ikke forsøker å lære (Dekker, 2006).

I de senere år har den tradisjonelle tilnærmingen til læring fra uønskede hendelser, Safety-I blitt utfordret av en annen tilnærming kalt Safety-II. Safety-II innebærer å studere det som fungerer bra som et supplement til å lære av det som går galt. Målet er å fokusere ikke bare på å unngå feil, men også på å forstå hva som gjør at ting går bra. En viktig del av Safety-II er å studere nesten-hendelser nøye for å forstå hvorfor de ikke utviklet seg til alvorlige hendelser (Hollnagel, Wears, et al., 2015).

I høyrisikoyrker som helsevesenet, er også Reason (1997) sin barrieremodell ofte benyttet for å analysere og forstå komplekse systemers sårbarheter og potensielle feil som kan føre til uønskede hendelser.

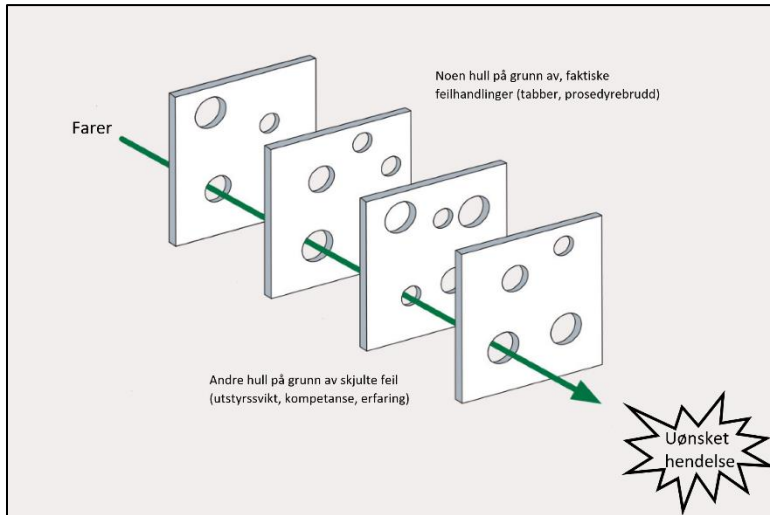
Reasons sveitserostmodell («swiss cheese model»)

Reason (2000) sin sveitserostmodell tar utgangspunkt i tre hovedbegreper: fare, forsvar og tap. Fare er det som kan være en utløsende årsak til en ulykke eller uønsket hendelse. Tap er de uønskede følgene av en hendelse, mens forsvaret utgjøres av de barrierene som skal forhindre at tap oppstår. For at en organisasjon skal unngå tap er det nødvendig med «forsvar i dybden» (Kongsvik et al., 2018). Det kan forklares med at organisasjonen kan etablere ett sett med ulike barrierer som er utformet slik at de kompenserer for hverandre. For eksempel hvis en barriere svikter som følge av en feilhandling, kan effekten fanges opp av neste barriere (Reason, 2000).

I høyteknologiske systemer finnes det mange lag som skal bidra til å hindre ulykker, som lagene i skiver med ost. Ostesnivene symboliserer de aktuelle barrierene, mens hullene symboliserer mulig barrieresvikt (Reason, 2000). Noen av disse sikkerhetslagene er konstruerte, for eksempel alarm på en infusjonspumpe som gir beskjed hvis det er luft i systemet, eller fysiske barrierer som at infusjonssett til sondemat ikke passer til intravenøse tilganger. Andre lag av forsvar er knyttet til personell som har en spesiell kompetanse for å gjøre en spesifikk jobb, dette kan for eksempel være en intensivsykepleier eller en kirurg. Barrierene er der for å beskytte mot uønskede hendelser, men til tross for dette kan sikkerhetsbrister skje, tilsvarende hull i sveitserosten (Reason, 2000).

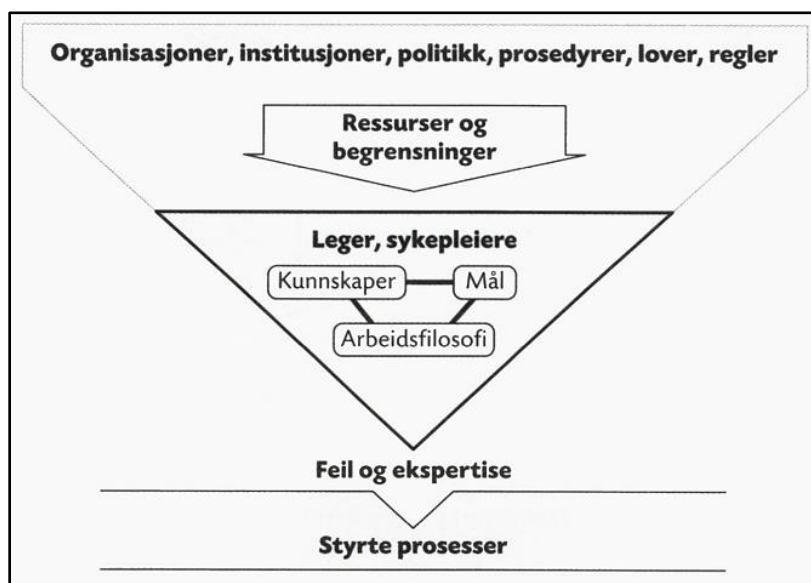
Uønskede hendelser oppstår når alle relevante barrierer svikter samtidig, enten dette skyldes «aktive feil» eller «latente betingelser» (Kongsvik et al., 2018). Aktive feil kan for

eksempel være teknisk svikt eller feilhandlinger, mens latente betingelser rettes mot organisatoriske svakheter i form av manglende eller ufullstendige barrierer. Dette illustreres i sveiserostmodellen ved at hullene i osteskivene ligger på linje, slik at ingen barrierer hindrer at hendelsen oppstår, figur 3. Normalt vil ikke hullene passe til hverandre og den uønskede hendelsen blir avverget (Reason, 2000).



Figur 3 Sveiserostmodellen (Reason, 1997)

I følge Hjort (2007) kan forholdet mellom organisasjonen og den enkelte arbeidstaker også illustreres i en pyramide . For eksempel kan man se en organisasjon som en pyramide, figur 4. Der den butte enden er selve organisasjonen, mens arbeidstakerne er den skarpe enden. Det er den enkelte arbeidstaker som utfører selve handlingen som fører til den aktuelle hendelsen, men den dypere årsaken ligger som regel i systemet.



Figur 4 Den skarpe og den butte enden i helsetjenesten (Cook et al., 1998; Hjort, 2007)

Rapporteringskultur

Rapporteringskultur i sykehus refererer til hvordan sykehusene håndterer og rapporterer feil og avvik. En god rapporteringskultur er viktig for å kunne identifisere og løse problemer, forbedre pasientsikkerheten og øke tilliten til sykehusene (Aase, 2018). Det innebærer å ha en åpen og god kommunikasjon, å legge til rette for at ansatte føler seg trygge på å rapportere feil, og å ha effektive prosesser for å håndtere og lære av rapporterte hendelser (Dekker, 2012).

Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon- som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle i forhold til disse problemene (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 130).

Selv om man er trygg på å melde om uønskede hendelser i organisasjonen er det ikke alltid melderens ser verdien av å rapportere hendelsen, er det verdt ekstraarbeidet hvis det ikke kommer noe godt ut av det? Hvis ingen tiltak kommer som resultat av den innmeldte hendelsen, er det et overordnet problem i organisasjonen (Reason, 1997). Det er noen hinder ved å få ansatte til å ta i bruk rapporteringssystemer på en effektiv måte, da dette innebærer: ekstra arbeid, skepsis, et naturlig ønske om å fortrenge at hendelsen fant sted, mistillit til ledelsen og frykten for represalier (Reason, 1997). Rapportering av uønskede hendelser kan være vanskelig, og personalet kan ha frykt for å rapportere eller tro at de er for travle til å rapportere. Ifølge Miller og Jones (2011) er det avgjørende å gjøre prosessen for rapportering så enkel som mulig, og å gjøre det verdifullt for både personalet og sykehuset som helhet. Personalet må se hvordan rapportering kan hjelpe avdelingen til å bli bedre, hjelpe pasientene, og hjelpe de som har gjort en feil. Slik kan lignende hendelser unngås i fremtiden. Tiltak bør gjennomføres for å sikre at rapportering skjer enkelt og ofte (Miller & Jones, 2011).

Et rapporteringssystem må ifølge Reason (1997) kunne gi en god og validert tilbakemelding på de lokale og organisatoriske faktorene som fremmer melding av uønskede hendelser. Det er viktigere å se på systemet enn å tildele skyld til enkeltpersoner. Det er derfor viktig å beskytte informanter så langt det er mulig fra disiplinære tiltak, men ikke for enhver pris. Dekker (2012) påpeker at det er særlig to ting som kan gjøres for å få de ansatte til å

rapportere uønskede hendelser. For det første at man gjør rapportering så praktisk og enkelt som mulig, for det andre at man reduserer frykten knyttet til rapportering. Dette vil si at muligheten for å kunne rapportere en uønsket hendelse må være lett tilgjengelig og enkel å gjennomføre. Frykt for å rapportere kan ifølge Dekker (2012) forekomme på grunn av at man ikke vet hva som skjer hvis man rapporterer en hendelse, vil noen se det? setter jeg meg selv eller mine kollegaer i fare? kan dette føre til at juridiske anklager blir lettere å gjennomføre i etterkant? Dekker (2012) mener at man bør ha skriftlige prosedyrer som beskriver for alle ansatte hvordan rapporteringsprosessen fungerer, hvilke konsekvenser rapporteringen kan føre til, hvilke rettigheter, privilegerer, hvordan man beskyttes som melder og hvilke forpliktelser de ansatte kan forvente. Hvis dette ikke er på plass, kan det føre til usikkerhet i organisasjonen. Å få de ansatte til å rapportere uønskede hendelser handler om tillitt, det vil si at ledelsen må håndtere informasjonen i god tro og ikke bruker den mot melderens (Dekker 2012).

Reason (1997) har tidligere konkretisert disse to forholdene i form av fire prinsipper som virksomheter kan benytte for å tilrettelegge for økt rapportering i virksomheten:

1. De som rapporterte hendelsen, skal slippe represalier og straff så langt som mulig. Sabotasje og ulovlige handlinger var unntaket, men man skal ikke utsettes for disiplinære handlinger.
2. Rapporteringen skal være konfidensiell. Dette vil si at navn på melderens ikke skal forekomme i rapporter. Men heller i første omgang benytte konsulenter eller universiteter til å behandle informasjonen.
3. En viktig del av motivasjonen er tilbakemelding til den som rapporterte. Motivasjonen ligger i at opplysningene man gir, oppfattes som nyttig og blir brukt i forbedringsarbeid. Det er sentralt at melderens får rask tilbakemelding om hvilke tiltak som var aktuelle å igangsette, og at tilbakemeldingen var enkel og lettfattelig.
4. Lettfattelig rapport som det er lett å lage, utfyllende opplysninger skal kunne innhentes i etterkant ved behov.

De tre første prinsippene var ment å øke tilliten til rapporteringssystemet i virksomheten, mens den siste handlet om å bygge ned de praktiske barrierene som kunne bidra til underrapportering (Kongsvik et al., 2018).

I helsesektoren har man beregnet at mindre enn halvparten av alle de uønskede hendelsene som burde vært rapportert, faktisk blir det (Lawton & Parker, 2002) og (Kongsvik et al., 2018). En undersøkelse gjort av Sari et al. (2007) sier at et rapporteringssystem alene ikke vil kunne fange opp alle uønskede hendelser. Deres undersøkelse viser at bare 16% av alle uønskede hendelser blir rapportert i avvikssystemet. Undersøkelsen beskriver også store mørketall for rapportering, men også at avvikssystemet var for dårlig til å identifisere pasientskader. Som et tiltak for å avdekke flere hendelser foreslår de en strukturert gjennomgang av journalnotater for å få et mer realistisk bilde av pasientskader i sykehus.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har undersøkt 1216 pasientsaker på sykehus som fikk erstatning for feilbehandling i tidsrommet 2018 til 2021. NPE har spurt sykehusene om de hadde registrert disse sakene i sine avvikssystemer. Gjennomgangen viser at helsepersonell kun hadde rapportert om 39% av episodene der pasienter var feilbehandlet. I seks av ti tilfeller ble feilbehandlingen ikke meldt inn i avvikssystemene (NPE, 2023). De hyppigste skadene man kan pådra seg som pasient ved norske sykehus er ifølge NPE (2023) i forbindelse med medikamenthåndtering og ulike infeksjoner som en følge av kirurgi.

Stavropoulou et al. (2015) sier at et rapporteringssystem er mest effektivt når det kombineres med andre forbedringstiltak som en del av et bredere kvalitetsforbedringsprogram, som for eksempel pasientsikkerhetsprogrammet i «trygge hender 24/7».

Årsaker til uønskede hendelser.

Tradisjonelt har det vært vanlig å plassere all skyld på den enkelte personen, for eksempel en lege eller sykepleier, som ser ut til å ha utløst den uønskede hendelsen. Dette kan føre til en kultur av å navngi, skamme og klandre, som kan være destruktiv og demotiverende for helsepersonell (Hjort, 2007). Denne måten å tenke på har oppstått som et resultat av ønsket om en perfekt helsetjeneste og helsepersonell, men det kan føre til at det overses faktorer som kan ha spilt en rolle i hendelsen, som for eksempel systemfeil eller sviktende prosedyrer (Hjort, 2007; Reason, 1997). En annen tilnærming, som er mer moderne og konstruktiv, er å se på årsakene til hendelser som et resultat av svikt i systemene og prosessene som er på plass, og ikke bare å klandre enkeltpersoner (Hjort, 2007). Hvis man klandrer enkeltpersoner

for uønskede hendelser kan dette typisk føre til at de slutter å lære av uønskede hendelser. Organisasjoner kan ikke lære og straffe samtidig (Dekker, 2006).

Ifølge Hjort (2007) kan man ved å sette søkelys på systemfeil og hvordan man kan forbedre prosedyrer, jobbe med å forhindre at lignende hendelser skjer i fremtiden, og samtidig støtte helsepersonell og oppmuntre til åpenhet og læring fra hendelser. Dette kan bidra til å skape en mer resilient og effektiv helsetjeneste.

Resiliens i helsetjenesten

Resiliens er ikke et vanlig begrep i det norske språket, men er svært mye brukt innenfor flere ulike forskingsfelt. De ordene som beskriver resiliens best er robusthet, motstandsdyktighet, elastisitet eller evne til å håndtere motgang og stress, men de dekker ikke helt betydningen av ordet (Aase, 2022). En resilient helsetjeneste vil også fokusere på iboende variasjon/ytelsesvariasjon i den skarpe enden som er nødvendig for god pasientsikkerhet, i tillegg til prosedyrer (Aase, 2022). Det er organisasjonen (systemet) som skal ha sikkerhetsmekanismene som skal fange opp feilene før de får konsekvenser. Noen ganger lykkes ikke disse mekanismene og feilen blir en uheldig hendelse (Reason, 2000).

Resiliens er et sikkerhetsperspektiv som bygger videre på mange av prinsippene i systemperspektivet, men resiliens skiller seg fra andre modeller som omhandler sikkerhet ved å se på det som går bra, istedenfor å rette søkelyset mot det som ikke går bra, altså de uønskede hendelsene. (Aase, 2022). Resiliens i helsetjenesten innebærer ifølge Aase (2022) å forstå hva som gjøres av pasienter, pårørende, helsepersonell, ledere og myndigheter for å sikre gode helsetjenester. Dette er viktig i situasjoner som omhandler utfordringer eller endringer for helsetjenesten. På systemnivå kan det for eksempel handle om hvordan de ulike delene av helsetjenesten klarer å håndtere en pandemi på en god måte, på individ nivå kan det for eksempel innebære hvordan en pasient som har vært utsatt for en alvorlig ulykke klarer å tilpasse seg den nye situasjonen og komme seg igjennom traumet på en best mulig måte.

Aase (2022) definerer resiliens slik: «Resiliens i helsetjenesten er kapasiteten som finnes for å tilpasse seg utfordringer og endringer på ulike systemnivåer, for å opprettholde høy kvalitet» (Aase, 2022, s. 61).

Wiig et al. (2020) beskriver resiliens i helsetjenesten på følgende måte:

1. Dette innebærer å opprettholde en helsetjeneste med høy kvalitet, inkludert hvordan man håndterer sikkerhet og risiko.
2. Hvordan vi kan inkludere krefter med kapasiteter på individ, gruppe, organisasjon og systemnivå som muliggjør høy kvalitet gjennom tilpassing, forbedring og reorganisering.
3. Håndtering av tilfeller som utfordringer, endringer eller forstyrrelser i utførelsen av helsetjenestene (endring i kliniske retningslinjer, nye diagnoser, alvorlige uønskede hendelser, finansering, ny teknologi osv.).
4. Prosesser for ny læring, utvikling, vekst og gjenoppretting.
5. Mangfold, samarbeid, og koordinering av viktige elementer i utviklingen av resiliente kapasiteter.

Sikkerhet-I og Sikkerhet-II (Safety-I og Safety-II)

Erik Hollnagel er en dansk forsker som er sentral i utarbeidelsen av resiliensperspektivet rettet spesielt mot pasientsikkerhet i helsetjenesten (Aase, 2022). I helsetjenesten er Sikkerhet-I og Sikkerhet-II konsepter som refererer til to forskjellige tilnærminger til pasientsikkerhet (Hollnagel, Wears, et al., 2015).

Sikkerhet-I

Sikkerhet-I i helsetjenesten fokusere på å forhindre feil og redusere risikoen for uønskede hendelser ved å bruke tekniske og organisatoriske tiltak, som standardisering av prosedyrer, opplæring av ansatte, risikovurderinger, pasientsikkerhetskampanjer og elektronisk pasientjournal. Dette er den tradisjonelle tilnærmingen til sikkerhet som er vanlig i mange bransjer og organisasjoner (Hollnagel, Braithwaite, et al., 2015).

Sikkerhet-II

Sikkerhet-II i helsetjenesten er ifølge Hollnagel, Wears, et al. (2015) en mer systemisk tilnærming som tar hensyn til at pasientskader ofte skyldes komplekse og uforutsette situasjoner som kan oppstå til tross for alle forebyggende tiltak. Sikkerhet-II tar sikte på å

bygge robuste systemer som er i stand til å tilpasse seg og håndtere uforutsette hendelser ved å involvere ansatte på alle nivåer i systemet, for videre å få de ansatte til å rapportere om uønskede hendelser og potensielle farer. Men også å forstå hvordan systemet fungerer i praksis, og hvordan ansatte og pasienter samhandler med systemet, og hvordan organisasjoner og ansatte tilpasser seg uforutsette situasjoner og endringer (Hollnagel, Wears, et al., 2015). Denne tilnærmingen antar ifølge Hollnagel, Wears, et al. (2015) at organisasjoner og ansatte er tilpasningsdyktige, og at de aktivt arbeider for å opprettholde sikkerhet i et komplekst arbeidsmiljø. Sikkerhet-II anerkjenner at feil og svikt kan oppstå selv om ansatte utfører arbeidet sitt på en trygg og forsvarlig måte, og legger vekt på å forstå hvordan organisasjonen kan lære av disse situasjonene for å forbedre sikkerheten og øke resiliensen.

Sikkerhet-II i helsetjenesten inkluderer også en kultur som fokuserer på å lære av feil og forbedre systemene. Det oppmuntrer ansatte til å rapportere avvik og feil, og bruker disse erfaringene til å lære og forbedre systemene for å hindre at lignende feil skjer i fremtiden (Aase, 2022). Sikkerhet-II har også blitt beskrevet som en «suksess-tilnærming», fordi den setter søkelys på å forstå hva som går bra, og hvordan ansatte og organisasjoner klarer å opprettholde sikkerhet og ytelse, selv i krevende situasjoner. I følge Aase (2022) er dette er en relativt ny tilnærming til sikkerhet, og den har blitt stadig mer populær blant forskere på sikkerhetsteori de siste årene.

Sikkerhet-I og Sikkerhet-II i helsetjenesten er to forskjellige tilnærminger til pasientsikkerhet, der Sikkerhet-I fokuserer på forebygging av uønskede hendelser, og Sikkerhet-II fokuserer på å bygge robuste systemer og en sikkerhetskultur som lærer av feil, og kan håndtere uforutsette situasjoner (Aase, 2022). Ifølge Hollnagel (2014) kan målet om å unngå skader føre til et overdrevent fokus på å granske og analysere årsakene til uønskede hendelser (Sikkerhet-I), mens det blir mindre oppmerksomhet på faktorene som gjør at ting går bra (Sikkerhet-II).

Aase (2022) illustrerer dette med å ta utgangspunkt i skadeantallene ved norske sykehus. I 2021 oppsto det pasientskade på 12,8% av pasientene (Helsedirektoratet, 2021b). Det vil si at for 87,2% av pasientene går det bra. Ifølge perspektivet om resiliens skjer både skader og suksesser innenfor samme arbeidspraksis, enten det er på en sykehusavdeling, i hjemmetjenesten eller på fastlegekontoret. For å utvikle kunnskap om hvorfor, hvordan og i

hvilke situasjoner denne praksisen fører til positive eller negative resultater, er det derfor nødvendig å forstå praksisen som helhet. Hollnagel argumenterer for at hvis pasientsikkerhet kun defineres som fravær av skade, vil helsetjenesten bli begrenset til ett bestemt sett av tiltak og verktøy (Hollnagel, Wears, et al., 2015).

Selv om Hollnagel, Wears, et al. (2015) har uttalt at betegnelsene «Sikkerhet-I» og «Sikkerhet-II» kan oppfattes som upresise, er det vanskelig å finne bedre begreper. Det er viktig å merke seg at motsetningen mellom perspektivene kan virke som ett svart-hvitt kontrast, og at man kan bli tvunget til å «velge side». Dette er imidlertid ikke hensiktsmessig, og i de fleste deler av helsetjenesten vil det være nødvendig å fokusere på både uønskede hendelser og hendelser med positive utfall for å sikre et helhetlig og effektivt sikkerhetsarbeid (Aase, 2022).

Tabell 1 oppsummerer de to perspektivene Sikkerhet-I og Sikkerhet-II.

Tabell 1 Tabell 1 Sikkerhet-I og Sikkerhet-II (Hollnagel, 2014; Aase, 2022)

	Sikkerhet-I	Sikkerhet-II
Mål	Fravær av skade, så få ting som mulig går galt.	Så mye som mulig går godt.
Hovedprinsipp	Reaktivt, respondere når uønskede hendelser skjer.	Proaktivt, forsøke å forutse uønskede hendelser.
Syn på uønskede hendelser, menneskelige faktorer	Forårsaket av feil og svikt, identifiserer og eliminerer årsaker.	Mennesker betraktes som en ressurs som er nødvendig for systemets fleksibilitet og evne til å håndtere motgang.
Ulykkesgranskning	Ulykker skyldes feil og funksjonsfeil. Formålet med en undersøkelse er å identifisere årsakene.	Ting skjer i utgangspunktet på samme måte, uavhengig av utfallet. Formålet med en undersøkelse er å forstå hvordan ting vanligvis går riktig som grunnlag for å forklare hvordan ting av og til går galt.
Risikovurdering	Ulykker skyldes feil og funksjonsfeil. Formålet med en undersøkelse er å identifisere årsaker og medvirkende faktorer.	Å forstå forholdene der variasjon i ytelse kan bli vanskelig eller umulig å overvåke og kontrollere.

Metode

Problemstillingen besvares igjennom dybdeintervju, litteratur på området og sekundærdata. Dette blir presentert i empirikapittelet som jeg har valgt å kalle: *presenterer hovedfunn*, før funnene blir drøftet oppimot teorien i drøftingskapittelet. Ved bruk av design og metode ble de nødvendige opplysningene for å belyse problemstillingen innhentet.

Først i kapittelet vil gjennomføring av litteratursøket bli presentert, dette la grunnlaget for teorien som er benyttet i denne oppgaven.

Deretter vil det bli en redegjørelse for gjennomføringen av dybdeintervjuene og hvordan primærdataene er innhentet i denne oppgaven.

Litteratursøk

Jeg brukte ulike søkemotorer for å finne relevant litteratur, og følgende søkeord ble benyttet i ulike kombinasjoner:

Tabell 2 Søkeord

Norske søkeord	Engelske søkeord
Pasientsikkerhet	Patient safety
Pasientsikkerhetskultur	Patient safety culture
Meldekultur	Reporting culture
Læring i organisasjoner	Organizational learning
Pasientsikkerhet og læring	Patient safety and learning
Avvikssystem	Deviation system
Rapporteringssystem	Public reporting of quality
Sikkerhet-I og Sikkerhet-II	Resilient health care
	Safety-I and Safety-II
	Strategies for improving patient safety
	Medical error

Følgende søkemotorer er brukt:

Tabell 3 Beskrivelse av søkemotorer

Søkemotor	Beskrivelse
Oria	Oria er en samleportal til det totale bibliotekmaterialet som finnes i de fleste norske fag- og forskningsbibliotekene.
Google Scholar	Google Scholar inneholder litteratur, inkludert bøker, artikler, rapporter og avhandlinger. Det inkluderer også dokumenter fra norske og internasjonale universiteter og forskningsinstitusjoner.
Pubmed	PubMed er en søkemotor for MEDLINE, som er den største databasen i verden for vitenskapelige artikler innenfor fagområdene medisin, sykepleie, odontologi og veterinærmedisin.
Medline	En database som dekker fagområdene medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap.
Cinahl	En database med bibliografisk informasjon som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur innenfor sykepleie og relaterte fagområder, som for eksempel fysioterapi, ergoterapi og ernæring.
Google	Google er en universal søkemotor.

Kvalitativ metode

For å få svar på problemstillingen og forskingsspørsmålene benyttes kvalitativ metode, og en kvantitativ tilnærming i form av sekundærdata. Denne metoden kan være nyttige for å avdekke faktorer som kan påvirke atferd eller oppfatninger, og gir ofte mer innsikt i hvordan vi kan forstå hvorfor mennesker tenker og handler som de gjør (Johannessen et al., 2021). Kvalitativ forskning gir ifølge Johannessen et al. (2021) innsikt og forståelse for fenomener, kultur, holdninger og oppfatninger gjennom å undersøke subjektive opplevelser og tanker. Sekundærdata ble brukt for å understøtte de kvalitative dataene i oppgaven.

Kvalitativ forskning er en tilnærming som er påvirket av konteksten der den utføres.

Forskeren befinner seg ofte tett på de som studeres, enten de er informanter i en intervjuundersøkelse eller deltakere i situasjoner som observeres (Tjora, 2021). Denne

nærheten fører til at kvalitativ forskning kan bli intens og spennende, men det bringer også med seg spesielle utfordringer. Det er viktig å være åpen for å justere sitt eget prosjekt, handlinger og til og med ideer når de møter området for første gang. Det er ikke uvanlig å oppdage at forholdene ikke er helt lik det man hadde forestilt seg på forhånd (Tjora, 2021).

Et eksempel kan være feltarbeid i et sykehus, hvor problemstillingen handler om pasientsikkerhet, som i denne oppgaven. Selv om forskningen fokuserer på pasientsikkerhet, vil det være nødvendig å være oppmerksom på praksiser og situasjoner som er spesifikke for sykehuset som en organisasjon. Dette kan inkludere forståelse av sykehusets struktur, hierarki, kommunikasjonssystemer og rutiner. Ved å være oppmerksom på dette vil forskeren kunne analysere og tolke dataene på en mer informativ måte (Tjora, 2021).

På grunn av den betydelige påvirkningen av kontekst i kvalitativ forskning, er det ofte ifølge Johannessen et al. (2021) hensiktsmessig å legge datainnsamlingen tidlig i prosjektet. Dette gjorde at jeg fikk muligheten til å justere og tilpasse bruken av teori og perspektiver i tråd med det som viste seg å være interessant og relevant i den empiriske analysen. Denne tilnærmingen gjør at kvalitativ forskning er fleksibel og åpen for å oppdage nye sider ved forskningsobjektet (Tjora, 2021). Det betyr også at man må være villig til å være åpen for uforutsette funn og være i stand til å tilpasse seg endringer underveis. I følge Tjora (2021) er den gjensidige praksisen en viktig del av kvalitativ forskning, der forskeren regelmessig reflekterer over sin egen rolle, forforståelser og hvordan de påvirker forskningsprosessen. En annen viktig faktor i kvalitativ forskning er å være lojal mot informantenes versjon av virkeligheten. Forskeren skal ikke manipulere dataene eller tolke dem på en måte som ikke samsvarer med informantenes beskrivelser og oppfatninger. Forskeren skal legge til rette for at informantene kan uttrykke seg fritt og gi en riktig fremstilling av sine opplevelser og erfaringer (Johannessen et al., 2018).

Samlet sett kan det sies at kvalitativ forskning er preget av følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i. Nærheten til forskningsobjektet gir en unik innsikt, men det bringer også med seg utfordringer. Ved å være åpen for justeringer og gjøre endringer basert på områdets faktiske forhold, og ved å legge datagenerering tidlig i prosjektet, kan man få en grundig forståelse av fenomenet som studeres og utføre en bedre empirisk analyse (Tjora, 2021). Til tross for disse utfordringene, er kvalitativ forskning en verdifull metode for å forstå subjektive opplevelser og fenomener som ikke kan måles på en kvantitativ måte. Det krever

mye arbeid å innhente data gjennom kvalitative metoder, men resultatet kan gi økt kunnskap og forståelse for det man forsker på (Johannessen, Rafoss et al. 2018).

Datainnsamling

Datakildene mine kommer hovedsakelig fra primærdata som jeg har samlet inn selv. Primærdata er data som samles inn direkte fra en kilde for et bestemt formål eller forskningsprosjekt. Dette kan inkludere data som er samlet inn gjennom observasjoner, intervjuer, spørreundersøkelser, eksperimenter eller andre metoder for datainnsamling (Jacobsen, 2015). For å understøtte disse dataene har jeg også benyttet meg av sekundærdata. Primærdataene er samlet inn ved intervjuer av seks sykepleiere ved tre ulike avdelinger. Alle intervjuene ble gjennomført i perioden juni -2022 til desember – 2022.

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturert intervju, dette er en metode som brukes innenfor kvalitativ forskning for å samle inn dybdeinformasjon om et emne eller et forskningsspørsmål. I følge Johannessen et al. (2018) er dette er en metode som ligger et sted mellom et strukturert intervju og et ustrukturert intervju. I et semistrukturert intervju har forskeren en overordnet intervjuguide eller en liste med temaer og spørsmål som fungerer som et utgangspunkt. Imidlertid kan selve spørsmålene, temaene og rekkefølgen variere avhengig av intervjusituasjonen og respondentens svar (Kvale et al., 2015). Det er også rom for fleksibilitet og utforskning av nye emner som kan oppstå underveis. Denne tilnærmingen gjør det mulig for forskeren å ha en viss struktur og veiledning for å dekke viktige områder, samtidig som det åpnes for spontanitet og dypere utforskning av respondentens perspektiver (Kvale et al., 2015). Det viktigste trekket ved et semistrukturert intervju er evnen til å bevege seg frem og tilbake mellom ulike temaer og spørsmål, samtidig som det gir mulighet for dypere forståelse av respondentens opplevelser, holdninger og meninger (Johannessen et al., 2021).

Det er i oppgaven også benyttet sekundærdata, dette er data som allerede er samlet inn av andre parter og som er tilgjengelige for analyse og bruk av andre forskere, organisasjoner eller enkeltpersoner. Disse dataene kommer fra mange forskjellige kilder, for eksempel offentlige registre, forskningsstudier, spørreundersøkelser, rapporter og lignende (Jacobsen, 2015).

I dette tilfellet er det en medarbeiderundersøkelse som heter ForBedring, dette er en årlig medarbeiderundersøkelse som inkluderer alle avdelingene ved St. Olavs Hospital. Jeg har også valgt å ta med tall fra kvalitetssystemet fra de ulike avdelingene hvor jeg har gjennomført intervju, for å se på hvilken type uønskede hendelser som meldes og for å understøtte primærdataene.

Utarbeidelse av intervjuene

Det ble intervjuet to ansatte ved tre ulike avdelinger, totalt seks informanter. Disse avdelingen fordelte seg slik: En medisinsk sengepost, en overvåkningsenhet og en intensivenhet. Disse var igjen fordelt på to ulike klinikker, for å kunne få best mulig data for å besvare problemstillingen. Og for å sikre variasjon og at avdelingsvis kultur ikke preget svarene. I intervjuguiden la jeg vekt på: pasientsikkerhet, rapportering og læring. Med en innledende generell del til å begynne med, der fikk de spørsmål som omhandlet om de var fast ansatt i avdelingen, hvor lenge de hadde jobbet ved sin nåværende arbeidsplass, hvilke andre avdelinger de hadde jobbet på og hvor lenge de hadde jobbet som sykepleiere. Dette er ifølge Johannessen et al. (2021) en god måte å starte et intervju på.

Det var kun sykepleiere med pasientkontakt som ble intervjuet. Intervjuguiden var bygd opp ut ifra tre hovedbolker der jeg begynte med å spørre informanten hva han/hun la i begrepet pasientsikkerhet for deretter å gå spesifikt inn på hvordan pasientsikkerhet ble håndtert på den aktuelle avdelingen, videre var det viktig for meg å få en forståelse for hvordan avdelingen rapporterte ulike avvik og hvordan disse meldingene ble håndtert. Til slutt ønsket jeg å få svar på hvordan avdelingen tok lærdom av uønskede hendelser meldt i enheten, og om dette førte til endringer i pasientbehandlingen og -/eller pasientsikkerheten.

Jeg hadde en overordnet intervjuguide som et utgangspunkt, men spørsmålene, temaene og rekkefølgen kunne variere noe. Dette førte til at informanten kunne utale seg fritt om de ulike temaene, samtidig som jeg underveis i intervjuet var åpen for forandringer og spørsmålsform. De ulike temaene i intervjuguiden springer ut av de temaene problemstillingen min skal belyse. Jeg fokuserte på å lage en intervjuguide som gjorde at informantene ikke vegret seg for å besvare enkelte spørsmål. Dette med bakgrunn i at de som melder om uønskede hendelser kan føle seg utsatt for å besvare sensitive spørsmål om enheten (Kongsvik et al., 2018; Reason, 1997).

Valg av informanter

Jeg har vært ansatt ved sykehuset i mange år og kjenner foretaket og mange av de ansatte ved ulike avdelinger. Jeg ønsket et utvalg som kunne gi en god beskrivelse om hvordan pasientsikkerheten ble ivaretatt, og videre om hvordan rapporteringskulturen bidro til læring av feil gjort i enheten. Jeg ønsket utelukkende informanter som kunne dele førstehåndskunnskap og kunne reflektere over min problemstilling i størst mulig grad. Ingen av informantene ble valgt med bakgrunn i meldte avvik, eller mangelen på meldte avvik. Da jeg mener at dette har liten relevans, samtidig som jeg ikke har noen mulighet for å etterprøve dette. Informantene ble valgt med tanke på sitt engasjement innenfor sykepleierfaget ved de ulike avdelingene, samtidig som det var viktig for meg å velge informanter fra ulike avdelinger, for å se om det kunne være noen sammenheng.

Tabell 4 Informasjon om informantene

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Kjønn	Kvinne	Kvinne	Mann	Kvinne	Kvinne	Kvinne
Stilling	Sykepleier	Sykepleier	Sykepleier	Spesialsykepleier	Spesialsykepleier	Spesialsykepleier
Antall år som sykepleier	20	8	13	8	8	14

Gjennomføring av intervjuene

Alle informantene fikk en epost i forkant av intervjuet med et informasjonsskriv som beskrev formålet med forskningsprosjektet, men også hvilke rettigheter informanten hadde før under og etter intervjuet. De fikk også informasjon om hvordan personopplysninger skulle bli håndtert og at dette var søkt om, og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) på forhånd.

Denne informasjonen ble også gjentatt før intervjuet startet. Målet mitt var å gjennomføre intervjuet på nøytral grunn på et rolig sted med minimal fare for forstyrrelser i henhold til Dalland (2020). Intervjuene ble derfor gjennomført i møterom med god avstand fra informantens aktuelle avdeling. Det at jeg hadde samme bakgrunn, og var kledd likt som alle informantene, samtidig som vi befant oss på et kjent og felles område kan ha dempet følelsen informanten kunne ha av å snakke med en utenforstående. Jeg hadde følelsen av at informantene snakket med meg som en kollega, noe som bidro til at samtalene gikk lett.

I løpet av intervjuene med informantene var jeg overrasket over åpenheten jeg ble vist, temaet kan av enkelte virke truende. Jeg var forberedt på at noen sykepleiere kunne være

farget av sine ledere, da jeg hadde innhentet tillatelse fra alle informantenes seksjonsledere på forhånd. Men etter å ha gjennomført alle dybdeintervjuene satt jeg ikke igjen med den følelsen, jeg satt igjen med følelsen av å ha fått informantenes oppriktige svar på hvordan de opplevde spørsmålene.

Jeg var opptatt av å ikke påvirke informanten i noen retning, eller fullføre setninger der informanten ikke helt fant de riktige ordene. Dette var en vanskelig øvelse spesielt med tanke på den åpne strukturen på intervjuguiden som jeg hadde valgt. I følge Johannessen et al. (2021) kan denne formen for intervjuer skape en maktforskjell i intervjusituasjonen mellom intervjuer og informant. Det er viktig at intervjuer er klar over denne makten, og ikke benytte seg av den. Man må prøve å skape en likestilt situasjon mellom intervjuer og informant (Jacobsen, 2015). Jeg valgte å løse dette med å ha en åpen intervjusituasjon, ved heller å komme med oppfølgingsspørsmål enn å ha altfor detaljerte spørsmål. Noe jeg mener jeg lyktes med utifra hvor åpen informantene virket under intervjuet. Intervjuene varte i cirka en time.

Transkribering av intervjuene

Transkripsjon betyr å omgjøre tale eller lyd til tekst ved å lytte til et opptak eller samtale og notere ordene som blir sagt. Dette er en teknikk som brukes innen forskning og analyse (Kvale et al., 2015). Ved å transkribere intervjuer eller samtaler, kan man strukturere informasjonen på en systematisk måte og få en mer oversiktlig presentasjon av materialet. Dette gjør det lettere å analysere og tolke dataene, og å identifisere mønstre og temaer som kan være viktige. Intervjuene ble transkribert etter hvert intervju. Teksten ble transkribert til bokmål for å ivareta informantenes anonymitet (Kvale et al., 2015).

Analyse av intervju

Analysen ble gjennomført som en tematisk analyse, det vil si at vi ser etter temaer i dataene våre. Et tema er en gruppering av data med vesentlige fellestrekk (Johannessen et al., 2018). Hvert tema i en tematisk analyse er en kategori hvor data med lignende egenskaper er gruppert. Målet er å gruppere de «små» svarene i mer generelle kategorier eller temaer som til sammen svarer på forskningsspørsmålet. Ved å gruppere svarene på denne måten, skapes

orden i dataene og nye sammenhenger kan identifiseres (Johannessen et al., 2021). Temaene vil sammen utgjøre svaret på forskningsspørsmålet. Forskningsspørsmålet kan oppdages underveis i analysen, og det er vanlig at spørsmål og svar oppstår samtidig. En tematisk analyse kan hjelpe med å utvikle både forskningsspørsmålet og svarene på de (Johannessen et al., 2018).

I denne oppgaven benytter jeg meg av Johannessen et al. (2018) sin tolkning av Braun og Clarke (2006) sin oppskrift på tematisk analyse. I Johannessen et al. (2018) sin utgave består den tematiske analysen av følgende fire faser eller steg:

Den første fasen er *forberedelse*, der man skaffer til veie og får oversikt over dataene.

Den andre fasen er *koding*, her fremheves og settes ord på viktige poenger i dataene.

Den tredje fasen er *kategorisering*, her kategoriseres de kodede dataene i mer generelle temaer.

Den fjerde fasen er *rapportering*, her rapporteres temaene og innholdet.

Forberedelse

Først ble transkripsjonen av intervjuene gjennomlest, og notater ble gjort underveis for å få en oversikt over dataene. Dette bidro også til å oppdage flere sider ved datamaterialet. For at ikke denne oversikten skulle glippe avsluttet jeg forberedelsesfasen med noen korte notater for å gjøre meg noen tanker om datamaterialet i sin helhet.

Koding

Jeg endte opp med store mengder data etter transkripsjonen av intervjuene. Intervjuene ble lest flere ganger, samtidig som jeg satte ord på viktige poenger i datamaterialet for deretter å spisse kodingen etter hvert som jeg oppdaget nye spørsmål av interesse (Johannessen et al., 2018). Koding er en spørsmålsdrevet prosess, under denne prosessen ble spørsmålene besvart med en kode til datasettet. Kodingen startet for eksempel med «hva handler dette om»? for deretter å gå mer spesifikt til verks etter hvert som kodingen skred fremover. Intervjuene ble kodet flere ganger slik at ikke bare de siste dataene hadde komplekse koder, mens de første bare hadde generelle koder (Johannessen et al., 2018).

Kodingen var så datanær som mulig, det ble benyttet koder som reflekterte datamaterialet, som igjen la godt til rette for kodegruppering. For å sikre at kodingen var datanær ble «kodetesten» til Tjora (2021) benyttet i etterkant av kodingen. Testen består av to spørsmål:

Spørsmål 1: Kunne man laget koden før kodingen?

- a) hvis ja: a priori (unødig) koding — lag annen kode!
- b) hvis nei: potensielt god empirinær koding — gå videre til spørsmål 2!

Spørsmål 2: Hva forteller bare koden?

- a) tematiserer datasegmentet (fra intervju: hva det ble snakket om):
unødvendig sorteringskoding — lag annen kode!
- b) gjenspeiler konkret innhold (fra intervju: hva som ble sagt): god empirinær koding! (Tjora, 2021, s. 224)

Etter gjennomlesing av intervjumaterialet ble svarene fra informantene satt inn i tabellform, deretter ble viktige poenger i svarene markert med gult. Dette ble gjort med alle spørsmålene fra intervjuguiden. Da dette var gjennomført ble de utvalgte dataene sortert. Deretter ble datautdrag gått igjennom en etter en for å finne hvilken kategori de skulle tilhøre. Dette ble gjennomført mange ganger, og det krevde en del feiling og prøving for å komme frem til kategoriene.

Tabell 5 Eksempel på hvordan dataene ble kodet etter intervjuene

Vet du om rutiner avdelingen har for å ivareta pasientsikkerheten?				
Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
<p>Vi er opptatt av fallfare, vi er gode på kartlegging.</p> <p>Pneumonier er vi litt gode på, aspirasjonspneumoni, men kunne vært flinkere, og tror ikke vi er like gode på å melde inn feil der, eller avvik da.</p> <p>Alltid sykepleier på tunet for eksempel når vi har lunsj.</p> <p>Jeg føler det er både dokumentasjonsmessig og fysisk da. Vi skriver, jo oppretter et problem og tiltak på det vi evaluerer. Og i tillegg så følger vi jo en plan som står der, har på de sklissokker, fester nattbord. Har ringesnor tilgjengelig åpen dør eventuelt hvis det er noen som er ukritisk</p>	<p>For dårlig dokumentasjon av legegruppen på pasienter som ligger lenge. Vesentlig informasjon kan glippe.</p> <p>Det er ikke det at de ikke får tilbakemelding på det, for det gjør dem, men. Med e det har nå ikke endra seg på mine 7 år?</p> <p>De aller fleste bruker ISBAR. Vi er nok ikke flinke nok til å gi tilbakemelding til hverandre om at du nå ikke er strukturert nok i rapporteringen din. Opplæringen er kanskje noe mangelfull.</p> <p>Kan gå på pasientsikkerheten at vi ikke følger opp dokumentasjonen.</p>	<p>Noen er veldig flinke til å sjekke EQS, eller rådføre seg med andre avdelinger</p> <p>Vi bruker jo ISBAR der man prøver å gi veldig strukturert rapport, men det er ikke alle som har klart å innarbeide det, så noen ganger så kan det bli litt, at man glemmer ting da. Men det pleier å være greit.</p> <p>Vi har jo som regel bare en pasient. Noen ganger så kan det være veldig mye med den pasienten, og da kan det bli en litt kompleks rapport, men vi er veldig avhengig av at denne rapporten er strukturert.</p> <p>Ikke alle tørr å si ifra.</p>	<p>Vi følger prosedyrer.</p> <p>Screeninger, for eksempel av fall, trykksår og ernæringsrisiko.</p> <p>Vi bruker ISBAR. Vi er ikke flinke nok til å bruke det da. Kanskje mangler det litt på opplæringen også.</p> <p>Men er det vanskelig å på en måte si ifra til kollega, for eksempel at kunne du følge ISBAR?</p> <p>Det er jo veldig individuelt. Føler jeg, vi alle jobber litt forskjellig.</p>	<p>Vi altså. Vi prøver jo hele tiden å bli bedre på for eksempel rapport, gir rapport, ja altså overføring av rapport.</p> <p>Bruk av ISBAR ved rapport.</p> <p>Dobbelkontroll av medikamenter.</p> <p>Kun dobbelkontroll på A og B preparater. Forskning sier at det ikke er hensiktsmessig å gjøre det på alle medikamenter, det kan føre til slurv ved kontrollen.</p> <p>Alle har et ansvar for å si ifra hvis de blir satt til noe man ikke føler seg kompetent til, noe jeg føler alle gjør.</p>

Kategorisering

Dette steget handler om å sortere dataene i mer overordnede kategorier, og det er disse temaene som kalles analysens temaer (Johannessen et al., 2018). Her ble alle kodene som hadde fellestrekk samlet for deretter å lage et overordnet tema. Problemstillingen ble her brukt som rettesnor når temaene ble laget. Temaene inneholder også flere under temaer, som sammen bidrar til å forklare temaet.

Tema som kom ut av tabell 5 var for eksempel: manglende opplæring, dette fordi informantene ga uttrykk for at opplæring i bruk av ISBAR var mangelfull, men også fordi manglende opplæring og oppfølging gikk igjen ved flere av svarene fra informantene.

Utfordringer og begrensninger

En av de største utfordringene med kvalitativ metode er at forskeren kan påvirke informantene, spesielt når man som forsker kommer nær informantene og etablerer et tillitsforhold (Johannessen et al., 2018). Dette kan skje på flere måter. For det første kan forskeren ved å stille spørsmål gi uttrykk for sine egne holdninger, ubevisst påvirke respondentene til å gi svar som samsvarer med forskerens egne forventninger. For det andre kan forskeren gjennom sin atferd og kommunikasjon, skape en atmosfære som påvirker respondentene til å gi bestemte svar. For å unngå at forskeren påvirker informantene, er det viktig å være bevisst på egne holdninger og væremåte. Forskeren må være sensitiv og åpen for informantenes perspektiver, og unngå å gi signaler om hva som er ønsket svar. Forskeren må også være lydhør overfor informantenes forklaringer og prøve å forstå deres perspektiv (Johannessen et al., 2021).

Forskning innenfor egen organisasjon

Det var mange fordeler med å forske ved sin egen arbeidsplass, noen av fordelene var at man lettere hadde tilgang på informanter igjennom kollegaer og bekjente og man viste hvor en skulle henvende seg for å innhente informasjon. I mange tilfeller tror jeg at jeg fikk større tillit og troverdighet enn en forsker som hadde kommet utenfra virksomheten. Dette på grunn av at man har kjennskap til de uformelle strukturene i organisasjonen, og at man snakket samme fagspråk.

Å være en insider i organisasjonen gir fordeler når det kommer til å få tilgang til relevant informasjon og få kontakt med de rette informantene. Siden informantene allerede arbeidet i organisasjonen, var det enklere for meg å samle inn informasjon og gjennomføre intervjuene. Men det å være en insider kan også ha sine ulemper. Det kan være vanskelig å opprettholde en tilstrekkelig kritisk avstand til det som blir studert. Forskere kan bli for involvert og miste objektiviteten i forskningen. Dette kan også føre til at forskerne tar en part i saken, og dermed ikke klarer å være nøytrale (Jacobsen, 2021).

En annen utfordring med å være ansatt og kjent i organisasjonen er at andre ansatte kan oppfatte forskeren som en del av ledelsen, eller en annen gruppe i organisasjonen. Dette kan føre til mistenksomhet og kan påvirke resultatene av forskningen. Det kan også ifølge Jacobsen (2021) føre til at ansatte ikke ønsker å gi ut informasjon eller samarbeide med forskeren. Videre kan det være en utfordring at forskerne kun oppsøker uformelle strukturer i organisasjonen og dermed mister verdifull informasjon fra andre deler som de ikke har like stor kjennskap til. Det er derfor viktig å være bevisst på dette og å sørge for å samle inn informasjon fra ulike deler av organisasjonen (Jacobsen, 2021).

Alt i alt er det både fordeler og ulemper ved å være en insider i organisasjonen når det kommer til forskning. Det er viktig å være bevisst på ulempene og jobbe aktivt for å opprettholde en tilstrekkelig kritisk avstand til det som blir studert. Det er også viktig å være åpne og ærlige om forskernes rolle og intensjoner i forskningen, for å unngå mistenksomhet blant ansatte og ledere i organisasjonen (Jacobsen, 2021).

Endring av problemstilling underveis

Etter hvert som arbeidet med oppgaven skred fremover endret også problemstillingen til oppgaven seg flere ganger. I overskriften til informasjonsskrivet som informantene fikk var problemstillingen: «Hvordan kan feil gjort i en sykehusavdeling bidra til læring og bedre pasientsikkerhet?»

Til nå å handle om «Har avvikssystemet effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?»

Endring i problemstillingen skjedde etter hvert som jeg arbeidet med intervjumaterialet fra oppgaven, og betydningen av avvikssystemet i læring av uønskede hendelser ble mye større enn jeg hadde sett for meg på forhånd.

Presenterer hovedfunn

Dette kapitlet er todelt, først presenteres sekundærdata som er svarene fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring og bakgrunnsdata fra kvalitetssystemet fra de ulike avdelingene jeg gjorde intervju. Dataene fra kvalitetssystemet er meldinger om pasientrelaterte uønskede hendelser. Dataene fra forbedringsundersøkelsen ForBedring innbefatter kun den delen som angår sikkerhetsklima for den aktuelle enheten der informantene jobber.

Primærdata er fra intervjuene som ble gjort ved de tre ulike avdelingene ved St.Olavs Hospital, i denne delen av oppgaven presenteres hovedfunn av intervjuene slik jeg oppfattet dem.

Bakgrunnsdata fra Forbedringsundersøkelsen.

Dette er tall som er hentet fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring som ble gjennomført i april 2022. ForBedring er en undersøkelse som tar for seg arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 har vært med på utviklingen av ForBedring (I trygge hender 24/7, 2020). ForBedring gjennomføres årlig i alle landets helseregioner.

Kartlegging av sikkerhetskultur er en viktig metode for å evaluere hvordan en organisasjon håndterer risiko og sikkerhet (Aase, 2022). En viktig del av denne kartleggingen er å vurdere varslingskulturen i organisasjonen og hvor trygg og åpen denne er. En god varslingskultur er ifølge Aase (2022) avgjørende for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i helsevesenet. Dersom ansatte ikke føler seg trygge på å rapportere avvik eller feil, kan dette føre til at farlige situasjoner ikke blir oppdaget eller rapportert, og dermed ikke blir korrigert. Noe som kan ha alvorlige konsekvenser for pasientene (Kongsvik et al., 2018). Å forbedre varslingskulturen kan være en utfordring, spesielt hvis det har vært problemer med å håndtere rapportering av avvik og feil i organisasjonen tidligere (Reason, 1997). Det er imidlertid viktig å huske at en god varslingskultur kan oppnås gjennom god kommunikasjon, undervisning og støtte for ansatte som rapporterer avvik, og ved å iverksette effektive tiltak for å forebygge feil (Dekker, 2012). Kartlegging og vurdering av varslingskultur er derfor viktig for å sikre at

organisasjoner tar pasientsikkerheten på alvor, og at ansatte har den støtten de trenger for å kunne rapportere avvik og feil trygt og effektivt.

En høy skår i Forbedringsundersøkelsen indikerer at organisasjonen har en god åpenhetskultur og at ansatte føler seg trygge på å rapportere avvik eller feil. Det kan også indikere at organisasjonen er etisk og moralsk bevisst, som bidrar til at de tar ansvar for å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten. De samlede tallene for hele St.Olavs hospital er også tatt med for å kunne sammenligne hvor de aktuelle avdelingene er i forhold til gjennomsnittet.

Denne undersøkelsen inneholder også tema som: engasjement, teamarbeidsklima, arbeidsforhold, psykososialt arbeidsmiljø, opplevd lederadferd, toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet, fysisk miljø, oppfølging og pandemi. Jeg har ikke valgt å ta med disse kategoriene i oppgaven da det er temaet sikkerhetsklima som er direkte relevant for denne oppgaven.

I tabell 6 presenteres tallene fra Forbedringsundersøkelsen for sengeposten, overvåkningsenheten og intensivenheten hvor jeg gjennomførte intervju. Denne ble gjennomført ved St.Olavs hospital i april 2022.

Tabell 6 Resultater fra Forbedring 2022

Resultater fra Forbedring 2022										
	Sengepost			Overvåkningsenhet			Intensivenhet			St. Olavs H
	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Resultat i år
Sikkerhetsklima	22	82	80	11	88	90	26	77	83	84
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil.	22	89	87	11	95	92	26	85	85	85
Det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold her.	21	80	78	11	82	85	26	68	77	80
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	22	76	73	11	82	90	25	72	82	81
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	22	78	76	11	89	93	25	75	75	82
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	20	85	81	11	84	88	25	77	88	84
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	22	86	88	11	93	92	26	88	88	89

- Sikkerhetsklima viser summen av de underliggende spørsmålene.
- Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende, og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig.
- Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor.
- Kolonne «St.Olavs H. i år» viser St. Olavs Hospitals samlede resultat i år.

Oppsummering av Forbedringsundersøkelsen ved de ulike avdelingene

Tabellen viser små variasjoner i oppfatningen av sikkerheten og kvaliteten sammenlignet med sykehuset i sin helhet. Undersøkelsen viser at det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold til tross for at intensivenheten har noe lavere score enn de to andre postene. Det kan virke som ansatte ved overvåkningsenheten er noe bedre til å diskutere uønskede hendelser for å lære av dem, enn de to andre avdelingene.

Tabellen viser også at ansatte melder ifra om uønskede hendelser som oppstår, og at de ville følt seg trygg hvis de var pasient i sin egen avdeling.

Bakgrunnsdata fra kvalitetssystemet

Alle rapporterte uønskede hendelser og nesten-uhell i spesialisthelsetjenesten skal klassifiseres. Klassifiseringen av uønskede hendelser og nesten-uhell innebærer å kategorisere hendelsene basert på ulike faktorer som for eksempel alvorlighetsgrad, type hendelse, årsak og konsekvenser. Klassifiseringen gjør det lettere å analysere dataene og identifisere mønstre og trender i rapporterte hendelser (Helsedirektoratet, 2021a).

Disse tallene er fra 2021, og var de nyeste tallene jeg hadde tilgang på. Intervjuene av informantene ble gjennomført i 2022, men jeg mener disse tallene likevel gjenspeiler de svarene informantene ga gjennom intervjuene.

Forbedringsundersøkelsen fra 2022 og tallene fra kvalitetssystemet i 2021 ga gode innspill til tema i intervjuene av informantene.

Beskrivelse av hendelsestype.

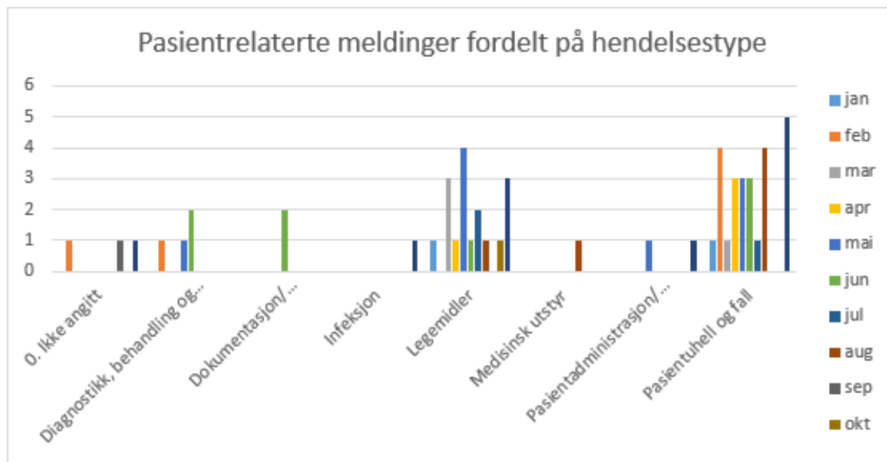
Denne tabellen er en beskrivelse med eksempler av de ulike hendelsestypene for sengeposten, overvåkningsenheten og intensivenheten som kommer i tabellene under.

Tabell 7 Beskrivelse av hendelsestype

	Hendelsestype	Beskrivelse
1.	Annet – infeksjon	Meldinger som går på ulike typer infeksjoner, dette kan være urinveisinfeksjoner på grunn av blærekateter eller pneumonier (lungebetennelse) på grunn av for eksempel respiratorbehandling.
2.	Behandling og pleie	Dette kan for eksempel være årsaker til symptomer og ubehag hos pasienten har ikke er fulgt opp. Dette kan være behandling av et sår som ikke er gjort etter prosedyre etc.
3.	Diagnostikk/utredning	Identifikasjon og klassifisering av pasientens sykehistorie for å komme frem til riktig diagnose. Her kan det for eksempel være manglende røntgenundersøkelser, blodprøver eller prøver av væsker som ikke er gjennomført.
4.	Fall	Pasienter som faller av ulike årsaker, for eksempel på grunn av forvirring, ustøhet osv.
5.	Forordninger / kurve	Feil i planlagte medikamenter til pasienten, eller feil i medikamentlisten.
6.	Ikke angitt	Hendelse som ikke er lagt i noen kategori etter lukking.
7.	Laboratoriesvar	Laboratoriesvar som ikke er fulgt opp.
8.	Medisinsk teknisk utstyr	Feil på utstyr som brukes til pasient, dette kan være monitører, sprøytepumper osv.
9.	Observasjon / overvåkning	Systematisk overvåkning av livsviktige kroppsfunksjoner som på en eller annen måte ikke er fulgt opp.
10.	Ordinasjon / anamnese	Medisiner eller behandling som ikke er fulgt opp. Eller at sykehistorien til pasienten ikke er innhentet, som igjen kan føre til at riktig behandling ikke blir startet i tide.
11.	Samhandling mellom avdelinger	Flytting av pasienter mellom avdelinger, rutiner i denne sammenheng som ikke blir fulgt.
12.	Tilberedning / istandgjøring	Dette går på utblanding / forberedning av medikamenter. For eksempel antibiotika for intravenøs bruk, denne kommer ofte i pulverform, og må blandes ut med riktig væske før bruk. For eksempel natriumklorid 0,9%. Eller at det er andre typer blandinger som ikke er istandgjort gjort riktig.
13.	Utdeling / administrasjon	Dette kan være at feil pasient har fått feil medikament. Man kan for eksempel ha gitt mikstur som er beregnet på å tas igjennom munnen, intravenøst direkte i blodet istedenfor ved en feil, osv.

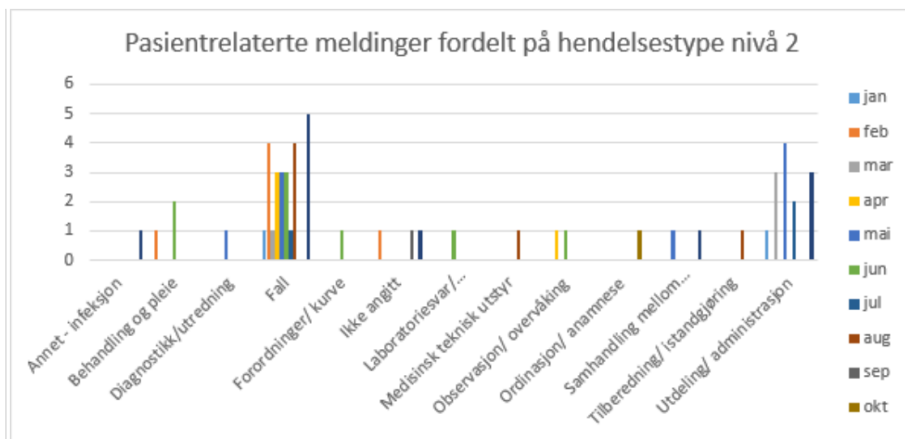
Sengepost

Denne grafen beskriver hendelsestype.



Figur 5 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type, sengepost.

Denne grafen beskriver hendelsestype nivå 2.



Figur 6 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type nivå 2, sengepost.

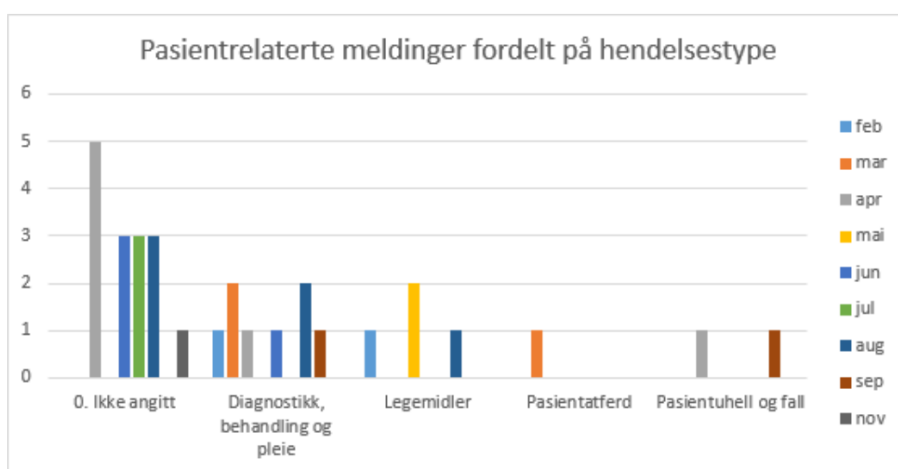
Ut ifra disse grafene fra sengeposten kan vi lese at det var pasient-fall og legemiddelhåndtering som utgjorde de fleste feilene ved denne avdelingen. Feil i legemiddelhåndteringen kan føre til direkte skader på pasientene. Dette kan føre til overdose, allergiske reaksjoner, eller interaksjoner mellom medisiner som kan forverre en pasients helsetilstand eller til og med være livstruende. Forlenget sykehusopphold, men også økt omsorgsnivå som for eksempel overflytting fra en sengepost til en overvåking eller intensivavdeling, kan være en konsekvens av feil i legemiddelhåndteringen (NPE, 2023).

Fall i sykehus kan også føre til et forlenget sykehus opphold, fall kan føre til en rekke fysiske skader som brudd, forstuinger, hodeskader og indre blødninger. Fall kan skyldes flere

årsaker og forekommer ofte hos eldre pasienter som har redusert balanse, styrke og syn. Men kan også forekomme av for eksempel medikamentbruk eller hos pasienter som har blitt utsatt for et hodetraume, eller en sykdom som påvirker hjerne -og eller nervesystemet (Sykepleien.no, 2017). Disse to områdene er også de det meldes flest uønskede hendelser på i sykehus (Aase, 2022).

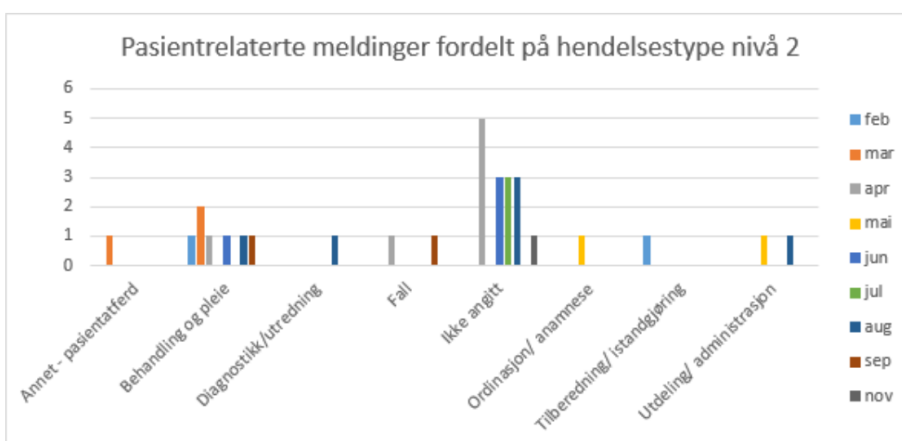
Overvåkningsenhet

Denne grafen beskriver hendelsestype.



Figur 7 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type, overvåkningsenhet.

Denne grafen beskriver hendelsestype nivå 2.



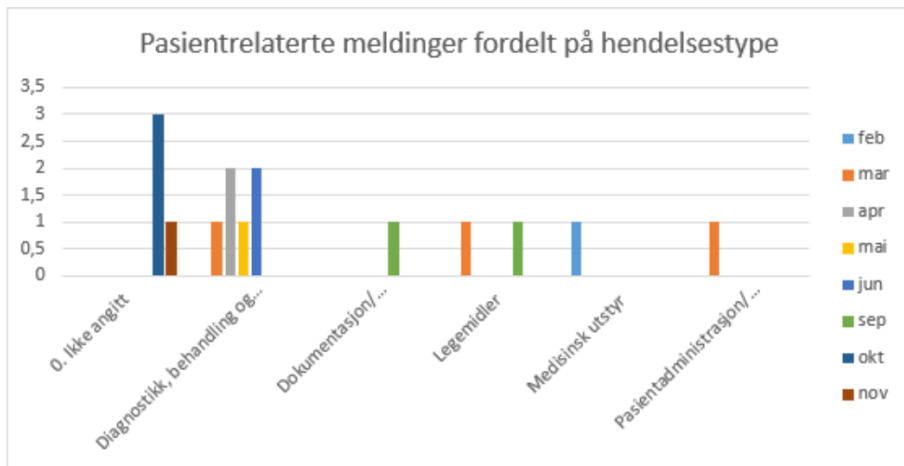
Figur 8 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type nivå 2, overvåkningsenhet.

Ut ifra disse grafene kan vi lese at mange hendelser faller i en kategori der hendelsestype ikke er angitt. Dette skjer hvis man er usikker hvilken kategori aktuell hendelse skal klassifiseres under, og legger den i «ikke angitt» kategori. Dette fører til at vi ikke vet hvilke

typer hendelser dette gjelder. Sett bort ifra dette har overvåkningsavdelingen flest hendelser på legemidler og behandling og pleie, men man kan ikke stole fullt på disse tallene da vi ikke vet hvilke kategorier hendelsene i «ikke angitt» kategorien faller under.

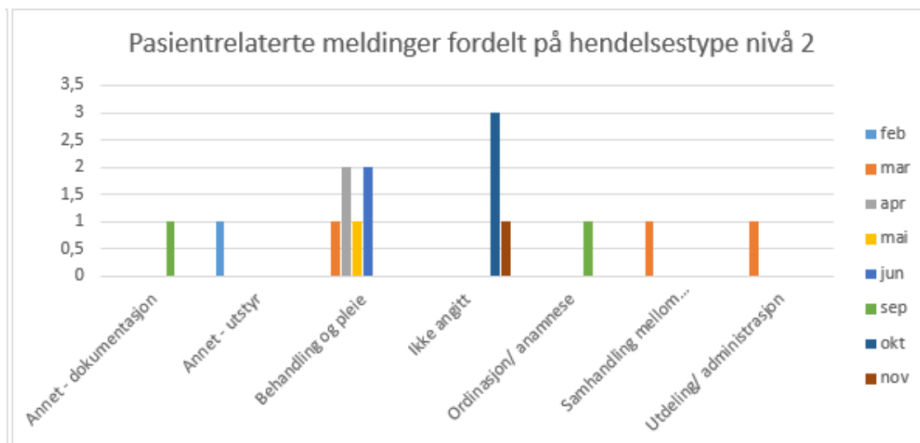
Intensivenhet

Denne grafen beskriver hendelsestype.



Figur 9 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type, intensivenhet.

Denne grafen beskriver hendelsestype nivå 2.



Figur 10 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type nivå 2, intensivenhet.

Ved intensivenheten er det en høyere andel som er klassifisert i kategorien som ikke angitt. Grafene viser en litt høyere andel meldinger som går på behandling og pleie. Grafene viser også ett ikke ubetydelig mindre antall innmeldte uønskede hendelser i forhold til de to foregående avdelingene.

Oppsummering av funn fra kvalitetssystemet

Grafene som ble presentert fra sengeposten indikerte at pasient-fall og legemiddelhåndtering var de største årsakene til feil ved avdelingen. Dette kan være svært alvorlig og kan føre til betydelige skader på pasientene, samt økt arbeidsbyrde og stress for helsepersonell.

Ved overvåkningsenheten var det en stor andel meldinger som ikke var klassifisert, noe som gjør det vanskelig å tolke dataene fullt ut. Imidlertid ble det antatt at de fleste meldingene gjaldt medikamenthåndtering og behandling og pleie.

Intensivenheten hadde også en høy andel uklassifiserte meldinger, men den største klassifiserte delen gikk på behandling og pleie. Dette kan indikere at avdelingen har færre problemer med legemiddelhåndtering, men at det likevel er rom for forbedringer når det gjelder kategorien behandling og pleie.

Sammenfatning av intervjumateriale

I denne delen av oppgave beskrives intervjuene slik jeg oppfattet dem. Det er brukt sitater fra intervjuene for å beskrive funnene.

I den første delen av intervjuet fikk informantene beskrive rapporteringssystemet og meldekulturen i avdelingen. I den neste delen fikk de beskrive læring av uønskede hendelser, og hvilke tiltak som ble iverksatt i avdelingen med bakgrunn i dette. Til slutt fikk informantene beskrive pasientsikkerheten i sin avdeling, og hvordan ledelsen bidro til å fremme denne. Dette ble gjort ved å spørre utifra forskjellige vinklinger og refleksjoner rundt de ulike temaene i intervjuguiden.

Rapportering

Denne delen av intervjuet omhandlet rapportering. Jeg ønsket å få frem hvordan meldesystemet brukes lokalt ved informantenes arbeidsplass, og hvilke konsekvenser dette har. Får de tilbakemeldinger på innsendte avvik? Tar ledelsen tak i eventuelle sikkerhetsproblemer? Og hvordan er kulturen ved avdelingen for å melde og diskutere denne typen hendelser?

Alle vedkjenner seg å ha meldt om uønskede hendelser i rapporteringssystemet EQS som brukes ved St.Olavs Hospital. Når de får spørsmål om de selv har vært involvert i uønskede hendelser svarer alle, ja. Dette til tross for at flere synes det er vanskelig å melde på en hendelse som en selv har bidratt til, men alle er enige om at dette er viktig for at andre skal kunne lære.

Det er spesielt uønskede hendelser i forhold til medikamenthåndtering informantene trekker frem som uønskede hendelser de har vært involvert i. Informant 3 beskriver en hendelse der det ble gitt hurtigvirkende insulin istedenfor langtidsvirkende insulin hos en pasient med diabetes. Dette fikk ingen konsekvenser for pasienten da feilen ble oppdaget, det ble gjennomført hyppige blodsuktermålinger for å korrigere boldsukkeret fortløpende, og behandling ble iverksatt. Informant 1 beskriver en hendelse der det ble gitt et medikament i miksturform, beregnet på å tas igjennom munnen, intravenøst. Altså direkte i blodbanen. Dette førte til at pasienten fikk nedsatt bevissthet og ble flyttet til en intensivavdeling for

tettere oppfølging, med fare for blodpropp og uønskede hjerterytmmer. Det gikk bra med pasienten, som ble flyttet tilbake til sengepost etter en uke.

Tilbakemelding på uønskede hendelser

På spørsmål om de har fått tilbakemelding på de meldingene som de sender inn er det bare en av informantene som gir uttrykk for at det har blitt gitt gode nok tilbakemeldinger innen rimelig tid etter hendelsen.

Med gode nok tilbakemeldinger mente informantene at de ønsket en skriftlig tilbakemelding på den hendelsen de hadde meldt inn, hvilke konsekvenser den fikk og hva som blir gjort for å forhindre at dette skal skje igjen. Ved mer alvorlige hendelser ønsket de også en samtale med leder og-/eller tillitsvalgte, verneombud ved avdelingen for å «luften tankene litt» som informant 6 beskriver. De ønsket også å få en oversikt over alle innmeldte hendelser over en periode for å kunne lære av dem. Med dette ønsket de seg et fora for diskusjon og at hendelsene ble distribuert i for eksempel en intern e-post.

Det fleste er ikke fornøyd med de tilbakemeldingene som blir gitt, ofte opplever de å ikke få noen form for tilbakemeldinger i det heletatt. Alle opplever at avvikene blir tatt opp i klinikkledelsen, men dette er ikke tilstrekkelig for den som har sendt avviket, eller den avdelingen der den uønskede hendelsen har funnet sted. Informantene opplever ikke at avvikene blir fulgt godt nok opp i den avdelingen de jobber ved.

«Man sier fra om ting, og så melder man inn avvik, melder inn masse avvik, men det skjer ingenting. Jeg vet ikke hva som skjer med de avvikene. Tidligere så tok vi det opp i møter, det har vi helt sluttet med. Det synes jeg er veldig dumt fordi da lærer vi ingenting av andre sine feil, og det er jo burde jo være det som er poenget med avviksmeldinger da. Og det er jo veldig trist, for det burde vi jo gjøre» Informant 6.

De gir uttrykk for at de svært sjelden får direkte tilbakemeldinger på de uønskede hendelsene som er meldt inn, de får som regel bare en automatisk beskjed om at meldingen er mottatt og vil bli behandlet ved avdelingens HMS-gjennomgang.

Når det gjelder uønskede hendelser som omhandler, eller er sendt til andre avdelinger er det enda sjeldnere å få en tilbakemelding på den innmeldte hendelsen, som regel hører man ingenting.

«Noen av avvikene som har blitt sendt til andre avdelinger, ser jeg at fristen for behandling er gått ut, noen også for et år siden. Det jeg lurer på, er hva skjer da? Blir de bare liggende der?» Informant 4.

Informantene beskriver tilbakemelding på innmeldte uønskede hendelser som nesten fraværende, spesielt hvis de melder til eksterne avdelinger. Flere av informantene gir tilbakemelding på at motivasjonen for å melde ikke er så høy som den burde være på grunn av dette.

«Jeg har spurt lederen min om hva som skjer med avvikene på andre avdelinger, så skulle lederen min undersøke. Jeg har ikke hørt så mye mere etter det». Informant 3.

Kvalitet på tilbakemelding om uønsket hendelse

Siden informantene ikke følte at de så ofte fikk tilbakemelding på de uønskede hendelsene som de meldte inn, hadde de ikke så mange eksempler å komme med, men av de som fikk tilbakemelding opplevde de den ofte som overfladisk. De får ofte bare en epost om at meldingen er behandlet, ikke om det er gjort noe eller om tiltak er iverksatt.

«Jeg har bare fått noe sånn som, at den er behandlet eller noe sånt. Ikke noe sånn annet. Nei, ikke noe samtale. Jeg vet egentlig ikke hva som skal skje med de avvikene». Informant 5.

De savner en tilbakemelding på hva man kunne gjort for at den aktuelle hendelsen ikke skal skje igjen, kan man for eksempel endre rutiner, gi mere opplæring, lage andre barrierer for å hindre at slike uønskede hendelser skjer igjen? De ønsker helst en samtale med leder, istedenfor å få det på for eksempel epost, som kanskje ikke beskriver noen ting som helst.

«Kunne ønsket meg mer tilbakemelding, jeg er jo ganske åpen om de feilene som jeg gjør selv. Disse meldingene er fine å bruke til lærings situasjoner, så jeg hadde ønsket meg en bedre tilbakemelding». Informant 1.

Tilbakemelding fra ansatte på uønskede hendelser

Her svarte alle informantene at det blir godt mottatt dersom de melder ifra om en uønsket hendelse, og at det er en kultur for å si ifra, men at man kanskje må være litt varsom hvordan de går frem.

«Ikke fordi at man får represalier på noe vis, men det er jo ikke alle som håndterer tilbakemeldinger på samme måte. Vi sier ifra hvis vi ikke er fornøyd med pasientbehandlingen og oppfølging, så får man jo ofte gehør for det». Informant 3.

De beskriver også at det blir godt mottatt hvis ansatte gir tilbakemelding på uønskede hendelser til ledelsen og-/eller kollegaer. Det kan virke som det er en åpenhetskultur i forhold til dette, og at det er et fokus på å lære av feil og forbedring av praksis i hverdagen.

«Det er blir egentlig ganske godt mottatt, altså inne på avdelingen. Vi snakker veldig åpent om det, og så prøver vi å kartlegge om det er innenfor å skrive avvik, eller at vi tar direkte kontakt med den personen som har tatt avgjørelsen». Informant 4.

Det kommer også frem igjennom intervjuene at det ikke er sikkert at alle tørr å si ifra hvis man er kritisk til pasientbehandlingen, så det finnes nok noen unntak fra åpenhetskulturen som flere beskriver.

«Noen kan kanskje være redd for å si ifra, de er kanskje redd for at de vil gå til personangrep. Men man må tenke på at det skal være konstruktivt da». Informant 2.

De fleste gir uttrykk for at det er mer å gå på i forhold til det å gi tilbakemelding og at det kanskje er litt personavhengig om man «tørr» å si i fra eller ikke. Det er kanskje ikke så lett for en nyansatt sykepleier å si ifra som en erfaren sykepleier.

«Ikke alle tør å spørre hvis det er noe, da kan det gå utover pasientsikkerheten. Noen kan virke ganske autoritær, og da er det vanskelig å spørre en sånn person i hvert fall».

Informant 4.

På spørsmål om det finnes tema som det ikke er akseptert å melde, svarer alle nei, bortsett fra en informant. Dette går på en melding som informantene har meldt inn på en lege som har gjort en feil. Dette kan være et unntak, men det kan også indikere at ikke alt er akseptert meldt inn.

De andre informantene er positive til at de kan melde inn alle temaer.

«Vi er jo pasientens advokat i mange situasjoner, dermed så er jo alt som har med pasienten å gjøre vårt bord strengt tatt. Men så er det jo litt avhengig av hvem du diskuterer med i forhold til hvilken tilbakemelding du får». Informant 3.

Samlet sett viser informantenes svar at det er en god kultur for å si ifra, og at tilbakemeldinger generelt sett blir godt mottatt. Likevel er det fortsatt rom for forbedringer når det gjelder å skape en tryggere og mer konstruktiv tilnærming for å kunne uttrykke bekymringer og gi tilbakemeldinger.

Manglende oppfølging i avdelingen

Imidlertid gir alle tilbakemelding på at det er rom for å komme med innspill som forbereder pasientsikkerheten. Men at også at de «uformelle» tilbakemeldingene er vel så viktige.

«Vi har jo en del uformelle samtaler med hverandre, og med ledelsen, der vi diskuterer hva som kan gjøres. Ved for eksempel morgenmøte, personalmøte og avdelingsmøter».

Informant 3.

Når informantene får spørsmål om hvordan disse tilbakemeldingene blir mottatt er det bare to av informantene som bekrefter at disse blir godt mottatt. Mens de resterende beskriver at de blir jo hørt, men at det ikke er så mye handling som kommer ut av tilbakemeldingene.

«Det blir mye snakk. Mye blir diskutert, men det blir liksom ikke noe tiltak. Hva skal man si? Man blir jo hørt. Det er jo ikke det at man på en måte blir hysjet på, og det blir ikke skyflet bort. Savner at det blir en oppfølging og iverksatt tiltak». Informant 1.

Informantene beskriver at det ofte er vanskelig å gi tilbakemelding på at det er for lite bemanning, eller at det ikke orker, for det blir så krevende som informant 4 beskriver.

«Hvis vi gir tilbakemelding på lite bemanning for eksempel, så får vi bare beskjed om at det er som det er». Informant 4.

Det virker som ledelsen gir uttrykk til de ansatte om at det er greit å komme med tilbakemeldinger, men når de kommer med kritiske tilbakemeldinger blir de ikke så godt mottatt likevel.

«Hvis vi for eksempel gir tilbakemelding på vikarer fra vikarbyrå, får vi bare til svar at «de kan jo passe på pasienten» men jeg mener det handler om så mye mer enn det, de kjenner ikke rutiner ved avdelingen etc. Har kommet med forslag til opplæring, men får liksom ikke noe godt svar». Informant 6.

Det virker som det er greit å gi tilbakemelding på pasientbehandlingen, men når vi beveger oss over til det organisatoriske virker det ikke alltid like lett å komme med tilbakemeldinger.

Informantene beskriver at de ønsker å bidra til å forbedre pasientsikkerheten. Uformelle samtaler med hverandre og ledelsen føler de at bidrar til dette. Avdelingsmøter og andre møter gir også en plattform for diskusjon og forslag til tiltak. Til tross for diskusjonene føler noen at det ofte blir mye snakk uten konkrete handlinger, og det savnes oppfølging og implementering av tiltak. Noen ansatte nøler med å gi tilbakemelding på grunn av utfordringene dette kan medføre. Spesifikke bekymringer, som lite bemanning og bruk av vikarer fra vikarbyrå, blir møtt med begrenset respons fra ledelsen. Manglende oppfølging på forslag til opplæring er også en av tilbakemeldingene fra informantene.

Det kommer frem at det er en viss forståelse for hvorfor bemanningssituasjonen periodevis er som den er, og at avdelingsledelsen har sine direktiver fra sin ledelse, og at økonomi alltid er en faktor som begrenser bemanningssituasjonen.

Kultur for å diskutere uønskede hendelser i avdelingen

Når informantene blir spurt om hvordan kulturen er for å kunne diskutere egen og andres feil i avdelingen gir alle uttrykk for at dette ikke er noe problem, men med noen unntak.

«Jeg føler at vi har ganske åpen kultur ved vår avdeling. Du kan alltid diskutere med dine kolleger». Informant 1.

Det som informantene gir tilbakemelding på er at det kanskje er vanskelig å diskutere egne feil, men at det er lettere å diskutere andres, da det ikke angår dem i samme grad.

«Jeg regner med at alle kvier seg litt for å melde feil på seg selv. Men jeg regner og med at alle er så samvittighetsfulle at de faktisk gjør det». Informant 3.

Ved å tørre å innrømme egne feil kan dette bidra til å identifisere mulige risikoområder i avdelingen ifølge informantene, hvis man i tillegg bruker dette i opplæringsøyemed kan man ifølge informant 1 bidra til at andre ikke gjør samme feil.

«Noen kan kanskje være for stolte til å innrømme feil, men jeg synes ikke det er en svakhet å innrømme feil, men heller en styrke. Kanskje kan min feil gjøre at andre ikke gjør samme feil. Det synes jeg er viktig». Informant 4.

Informantene beskriver også hvor krevende det kan være å skrive avvik på seg selv, informant 3 beskriver at dette kan gå på enkeltes selvtillit og føre til en følelse av skyld eller skam.

«Det kan være ganske tøft å skrive avvik på seg selv. Man henger ut seg selv på en måte, men du melder jo for at andre skal lære av det. Du må være trygg på deg selv da». Informant 5.

Alle er innforstått med læringseffekten for avdelingen ved å innrømme sine feil, og tørre å melde avvik på seg selv. Men at det er en ekstra på kjenning å utlevere seg selv på denne måten.

«Det er litt tøft og på en måte utlevere seg selv da, når man gjør feil. Men samtidig så hvis en tenker på den læringseffekten det har i forhold til resten av avdelingen, så er den jo veldig stor, så det er verdt det!». Informant 3.

Under intervjuet får jeg tilbakemelding på at de feilene som er mest vanskelig å diskutere er medikamentfeil. Det kan virke som de ansatte opplever denne typen uønskede hendelser som mer personlig.

«Jeg opplever noen ganger at det kan være vanskelig å diskutere medikamentfeil kollegaer imellom, kanskje det blir mer personlig». Informant 2.

Sykepleierne har en sterk profesjonell identitet og ønsker å opprettholde et positivt omdømme i forhold til sine kollegaer som informant 1 beskriver. De kan oppleve denne typen feil som en bekymring om hvordan de blir sett på av sine kollegaer, og at dette kan skape en følelse av sårbarhet hos den som har utført den uønskede hendelsen.

«Jeg tror i hvert fall ikke at alle små medikamentfeil blir rapportert inn. Jeg tror også det gjøres feil som ingen tørr melde». Informant 3.

Informantene beskriver at medikamentfeil kan være utfordrende å diskutere på arbeidsplassen. De føler at slike diskusjoner kan bli personlige, noe som kan gjøre det vanskelig å ta det opp med kollegaer. En felles oppfatning er at ikke alle mindre medikamentfeil blir rapportert, og det antydes at det kan være feil som ansatte ikke tørr å melde fra om. De beskriver også at avvik ikke alltid blir rapportert, spesielt de som ikke nødvendigvis resulterer i pasientskader, men som likevel utgjør en potensiell fare for nesten-

uhell. Informantene beskriver at dette kan skyldes begrenset tid til å rapportere om uønskede hendelser, og at de ikke ønsker å gå overtid for å rapportere om hendelsen. Det å ikke ha tid, eller ta seg tid til å skrive virker som en gjentakende problemstilling hos informantene.

«Man opplever avvik som burde vært meldt, som kanskje ikke forårsaker pasientskader, men nesten-uhell. Ofte har man ikke energi til å sitte på overtid for å skrive avvik, for det er ofte da man har tid til å gjøre det. Eller man tenker å skrive det i «morgen» men, man glemmer å skrive det i 90% av tilfellene. Det er sånne typer avvik, som jeg har hørt fra mine kolleger, jeg burde skrevet avvik på det her, men...» Informant 6.

Informantene gir uttrykk for at de har en god kultur for å snakke om sine egne og andres feil, men det viker ikke alltid sånn. Det virker som det er flere hendelser som ikke meldes, som burde vært meldt i avvikssystemet.

Informantene gir også tilbakemelding på at ledelsen ikke følger opp de mest alvorlige hendelsene med for eksempel debriefing av sine ansatte ved akutte hendelser:

«Savner en kultur for debriefing ved akutte hendelser. Ledelsen er ikke like flink til å tenke på det hver gang, det er dumt, for enkelte kan oppleve hendelsene som traumatiske».
Informant 5.

Informantene beskriver at det er viktig at ledelsen tar alle slike hendelser på alvor for å kunne skape en god kultur for å diskutere egne og andres hendelser, man må skape arenaer for diskusjon og læring for å få dette til.

«Jeg tror det er litt viktig å kanskje snakke om det, ufarliggjøre det litt». Informant 1.

Læring av uønskede hendelser

Denne delen handler om læring. Hvordan informantene opplevde læring av de uønskede hendelsene ved deres avdeling, og om disse hendelsene fører til læring.

Læring av andres feil

For å lære av andres feil må ledelsen kunne distribuere de uønskede hendelsene ut i et bearbeidet referat, men også at det skapes arenaer for diskusjoner ved for eksempel

morgenmøter. Der man får muligheten til å diskutere «litt sånn lavterskel». De var denne tilbakemeldingen som gikk igjen hos mange av informantene, noen hadde dette delvis på plass, men det var ikke noe systematikk i dette. De beskriver også at her må de erfarne sykepleierne gå foran som et godt eksempel.

«Hvis de rutinerte erfarne sykepleierne viser at det er ingenting i veien for å snakke om de feilene man har gjort, så lærer nye ferske det også». Informant 1.

Alle beskriver meldesystemet som en sentral del for læring. Da man vil anta at de meldingene som meldes inn er de mest relevante for avdelingen å jobbe videre med, for å lære og bli bedre.

Endring i rutiner

På spørsmål om rutiner endres ved gjentatte meldinger på samme grunnlag, har alle eksempler som beskriver konkrete endringer eller opplæring/sjekklistor som har kommet på plass etter gjentatte meldinger på samme type hendelse.

Informant 1 og 2 beskriver igangsettelse av fallforbyggende arbeid etter mye fall i avdelingen, flere informanter beskriver anskaffelsen av egne sprøyter til bruk ved medikamentadministrasjon i ernæringssonde, da disse ikke kan brukes intravenøst.

Den vanligste tilbakemeldingen fra informantene var at de ønsket seg konkrete tilbakemeldinger på endringer som følge av uønskede hendelser som blir meldt.

«Ja, det blir tatt opp, men hva som blir gjort for at alle skal lære av avvikene er veldig diffust. Men jeg savner å få høre konkrete tiltak om hva som kan bli gjort, sånn at det blir litt mer sånn konkretisert». Informant 3.

Læring av andres avvik

På spørsmål om de lærer av andres avvik, svarer informantene at de lærer av meldinger meldt i avvikssystemet som gjentar seg. De poengterer også hvor viktig det er at feilene meldes for at alle skal få mulighet til å lære.

«Det gjør at jeg blir ekstra oppmerksom. For eksempel hvis en medikamentellhendelse har skjedd, blir jeg ekstra oppmerksom når jeg selv skal gjøre noe tilsvarende». Informant 1.

Det å lære av andres avvik og gjentakende melding om uønsket hendelse på samme type melding er avgjørende for forbedring, er tilbakemelding som informantene gir.

«Man blir litt mere bevisst når man hører om avvik som har skjedd». Informant 4.

Informantene beskriver at hvis de får tilbakemeldinger om gjentatte meldinger på samme hendelse blir dette en mulighet for læring. Dette fremmer også åpenhet for å diskutere feil, som kan bidra til bedre pasientsikkerhet.

«Hvis jeg hører om en medikamentfeil for eksempel, så vil jeg jo sjekke litt ekstra neste gang». Informant 6.

Informantene beskriver at de opplever å lære av andres avvik på arbeidsplassen. Når de hører om hendelser som medikamentfeil eller lignende avvik, blir de ekstra oppmerksomme og bevisste når de selv står overfor lignende oppgaver eller situasjoner. Det skaper en økt følelse av ansvar og forsiktighet når de har blitt informert om andres feil. For eksempel, hvis de hører om en medikamentfeil som har skjedd, vil de være ekstra nøye med å dobbeltsjekke og sikre korrekt medisinerings neste gang de står overfor lignende oppgaver. Dette gir informantene muligheten til å dra nytte av kollegaers erfaringer og bruke dem til å forbedre egen praksis. Ved å være mer oppmerksomme og forsiktige, forsøker de å unngå lignende feil og hendelser som informant 6 beskriver.

Læring ved andre arenaer enn igjennom rapporteringssystemet

«Det skjer nok at man har litt sånne uformelle møtepunkter, der man diskuterer avvik man kanskje skulle ha meldt. Men man snakker jo om det, og da er det jo læring». Informant 1.

Informantene beskriver at alle disse uformelle møtepunktene man har er verdifulle, for her kommer det frem detaljer som ikke er like lett å beskrive når man melder i avvikssystemet. Disse møtene kan bidra til læring og forståelse om hva som har skjedd, men også hva som kan gjøres for å unngå lignende hendelser i fremtiden. Men fikk også inntrykk av at informantene er klar over viktigheten av at alle uønskede hendelser bør meldes.

«Vi lærer igjennom diskusjoner og «rykter» i avdelingen, dette må vi huske på osv». Informant 4.

De andre arenaene for læring som informantene beskriver er igjennom morgenmøter eller personalmøter, men disse var sjeldnere enn morgenmøtene som de hadde daglig. De fleste avdelingene hadde et morgenmøte som man for eksempel kunne benytte til denne type diskusjoner. Alle avdelingene hadde en form for informasjonsavis som ble sendt ut ved ujevne mellomrom, men det var bare en av disse avdelingene som benyttet denne informasjonskanalen til å beskrive avvik som hadde skjedd i avdelingen.

Informantene fra sengeposten og intensivenheten forklarte at de hadde gode erfaringer ved bruk av en pasientsikkerhetstavle. Der plukket de ut to forbedringstemaer, sengeposten hadde blant annet fall som et forbedringspunkt. Dette hadde blitt plukket ut på grunn av mange meldinger på fall i avdelingen.

Pasientsikkerhet ved de ulike avdelingene

For å sikre en felles forståelse av begrepet «pasientsikkerhet» blant informantene, ble de spurt om hva dette innebar for den enkelte før videre diskusjon. De fleste besvarte spørsmålet ved å si at pasientsikkerhet innebærer å gi forsvarlig helsehjelp basert på forskning og erfaring, samt å ivareta pasienten på en trygg måte, gi korrekt og effektiv behandling, og unngå skade på pasienten. Det var derfor samsvar mellom informantene.

Rapport ved overføring av pasient

Da de fikk spørsmålet «vet du om rutiner avdelingen har for å ivareta pasientsikkerheten?» Var det flere som beskrev bruk av prosedyrer hentet fra kvalitetssystemet, rutiner for dokumentasjon, kartlegging av infeksjoner osv. Alle trakk frem bruken av ISBAR i rapport situasjoner som en rutine for å ivareta pasientsikkerheten ved overlevering av pasient til neste vaktskifte. ISBAR er en strukturert tilnærming til rapport som brukes for å sikre effektiv og klar kommunikasjon mellom helsepersonell, spesielt i situasjoner der det er viktig å overføre viktig informasjon om pasientens tilstand og behov (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2023). Denne rapporteringsmåten ble ikke alltid fulgt, eller gjennomført til tross for at dette er innført som et pasientsikkerhetstiltak ved alle avdelingene jeg gjorde intervju. En av informantene beskriver det slik:

«Vi bruker jo ISBAR der man prøver å gi veldig strukturert rapport, men det er ikke alle som har klart å innarbeide det, så noen ganger så kan det bli litt, at man glemmer ting da. Men det pleier å være greit» Informant 4.

Det blir gitt tilbakemeldinger fra informantene at de fleste benytter seg av denne rapporteringsformen, men ikke alle. Dette kan føre til at viktige elementer i en rapport, som overføring av viktige data fra en vakt til en annen glipper.

«Vi er nok ikke flinke nok til å gi tilbakemelding til hverandre om at du nå ikke er strukturert nok i rapporteringen din». Informant 3.

Informanten beskriver at de har komplekse pasienter, dette kan være intensivpasienter med svikt i flere organsystemer. Sykepleierne er avhengig av en strukturert rapport for å sikre at vital informasjon blir overført til neste vaktshift, informanten beskriver også at det kan være vanskelig å gi beskjed dersom den som gir rapporten ikke følger retningslinjen. Informantene gir tilbakemelding om at opplæringen kan være noe mangelfull, eller at dette ikke blir fulgt opp i avdelingen.

«Jeg føler at kanskje det kunne vært litt mer effektiv rapportering hvis alle hadde brukt ISBAR riktig» Informant 2.

Alle informantene forteller at systemet brukes i avdelingen, men at det ennå ikke er godt nok implementert, og at dette kanskje kan skyldes manglende opplæring -og /eller oppfølging. Ifølge Moi et al. (2019) viser forskning at bruk av ISBAR fører til økt mestringsfølelse og bevissthet på egen kompetanse. Samtidig som de får lettere oversikt over pasienten og kan ligge i forkant av eventuelle komplikasjoner som måtte oppstå.

Ledelse og pasientsikkerhet

Når det gjelder ledelsens arbeid med å forbedre pasientsikkerheten var dette delt, der to av informantene ga uttrykk for at ledelsen var opptatt av pasientsikkerheten og fulgte dette opp igjennom avvikssystemet, mens de fire andre informantene ga uttrykk for at det ikke blir gjort nok i arbeidet med å forberede pasientsikkerheten.

«Litt lite arbeid med dette, den siste perioden i hvert fall. De bruker mye tid på å dekke grunnbemanningen. Driften går foran det meste». Informant 5.

Det virker som at ledelsen ved de ulike avdelingene har en høy arbeidsbelastning som fører til at arbeid med pasientsikkerhet ikke blir prioritert. Det er ofte bemanningsproblemer og mye av tiden til lederne brukes til å dekke hull i turnusen ved fravær, eller ubesatte stillinger. Det var også et savn fra flere av informantene at de ønsker en mer synlig leder.

«Jeg tror alle må samarbeide godt for at pasientsikkerheten skal bli bra, og da er man avhengig av at samarbeidet mellom ansatte og ledere er bra, både i form av kommunikasjon og at ting faktisk blir gjort». Informant 4.

Bemanningsutfordringer

Alle beskriver bemanning som en av de største farene for pasientsikkerheten ved sin avdeling. Dette være seg mange nyutdannede sykepleiere i forhold til de med lengre erfaring, og at det er for liten bemanning i forhold til pasientbelegget.

«Det er jo et problem med å få tak i nok sykepleiere så jeg skjønner jo det, altså kvalifiserte, eller egnede folk. Og da tar man det man får tak i. Dette har pågått over tid. Det er ikke bare vi som har det sånn, så jeg skjønner jo at man må bare må ta det man får da, men det kan jo gå utover pasientsikkerheten». Informant 6.

Informantene beskriver også at de håndterer mye medisinskteknisk utstyr i hverdagen som det krever opplæring og erfaring for å bli god på, det er spesielt overvåknings og intensiv avdelingen som beskriver dette som en utfordring.

«Vi har mye medisinskteknisk utstyr som man trenger erfaring for å kunne håndtere og mestre (for eksempel BIPAP (bilevel positive airway pressure) og hostemaskin)» Informant 1.

Flere av disse avdelingen benytter seg av vikarbyrå for å dekke opp fravær eller udekte stillinger, de beskriver problemer med at de ikke kjenner til avdelingens rutiner og prosedyrer som kan være en fare for pasientsikkerheten ved deres avdeling, de legger til at dette er meget kompetente sykepleiere, men det er det at de ikke er kjent ved avdelingen som er utfordringen.

«Det blir litt liten tid til opplæring av vikarer, og svaret jeg ofte får da er «men de kan jo ta vare på pasientene» Informant 4.

Det er også en utfordring med at flere av personalet går doble vakter på grunn av for eksempel sykdom. Dette er som en konsekvens av at man ofte har en bemanning som ikke samsvarer med pasientbelegget, og at denne bemanningen ikke er robust nok til å håndtere sykefravær.

«Det er sykepleierne som går flere doble vakter på rad. Som naturligvis blir sliten, og da øker risikoen for å gjøre feil». Informant 5.

Det er tydelig at informantene identifiserer bemanningssituasjonen som en av de største farene for pasientsikkerheten ved avdelingen. Mangel på tilstrekkelig bemanning, bruk av vikarer uten kjennskap til avdelingens rutiner og prosedyrer, og høyt arbeidspress kan øke risikoen for feil og negativt påvirke pasientbehandlingen.

Utfordringer knyttet til pasientsikkerheten

Høyt arbeidspress og behov for støttepersonell trekkes frem som to viktige elementer her. De beskriver en hektisk arbeidshverdag med mange ulike komplekse arbeidsoppgaver, de skjer ofte mye med pasienten(e) på en sånn måte at de ikke alltid rekker å lese seg opp på pasienten. Det beskrives også at det periodevis kan være mange «nye» sykepleiere på vakt samtidig som har mangelfull opplæring, og som mangler det som flere beskriver som basisrutiner før de kan være «fullverdige» sykepleiere. De forklarer også at erfarne sykepleiere kan være i forkant av hendelser, og unngå at de skjer, mens nye sykepleiere ikke har den erfaringen enda, sånn at de ikke ser endringer hos pasienten sin like raskt som de mer erfarne.

«For eksempel hvis du har det så travelt, at pasienten har noen diagnoser som du ikke kjenner så godt til, men du burde lest deg opp på, fordi de kanskje er relevant til situasjonen, men du rekker ikke engang å lese om det. Da har du et lite problem» Informant 4.

Behovet for støttepersonell trekkes frem som et viktig element da sykepleiere og intensivsykepleiere utfører oppgaver som å vaske kopper, tilberede og servere mat, legge på plass tøy og lagervarer etc. Dette er oppgaver som ifølge informantene med letthet kan utføres av mindre kvalifiserte personale. Dette trekkes frem som en utfordring fordi dette bidrar til at de får mindre tid sammen med pasienten, noe som kan gå utover

pasientsikkerheten. Fordi oppgaver og prosedyrer blir fulgt opp grundigere, og på en bedre måte hvis de kunne benyttet denne tiden til pasientbehandling.

«Vi har et stort behov for støttepersonell, da sykepleiere bruker tiden på mange andre arbeidsoppgaver. Da sykepleiere nå er en knapphetsressurs». Informant 2.

Sikkerhet og ledelse

På spørsmål om ledelsen tar tak i de sikkerhetsproblemene som meldes inn så er det litt delte meninger mellom informantene. Av de som opplever at ledelsen tar tak i sikkerhetsproblemene, er det på et mere overordnet nivå, som på klinikknivå. Der har dette vært tema på ulike klinikkseminar og klinikkråd. Der man får oversikt over meldinger kategorisert på type og antall, men det som savnes er at dette blir tatt ned på avdelingsnivå og gjort mere «gjenkjennbart».

«Vi har et sånn klinikkseminar hvert år, og der har det jo vært et tema, avvik og avvikshåndtering, men jeg vet ikke om det skjer noe av den grunn. Kunne ønske vi gjorde dette i avdelingen». Informant 1.

Informantene beskriver at de får en overordnet oversikt en gang i måneden etter at det har vært møte i klinikkledelsen. De beskriver at de savner en tilbakemelding på hva som blir gjort med disse, og hvilke av disse meldingene som gjelder deres avdeling. Sånn at de vet litt mer hva de skal jobbe med

«Det er føres jo rapporter med grafer og prosentandeler osv, der det står antallet meldte avvik denne måneden og hva det går på. Jeg savner en oversikt over min avdeling. Jeg håper det blir gjort noe med avvikene som meldes inn, jeg har ikke innsyn i det?». Informant 2.

De som ikke opplever at ledelsen tilstrekkelig tar tak i de sikkerhetsproblemene kommer med ulike forslag på hvordan man kunne jobbet med disse problemstillingene.

«Vi kunne snakket om det på morgenmøtet. Vi kunne hatt dedikert personalmøte, for eksempel hvor vi tar opp noen av de avvikene, man kunne hatt det i et informasjonsskriv som sendes ut en gang i måneden etc.». Informant 5.

Også her er den generelle tilbakemeldingen at det savnes mer informasjon fra ledelsen på avdelingsnivå om hva som faktisk skjer med de sikkerhetsproblemene som meldes inn, og hvordan det jobbes med dette.

Hovedfunn

Informantene beskriver ulike aspekter ved pasientsikkerhet ved sine avdelinger, og hvordan denne kan forbedres. Informantene påpeker at det er en felles forståelse av begrepet «pasientsikkerhet», men at ikke alle ansatte følger tiltakene som er iverksatt for å sikre denne. Ledelsens arbeid med å forbedre pasientsikkerheten oppleves som delt blant informantene, og bemanning anses som en av de største farene for pasientsikkerheten ved avdelingene. Videre diskuteres utfordringer knyttet til implementering av rutiner som følge av rapportering av uønskede hendelser. Høy arbeidsbelastning blant ansatte og ledelse er også nevnt som en utfordring.

Rapporteringssystemet for uønskede hendelser diskuteres grundig, og informantene beskriver at selv om det er en kultur for å melde slike hendelser, opplever de ofte at tilbakemeldingene er overfladiske og ikke gir nok informasjon om hva som faktisk blir gjort for å løse problemet. Det er også sjelden at de får direkte tilbakemelding på de uønskede hendelsene som er meldt inn. For å lære av andres feil, må ledelsen kunne distribuere uønskede hendelser i et bearbeidet referat og skape arenaer for diskusjoner.

Informantene gir også eksempler på konkrete endringer eller opplæring/sjekklistor som har kommet på plass etter gjentatte meldinger på samme grunnlag. De ønsker seg konkrete tilbakemeldinger på endringer som følge av uønskede hendelser som blir meldt.

Informantene beskriver også uformelle møtepunkter og diskusjoner som verdifulle for læring, og morgenmøter blir nevnt som en arena for denne typen diskusjoner. Samlet sett peker informantene på behovet for å bedre kommunikasjon og tilbakemelding i rapporteringssystemet for uønskede hendelser, samt behovet for å skape arenaer for diskusjoner og læring av andres avvik.

Sammenhenger mellom avdelingene

Intervjuene ble gjort på tre ulike avdelinger med ulikt behandlingsnivå. Der sengeposten har det laveste behandlingsnivået og intensivavdelingen har det høyeste, mens overvåkningsavdelingen ligger noe under intensivenheten i behandlingsnivå. Det ble ikke funnet noen ulikheter i måten å rapportere på eller hvordan de lærte av de uønskede hendelsene ved de ulike avdelingene. Ved rapport situasjoner ble ikke ISBAR alltid fulgt, til tross for at dette er innført som et pasientsikkerhetstiltak ved alle avdelingene jeg gjorde intervju.

Det var bemanning som gikk igjen som en mulig fare for pasientsikkerheten ved alle de tre avdelingene, de beskrev at hvis det for eksempel var for mange nyansatte sykepleiere uten erfaring på vakt samtidig, kunne dette være en potensiell fare for sikkerheten. De har ikke den samme erfaringen til å løse uforutsette hendelser som mer erfarne sykepleiere. De beskriver også at ledelsen ved alle de tre avdelingene brukte mye av arbeidstiden sin på å dekke opp for grunnbemanningen, da konsekvensen av å ikke ha nok og riktig bemanning beskrives som den største faren for sikkerheten til pasientene. Det var spesielt ved overvåknings og intensivenheten som beskrev dette som et problem, da de har behov for kompetansen til en intensivsykepleier, eller en sykepleier som har fått opplæring i aktuell avdeling. Av den grunn bruker de også vikarbyrå for å dekke opp denne mangelen på kompetanse. Spesielt ved ferieavvikling, fordi halve arbeidsstokken er ute i ferie.

Det var kun sengeposten som beskrev at de hadde støttepersonell for å avlaste sykepleierne i oppgaver som ikke krever høy kompetanse, for eksempel å vaske kopper, tilberede mat, rydde og organisere på lageret. Overvåknings og intensivenheten etterspurte dette i sine avdelinger, da dette kan bidra til at de får brukt tiden sin sammen med pasientene. Dette fører til mindre forstyrrelser i arbeidet, som videre kan føre til en bedre pasientsikkerhet.

Legemiddelhåndtering var av de største årsakene til feil ved sengeposten og overvåkningsenheten, mens behandling og pleie var den største årsaken til feil ved intensivenheten.

Tabell 8 oppsummerer hovedfunnene.

Tabell 8 Beskrivelse av hovedfunn

Tema	Beskrivelse av hovedfunn	Kode
Rapportering	Kultur for å melde uønskede hendelser i rapporteringssystemet, men ikke alltid.	Melder
	Ikke fornøyd med de tilbakemeldingene som blir gitt på avviksmeldinger.	Tilbakemeldinger, ansatte
	Opplever ofte å ikke få noen form for tilbakemelding i det hele tatt.	Ledelse, tilbakemeldinger
	Avvikene blir tatt opp i klinikkledelsen, men ikke på avdelingsnivå.	Tilbakemeldinger, kommunikasjon
	Svært sjelden direkte tilbakemeldinger på de uønskede hendelsene som er meldt inn.	Tilbakemeldinger
	Uønskede hendelser sendt til andre avdelinger, enda sjeldnere å få en tilbakemelding på den innmeldte hendelsen, som regel hører man ingenting.	Tilbakemeldinger, kommunikasjon
	Informantene opplever at tilbakemeldingene de får på de uønskede hendelsene som er meldt inn, ofte oppleves overfladiske og ikke gir informasjon om hva som faktisk blir gjort for å løse problemet.	Tilbakemeldinger
	Det er behov for bedre kommunikasjon og tilbakemelding i rapporteringssystemet for uønskede hendelser.	Kommunikasjon, tilbakemeldinger
Læring	For å lære av andres feil må ledelsen kunne distribuere uønskede hendelser i et bearbejdet referat og skape arenaer for diskusjoner.	Informasjon, tilbakemeldinger, ledelse
	Avvikssystemet er en sentral del for læring, da man antar at meldingene som meldes inn, er de mest relevante for avdelingen å jobbe videre med for å lære og bli bedre.	Avvikssystemet, læring
	Læring av andres avvik skjer gjennom meldinger meldt i avvikssystemet, og informantene beskriver at de blir ekstra oppmerksomme når de hører om avvik som har skjedd.	Læring, avvikssystemet
	Endring i rutiner skjer etter gjentatte meldinger på samme grunnlag, og informantene gir eksempler på konkrete endringer eller opplæring/sjekklistor som har kommet på plass etter slike meldinger.	Rutiner, endring, avvikssystemet
	Informantene ønsker seg konkrete tilbakemeldinger på endringer som følge av uønskede hendelser som blir meldt.	Tilbakemeldinger, avvikssystemet
	Informantene beskriver uformelle møtepunkter og diskusjoner som verdifulle for læring, og de beskriver morgenmøter som en arena for denne typen diskusjoner.	Uformelle møtepunkter, arenaer for læring
Pasientsikkerhet	Felles forståelse av begrepet «pasientsikkerhet».	Ansatte og informanter
	Ikke alle pasientsikkerhetstiltak blir fulgt av ansatte.	Ansatte, ledelse
	Ledelsens arbeid med å forbedre pasientsikkerheten er delt.	Ledelse
	Bemanning er en av de største farene for pasientsikkerheten ved avdelingene.	Bemanning, ledelse
	Utfordringer knyttet til implementering av rutiner som følge av rapportering av uønskede hendelser.	Rapportering, ledelse
	Høy arbeidsbelastning blant ansatte.	Ledelse
	Høy arbeidsbelastning blant ledelsen.	Ledelse

Drøfting

I dette kapitlet knyttes teori og empiri sammen i en diskusjon for å belyse og besvare forskningsspørsmålene. Undersøkelsen avdekker flere faktorer som har en påvirkning på meldekultur og læring av uønskede hendelser.

Etter å ha analysert datamaterialet, ble funnene prioritert basert på det som ble oppfattet som viktigst av respondentene.

Ut ifra dette blir problemstillingen og forskningsspørsmålene for oppgaven:

Har avvikssystemet effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?

Forskningsspørsmål:

- Meldes alle uønskede hendelser? Eventuelt hvorfor ikke?
- I hvilken grad endres praksis som følge av avvikssystemet?
- Hvordan kan avdelingen / organisasjonen lære av uønskede hendelser?
- Bidrar avvikssystemet til bedre pasientsikkerhet?

Rapportering

Alle gir uttrykk for at de vet hvordan de skal melde en uønsket hendelse, og har rapportert uønskede hendelser i avvikssystemet. De beskriver det som ekstra vanskelig hvis de skal melde om en uønsket hendelse som de selv har bidratt til, men de gir uttrykk for viktigheten av dette for at andre skal kunne lære av deres feil. De gir også uttrykk for at de bruker rapporteringssystemet aktivt for å melde inn uønskede hendelser, noe som også Forbedringsundersøkelsen fra 2022 indikerer.

Misnøye med tilbakemelding på uønskede hendelser

De fleste er misfornøyd med tilbakemeldingene de mottar, og føler ofte at de ikke får tilbakemeldinger på innmeldte avvik. Selv om avvikene blir tatt opp ved klinikledelsen i månedlige møter, føler de som har rapportert hendelsen at tilbakemeldingen på rapporterte hendelser ikke er tilstrekkelig. Informantene opplever at avvikene ikke blir godt nok fulgt

opp i avdelingen de jobber ved. De gir uttrykk for at de svært sjelden får direkte tilbakemeldinger på de uønskede hendelsene som meldes inn, som regel bare en automatisk generert epost om at meldingen er mottatt og vil bli behandlet ved avdelingens HMS-gjennomgang. Dette kan føre til en opplevelse av at ingenting skjer etter at en melding er sendt inn, og kan virke demotiverende for de ansatte. Når det ikke skjer noe etter en melding er sendt inn, kan de ansatte miste muligheten til å lære av hendelsen, og hvordan meldinger aktivt kan brukes for å forbedre pasientsikkerheten (Reason, 2000). Informantene forteller at de savner en tilbakemelding fra leder, når de selv er åpne om de feilene de gjør. Ifølge retningslinjen for behandling av uønskede hendelser ved St. Olavs hospital er det nærmeste leder til den ansatte som har delegert ansvar for å behandle en uønsket hendelse og iverksette eventuelle tiltak. Den beskriver også at man skal gjennomføre en årsaksanalyse for å innhente nødvendig informasjon av hendelsesforløpet, der man inkluderer medarbeidere, verneombud og ledere i relevante enheter. Deretter må man se på forbedringstiltak. Tiltakene skal utvikles i samarbeid med verneombudet og de skal være realistiske innenfor leder sitt ansvarsområde. Deretter er det viktig at melderer får tilbakemelding på håndteringen og om eventuelle tiltak som er iverksatt (St. Olavs Hospital, 2022).

Informantene mener at de ansatte har kunnskaper om hvordan de skal bruke meldesystemet, og ser verdien i å melde om uønskede hendelser som kan bidra til bedre pasientsikkerhet. Det som er viktig for å oppnå en god rapporteringskultur er ifølge Reason (1997) å gi tilbakemelding til ansatte som melder inn den uønskede hendelsen i rapporteringssystemet. Hvis det ikke skjer, kan dette føre til at de ansattes motivasjon for å melde forsvinner. Dette skyldes at man tenker at avviksmeldingene ikke blir tatt på alvor eller fulgt opp. Som igjen fører til at personer som ikke får tilbakemelding på avviksmeldingene slutter å rapportere (Dekker, 2012). Og som resulterer i at de ansatte mister troen på at meldingene er viktige, og om de bidrar til bedre pasientsikkerhet. Dersom dette blir en «sannhet» og ansatte konkluderer med at det ikke er noen vits i å skrive avviksmeldinger, kan dette påvirke hele rapporteringskulturen i avdelingen negativt (Reason, 1997). Det er viktig at de ansatte får tilbakemelding på de uønskede hendelsene de melder inn, hva som ble utfallet av den uønskede hendelsen, hva som vil skje videre og om meldingen har bidratt til å forbedre pasientsikkerheten. På denne måten vil de ansatte føle

seg verdsatt og motivert til å fortsette å bruke meldesystemet, som igjen kan føre til bedre pasientsikkerhet (Reason, 2000). Leape (2009) hevder at systemet for respons til melder er viktigere enn systemet for rapportering. For å etablere en god sikkerhetskultur er det derfor viktig å ha en god informasjonskultur i organisasjonen (Reason, 1997). Dette innebærer å ha gode meldesystemer og gode responssystemer som støtter opp om åpen kommunikasjon og læring (Dekker, 2006; Reason, 1997).

I tillegg til de formelle tilbakemeldingene, er det også viktig å ha en kultur hvor ansatte kan gi tilbakemeldinger til hverandre og ledelsen. Dette kan bidra til å gi positive tilbakemeldinger når noen gjør noe bra, eller påpeke bekymringer og risikoer som kan påvirke pasientsikkerheten. Hvis ansatte er komfortable med å ha uformelle samtaler med sin leder og kollegaer, hvor de kan diskutere arbeidshverdagen, og eventuelle bekymringer de måtte ha, kan dette føre til at de ansatte presterer bedre (Dekker, 2012). De ansatte har et ønske om å gjøre en god jobb og uformelle tilbakemeldinger kan bidra til dette, ved at de får spontane tilbakemeldinger på den jobben de gjør. Hvis man skal vente med å gi tilbakemeldinger, eller ta opp ting som må forbedres til mer formelle møtepunkt, kan avgjørelser ta lenger tid før de blir iverksatt. Når ansatte og ledere er komfortable med å gi og få uformelle tilbakemeldinger, fører dette til en kultur med åpen og god kommunikasjon. Der de ansatte blir oppfordret til å diskutere med ledere og kollegaer om alle problemer som måtte oppstå uten fare for at dette skal bli brukt imot dem på et senere tidspunkt (Dekker, 2012). Dette kan også få ledere til å følge opp de ansattes prestasjoner tettere og kunne gi tilbakemeldinger oftere. For eksempel hvis leder har et formelt møte med en ansatt og det blir tatt opp noe negativt, kan man ofte få som svar «hvorfor har du ikke tatt dette opp med meg tidligere?» Uformelle tilbakemeldinger kan bidra til at slike situasjoner ikke oppstår. Uformelle tilbakemeldinger bør ikke gis når man er emosjonelle eller at ikke alle fakta er klarlagt, hvis man gir negative tilbakemeldinger i øyeblikkets hete, er det lett for at tilbakemeldingene kan bli litt harde, og tilbakemeldingen kan få en negativ effekt (Reason, 1997).

Sikkerhet og ledelse

Det ser ut til å være litt delte meninger om hvordan ledelsen håndterer uønskede hendelser som blir meldt inn. Noen informanter opplever at ledelsen tar tak i problemene på en

overordnet måte, for eksempel på klinikknivå eller i klinikkråd (månedlig møte med ledere, tillitsvalgte og verneombud), hvor meldingene blir diskutert og oversikt over meldinger blir presentert. Dette er en positiv ting ifølge informantene, da det viser at ledelsen er interessert i å løse de uønskede hendelsene på et overordnet nivå.

Likevel, er det også en del av informantene som savner at dette blir tatt ned på avdelingsnivå, og gjort mer «gjenkjennbart». Dette kan bety at det mangler tydelighet og klarhet i hvordan ledelsen kommuniserer dette til avdelingene, og hvordan de kan bidra til å løse problemene på sin egen arbeidsplass. Ledelsen må sørge for at alle ansatte blir informert om de uønskede hendelsene ved avdelingen, dette kan bidra til å øke forståelsen rundt sikkerhet. Hvis man gjør problemene mer gjenkjennbare, kan dette føre til en større involvering blant ansatte, noe som kan bidra til å skape en kultur for sikkerhet ved avdelingen (Hollnagel, 2014). Informantene i denne undersøkelsen er enige om at det kan være utfordrende å gi tilbakemeldinger om kritikkverdige forhold til pasientbehandlingen, og at dette kan være personavhengig.

Flere av informantene påpeker at det kan være lettere for erfarne sykepleiere å ta opp kritiske spørsmål enn for nyansatte, som kan føle seg usikre på sin posisjon i arbeidsmiljøet. Samtidig gir informantene uttrykk for at det er viktig å kunne melde inn alle temaer, også når det gjelder kritiske tilbakemeldinger om pasientbehandlingen. Det er enighet om at det ikke finnes temaer som det ikke er akseptert å melde inn, og at alle ansatte har en plikt til å si fra dersom de observerer problemer eller feil i behandlingen av pasienter. Det er imidlertid en informant som skiller seg ut, ved å rapportere om en situasjon der det var vanskelig å melde fra om en lege som hadde gjort en feil. Dette kan indikere at det fortsatt er enkelte situasjoner hvor det oppleves som vanskelig å rapportere om kritiske hendelser, selv om de andre informantene ikke har opplevd dette som et problem. Det er viktig at arbeidsmiljøet legger til rette for å diskutere slike hendelser, og at alle ansatte oppfordres til å melde fra om kritiske forhold. Dette kan bidra til å skape en kultur for læring og forbedring, hvor feil og problemer blir brukt til å utvikle bedre og tryggere pasientbehandling (Aase, 2022).

Forbedringsundersøkelsen fra 2022 viser at de ansatte føler at det er trygt å melde fra om kritikkverdige forhold ved de ulike enhetene, men intensivenheten har noe lavere resultat enn sengeposten og overvåkningsenheten. Dette understøtter også tilbakemeldingene informantene ga i intervjuene.

Tilbakemelding fra ansatte

Selv om informantene i undersøkelsen gir uttrykk for at det er rom for å gi tilbakemeldinger som kan bidra til å forbedre pasientsikkerheten, opplever de også at det kan være en utfordring å gi disse tilbakemeldingene til ledelsen. Mens to av informantene rapporterer at deres tilbakemeldinger blir godt mottatt, beskriver de andre at selv om de blir hørt, så fører det ikke alltid til handling. Dette kan tyde på at det er en manglende evne til å implementere tilbakemeldingene i praksis og at det er en utfordring med å skape en kultur for kommunikasjon mellom ansatte og ledelsen når det kommer til avvikshåndtering.

Det virker som det er en uoverensstemmelse mellom informantenes oppfatning av kulturen for å diskutere feil og avvik, og virkeligheten når det kommer til å rapportere hendelser i avvikssystemet. Rapportering av uønskede hendelser kan være vanskelig, de ansatte kan ha frykt for å rapportere eller som noen ansatte også gir tilbakemelding om, at det er for travelt til å rapportere. De går unødig overtid for å gjøre dette. Det kan også være som tidligere beskrevet at manglende respons på innmeldte hendelser fra leder kan ha noe av skylden for at ikke alle uønskede hendelser meldes inn. Dette kan ha ført til manglende tillit til avvikssystemet, men det kan også være de ansatte føler at de ikke har nok tid i arbeidshverdagen sin til å prioritere dette.

Lawton og Parker (2002) har beregnet at mindre enn halvparten av alle de uønskede hendelsene som burde vært rapportert ikke blir det. I Norsk pasientskadeerstatning sin undersøkelse fra 2023 hadde helsepersonell kun rapportert inn 39% av hendelsene der pasienter hadde vært feilbehandlet i perioden 2018 til 2021 (NPE, 2023). Personalet må se hvordan rapportering kan hjelpe avdelingen til å bli bedre, hjelpe pasientene, og hjelpe de som har gjort en feil. Slik at lignende hendelser kan unngås i fremtiden (Miller & Jones, 2011). Sari et al. (2007) beskriver at et rapporteringssystem alene ikke vil kunne fange opp alle uønskede hendelser, men at en gjennomgang av journalnotater er nødvendig for å få et realistisk bilde på dette.

Det er et ledelsesansvar å skape en kultur for å diskutere feil og avvik og å sørge for at avvikssystemet fungerer effektivt. Ledelsen må jobbe for å skape en åpen og støttende kultur, der ansatte føler seg trygge på å rapportere hendelser og at de vil bli fulgt opp i etterkant (Dekker, 2012). Ledelsen må også bidra til at de ansatte får tid og rom til å rapportere hendelsene i rapporteringssystemet, men de ansatte må også bidra til å gi

uttrykk for dette (Meld. St. 13 (2016–2017)). For å forbedre pasientsikkerheten og skape en god arbeidskultur, kan det være nødvendig for ledelsen å aktivt lytte til tilbakemeldingene fra de ansatte og sette i gang tiltak som kan ta tak i problemene (Hollnagel, 2014). Det kan derfor være viktig å involvere de ansatte i prosessen med å identifisere og løse problemer for å skape et miljø der alle ansatte føler seg trygge og at det er lav terskel for å gi tilbakemeldinger. På denne måten kan ledelsen vise at de tar tilbakemeldingene på alvor, og arbeider for å skape en god meldekultur. Som videre kan bidra til å bedre pasientsikkerheten og trivselen på arbeidsplassen (Dekker, 2012).

Kultur for å diskutere uønskede hendelser i avdelingen

Det virker som informantene generelt er åpne for å diskutere feil i avdelingen, med få unntak, spesielt når det gjelder medikamentfeil. Medikamentfeil er også en av de kategoriene som det meldes flest feil på i kvalitetssystemet til to av de tre enhetene jeg gjorde intervju. Selv om ansatte forstår viktigheten av å lære av feil og melde avvik, kan det fortsatt være en utfordring å diskutere egne feil. Det er ikke uvanlig at det kan være lettere å se andres feil enn våre egne. Dette skyldes gjerne en kombinasjon av faktorer, som at vi kan være mer objektive når vi ser på andres handlinger, og at det kan være følelsesmessig utfordrende å innrømme egne feil (Leape, 2009). Medikamentfeil kan være spesielt vanskelig å diskutere fordi det kan ha alvorlige konsekvenser for pasientene. En av informantene beskriver at det kan være vanskelig å diskutere medikamentfeil med kollegaer, fordi det kan være følelsesmessig krevende å erkjenne at man har gjort en feil som kan ha hatt negative konsekvenser for pasienten. Dette kan føre til følelser av skam, skyld og usikkerhet hos den som har gjort feilen. I tillegg kan det være bekymringer knyttet til hvordan kollegaene vil reagere på feilen. Å innrømme feil kan være belastende, og kan føre til at man føler seg mindre kompetent eller verdsatt i arbeidsmiljøet. Pedersen og Mogensen (2003) sier at det er lettere å diskutere hendelser som ikke medførte skade, enn de hendelsene som førte til pasientskade. Til tross for dette beskriver Aase (2018) at det er størst sannsynlig at helsepersonell hadde snakket med en kollega dersom en uønskede hendelse som de selv var skyld i hadde resultert i uønskede hendelser for pasienten.

For å styrke kulturen i avdelingen for å diskutere uønskede hendelser, kan det ifølge informantene være nyttig å ha en åpen dialog om dette. Det kan være nyttig å ha en klar

strategi for hvordan man skal håndtere for eksempel medikamentfeil, og hvordan man støtter hverandre i å lære av feilene. Det er også nyttig å gi anerkjennelse og ros til de som tør å innrømme egne feil og melde avvik. Det kan være utfordrende å endre kulturen i en avdeling, men det er verdt innsatsen for å kunne lære av feil og forbedre seg (Leape, 2009).

Det kan også være nyttig for ledelsen å ta ansvar for å debrifing av ansatte etter alvorlige hendelser, for å lære av det som skjedde og finne måter å forbedre seg på. Dette kan være spesielt viktig i akutte situasjoner hvor ansatte kan oppleve høy grad av stress eller emosjonell belastning. For å bedre kvaliteten på meldingene og øke rapporteringsgraden av avvik, kan det være nyttig å ha en åpen dialog om hvorfor det er viktig å rapportere avvik, og hva som skjer med meldingene i etterkant (Reason, 2000). Det er derfor viktig å adressere barrierer for å kunne forbedre rapportering og læring i avdelingene (Lawton & Parker, 2002). En barriere blir da ifølge Reason (1997) en måte å bryte et hendelsesmønster på. Høyrisiko systemer kan benytte seg av flere barrierer for å redusere den totale risikoen til et nivå som er akseptabelt. Denne metoden for risikokontroll blir ifølge Aase (2018) referert til som «forsvar i dybden». En større uønsket hendelse i et slikt system er vanligvis ikke forårsaket av en enkelthendelse isolert sett. Hvis vi skal si noe om effektiviteten til dybdeforsvaret, er det ikke tilstrekkelig å bedømme hvor effektiv hver enkelt barriere er. Vi må også se på sammenfall mellom barrierene. Sammenfall skjer dersom to eller flere barrierer svekkes av samme tilstand eller hendelse (Reason, 2000).

Ved to av de tre enhetene var legemiddelhåndtering en av de største årsakene til feil ved avdelingen ifølge tall fra kvalitetssystemet. Dette var ved sengeposten og overvåkningsavdelingen. Noen av disse feilene forekommer ifølge informantene på grunn av likheter mellom medikamentpakninger. Ved risikomedikamenter kan dette få alvorlige konsekvenser. Dobbeltkontroll av medikamenter er et eksempel på en barriere som skal hindre at dette oppstår, dobbeltkontroll vil si at en annen sykepleier kontrollerer at det aktuelle medikamentet er i riktig dose, administreringsmåte og eventuell infusjonshastighet. For deretter å signere for at dette er korrekt. Hvorfor denne barrieren i noen tilfeller sviktet ved disse to enhetene kan ha sammenheng med manglende opplæring, noe som informantene også poengterte ved bruk av ISBAR under rapporteringssituasjoner. Men også høy arbeidsbelastning og utstrakt bruk av vikarer fra vikarbyrå. Høy arbeidsbelastning kan

føre til stress og at man blir distraheret i situasjoner der man må konsentrere seg for ikke å gjøre feil (Miller & Jones, 2011).

Hva bidrar til læring?

Informantene beskriver meldesystemet som sentralt for læring av uønskede hendelser i avdelingen. For å oppnå læring utover individnivå, er det nødvendig med et system for registrering av uønskede hendelser (Donaldson, 2002). Det antas at de hendelsene som blir rapportert er de mest relevante for avdelingen å jobbe videre med, slik at man kan lære og forbedre seg. Ved å analysere de rapporterte hendelsene kan avdelingene identifisere mønstre, årsaker og områder for forbedring, noe som igjen fører til mere effektive kvalitetsforbedringstiltak (Aase, 2018). Det er seksjonsleder ved de ulike avdelingene som har ansvar for dette, i tillegg er det i hver klinikk en kvalitetsrådgiver som følger opp trendene overordnet i klinikken. Bakgrunnsdata fra kvalitetssystemet viser at det er innenfor kategoriene behandling og pleie, medikamenthåndtering og pasient – fall at mange av de uønskede hendelsene blir meldt. Systemet viser derfor hvor det er viktig å iverksette tiltak for å forbedre pasientsikkerheten, og at rapporteringssystemet er et viktig verktøy for læring og forbedring i avdelingene.

Læring av uønskede hendelser

Ved å rapportere uønskede hendelser kan man oppnå økt kunnskap gjennom en rekke prosesser. Nonaka og Takeuchi (1995) beskriver at læring i organisasjoner skjer når taus og eksplisitt kunnskap endres i ulike forbindelser. Den første prosessen er å konvertere taus kunnskap til eksplisitt kunnskap, som enkelt kan deles med andre. Dette oppnås ved at personen som observerer avviket, rapporterer det skriftlig i avvikssystemet (eksternalisering). Videre kan eksplisitt kunnskap kobles sammen i analysefasen ved å se flere rapporter i sammenheng (kombinering). Deretter kan analyserte rapporter og trender gjøres tilgjengelig for personalet og ledelsen, slik at de individuelt eller sammen kan tolke og analysere informasjonen for å konvertere den til taus kunnskap (internalisering). Til slutt kan taus kunnskap deles mellom personer gjennom diskusjoner om avvik og analyser, for eksempel når studenter eller nyansatte jobber sammen med erfarne kollegaer og lærer ved

å observere og delta i arbeidsprosessen istedenfor å bli fortalt hvordan arbeidet skal utføres (sosialisering) (Kongsvik et al., 2018).

Informantene gir tilbakemelding om at for å lære av andres feil, må ledelsen kunne distribuere de uønskede hendelsene i et bearbeidet referat og skape arenaer for diskusjoner, for eksempel gjennom morgenmøter, noe som allerede er et etablert møtepunkt ved alle de tre avdelingene som jeg gjennomførte intervju. Dette er en lavterskel mulighet for å diskutere og lære av erfaringene til andre. Mange av informantene beskriver at dette er noe som mangler i avdelingen, og at de erfarne sykepleierne må gå foran som gode eksempler for å skape rom for diskusjoner rundt uønskede hendelser på disse møtene. Når det gjelder ønske om et bearbeidet referat, er det et ønske fra alle informantene at alle de uønskede hendelsene i deres avdeling blir distribuert i tekstformat og gjort tilgjengelig for alle ansatte. Der hendelsene blir gjennomgått med hendelsesforløp og tiltak, slik at disse hendelsene blir mest mulig transparente. Å gjøre uønskede hendelser i avdelingen mest mulig transparente er viktig av flere grunner. Dette kan bidra til å forbedre pasientsikkerheten ved å øke kunnskapen og bevisstheten om mulige risikofaktorer og forbedringsområder. Ved å analysere hendelsesforløpet og identifisere hva som gikk galt, kan man identifisere mulige årsaker til feilen og iverksette tiltak for å forebygge at feilen oppstår pånytt i fremtiden (Hollnagel, Braithwaite, et al., 2015).

Informantene beskriver også at for å lære av andres feil var det særlig meldinger om avvik som gjentok seg i avvikssystemet man lærte av. Det ble understreket hvor viktig det er at feil blir rapportert, slik at alle har mulighet til å lære og unngå å gjøre samme feil i fremtiden. Dette viser betydningen av å ha en kultur for melding av uønskede hendelser, slik at alle kan dra nytte av hverandres erfaringer og lære av hverandre, uten å være redd for negative konsekvenser (Dekker, 2012). Når ansatte føler seg trygge og oppfordret til å rapportere avvik, kan avdelingen dra nytte av deres erfaringer og lære av dem (Aase, 2018).

Informantene beskriver at de blant annet lærer av andre avvik ved at de blir ekstra oppmerksomme hvis for eksempel en medikamenthendelse har skjedd, slik at en lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Endring i rutiner etter gjentatte meldinger om uønskede hendelser

Når det gjelder rutineendringer etter gjentatte meldinger på samme grunnlag, gir alle eksempler på konkrete endringer som har blitt gjort, eller opplæring/sjekklistor som har blitt introdusert etter at lignende hendelser har blitt rapportert gjentatte ganger. Dette viser at avdelingene faktisk bruker rapporteringssystemet for å lære og forbedre seg, og at det fører til konkrete endringer i praksis. Informant 1 og 2 har beskrevet igangsettelsen av fallforbyggende arbeid etter mange fall i avdelingen. Dette viser at ledelsen i avdelingen har tatt grep for å forebygge slike uønskede hendelser. Flere av informanter har også beskrevet anskaffelsen av egne sprøyter til bruk ved medikamentadministrasjon i ernæringssonde, da disse ikke kan brukes intravenøst. Dette viser at avdelingen har tatt hensyn til spesifikke behov og utfordringer knyttet til pasientbehandling.

Slik jeg oppfatter informantene er det etablert en virkelighetsoppfatning i avdelingen om at det ikke nytter å melde. Det blir ikke gitt tilbakemeldinger og ingenting skjer. Det finnes ingen objektive kriterier som kan bekrefte eller avkrefte denne oppfatningen. Det er ikke avgjørende om den er sann eller ikke for å vurdere om den er holdbar. Det som er viktig er at gruppen aksepterer den som sann og ikke utfordrer dens gyldighet (Jacobsen, 2015). Til tross for at informantene forteller at det skjer lite når de melder inn virker det som ledelsen tar tak i de mer alvorlige hendelsene ved avdelingene. Et moment kan være at både ledere og ansatte oppfatter eksemplene over som en aktivitet med stort risikopotensiale. Dette i seg selv kan føre til rask respons både fra melder og leder. Hvis oppfatningen om at det ikke har noen hensikt å melde om uønskede hendelser blir en del av avdelingskulturen, kan det være vanskelig å endre denne holdningen. Dette kan føre til at ansatte unnlater å melde om hendelser, som kan være en alvorlig trussel mot pasientsikkerheten (Reason, 1997; Aase, 2018). I sum viser dette betydningen av å ha en åpen, tillitsfull og lærende kultur i organisasjoner. Ved å oppmuntre ansatte til å rapportere avvik og legge til rette for en kontinuerlig læringssirkel, kan organisasjonen lære av sine erfaringer og forbedre sin praksis over tid (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Læring ved andre arenaer enn igjennom rapporteringssystemet

Informantene beskriver de uformelle møteplassene der man kan diskutere hendelser som verdifulle, da de gir mulighet for å utveksle detaljer som kanskje ikke er like enkelt å beskrive

i avvikssystemet. Disse møtene kan bidra til å analysere og forstå hva som skjedde, samt hva som kan gjøres for å unngå lignende hendelser i fremtiden.

Informantene beskriver også andre arenaer for læring, dette inkluderer morgenmøter som beskrevet tidligere. Alle avdelingene hadde også en form for informasjonskanal, som for eksempel en informasjonsavis som ble sendt ut ved ujevne mellomrom. Imidlertid var det kun en av disse avdelingene som benyttet denne kanalen til å distribuere avvik som hadde skjedd i avdelingen. Dette kan tyde på at det er rom for å forbedre informasjonskanalene ved avdelingene.

To av avdelingene benyttet seg av en pasientsikkerhetstavle, hvor de plukket ut to temaer som avdelingen ønsket å forbedre seg på. Informantene beskriver at erfaringene fra disse tavlene har vist seg å gi gode resultater. Dette kan tyde på at en slik tavle kan være en nyttig metode for å fokusere på spesifikke områder for forbedring, og øke bevisstheten blant ansatte om hvorfor det er viktig å jobbe for bedre pasientsikkerhet. Dette er også en av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/4» sine tiltak for å identifisere risiko for inneliggende pasienter, og for å forbedre status og fremdrift med forbedringsarbeid i avdelingene (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2018). Stavropoulou et al. (2015) sier at et rapporteringssystem er mest effektivt hvis det kombineres med andre forbedringstiltak noe som bruk av for eksempel en pasientsikkerhetstavle som både sengeposten og intensivenheten har benyttet seg av.

Pasientsikkerhet

Det var både viktig og interessant å kartlegge personalets forståelse av begrepet «pasientsikkerhet» ved de ulike avdelingene. Med tanke på de strenge sikkerhetskravene på en sykehusavdeling, ville et avvik i forståelse av dette begrepet vært bekymringsfullt. Dette er spesielt relevant med tanke på det økte fokuset på pasientsikkerhet i helsevesenet de siste årene. I følge Helsedirektoratet (2019) handler pasientsikkerhet om «vern mot unødig skade som følge av helse -og omsorgstjenestens ytelser, eller mangel på ytelser».

Det som var tankevekkende var at flertallet av informantene ga uttrykk for at ledelsen ikke jobbet godt nok med pasientsikkerheten i deres avdeling når de skulle beskrive ledelsens arbeid med på å forbedre pasientsikkerheten. Dette til tross for at de siste 15-20 årene har

det blitt stadig mer fokus på kvalitet og sikkerhet for pasientene i helsevesenet i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Det har blitt satt i gang mange prosjekter på nasjonalt, regionalt og på lokalt nivå for å forbedre dette. Nasjonale prosjekter inkluderer pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7», etablering av nasjonale kvalitetsregistre og retningslinjer, samt prosjekter som sikrer at hver innbygger har sin egen journal (Helsedirektoratet, 2019). Alt dette har som mål å involvere pasienter, brukere og pårørende i helsevesenet, og å gjøre tjenestene tryggere og av høyere kvalitet. Selv om det tar tid og krefter å iverksette tiltak for pasientsikkerhet, har prosjektene gitt tilbakemelding om at nasjonal oppmerksomhet er nødvendig for videre forbedring. En nasjonal plan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, i tillegg til tiltakene i handlingsplanen, skal hjelpe til med dette (Helsedirektoratet, 2019).

Rutiner for å ivareta pasientsikkerheten

Flere beskrev bruken av prosedyrer fra kvalitetssystemet, bruk av sjekklister og protokoller for å sikre at viktig informasjon og oppgaver ikke blir oversett. De beskrev også hvilke rutiner for dokumentasjon de benyttet seg av og kartlegging av ulike risikoområder, for eksempel infeksjoner, trykksår og fall. Imidlertid er det enighet om at bruken av ISBAR under rapporteringssituasjoner, er en avgjørende rutine for å ivareta pasientsikkerheten.

På tross av at ISBAR er innført som et pasientsikkerhetstiltak ved avdelingene jeg intervjuet, ble det likevel påpekt at denne rapporteringsmetoden ikke alltid ble fulgt eller gjennomført på en konsekvent måte. Informantene forteller at avdelingen håndterer komplekse pasienter og at det er viktig å ha en strukturert rapport for å sikre at viktig informasjon om pasientene blir overført tryggest mulig til neste vakt (Moi et al., 2019). Imidlertid kan det være utfordrende hvis den som gir rapporten ikke følger retningslinjene. Selv om informantene forteller at systemet brukes i avdelingen, påpeker de at det ennå ikke er tilstrekkelig implementert, og at dette kan skyldes manglende opplæring og/eller oppfølging. Det virker som man må gå dypere for å identifisere, og utfordre underliggende antagelser og verdier, for å håndtere denne problemstillingen om hvorfor ISBAR ikke er godt nok implementert i avdelingene. Man kan tenke seg at dette ikke er en lokal utfordring, men en organisatorisk. Argyris (1977) mente at dobbelkretslæring var nødvendig for organisasjoner som ønsket å håndtere komplekse problemer og endre seg i en stadig mer dynamisk og utfordrende

virkelighet. Noen ganger kommer det nye rutiner som utfordrer de grunnleggende antakelsene og verdiene om hva som er gjeldene, eller det skjer endringer innenfor kultur og fagkunnskap. Ledelsen må gå dypere inn i problemstillingen og undersøke årsakene, organisasjonen må være villig til å revurdere og endre grunnleggende antakelser om seg selv og omgivelsene, og ikke bare fokusere på overfladiske problemer (Argyris & Schön, 1996). Enkeltkretslæring derimot er rettet mot å korrigere mindre feil eller svakheter i det eksisterende systemet (Argyris & Schön, 1996), men siden dette er en gjentakende problemstilling ved alle avdelingene åpner det opp for endringer på organisasjonsnivå.

Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver forutsetningene som må være til stede for at organisatorisk læring skal finne sted. Det innebærer at avdelingen må ha effektive systemer for å dele og kommunisere læring og kunnskap mellom sine ansatte, og at medlemmene i organisasjonen omsetter den kollektive kunnskapen til handling. Det er ikke nok at enkeltpersoner har kunnskap, den må også praktiseres og innlemmes i avdelingens arbeid (Kongsvik et al., 2018). Man bør også utarbeide strategier for å løse problemer og iverksette dem, dette skaper en læringssirkel hvor medlemmene evaluerer avdelingens tiltak og starter en ny syklus av læring for å gjøre situasjonen enda bedre (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er et ledelsesansvar å starte denne prosessen (Meld. St. 13 (2016–2017)).

Ledelse og pasientsikkerhet

Tilbakemeldingene på hvorfor de tror at ledelsens arbeid med å forberede pasientsikkerheten ikke blir godt nok fulgt opp, er svarene høy arbeidsbelastning, og at ledelsen bruker mye tid på å dekke opp fravær. De beskriver også at det er ubesatte stillinger i avdelingene som gjør de ekstra sårbare. Det virker som lederressursen ved flere av avdelingene er knappe. Ifølge Reason (1997) er det avgjørende for en god sikkerhetskultur og rapporteringskultur at ledelsen har et høyt fokus på sikkerhet. Ledelsens fokus på pasientsikkerhet vil også påvirke de ansattes fokus på dette området. Det er viktig at ledelsen tar initiativ til tiltak og prosedyrer, men det er også viktig å involvere de ansatte og ta hensyn til deres innspill.

Informantene gir inntrykk av at ledelsen må prioritere hvilke oppgaver som skal gjennomføres. Første prioritert ved alle avdelingene er den daglige driften, lederne må sørge for riktig og nok kompetanse ved fravær. Når man ofte har flere udekte stillinger, blir det

periodevis brukt mye tid på å få den daglige driften til å gå rundt. Konsekvensen av at man ikke har nok bemanning er at pasientene ikke får den kvaliteten på behandlingen de skal ha, eller i ytterste konsekvens at man må stenge sengeplasser. Dette er også er en potensiell fare for pasientsikkerheten da man risikerer at pasienter ikke kommer til riktig avdeling med riktig kompetanse.

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten (2016) krever at virksomheter følger forskriftens retningslinjer innenfor alle aktivitetsområder. Ledere på alle nivåer har et ansvar for systematisk å jobbe for å sikre pasientsikkerheten, og kontinuerlig forbedre kvaliteten på tjenestene. Regelverket, som Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten ("Forskrift om smittevern i helsetjenesten," 2005), redegjør også behovet for ledelsesforankring når det gjelder forebygging av pasientskader.

Dette beskriver en konflikt i forhold til kravet ledelsen har for å kunne produsere nok liggedøgn med god kvalitet, med bakgrunn i de kravene de er pålagt fra myndighetene. Hvis man i utgangspunktet ikke har nok bemanning enten på grunn av sykefravær, vansker med å få kvalifiserte søkere, eller for få årsverk, vil mye av ledernes tid bli bundet til å få ansatte til å ta ekstravakter, skaffe vikarer, leie inn fra byrå etc. Dette fører igjen til at andre viktige arbeidsoppgaver blir nedprioritert. Ofte har en stor andel av de ansatte deltidsstillinger, hadde de hatt heltidsstillinger kunne man ha hatt en buffer for fravær i avdelingen, som igjen kunne bidratt til å redusere innleie (Moland & Bråthen, 2021).

Alle informantene forteller at bemanning er en av de største farene for pasientsikkerhet ved deres avdeling, det er spesielt informantene ved overvåkingsenheten og intensivsenheten som beskriver dette. Siden dette er avdelinger som jobber med akutt kritisk syke pasienter er disse sykepleierne utdannet intensivsykepleiere, eller det er sykepleiere som har fått spesialist utdanning i den avdelingen de jobber. Noe som bidrar til at det er ekstra utfordrende å skaffe bemanning til slike enheter, dette fører periodevis til et utstrakt behov for innleie av spesialsykepleiere fra vikarbyrå som har en betydelig høyere kostnad. Dette fører også til at det er mer «ukjent» personale på vakt, som ikke kjenner til avdelingens rutiner.

Det fremheves også at behovet for støttepersonell er viktig fordi sykepleiere og intensivsykepleiere har oppgaver som ikke krever høy kompetanse, for eksempel å vaske kopper, tilberede mat, rydde og organisere. Dette er oppgaver som ikke ligger i profesjonen,

men som ofte gjennomføres av sykepleiere på grunn av at det ikke finnes personell i avdelingene til å utføre dette. Disse oppgavene kan utføres av personell med andre kvalifikasjoner, slik at sykepleierne kan bruke mest mulig tid sammen med pasientene som er akutt kritisk syke. Det kommer frem at det er kun informantene fra sengepost som har en slik ressurs, men ikke overvåkningsenheten og intensivheten. Dette er ikke helt i takt med samfunnet ellers der vi hele tiden blir oppfordret til å jobbe smartere, da vi vet at helsepersonell er og vil bli en knapphetsressurs i fremtiden (NOU 2023:4).

Avslutning og konklusjon

Problemstilling og forskningsspørsmål for oppgaven:

Har avvikssystemet effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?

Forskningsspørsmål:

- Meldes alle uønskede hendelser? Eventuelt hvorfor ikke?
- I hvilken grad endres praksis som følge av avvikssystemet?
- Hvordan kan avdelingen / organisasjonen lære av uønskede hendelser?
- Bidrar avvikssystemet til bedre pasientsikkerhet?

Pasientsikkerhet er en viktig og stadig mer sentral faktor i helsevesenet, og det er avgjørende at alle ansatte i en sykehusavdeling har en lik forståelse av hva dette begrepet betyr. Dette er spesielt viktig med tanke på de strenge sikkerhetskravene i en slik avdeling, og et betydelig avvik i forståelse av begrepet kunne være bekymringsfullt. Det ble også beskrevet ulike rutiner for å ivareta pasientsikkerheten, som bruk av prosedyrer fra kvalitetssystemet, sjekklister og protokoller for å sikre at viktig informasjon og oppgaver ikke blir oversett.

Imidlertid viser resultatene fra denne undersøkelsen at flertallet av informantene mente at ledelsen ikke arbeidet godt nok med å forbedre pasientsikkerheten i deres avdeling. Dette til tross for økt fokus på kvalitet og sikkerhet for pasientene i helsevesenet i Norge de siste 15-20 årene. I denne perioden har også mange prosjekter og initiativer for å forbedre dette, både nasjonalt, regionalt og lokalt blitt iverksatt.

Ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg sammenfattet funnene, der konklusjonen på problemstillingen og forskningsspørsmålene blir svart ut:

Har avvikssystemet effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar det til bedre pasientsikkerhet?

Det virker ikke som potensialet for læring av avvikssystemet er utnyttet ved noen av de tre avdelingene hvor det ble gjennomført intervju. Avdelingene bør jobbe med å gi tilbakemelding på innmeldte hendelser til melderens så snart som mulig, samtidig som hendelsene blir distribuert ut til alle ansatte ved avdelingen i tekstformat når de er behandlet. Dette skaper læring og gjennomsiktighet i avdelingene for de ansatte. Det er også viktig å skape gode diskusjonsarenaer for gjennomgang og læring av uønskede hendelser i avdelingen, ved for eksempel morgenmøter. Avvikssystemet har effekt på læring av uønskede hendelser, og bidrar til bedre pasientsikkerhet, men enkelte forutsetninger må være på plass. Disse er beskrevet i svarene på forskningsspørsmålene i teksten under:

Meldes alle uønskede hendelser? Eventuelt hvorfor ikke?

Informantene gir uttrykk for at avvik ikke alltid blir rapportert, spesielt de som ikke nødvendigvis resulterer i pasientskader, men som likevel utgjør en potensiell fare for nesten-uhell. Informantene beskriver at dette kan skyldes begrenset tid til å rapportere om uønskede hendelser, og at de ikke ønsker å gå overtid for å rapportere om hendelsen. Det å ikke ha tid, eller ta seg tid til å skrive virker som en gjentakende problemstilling hos informantene. En felles oppfatning er også at ikke alle mindre medikamentfeil blir rapportert, og det antydes at det kan være feil som ansatte ikke tørr å melde fra om. De beskriver også uformelle møtepunkter hvor man diskuterer avvik man skulle ha meldt, informantene beskriver disse møtepunktene som spesielt verdifulle, for her kommer det frem detaljer som ikke alltid er like lett å beskrive i et avvikssystem. Til tross for dette er de klar over viktigheten med å melde inn uønskede hendelser. Disse møtepunktene kan også brukes til å gi tilbakemeldinger til ledelsen. Dette kan bidra til å gi positive tilbakemeldinger når noen gjør noe bra, eller påpeke bekymringer og risikoer som kan påvirke pasientsikkerheten.

Forbedringsforslag.

- ✓ Ledelsen må jobbe med endringstiltak slik at alle typer meldinger blir meldt i avvikssystemet, også nesten-uhell som ikke nødvendigvis medførte pasientskade.

- ✓ Tilrettelegge for at ansatte får tid til å rapportere om uønskede hendelser i arbeidstiden.
- ✓ Jobbe videre med å skape arenaer for diskusjoner rundt uønskede hendelser.

I hvilken grad endres praksis som følge av avvikssystemet?

Til tross for at informantene opplever at det skjer lite når de melder inn, virker det som om ledelsen tar tak i de mer alvorlige hendelsene ved avdelingene. Det kan være at både ledere og ansatte oppfatter dette som en aktivitet med stort risikopotensiale, noe som fører til rask respons fra både melder og leder. Informantene beskriver en ledelse med høy arbeidsbelastning, der bemanningsproblemer og den daglige driften av avdelingen legger beslag på mye av tiden. Informantene beskriver også konkrete endringer som har blitt gjort, eller opplæring/sjekklistor som har blitt introdusert etter at lignende hendelser har blitt rapportert gjentatte ganger. Dette viser at avdelingene faktisk bruker rapporteringssystemet for å lære og forbedre seg, og at det fører til konkrete endringer i praksis. Men disse endringene virker mer sporadiske, uten at dette er satt i system.

Selv om informantene rapporterer uønskede hendelser og avvik gjennom avvikssystemet, er det ofte misnøye med tilbakemeldingene som ansatte mottar. Informantene opplever at avvikene ikke blir godt nok fulgt opp i avdelingen de jobber ved, og at de sjelden får direkte tilbakemeldinger på de uønskede meldingene som de melder inn. For å oppnå en god kultur for rapportering av uønskede hendelser er det av avgjørende betydning at melder får tilbakemelding på rapporterte hendelser (Reason, 1997). Hvis dette ikke skjer kan dette føre til at de ansatte slutter å rapportere. Dette kan påvirke hele rapporteringskulturen negativt, og føre til at ansatte mister troen på at meldingene er viktige og at meldingene kan bidra til å bedre pasientsikkerheten (Dekker, 2012).

Forbedringsforslag:

- ✓ Opprette et system for tilbakemelding til melder av den uønskede hendelsen.
- ✓ Systematisere innmeldte meldinger, for kontinuerlig å endre praksis basert på disse meldingene.
- ✓ Følge opp iverksatte forbedringstiltak.

Hvordan kan avdelingen / organisasjonen lære av uønskede hendelser?

Informantene beskriver meldesystemet som en viktig del av læringen i avdelingen. For å oppnå læring utover individnivå, er det nødvendig med et system for registrering av uønskede hendelser (Donaldson, 2002). Rapporteringssystemet er et viktig verktøy for å fremme en kultur for læring og forbedring i avdelingene. Ved å analysere rapporterte hendelser kan avdelingene identifisere mønstre, årsaker og områder for forbedring, noe som igjen fører til mer effektive kvalitetsforbedringstiltak (Reason, 2000). Alle er innforstått med læringseffekten for avdelingen ved å innrømme sine egne feil, og tørre å melde avvik på seg selv. Men at det er en ekstra påkjenning å utlevere seg selv på denne måten. Informantene beskriver at det er viktig at ledelsen tar alle slike hendelser på alvor for å kunne skape en god kultur for å diskutere egne og andres hendelser, man må skape arenaer for diskusjon og læring for å få dette til. Når ansatte føler seg trygge og oppfordret til å rapportere avvik, kan avdelingen dra nytte av deres erfaringer og lære av dem for å unngå å gjøre samme feil i fremtiden (Aase, 2018). Informantene beskriver at de blant annet lærer av andre avvik ved at de blir ekstra oppmerksomme hvis for eksempel en medikamenthendelse har skjedd, slik at en lignende hendelse ikke skal skje igjen. Informantene beskriver også de uformelle møtepunktene man har som verdifulle. Disse møtene kan bidra til læring og forståelse om hva som har skjedd, men også hva som kan gjøres for å unngå lignende hendelser i fremtiden.

For å lære av andres feil, må ledelsen distribuere de uønskede hendelsene i et bearbeidet referat og skape arenaer for diskusjoner rundt de uønskede hendelsene. Mange av informantene beskriver at dette er noe som mangler i avdelingen, og at også erfarne sykepleiere må gå foran som gode eksempler for å skape arenaer for diskusjoner rundt uønskede hendelser. De savner en tilbakemelding på hva man kunne gjort for at den aktuelle hendelsen ikke skal skje igjen, men også en samtale med leder hvis de har vært involvert i en hendelse, istedenfor å få det på for eksempel epost.

De andre arenaene for læring som informantene beskriver er igjennom morgenmøtene, de fleste avdelingene har morgenmøter som man kan benytte til denne type diskusjoner. Alle avdelingene har en form for informasjonsavis som blir sendt ut ved ujevne mellomrom, men det er bare en av disse avdelingene som benytter denne informasjonskanalen til å beskrive avvik som har skjedd i avdelingen.

To av avdelingene benyttet seg av en pasientsikkerhetstavle, der man hadde plukket ut to temaer som avdelingen ønsker å forbedre seg på, erfaringer med disse tavlene viser gode resultater ifølge informantene.

Tilbakemeldingene fra informantene var et behov om tilbakemeldinger på uønskede hendelser som hadde blitt sendt inn. Dette viser at informantene ønsker å bli informert om hvordan avdelingen håndterer uønskede hendelser og hva som blir gjort for å forhindre at slike hendelser skjer igjen. Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver forutsetningene som må være til stede for at organisatorisk læring skal finne sted. Det innebærer at avdelingen må ha effektive systemer for å dele og kommunisere læring og kunnskap mellom sine ansatte, og at medlemmene i organisasjonen omsetter den kollektive kunnskapen til handling. Det er ikke nok at enkeltpersoner har kunnskap, den må også bli praktisert og innlemmet i avdelingens arbeid (Kongsvik et al., 2018).

Forbedringstiltak:

- ✓ Avdelingene bør distribuere de uønskede hendelsene i et bearbejdet referat der de uønskede hendelsene er beskrevet med eventuelle tiltak.
- ✓ Avdelingene bør bruke allerede etablerte møtepunkter som for eksempel morgenmøter, som en arena for å kunne diskutere og lære av uønskede hendelser.
- ✓ Avdelingene bør etablere rutiner for opplæring av ansatte ved meldinger på gjentatte uønskede hendelser.

Bidrar avvikssystemet til bedre pasientsikkerhet?

Alle informantene beskriver avvikssystemet som en sentral del for læring av uønskede hendelser, men at visse forutsetninger må være til stede for at avvikssystemet skal bidra til bedre pasientsikkerhet. Informantene uttrykker at tilbakemeldinger på rapporterte hendelser ikke er godt nok. Ledelsen må sørge for tilbakemelding til de ansatte som har meldt meldingen for at dette skal ha effekt, men også distribuere disse hendelsene ut i avdelingen for å skape arenaer for læring og gjennomsiktighet i avdelingen. Informantene påpeker at ikke alle avvik blir rapportert, spesielt de som ikke fører til pasientskader. Begrenset tid til rapportering beskrives også som av årsakene til underrapportering.

Det som var tankevekkende var at flertallet av informantene ga uttrykk for at ledelsen ikke jobbet godt nok med pasientsikkerheten i deres avdeling, når de skulle beskrive ledelsens arbeid med på å forbedre pasientsikkerheten. Informantene beskriver at mye av ledelsens tid går med til å dekke opp fravær og sikre den daglige driften av avdelingen. Ubesatte stillinger i avdelingene gjør dem ekstra sårbare. Konsekvensen av at man ikke har nok bemanning er at pasientene ikke får den kvaliteten på behandlingen som de skal ha, eller i ytterste konsekvens at man må stenge sengeplasser. Dette er også er en potensiell fare for pasientsikkerheten da man kan risikere at pasienter ikke kommer til riktig avdeling med riktig kompetanse. Det nevnes også et behov for flere støttefunksjoner i avdelingene, kanskje kunne innføring av dette bidratt til at ledelsen ved de ulike avdelingene kunne fått mer tid til pasientsikkerhetsarbeid ved sin avdeling?

Som tidligere beskrevet virker det som om ledelsen tar tak i de mer alvorlige hendelsene ved avdelingene. Det kan være at både ledere og ansatte oppfatter dette som en aktivitet med stort risikopotensiale, noe som fører til rask respons fra både melder og leder. Informantene beskriver også rutineendringer etter gjentatte meldinger på samme grunnlag, alle gir konkrete eksempler på dette. Dette viser at avdelingene faktisk bruker rapporteringssystemet for å lære og forbedre seg, og at systemet bidrar til bedre pasientsikkerhet. Til tross for disse eksemplene virker det som disse endringene er av mer sporadisk karakter, og at tiltak fra hendelsene i avvikssystemet ikke er systematisert. Overordnet virker det som den daglige driften tar så mye tid fra avdelingens ledelse at oppfølging av pasientsikkerheten i forhold til innmeldte hendelser i avvikssystemet blir skadelidende.

Forbedringstiltak:

- ✓ Frigjøre tid til avdelingsledelsen ved at personell med annen kompetanse kan jobbe med å dekke opp ved fravær som følge av for eksempel sykdom i avdelingen.
- ✓ Involvere flere ansatte i avdelingen som periodevis kan ha ansvar for den daglige driften. Som igjen frigjør tid til avdelingsledelsen.

Forslag til videre forskning og oppfølging

I denne studien ble seks sykepleiere ved tre ulike avdelinger intervjuet, det hadde vært interessant å få leders perspektiv på om avvikssystemet bidrar til læring av uønskede hendelser, og om det bidrar til bedre pasientsikkerhet. Dette kunne være en aktuell studie å forske videre på.

De seks sykepleierne kom fra en sengepost, en overvåkningsavdeling og en intensivavdeling, fordi om disse avdelingene er forskjellige var svarene fra informantene veldig like. Til tross for at de er fra avdelinger med forskjellig formål og oppbygning, ga informantene uttrykk for at de fikk lite eller ingen tilbakemelding på uønskede hendelser som de meldte inn. Videre forskning kunne vært å inkludere tilsvarende avdelinger ved ulike sykehus i Norge for å se om dette med tilbakemelding på uønskede hendelser et fenomen ved St. Olavs Hospital, eller om dette er en nasjonal utfordring.

Litteraturliste

- Argyris, Chris. (1977). Double loop learning in organizations. *Harvard business review*, 55(5), 115.
- Argyris, Chris & Schön, Donald A. (1996). *Organizational learning II : theory, method, and practice*. Addison-Wesley.
- Cook, Richard, Woods, David & Miller, C. A. (1998). A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety.
- Dalland, Olav. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. utg.). Gyldendal.
- Dekker, Sidney. (2006). *The field guide to understanding human error*. Ashgate.
- Dekker, Sidney. (2012). *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Milton: CRC Press.
<https://doi.org/10.4324/9781315251271>
- Donaldson, Liam. (2002). An organisation with a memory. *Clin Med (Lond)*, 2(5), 452-457.
<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452>
- FHI. (2022). *Nasjonale og regionale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i pasientbehandlingen*. Folkehelseinstituttet
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/nasjonale-og-regionale-melde-og-varselordninger-for-uonskede-hendelser-i-pasientbehandlingen-rapport-2022.pdf>
- Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet (2005).
<https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2005-06-17-610>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
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. (2021a). *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norsk-kodeverk-for-uonskede-pasienthendelser>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Pasientskader i Norge, Målt med Global Trigger Tool*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2021-malt-med-global-trigger-tool/vedlegg/Pasientskader%20i%20Norge%202021%20-%20m%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf?download=false>
- Hjort, Peter F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok*. Gyldendal akademisk.
- Hollnagel, Erik. (2014). *Safety-I and safety-II: the past and future of safety management* (1. utg.). Farnham: Ashgate Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1201/9781315607511>
- Hollnagel, Erik, Braithwaite, Jeffrey & Wears, Robert L. (2015). *Resilient health care : Vol. 2 : The resilience of everyday clinical work* (Bd. Vol. 2). Ashgate.
- Hollnagel, Erik, Wears, Robert & Braithwaite, Jeffrey. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A White Paper*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4051.5282>
- I trygge hender 24/7. (2020). *ForBedring vil gi bedre pasientsikkerhetskultur*. Hentet 21.04.2023 fra <https://www.itryggehender24-7.no/malinger/pasientsikkerhetskultur/forbedring-vil-gi-bedre-pasientsikkerhetskultur>
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.

- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Johannessen, Asbjørn, Christoffersen, Line & Tuft, Per Arne. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, Lars E. F., Rafoss, Tore Witsø & Rasmussen, Erik Børve. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Kongsvik, Trond Øystein, Albrechtsen, Eirik, Antonsen, Stian, Herrera, Ivonne, Hovden, Jan & Schiefloe, Per Morten. (2018). *Sikkerhet i arbeidslivet*. Fagbokforlaget.
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret & Rygge, Johan. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lawton, R. & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 15-18. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.15>
- Leape, Lucian L. (2009). Errors in medicine. *Clin Chim Acta*, 404(1), 2-5. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2009.03.020>
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 13 (2016–2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?ch=3>
- Miller, Vivian B. & Jones, Terry L. (2011). *Creating a just culture : a nurse leader's guide*. HCPro.
- Moi, E, Söderhamn, U, Marthinsen, G & Flateland, S. (2019). Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien Forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2019/01/verktoyet-isbar-forer-til-bevisst-og-strukturert-kommunikasjon-helsepersonell>
- Moland, Leif E. & Bråthen, Ketil (2021). Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene. <https://www.fao.no/zoo-publikasjoner/fao-rapporter/heltids-og-deltidsansettelser-i-sykehusene>
- Nonaka, Ikujiro & Takeuchi, Hirotaka. (1995). *The knowledge-creating company : how Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helsepersonellkommisjonen. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NPE. (2023). *Helsepersonell varslet om fire av ti feilbehandlinger på sykehus*. Norsk pasientskade erstatning. Hentet 21.04.2023 fra <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/helsepersonell-varslet-om-fire-av-ti-feilbehandlinger-pa-sykehus/>
- OECD. (2017). *The economics of patient safety*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Hentet 09.05.2023 fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. (2018). *Tavlemøter – Hvorfor og hvordan bruke dem* Hentet 10.05.2023 fra https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/se-presentasjonene-fra-konferansen_2/_attachment/download/44cbd789-b7de-4f3a-863a-031d0e50bd91:a1f15384da9eada5dfa9e3aea279f2db0ae387da/p3-tavlemoter-hvorfor-og-hvordan-bruke-dem.pdf
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. (2023). *ISBAR-sjekkliste*. Hentet 21.04.2023 fra https://www.itryggehender24-7.no/sok/_attachment/inline/7c89f2ae-ae0b-4ba5-9d3e-b72796924c70:ab5504c818796e771beaadce0027771c2bc11682/isbar.pdf
- Pedersen, Beth Lilja & Mogensen, Torben. (2003). *Patientsikkerhed : fra sanktion til læring*. Munksgaard.
- Reason, James. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Reason, James. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate.

- Reason, James. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Regjeringen.no. (2022). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Sari, Ali Baba-Akbari, Sheldon, Trevor A., Cracknell, Alison & Turnbull, Alastair. (2007). Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*, 334(7584), 79-81. <https://doi.org/10.1136/bmj.39031.507153.AE>
- Sikkerhetsforum. (2019). *Læring etter hendelser, Rapport fra Sikkerhetsforum 2019*. <https://www.ptil.no/trepartsamarbeid/sikkerhetsforum/rapporter/rapport-fra-sikkerhetsforum-laring-etter-hendelser/>
- St. Olavs Hospital. (2022). *Melding om uønskede hendelser og forbedringsforslag internt ved St Olavs hospital HF*. <http://www.egsstolav/cgi-bin/document.pl?pid=stolav&DocumentID=32327&UnitID=142>
- Stavropoulou, Charitini, Doherty, Carole & Tosey, Paul. (2015). How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Milbank Quarterly*, 93(4), 826-866. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>
- Sykepleien.no. (2017). *Flest pasientklager på fallskader i sykehus*. Hentet 16.08 fra <https://sykepleien.no/2017/08/flest-pasientklager-pa-fallskader-i-sykehus>
- Tjora, Aksel Hagen. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- UKOM. (2021). *Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten*. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Hentet 28.05.2023 fra <https://ukom.no/>
- UKOM. (2023). *Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser*. S. u. f. h.-o. omsorgstjenesten. <https://ukom.no/laering-og-refleksjon/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser>
- VAR Healthcare. (2023). *Nasogastrisk ernæringssonde: Metoder for kontroll av sondeposisjon*. Hentet 06.06.2023 fra <https://www.varnett.no/portal/content/7220/18>
- Waring, Justin & Currie, Graeme. (2011). *The Politics of Learning: The Dilemma for Patient Safety*. I (1. utg., s. 133-150). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315565200-8>
- WHO. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. World Health Organization. Hentet 13.01.2023 fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
- Wiig, Siri, Aase, Karina, Billett, Stephen, Canfield, Carolyn, Røise, Olav, Njå, Ove, Guise, Veslemøy, Haraldseid-Driftland, Cecilie, Ree, Eline, Anderson, Janet E., Macrae, Carl, Bourrier, Mathilde, Berg, Siv Hilde, Bergerød, Inger Johanne, Schibevaag, Lene, Øyri, Sina Furnes, Sjøseth, Silje, O'Hara, Jane, Kattouw, Christophe Edward, Kalakou, Foteini Tsandila, Bentsen, Signe Berit, Manser, Tanja & Jeppesen, Elisabeth. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 330-330. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>
- Aase, Karina. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg. utg.). Universitetsforlaget.
- Aase, Karina. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.

Figurliste

Figur 1 Lærings sirkel – sammenheng mellom læring på individ – og organisasjonsnivå Jacobsen og Thorsvik (2019, s.355).....	22
Figur 2 Enkeltkretslæring og dobbelkretslæring (Sikkerhetsforum, 2019).....	24
Figur 3 Sveiserostmodellen (Reason, 1997).....	28
Figur 4 Den skarpe og den butte enden i helsetjenesten (Cook et al., 1998; Hjort, 2007)	28
Figur 5 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type, sengepost.....	53
Figur 6 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type nivå 2, sengepost.	53
Figur 7 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type, overvåkningsenhet.	54
Figur 8 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type nivå 2, overvåkningsenhet.....	54
Figur 9 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type, intensivsenhet.....	55
Figur 10 Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelses type nivå 2, intensivsenhet.	55

Tabelliste

Tabell 1 Tabell 1 Sikkerhet-I og Sikkerhet-II (Hollnagel, 2014; Aase, 2022).....	35
Tabell 2 Søkord.....	36
Tabell 3 Beskrivelse av søkemotorer.....	37
Tabell 4 Informasjon om informantene	41
Tabell 5 Eksempel på hvordan dataene ble kodet etter intervjuene	44
Tabell 6 Resultater fra Forbedring 2022	50
Tabell 7 Beskrivelse av hendelsestype	52
Tabell 8 Beskrivelse av hovedfunn	74

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan kan feil gjort i en sykehusavdeling bidra til læring og bedre pasientsikkerhet?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er fullføring av min masteroppgave i organisasjon og ledelse ved NTNU i Trondheim. I dette skrivet vil du få informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Bakgrunnen for denne oppgaven er min interesse for pasientsikkerhet og hvordan man kan lære av feil/avvik gjort i en avdeling ved et sykehus. I denne oppgaven ønsker jeg å se på:

Brukes avdelingens meldesystem til å endre praksis?

Meldes alle uønskede hendelser? Eventuelt hvorfor ikke?

Hvordan kan avdelingen / organisasjonen lære av feil som blir gjort?

Jeg ønsker å intervju deg for å få din oppfatning rundt temaet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap er hovedansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju 2 ansatte ved 3 ulike avdelinger. En vil være en medisinsk sengepost, en vil være overvåkningsavdeling og den siste vil være en intensivavdeling for å sammenligne hvordan de ulike avdelingene lærer av sine feil. Og om de endrer praksis for en bedre pasientsikkerhet som følge av dette.

Tillatelse for å gjennomføre intervjuet er innhentet fra seksjonsleder ved din avdeling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil benytte meg av kvalitativ metode ved intervju, med lydopptak.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet ut fra en intervjuguide. Dette vil ta ca. 60 minutter. Intervjuguiden vil inneholde spørsmål om pasientsikkerhet, rapportering og læring.

Jeg vil ta lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt navn og din avdeling vil ikke bli knyttet til intervjuet. Jeg vil tolke og bruke deler av intervjuet inn i oppgaven, men på en slik måte at det vil være anonymisert. Du vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har beskrevet om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Rett etter hvert intervju vil lydopptaket bli overført til en passordbeskyttet pc i en kryptert filmappe. Ingen andre vil ha tilgang på disse dataene.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes innen 31.01.2023. Når sensur er falt vil alle lydopptak bli slettet og datamaterialet med dine personopplysninger anonymisert.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg vil behandle opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

Knut Christian James Hiorth på epost: kchiorth@stud.ntnu.no eller på telefon 988 56 817

Eller ansvarlig veileder fra NTNU: Tor Erik Evjemo, epost: tor.erik.evjemo@gmail.com

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen
Knut Christian James Hiorth

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan kan feil gjort i en sykehusavdeling bidra til læring og bedre pasientsikkerhet?*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Fase	Spørsmål / Informasjon
Informasjon før opptak.	<ul style="list-style-type: none"> • Informer om hva som er temaet for intervjuet • Informer om taushetsplikt og anonymitet. • Spør om informanten har noen spørsmål før vi starter. • Samtykke til opptak. • Start opptak hvis samtykke.
Generelt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er du fast ansatt ved denne avdelingen? 2. Har du jobbet her lenge? 3. Hvilke andre avdelinger har du eventuelt jobbet ved? 4. Hvor lenge har du eventuelt jobbet ved de ulike avdelingene? 5. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
Pasientsikkerhet	<ol style="list-style-type: none"> 6. Hva legger du i begrepet pasientsikkerhet? 7. Vet du om rutiner avdelingen har for å ivareta pasientsikkerheten? 8. Hva er ditt bidrag til disse rutinene? 9. Hvordan vil du beskrive ledelsens arbeid med å forberede pasientsikkerheten. 10. Er det noe ved din avdeling som kan være en fare for pasientsikkerheten? 11. Finnes det noen barrierer eller faktorer i arbeidshverdagen som er til hinder for forbedring av pasientsikkerheten? 12. Følger ledelsen opp tiltak som bidrar til å forbedre pasientsikkerheten?
Rapportering	<ol style="list-style-type: none"> 13. Vet du hvilket system avdelingen har for å rapportere feil/avvik? 14. Har du noen gang meldt om feil/avvik i EQS? <ul style="list-style-type: none"> - Har du vært involvert i uønskede hendelser? - Har du fått tilbakemelding på de meldingene som har blitt sendt inn? - Fra hvem? - Opplever du at de tilbakemeldingene du får er bra nok? 15. Tar ledelsen tak i de eventuelle sikkerhetsproblemene som meldes inn? 16. Hvordan blir det mottatt dersom man er kritisk til pasientbehandlingen? <ul style="list-style-type: none"> - Finnes det temaer som ikke aksepteres meldt inn? - Har ledelsen gitt uttrykk for at de er lei av alle meldingene som kommer inn? 17. Er det rom for at ansatte kan komme med innspill som forbereder pasientsikkerheten? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan blir disse tilbakemeldingene mottatt? <p>Hvordan opplever du kulturen for å kunne diskutere din og andres feil i avdelingen? Med kollegaer og ledelsen.</p>
Læring	<ol style="list-style-type: none"> 18. Hvordan lærer dere av andres feil her på avdelingen? <ul style="list-style-type: none"> - Endres for eksempel rutiner, eller innføres nye etter gjentatte feil meldt på samme grunnlag?

	<p>- Lærer du noe av andres feil/avvik?</p> <p>19. Opplever du at læring av feil/avvik også foregår på andre måter enn igjennom rapporteringssystemet?</p> <p>20. Hva gjøres her på avdelingen for å lære av feil som har oppstått og for å hindre gjentakelse av disse?</p> <p>Er det noe rundt rapporteringsprosessen som kunne vært gjort annerledes? for å øke potensialet for læring i avdelingen og-/eller sykehuset som helhet.</p>
--	--

