

2010

Uønskede hendelser i kommunale sykehjem



Janne Gro Alsvik

Masteroppgave i helse- og sosialfag,
Samfunnsvitenskaplig fakultet, Institutt for
helsefag, Universitetet i Stavanger.

I samarbeid med Stavanger Kommune

28.07.2010

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:
Vår 2010

FORFATTER: Janne Gro Alsvik

VEILEDER: Karina Aase, Professor i sikkerhet, Institutt for helsefag, UiS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Uønskede hendelser i kommunale sykehjem

Engelsk tittel: Medical errors in nursing homes

EMNEORD/STIKKORD: Pasientsikkerhet, uønskede hendelser, kommunale sykehjem

ANTALL SIDER: 66

STAVANGER 28.07.2010
DATO/ÅR



*Bildet viser Amalia Raben, gift med
Andreas Munch, malt av Anna E. Munch i
1896. Bildet tilhører Stavanger
bymuseum og er hentet fra museets utstilling
"Alderdom - fryd og frykt" (2009)*

Sammendrag

Det siste tiåret har det skjedd en økt forskningsinnsats i forhold til arbeidet med å ivareta og fremme pasientsikkerhet i helsesektoren. På den første norske pasientsikkerhetskonferansen som ble avholdt i 2008 ble det likevel fremhevet av det er for lite kunnskap om de norske forholdene knyttet til pasientsikkerhet (Aase, 2010).

En studie fra spesialisthelsetjenesten utført ved Universitetet i Stavanger (Aase m.fl., 2006) stadfester at fokuset på sikkerhet er lågt i helsesektoren. Et av hovedfunna i denne studien som er utført ved et norsk sykehus er at helsepersonell i for liten grad rapporterer om feil eller uønskede hendelser.

Det finnes noen forskningsstudier knyttet til uønskede hendelser også i den kommunale helsetjenesten i Norge. Disse er derimot få og fokuserer i hovedsak på legemiddelhåndtering og fall. Frem til nå har forskningen på området i hovedsak foregått i spesialisthelsetjenesten.

Denne masteroppgaven studerer uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Nærmere bestemt omfang av uønskede hendelser, hvilke uønskede hendelser som rapporteres, hvordan disse blir registrert samt helsepersonells opplevelse og erfaringer med håndteringen av disse. Studien ser videre på bakenforliggende årsaker til omfang av registreringene, knytter disse til rapporteringskulturen og spør om det finnes en mulig underrapportering av uønskede hendelser i sykehjem. Masteroppgaven inngår i et forskningssamarbeid med Stavanger Kommune, oppvekst og levekår. Formålet med forskningsstudien har vært å utvikle ny kunnskap knyttet til uønskede hendelser i kommunale sykehjem for å se hvilke utfordringer sykehjem står ovenfor med tanke på pasientsikkerhet.

Studien er forskningsbasert og bygger på eksisterende teorier og studier internasjonalt og innen norsk helsevesen. James Reason har utviklet et begrepsapparat innen sikkerhetskultur (1997). Sikkerhetskulturen i en organisasjon består i følge Reason av flere komponenter. Rapporteringskultur er en av dem. I denne oppgaven vil jeg bruke teori om rapporteringskultur. Reason har beskrevet flere viktige faktorer som han mener må ligge til grunn for en god rapporteringskultur, og i oppgaven vil følgende faktorer diskuteres: (1) ansatte må sikres mot disiplinære tiltak, (2) anonymitet, (3) skille mellom enheter som samler inn, analyserer og rapporterer hendelser og enheter som sanksjonerer, (4) rapporteringssystemet må være brukervennlig. Disse faktorene brukes som utgangspunkt for å belyse funnene i studien.

Studiens metodologi er basert på et eksplorerende design med bruk av metodetriangulering. Empirisk datamateriale består av kvalitative intervju med syv sykehjemsansatte på to sykehjem samt et nøkkelintervju med en ansatt i Stavanger Kommune. Kvantitative data består av et tallmateriale som viser antall uønskede hendelser per sengeplasser for 9 sykehjem i en treårs periode, kategoriserte typer av uønskede hendelser for disse sykehjemmene for 2009, samt 25 eksempler på rapporterte uønskede hendelser fra sykehjemmene.

Resultatene fra det kvantitative datamaterialet viser at fall, feilmedisinering/nesten feil samt rutinesvikt er de uønskede hendelsene som rapporteres hyppigst i kommunale sykehjem. Videre viser tallmaterialet en variasjon mellom alle sykehjemmene fra 2,00 til 9,20 rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser per år gjennom hele treårsperioden.

MTO – analyse er brukt som et verktøy for å systematisere og kategorisere de kvalitative dataene i studien. Masteroppgaven avdekker ulike forhold både ved de menneskelige (M), teknologiske (T), og organisatoriske (O) bakenforliggende årsakene til omfanget av uønskede hendelser ved sykehjemmene i studien. Sykehjemmene rapporterer uønskede hendelser i et elektronisk rapporteringssystem. Funn viser at informantene mener at rapporteringssystemet er lett å bruke og at skjema for rapportering er enkelt å fylle ut, men likevel kan det tyde på at sykehjemsansatte har ulik kunnskap knyttet til bruken av systemet og skjema ser ikke alltid ut til å bli fylt ut like godt. Videre viser funn at hoveddelen av informantene ikke ser nytteverdien av å rapportere uønskede hendelser på sykehjemmene. Studien avdekker også ulike trekk ved rapporteringskulturen på de to sykehjemmene. Det kan virke som om spesielt et av sykehjemmene i studien har en rapporteringskultur preget av lojalitet ovenfor både kollegaer og sykehjemsledelsen.

Studien konkluderer med at rapporteringskulturen på de to sykehjemmene har positive og negative elementer i seg. Det generelle er at sykehjemsledelsen ser ut til å ha det rette fokuset i arbeidet. De prøver å tilstrebe det Reason (2000) kaller en systemtilnærming og er ikke ute etter å finne ”syndebukker”. Likevel virker det som om sykehjemsledelsen på et av sykehjemmene har en negativ holdning og praksis i forhold til disiplinære tiltak. Et negativt element for rapporteringskulturen er også at rapporteringssystemet ikke er anonymt. Dette gjelder for begge sykehjemmene. Negative erfaringer fra ansatte knyttet til å rapportere kollegaer bekrefter dette. Funn knyttet til MTO -analysen tyder også på at det finnes en sannsynlig underrapportering av uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Det trengs derfor

flere forskningsstudier knyttet til rapporteringskultur og sammenlikning av omfanget av rapportering av uønskede hendelser i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten for å undersøke dette nærmere.

Forord

Denne oppgaven skrives som en avsluttende del av min mastergradsstudie i helse og sosialfag, ved Universitetet i Stavanger. Arbeidet med masteroppgaven knyttet til uønskede hendelser i kommunale sykehjem har vært en spennende og lærerik prosess.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Karina Aase, Professor i sikkerhet, ved Universitetet i Stavanger for å ha veiledet meg på en utrolig fin måte. Hun har gitt meg inspirasjon, gode innspill og tilbakemeldinger og vist meg stor tillit gjennom hele veiledningsperioden. Takk!

Oppgaven er basert på et samarbeid med Stavanger Kommune, avdeling oppvekt og levekår. På bakgrunn av dette vil jeg også rette en takk til dem for å ha bidratt i innsamling av datamaterialet i studien min. Takk også til de ni kommunale sykehjemmene som samtykket til deltakelse i studien.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til informantene som har deltatt i studien. Både nøkkelinformant samt de sykehjemsansatte som har latt seg intervjuet av meg. De har bidratt til at oppgaven både har blitt nyansert og beriket i form av beskrivelser og opplevelse knyttet til rapportering og håndtering av uønskede hendelser i kommunale sykehjem. De har tatt seg tid, vært svært imøtekommende og bidratt i et viktig arbeid.

Stavanger, 28. juli, 2010

Janne Gro Alsvik

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Forord

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Hensikten	3
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.4 Avgrensning	4
1.5 Faglig samarbeid	4
1.6 Brukerperspektivet	4
1.7 Oppgavens struktur	5
2.0 Teori	6
2.1 Viktige begreper	6
2.2 Tidligere forskningsstudier	7
2.3 Rapporteringskultur	10
2.4 MTO – analyse	11
3.0 Design og metode	15
3.1 Metodeoverveieelse	15
3.2 Litteratur-søk	16
3.3 Utvalg	18
3.4 Innsamling av data	20
3.5 Bearbeidelse av data	22
3.6 Fordeler og ulemper ved metodevalg	23
3.7 Forskningsetiske vurderinger	25
4.0 Kontekst	26
4.1 Stavanger Kommune	26
4.2 Kommunale sykehjem	28
4.3 Rammebetingelser	28
4.4 Lov og forskriftsverk	29

5.0 Funn	30
5.1 Eksempler på rapporterte uønskede hendelser	31
5.2 Omfang av uønskede hendelser på sykehjem	35
5.3 Teknologiske faktorer	36
5.3.1 Systemer	37
5.3.2 Prosedyre	37
5.3.3 Rapporteringsskjema	39
5.4 Menneskelige faktorer	40
5.4.1 Grupper av helsepersonell på sykehjem	40
5.4.2 Kunnskap blant brukerne av rapporteringssystemet	41
5.4.3 Vilje/uvilje, motivasjon og holdninger til rapportering	45
5.4.4 Lojalitet ovenfor kollegaer og ledelse	47
5.5 Organisatoriske faktorer	48
5.5.1 Tilbakemelding og kommunikasjon	48
5.5.2 Sykehjemsledelsens støtte til pasientsikkerhet	49
5.5.3 Nytteverdien av å registrere uønskede hendelser	51
5.6 Underrapportering	52
6.0 Diskusjon	54
6.1 Ansatte må være sikret mot disiplinære tiltak	54
6.2 Anonymitet	56
6.3 Skille mellom enheter som samler inn, analyserer og rapporterer og enheter som sn sanksjonerer	57
6.4 Rapporteringssystemet må være brukervennlig	59
7.0 Konklusjon	61
7.1 Svar på forskningsspørsmål	61
7.2 Videre forskning	63
Litteratur	65

- Vedlegg:**
1. Invitasjon til å delta i forskningsstudie (Brev 1)
 2. Invitasjon til å delta i forskningsstudien ”Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester” (Brev 2)
 3. Invitasjon til å samarbeide i forskningsstudien ”Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester”
 4. Svarbrev vedrørende samarbeid om forskningsstudien
 5. Intervjuguide (nøkkelintervju)
 6. Intervjuguide (sykehjemmene)
 7. Samtykkeerklæring (kvantitativ del)
 8. Samtykkeerklæring (kvalitativ del)
 9. Framleggsvurdering Rek, vest
 10. Prosedyre avvikshåndtering helse- og sosial
 11. Skjema ”Avvik i sosial- og helse”

1.0 Innledning

Det siste tiåret har det skjedd en økt forskningsinnsats i forhold til arbeidet med å ivareta og fremme pasientsikkerhet i helsesektoren (Aase, 2010).

Den kraftige økningen av interessen for, og oppmerksomheten rundt sikkerhetstenkning i helsesektoren startet for fullt da American Institute of Medicine publiserte rapporten *"To Err is human"* i 1999 (Kohn m. fl., 2000). Rapporten var oppsiktsvekkende og den konkluderer med at uønskede hendelser er et stort problem. Uønskede hendelser i helsesektoren utgjør et alvorlig problem i alle land, også i Norge (Hjort, 2007).

Peter F. Hjort (2007) har gjennomgått internasjonale studier og i følge han finnes det ingen gode oversikter over omfang av uønskede hendelser i sykehjem. I Danmark kom den første store rapporten i 2006. Den gikk i gjennom 600 journaler og fant uønskede hendelser i 229. Derav 35,6 % knyttet til medisiner og 30,4 % knyttet til fallulykker. Konklusjonen fra denne studien er at uønskede hendelser er et stort, men skjult problem (Christensen & Nielsen, 2006). En amerikansk undersøkelse i seks sykehjem viste mangler ved rapporteringskulturen. Det sviktet på de viktige områdene kommunikasjon, samarbeid og ledelse. Det var en klar syndebukk-kultur og den førte til at ingen ville melde uønskede hendelser. Studien konkluderer med at det kreves en innsats for å skape en god rapporteringskultur (Scott-Cawiezell m.fl., 2006).

Dagens sikkerhetstenkning er opptatt av å finne bakenforliggende årsaker til at det skjer uønskede hendelser sett i et helhetlig perspektiv (Reason, 1997). Det er i følge denne tenkningen viktig kontinuerlig å identifisere og eliminere latente forhold som kan utløse uønskede hendelser. Oppbygging av en sunn rapporteringskultur innen helsevesenet blir slik en sentral del av dette arbeidet. Erfaringer fra internasjonale undersøkelser viser at ansattes rapporteringsvillighet er avgjørende for hvor godt rapporteringssystemer fungerer (Madsen, 2004).

James Reason har utviklet et begrepsapparat innen sikkerhetskultur (1997).

Sikkerhetskulturen i en organisasjon består i følge Reason av flere komponenter.

Rapporteringskultur er en av dem. I denne oppgaven vil jeg bruke teori om rapporteringskultur. Reason har beskrevet flere viktige faktorer som han mener må ligge til grunn for en god rapporteringskultur, og i oppgaven vil følgende faktorer diskuteres: (1) ansatte må sikres mot disiplinære tiltak, (2) anonymitet, (3) skille mellom enheter som samler

inn, analyserer og rapporterer hendelser og enheter som sanksjonerer, (4) rapporteringssystemet må være brukervennlig. Disse faktorene brukes som utgangspunkt for å belyse funnene i studien.

1.1 Bakgrunn

På den første norske pasientsikkerhetskonferansen som ble avholdt i 2008 ble det fremhevet at det er for lite kunnskap om de norske forholdene knyttet til pasientsikkerhet (Aase, 2010).

En studie utført ved Universitet i Stavanger (Aase m.fl., 2006) stadfester at fokuset på sikkerhet er lågt i helsesektoren. Et av hovedfunna i denne studien som er utført ved et norsk sykehus er at helsepersonell i alt for liten grad rapporterer om feil eller uønskede hendelser.

Det finnes noen forskningsstudier knyttet til uønskede hendelser også i den kommunale helsetjenesten. Disse er derimot få og fokuserer i hovedsak på legemiddelhåndtering og fall. Frem til nå har forskningen på området i hovedsak foregått i spesialisthelsetjenesten (Vincent, 2004).

En av studiene er en evaluering i fra sykehjem og hjemmesykepleie der hensikten var å få mer kunnskap om forekomst og konsekvenser av fall. Resultat fra studien viser at det er ønskelig at ledere i langt større grad må legge til rette for tverrfaglighet, samt etterspørre evaluering av tiltak rettet mot målgruppen (Gunnarshaug, 2007).

En rapport omhandler uønskede hendelser innen legemiddelhåndtering i kommunale helsetjenester (Bøe m.fl., 2004). Studien så på mulige årsaker og påvirkningsfaktorer knyttet til rapportering for å kartlegge forhold som gjør at legemiddelfeil / nesten feil registreres eller ikke registreres. Rapporten konkluderer med at ledere bør ta ansvar og følge opp med regelmessige personalmøter i virksomhetene, samt utarbeide en klarere og mer operativ definisjon av hva en uønsket hendelse er.

Videre er det en studie som undersøker holdninger hos sykehjemsansatte i forhold til rapportering av uønskede hendelser som er begått av kollegaer (Malmedal m.fl., 2009). Den undersøker også hvorvidt sykehjemsansattes holdninger er avhengige av alder, utdanning og erfaring hos de som jobber i helsevesenet. Studien konkluderer med at helsearbeidere har en moralsk og profesjonell plikt til å rapportere eller gi beskjed videre på vegne av deres pasienter, og arbeidsgiver har en plikt til å støtte dem i det. Institusjoner er nødt til å utvikle

og bruke mekanismer for å forstå og evaluere uønskede hendelser i pleien, og sykehjemsansatte må bli belønnet for å si i fra i stedet for å bli straffet for det. Resultatene fra alle disse studiene viser til at det er behov for mer forskning på området.

I denne masteroppgaven søker jeg derfor å studere uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Nærmere bestemt omfang av uønskede hendelser, hvilke uønskede hendelser som rapporteres, hvordan disse blir rapportert samt helsepersonells opplevelse og erfaringer med håndteringen av disse. Studien ser videre på bakenforliggende årsaker til omfang av rapporteringen, knytter disse til rapporteringskulturen og spør om det finnes en mulig underrapportering av uønskede hendelser på sykehjem.

1.2 Hensikten

Hensikten med denne studien har vært å utvikle ny kunnskap om hvordan pasientsikkerhet ivaretas i kommunale sykehjem, nærmere bestemt omfang av uønskede hendelser ved sykehjem, hvilke uønskede hendelser som rapporteres og hvordan.

Videre har hensikten med forskningsstudien vært å utvikle ny kunnskap knyttet til sykehjemsansattes opplevelse og erfaringer knyttet til rapportering, forståelse og analyse av uønskede hendelser. Ordet *ivareta* henspiller hvordan sykehjem i kommunehelsetjenesten faktisk jobber (eller ikke jobber) med uønskede hendelser.

Målet har vært å diskutere problemstillingen opp mot internasjonal forskningslitteratur, teori og egen empiri for å få oppmerksomhet rundt hva som bør ligge til rette for en god rapporteringskultur. I tillegg har målet vært å rette fokus på rapportering av uønskede hendelser i kommunale sykehjem for å kartlegge hvilke utfordringer sykehjemmene står ovenfor samt undersøke om det finnes en sannsynlig underrapportering av uønskede hendelser.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

”Hva er omfanget av uønskede hendelser i kommunale sykehjem og hvilke erfaringer har relevant helsepersonell knyttet til rapportering og håndtering av disse?”

Tilhørende forskningsspørsmål er:

- **Hvilke uønskede hendelser rapporteres i kommunale sykehjem og hvordan blir disse registrert?**
- **Hvordan opplever sykehjemsansatte at håndteringen av uønskede hendelser fungerer?**
- **Hva karakteriserer rapporteringskulturen i kommunale sykehjem?**
- **Hva er omfanget av rapporterte uønskede hendelser ved ulike kommunale sykehjem og finnes det en sannsynlig underrapportering av hendelsene?**

1.4 Avgrensning

Fokus for denne oppgaven er uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Nærmere bestemt omfang av og hvilke uønskede hendelser som rapporteres. Videre er fokuset sykehjemsansattes erfaringer og opplevelse knyttet til rapportering og håndtering av disse. Jeg har valgt å gå åpent ut og samtidig foretatt noen valg for å gjøre oppgaven praktisk håndterbar. Jeg har konsentrert meg om uønskede hendelser i kommunale sykehjem og private sykehjem med kommunale driftstilskudd. Dermed har jeg avgrenset oppgaven ved å utelukke private sykehjem eller virksomheter. Deretter har jeg valgt ikke å ekskludere noen av sykehjemmene i selve utvalget i studien med hensyn til hvilke spesialtilbud de representerer. Det er omfanget av uønskede hendelser, kategoriseringen av dem samt en kommunal ansatt og sykehjemsansattes subjektive opplevelse som er utgangspunktet for diskusjonen.

1.5 Faglig samarbeid

Forskningsstudien "Uønskede hendelser i kommunale sykehjem" inngår i et samarbeid med Stavanger Kommune, oppvekst og levekår (vedlegg 4).

Studien inngår også som en del av arbeidet i forskningsgruppen for pasientsikkerhet ved Universitetet i Stavanger.

1.6 Brukerperspektivet

Gjennom studien, arbeidet med problemstillingen og valg av forskningsmetode har det hele tiden vært min hensikt å belyse brukerperspektivet. Målet har vært og er at funnene i denne studien og diskusjonen omkring pasientsikkerhet og uønskede hendelser i sykehjem også skal komme brukerne av helsetjenestene eller beboerne på sykehjemmene til gode. Funnene er

primært rettet mot helsepersonell, ansatte i den kommunale helsetjenesten og i helsesektoren for øvrig. Samtidig vil ny kunnskap på området forhåpentligvis også tjene mottakerne av tjenestetilbudet ved sykehjem på en indirekte måte.

Brukerperspektivet er et begrep som er søkt definert av mange forfattere i forskningslitteraturen. Brukermedvirkning og brukerperspektivet blir av mange brukt om hverandre og de defineres ulikt. Elisabeth Willumsen (2005) redegjør for en differensiering av de to begrepene. Denne differensieringen gjelder både på individ-, gruppe- og systemnivå. Mens brukermedvirkning i følge Willumsen (2005) handler om at brukerne bidrar, deltar i form av at de er aktivt med i relasjonen med helse- og sosialarbeidere, er brukerperspektivet et mer utvidet begrep. Begrepet bruker betyr en som nytter, utnytter eller anvender.

Jeg har intervjuet sykehjemsansatte og dermed ikke brukerne av sykehjemstjenestene. Likevel har jeg fått ny kunnskap om hvilke utfordringer sykehjemmene i studien står overfor når det gjelder uønskede hendelser. Det bør i seg selv være et godt utgangspunkt for et brukerperspektiv som har til hensikt å bedre pasientsikkerheten på sykehjem.

1.7 Oppgavens struktur

Oppgaven er bygget opp på følgende vis: i kapittel 1 har jeg redegjort for oppgavens bakgrunn, hensikt og problemstilling. I kapittel 2 presenteres internasjonale studier knyttet til uønskede hendelser i sykehjem, teori fra James Reason som omhandler rapporteringskultur og MTO - analyse. Deretter i kapittel 3 følger en gjennomgang av oppgavens metodiske tilnærming og en redegjørelse for denne. I kapittel 4 vil jeg gi en innføring i selve konteksten som studien foregår i. I kapittel 5 presenteres funnene. Det vil si presentasjon av empiri og tallmateriale som jeg har fått utlevert gjennom Stavanger Kommune. I kapittel 6 drøfter jeg datamaterialet opp mot teori og forskningslitteratur. Tilslutt, i kapittel 7, vil jeg komme med avsluttende refleksjoner og konklusjoner av studien i sin helhet.

2.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg først definere viktige begreper i oppgaven, så presenteres utvalgte studier om uønskede hendelser og rapportering i sykehjem basert på systematiske søk i internasjonale databaser. Deretter presenteres James Reasons teori om rapporteringskultur. Han er en internasjonalt anerkjent organisasjonspsykolog som har utviklet teorier knyttet til sikkerhetskulturen i organisasjoner. I følge han er rapporteringskultur en vesentlig del av sikkerhetskulturen i en organisasjon. Jeg tar utgangspunkt i James Reasons teori om hva en god rapporteringskultur bør inneholde i diskusjonen av oppgaven, og gir derfor en innføring i denne teorien her. Deretter presenteres teori som omhandler MTO – analyse basert på Høyland & Aase (2008) og Høyland (2010). MTO – analyse ser på bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser og brukes vanligvis ved granskning. Jeg har derimot brukt MTO - analyse som et verktøy til å analysere datamaterialet i den kvalitative studien.

2.1 Viktige begreper

Pasientsikkerhet – kan defineres som:

”det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser” (Vincent, 2006, Aase, K., 2010)

Uønsket hendelse, utilsiktet hendelser eller uheldige hendelse? I nordiske land brukes ofte uttrykkene; uheldig, uønsket eller utilsiktet hendelse (Hjort, 2007).

Stavanger Kommune bruker begrepet avvik/uønsket hendelse.

Jeg har valgt å bruke begrepet *uønsket hendelse* i oppgaven min. Det gjør jeg fordi begrepet *uønsket hendelse* er verdinøytralt og indikerer en forebyggende tilnærming. Videre, på samme måte som Aase (2010) gjør, tillegger jeg også de andre begrepene som finnes i litteraturen samme betydning.

Jeg har valgt Peter F. Hjort (2007) sin definisjon av en uønsket hendelse. Den kan i følge han knyttes til pleie, undersøkelse, behandling eller bare et besøk i en institusjon (for eksempel fallskade). Det gjør at jeg synes den passer bra for denne oppgaven. Den er slik:

”En uønsket hendelse i helsevesenet er noe som ikke skulle ha hendt” (Hjort, 2007).

”En nesten - hendelse er en uønsket hendelse som ikke medfører nevneverdige konsekvenser for pasienten” (Aase 2010).

2.2 Tidligere forskningsstudier

De utvalgte studiene er basert på systematiske søk i de internasjonale databasene Cinahl, Medline, Academic Search Elite og Isi Web of Science. Jeg har også søkt i Google. Samtidig er noen av studiene funnet etter søk direkte i elektroniske tidsskrifter som Vård i Norden, Safety Science Monitor og Clinical Medicine.

En studie (Bonner m.fl., 2009) undersøkte hvorvidt autorisert pleiepersonells oppfatning av pasientsikkerhetskulturen var korrelert med forekomst av uønskede hendelser (registrerte fall, trykk sår og generell sikkerhet) på 72 tilfeldig utvalgte sykehjem i fem tilfeldig utvalgte stater. Hensikten var i tillegg å beskrive forekomst av uønskede hendelser og karakteriseringer av sikkerhetskulturen assosiert med pleiepersonells oppfatninger og skår av sikkerhetskulturen. Av totalt 2872 autorisert pleiepersonell deltok 1579 i studien. Resultatet av analysen viste at desto høyere (mer utdannet) helsepersonell og (mer ønskelig) sikkerhetskultur var skårene assosiert med høyere rapportering av fall.

Denne studien representerer et viktig bidrag i vurderingen av pasientsikkerhetskulturen og helsepersonells oppfatning av den i sykehjem. Studien konkluderer med at det finnes en sammenheng mellom autorisert pleiepersonell og uønskede hendelser som blir rapportert. Den konkluderer samtidig med et trenge flere studier til på området. Det dreier seg om studier som omhandler pasientsikkerhetskulturen på sykehjem. I tillegg er studier om rapporterte uønskede hendelser ønskelig.

Handler m.fl. (2006) er en kartleggingsstudie om hvordan sikkerhetskulturen er på sykehjem, for å finne ut hvorvidt de ulike profesjonene på sykehjem (leger, farmasøyter, erfarne allmennpraktiserende leger og sykepleiere) skåret på opplevelse av sikkerhetskulturen der, og sammenlikne disse skårene med de samme kategoriene fra en undersøkelse i 21 sykehus. De som deltok i studien var hovedsakelig kvinner som hadde jobbet på sykehjem i gjennomsnitt 9,8 år og vært på det aktuelle sykehjemmet i 5,4 år. De ulike gruppene helsepersonell var enige i 11 av de 12 kategoriene i kartleggingen. Kun i en kategori om sikkerhetskulturen i forhold til holdninger knyttet til bemanning, svarte sykepleiere og farmasøyter at de trodde at de hadde nok medarbeidere for å håndtere arbeidsbelastningen. Sykehjemmene skåra lavere enn sykehus på fem av kategoriene om sikkerhetskulturen (ikke-straff ved feil, vektlegging av teamarbeid, kommunikasjon, tilbakemelding og kommunikasjon om feil, og læring om organisasjon).

Studien konkluderer med at personalet på sykehjem generelt er enige i mulige sikkerhets karakteristikkene. Sikkerhetskulturen på sykehjem er derimot signifikant lågere enn den er på sykehus.

Malmedal (2009) er en norsk forskningsstudie som hadde til hensikt å beskrive holdninger hos sykehjemsansatte i forhold til rapportering av forsømmelser som var gjort av kollegaer. I tillegg var hensikten å undersøke hvorvidt sykehjemsansattes holdninger var avhengige av alder, utdanning og erfaring med å jobbe i helsevesenet. Studien bestod av 16 sykehjem fra midt-Norge. Resultatene fra den første delen av studien viste at hoveddelen av sykehjemsansatte (66 %) var moderat eller sterkt enige i påstanden om at alvorlighetsgraden i handlingen ville avhenge om de ville rapportere eller ikke. 28 % var moderat eller sterkt enig at de ikke ønsket å rapportere kollegaer, og 21 % var moderat eller sterkt enig i påstanden at de ikke følte seg modig nok til å rapportere andre. Mer enn halvparten av de sykehjemsansatte var også moderat eller sterkt enig i at de kunne forvente å få støtte fra kollegaer dersom de rapporterte handlingen, og hovedtyngden av de ansatte (59 %) var uenig i at det ikke var vits i å rapportere. 58 % var moderat eller sterkt uenig i at de var redde for hva som kunne skje med dem dersom de rapporterte handlingen, og hoveddelen av de sykehjemsansatte (68 %) var moderat eller sterkt enig i at det var best å behandle slike saker internt. Videre viste resultatene fra den andre delen variasjoner i forhold til alder, utdanning og antall års med relevant arbeidserfaring knyttet til holdninger om å rapportere kollegaer. Funn viste en tendens til at den eldste gruppen av sykehjemsansatte ikke ville angi kolleger, ikke var modig nok til å rapportere, at de var mer redde for hva som ville skje med dem viss de hadde gjort det og at det var best å håndtere slike saker internt. Tendensen når det gjaldt utdanning var at de sykehjemsansatte med utdanning på høyskole eller universitetsnivå var oftere enig i at det var greit å rapportere kollegaer, var modig til å rapportere og de var mindre redd for hva som ville skje med dem dersom de gjorde det. Når det gjaldt antall års arbeidspraksis var det en signifikant forskjell mellom grupper med variert erfaring særlig i påstanden om at; det er ikke vits i å rapportere noe, fordi ingenting vil skje uansett. Og; det er best å håndtere slikt internt.

Donaldson (2002) er en forskningsstudie som referer til og omhandler en rapport fra det britiske helsedepartementet fra 1999 "An organisation with a memory", som er et strategidokument utarbeidet av en ekspertgruppe om læring av uønskede hendelser i helsesektoren. Forskningsartikkelen til Donaldson (2002) bygger på denne rapporten og han mener at det må en erkjennelse til av at menneskelige feil er unngåelig i et meget

komplisert og teknisk område som medisin. Han fastslår at første steg i denne erkjennelsen må være å innføre større bevissthet om viktigheten av å tenke system - feil i møte med uønskede hendelser og feil i helsevesenet. Det dras frem at flykrasj vanligvis ikke er forårsaket av pilotens feil, men enten av tekniske, miljømessige, organisatoriske, sosiale og kommunikasjonsmessige faktorer som kan utgjøre en risiko for menneskelige feil. I helsevesenet vil en systematisk granskning av legemiddelfeil ofte vise lignende komplekse årsaker. Vitenskapelige undersøkelser og forskning fra andre sektorer, spesielt innen flyindustrien, viser at antall menneskelige feil kan reduseres dersom det jobbes med forebygging og slik fjerner svakheter i systemet. Hjørnesteinene i læringsprogrammet for pasientsikkerhet fra det britiske helsedepartementet er et rapporteringssystem, registrering, analysing og læring av feil eller uønskede hendelser.

Aase & Wiig (2006) er en norsk studie av norsk helsevesen knyttet til læring av uønskede hendelser. Studien tar utgangspunkt i teori om at organisatorisk læring foregår på ulike nivå i samfunnet. På bakgrunn av teori og at læring i det norske helsevesenet er avhengig av handlinger, holdninger og rammebetingelser på de ulike systemnivåene og at det jobbes med læring av uønskede hendelser ut i fra en systemtilnærming anbefaler Aase & Wiig (2010:73) at følgende områder prioriteres:

- Gjennomfør konsekvensstudier med hensyn til sikkerhet og læring av uønskede hendelser i forkant av framtidige reformer i helsevesenet.
- Innfør større grad av ”ansikt til ansikt” – tilnærminger i granskning av uønskede hendelser, prioriter veiledningsrollen på tilsynsnivået.
- Utvikle tiltak som motvirker individfokusert knyttet til uønskede hendelser i helseorganisasjoner.
- Gjennomfør analyser og kartlegging av trender basert på rapporterte uønskede hendelser, og kommuniser dette tilbake til organisasjonen for å skape refleksjon og diskusjon.
- Iverksett tiltak som støtter opp og integrerer elektronisk rapportering av uønskede hendelser på arbeidsoperasjonsnivået.

2.3 Rapporteringskultur

Rapporteringskultur er i følge Reason (1997) en av flere komponenter som går inn under sikkerhetskulturen i en organisasjon. I oppbygningen av en rapporteringskultur mener Reason (1997) at hvorvidt en rapporteringskultur er virkningsfull kommer an på, og dreier seg om hvordan en organisasjon håndterer skyld og straff. Wilson (1998) omtaler rapporteringskultur som:

”Hver nesten hendelse bør bli sett på som gratis læring, en klage som en gratis markedsundersøkelse og hver feil eller en uønsket hendelse som en mulighet til å forbedre kvaliteten av tjenestene” (s. 670).

Det å overtale folk til å rapportere uønskede hendelser og nesten hendelser er ikke en lett oppgave, spesielt dersom det medfører å røpe deres egne feil og uønskede hendelser. I følge Reason (1997) vil det å være åpen og tilstå ikke være det første en person ønsker å gjøre etter denne har begått en feil. Selv når det heller ikke dreier seg om en personlig sak ser ikke alltid potensielle informanter nytteverdien av å rapportere uønskede hendelser. Det er spesielt dersom de er skeptiske til sannsynligheten av hva som blir gjort med håndteringen av informasjonen og rapporteringene i ettertid. De spør seg gjerne om; Er det verdt det ekstra arbeidet når ingenting godt kommer ut av det? Dessuten selv om folk vet at dersom de skriver en detaljert og fullstendig rapportering at dette blir håndtert i ettertid, gjenstår det overordnede problemet tillit. De spør seg ofte; Skaper det problem for kolleger? Vil det skape problemer for meg selv?

Rapportering av uønskede hendelser og nesten feil medfører ekstra arbeid, mistillit, kanskje et naturlig ønske om å glemme at den uønskede hendelsen i det hele tatt hendte, og i mangel på tillit, vil frykten for represalier forekomme (Reason, 1997). Samtidig eksisterer det mange gode rapporteringssystemer som det er mulig å lære noe fra. På bakgrunn av dette har James Reason (1997) beskrevet flere viktige faktorer som må være tilstede for at en organisasjon skal kunne lykkes med rapporteringskulturen. Noen av dem er nødvendig for å skape et klima av tillit og andre er nødvendige for å motivere ansatte til å rapportere. I denne oppgaven vil følgende faktorer diskuteres:

- Ansatte må sikres mot disiplinære tiltak
- Anonymitet.
- Skille mellom enheter som samler inn, analyserer og rapporterer hendelser og enheter som sanksjonerer.
- Rapporteringssystemet må være brukervennlig

2.4 MTO – analyse

MTO – analyse ser på bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser og brukes vanligvis ved granskning av ulykker og feil.

En helse- og omsorgs organisasjon karakteriseres av sammensatte påvirkninger mellom menneskelige (M), teknologiske (T) og organisatoriske (O) faktorer (Kohn m.fl., 2001).

Høyland & Aase (2008) har studert påvirkninger mellom menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorer innenfor helsevesenet knyttet til innføring av elektroniske rapporteringssystemer for uønskede hendelser i en stor helseorganisasjon.

Studien er basert på en eksplorerende case studie. Studien identifiserte åtte påvirkningsfaktorer som influerte på prosess og resultat knyttet til innføringen av rapporteringssystemet. Av disse var seks faktorer av en negativ karakter sammenliknet med en positiv og en delvis positiv. I lys av disse resultatene kommer det tydelig frem at tidlig bevissthet samt identifisering av påvirkningsfaktorer som kan forekomme under prosessen når en organisasjon innfører en ny teknologi eller system, kan bidra til å rette opp mulige endringer av negativ innvirkning samt styrke de positive innvirkningene.

Når en studerer helseorganisasjonen er det i følge Høyland & Aase (2008) problematisk utvetydig å isolere enten de menneskelige, teknologiske og organisatoriske innvirkningene på informasjonsteknologi og eller system.

For å ta fatt på dette problemet, fokuserer denne studien på å identifisere menneskelige, teknologiske og organisatoriske påvirkningsfaktorer i stedet for individuelle påvirkningsfaktorer ved å kombinere ulike teoretiske perspektiver på menneskelige, teknologiske og organisatoriske aspekter ved å innføre IT og eller systemer. Til Sammen utgjør disse perspektivene et utvalg av teoretiske påvirkningsfaktorer som brukes til å identifisere og beskrive de ulike typene presise identifiseringene av menneske - teknologi - organisasjon påvirkningene i en stor helseorganisasjon og hjelper til med å forklare prosessen og resultatet av en spesiell gjennomføring.

To forskningsmål var utgangspunktet for denne undersøkelsen:

- Forstå den spesielle kombinasjonen av menneske – teknologi - organisasjon sammensetningen som innvirket på innføringsprosessen i en tilfeldig organisasjon og
- Forstå hvordan disse gjensidige påvirkningsfaktorene kan hjelpe til med å forklare resultatet av innføringsprosessen.

Basert på en litteraturgjennomgang identifiserer denne artikkelen seks teoretiske påvirkningsfaktorer mellom menneske, teknologi og organisasjon som er viktige for en suksessfull innføring av en bestemt teknologi og/eller informasjonssystem.

- Kunnskaper og erfaringer hos brukerne av teknologien og aksept for den
- Tilbakemelding og bruker deltakelse
- Tid og bemanning innvirker på frekvens av rapportering av uønskede hendelser
- Tilbakemelding og kommunikasjon fra ledelsen
- Rapporteringskulturens innvirkning på rapporterings linjer, rapporteringsansvar og tilbakemelding
- Arbeidstid og ansattes innvirkning på hyppigheten av rapportering av uønskede hendelser

Gjennom å identifisere MTO – forhold som påvirker tilpasning av rapporteringssystemer til en helseorganisasjon har Høyland & Aase (2008) kartlagt faktorer av allmenngyldig karakter i forhold til rapportering av uønskede hendelser. Det vil si forhold som kan forme en rapporteringskultur (Høyland, 2010). Videre sier Høyland (2010) at kontrasten mellom standardiserte og ikke standardiserte arbeidsrutiner i et elektronisk rapporteringssystem kan skape utfordringer. Han peker på flere kontrastforhold som gjør at menneske, teknologi og organisasjon bør ses i en sammenheng.

Faktorene som studien identifiserer gjennom å studere innføringen av et elektronisk rapporteringssystem kan i følge Høyland (2010) også overføres til andre forhold.

Jeg har tatt med en historie fra virkeligheten for å synliggjøre MTO – faktorene og for å forstå hvilke faktorer som kan spille inn når feil eller uønskede hendelser oppstår når pasienter mottar helsetjenester. Den er hentet fra Aase (2010:19) og er som følger:

”Kalmar-hendelsen”

Er en av totalt 1024 alvorlige hendelser som ble rapportert til Sosialstyrelsen i Sverige i 2002. Hendelsen omhandler en tre måneder gammel baby som døde 19. mai, 2002 på Kalmar sykehus, etter å ha fått en ti ganger for høy dose av et legemiddel tilsatt via drypp. 310 av de 1024 alvorlige hendelsene var relatert til legemidler, hvorav 52 var klassifisert som livsfarlige skader, og av disse igjen var 37 legemiddelforveksling.

På sykehuset hadde barnet tegn på kramper i venstre arm like etter fødselen den 24. Februar. Tre dager etterpå får barnet igjen kramper i begge armene og starter derfor opp med antibiotika og Fenemal (et krampedempende legemiddel) tre ganger daglig med god effekt. Barnet blir skrevet ut, men blir innlagt to ganger i perioden frem til 18. mai og får da ytterligere behandling med økte doser av Fenemal. I tillegg økes dosen en gang via telefonkonsultasjon. Ved den andre sykehusinnleggelsen blir barnet overført fra barneavdelingen til intensivavdelingen på grunn av fortsatte kramper og midlertidig stans i åndedrettet der fenemal-dosen økes igjen og til slutt gis en sjokkdose. Krampene gir seg fremdeles ikke og et nytt krampestillende legemiddel (Xylocard) prøves med god effekt. Barnet utskrives men, om kvelden 18. mai blir barnet på ny innlagt på barneavdelingen. De intense krampene gjør at barnet blir overført til intensivavdelingen og får Xylocard intravenøsbehandling der. Sykepleieren får en muntlig forordning av medisindosen av narkoselegen og noterer denne på væskelisten. Barnet reagerer bra på behandlingen. Søndag formiddag blir det derfor bestemt at barnet skal overflyttes til barneavdelingen igjen. Mens det ventes på pasienttransport holder dryppet på å gå tomt, og sykepleieren blander et nytt drypp etter beskrivelsene på væskelisten. En annen sykepleier kontrollerer behandlingen. Personalet på barneavdelingen beslutter å benytte seg av det ferdigblandede dryppet og kontrollerer utregningen. Tre timer senere starterter krampene igjen. Etter kontakt med barnelege og ny forordning med ytterligere Xylocard samt en sjokkdose forverres likevel barnets tilstand seg ytterligere etter en halvtime. Barnet slutter å puste, det settes i gang behandling med adrenalin, syregass og hjertemassasje, men uten effekt. Barnet dør.

Sykepleieren som hadde blandet dryppet fikk selv mistanke om at hun hadde forvekslet styrken og ga beskjed om dette. Denne sykepleieren ble anklaget, politianmeldt og senere dømt for å ha forårsaket en annens død.

Dommen ble anket og i mellomtiden ble det etter sykepleierens tillatelse foretatt en MTO-analyse (analyse av sammenhengen mellom Menneske, Teknologi og Organisasjon ut fra et helhetsperspektiv på ulykker) av hendelsen. Det er en detaljert analyse av hendelsen der den brytes ned i 59 delhandlinger. Det ble gått videre med 28 av dem med spørsmål knyttet til omsorg, behandling og klinikkens eller sykehusets rutiner. Analysen ble overlevert til sykepleierens advokat og var bevismateriale i saken. Analysen identifiserte ulike barrierebrudd på menneskelig plan, på administrativ plan og på organisatorisk plan (Ødegård, 2007:48):

- Menneskelige faktorer
 - Brist i sykepleierens oppmerksomhet da dryppet ble laget i stand.
Hun hadde fått muntlig rapport om morgenen om at barnets Xylocard-behandling skulle blandes ut fra en svakere oppløsning.
 - Kontrollregningen ble ikke riktig gjennomført, og dobbeltkontrollen fungerte ikke.
 - Situasjonen ble feilbedømt når barnet fikk kramper
- Arbeidspraksis
 - Korrekt forordning manglet da dryppet skulle forberedes.
 - Det ble ikke tatt utskrift fra dataprogrammet som styrte forordningen.
 - Forordningen avvek fra rutinene på intensivavdelingen.
 - Forordning ble foretatt uten klinisk undersøkelse når barnet på nytt fikk krampeanfall på barneavdelingen.
 - For tynt sugekateter ble anvendt når barnet fikk pusteproblemer.
- Medisinsk vurdering og behandling
 - Xylocard- behandlingen ble ikke avbrutt i tide når barnet fikk krampeanfall.
 - Utilstrekkelig erfaring – tegn på Xylocard forgiftning ble ikke oppdaget.
- Dokumentasjon
 - Feilaktig dokumentasjon av tilsetningen i dryppet.
 - Legemiddelforskriften ble ikke fulgt.
 - Anvisningene i systemet for legemiddelinformasjon var utydelige når det gjaldt Xylocard- behandling.
 - Signering manglet.
- Samarbeid
 - Barneklubben og intensivavdelingen hadde ulike rutiner for tilberedelse av Xylocard – injeksjon.

Dommen fra tingretten ble anket i flere omganger, men ble tilslutt fastholdt i Høyesterett den 19. april, 2006. For fullstendig MTO – rapport og materiale knyttet til den uønskede hendelsen kan ses i Bento og Ødegård (2005) og Ødegård (2007).

3.0 Design og metode

I dette kapittelet vil jeg først presentere valg av forskningsdesign og metode. Jeg viser her hvilke metodeoverveielser og valg som er gjort gjennom forskningsprosessen. Design og metode er valgt på bakgrunn av problemstillingen for oppgaven samt hvor mye forskningsbasert kunnskap det finnes på området. Videre gir jeg en oversikt over hvordan jeg har gått frem for å søke etter forskningslitteratur til studien. Deretter presenterer jeg utvalget for studien, innsamling av data og bearbeidelse av data. Så redegjør jeg for verifiseringen av studien, det vil si gyldighet og pålitelighet, samt hvorvidt dataene i studien kan generaliseres. Til slutt vil jeg redegjør for hvilke etiske vurderinger som ligger til grunn for studien.

Metode er en måte å gå frem på for å samle inn empiri eller data om virkeligheten (Jacobsen, 2005). Det finnes derimot grunnleggende uenighet om hva virkelighet eller sannhet egentlig er. Det bør derfor alltid kunne diskuteres hvordan vi kan vite noe om virkeligheten og hvordan vi bør samle inn informasjon for å få en best mulig tilnærming til virkeligheten (Jacobsen, 2005).

3.1 Metodeoverveieelse

Denne studien har et eksplorerende forskningsdesign. Den er forskningsbasert og bygger på eksisterende teorier og studier internasjonalt og innen norsk helsevesen. Hensikten med en eksplorerende studie er å utdype det vi vet lite om. Når det eksisterer relativt lite kunnskap om et problemområde, anvendes eksplorerende design (Jacobsen 2005).

Valg av et eksplorerende forskningsdesign for denne studien er basert på tidligere internasjonale og norske studier samt gjennomgåtte offentlige dokumenter som påpeker at det finnes lite eksisterende forskning som omhandler uønskede hendelser i norske sykehjem.

I studien er det brukt en metodetriangulering. Triangulering vil si å kombinere kvalitative og kvantitative tilnærminger når samme problemstilling undersøkes slik at en oppveier for de svakhetene som er forbundet med kun å benytte seg av en metode. En metodetriangulering kan utfylle hverandre på to måter. Det vil si først en kvantitativ tilnærming før en kvalitativ tilnærming eller en kvalitativ tilnærming før en kvantitativ tilnærming (Jacobsen, 2005).

Jeg har en metodetriangulering som først består av en kvantitativ tilnærming og så en kvalitativ tilnærming. Denne formen for triangulering utfyller og utdyper den kvantitative tilnærmingen i studien.

Gjennom Stavanger Kommune har jeg fått tilgang til og utlevert et tallmateriale. Det vil si en oversikt fra sykehjemmene i studien over antall rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009, uønskede hendelser i 9 hendelseskategorier for 2009, en tabell med oversikt over antall sengeplasser per sykehjem samt et tallmateriale som viser antall uønskede hendelser for 2007 og 2008 i ni kommunale sykehjem. I tillegg har jeg fått utlevert 25 tilfeldig valgte eksempler på beskrivelser av uønskede hendelser fordelt i de 9 hendelseskategoriene fra de to sykehjemmene i den kvalitative studien.

Tallfesting fører til at fenomener kan studeres nøye og med stor presisjon. På denne måten får forskeren en distanse til fenomenene som studeres og på denne måten er de også upåvirket av dem selv (Jacobsen, 2005).

Deretter har jeg foretatt en kvalitativ tilnærming i form av 7 kvalitative individuelle intervju med sykehjemsansatte og 1 nøkkelintervju med en kvalitetsrådgiver i Stavanger Kommune. Det har jeg gjort for å utdype og utfylle uklarheter i tallmaterialet samt innhente faktaopplysninger om rapporteringssystemer og prosedyrer for rapportering av uønskede hendelser. Gjennom å bruke intervju har jeg fått tilgang til data i form av ord, setninger og fortellinger. De gir et innblikk i den enkeltes forståelse av rapportering og håndtering av uønskede hendelser på sykehjem og gir således et verdifullt supplement til det kvantitative datamaterialet i studien. Ved en slik kombinerings av disse ulike metodene begrenses de svake sidene som finnes ved enhver metode (Jakobsen, 2005).

Den kvalitative metoden anses som godt egnet dersom en skal forsøke å få forståelse av sosiale fenomener i form av hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten (Jacobsen, 2005). Et av idealene i denne metoden er å anvende åpne intervjuer. Gjennom en slik tilnærming får en frem menneskers egen konstruksjon av virkeligheten. Samtidig får en fram alle de variasjonene og nyansene som ligger i ulike fortolkninger (Jacobsen, 2005).

3.2 Litteratur-søk

Jeg har foretatt et søk i internasjonale databaser etter tidligere studier relatert til oppgavens problemstilling. Jeg har brukt ulike ordkombinasjoner og søkt på tittel i forskningsartiklene. Her er en tabell oversikt over søkene i databasene; Cinahl og Academic Search Elite, Medline samt ISI Web of Science:

Database	Søkeord	Søkekombinasjon	Ant. treff	Treff Totalt
CINAHL	Nursing home*	Patient safety*/nursing home	7	25
	Medical error* Error*	Reporting*/nursing home*	18	
Academic Search Elite	Reporting* primary health service* primary	Patient safety*/nursing home Reporting*/nursing home*	2 9	11
	health care* primary healthcare*	Reporting*/nursing home*	32	
MEDLINE	adverse events* accidents* attitudes*	Reporting*/nursing home*	28	28
ISI Web of Science Google/ Tidsskriftet: Qshc Vård i Norden Google	Qshc Vård I Norden	Reporting*/nursing home* Pasientsikkerhet*/ Sykehjem*	824	

(Tabell3 viser oversikt over søk og antall treff i de ulike databasene og noen vitenskaplige tidsskrift).

Etter hvert søk med ulike søkeord og kombinasjoner gikk jeg gjennom listen med de ulike studiene. Ved å lese sammendragene av studiene inne i databasen eller tidsskriftet fikk jeg et

innblikk i hvilke studier som var relevante for oppgaven min. På den måten ble det lettere for meg å velge bort mindre relevante forskningsstudier for oppgaven min. De aktuelle studiene ble så lagret i en mappe i databasen. Jeg skrev også ned manuelt hvilke søkeord og kombinasjoner jeg til enhver tid hadde foretatt samt antall treff. På denne måten har jeg lett kunnet gå tilbake til selve søket. De studiene som jeg på daværende tidspunkt vurderte som relevante ble skrevet ut, gjennomlest, oppsummert og skrevet referat av. En av de aktuelle studiene (Malmedahl, m.fl., 2009) ble bestilt gjennom Universitetsbiblioteket i Stavanger.

De mest aktuelle studiene ble valgt relatert til problemstillingen og forskningsspørsmålene i oppgaven min. Jeg var også opptatt av å finne frem til de nyeste studiene på området.

3.3 Utvalg

Gjennom forskningsprosessen har jeg måttet gå noen omveier for å få tilgang til utvalget i den kvantitative delen.

Først sendte jeg invitasjonsbrev til alle sykehjem i to kommuner, som jeg kunne finne frem til på egen hånd, med forespørsel og invitasjon om deltakelse i forskningsprosjektet uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten (vedlegg 1). Tanken på daværende tidspunkt var å gå bredt ut kvantitativt for å få flest mulig sykehjem med i studien for å undersøke omfang av uønskede hendelser i sykehjem. Jeg fikk liten eller ingen respons fra sykehjemmene i begge kommunene. Jeg tok en ringerunde til sykehjemmene og de fleste takket nei med begrunnelse om at de ikke hadde ressurser eller tid til å delta. Gjennom denne kontakten fikk jeg et tips fra en avdelingssykepleier i et kommunalt sykehjem, i en av kommunene, om at jeg burde ta en prat med en navngitt person i Stavanger Kommune, i avdeling oppvekst og levekår. Stavanger Kommune var positive til å inngå et samarbeid med meg i forbindelse med Masteroppgaven min. Det ble på bakgrunn av dette etter et møte inngått en samarbeidsavtale (Vedlegg 4).

Gjennom samarbeidet med Stavanger Kommune har jeg fått muligheten til å få tilgang til og utlevert samlede oversikter over antall rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser fra samtlige kommunale sykehjem med virksomhetenes samtykke. Jeg sendte derfor ut nytt invitasjonsbrev og ny forespørsel om å delta i studien (vedlegg 2) til 17 kommunale sykehjem og sykehjem med kommunal driftsavtale i Stavanger Kommune og informerte samtidig om det inngåtte samarbeidet med Kommunen. Ni kommunale sykehjem samtykket til at Stavanger Kommune gav meg datamateriale og oversikter over antall rapporterte uønskede

hendelser over en periode på tre år fra deres sykehjem (Vedlegg 7). Samtidig informerte jeg om at noen av dem ville bli kontaktet igjen på et senere tidspunkt med forespørsel om å delta i den kvalitative studien.

De kommunale sykehjemmene som ikke samtykket til å delta i studien begrunnet det med at de ikke hadde tid og ressurser. Jeg går ut i fra at de da tenkte at dette gjaldt dersom de ble kontaktet igjen i forbindelse med den kvalitative undersøkelsen da det ikke bød på noe ekstra arbeid for dem å delta i den kvantitative studien.

Utvalg i forhold til intervjuene har jeg foretatt på bakgrunn av tallmaterialet. Det sykehjemmet med flest rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009 og det sykehjemmet med ant færrest rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009 utgjør utvalget i den kvalitative studien. Det sykehjemmet med færrest rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009 var i følge kvalitetsrådgiver i Stavanger Kommune ikke representativt på grunn av få sengeplasser, og derfor falt valget på det sykehjemmet med nest færrest rapporterte hendelser.

Tanken bak utvalget i den kvalitative studien og ønske om at det skulle inkludere det kommunale sykehjemmet med færrest og flest rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009 var å få frem en variasjon i diskusjonsdelen av oppgaven. Dernest var det for å prøve å koble kvalitative funn opp mot tallmaterialet samt se på likheter / ulikheter i rapporteringskulturen på de to sykehjemmene for å prøve å finne bakenforliggende årsaker til hvorfor det enkelte sykehjem rapporterer mye eller lite uønskede hendelser per sengeplasser.

Jeg tok selv kontakt med ledelsen på de to utvalgte sykehjemmene per telefon. Begge sykehjemmene takket ja til å delta i den kvalitative studien uten betenkeligheter. Jeg informerte muntlig om hvilke yrkesgrupper jeg ønsket at utvalget skulle representere. Ønske for utvalget i form av informanter til studien var; lege, sykepleier, hjelpepleier, pleiemedhjelper / assistent. Virksomhetsleder på det ene sykehjemmet navngav personer som jeg deretter selv kontaktet direkte og avtalte tid og sted for intervju med. På det andre sykehjemmet avtalte jeg kun tid og sted for intervjuene med kvalitetsleder / avdelingssykepleier. Informantene ble kontaktet og rekruttert via denne kontaktpersonen.

Utvalget til studien ble: 1 virksomhetsleder, 1 avdelingssykepleier / kvalitetsleder, 2 avdelingssykepleiere, 1 assisterende avdelingssykepleier, 1 sykepleier, og 1 hjelpepleier. Disse var fordelt slik:

Sykehjemmet med flest uønskede hendelser per sengeplasser i 2009: 1 Virksomhetsleder, 1 avdelingssykepleier og 1 assisterende avdelingssykepleier.

På sykehjemmet med nest færrest rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009: 2 avdelingssykepleiere (i tillegg hadde en av disse en kombinert stilling som kvalitetsleder på sykehjemmet), 1 sykepleier og 1 hjelpepleier. Nøkkeinformanten i Stavanger Kommune var uproblematisk å få tilgang til. Tid og sted for intervju ble foretatt per e-post.

Tabell 4. Gir en oversikt over stilling samt antall års arbeidserfaring i helsevesenet samt gjennomsnittsalder og gjennomsnittserfaring blant informantene i den kvalitative studien:

STILLING	ALDER	ERFARING
Virksomhetsleder	65	35
Avdelingssykepleier /		
Kvalitetsleder	35	10
Avdelingssykepleier	37	10
	64	40
Assisterende		
Avdelingssykepleier	41	12
Sykepleier	53	28
Hjelpepleier	44	10
Gjennomsnitt	49, 38	21,88

3.4 Innsamling av data

Datamaterialet i form av tall, kategoriserte uønskede hendelser samt eksemplene på rapporterte uønskede hendelser ble samlet inn på en sekundær måte. Det vil si at jeg ikke fortok selve datainnsamlingen selv. Tallene fra de ni kommunale sykehjemmene i studien ble samlet tatt ut fra felles elektronisk pasientjournal av en kvalitetsrådgiver i Stavanger Kommune. Det ble gjort etter at de kommunale sykehjem hadde samtykket til dette. Dette datamaterialet ble så videresendt til meg og min veileder.

For å foreta et utvalg til den kvalitative studien på bakgrunn av antall uønskede hendelser per sengeplasser i de ni sykehjemmene ble også en tabell med opplysninger om antall sengeplasser per sykehjem utlevert fra Stavanger Kommune til meg. Samtidig ble navn på sykehjemmene som deltok i studien utlevert sammen med datamaterialet.

Det kvalitative datamaterialet har jeg samlet inn ved hjelp av individuelle intervjuer. Individuelle intervjuer er den vanligste måten å samle inn data på ved kvalitativ metode (Jacobsen, 2005).

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg to intervjuguider. En tilpasset nøkkelintervjuet (vedlegg 5) og en som ble tilpasset sykehjemsansatte (vedlegg 6). Jeg ble inspirert av studien til Berland & Natvig (2006), og derfor er utformingen av temaområdene i intervjuguiden til de sykehjemsansatte hentet i fra denne studien. Disse var:

- *Rammebetingelser (samarbeidsforhold, ansvarsforhold, bemanningssituasjon i avdelingen)*
- *Rutiner (etablerte rutiner, evaluering av rutiner)*
- *Skjønnsmessig vurdering*

I tillegg hadde jeg med et temaområde som jeg laget selv. Det var:

- *Systemforhold knyttet til rapportering av uønskede hendelser*

Når det gjelder utformingen av intervjuguiden til nøkkelinformant har den i hovedsak sine hovedtemaområder på bakgrunn av gjennomgang av lover og forskrifter samt studien til Bøe m.fl. (2004).

Under hvert tema i begge intervjuguidene utarbeidet jeg ferdig formulerte spørsmål som jeg både syntes var relevante og som kunne gi svar på problemstilling samt forskningsspørsmålene i studien min.

Jeg foretok et pilotintervju med en medstudent før selve intervjuene. Deretter foretok jeg først nøkkelintervjuet. Dette varte i overkant av en time og ble utført uforstyrret i et møterom i Stavanger Kommune, i avdeling oppvekst og levekår. Videre foretok jeg 7 intervju med sykehjemsansatte. Disse varte fra 40 – 70 min. De fleste av disse intervjuene ble utført uforstyrret, men i tre tilfeller ble vi avbrutt av at personer kom inn i rommet og snakket til informantene samt at en telefon ringte en gang. Det ble foretatt pauser i intervju spørsmålene i

disse tilfellene. Det ble brukt lydopptaker under samtlige 8 intervju. Selve intervjuene ble foretatt på et bibliotek og på to ulike kontorer på sykehjemmene.

De ferdig formulerte spørsmålene ble ikke fulgt slavisk. Jeg holdt meg stort sett til spørsmålene, men dersom jeg følte informanten hadde svart gjennom svar på andre spørsmål ble de hoppet over. Noen svarte mer utfyllende på spørsmålene enn andre og kom med eksempler og beskrivelser av hendelser, men stort sett fikk jeg svar på spørsmålene mine.

3.5 Bearbeidelse av data

Tallmaterialet om omfang av uønskede hendelser per sengeplasser i 2009 fikk jeg utlevert ferdig regnet ut av en person i Stavanger Kommune. Deretter har jeg regnet ut antall uønskede hendelser per sengeplasser for 2007 og 2008 selv. Sammen med tallene fra 2009 har jeg laget en tabell om utviklingen over tid i forhold til rapportering av uønskede hendelser per sengeplasser på de ulike kommunale sykehjemmene (tabell 1). De kategoriserte uønskede hendelsene for 2009 har jeg også laget en egen tabelloversikt på (tabell 2). Den gir opplysninger om hvilke kategoriserte uønskede hendelser som rapporteres på sykehjemmene i studien.

Deretter har jeg prøvd å finne tendenser i disse tallene samt prøvd å trekke ut de viktigste funnene i disse tallene.

De 25 ekseplene på uønskede hendelsene fordelt i de ulike hendelseskategoriene som også er en del av datamaterialet jeg har fått tilgang til gjennom Stavanger Kommune, har jeg lest igjennom og prøvd å oppsummere i oppgaven.

Analysen av de kvalitative intervjuene startet med at jeg transkriberte intervjuene fortløpende. Det vil si at jeg skrev ut ord for ord fra båndopptaker så og si ordrett for å få et godt utgangspunkt for analysen. Deretter har jeg skrevet ut dette materialet i forma av ord og setninger og analysert intervjuene. Først har jeg systematisert dataene ved hjelp av forskningsspørsmålene i studien. Jeg har brukt markeringspenner i ulike farger og organisert materialet og har slik lett funnet tilbake til data i de ulike kategoriene. Deretter har jeg ved inspirasjon av MTO – analyse brukt de ulike M, T og O faktorene som utgangspunkt for presentasjon av funnene. I tillegg laget jeg en kategori som jeg kalte underrapportering. Disse utgjør også overskriftene i kapitlet 5 om funn sammen med omfang av uønskede hendelser samt eksempler på beskrivelser av rapporterte uønskede hendelser. Deretter har jeg brukt fire

av James Reasons (1997) faktorer om hva en god rapporteringskultur bør bestå av som et analyseredskap og utgangspunkt for diskusjon av funnene.

3.6 Fordeler og ulemper ved metodevalg

En metode skal tvinge forskeren til å gå gjennom spesielle faser ved gjennomføring av undersøkelser. I tillegg hjelper metoden til på en systematisk måte å stille kritiske spørsmål knyttet til valg som gjøres, og hvilke konsekvenser av disse (Jacobsen, 2005). En undersøkelse er en metode som brukes ved innsamling av empiri. Uansett hvilke metode som brukes bør den i følge Jacobsen (2005) tilfredsstillende to krav. For det første må den være gyldig og relevant (valid) og den må samtidig være pålitelig og troverdig (reliabel). Innen samfunnsvitenskapen finnes ulike meninger om bruk av begrepene validitet og reliabilitet fordi de er så sterkt knyttet til en kvantitativ og positivistisk tradisjon. Validitet innebærer syn på sannhet og kunnskap og blir derfor knyttet opp til vitenskapsteoretisk ståsted. Jeg velger å bruke disse begrepene her i oppgaven fordi de også blir brukt innenfor samfunnsvitenskapen av personer og forskere som mener at det er forvirrende å finne på nye begreper som ikke sier noe annet enn de etablerte (Jacobsen, 2005).

Gjennom studien har jeg fått tilbakemeldinger på at undersøkelsen og den jobben jeg gjør både er relevant og viktig. Pasientsikkerhet er et tidsaktuelt område å forske på. Det er behov for forskning om uønskede hendelser i sykehjem fordi forskningen frem til nå i all hovedsak har foregått i spesialisthelsetjenesten (Vincent, 2004). På bakgrunn av dette har denne studien en sannsynlig nytteverdi. Det er også det inntrykket jeg sitter igjen med etter intervjuene. Informantene har gitt uttrykk for at det har vært lærerikt å bli intervjuet. De gir også uttrykk for at det både har vært et relevant og matnyttig problemområde.

Datamaterialet til den kvantitative studien ble ikke av ett så stort omfang som jeg først hadde håpet. Kun 9 av 17 kommunale sykehjem samtykket til å delta i studien. Det er en svarprosent i overkant 50 %. Jacobsen (2005) sier at det er viktig å være klar over følgende: *”Vi kan aldri generalisere til noe annet enn den populasjonene utvalget er trukket fra, og til det tidspunkt undersøkelsen er foretatt på. Generaliseringen er altså avgrenset i tid og rom”* (s. 365).

Jeg er usikker på hvorvidt jeg kan generalisere funn i tallmaterialet og intervjuene. Jeg er også usikker på hvorvidt de er representative for alle sykehjemmene i Stavanger Kommune.

Likevel er datamaterialet samlet sett relativt stort og det viser tendenser som kan ha betydning for videre arbeid med rapporteringskultur i virksomhetene.

Ved å bruke samtaleintervju i tillegg til tallmateriale fikk jeg et bredere datamateriale. Bruk av samtaleintervju gjorde også studien mer fleksibel og åpent for endringer av problemstilling underveis dersom jeg skulle trenge det.

Fallgruven ved eksplorerende forskningsdesign og det å gå så åpent ut for det nye er derimot at en kan få for mye variasjon i svarene og at spørsmålene som stilles til hver informant varierer (Ringdal, 2001) Ved å ha klare formulerte spørsmål på forhånd prøvde jeg å holde meg til disse. Det klarte jeg hovedsakelig også. Noen av informantene snakket seg noe bort fra spørsmålene. Jeg prøvde da å dra de inn igjen i samtalen. Noen ganger grep jeg inn andre ganger ikke, fordi noe av det som kom frem også følte relevant for studien min. Jeg stilte dessuten oppfølgingsspørsmål underveis for å få tak i hva informanten mente og eventuelt kunne gi meg eksempler på.

Påliteligheten i resultatene kan i følge Jacobsen (2005) være påvirket av selve undersøkelsesopplegget. En må derfor alltid være kritisk til og klar over at det finnes mange mulige feilkilder, det vil si forhold som forstyrrer resultatene. Det gjør at de konklusjonene en trekker ut fra enhver undersøkelse bør ses i sammenheng med disse.

Uklare spørsmål kan være en feilkilde. Det kan også bruk av ord og begreper i spørsmålene som gjør at informanten svarer på noe annet enn det en ønsker svar på. Jeg brukte for eksempel ordet *bruker* om brukerne av rapporteringssystemet. En informant trodde jeg spurte om brukerne av sykehjemstjenestene. Dette oppdaget jeg da jeg transkriberte intervjuet i etterkant og svaret ble slik ugyldig for meg i oppgavesammenheng.

Jeg prøvde å opptre nøytralt og ikke stille ledende spørsmål, men min rolle som sykepleier og masterstudent kan likevel ha påvirket resultatene. Det sykehjemmet som hadde ant færrest rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser i 2009 hadde dessuten nylig (vår 2010) inngått driftsavtale med Stavanger Kommune. Derfor hadde de ikke vært pliktige til å bruke et felles rapporteringssystem før da. Det kan selvsagt være en medvirkende årsak til at de hadde ant færrest uønskede hendelser per sengeplasser i 2009. Dersom jeg hadde foretatt samme undersøkelsen på et senere tidspunkt hadde de kanskje hatt en annen rapporteringsfrekvens.

3.7 Forskningsetiske vurderinger

Kvalitetssikring og evaluering av helsehjelp er den del av helsetjenesten som faller utenfor helseforskningsloven. Studien min er derfor av den typen prosjekt som faller utenfor REKs mandat (vedlegg 9).

Videre var de opplysningene som jeg mottok gjennom Stavanger Kommune samt gjennom intervjuene med sykehjemsansatte forpliktet til å utleveres anonyme (Jfr. taushetsplikten i Lov om helsepersonell, 2000). Samtidig har jeg informert samt innhentet skriftlig samtykke om tillatelse til utlevering av opplysninger fra de kommunale sykehjemmene i studien. Videre har samtlige informanter samtykket til deltakelse i den kvalitative studien. Jeg har også skrevet under på en taushetsplikt som innebærer anonymitet i all rapportering.

Da jeg inngikk samarbeidet med Stavanger Kommune tok jeg kontakt med virksomhetsledere i den andre kommunen og informerte om denne endringen og om dette samarbeidet, og sa at det ikke ble aktuelt i denne sammenhengen for dem å delta i studien likevel.

Jeg har også anonymisert dataopplysningene fra intervjuene direkte inn i teksten etter hvert som jeg har transkribert dem og skrevet av lydbåndet. Det har jeg gjort på bakgrunn av en telefonsamtale med NSD/personvernombudet der det kom det frem at dette var en vanlig praksis å gjøre for masterstudenter. Derfor valgte jeg dette i stedet for å søke om godkjennelse.

Datamateriale, lydopptak samt opplysningene fra intervjuene har jeg oppbevart i et låst skap inne på et låsbart mastergradskontor på Universitetet i Stavanger.

4.0 Kontekst

I dette kapittelet gir jeg en innføring i selve konteksten som studien har foregått i. Stavanger kommune, kommunale sykehjem, rammeverk samt lover og forskrifter knyttet til rapportering av uønskede hendelser i kommunale sykehjem utgjør overskriftene i kontekst kapittelet.

4.1 Stavanger Kommune

Stavanger kommune har per i dag en folkemengde på 123 850 mennesker (Stavangerstatistikken, 2010).

Stavanger Kommune har i følge "Omsorg 2525" (2008) om lag 949 plasser i sykehjem. Disse tallene er noe endret. I 2009 reduserte et av sykehjemmene med 26 sengeplasser.

Sykehjemmene tilbyr både lang tids-, kort tids- og vekselopphold, og er av ulik størrelse i form av antall sengeplasser og tjenestetilbud. Sykehjemmene som tilbyr hel døgns plasser er: et konkurranseutsatt sykehjem, ti kommunale sykehjem og seks private sykehjem med kommunal driftsavtale. Sykehjemmene varierer i størrelse fra 15 til 145 sengeplasser. I tillegg har kommunen 13 (kjøpte) sykehjemsplasser i Spania (Omsorg 2525, 2008).

Den enkelte som har behov for tjenestene søker om plass til sitt nærmeste helse- og sosialkontor. Det finnes en del kriterier for tildeling av de ulike tjenestene. De ulike tjenestene er også lovhjemlet.

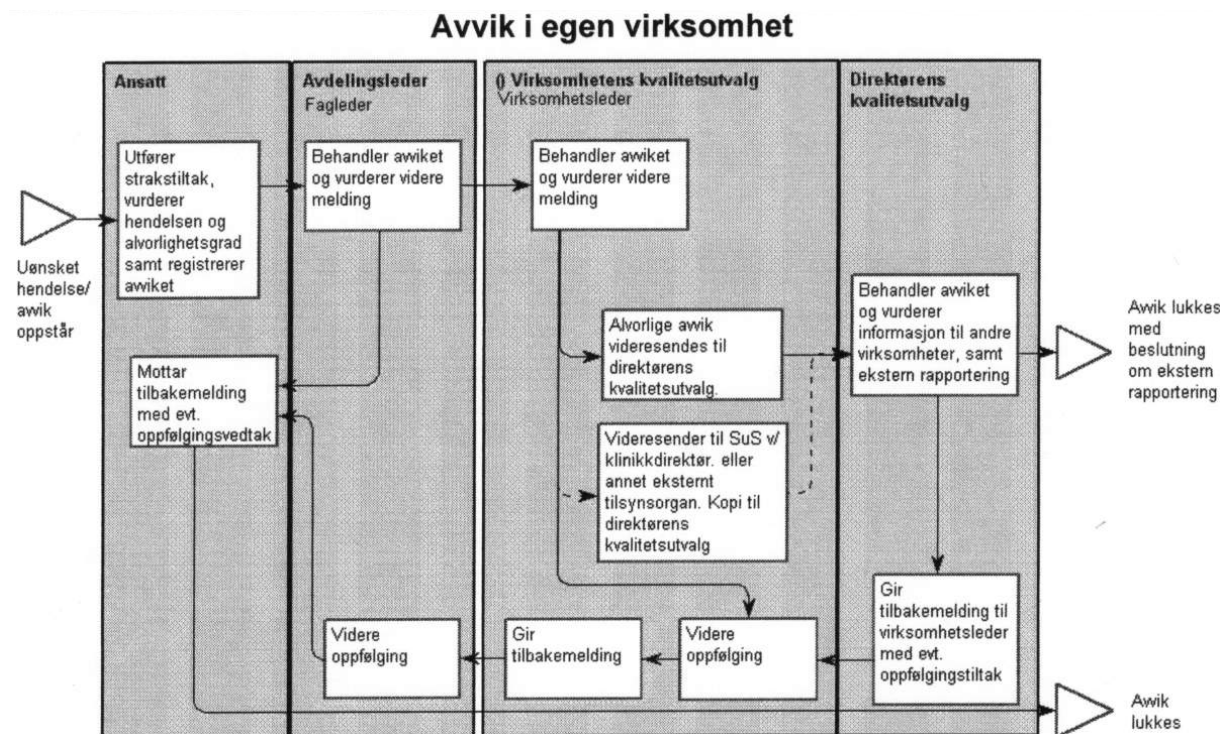
For å få tildelt en langtidsplass i et av sykehjemmene må behovet for medisinsk behandling og / eller sykepleie være av så omfattende karakter at det er behov for hel døgns pleie og omsorg i en institusjon. Andre hjelpetiltak skal også være vurdert før langtidsplass i sykehjem innvilges.

Tildeling av tjenesten skjer etter lov om helsetjenester i kommunene § 2-1, og lov om pasientrettigheter § 2-1. Ved tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for hel døgns omsorg og pleie gjelder likevel forvaltningslovens regler.

Videre kan den som får tilbud om hel døgns plass fritt velge sykehjem innenfor Kommunen. Det er også mulighet for å bytte sykehjem etter tildeling.

I arbeidet med håndtering av uønskede hendelser knyttet til sosial- og helselovgivningen har Stavanger Kommune organiserte kvalitetsutvalg på to nivå, virksomhets- og direktørnivå. De største virksomhetene har dessuten også organiserte kvalitetsutvalg på avdelingsnivå (Gunnarshaug, 2010). De ulike nivåene representerer ulike arbeidsoppgaver knyttet til håndtering av uønskede hendelser. Nedenfor vises saksgangen og oversikt over ansvar og

arbeidsområder i de ulike kvalitetsutvalgene fra en uønsket hendelse oppstår og håndteringen av den:



Figur 1. Her vises arbeidsprosessene og arbeidsfordelingen i kvalitetsutvalgene på de ulike nivåene i Stavanger Kommune fra en uønsket hendelse oppstår og håndteringen av den i organisasjonen.

Som en kan se ut i fra figur 1 er det virksomhetsleder som er leder for kvalitetsutvalget på virksomhetsnivå. Det er kun de alvorlige uønskede hendelsene som blir rapportert inn, via kvalitetsutvalget på virksomhetsnivå, til direktørens kvalitetsutvalg.

De uønskede hendelsene som skal rapporteres inn til direktøren kvalitetsutvalg er i følge ”prosedyre - avvik fra sosial- og helsetjenesten”:

- Uønskede hendelser som har ført til betydelig personskade på bruker (med betydelig personskade menes skade som resulterer i behov for legebehandling).
- Uønskede hendelser som kan føre til / kunne ført til betydelig personskade på bruker
- Andre uønskede hendelser som får / kunne fått alvorlige konsekvenser for bruker.

4.2 Kommunale Sykehjem

I Norge har alle landets kommuner ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Pleie og omsorg er en del av den kommunale helsetjenesten. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune. For å løse denne oppgaven er kommunene likevel pålagt å sørge for sykehjem eller boform for hel døgns omsorg og pleie (Jfr. Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3).

Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med helsepersonell om privat helsevirksomhet. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for hel døgns omsorg og pleie.

Sykehjem er således en organisasjon eller virksomhet som den enkelte kommune eventuelt selv velger å tilby sine innbyggere i form av hel døgns omsorg og pleie.

4.3 Rammebetingelser

Helsesektoren er en viktig økonomisk sektor som sysselsetter flere enn industrien. Aldringen av befolkningen trekker i retning av at sektoren vil vokse ytterligere framover. En effektiv utnyttelse av ressursene i denne sektoren er derfor viktig for fortsatt å kunne tilby gode helsetjenester innenfor de rammene som gis av utviklingen i offentlige finanser samlet sett. Stavanger Kommunes overordnede styringssystem bygger på prinsipper hentet fra balansert målstyring. Det vil si at en fokuserer på flere sider ved egen organisasjon og tjenesteleveranse ut over de økonomiske resultatene. De perspektivene som inngår i kommunens styringssystem er å overholde økonomiske ramme, medarbeidertilfredshet og tall for sykefravær, tjenestemottakers vurdering av kommunens tjenester, arbeidsprosesser i virksomhetene, samt bidra til en bærekraftig samfunnsutvikling (Årsrapport for Stavanger Kommune, 2009). Sykehjemmene hadde et samlet nettoforbruk på 111 prosent og merforbruk utgjør kr. 6,5 millioner.

Den moderne kommunale pleie- og omsorgstjenesten har fått nye brukergrupper med store og sammensatte behov for hjelp og bistand. Det ytes nå mer spesialiserte tjenester til brukere i alle aldersgrupper enn tidligere. Med større spesialisering har også kravene til utdanning økt. Merforbruket er i følge årsberetning (2009) for Stavanger Kommune knyttet opp til netto lønn samt økte utgifter til blant annet medisiner, medisinsk forbruksmateriell og mat samt endret pleietyngde.

Sykehjemmene hadde et samlet budsjett netto sum på kr 55 461 000,- i følge årsregnskapet for Stavanger Kommune (2009).

I 2009 hadde Stavanger Kommune totalt 9564 antall ansatte fordelt på 7251 årsverk. I 2009 var 92 % av de som arbeider på sykehjem kvinner (Årsberetning 2009 – Stavanger Kommune).

4.4 Lov og forskriftsverk

Lovgivning er myndighetenes middel for å medvirke til pasientsikkerhet (Braut & Holmboe, 2010). Lovverket både rettet mot helsepersonell (helsepersonelloven) samt rettet mot tjenestesystemet (internkontroll).

Kravet til faglig forsvarlighet er nedfelt i Lov om helsepersonell (§4) Krav til forsvarlighet gjelder derimot ikke bare helsepersonell men også virksomheten.

Gjennom forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten stilles det krav til virksomheter at de skaffer seg en oversikt over områder med fare for svikt (§ 4 f), etablerer systemer som forebygger svikt, og sørger for at uønskede hendelser fanges opp og utbedres i tide med minst mulig skade (Aase 2010). Dette innebærer systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

5.0 Funn

Studien undersøker omfang av registrerte uønskede hendelser i sykehjem, samt hvilke erfaringer og opplevelse helsepersonell har i forhold til rapportering og håndtering av disse.

Jeg har brukt MTO – analyse som et verktøy for å analysere de kvalitative dataene i studien. MTO -analysen framstiller menneskelige (M), tekniske (T) og organisatoriske (O) årsaker og barrierer forbundet med uønskede hendelser, og brukes vanligvis ved gransking. De tre dimensjonene; menneske, teknologi og organisasjon brukes, i denne sammenhengen, som kategorier for å systematisere funnene i studien. I tillegg har jeg en kategori som heter underrapportering, fordi jeg ønsker å presentere data som kan si noe om dette, og fordi det også kan ses i sammenheng med det enkelte sykehjems rapporteringskultur.

I dette kapittelet vil jeg først vise tre eksempler på en uønsket hendelse. Disse er fra tilfeldig valgte sykehjem fra utvalget i studien. Deretter presenteres omfanget av uønskede hendelser for 2007, 2008 og 2009 samt oversikt over kategoriserte uønskede hendelser for 2009 fra de ni sykehjemmene som har deltatt i studien. Så presenteres funn i forhold til hvilken teknologi eller hvilke systemer sykehjemmene har i forhold til rapportering av uønskede hendelser, og hvilke uønskede hendelser som registreres og hvordan (prosedyre) (T). Deretter vil jeg presentere funn i kategorien menneskelige faktorer. Blant annet hvilke grupper av helsepersonell som rapporterer uønskede hendelser i sykehjem og hvilke forutsetninger, vilje eller uvilje, samt hvilken kunnskap den enkelte har og ser i å rapportere uønskede hendelser (M). Så presenteres funn i kategorien organisasjon (O). Her trekker jeg blant annet frem hvilke tiltak, støtte og tilbakemeldinger sykehjemsledelsen gir den enkelte bruker av selve registreringssystemet. Til slutt vil jeg presentere funn i kategorien underrapportering.

Noen av funnene har det vært vanskelig å plassere i kategoriene M, T eller O. Jeg har foretatt noen valg ut fra vurderinger om hvor jeg synes de passer best, og tar derfor forbehold om at de kunne vært plassert annerledes. Dette illustrerer og bekrefter etter min oppfatning hvordan de ulike faktorene teknologi, menneske og organisasjon er innvevet i hverandre og av den grunn bør sees i en sammenheng med hverandre også i denne studien.

Jeg har valgt å bruke fiktive navn på de to sykehjemmene som inngår i den kvalitative studien. Navnene er ment til å kunne assosieres med det enkelte sykehjem. Det sykehjemmet med færrest registrerte uønskede hendelser per sengeplass har fått navnet ”sykehjem u - faktor”, og det sykehjemmet med flest registrerte uønskede hendelser har jeg gitt navnet

”sykehjem x -faktor”. Navnene er gitt med utgangspunkt i teori om at det er positivt og bra med en rapporteringskultur der det registreres mye uønskede hendelser.

5.1 Eksempler på rapporterte uønskede hendelser

Eksemplene på rapporterte uønskede hendelser er en del av datamaterialet som jeg har fått tilgang til via Stavanger Kommune. Eksemplene er utlevert anonymisert og de er fordelt på kategoriene; fall, medikamentfeil/ nesten feil, rutinesvikt, kvalitetsforskrift, utagering/vold og skade/nesten skade. Totalt har jeg fått tilgang til 25 eksempler på rapporterte uønskede hendelser. Jeg har tatt med tre eksempler på registrerte uønskede hendelser her for å vise beskrivelser av uønskede hendelser og samtidig vise praksis på hvilke felter som vanligvis fylles ut eller ikke fylles ut i skjema. Disse tre eksemplene representerer tre typiske uønskede hendelser i kommunale sykehjem. De er i kategoriene medikamentfeil/ nesten feil, fall og rutinesvikt. Som en kan se av de tre eksemplene er noen av feltene i skjema ikke fylt ut. Dette gjelder også for de andre 22 eksemplene som ikke er tatt med her. Alvorlighetsgradering mangler på 7 av disse 22. Feltet som strakstiltak samt forslag til forbedringstiltak er også ofte mangelfulle. Det første eksempelet som er knyttet til medikamentfeil/ nesten feil er godt utfylt på de fleste feltene. Det er krysset av for alvorlighetsgrad samt fylt ut strakstiltak, forslag til forbedringstiltak samt beskrivelse av gjennomføring:



Melding om avvik

Helse og sosial

Bruker:

cd 2009122300

Tidspunkt:	Dato: 24.11.2009	Kl: 17:23	
Alvorlighetsgrad:	lite alvorlig <input checked="" type="checkbox"/>	middels alvorlig <input type="checkbox"/>	svært alvorlig <input type="checkbox"/>
Beskrivelse: Beboer har ikke fått middagstablettene i dag.(Ido-e og Solvezink)			
Type avvik:			
<input type="checkbox"/> Avvik fra vedtak	<input type="checkbox"/> Vold/trussel	<input type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Rutinesvikt
<input type="checkbox"/> Brudd på lover & forskrifter	<input checked="" type="checkbox"/> Medikamentfeil/ nesten feil	<input type="checkbox"/> Utstyr:	<input type="checkbox"/> Annet →
→ Beskriv nærmere:			
Strakstiltak: Det ble oppdaget da vi skulle dele ut kveldsmedisinene. Det ble ikke gjort noe pga at han skulle ha de samme tablettene til kvelds.			
Forslag til forbedringstiltak: Det må registreres dersom han ikke kan ta medisinene			
Personskade ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>	
Er lege kontaktet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>	
Er avviket en mulig klagesak?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>	
Meldt av: (navn/tittel/arb.sted)		Dato: 24.11.2009	
Beskrivelse og gjennomføring av forbedringstiltak: Avd. leder informerer til de som deler medisiner at de må registrere på signeringsarket når tbl ikke er gitt og årsak			
Ansvarlig for gjennomføring: Avd.spl og pleierne			
Avd./seksjonsleder:		dato: 11.12.09	
Virksomhetsleder:		dato:	
Alvorlig avvik er meldt videre til direktør	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	

Mål: Hindre gjentagelse / lære av feil**Sikre at avvik blir registrert og behandlet på forsvarlig måte**

- Alvorlige hendelser dokumenteres i pasientens journal og meldes leder umiddelbart
- Mindre alvorlige hendelser dokumenteres i pasientens journal, leder tar ut rapporter kvartalsvis
- Hendelser som ikke er alvorlige nyttes til refleksjon i avdelingen



Melding om avvik

Helse og sosial

Bruker: cd 2010040854

--	--	--

Tidspunkt: Dato: 10.04.2010 Kl: 02:21Alvorlighetsgrad: lite alvorlig middels alvorlig svært alvorlig **Beskrivelse:**

Ved 02.00 runden ble pas. funnet på gulvet utenfor badet. han hadde prøvd å gå på toalettet for å late vann. Medpas. hadde ringt etter hjelp, men klokken hadde hengt seg opp og det ringte ikke. Det var ingen tegn til skade, han hadde litt vondt i hode og var redd for å reise seg. fikk litt vann og ønsket å ha sengehesten oppe.

Type avvik:

<input type="checkbox"/> Avvik fra vedtak	<input type="checkbox"/> Vold/trussel	<input checked="" type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Rutinesvikt
<input type="checkbox"/> Brudd på lover & forskrifter	<input type="checkbox"/> Medikamentfeil/nesten feil	<input type="checkbox"/> Utstyr:	<input type="checkbox"/> Annet →

→ Beskriv nærmere:

Strakstiltak:

Fikk hjelp av en til pleier og hjalp han opp. Så etter tegn for evt. Brudd. Fulgte han i seng og undersøkte han litt nærmere med tegn på skader. Sengehesten ble tatt opp etter pas. ønske

Forslag til forbedringstiltak:

Personskade ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>
Er lege kontaktet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>
Er avviket en mulig klagesak?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>

Meldt av:

(navn/tittel/arb.sted)

Dato: 10.04.2010

Beskrivelse og gjennomføring av forbedringstiltak:

Viktig med hyppige tilsyn

Ansvarlig for gjennomføring:

Alle som er på vakt

Avd./seksjonsleder:

dato: 13.04.10

Virksomhetsleder:

dato:

Alvorlig avvik er meldt videre til direktør Ja Nei **Mål: Hindre gjentakelse / lære av feil****Sikre at avvik blir registrert og behandlet på forsvarlig måte**

- Alvorlige hendelser dokumenteres i pasientens journal og meldes leder umiddelbart
- Mindre alvorlige hendelser dokumenteres i pasientens journal, leder tar ut rapporter kvartalsvis
- Hendelser som ikke er alvorlige nyttes til refleksjon i avdelingen



Melding om avvik

Helse og sosial

Bruker:		cd 2009029102	
Tidspunkt:	Dato: 17.03.2009	Kl: 09:09	
Alvorlighetsgrad:	lite alvorlig <input type="checkbox"/>	middels alvorlig <input checked="" type="checkbox"/>	svært alvorlig <input type="checkbox"/>
Beskrivelse: igår kveld da beboer skulle hjelpes opp etter middagshvil fandt personalet beboer i sengen uten alarmmatte eller ringesnor virkede og med sengehesten bare oppe i den ene enden. kveldspersonalet var ikke informert om at alarmmatte og ringesnor ikke virkede			
Type avvik:			
<input type="checkbox"/> Avvik fra vedtak	<input type="checkbox"/> Vold/trussel	<input type="checkbox"/> Fall	<input checked="" type="checkbox"/> Rutinesvikt
<input type="checkbox"/> Brudd på lover & forskrifter	<input type="checkbox"/> Medikamentfeil/nesten feil	<input type="checkbox"/> Utstyr:	<input type="checkbox"/> Annet →
→ Beskriv nærmere:			
Strakstiltak:			
Forslag til forbedringstiltak:			
Personskade ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>	
x	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>	
Er avviket en mulig klagesak?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>	
Meldt av: (navn/tittel/arb.sted)		Dato: 17.03.2009	
Beskrivelse og gjennomføring av forbedringstiltak:			
Ansvarlig for gjennomføring:			
Avd./seksjonsleder:		dato:	
Virksomhetsleder:		dato:	
Alvorlig avvik er meldt videre til direktør	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	

Mål: Hindre gjentakelse / lære av feil**Sikre at avvik blir registrert og behandlet på forsvarlig måte**

- Alvorlige hendelser dokumenteres i pasientens journal og meldes leder umiddelbart
- Mindre alvorlige hendelser dokumenteres i pasientens journal, leder tar ut rapporter kvartalsvis
- Hendelser som ikke er alvorlige nyttes til refleksjon i avdelingen

I det forrige eksemplet var den uønskede hendelsen kategorisert som fall. Den var utfylt greit i de fleste feltene, men manglet forslag til forbedringstiltak. Denne rapporterte uønskede hendelsen er eksempel på rutinesvikt. Den er mangelfullt utfylt på flere felter.

5.2 Omfang av uønskede hendelser på sykehjem

Her vises tallmaterialet som jeg har fått tilgang til for de 9 sykehjemmene. Tabell 1 viser en oversikt over antall uønskede hendelser per sengeplasser per år over en tre års periode.

Deretter, i tabell 2, gis det en oversikt over uønskede hendelser per sengeplasser fordelt i de ulike hendelseskategoriene for 2009.

Sykehjem	2007	2008	2009	Gjennomsnitt
Sykehjem 1	6,17	6,34	6,91	6,48
Sykehjem 2	5,05	2,57	4,21	3,94
Sykehjem 3	5,22	4,98	3,82	4,67
Sykehjem 4	2,06	4,00	2,00	2,69
Sykehjem5	6,54	5,84	9,20	7,19
Sykehjem 6	7,05	7,84	9,03	7,93
Sykehjem 7	7,90	6,18	8,25	7,44
Sykehjem 8	4,83	6,83	3,47	5,04
Sykehjem 9	7,58	6,48	6,67	6,91

Tabell 1. Antall uønskede hendelser per sengeplasser per år, samt gjennomsnittlig antall rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser for 2007, 2008 og 2009.

Tabellen viser en variasjon mellom alle sykehjemmene fra 2,00 til 9,20 rapporterte uønskede hendelser per sengeplasser per år gjennom hele treårsperioden. Den viser også at der er en variasjon for enkelte sykehjem over perioden. Sykehjem 4, for eksempel, viser en økning og nedgang på rapporterte uønskede hendelser på nesten hele 2,0 uønskede hendelser per sengeplasser per år gjennom perioden. Sykehjemmene 2,3, 4, 8 og 9 viser en total nedgang i registreringen over disse tre årene. Sykehjem 1 ser ut til å ligge mest stabilt over tid. Mens sykehjem 6 viser en gradvis stigning i antall rapporterte uønskede hendelser over disse tre årene og utgjør i gjennomsnitt det sykehjemmet som rapporterer flest uønskede hendelser i treårsperioden. Likevel er det sykehjem 5 som ligger høyest og rapporterer flest i 2009.

I tabell 2 nedenfor vises antall uønskede hendelser fordelt på de forskjellige hendelseskategoriene for 2009:

Kategori	Syke hjem 1	Syke hjem 2	Syke hjem 3	Syke hjem 4	Syke hjem 5	Syke hjem 6	Syke hjem 7	Syke hjem 8	Syke hjem 9
I fht. Vedtak		0,29	0,02		0,14	0,03	0,15		0,13
Fall	3,20	2,62	2,70	0,69	2,88	4,38	3,13	1,74	2,37
Feilmedisinering/nering/nering	2,75	0,84	0,86	1,31	2,46	3,12	2,60	0,67	2,08
Kvalitetsforskrift	0,19	0,11			0,11	0,03	0,03	0,03	0,95
Skade/nesten	0,03	0,07			0,14	0,11	0,25	0,02	0,23
Utagering/vold	0,01	0,11	0,06		0,17	0,11	0,15	0,48	0,1
Rutinesvikt	0,62	0,16	0,14		3,22	1,07	1,85	0,47	0,75
Svikt teknisk					0,14	0,03	0,10	0,02	0,05
Skadeavvergen de tiltak					0,01	0,03		0,03	

Tabell 2. Uønskede hendelser per sengeplasser per hendelseskategori fordelt på de ni sykehjemmene i 2009.

Tallene viser en variasjon i de fleste kategoriene fra sykehjem til sykehjem. Likevel ser en klart at det er hendelseskategoriene fall, feilmedisinering/nesten feil samt rutinesvikt som det rapporteres mest av på sykehjemmene i studien. Spesielt sykehjem 5 har en høy forekomst av rapporterte uønskede hendelser i kategorien rutinesvikt. Fall er likevel den kategorien der det blir registrert flest uønskede hendelser per sengeplasser totalt for 2009 med 23,44 hendelser per sengeplasser for de ni sykehjemmene etterfulgt av feilmedisinering/nesten feil med totalt 16,69 hendelser per sengeplasser for de ni sykehjemmene.

5.3 Teknologiske faktorer

I denne kategorien presenteres funn i forhold til de teknologiske faktorene (T). Det vil blant annet si hvilke systemer sykehjemmene har i forhold til rapportering av uønskede hendelser, hvilke uønskede hendelser som registreres og hvordan (prosedyre).

5.3.1 Systemer

Alle ansatte ved sykehjemmene i Stavanger Kommune rapporterer uønskede hendelser i et fastlagt skjema (vedlegg 11). Dette skjema er det samme som er brukt i eksemplene i kapittel 5.1, og brukes av samtlige institusjoner eller virksomheter i helse- og sosialtjenesten i Stavanger Kommune. Det er tilgjengelig elektronisk og ligger inne som en link i den elektroniske pasientjournalen som alle sykehjemmene i Stavanger Kommune bruker. Det elektroniske pasientjournalssystemet heter CosDoc og er utviklet for den daglige driften i pleie-, omsorgs- og rehabiliteringssektoren av ACOS A/S. CosDoc tar utgangspunkt i den enkeltes tjenestemottakers behov og kommunale tjenestetilbud.

CosDoc er bygget opp av moduler og dermed kan den enkelte organisasjon selv bestemme hvilken funksjonalitet den ønsker å ta i bruk. Systemet er godt tilrettelagt både faglig og i forhold til logisk oppbygging.

Stavanger Kommune innførte felles elektronisk pasientjournal (CosDoc) samtidig for alle kommunale sykehjem 1. mai, 2001. Skjema for registrering av uønskede hendelser ble da bygget inn i denne.

Stavanger Kommune har også et annet system for registrering av uønskede hendelser innen HMS (helse, miljø og sikkerhet). Det heter Synergi. Dette er et elektronisk system som brukes til registreringer av hendelser som faller inn under arbeidsmiljølovgivningen. De uønskede hendelsene som føres her tilhører derfor en annen arbeidsprosess i QLM systemet¹ og en annen prosessansvarlig på direktørnivå i kommunen (Gunnarshaug, 2010).

5.3.2 Prosedyre

Det finnes også en prosedyre for rapportering av uønskede hendelser (Vedlegg 10). Prosedyren har tittelen ”Prosedyre avvik fra sosial- og helsetjenesten”, og er tilgjengelig for de sykehjemsansatte på intranettsiden til Stavanger Kommune i det elektroniske QLM – systemet. Nøkkelinformant i Stavanger Kommune forklarer dette systemet slik:

”Så har vi et system som heter QLM som er vårt kvalitetssystem for å dokumentere rutiner og arbeidsoppgaver, arbeidsprosesser, og der har vi alle våre arbeidsprosesser. Der har vi en arbeidsprosess som heter forbedringsarbeid. Inni den prosessen, der ligger alt som vi gjør i

¹ QLM (QualiWare Lifecycle Manager) er et system eller dataverktøy som blir brukt til å organisere prosesser og mudullere virksomheter.

forhold til forbedringsarbeid. Inni der ligger våre prosedyrer og prosesser og der har vi prosessansvarlige som er ansvarlige for de forskjellige prosedyrene og prosessene”

QLM - systemet er en elektronisk kvalitetshåndbok som alle sykehjemmene i Stavanger kommune har tilgang til. Sykehjemmene står likevel fritt til å bruke andre kvalitetssikringssystem i tillegg. ”Sykehjem u-faktor” er nå i ferd med å ta i bruk kvalitetssikringssystemet ISO 9001. Ifølge en informant på sykehjemmet er dette:

”et kvalitetssikringssystem som er basert på kvalitetsledelse. Det er en sånn en internasjonal godkjennelse av kvalitetssystemet” (Kvalitetsleder / avdelingssykepleier).

Denne informanten sier videre:

Det å kvalitetssikre våre tjenester betyr at vi ivaretar våre pasienter. Den tryggheten. (Kvalitetsleder / avdelingssykepleier).

Prosedyren (2006) definerer uønskede hendelser som:

”brudd på lover og forskrifter i henhold til intern kontrollforskrift for Sosial – og helsetjenesten, samt brudd på interne prosedyrer for disse tjenestene. Med interne prosedyrer menes både Stavanger Kommunes overordnede og virksomhetens egne”.

I følge prosedyre for rapportering av uønskede hendelser skal papirutgave av skjema ligge ved hvert tjenestested til bruk for ansatte som ikke dokumenterer elektronisk. Mens den enkelte ansatt som oppdager en uønsket hendelse skal registre hendelsen, er det i følge prosedyren et lederansvar å se til at prosedyren blir fulgt samt ansvar for å følge opp registreringer.

I ” prosedyre for avvik fra sosial og helsetjenesten”(2006) står det eksempler på hendelser som kan defineres som uønskede hendelser. Det er

- Skade, nesten skade som gjelder pasient/bruker (fysisk eller psykisk)
- Tap av anseelse
- Legemiddelfeil/nesten feil
- Utagering
- Rutinesvikt mellom sykehus og kommune, mellom virksomheter i kommunen
- Manglende oppfølging av vedtak
- Svikt teknisk utstyr, i denne sammenheng relatert til bruker
- Annen rutinesvik

Alle sykehjemmene jobber etter samme prosedyre for uønskede hendelser. Nøkkelinformant i Stavanger Kommune forteller dette:

”Før var det slik at hver virksomhet lagte sine egne prosedyrer og så hadde vi veldig få prosedyrer som var overgripende for alle virksomhetene. Men etter hvert som vi har jobbet så ber virksomhetene om at flere prosedyrer blir virksomhetsovergripende fordi de synes det er en fordel å gjøre ting på samme måte og det synes selvfølgelig vi også er en fordel at der er mest mulig likt. Så nå er der større etterspørsel etter overgripende metoder og så kommer også mer og mer sentrale retningslinjer og det gjør det lettere å bruke de sentrale retningslinjene når vi lager felles prosedyre. Så vi har veldig mye mer nå som er felles enn det som vi trodde for ti år siden ville være aktuelt”.

5.3.3 Rapporteringsskjema

Selve rapporteringsskjema ”avviksskjema – helse og sosial” (vedlegg 11) inneholder ulike felter som skal fylles ut. Tidspunkt, dato og klokkeslett, alvorlighetsgradering av den uønskede hendelsen, det vil si at du kan krysse av for om den uønskede hendelsen er lite alvorlig, middels alvorlig eller svært alvorlig. Beskrivelse av hendelsen, strakstiltak og forslag til forbedringstiltak. En skal også krysse ja/nei for om lege er kontaktet, om der er personskaade og om den uønskede hendelsen er en mulig klagesak. Videre skal det skrives hvem det gjelder (pasientens navn, fødselsnummer og adresse) og hvem den uønskede hendelsen er meldt av (navn, tittel og arbeidssted). Der er også et felt der en kan fylle ut beskrivelse og gjennomføring av forbedringsforslag, samt hvem som står ansvarlig for gjennomføring av dette. En skal også krysse ja/nei på om alvorlig avvik er meldt videre til direktør.

Målet med rapporteringsskjema ”Avviksskjema – helse og sosial” er å hindre gjentakelse / lære av feil samt sikre at uønskede hendelser blir registrert og behandlet på forsvarlig måte.

Etter 2006 er det skjedd revideringer i selve datasystemet. Det innebærer at prosedyren ikke samstemmer helt overens med selve rapporteringsskjema i CosDoc. I 2009 skjedde det en revidering av skjema inne i selve systemet for registrering av uønskede hendelser. Det er nå lagt inn en sperre i det elektroniske systemet som gjør at en må krysse av på kategori før en kan registrere hendelsen i rapporteringsskjema. Flere kategorier kommer derfor nå opp automatisk på dataen og en må velge kategori før en får tilgang til å registrere en uønsket

hendelse. Dette var valgfritt før 2009 og førte til at mange brukere av systemet ikke registrerte hendelseskategori. De ni hendelseskategoriene i systemet er:

- I fht. vedtak
- Fall
- Feilmedisinering/nesten feilmedisinering
- Kvalitetsforskrift
- Skade/ nesten skade tjenestebruker
- Utagering/vold
- Rutinesvikt
- Svikt teknisk utstyr
- Skadeavvergende tiltak i nød situasjoner

Det er stadig nye revideringer. Nøkkelinformanten i Stavanger Kommune forteller dette:

”Nå står vi foran en ny revidering i løpet av året av prosedyre. Nå ser vi på forskjellige ting som ikke fungerer”.

Det fastlagte skjema for registrering av uønskede hendelser, samt prosedyren for registrering av uønskede hendelser er revidert opp til flere ganger i perioden etter at det ble tatt i bruk av Stavanger Kommune.

5.4 Menneskelige faktorer

Her presenteres funn i kategorien menneskelige faktorer (M). De består av hvilke grupper av helsepersonell som registrerer uønskede hendelser i sykehjem, hvilke forutsetninger, vilje eller uvilje, hvilken kunnskap den enkelte har og ser i å registrere uønskede hendelser, samt lojalitet ovenfor kollegaer og ledelsen på sykehjemmene.

5.4.1 Grupper av helsepersonell på sykehjem

På sykehjemmene arbeider ulike grupper helsepersonell. Det vil si ufaglærte / pleiemedhjelpere eller assistenter, aktivitører, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og leger. På sykehjemmene varierer det likevel hvem som har tilgang til elektronisk pasientjournal og hvem som rapporterer uønskede

hendelser. Det kan også avhenge av om personalet er fast ansatt, vikar eller ekstravakt om de har personlig kode og dermed tilgang til elektronisk pasientjournal.

På ”sykehjem x – faktor” sier en av informantene dette:

”Hos oss skriver alle fagutdannede avvik. Vi har ikke fått at de ufaglærte skriver avvik enda. Men alle sykepleierne og alle hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne skriver inn avvik” (avdelingssykepleier).

Videre forteller en annen informant fra samme sykehjem:

”..men ufaglærte kan jo også melde i fra om ting som fører til at det blir ført en avviksregistrering” (Assisterende avdelingssykepleier).

En tredje informant fra samme sykehjemmet sier i tillegg dette:

”lege, sykepleier, hjelpepleier, aktivitører, ufaglærte... i tillegg også fysioterapeuter og ergoterapeuter. Så alle disse yrkesgrupper er inne i avvikshåndteringen” (Virksomhetsleder).

På ”sykehjem u – faktor” forteller de dette om hvem som registrerer hendelser:

”Vi prøver å trekke inn alle her. Vi prøver å være inkluderende. Kanskje det er en eller annen ekstravakt i helgene som ikke har tilgang, men ideelt sett så prøver vi å tilstrebe at alle også ekstravakter har det” (Kvalitetsleder / avdelingssykepleier).

Videre forklares det av annen informant fra ”sykehjem u- faktor”:

”Alle som er med i pleien. Altså assistenter som går sånn jevnlig har også tilgang til å skrive rapport. For det er noe med at alle skal dokumentere sin pleie” (sykepleier).

Alle også inkludert ufaglærte eller assistenter, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, vernepleiere, sykepleiere og leger registrerer uønskede hendelser på ”sykehjem u – faktor”. På ”sykehjem x – faktor” kommer det frem at alle fagutdannede registrerer uønskede hendelser.

5.4.2 Kunnskap blant brukerne av rapporteringssystemet

Jeg spurte informantene på sykehjemmene hvilke erfaringer de hadde rundt selve bruken av og registreringen av uønskede hendelser i det elektroniske rapporteringssystemet. En informant fra ”sykehjem u – faktor” kunne en fortelle at:

”... alle har blitt flinkere til å registrere. Sykepleierne er vel de som er altså best i stand til å vurdere, men hjelpepleierne, omsorgsarbeidere, ufaglærte. De søker hjelp”
(Avdelingssykepleier).

En informant fra ”sykehjem x – faktor” har denne opplevelsen:

”Du vet at vi er en treg gruppe, og det tar lang tid og venne seg til noen nytt” (Assisterende avdelingssykepleier).

I tillegg forteller samme informant dette:

”så er der jo enda noen som synes at alt som har med datamaskinen er veldig vanskelig, og de gjør det kanskje så sjelden at de glemmer det for hver gang. Og da er nok kanskje listen høyere. Så kanskje en underrapportering der, fordi det er så slitsomt hele registreringen, at vi skriver det heller litt i løpende rapport, at det skjedde, men at det ikke blir rapportert som avvik. Så det er avhengig av brukernes kunnskaper om systemet” (Assisterende avdelingssykepleier).

En informant fra ”sykehjem u – faktor” sier det slik:

”om det er en assistent eller hjelpepleier, så har de ansvar for å registrere sine avvik, så enten går de inn på CosDoc, eller om de skriver det og at vi har skrevet ut ark som blir leverte til avdelingsleder. Fordi noen har litt sånne hemninger for data” (sykepleier).

Videre forteller en annen informant fra samme sykehjem dette:

”En assistent hos oss skriver ingenting inne på CosDoc. Det har sklidd litt ut, men det er liksom greit. Det er en voksen person sånn at det har nok vært litt greit. Og dermed når..da er det jo vi som må gå inn. Men hun/han registrerer jo ikke verken vanlige rapporter eller avvik” (hjelpepleier).

Informanten forteller videre

”Personen ønsker ikke tilgang på dataen. Det er jo der problemet ligger. Og det har hun/han liksom fått lov til, og dermed hvis det er et eller annet så han/hun innrapporterer jo ikke noe. Så det er vi som står. Det er andre som er på jobb i så fall som må ta det. For egentlig er det jo den som oppdager fallet eller den som oppdager det som skal skrive avviket” (hjelpepleier).

Gjennom studien kan det se ut til at det er noe sammenblanding av de to systemene CosDoc og Synergi samt uklarheter rundt hvor de ulike uønskede hendelsene skal registreres.

Nøkkelinformanten i Stavanger Kommune forteller dette:

”Vi ser at en del av de uønskede hendelsene fortsatt ikke handler om uønskede hendelser fra sosial og helsetjenesten men uønskede hendelser som gjelder helse, miljø og sikkerhet. Vi har også et annet avvik system for HMS, men folk som jobber ute klarer ikke alltid skille på det som handler om bruker og det som handler om en selv. Så det er noe som vi har jobbet med i mange år. Men fortsatt ser vi at her er der en sammenblanding”.

En av informantene på ” sykehjem x – faktor” forklarer dette slik:

”Forskjellene på CosDoc avvikene er at de går direkte mot en pasient. I CosDoc så fører de på pasienten og egentlig kan du si at avvikene kan føres både i CosDoc og Synergi fordi at det kan være systemavvik. Å gi en pasient feil medisin, for eksempel, det tenker jeg bør stå i CosDoc, fordi det gjaldt den pasienten som fikk feil medisin. Samtidig så er det et systemavvik med at en har ikke fulgt de prosedyrene som var. Så her er det noe med å se..det går nok litt begge plasser” (Virksomhetsleder).

Gjennom studien viser det seg at sykehjemsansatte har ulik kunnskap og kjennskap til prosedyren i forhold til rapportering av uønskede hendelser. En informant fra ”sykehjem u – faktor” svarer dette på spørsmål om de har noen prosedyre for registrering av uønskede hendelser:

”..Rutinen for, eller rutine og rutine.. Ikke annet enn at de går inn i CosDoc og den ansatte, den enkelte må jo vurdere selv. Er dette en uønsket hendelse? Er det ikke? Hva som er en uønsket hendelse vet jeg er blitt tatt opp på avdelingen. Og så rapporterer de inn. Og det kan det være ymse kjennskap til, men vi har jo en opplæring i CosDoc som vi prøver å tilstrebe. At alle ansatte får opplæring og vist hvor ting er og dermed får en rutine på plass, men ellers er det å følge den datamaskinens..” (Kvalitetsleder/avdelingssykepleier).

En annen informant fra ”sykehjem x-faktor” beskriver prosedyren slik:

”Du må jo logge deg på det journalsystemet vårt, CosDoc og gå inn på registreringer, velge avvik, velge type avvik, og gi en kort beskrivelse på hva det gjelder, og så trykke videre på skjema. Så får du opp dette avviksskjema, så fyller du ut, krysser av om det er alvorlighetsgrad, type avvik, om lege har vært kontaktet, personskade, klagesak, alle disse

rubrikkene her, og der er det jo der det ligger inne, du kan skrive forslag til tiltak, og hvem skal gjennomføre, den tror jeg veldig mye blir hoppet over. At det er om å gjøre bare å få registrert. Hva var hendelsen, hva gjorde vi der og da, og så blir dette skrevet ut og lagt inn til avdelingsleder” (Assisterende avdelingssykepleier).

En tredje informant sier:

”Jeg vil ikke kalle det en prosedyre, fordi da kan du ikke avvike noe fra den. Jeg vil heller si at det er en veileder. De kan finne en oppskrift på hvordan de skal gå inn, hvordan de skal klikke, og det ligger jo i QLM systemet, som er vårt kvalitetssikringssystem.. men vi har mange sånne systemer..det er få som jeg tror det faktisk er som bruker det. Jeg tror mer de bruker hverandre. Det er lettere for dem enn å gå inn på dataen, gå inn i QLM systemet og lete fram den veilederen som finnes der. Så de hjelper hverandre i stedet” (Avdelingssykepleier).

En informant fra ”sykehjem – u faktor” reflekterer over dette:

”Der tror jeg faktisk at sykepleierne er faktisk de som er flinkest. Det tror jeg. Det meste. Assistenten har vel ikke grunnlag for de vet vel ikke hva de skal skrive avvik på. Skyld på opplæring eller fokus, ja..nei, jeg tror mest det er sykepleierne faktisk jevnt over slik jeg har møtt som har vært mest bevisst, og snakker mest om det. Og er sykepleierne synlige på dette med avvik så har du de andre med deg, men hvis du på en måte ligger helt så ligger resten. Vi har ganske store makt” (sykepleier).

Disse funnene viser at det fortsatt er en del ansatte i sykehjem som har begrensede forutsetninger og kunnskaper for å bruke et elektronisk registreringssystem. En annen informant fra ”sykehjem – x faktor” sier dette i forhold til å registrere en uønsket hendelse:

”Jeg synes det er selvforklarende, men det er jo fra mitt ståsted. Det er selvfølgelig om de føler seg sikre nok til å gjøre det også som avgjør om de gjør det. Om de skriver. Om de er trygge, og hvordan de skal komme frem i systemet” (Avdelingssykepleier).

En informant fra ”sykehjem u-faktor” sier dette:

”Hva skal vi føre? Hva skal vi ikke føre? Det diskuteres vel hele veien. Der føler jeg meg aldri helt sånn hundre prosent sikker. Er det en hendelse? Skade?” (sykepleier).

Videre forteller samme informant:

”Der blir diskutert feil, nesten feil, nå tenker jeg på medisiner. Er det et avvik når det blir oppdaget før det kommer i munnen på pasienten? Ja, og der har vi nok gjerne litt ulike oppfatninger tror jeg” (sykepleier).

Gjennom studien gir flertallet av informantene uttrykk for at de synes både det er vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden på en uønsket hendelse samt definere en nesten - hendelse. En av informantene på ”sykehjem u – faktor” deler dette:

”Det der med alvorlighetsgrad. Det synes vel jeg er det verste. Si det er på medisiner. Er det hvis pasienten skulle få helt galne medisiner, er det da? Eller hvis han fikk det er det da? Hvis han ikke får det er det alvorlig eller er det ikke?” (sykepleier).

Det virker som om det er litt uklart eller ulikheter i definering av alvorlighetsgraden av en uønsket hendelse. Informant fra Stavanger Kommunen sier det slik:

”De avvikene som er alvorlige i den forstand at det enten er nødvendig å ha legehjelp for å rette opp avviket. Det definerer vi som alvorlige. Eller kunne vært så alvorlig at du må ha legehjelp..i forhold til at det kan være fysisk skade, men og psykisk skade. For det at noen ganger så er psykiske skader så alvorlig grad at vi vurderer det som alvorlig. Hvis en pasientjournal blir liggende på et offentlig sted som ikke skal ligge der så er det et veldig alvorlig om ikke nødvendigvis du trenger lege for å rette opp avviket”.

5.4.3 Vilje/uvilje, motivasjon og holdninger til rapportering

Gjennom studien viser det seg at informantene har ulik opplevelse knyttet til det som skjer etter at den uønskede hendelsen er rapportert. Håndteringen av hendelsene etter de er rapportert varierer på de ulike sykehjemmene i studien. En informant fra ”sykehjem x – faktor” opplever at det ikke skjer så mye etter at de har registrert hendelsen:

”Det er om å gjøre bare å få registrert. Hva var hendelsen, hva gjorde vi der og da. Og så blir dette skrevet ut og lagt inn til avdelingsleder. Men foreløpig så har ikke folk mistet motet for å registrere uønskede hendelser for det gjør vi jo” (Assisterende avdelingssykepleier).

Videre forteller den samme informanten dette om utfylling av rapporteringsskjema:

”Du kan skrive forslag til tiltak, og hvem skal gjennomføre, den tror jeg veldig mye blir hoppet over” (Assisterende avdelingssykepleier).

Enkelte av informantene sier at de skriver tiltakene og forslag til forbedringstiltak i pasientens pleieplan i pasientjournalen, isteden for å registrere dette i forhold til den uønskede hendelsen i selve skjema.

Informantene fra begge sykehjemmene gir uttrykk for at det handler like mye om personligheten til den som registrerer som den faglige vurderingen i forhold til alvorlighetsgraden. En informant på sykehjem x – faktor sier dette:

”Det ligger mye følelser inni den registreringen. Den enkelte som skriver velger jo hva de synes, men igjen så tenker jeg at det handler lite grann om hvor alterert du blir, altså hvor sint du blir? Hvor redd du blir? Hvor fortvilt du blir? Er det noe du synes går igjen? At nå er du trøtt og lei av dette, burde ikke skje fordi rutinene skal være så vanntette. Jeg tror ikke det handler så mye om hvor alvorlig det er for pasienten. Jeg tror det handler om..det er kvinner vi snakker om. Jeg tror en uønsket hendelse blir svært personlig” (Assisterende avdelingssykepleier).

En annen informant fra ”sykehjem u – faktor” forteller dette:

”Jeg fører vel avvik litt for på en måte å synliggjøre at det er litt svikt i systemene av og til og det kan skyldes travelhet. Ofte så er det travelhet, men det er jo ikke en sovepute. Og en del kan vi nok ikke bare skylde på travelhet. Det er på en måte vårt fokus og hvor vi er og det tror jeg nok at.. hadde du klart og hatt mer personalmøter da, så kunne tatt opp disse, diskutert de litt mer, så hadde vi gjerne eid avvikene mer. For nå sender vi de og på en måte eier vi de ikke. Vi får noen tilbakemeldinger. Det er jo tilbakemeldinger om, beskjed sånn og sånn og informert sånn og sånn til dem og dem. Men det har vært sånne konkrete” (sykepleier).

Jeg har lyst til å gi et eksempel på en rapportering av en uønsket hendelse fra ”sykehjem u – faktor”. En av informantene der beskrev en rapportering som ”litt vondt” i forbindelse med at denne personen rapporterte en uønsket hendelse begått av en kollega. Personen hadde ikke til hensikt å ”ta noen” og var kun ute etter rutinene på avdelingen, men kollegaen tok det som kritikk og gikk i forsvar og truet med at da skulle hun/han også begynne å rapportere uønskede hendelser.

Den uønskede hendelsen dreide seg om en låst dør uten at det var noe tvangsvedtak på det. Informanten rapporterte denne hendelsen i hendelseskategorien kvalitetsforskrift.

Informanten beskrev situasjonen som ubehagelig og at det gikk noen dager frem og tilbake med diskusjoner ovenfor denne kollegaen. Situasjonen ble også tatt opp med avdelingssykepleier, situasjonen ordnet seg, men kunne i følge informant fort blitt en konfliktsituasjon. Informanten forteller at kollegaen selv begynte å rote og lete i pasientjournalen og fant ut at det var hun/han som hadde vært der og at systemet sånn sett ikke er anonymt.

5.4.4 Lojalitet ovenfor kollegaer og ledelse

Gjennom studien ser jeg at det er en del likheter men også ulikheter mellom ”sykehjem x – faktor” og ”sykehjem u- faktor”. Sykehjem u-faktor” kan se ut til å ha mer motstand mot å rapportere kollegaer enn på ”sykehjem x- faktor”. Ved ”sykehjem x – faktor” kan det se ut til at denne tendensen er ikke-eksisterende. Et eksempel på dette kan være når en av informantene deler dette om rapporteringen:

”Av og til kan det bli misbrukt kanskje, som en kommunikasjon mellom noen, at nå er vi så sinte på de nattevaktene at vi skriver avvik på både det ene her og det andre her”(Assisterende avdelingssykepleier).

Denne samme informanten fra ”sykehjem x – faktor” fortalte videre om kollegaene sine:

”Noen ganger kan de si til meg; Lurer på om du har glemt å legge i Marevan? Å ja, det har jeg glemt, skal gjøre det med en gang. Og så gjør jeg det med en gang og så skrives det likevel et avvik. Og da tenker jeg at; vet ikke helt om de ar skjønt hva som er, eller om det skal være et sånn der personlig stikk eller hva?”(Assisterende avdelingssykepleier).

Den samme informanten fortalte at det var flest hjelpepleiere som registrerte uønskede hendelser på sykehjemmet. Informanten begrunnet det slik.

”For det første for der er mange flere av dem. Og en del av avvikene går jo på sykepleierne, som har gjort en eller annen form for feil. Glemt noe med medisiner eller et eller annet som de ikke skjønner. Det synes de er veldig kjekt” (Assisterende Avdelingssykepleier).

Ved ”sykehjem u – faktor” sier en av informantene dette på spørsmål om hva som muligens har størst innflytelse på rapporteringen:

”Hvis en hjelpepleier kommer og sier ja, men de har ikke fått medisiner i dag. Da kan jeg si; ja, men det må du skrive avvik på. Å ja, kan jeg det? Og når jeg støtter de i det så gjør de det

jo. Ellers så hadde de gjerne ikke tørret, tenker jeg. For det er enda det der hierarkiet”
(sykepleier).

Denne informanten opplever av og til at det er vanskelig å registrere uønskede hendelser på sykehjemmet knyttet til konkrete arbeidsoppgaver som ikke er blitt gjort til planlagt klokkeslett på grunn av tidspress. Informanten sier:

”Jeg tror nok vi er litt lojale også. Altså mot arbeidsgiver. Hvis vi ikke rekker ting er det en uønsket hendelse? Det er jo sånn det er på en arbeidsplass. Vi kan jo ikke klage på det. Vi har gjort så godt vi kunne”(sykepleier).

5.5 Organisatoriske faktorer

Her presenteres funn i kategorien organisasjon (O). Her trekker jeg blant annet frem hvilke tiltak, støtte og tilbakemeldinger sykehjemsledelsen gir den enkelte bruker av selve rapporteringssystemet samt hvilken nytteverdi brukerne av systemet ser av å bruke det.

5.5.1 Tilbakemelding og kommunikasjon

Nøkkelinformanten i Stavanger Kommune sier at de har jobbet systematisk over flere år med å skape tillit til ansatte i forhold til rapportering av uønskede hendelser og prøver å lage holdninger som gjør at folk blir trygge på å melde skumle ting. Informanten forteller:

Over tid skjer ting i et trygt miljø, folk blir ikke hengt ut, vi er på jakt etter å finne systemfeil, og ikke individfeil. Det er noe med terminologien vi bruker i forhold til å bygge opp den holdningen. Å jobbe på den måten. Å bygge den tryggheten.

Ledelsen på ”sykehjem x – faktor” er tydelig på at det er ingen som skal bli straffet for noen ting. En av informantene forklarer:

”Det er ingen som blir kalt inn på teppet for at de hadde gjort noen feil. Vi blir ikke tatt for noe. Har du tatt en beslutning som vi i ledelsen ikke synes er riktig så blir du ikke kalt inn på teppet og får kjeft for det. Men da er det mer å ta en samtale i forhold til; nå valgte du sånn denne gangen og det er greit, men kanskje en annen gang så kan du velge(...) og så snakke om det på en annen måte. Vi spiller jo på lag. Vi har en genuin forståelse av at alle er her for å gjøre en god jobb. Det er jo ingen som gjords på å gjøre noen feil” (Avdelingssykepleier).

På ”sykehjem u – faktor” kan det tilsynelatende virke som om det er enn litt annen tone i forbindelse med håndteringen av uønskede hendelser. Jeg vil dra frem et eksempel på en

uønsket hendelse som kan illustrere dette. En av sykepleierne der hadde seponert et legemiddel på egen hånd på en fredag uten å kontakte lege. I tillegg var det ikke legevisitt på mandagen. Så det gikk flere dager uten at lege ble kontaktet i forhold til dette. En informant sier dette om håndteringen:

”Det ble jo innkalt på teppet og streng beskjed om at nå er du langt ”out of line”(...)”

Nøkkelinformanten fra Stavanger Kommunen forteller dette om ledelsen på sykehjemmene:

”Det er mye enklere å registrere et avvik enn å gjøre et forbedringstiltak. Det er lett å registrere men det er vanskelig å gjøre noe med det. Og det er lett å registrere og det er ikke alltid like enkelt for ledere å følge opp. Ofte så skjer det, vi ser at det er ikke alltid ledelser følger opp like godt i forhold til avvikene. Og det kan også ha noe med mengden av avvik å gjøre, for der meldes veldig mye(...)”.

Nøkkelinformanten fra Stavanger Kommune forteller vider om hvordan de har jobbet i forhold til uønskede hendelser:

”Rundt 2005, 2006 tror jeg, så lagde vi politisk sak der vi dokumenterte hvor mange avvik der var og hvordan det gikk og tellet opp. Og så har vi ikke gjort det de senere årene. Så det må vi finne en måte å få til en god tilbakemelding på for det er selvfølgelig viktig. Vi er nøye på å gi tilbakemeldinger i saker, men akkurat den statistikken er vi ikke god på å gi tilbakemelding på. Heldigvis så ser vi at virksomhetene selv bruker verktøy, så flere av virksomhetene lager årsrapporter og samler statistikker så de bruker sine i sine virksomheter... Vi begynte med noe som vi ikke har fulgt godt nok opp. I periodene vi hadde masse fokus på dette så bad vi også virksomhetene om å rapportere inn til oss om hvordan avviksbildet så ut, og hvilke forbedrings tiltak de hadde igjen ført på grunn av avvik.. Så vi må ta det opp igjen. Det er et ressurs spørsmål”.

5.5.2 Sykehjemsledelsens støtte til pasientsikkerhet

Nøkkelinformanten i Stavanger kommune gir uttrykk for at det er ulik praksis rundt omkring på sykehjemmene i forhold til hvordan de arbeider med pasientsikkerhet og håndtering av uønskede hendelser:

”Noen virksomheter er veldig flinke til å melde. De er liksom enige. Hele virksomheten har klart å bli enige om hvordan de melder avvik. Og melder på en god måte og følger det opp og tar det systematisk opp i møter, passer på å gi tilbakemeldinger til den som har meldt avviket

om forbedringstiltak og det er vi og veldig oppmerksom på når vi har møte i kvalitetsutvalget og noen har meldt inn et alvorlig avvik til oss, så melder vi tilbake igjen til virksomhetsleder på resultat, sånn at de kan lukke avvikene eventuelt. De er forpliktet til å melde tilbake til den ansatte som meldte det og til sitt kvalitetsutvalg. Den læringsløyfen den er jo det viktigste i hele forbedringsarbeidet”.

Et av sykehjemmene i studien, ”Sykehjem x – faktor”, prøver nå ut et tiltak i forhold til medikamentfeil:

”Vi har gått over til multidose i dag. Ja, så det er jo litt spennende for der har jo vært veldig mye avvik i forhold til legemiddelhåndtering. Det er jo der vi har de største avvikene. I kvanta” (Virksomhetsleder).

Multidose² er omtalt som et av tiltakene i Legemiddelmeldingen, St. meld nr. 18 (2004-2005) ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk”.

På dette sykehjemmet vil multidose nå erstatte dosett³ Denne informanten begrunnet tiltaket med at:

² Multidose er et kvalitetsforbedrende tiltak som er rettet mot den enkelte bruker. Multidoseskal sikre riktigere legemiddelbruk ved sikrere legemidler samt gi en riktigere og mer effektiv bruk av arbeidsressurser for helsepersonell. Multidose pakkes av farmasøyt, som oftest for en eller to uker av gangen. Legens oversikt over legemidler (ordinasjonskortet) gjelder som resept. Dette gir farmasøyten en fullstendig oversikt over den enkelte pasients legemidler, og dermed bedre mulighet til å gjøre en farmasøytisk kontroll av forskrivningen (Helsedirektoratet 2008).



³ En dosett ser slik ut: Den kan inneholde medisiner for de fire ordinasjonstidspunktene som vanligvis brukes av leger. Det vil si morgen, føremiddag, ettermiddag/ kveld og natt, med alle ukedagene påskrevet. Dosett brukes vanligvis på sykehjem eller av hemmesykepleien og legges av sykepleiere for en uke om gangen.

”Jeg har tro på dette. Det har noe med hvordan vi bruker sykepleierne våre”
(virksomhetsleder).

På ”sykehjem u – faktor” sier en informant dette om bruken av dosett der:

”Det skal være skikkelig navn, det skal være bilde på dosetten for å forebygge feil. Vi har en som heter K og en som heter K med samme etternavnet, så det kan lage kluss... og de har helt forskjellige medisiner og da(...)” (Kvalitetsleder / avdelingssykepleier).

Videre forteller informanten angående tiltaket bilde på dosetten at:

”Bilder på dosett, og det som også er viktig er at sykdommen gjør at ansiktet..etter hvert som sykdommen utvikler seg så ser de annerledes også ut. At det bør være et oppdatert bilde og ikke sier; Hm hvem er det? Kjenner du henne? Der er ingen som kjenner henne igjen fordi personen er så endret. Så det er sånn noen feil som har skjedd, delt ut feil og da har vi sagt det at alle dosetter skal ha bilder av pasienten og være kun oppdatert” (Kvalitetsleder / avdelingssykepleier).

5.5.3 Nytteverdi av å registrere uønskede hendelser

En god andel av informantene i studien sa at de ikke så den helt store nytteverdien i å rapportere uønskede hendelser på sykehjemmet. En informant på ”sykehjem x – faktor ”sa dette om kollegaene sine:

”Av og til vet jeg ikke helt om de er klar over hva vi skal bruke alle disse her registreringene til” (Assisterende avdelingssykepleier).

En annen informant fra samme sykehjem forteller:

”I begynnelsen var de ansatte veldig på at de skulle skrive avvik fordi de skulle få til en endring, og den endringen kom jo ikke. Og så var det vel noen som da tenkte at det ikke er vits i å skrive avvik, fordi det skjer ingenting. Og da tenkte vel de mest på at de ville ha mer folk. Det var mye det de tenkte på da” (Assisterende avdelingssykepleier).

På det ”sykehjem u – faktor ” kommer dette frem. En informant forteller dette:

”Jeg tror nok mye, ofte tror jeg, på de som går på planet, så får mer, som å skrive avvik, føler nok av og til at det bare er mer papirarbeid. Mer dokumentasjon. Ser nok ikke alltid nytten av det” (sykepleier).

Videre forteller denne informanten:

”Og så er det også noen som gjerne ikke opplever... det blir jo også diskutert dette med viktigheten. Hvem er det som er på dette her? Hvem er det som gjør noe med det? Er det bare masse papir? Jeg vet ikke? (sykepleier).

5.6 Underrapportering

Funn fra studien kan si noe om en mulig underrapportering. Jeg vil dra frem noen eksempler for å illustrere dette. En informant fra ”sykehjem x – faktor” sier dette:

”Nei, jeg har ikke fått noe uønsket hendelse fra en lege noen gang” (Avdelingssykepleier).

Videre forklarer en annen informant på det samme sykehjemmet at:

Så lenge det går i CosDoc så går det på avdelingsnivå, fordi pasienten følger avdelingen, men de legene her er jo så oppegående at hvis det er noen ting, så melder jo de i fra” (Virksomhetsleder).

På ”sykehjem x – faktor” sier også en informant dette:

”Jeg tror hjelpepleierne fører mye mer enn sykepleierne” (Assisterende avdelingssykepleier).

På sykehjem ”u – faktor” sier en av informantene:

”jeg føler at det ligger, at det er ønskelig å gjøre, men likevel blir det ikke alltid gjort. Og det er sånn jeg sier. Det har noe med tidspress, er det alvorlig nok, er det ikke? Er jeg trygg nok til å gå inn og føre det? Får jeg hjelp av kollegaer? Altså opp bakking” (sykepleier).

Videre sier denne informanten:

”Hvis jeg oppdager selv at jeg ikke har gitt medisiner, da går jeg ut i fra at andre sikkert har oppdaget før meg og gjerne skrevet et avvik. Jeg tror aldri jeg har skrevet avvik på meg selv. Nei, jo, gjerne” (sykepleier).

Denne informanten forteller videre

”Leger vet jeg jo ikke hva gjør” (sykepleier).

Nøkkelinformanten i Stavanger Kommune sier på spørsmål om der fortsatt finnes en mulig underrapportering av uønskede hendelser på sykehjemmene:

”Hvis ingen melder alvorlige avvik til direktøren så vet vi at der..da stiller vi et spørsmålstegn, fordi vi vet at det skjer alvorlige ting, og det er mer alarmerende det som ikke blir meldt enn det som blir meldt”.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres de menneskelige (M), teknologiske (T) og organisatoriske (O) funnene i studien opp mot James Reasons teori om rapporteringskultur. Han har beskrevet flere viktige faktorer som han mener bør være til stede ved oppbyggingen av en rapporteringskultur i en organisasjon. Jeg bruker fire av disse faktorene som også utgjør overskriftene her i diskusjonen. Der er: (1) ansatte må sikres mot disiplinære tiltak, (2) anonymitet, (3) skille mellom enhetene som samler inn, analyserer og rapporterer hendelser og de enhetene som sanksjonerer og (4) rapporteringssystemet må være brukervennlig. De tre første faktorene har til hensikt å skape tillit. Den fjerde er knyttet til motivasjon (Reason, 1997).

6.1 Ansatte må være sikret mot disiplinære tiltak

I følge Bøe m.fl.(2004) kommer det frem at Stavanger Kommune har jobbet systematisk over flere år med holdings skapende arbeid i kvalitetsutvalgene både på direktørnivå og virksomhetsnivå i forhold til å få ansatte til å rapportere uønskede hendelser. Hensikten med dette arbeidet har vært å skape trygghet og tillit til at sykehjemsansatte ikke skal være redde for å bli straffet eller hengt ut på noen som helst måte i forbindelse med rapportering av uønskede hendelser. Dette bekrefter også nøkkelinformant i Stavanger Kommune.

På bakgrunn av dette ser det ut til at det arbeides ut i fra tanken og tilnærmingen til menneskelige feil ut i fra det Reason (2000) kaller systemfeilmodellen. Det vil si at det var ingenting som i første omgang tydet på eller som skulle tilsi at det opereres med det som på engelsk kalles en "naming, shaming and blaming" – tradisjon. Med andre ord en syndebukkmentalitet (Reason 2000). Stavanger Kommune ser ut til å arbeide bevisst med dette. Gjennom intervjuene på sykehjemmene i studien kom det likevel frem forhold som jeg har lyst til å belyse i denne sammenheng.

Ledelsen på "sykehjem x – faktor" fremsto veldig tydelig på at det er ingen som skal bli straffet på grunn av en uønsket hendelse. En av informantene der, en avdelingssykepleier, gav klart uttrykk for at det er ingen som blir "kalt inn på teppet", som er et uttrykk som informanten selv brukte, fordi de har gjort noe feil. Donaldsons (2002) synspunkt om at det må en erkjennelse til av at menneskelige feil er uunngåelig i en meget komplisert og teknisk område som helsevesenet er således en del av dette. Han fastslår dessuten at første steget i denne erkjennelsen må være å innføre større bevissthet om viktigheten av å tenke system - feil i møte med uønskede hendelser og feil i helsevesenet. På "sykehjem u – faktor" kan det

derimot virke som om det kanskje finnes en manglende bevissthet rundt nettopp dette med straff og skyld knyttet til læring av uønskede hendelser og hvordan det kan påvirke en rapporteringskultur. Gjennom intervjuene fortalte en av informantene at sykehjemsansatte blir ”kalt inn på teppet”, som også var uttrykket denne informanten selv brukte, i forbindelse med feil eller uønskede hendelser.

Jeg vil trekke frem et eksempel på en uønsket hendelse fra dette sykehjemmet som kan illustrere dette. En av sykepleierne på en avdeling hadde på egenhånd seponert et legemiddel en fredag uten å kontakte lege. I tillegg var det ikke legevisitt på mandagen. Så det gikk flere dager uten at lege ble kontaktet og gjort oppmerksom på dette. Informanten fortalte at sykepleieren som var involvert ble ”kalt inn på teppet” til avdelingssykepleier med ”streng beskjed” om at hun/han hadde gått langt over streken. Jeg er usikker på om dette var en bevisst handling fra avdelingssykepleier. Jeg er også usikker på om dette handler om en ubevisst tenkning rundt ordbruk og holdninger knyttet til håndtering av uønskede hendelser på sykehjemsavdelingen. Uansett kan det ha medført at den involverte sykepleieren fikk en negativ og ubehagelig opplevelse knyttet til skyld i forhold til håndteringen av den uønskede hendelsen. Sykepleieren gjorde noe som ligger ut over sykepleierfaget. Likevel ble situasjonen håndtert på en måte som etter min oppfatning sender et negativt signal til denne sykepleieren og andre sykehjemsansatte fra ledelsen, knyttet til tilnærming av skyld i forbindelse med uønskede hendelser, som kan medføre at de vegrer seg for å rapportere uønskede hendelser. Informanten gav også inntrykk av at dette ikke var et engangstilfelle. Den samme informanten beskrev dette som vanlig praksis i forbindelse med uønskede hendelser på sykehjemmet. I intervju på det samme sykehjemmet gir ledelsen samtidig uttrykk for at de sterkt ønsker at ansatte skal rapportere alle uønskede hendelser og nesten feil. Det er i følge Reason (2000) menneskelig å feile. Vi er alle ansvarlige for våre handlinger men i visse situasjoner befinner vi oss så langt fra konsekvensene av disse at vi har vanskelig for å forestille oss hva de kan bli.

Forskning om læring av uønskede hendelser er basert på antakelsen om at mennesker er feilbarlige, og at uønskede hendelser av den grunn må forventes. Man lærer ikke noe av å fokusere på mangelfulle prestasjoner hos enkeltindivider (Aase & Wiig, 2006). På bakgrunn av dette samt at Reason (1997) beskriver disiplinære tiltak som et negativt element i oppbyggingen av en sunn rapporteringskultur synes jeg eksempelet er verdt å belyse. En effekt av disiplinære tiltak kan i følge Reason (1997) være redusert tillit og dårligere flyt av informasjon. Tilbakemelding og kommunikasjon fra ledelsen er også en av

påvirkningsfaktorene som studien til Høyland & Aase (2008) har trukket frem og som kan være av betydning for utviklingen en god rapporteringskultur, også knyttet til kommunale sykehjem slik jeg ser det. Det er derimot ikke sikkert at eksempelet er generaliserbart for alle avdelingene på ”sykehjem u – faktor”. Selv om den samme informanten sa at det var vanlig praksis i forbindelse med uønskede hendelser på sykehjemmet gikk jeg på grunn av studiens omfang og problemstilling ikke mer inn på dette i denne intervjusituasjonen.

6.2 Anonymitet

Slik som CosDoc systemet er bygget opp er det per i dag umulig for en sykehjemsansatt å rapportere uønskede hendelser konfidensielt eller anonymisert. Det vil si at rapporteringsskjema inneholder felter som skal fylles ut om; hvem som rapporterer hendelsen, tittel, sted, dato og klokkeslett. Disse opplysningene blir liggende i pasientjournalen til pasienten og er tilgjengelig av de fleste sykehjemsansatte på denne pasientens avdeling. Ansatte kan gå inn i pasientjournalen og sjekke hva som er rapportert, når og av hvem. Dette kan by på problemer for ansatte som ønsker å rapportere anonymt. Jeg har lyst å trekke frem et eksempel på en slik rapportering av en uønsket hendelse fra ”sykehjem u – faktor”. En av informantene der beskrev en rapportering som ”litt vondt” i forbindelse med at denne personen rapporterte en uønsket hendelse begått av en kollega. Personen hadde ikke til hensikt av å ta noen og var kun ute etter rutinene på avdelingen, men kollegaen tok det som kritikk og gikk i forsvar og truet med at da skulle hun/han også begynne å rapportere uønskede hendelser. Den uønskede hendelsen dreide seg om en låst dør uten at det var noe tvangsvedtak på det. Informanten rapporterte den uønskede hendelsen i hendelseskategorien kvalitetsforskrift. Informanten beskrev situasjonen som ”ubehagelig” og at det hadde gått noen dager frem og tilbake med diskusjoner ovenfor denne kollegaen. Situasjonen ble også tatt opp med avdelingssykepleier, situasjonen ordnet seg, men kunne i følge informant fort blitt en konfliktsituasjon. Informanten fortalte at kollegaen selv begynte å rote og lete i pasientjournalen og fant ut at det var hun/han som hadde vært der og at systemet sånn sett ikke er anonymt.

Det er ikke sikkert dette eksempelet er representativt for de andre sykehjemmene i studien og avdelingene på ”sykehjem u – faktor”, men jeg mener likevel det er viktig å trekke frem. Da mangel på konfidensialitet i følge Reason (1997) kan føre til at uønskede ikke blir rapportert og samtidig bidra til en svakere rapporteringskultur synes jeg eksempelet er verdt å belyse.

Målet i en organisasjon bør i følge Reason (1997) likevel være så sterk trygghet og tillit i organisasjonen at dette ikke blir nødvendig.

I Norge pågår det for tiden en debatt knyttet til hvordan rapportering av uønskede hendelser skal foregå. Peter F. Hjort (2007) sier at spørsmål om et sentralt rapporteringssystem av uønskede hendelser er vanskelig, både følelsesmessig og tankemessig. Noen mener med at dersom en skal få oversikt over hele feltet, da det ligger viktige muligheter for læring også i de små hendelsene, er *alle* uønskede hendelser nødt til å rapporteres til en nasjonal analyseenhet. Andre mener at et en sentral analyseenhet er et unødvendig byråkratisk grep. De hevder at uønskede hendelser må rapporteres, analyseres og håndteres lokalt. Peter F. Hjort (2007) sier at denne diskusjonen er vanskelig og er selv i tvil. Flere land og organisasjoner inkludert luftfarten har allerede tatt i bruk et sentralt rapporteringssystem. Det engelske National Patient Safety Agency (NPSA) fikk cirka 1,1 million rapporter i 2006. (Hjort, 2007)

Da Hjort (2007) sier at et av argumentene for at rapportering av uønskede hendelser kan knyttets opp mot hvorledes en best fremmer en kultur for pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene tillater jeg meg å stille spørsmål ved anonymiteten gjennom et nasjonalt rapporteringssystem. Vil det påvirke rapporteringsfrekvensen ved at sykehjemsansatte vegrer seg for å rapportere uønskede hendelser? Uten at jeg har tatt stilling i dette spørsmålet selv vil jeg, på bakgrunn av det Reason (1997) sier om tillit og eksempelet fra ”sykehjem u-faktor”, si at risikoen for hvordan dette kan innvirke negativt på en rapporteringskultur er et godt argument mot.

6.3 Skille mellom enheter som samler inn, analyserer og rapporterer og enheter som sanksjonerer

Stavanger Kommune har kvalitetsutvalg på direktørnivå og virksomhetsnivå. Noen av de større virksomhetene har også kvalitetsutvalg på avdelingsnivå (Gunnarshaug, 2010). På ”sykehjem x- faktor” har de kvalitetsutvalg kun på virksomhetsnivå. Det samme gjelder for ”sykehjem u- faktor”.

På ”sykehjem x-faktor” er det virksomhetsleder som er leder for kvalitetsutvalget. Dette er dessuten et krav i fra Stavanger Kommune. I følge (Gunnarshaug, 2010) skal alle virksomheter ha kvalitetsutvalg og alle virksomhetsledere skal være ledere for kvalitetsutvalget.

På ” sykehjem u-faktor” kommer det likevel frem at leder i kvalitetsutvalget på virksomhetsnivå har en kombinert stilling som avdelingssykepleier på en av avdelingene. Det innebærer at denne avdelingssykepleieren/kvalitetslederen har to ulike roller i håndteringen av uønskede hendelser på sykehjemmet. Denne personen er avdelingssykepleier på en av avdelingene og samtidig leder for kvalitetsutvalget på virksomhetsnivå (kvalitetsleder). Det vil si at denne personen har to ulike arbeidsfunksjoner og arbeidsoppgaver knyttet til håndtering av uønskede hendelser ovenfor de ansatte på sin avdeling. Som jeg har presentert i kapittel 5 er det i følge prosedyren for håndteringa av uønskede hendelser avdelingssykepleier som har ansvar for å samle inn, analysere og følge opp de rapporterte uønskede hendelsene etter hvert som de ansatte rapporterer. Deretter tas disse videre til kvalitetsutvalget i virksomheten der de gjennomgås, diskuteres og vurderes videre. De alvorlige avvikene blir meldt inn til kvalitetsutvalg på direktørnivå i Stavanger Kommune.

Som jeg også har påpekt tidligere her i diskusjonen kan det tilsynelatende se ut til at ”sykehjem u-faktor” har en praksis i forhold til disiplinære tiltak som ikke er forenelig med læring av uønskede hendelser (Aase & Wiig, 2006) og deres samtidig genuine ønsket om å få ansatte til å rapportere uønskede hendelser på sykehjemmet. Reason sier dessuten at flere mennesker som er satt til å ivareta samme oppgave gir større pålitelighet. Høyland & Aase (2008) har dessuten gjennom sin studie har trukket frem rapporteringslinjer, rapporteringsansvar og tilbakemelding som en av påvirkningsfaktorene knyttet til rapporteringskulturen i en større helseorganisasjon. Identifiseringen av påvirkningsfaktoren fra denne studien kan i følge (Høyland, 2010) overføres andre kontekster og er slik å betrakte av allmenngyldig karakter. På bakgrunn av dette tillater jeg meg å stille spørsmål ved om det er hensiktsmessig å kombinere rollene som avdelingssykepleier og kvalitetsleder i samme virksomhet? På bakgrunn av Reasons poeng knyttet til at tillit er avgjørende for hvorvidt ansatte rapporterer uønskede hendelser kan en sammenblanding av disse to rollene være problematisk. På den ene siden kan de sykehjemsansatte føle usikkerhet rundt dette som igjen kan føre til mistillit og slik få en negativ innvirkning på rapporteringsvilje/uvilje blant de ansatte. I mangel på tillit, vil dessuten også frykten for represalier forekomme (Reason, 1997). Det gjør at sammenblandingen kan bidra ytterligere til å forsterke en negativ innvirkning på rapporteringsviljen hos de ansatte. På den andre side kan kvalitetsleder/avdelingssykepleier selv oppleve frustrasjon over rollesammenblandingen i et viktig arbeid med håndtering av uønskede hendelser. Slik jeg ser det og i følge prosedyre for uønskede hendelser spiller avdelingssykepleier en avgjørende rolle i arbeidet med håndtering

av uønskede hendelser. Derfor er det kanskje ekstra viktig å skille disse to rollene. Slik jeg ser det er det utfordrende nok i seg selv å være avdelingssykepleier i denne sammenheng. En slik organisering er trolig ikke representativ for de andre sykehjemmene i studien på grunn av kravet fra Stavanger Kommune om hvem som skal representere denne rollen. Likevel representerer dette et funn som i denne studien anses relevant. Reason (1997) beskriver skiller mellom roller, slik jeg tolker det, som en viktig del i arbeidet med å bygge opp en god rapporteringskultur.

6.4 Rapporteringssystemet må være brukervennlig

De menneskelige faktorene (M) viser at det finnes ulik kompetanse og datakunnskaper blant helsepersonell på de to sykehjemmene i studien. Høyland (2010) sier at menneskelige faktorer trolig representerer den mest utfordrende og samtidig minst forståtte utfordringen knyttet til bruk av informasjonsteknologi. Nye systemer gir mulighet for å bygge inn flere funksjoner. Dermed øker kompleksiteten i helsepersonells eksisterende oppgaver. Høyland (2008) sier videre at når det gjelder elektronisk rapportering av uønskede hendelser kan kombinasjonen av variert brukerkompetanse og det han kaller et komplisert brukergrensesnitt resulterer i uvilje eller til og med motstand mot å bruke systemet (lav systemaksept).

Gjennom studien tyder alt på at hoveddelen av de sykehjemsansatte på de to sykehjemmene synes at rapporteringsskjema for uønskede hendelser er lett å fylle ut og lett tilgjengelig i den elektroniske pasientjournalen til pasienten. Som en av informantene på ”sykehjem x - faktor” påpekte behøver en ikke å lete i permer etter noe skjema. Det ligger inne i elektronisk pasientjournal og er slik alltid tilgjengelig. Likevel opplever flere informanter i de kommunale sykehjemmene irritasjon og frustrasjon når det elektroniske systemet ikke fungerer som det skal. Dette er beskrivelser flere av informantene på begge sykehjemmene i studien gir. En av informantene på ”sykehjem u – faktor” bruker ord som ”skaper veldig frustrasjon” når det ikke er tilgjengelige datamaskiner og at datamaskinene ”henger” som er ord denne informanten bruker når systemene er trege. Dette er i følge samme informant dersom ansatte skal inn på dataen og dokumentere mellom to og halv fire. Videre sier denne informanten at i en travel hverdag og en må ”sitte overtid” for å rapportere en uønsket hendelse så blir de nok av den grunn av og til ikke registrert. Ledelsen på ”sykehjem u- faktor” har også fått mye klager fra de ansatte på nettopp dette, og har derfor i følge en informant nylig forsterket avdelingene med ytterligere bærbare datamaskiner. Tid og bemanning er også en av påvirkningsfaktorene som Høyland & Aase (2008) identifiserte i sin studie. Det kan se ut til at

dette er en faktor som kan ha innvirkning på frekvens av rapportering av uønskede hendelser også i kommunale sykehjem.

Videre viser funn fra denne studien at informantene på de to sykehjemmene synes CosDoc systemet fungerer bra og at selve rapporteringsskjema både er lett tilgjengelig og enkelt å fylle ut sammenliknet med det andre rapporteringssystemet, Synergi, som brukes til rapportering av uønskede hendelser knyttet til arbeidsmiljøloven. Likevel gir informantene uttrykk for at det eksisterer ulik datakunnskap blant sykehjemsansatte på avdelingene knyttet til det elektroniske rapporteringssystemet. Kunnskaper og erfaringer hos brukerne av teknologien og aksept for den er en av påvirkningsfaktorene som studien til Høyland & Aase (2008) identifiserer som innvirkning på rapporteringskulturen. Høyland (2010) sier at kombinasjonen av variert brukerkompetanse og et komplisert brukergrensesnitt kan resultere i uvilje eller til og med motstand mot bruk av systemet (lav systemaksept). Høyland og Aase (2008) har identifisert tilbakemelding til brukerne og brukerdeltakelse i alle ledd som to av påvirkningsfaktorene som trolig også kan overføres til sykehjem i arbeidet med utviklingen av rapporteringskulturen. Både rapporteringsevne og rapporteringsvilje vil trolig styrkes ved at brukerne gjennom ansvarlige (ledere eller utviklere osv.) gir dem tilbakemeldinger og at den enkelte bruker av det elektroniske rapporteringssystemet slik får mer anerkjennelse og kan se mening i å rapportere uønskede hendelser. På denne måten kan sykehjemsledelsen trolig øke motivasjonen hos sykehjemsansatte og slik påvirke til at de ser mer nytteverdi i å rapportere uønskede hendelser på sykehjemsavdelingen. Gjennom at ansatte ser nytteverdien i å rapportere øker trolig også omfanget av rapporteringen av uønskede hendelser på sykehjem.

7.0 Konklusjon

I dette kapitlet oppsummerer og konkluderer jeg hovedfunnene i forskningsstudien min ved å søke svare på forskningsspørsmålene i studien. Svar på forskningsspørsmålene og forslag til videre forskning utgjør hovedoverskriftene i konklusjonen.

7.1 Svar på Forskningsspørsmål

Her søker jeg svare på forskningsspørsmålene i studien. Forskningsspørsmålene utgjør derfor hver sin overskrift.

Hvilke uønskede hendelser rapporteres i kommunale sykehjem og hvordan blir disse registrert?

Studien har vist at det rapporteres flest uønskede hendelser i hendelseskategoriene fall, feilmedisinering/nesten feil og rutinesvikt på de ni sykehjemmene. De resterende seks hendelseskategoriene utgjør en betydelig mindre andel av de totalt rapporterte uønskede hendelsene i denne studien. Det kan være ulike årsaker til dette. Jeg har derimot ikke studert årsakene til dette i denne studien. Likevel tyder funn på at det ligger enn utfordring i å få sykehjemsansatte til å rapportere uønskede hendelser i samtlige hendelseskategorier. Flere av hendelseskategoriene er derimot relativt nye (fra 2009) og kan derfor være en av årsakene til nettopp denne skjeve fordelingen. En annen årsak kan være at enkelte sykehjem med ulik spesialtilbud representerer ulik risiko for at uønskede hendelser oppstår. Av den grunn representerer disse kun en minoritet sammenliknet med de andre kanskje mer generelle hendelseskategoriene.

Rapporterings skjema for uønskede hendelser ligger innebygget i den elektroniske pasientjournalen CosDoc og følger slik pasienten. Det er lett tilgjengelig og ansatte synes generelt at rapporterings skjema er lett å fylle ut. Det blir likevel ikke fylt ut like godt. Dette utgjør slik jeg ser det en utfordring knyttet til læring av uønskede hendelser i kommunale sykehjem da feltet til forslag til forbedringstiltak ofte ikke er fylt ut.

Hvordan opplever sykehjemsansatte at håndteringen av uønskede hendelser fungerer?

Funn viser at den største andelen av informantene på begge sykehjemmene ikke så nytteverdien i å rapportere uønskede hendelser på sykehjemmene. Det kan være flere årsaker til dette. Jeg har derimot ikke foretatt noen årsaksanalyse i denne studien. Noe av beskrivelsene til informantene kan likevel tyde på en manglende tiltro til hva som blir gjort med rapporteringene i ettertid, ulik datakunnskaper samt mangel på tilbakemeldinger fra

avdelingssykepleier til den enkelte bruker av rapporteringssystemet kan være noen av grunnene til dette. Funn viser også at informantene syntes at definering av alvorlighetsgrad var vanskelig. Usikkerhet rundt; hva er en uønsket hendelse? Hva er en nesten hendelser? Er også ting som beskrives som vanskelig.

Hva karakteriserer rapporteringskulturen i kommunale sykehjem?

Funn viser at det er likheter og ulikheter ved rapporteringskulturene på de to sykehjemmene i den kvalitative studien. Videre inneholder rapporteringskulturene positive og negative elementer i seg. Det generelle er at ledelsen ved begge sykehjemmene har et genuint ønske om at ansatte skal rapportere uønskede hendelser. De ønsker åpenhet. De har også det samme elektroniske rapporteringssystemet for registrering av uønskede hendelser. Et negativt element i dette systemet er derimot at rapporteringssystemet ikke er anonymt. Dette byr på problemer for ansatte som ønsker å rapportere anonymt. Funn viser også at det praktiseres ulik tilnærming til at menneskelige feil forekommer i organisasjonene. Ledelsen på ”sykehjem x – faktor” har en klar holdning knyttet til at ingen ansatte skal bli straffet på grunn av en uønsket hendelse. Ansatte på ”sykehjem u-faktor” blir derimot ”kalt inn på teppet” i forbindelse med rapportering av uønskede hendelser. Det sistnevnte beskrives av Reason (1997) som et forhold en bør unngå i arbeidet med oppbyggingen av en god rapporteringskultur.

Som studien til Malmedal (2009) konkluderer med har helsearbeidere en moralsk og profesjonell plikt til å rapportere eller gi beskjed videre på vegne av deres pasienter, og arbeidsgiver har en plikt til å støtte dem i det. Institusjoner er nødt til å utvikle og bruke mekanismer for å forstå og evaluere uønskede hendelser i pleien, og sykehjemsansatte må bli belønnet for å si i fra i stedet for å bli straffet for det. På bakgrunn av dette representerer en rapporteringskultur preget av disiplinære tiltak en uforenelighet med ønske om å få ansatte til å rapportere uønskede hendelser. Jeg anbefaler at virksomhetene tar i bruk elementene fra James Reason om hva en god rapporteringskultur bør inneholde i arbeidet med få de ansatte til å rapportere uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Samtidig bør læring knyttet til uønskede hendelser bygge på en tilnærming til personlige feil basert på en systemtilnærming.

Hva er omfanget av registrerte uønskede ved ulike kommunale sykehjem og finnes det en sannsynlig underrapportering av hendelsene?

Tallmaterialet som er utlevert fra Stavanger Kommune samt sykehjemsansattes beskrivelser av håndteringen av uønskede hendelser gir en indikasjon på at det trolig er et forbedringspotensial knyttet til rapporteringskulturene på sykehjemmene i studien. Det er trolig en lang vei å gå før sykehjemsansatte rapporterer alle uønskede hendelser. Det er flere indikasjoner på dette. Både funn i de menneskelige (M), teknologiske (T) og de organisatoriske (O) bakenforliggende årsakene til rapportering av uønskede hendelser i denne studien gir grunn for å anta dette. For det første ser det ikke ut til at alle yrkesgrupper er like trygge på å rapportere i et elektronisk rapporteringssystem. Det andre er at store deler av informantene ikke så nytteverdi i å rapportere uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Sykehjemsledelsen på ”sykehjem u-faktor” ser dessuten ut til å praktisere disiplinære tiltak. Denne tilnærmingen til menneskelige feil er i følge Reason (1997) et negativt element i arbeidet med å få ansatte til å rapportere uønskede hendelser samt i arbeidet med å ”bygge” en god rapporteringskultur.

En studie fra spesialisthelsetjenesten utført ved Universitetet i Stavanger (Aase m.fl., 2006) stadfester at fokuset på sikkerhet er lågt i helsesektoren. Et av hovedfunna i denne studien som er utført ved et norsk sykehus er at helsepersonell i for liten grad rapporterer om feil eller uønskede hendelser. Tidligere studier i sykehjem (Handler m.fl., 2006) som sammenlikner seg med studier i sykehus indikerer en signifikant lågere sikkerhetskultur i sykehjem. På bakgrunn av disse studiene samt funn fra denne studien er det flere forhold som tyder på at det finnes en sannsynlig underrapportering av uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Det trengs derimot flere forskningsstudier som både omhandler forhold knyttet til rapporteringskultur i virksomhetene samt sammenligningsstudier av rapportering og omfang av uønskede hendelser i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten for å undersøke dette nærmere.

7.2 Videre forskning

Gjennom intervjuene mine med sykehjemsansatte i de kommunale sykehjemmene kom det frem forhold som jeg på grunn av oppgavens formål, tid og omfang ikke gikk nærmere inn på. Det har inspirert og engasjert meg til å komme med forslag til videre forskning på området knyttet til ulike fenomener. Slik jeg ser det og i følge prosedyre for uønskede hendelser i Stavanger Kommune spiller avdelingssykepleier en vesentlig rolle i det viktige arbeidet med håndtering av uønskede hendelser. En ny studie knyttet til avdelingssykepleieres erfaringer og opplevelse knyttet til håndtering av uønskede hendelser er et forhold det kunne vært interessant og forsket videre på. Et annet fenomen det kunne vært spennende og studert

nærmere er sykehjemsansattes opplevelse av tillit knyttet til rapportering av uønskede hendelser i kommunale sykehjem da Reason (1997) beskriver tillit som en viktig faktor i arbeidet med å utvikle en god rapporteringskultur.

Litteraturliste

- Aase, K. (Red.) (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K., Wiig, S.(2010) Skape og opprettholde et lærende helsevesen? I Aase, K., (Red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. , Wiig, S. Olsen, O. Thomassen, R. Høyland S., (2006) Norwegian health care does not learn from errors. University Magazine Univers nr. 3.
- Bento, J.P. og Ödegård, S. (2005). *Varför dog Anna?Analys av vården på sjukuset*. I Aase K., (Red.). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bonner, A.F., Castle, N.G., Men, A., Handler, S.M., (2009). *Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes?* Journal of the American Medical Directors Association, 1, 11-20.
- Braut & Holmboe (2010). Den norske helsetjenesten – struktur og kultur I et sikkerhetsperspektiv. I Aase, K. (Red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøe m.fl. (2004). *Rapport. Hvorfor registreres / registres ikke avvik i legemiddelhåndteringen?* Et samarbeidsprosjekt mellom Stavanger Kommune og Høgskolen i Stavanger.
- Christensen, M., Nielsen, A.J. (2006). *Rapport. Utsigtede hendelser i hjemmesykepleien*. I Hjort, P.F. (2006). *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Donaldson, L. (2002): *An organisation with a memory*. Clinical Medicine. 2, 5.
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2003)*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
- Greene, S.B., Williams, C.E., Pierson, S., Hansen, R.A., Carey, T.S.(2010) *Medication error reporting in nursing homes: identifying targets for patient safety improvement*. Quality safe Health Care.
- Gunnarshaug, B. (2007). *Fall blant pasienter i hjemmet og i sykehjem og betydning av tverrfaglighet og mestring*. Master of Public Health. Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap.
- Gunnarshaug, B. (2010). Personlig samtale. Oppvekst og levekår, Stavanger Kommune.
- Handler, S.M., Castle, N.G., Studenski, S.A., Perera, S., Fridsma, D.B., Nace, D.A., Hanlon J.T. (2006) *Patient safety culture assessment in the nursing home*. Quality Safe Health Care. 15, 400-404.
- Hjort, P.F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke og faktabok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Høyland, S. (2010). Rapportering av uønskede hendelser. I Aase, K. (Red.) (2010) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høyland, S. og Aase, K. (2008): An exploratory study on human, technological and organizational interactions within health care. *Safety Science Monitor* 12 (1). Tilgjengelig fra: <http://ssmon.chb.kth.se>.
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.). Kristiansand S: Høyskoleforlaget.
- Kohn L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (red.) (1999). *To err is human. Building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
- Kohn.m.fl. (2001).
- Madsen, M.D. (2004). *Udvikling af sikkerhedskultur – et eksempel fra det danske sygehusvæsen*. Human Resource Management. Nr. 5 Børsen Forum A/S København.
- Malmedal, W., Hammervold, R., Saveman, B.I. (2009). *To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues*. *Scandinavian Journal of Public Health* 37, 744-750.
- Reason, J. (1997) *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Reason, J. (2000) *Human error: models and management*. *British Medical Journal* 320, 768-770.
- Ringedal, K. (2001). *Enhet og Mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A., McKenney C., Rantz M., Hicks L. et al., (2006). Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. I Hjort, P.F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke og faktabok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lov om helsepersonell. (2001). Kan lastes ned fra <http://www.lovdatab.no>
- Lov om helsetjenesten i kommunen (1982). Kan lastes ned fra <http://www.lovdatab.no>.
- Stavangerstatistikken (2010). Kan lastes ned fra <http://www.stavangerstatistikken.no>.
- St. meld nr. 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Oslo: sosial- og helsedepartementet. Kan lastes ned fra <http://www.regjeringen.no>.
- Strategidokument Omsorg 2525 (2008). Kan lastes ned fra: <http://www.stavanger.kommune.no>.
- Vincent, C. (2006): *Patient safety*. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone.
- Wiig, S. & Aase, K. (2007): Fallible humans in infallible systems? Learning from errors in health care. *Safety Science Monitor* 11 (3). Tilgjengelig fra: <http://ssmon.chb.se>

Willumsen, E. (Red.). (2005). *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wilson, J. (1998). *Incident Reporting*. British Journal of nursing. 11,670.

Ödegård, S. (2007). *I rättvisans navn – ansvar, skuld och säkerhet i vården*. I. Aase, K. (Red) (2010) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget

Årsberetning 2009. Stavanger Kommune. Kan lastes ned fra <http://www.stavanger.kommune.no>.

Årsregnskap 2009. Stavanger Kommune. Kan lastes ned fra <http://www.stavanger.kommune.no>.

Vedlegg 1

Invitasjon til å delta i forskningsstudie!

Bakgrunn

Mitt navn er Janne Gro Alsvik og jeg arbeider med en mastergradsavhandling i **Helse og sosialfag med fokus på brukerperspektivet ved Universitetet i Stavanger** (UIS). På bakgrunn av dette er jeg nå en del av forskningsmiljøet innen pasientsikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Jeg har helsefaglig bakgrunn som sykepleier, og har gjennom egen arbeidserfaring fattet stor interesse og engasjement for helsepersonells arbeidspraksis knyttet til pasientsikkerhet.

Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å kartlegge hvordan sykehjem ivaretar pasientsikkerheten, nærmere bestemt å finne ut hvilke uønskede hendelser som er mest vanlige. Formålet er å finne ut *hvilke* uønskede hendelser som registreres av *hvem* (grupper helsepersonell), *når* og *hvor* for å få en oversikt over hvilke utfordringer sykehjem står ovenfor. Studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke skader, uhell og næruhell (uønskede hendelser) er fremtredende på kommunale sykehjem/boform for heldøgns omsorg og pleie?

Dette brevet er en invitasjon og en forespørsel om å få tilgang til deres registrerte uønskede hendelser. I henhold til forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002) plikter enhver institusjon til å ha systematiske tiltak som skal sikre at virksomheten utvikler og iverksetter prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester. På bakgrunn av dette antar vi at dere har et system som registrerer uønskede hendelser på sykehjemmet. Vi ønsker gjennom arbeidet å få tilgang til disse opplysningene. Informasjon som kommer frem vil bli behandlet konfidensielt, og materiale vil bli slettet etter bruk. Nærmere avtale om tid og sted kan avtales per tlf./mail, men det vil være hensiktsmessig både praktisk og forskningsetisk å gå gjennom de registrerte uønskede hendelsene på sykehjemmet (hos dere).

Hvorfor delta og hva kan dere bidra med?

Det finnes lite forskning knyttet til pasientsikkerhet i kommunale helsetjenester både internasjonalt og i Norge. Dere sitter på et unikt materiale som kan bidra til å utvikle ny kunnskap innenfor området pasientsikkerhet. St.prp. nr. 1 (2006-2007) (kapittel 6.4.1 Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering) fremhever viktigheten av å utvikle kunnskap på området blant annet gjennom forskning. Dere vil derfor være til stor hjelp i dette viktige arbeidet.

Med vennlig hilsen

Janne Gro Alsvik
Mastergradstudent

Karina Aase
Professor i Sikkerhet,
Institutt for helsefag, UIS
(veileder)

Dersom du skulle ha spørsmål eller lure på noe ta gjerne kontakt.

jg.haugen@stud.uis.no

karina.aase@uis.no

Mobil. 909 45 036

Tlf. 51 83 15 34

Vedlegg 2

Invitasjon til å delta i forskningsstudien "Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester"!

Mitt navn er Janne Gro Alsvik og jeg arbeider med en mastergradsavhandling i **Helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektivet ved Universitetet i Stavanger (UiS)**. På bakgrunn av dette er jeg nå en del av fagmiljøet innen pasientsikkerhet ved UiS.

Vi viser til **tidligere brev sendt ut 08.01.2010**, der vi inviterer dere til å delta i forskningsstudien. På bakgrunn av en samarbeidsavtale mellom Universitetet i Stavanger og **Stavanger Kommune**, har vi mulighet til å koordinere innsamling av data gjennom Stavanger Kommune. Dette betyr at det ikke krever ekstra arbeid av dere for å delta. Stavanger kommune kan, med **deres samtykke**, gi oss de opplysningene vi trenger for å utføre studien. Det vil si at de gir oss tilgang til deres registrerte avvik (uønskede hendelser).

Direktør for oppvekst og levekår, Stavanger Kommune, har gitt tillatelse til gjennomføring av forskningsstudien. Rådgiver Bente Gunnarshaug i Stavanger kommune tar ut statistikk og anonyme eksempler innen de forskjellige hendelseskategoriene og leverer dette til oss. Opplysningene vil være anonymiserte (dvs. navn og personlige opplysninger tas bort og vi får tilsendt oversikter over type hendelser i en gitt tidsperiode). For at vi skal kunne sammenligne sykehjemmene samt analysere dataene ut fra våre kategorier ber vi likevel om at navnet på sykehjemmet, samt antall sengeplasser kommer frem i dataene vi får tilgang til. Alle opplysninger vil bli oppbevart konfidensielt av oss og slettet etter bruk.

I forskningsstudien inngår det også en kvalitativ del med intervjuer. På bakgrunn av det vil noen av sykehjemmene som deltar bli forespurt om å delta i denne delen av studien på et senere tidspunkt.

Det finnes lite forskning knyttet til pasientsikkerhet i kommunale helsetjenester både internasjonalt og i Norge. Dere sitter på et unikt materiale som kan bidra til å utvikle en ny kunnskap innen for området pasientsikkerhet. Dere vil derfor være til stor hjelp i dette viktige arbeidet. Vennligst signer samtykkeerklæringen og returner brevet til oss i vedlagte konvolutt dersom dere ønsker å være med i forskningsstudien.

Med vennlig hilsen

Janne Gro Alsvik
Mastergradstudent

Karina Aase
Professor i Sikkerhet,
Institutt for helsefag, UiS (veileder)

Dersom du skulle ha spørsmål eller lure på noe ta gjerne kontakt.

jg.alsvik@stud.uis.no

karina.aase@uis.no

Mobil. 909 45 036

Tlf. 51 83 15 34

Vedlegg 3

Invitasjon til å samarbeide i forskningsstudien "Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester"!

Bakgrunn

Mitt navn er Janne Gro Alsvik og jeg arbeider med en mastergradsavhandling i **Helse og sosialfag med fokus på brukerperspektivet ved Universitetet i Stavanger (UiS)**. På bakgrunn av dette er jeg nå en del av fagmiljøet innen pasientsikkerhet ved UiS. Jeg har helsefaglig bakgrunn som sykepleier, og har gjennom egen arbeidserfaring fattet interesse for helsepersonells arbeidspraksis og pasientsikkerhet. Dette brevet er en invitasjon til et samarbeid om en forskningsstudie. Vi henviser til samarbeidsavtale mellom Stavanger kommune og UiS, samt møte med Bente Gunnarshaug, 26. januar, 2010, der vi ble oppfordret til å komme med en formell forespørsel om samarbeid.

Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å kartlegge forekomst, frekvens og type av uønskede hendelser ved norske sykehjem, samt hvordan helsepersonell forstår og tolker disse hendelsene. Formålet er å finne ut *hvilke* uønskede hendelser som registreres av *hvem* (grupper helsepersonell), *når* og *hvor* for å få en oversikt over hvilke utfordringer sykehjem står ovenfor. Studien er inndelt i en kvantitativ og en kvalitativ del. Den kvantitative delen tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke skader, uhell og nærhell (uønskede hendelser) er fremtredende på sykehjem?

I den kvalitative delen av studien vil vi undersøke sykehjemsansattes holdninger til uønskede hendelser, der følgende problemstilling danner utgangspunkt for undersøkelsen:

Hvilke erfaringer har relevant helsepersonell knyttet til forståelse, registrering og analyse av uønskede hendelser i sykehjem?

I denne delen vil vi foreta 5-7 individuelle intervju fordelt på 2 sykehjem. De to sykehjemmene med flest og færrest registrerte uønskede hendelser per sengeplasser vil utgjøre utvalget.

Tilgang til data knyttet til kvantitativ analyse

I samarbeid med dere ønsker vi å få tilgang til "oppsummeringsrapporter" 3 år tilbake i tid knyttet til registrerte uønskede hendelser fra samtlige 18 sykehjem i Stavanger Kommune. Vi ber også om å få tilgang til beskrivelser fra 3-5 "typiske" enkelthendelser per kategori fra samtlige 9 kategorier som er representert i rapportene. Det ønsker vi for å kunne beskrive innholdet i de ulike kategoriene av uønskede hendelser. Disse opplysningene må være anonymisert før vi eventuelt får tilgang til dem. Det er ønskelig at navnet på sykehjemmene og antall sengeplasser kommer frem i "oppsummeringsrapportene" da vi har behov for å sammenligne sykehjemmene og bruke opplysningene til å foreta utvalget i den kvalitative delen av studien. I tillegg ønsker vi en mer detaljert oversikt over hendelser for en tidsperiode på 3 mnd i 2009 for de to utvalgte sykehjemmene (flest og færrest rapporterte hendelser per sengeplasser), dersom dette lar seg gjøre rent praktisk. Vi vil sende brev til sykehjemmene med denne informasjonen og forespørsel om samtykke til at Stavanger Kommune gir oss tilgang til dataene så snart vi har fått klarsignal fra dere.

Hvorfor delta og hva kan dere bidra med?

Det finnes lite forskning knyttet til pasientsikkerhet i kommunale helsetjenester både internasjonalt og i Norge. Dere sitter på et unikt materiale som kan bidra til å utvikle ny kunnskap innenfor området pasientsikkerhet. St.prp. nr. 1 (2006-2007) (kapittel 6.4.1 Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering) fremhever viktigheten av å utvikle kunnskap på området blant annet gjennom forskning. Dere vil derfor være til stor hjelp i dette viktige arbeidet.

Med vennlig hilsen

Janne Gro Alsvik
Mastergradstudent

Karina Aase
Professor i Sikkerhet,
Institutt for helsefag, UiS (veileder)

Dersom du skulle ha spørsmål eller lure på noe ta gjerne kontakt.

jg.alsvik@stud.uis.no

Mobil. 909 45 036

karina.aase@uis.no

Tlf. 51 83 15 34

Vedlegg 4



STAVANGER KOMMUNE

Oppvekst og levekår

Oppvekst og levekår

Postadr.: Postboks 8001, 4068 Stavanger

Besøksadr.: Ny Olavskleiv 6

Telefon: 04005. Faks: 51507004

E-post: postmottak.oppvekst@stavanger.kommune.no

www.stavanger.kommune.no

Org.nr. NO 964 965 226

Janne Gro Alsvik
Kvernvegen 46

4120 TAU

DERES REFERANSE

VÅR REFERANSE
BGU-10/6965

ARKIVNR.
F00 &33

JOURNALNR.
37679/10

DATO
22.06.2010

Vedrørende samarbeid i forskningsstudien: "Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester"

Viser til henvendelsene fra deg på e – post, datert 28. 01. 2010 med forespørsel om samarbeid om forskningsstudie, herunder tilgang til data. Direktør oppvekst og levekår stiller seg positiv til forespørselen og følgende data stilles til rådighet:

- ✓ Antall avvik pr sykehjem pr. år de siste tre årene. Dette omfatter de sykehjemmene som har gitt sin tilslutning til å delta i undersøkelsen.
- ✓ Tre - fem typiske enkelthendelser per kategori fra samtlige 8 kategorier, liste over sykehjem, antall og type senger.
- ✓ Oversikt over antall avvik i 8 kategorier for siste kvartal 2009 for to sykehjem som grunnlag for spørreskjema.

Alle opplysningene vil være anonymisert.

Direktøren ber også om at oppgaven sendes Bente Gunnarshaug for gjennomlesning før innlevering, dette for å sikre rette faktaopplysninger som angår Stavanger kommune. Dessuten forventes at undersøkelsen blir presentert for de involverte deltagerne, slik at kunnskapen blir spredt internt i Stavanger kommune.

Vi ser frem til godt samarbeid omkring et viktig fokusområde innen helse og omsorgstjenesten.

Med hilsen

for 
Per Haarr
direktør
e . f .


Marit Bore
levékårsjef

Kopi: Karina Aase, UIS

Bente Gunnarshaug
saksbehandler

Vedlegg 5

Intervjuguide (nøkkelinformant)

Del 1: faktaopplysninger

Med bakgrunn fra tidligere studier fra Stavanger Kommune om avviksregistrering; ”Hvorfor registres avvik / registreres ikke avvik i legemiddelhåndteringen ”(2004), rapport om avvikshåndtering i hjemmebaserte tjenester og sykehjem (sak 0107/2003 Kommunalstyret for levekår) og masteroppgaven ”Fall blant pasienter i hjemmet og i sykehjem og betydning av tverrfaglighet og mestring”(Gunnarshaug, B.,2007).

- Forskrift om Internkontroll (hjemlet i lov om Statlig tilsyn med helsetjenesten)
- Forskrift om legemiddelforsyning m.v i den kommunale helsetjenesten (hjemlet i lov om kommunale helsetjenester§1-3)

1. Slik jeg har forstått det bygger avviksregistrering i Stavanger Kommune på at den som oppdager en uønsket hendelse skal registrere dette i et fastlagt skjema:

- a) Stemmer dette? Kan du fortelle generelt om hvordan verktøyet for avviksregistrering i Stavanger Kommune foregår(prosedyre for avvikshåndtering, rapportering til Kommunen, kategorisering, bruk av faglig skjønn med tanke på alvorlighetsgrad av uønskede hendelser etc.)
- b) Hva tid ble avviksregistreringen tatt i bruk(papir/elektronisk utgave, likheter/ulikheter av bruk av verktøyet mellom sykehjemmene)?
 - 1. Hvem har utformet det fastlagte skjema?**
 - 2. Bruker alle det samme skjema?**
 - 3. Det samme elektroniske system?**
- c) Hvilke revideringer av verktøyet er gjort etter at det er tatt i bruk (kategorisering etc. og evt. når, hvorfor og hvordan har revideringene skjedd)?
- d) Hvilke erfaringer og refleksjoner har du rundt bruk av verktøyet over tid/ i de årene du har jobbet her?

2. Etter det jeg har forstått er kvalitetsarbeidet i Stavanger Kommune organisert i kvalitetsutvalg på 3 nivå; 1. Avdeling/seksjonsnivå, 2. virksomhetsnivå og 3. Direktørnivå.

- a) Stemmer dette? Hvordan fungere kvalitetsarbeidet i Stavanger Kommunen? (Møter imellom nivåene og kanalisering ut til brukerne av avviksregistrering om endringer i systemet)

- b) Hvordan arbeider kvalitetsutvalgene (Hvilke mål? Hvilke strategier brukes? Hvordan foregår evalueringsarbeidet?)
- c) Hvilke likheter/ulikheter finnes mellom sykehjemmene og mellom de ulike nivåene i selve kvalitetsarbeidet?
- d) Hvordan og hvor ofte kommuniseres tallene/resultatene av avviksregistreringene ut til brukerne av verktøyet?
- e) Hvordan opplever du at de som registrerer avvikene ser nytteverdien av å registrere avvik?
- f) Hvordan tror du brukerne av verktøyet avviksregistrering opplever at det er hensiktsmessig å bruke det (brukertilfredshet, tilgjengelighet og kontinuitet, ressursutnyttelse, faglig kvalitet)?

Del 2: Erfaringer knyttet til registrering av uønskede hendelser (kunnskap, ledelsens rolle og arbeidsmiljø)

- 3. Slik jeg oppfatter det har Stavanger Kommune drevet med systematiske holdnings skapende arbeid på området gjennom en årrekke. På denne måten har dere trolig bidratt til å skape en forbedringskultur med tanke på å registrere avvik.**
- a) Hva synspunkter har du på dette?
 - b) Hvilke konkrete tiltak er satt i gang på de ulike nivåene i kvalitetsarbeidet med tanke på dette?
 - c) Hva skjer akkurat nå og hvilke strategier har dere videre i dette arbeidet?
 - d) På hvilken måte tror du ledelsens rolle i håndteringen av registrering av uønskede hendelser påvirker den enkeltes sykehjemskultur med tanke på registreringer?
 - e) Hvordan opplever du at rapporteringskulturen på sykehjemmene er?
 - f) Finnes det fortsatt en underrapportering? Hvorfor?
 - g) Hvilke faktorer er viktige for å få sykehjemmene til å rapportere?
 - h) Hva er de viktigste faktorene for at sykehjemmene skal jobbe aktivt med uønskede hendelser/avvik?
- 4. Kan du gi en beskrivelse av en typisk uønsket hendelse fra den oppstår – registrering – vurdering av alvorlighetsgrad(av hvem og hvordan)- kategorisering – tiltak satt i gang – oppfølging av tiltak- rapportering til Stavanger Kommune (hvem og hvordan).**

Vedlegg 6

Intervjuguide (sykehjemmene)

Del 1: Faktaopplysninger:

1. Rammebetingelser: (samarbeidsforhold, ansvarsforhold, bemanningssituasjon i avdelingen)

- a) Hvordan er belegget/bemanningssituasjonen på sykehjemmet (fordelt på vaktene dag, ettermiddag/kveld og natt for de ulike yrkesgruppene)?
- b) Opplever du belegget/bemanningssituasjonen som tilfredsstillende / faglig forsvarlig i forholdt til antall beboere?
- c) Varierer antall sengeplasser over tid her (oppgang og nedgang forholdt til tallene på beboere)?
- d) Hvilke yrkesgrupper og/ eller hvilke fagpersoner samarbeider med hvem når det gjelder rapportering av uønskede hendelser/avviksregistrering (registrering - vurdering av alvorlighetsgrad – tiltak satt i gang – evaluering av tiltak)?

2. Systemforhold knyttet til rapportering av uønskede hendelser

- a) Hvilket registreringssystem for uønskede hendelser/avvik finnes på sykehjemmet deres?
- b) Når ble dette systemet innført her?
- c) Hvordan tror du at brukerne av systemet opplever tilgjengeligheten til registreringssystemet (evt. antall datamaskiner, tid og rom)?
- d) Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen mellom brukerne av avviksregistreringssystemet og kvalitetsutvalgene på de ulike nivåene i Kommunen?
- e) Hvem har det overordnede ansvaret for å følge opp, igangsette tiltak og evaluere tiltak i forbindelse med registrering av uønskede hendelser på sykehjemmet deres?
- f) Hvordan opplever du at brukerne av systemet har kunnskaper og begreper om uønskede hendelser/avvik (definisjonsgrunnlag for registrering av feil, uhell og nesten uhell)?
- g) Hvilke uønskede hendelser/avvik rapporteres /rapporteres ikke inn til Kommunen?
- h) Evt. hvem rapporterer avvikene/hendelsene inn til Kommunen?

3. Rutiner(etablerte rutiner, evaluering av rutiner)

- a) Hvordan er prosedyre for registrering av uønskede hendelser/avvik?
- b) Hvordan er prosedyre for igangsetting av tiltak og evaluering av pasientskade, uhell og næruhell(uønskede hendelser) på sykehjemmet deres?
- c) Slik jeg har forstått det blir hendelsene kategorisert etter alvorlighetsgrad. Hvem vurderer alvorligheten av hendelsene og hvordan blir dette gjort?
- d) Hvem har tilgang til systemet/ hvem registrerer uønskede hendelser / avvik på sykehjemmet deres?

Del 2: Personlige opplevelse knyttet til registrering av uønskede hendelser

4. Skjønnsmessig vurdering

- a) Hva legger du i begrepet uønsket hendelse? Hva er en typisk rapporteringsverdig hendelse?
- b) Hvordan vil du si at rapporteringskulturen for uønskede hendelser er her på sykehjemmet? Rapporterer dere mye, lite? Hvorfor?
- c) På hvilken måte tror du brukernes personlige erfaringer eller holdninger knyttet til systemet er med på å påvirke registreringen av uønskede hendelser hos dere(hensikt og nytteverdi)?
- d) På hvilken måte tror du ledelsen på sykehjemmet påvirker brukerne av systemet(kunnskap, holdninger, meninger etc. i deres rapportering)?
- e) På hvilken måte tror du den enkeltes faglig skjønn er med på å avgjøre registreringenes alvorlighetsgrad og valg av kategori for den enkelte uønskede hendelse?
- f) Hvordan opplever du at brukerne av avvik systemet ser nytteverdien i registreringen av uønskede hendelser/avvik er på sykehjemmet?
- g) Hvor tilfeldig tror du det er at uønskede hendelser/avvik registeres her på sykehjemmet?
- h) Hvilke erfaringer har du selv i forhold til å registrere uønskede hendelser er her?
- i) På hvilken måte tror du personalets nivå av utdanning påvirker registreringen (både frekvensen og kategoriseringen) av uønskede hendelser på sykehjemmet hos dere (pleiemedhjelpere/assistenter, hjelpepleiere, sykepleiere, leger osv)?
(Punktene 1, 3 og 4 er hentet fra studien til Berland og Natvig (2006)).

Vedlegg 7

SAMTYKKE ERKLÆRING

”Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester”

Forskerens erklæring

Jeg erklærer med dette at ingen opplysninger jeg får i forbindelse med forskningsstudien ”Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester” vil være tilgjengelig for andre enn min veileder Karina Aase ved Universitetet i Stavanger. Prosjektet er klarert med Personvernombudet og Etisk komitè, Vest. De opplysningene jeg får tilgang til vil være anonymisert (jfr. taushetsplikten, helsepersonelloven §21). Det gjelder personopplysninger og/eller andre sensitive opplysninger som direkte eller indirekte kan føres tilbake til en person eller institusjon. Dersom det av formodning skulle skje en feil og jeg likevel får tilgang til denne type opplysninger, erklærer jeg herved at disse vil behandles konfidensielt. Jeg som masterstudent har taushetsplikt, og vil sikre anonymitet i all rapportering.

Sted

Dato

Forsker, masterstudent signatur

Forskningsdeltagers erklæring

Jeg har fått nødvendig informasjon om forskningsstudien ”Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester”. På bakgrunn av dette er jeg villig til å gi Stavanger Kommune tillatelse til å gi ut opplysninger om rapporterte uønskede hendelser på vårt sykehjem til masterstudent Janne Gro Alsvik.

Sted

Dato

Signatur

Vedlegg 8

SAMTYKKE – ERKLÆRING

”Uønskede hendelser i kommunale helsetjenester”

Forskerens erklæring

Jeg erklærer med dette at ingen personopplysninger jeg får i forbindelse med forskningsstudien vil være tilgjengelig for andre enn min veileder, Karina Aase, Professor i sikkerhet, UiS.

Studien er klarert med Etisk komité, Vest og NSD/personvernombudet. Kvalitetssikring og evaluering av helsehjelp er den del av helsetjenesten og faller utenfor helseforskningsloven. Studien er en evaluering/kvalitetssikring av pågående tjeneste.

Jeg som masterstudent har taushetsplikt, og vil sikre anonymitet i all rapportering.

Sted

Dato

Forsker, masterstudent signatur

Informantens erklæring

Jeg har fått nødvendig informasjon om forskningsstudien ”uønskede hendelser i kommunale helsetjenester”. På bakgrunn av dette er jeg villig til å la meg intervjuet av masterstudent Janne Gro Alsvik.

Sted

Dato

Signatur

Vedlegg 9

Ikke fremleggingspliktig for REK

Fra post@helseforskning.etikkom.no

Til jg.alsvik@stud.uis.no

Dato 11.03.2010 15:15

Hei,

Jeg har gått gjennom prosjektbeskrivelsen du har sendt, og ser ikke på dette som et prosjekt som er fremleggingspliktig for REK.

Kvalitetssikring og evaluering av helsehjelp er den del av helsetjenesten og faller utenfor helseforskningsloven. Prosjektet fremstår som en evaluering/kvalitetssikring av pågående tjeneste, og faller derfor utenfor REKs mandat. REK har dermed ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres eller at resultatene evt. publiseres.

REK gjør oppmerksom på at eventuell søknad om dispensasjon fra taushetsplikten (unntak fra samtykke) sendes REK, selv om selve prosjektet faller utenfor REKs mandat.

Siden prosjektet inneholder personopplysninger (fra de kvalitative intervjuene) må prosjektet klareres av NSD/personvernombudet for forskning.

mvh

Øyvind Straume

førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vest-Norge (REK Vest)

Postadresse: Postboks 7804, 5020 Bergen

Besøksadresse: Haukeland universitetssykehus, 5021 Bergen

Telefon: 55 97 84 97

E-post: rek-vest@uib.no

<http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public>

Vedlegg 10

Fra QMS Revisjon 9. Prosedyre avvik fra sosial og helsetjenesten

Nivå: 1: Oppvekst og levekår	Godkjenningsnivå: Levekår	Godkjent av: Marit Bore	Godkjent dato: 28.06.2006	 STAVANGER KOMMUNE
Dokumenteier: Rådgiver – levekår	Dokumenttype: Retningslinje	Revisjonsnr: 1	Gyldig fra: 28.06.2006	

Tittel:
Prosedyre avvik fra sosial og helsetjenesten

FORMÅL

1. Sikre at avvik blir registrert og behandlet på en forsvarlig måte.
2. Sikre at avviksrapportering brukes i virksomhetens forbedringsarbeid.
3. Sikre at systematiske avvik fører til endring/bedring av arbeidsprosesser.

DEFINISJON

Avvik i denne sammenheng er brudd på lover og forskrifter i henhold til internkontrollforskrift for Sosial- og helsetjenesten, samt brudd på interne prosedyrer for disse tjenestene. Med interne prosedyrer menes både Stavanger kommunes overordnede og virksomhetenes egne.

Følgende er eksempler på hendelser som defineres som avvik ihht. denne prosedyre:

- skade, nesten skade som gjelder pasient/bruker.
- o skade kan være fysisk eller psykisk
- tap av anseelse.
- legemiddelfeil/nesten feil
- fall
- utagering
- rutinesvikt mellom sykehus og kommune, mellom virksomheter i kommunen
- manglende oppfølging av vedtak
- svikt teknisk utstyr, i denne sammenheng relatert til bruker
- annen rutinesvikt

ANSVARSFORHOLD / HVA GJØR DU NÅR DU OPPDAGER ET AVVIK?

Leder har ansvar for at avviksprosedyren blir fulgt, samt ansvar for å følge opp avviksmeldingen. Dette innebærer å bruke avviket i virksomhetens systematiske forbedringsarbeid, samt å vurdere melding til direktør jfr. vedlagt flytskjema for behandling av avvik.

Ansatte skal gjennomføre strakstiltak, fylle ut avviksskjema og melde fra om avviket til nærmeste leder.

Det er spesielt viktig at alvorlige avvik meldes leder umiddelbart.

Dette gjelder:

- avvik som har ført til betydelig personskade på bruker
Med betydelig personskade menes skade som resulterer i behov for legebehandling.
- avvik som kan føre til / kunne ført til betydelig personskade på bruker
- andre avvik som får / kunne fått alvorlige konsekvenser for bruker

Fra QMS Revisjon 9. Prosedyre avvik fra sosial og helsetjenesten

BRUK AV SKJEMA

Elektronisk skjema for melding av avvik finnes i

- CosDoc, i pasientjournal, velg registreringstype - avvik, og i "dokumentbasen"
- Sosio under "verktøy"
- som vedlegg til denne prosedyre

I forbindelse med utagering som medfører skadeavvergende tiltak i nødsituasjon føres dette på eget skjema som ligger i CosDoc.

Papirskjema skal ligge ved hvert tjenestested til bruk for ansatte som ikke dokumenterer elektronisk .

OPPFØLGING

Avvik kartlegges og følges opp regelmessig, fortrinnsvis hver uke av nærmeste leder, videre behandling skjer i virksomhetens kvalitetsutvalg.

Arbeidsgangen i forbedringsarbeidet består av:

- identifisering av problemområdet
- analyse av årsaker
- valg av forbedringstiltak
- innføring av forbedringstiltak
- vurdering av resultat
- tilbakemelding til den som melder avviket

Jf. forbedringsprosessen beskrevet i flytdiagrammet som følger som vedlegg.

Alvorlige avvik blir behandlet i direktørens kvalitetsutvalg fortløpende, ihht til overnevnte forbedringsprosess.

Avviksmeldingene i papirversjon samles hos leder i egen avviksperm.

Revisjon

Prosedyrene revideres årlig av direktørens kvalitetsutvalg

AVVIK I ANNEN VIRKSOMHET

Dette gjelder avvik som har oppstått i en virksomhet og som får konsekvenser for bruker når denne mottar tjenester i en annen virksomhet.

Avviksskjema fylles ut og sendes til virksomhetsleder i den virksomheten der avviket har oppstått.

(Virksomhetsleder i den virksomheten som sender avviket, er å regne som den som melder avviket

Hun/ han skal ha tilbakemelding så raskt som mulig.)

Avvik fra annen virksomhet håndteres på vanlig måte. Den som sendte avviket (virksomhetsleder) skal ha tilbakemelding så raskt som mulig

Vedlegg 11



Levekår

Avviksskjema

Helse og sosial

Bruker:			
Navn:	Fødselsnr:		
Adresse:	Postnr:	Poststed:	
Tidspunkt:	Dato:	Kl:	
Alvorlighetsgrad:	lite alvorlig <input type="checkbox"/>	middels alvorlig <input type="checkbox"/>	svært alvorlig <input type="checkbox"/>
Beskrivelse:			
Type avvik:			
<input type="checkbox"/> Avvik fra vedtak	<input type="checkbox"/> Vold/trussel	<input type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Rutinesvikt
<input type="checkbox"/> Brudd på lover & forskrifter	<input type="checkbox"/> Medikamentfeil/nesten feil	<input type="checkbox"/> Utstyr:	<input type="checkbox"/> Annet →
→ Beskriv nærmere:			
Strakstiltak:			
Forslag til forbedringstiltak:			
Personskade ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Er lege kontaktet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Er avviket en mulig klagesak?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Meldt av: (navn/tittel/arb.sted)	<input type="text"/>	Dato:	<input type="text"/>
Beskrivelse og gjennomføring av forbedringstiltak:			
Ansvarlig for gjennomføring:			
Avd./seksjonsleder:	<input type="text"/>	dato:	<input type="text"/>
Virksomhetsleder:	<input type="text"/>	dato:	<input type="text"/>
Alvorlig avvik er meldt videre til direktør	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	

Mål: Hindre gjentakelse / lære av feil
Sikre at avvik blir registrert og behandlet på forsvarlig måte

- Avvik dokumenteres i brukerens journal/mappe og meldes nærmeste overordnede fortløpende
- Hendelsen vurderes mht alvorlighetsgrad og ev iverksetting av relevante forbedringstiltak for den videresendes virksomhetsleder for godkjenning/signering