

Rapportering av uønskede hendelser på et sykehus, ansattes erfaringer med et elektronisk meldesystem

Maria Ravndal

Masteroppgave i Helsevitenskap, Vår 2012

Samfunnsfaglig Fakultet, Institutt for Helsefag

Universitetet i Stavanger

FORORD

Denne oppgaven er en avsluttende del av min mastergradstudie i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger.

Jeg har med denne oppgaven ønsket å kartlegge ansattes erfaringer og bruk av elektronisk meldesystem for å rapportere uønskede hendelser på et sykehus. Oppgaven er basert på intervjuer av leger og sykepleiere fra to klinikker på et sykehus.

Vil rette en stor takk til min veileder Karina Aase, Professor i Sikkerhet, for konstruktive tilbakemeldinger som var motiverende for meg i oppgaveprosessen.

Ønsker med dette å rette en stor takk til de 10 informantene som i en travel hverdag tok seg tid til å la seg intervjuer av meg. Jeg vil også takke andre på sykehuset for god hjelp med informasjon og formidling av informanter til min studie. Uten deres hjelp og bidrag kunne jeg ikke ha gjennomført studien.

Sammendrag

Pasientsikkerhet har det siste tiåret fått stor oppmerksomhet og det har skjedd en økt forskningsinnsats i forhold til arbeidet med å ivareta og fremme pasientsikkerhet i helsevesenet (Aase, 2010).

Uønskede hendelser er konkrete manifestasjoner på at feil skjer og representerer en uttilsiktet forsømmelse i utøvelsen av pasientbehandlingen. Læring av uønskede hendelser og nestenhendelser er essensielt for å forbedre pasientsikkerheten, men underrapportering representerer et signifikant problem. (Kingston, et al. 2004)

Med dette som bakgrunn har jeg utført en kvalitativ studie med et eksplorerende design for å kartlegge sykehusansattes erfaringer og bruk av et elektronisk meldesystem for å lære av uønskede hendelser. Ved det aktuelle sykehuset ble det for snart syv år siden innført et elektronisk meldesystem hvis formål var å forenkle og samordne rapporteringen. Røstøen (2005) studerte ansattes håndtering av avvik og feil på kirurgisk/ortopedisk klinikk ved det aktuelle sykehuset og fant ingen samlet mekanisme for håndtering av feil og avvik. Røstøens studie ble utført før det elektroniske meldesystemet var implementert. Denne studien har fokus på om det elektroniske meldesystemet har vært et positivt bidrag til mekanismer og prosedyrer for håndtering av uønskede hendelser i dag – 7 år etter innføringen av meldesystemet.

Resultater fra studien viser at informantene ønsker å rapportere uønskede hendelser. De opplever en god dialog og refleksjon over hendelser, enten spontant eller i mer formelle rammer som morgenmøter, rapporter og avdelingsmøter. Men de oppfatter det elektroniske meldesystemet som tungvint og tidkrevende i bruk og opplæring i systemet har vært minimal eller helt fraværende. De fleste opplevde ikke respons på rapporterte uønskede hendelser. Omstendigheter med et tungvint rapporteringssystem i travle vakter med manglende respons medførte at informantene i varierende grad prioriterte å rapportere uønskede hendelser. Det elektroniske meldesystemet er per i dag åpent. Dette mente informantene var en fordel i forhold til identifisering av sak og

dialog og læring. Men samtidig opplevde informantene en barriere mot å rapportere uønskede hendelser forårsaket av en kollega.

Informantene mener terskelen for å rapportere uønskede hendelser har sunket betraktelig. Men likevel viser studien at det fortsatt ser ut til å mangle en samlede mekanisme for rapportering og læring av uønskede hendelser noe det elektroniske meldesystemet ikke har bidratt til. Dette er i samsvar med Røstøen (2005) sine studier som kom til samme resultat fra samme sykehus. Årsaken til denne manglende utviklingen kan være at ansatte har fått lite opplæring i systemet og prosedyren rapportering oppfattes som svært detaljert og tidkrevende i en travel hverdag og med en påfølgende manglende respons. Tidligere studier Høyland & Aase (2008) bekrefter betydningen av tilfredsstillende opplæring av ansatte når ny teknologi innføres. Høyland & Aase (2008) bekrefter videre betydningen av nok tid og ressurser til å rapportere. Resultatet av manglende tid, ressurser, opplæring og respons til elektronisk meldesystem synes å fortsatt medføre underrapportering av uønskede hendelser. Konklusjonen av dette studiet er at det elektroniske meldesystem slik det fungerer i dag ikke er et bidrag til å forenkle melding- og læring av uønskede hendelser for ansatte på sykehuset.

Innholdsfortegnelse

FORORD	ii
Sammendrag	iii
1. Introduksjon	3
1.1. Målsetting	3
1.2. Bakgrunn	3
1.3. Problemstilling	5
1.4. Forskningsspørsmål:	6
1.5. Oppgavens struktur og avgrensninger	6
2. Teoretisk rammeverk	7
2.1. Begreper	7
2.1.1. <i>Pasientsikkerhet</i>	7
2.1.2. <i>Uønsket hendelse</i>	7
2.1.3. <i>Elektronisk rapporteringssystem</i>	7
2.2. Tidligere forskning	8
2.3. Læring	15
3. Kontekst	21
3.1. Lovverk og offentlige føringer	21
3.2. Sykehus	22
3.2.1. <i>Kirurgisk – ortopedisk klinikk</i>	23
3.2.2. <i>Medisinsk klinikk</i>	24
4. Metodologi	26
4.1. Forskningsdesign	26
4.2. Det kvalitative forskningsintervjuet	27
4.3. Utvalg for intervjuguide og gjennomføring	27
4.4. Utarbeidelse av intervjuguide	29
4.5. Gjennomføring av intervjuer	30
4.6. Forskningsetiske vurderinger og konfidensialitet	31
4.7. Data analyse	31
4.8. Validitet	32
5. Resultater/funn	34
5.1. Uønskede hendelser og årsaker	34
5.2. Det å forårsake en uønsket hendelse	36
5.3. Elektronisk meldesystem og holdninger	36
5.4. Informasjon og opplæring	38
5.5. Brukervennlighet og tilgjengelighet	40
5.6. Ledelsens rolle	42
5.7. Konsekvenser av åpenhet	43
5.8. Omstendigheter som vanskeliggjør det å rapportere en uønsket hendelse	44
5.9. Læring	47
5.10. Oppsummering	52
6. Diskusjon	54
6.1. Læring som integrert i praksis og hverdag i organisasjonen	54
6.2. Utfordringer med å bruke systemet	56
6.3. Individuell læring/Trippel heliks og tilegnelse av kunnskap	57

6.4. Manglende feedback.....	58
6.5. Skyld/frykt.....	60
6.6. Barrierer.....	61
7. Konklusjon.....	63
7.1. Svar på forskningsspørsmål:.....	64
7.2. Implikasjoner for sykehuset.....	65
Litteraturliste	67

Vedlegg:

1. Informasjonsskriv
2. NSD meldeskjema
3. Intervjuguide
4. Flytskjema: Synergimeldinger

1. Introduksjon

Denne masteroppgaven er avsluttende del av mitt studie i Helsevitenskap på Universitetet i Stavanger. Etter mange år i arbeid som intensivsykepleier på et sykehus fikk jeg inspirasjon fra tidsskriftet "Sykepleien" (nr.10, 2010), med overskrift "Melde mer – feile mindre – helsevesenet har mye å lære fra oljebransjen" i mitt valg av tema til masteroppgaven. Her fremkommer det at i oljebransjen er det ansett som positivt og lærerikt å melde en hendelse, mens i helsevesenet er det en kjent underrapportering.

Gjennom mitt arbeide opplever jeg en kontinuerlig dialog, faglig refleksjon også om uønskede hendelser, men jeg ikke har rapportert mange uønskede hendelser i løpet av min karriere. Derfor ønsker jeg med denne oppgaven å utføre en studie om rapportering av uønskede hendelser på et sykehus – for å få mer kunnskap om de forholdene som artikkelen i Sykepleien beskriver, og hva rapportering av uønskede hendelser representerer for et utvalg av leger og sykepleiere på et sykehus.

1.1. Målsetting

Målsettingen med denne masteroppgaven er å belyse om et elektronisk rapporteringssystem har påvirket hvordan ansatte rapporterer og lærer av uønskede hendelser. Jeg ønsker å belyse hvilke erfaringer med bruk og barrierer ansatte på et sykehus har knyttet til å rapportere uønskede hendelser syv år etter innføring av et elektronisk rapporteringssystem.

1.2. Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesten er til for å hjelpe pasienter og brukere, og de aller fleste får god hjelp. Men enkelte ganger skjer det uønskede hendelser. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. (kunnskapssenteret.no) Internasjonal forskning har vist at "feil" i helsesektoren er en alvorlig trussel for pasientsikkerheten. (Waring, 2004)

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) varslet regjeringen at den vil legge frem en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen skal legges frem i 2012 og omfatter kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. (Melding til Stortinget nr 16, nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015) Helse- og omsorgsdepartementets konkrete mål for helseplanperioden er:

- Bedre oversikt over omfang av uønskede hendelser
- Økt læring av uønskede hendelser for å forebygge at liknende hendelser skjer igjen.
- Styrking av den tilsynsmessige oppfølgingen av alvorlige uønskede hendelser.
- Mer forskning på pasientsikkerhet
- Økt opplæring i systematisk pasientsikkerhetsarbeide.

<https://fremtidenshelsetjeneste.regjering.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/>

I helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte fra 18.10.2010 til 18.01.2011 en åpen netthøring som et ledd i arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). I publikasjonen: "Fremtidens helsetjeneste", uttrykkes det at en sentral utfordring i pasientsikkerhetsarbeidet er mangelen på gode data om omfang, fordeling og risiko. Et viktig mål i planperioden er å få bedre oversikt over omfang av uønskede hendelser og risikoområder lokalt, regionalt og nasjonalt. Det er etablert lokale og nasjonale meldesystemer for rapportering av uønskede hendelser for å kunne avdekke risikoområder og forebygge liknende hendelser.

<https://fremtidenshelsetjeneste.regjering.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/>

Hensikten med å rapportere uønskede hendelser er at de skal brukes til å analysere årsakene til at hendelsene kunne skje og iverksette tiltak for å forebygge at dette skjer igjen. På bakgrunn av hendelsene kan det utarbeides hendelsesanalyser og risikorapporter som en selv og andre kan lære av. Rapportering fra helsetjenesten, brukere, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens helsetilsyn tyder på at helsetjenesten i altfor liten grad lærer av egne og andres hendelser. Dette tyder på at det fortsatt er behov for større åpenhet om at uønskede hendelser skjer og at ledelsen legger til rette slik at det oppleves både enkelt, nyttig og trygt for ansatte å melde. I en virksomhet som legger vekt på pasientsikkerhet, vil det å melde uønskede hendelser bli

oppfattet som positivt. På bakgrunn av meldinger om uønskede hendelser bør det jevnlig utarbeides rapporter som viser omfang, fordeling og risikoområder(<https://fremtidenshelsetjeneste.regjering.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/>)

I 2008 besluttet Nasjonal enhet for pasientsikkerhet å undersøke hvordan pasientsikkerhetsarbeidet var organisert ved norske helseforetak og status over implementering av lokale meldesystemer og bruken av dem. Resultat av undersøkelsen viste at implementering av meldesystemer var i gang, men med store lokale variasjoner. En felles erfaring så ut til å være at opplæringen i å rapportere uønskede hendelser, saksbehandlingen og det å ta ut meningsfulle rapporter på relevante nivåer hadde tatt lengre tid enn forventet. Analyser av meldinger lokalt lot ikke til å være utbredt, og ingen informanter sa at helseforetak har kompetanse i eller erfaring med analyse av hendelser.([kunnskapssenteret.no/rapport nr. 28-2009](http://kunnskapssenteret.no/rapport%20nr.%2028-2009))

I 2010 meldte norske sykehus drøyt 200 alvorlige hendelser. Samtidig hadde 4700 pasienter en unaturlig død. Dette tyder på omfattende underrapportering. (tall fra ”Trygge Hender” 13.12.2011) Statistikken forteller videre at hvert sjette sykehusopphold i Norge skyldes pasientskade. Dette er en viktig erkjennelse å konsentrere ressursene om å oppdage feil og korrigere dem før de får alvorlige konsekvenser. (mandag.morgen.no,tema: ”Fremtidens helsevesen skal lære sikkerhet av luftfart og shipping”, no. 4, 30.01.12) Sykehus ønsker en standard med feilfri behandling. Uønskede hendelser er konkrete manifestasjoner på at feil skjer og representerer utilsiktet forsømmelse i utøvelsen av pasientbehandlingen. Læring av uønskede hendelser og nesten hendelser er essensielt for å forbedre pasientsikkerheten, men underrapportering representerer et signifikant problem(Kingston, et.al 2004).

1.3. Problemstilling

Læring av uønskede hendelser og nesten hendelser er viktig for å forbedre pasientbehandling og pasientsikkerhet. Dette fordrer en rapportering av uønskede hendelser, og følgende problemstilling er dermed aktuell:

”Hvordan har elektronisk rapportering av uønskede hendelser bidratt til å forenkle arbeidet med rapportering og læring av uønskede hendelser for ansatte ved et sykehus?”

1.4. Forskningsspørsmål:

- Hvilke barrierer er knyttet til å melde en uønsket hendelse?
- Hvilke konsekvenser får ansattes rapportering av uønskede hendelse?
- Hvilke erfaringer har ansatte med håndtering av uønskede hendelser?
- Hvordan kan det elektroniske meldesystemet sikre en dialog som er konstruktiv for læring av uønskede hendelser.?

1.5. Oppgavens struktur og avgrensninger

I neste kapittel vil jeg fokusere på sentrale begreper, tidligere forskning og teoretisk perspektiv knyttet til sykehusansattes rapportering av uønskede hendelser ved hjelp av et elektronisk meldesystem. I kapittel 3 vil jeg kort redegjøre for omgivelsene for min studie, deretter redegjøre for metode, resultater og diskusjon av funn i forhold til litteratur og tidligere forskning. Tilslutt konkluderer jeg på bakgrunn av funn og diskusjon og foreslår videre forskning.

Avgrensninger for studien er utvalget på 10 informanter fra to klinikker på et sykehus. Jeg kan derfor ikke utelukke at andre klinikker eller andre utvalg kunne gitt andre funn i forhold til min problemstilling.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg først definere sentrale begreper i oppgaven, deretter presentere forskning knyttet til uønskede hendelser på sykehus og rapportering av uønskede hendelser. Et teoretisk rammeverk knyttet til organisatorisk læring er deretter presentert.

2.1. Begreper

2.1.1. Pasientsikkerhet

Kunnskapssenterets definisjon: ”- pasientsikkerhet er å unngå, forebygge og begrense ugunstige utfall eller skader som resultat av behandling i helsetjenesten.”

(Kunnskapssenteret.no)

2.1.2. Uønsket hendelse

”En utilsiktet skade eller komplikasjon som er forårsaket av behandling eller pleie og ikke av pasientens sykdom. En utilsiktet hendelse kan resultere i invaliditet, død eller forlenget sykehusopphold eller funksjonsreduksjon på utskrivelsestidspunktet. Feil som ikke medfører større konsekvenser for pasienten, er ikke inkludert. Utilsiktede hendelser dekker både feil og komplikasjoner” (Mogensen og Pedersen, 2003 i Aase, 2010, s 26)

I denne oppgaven har uønskede hendelser samme betydning som uheldige – og utilsiktede hendelser. (Aase, 2010, s 26)

2.1.3. Elektronisk rapporteringssystem

Et elektronisk rapporteringssystem for håndtering av uønskede hendelser meldes hendelser i en felles database for det aktuelle sykehuset eller helseorganisasjon. Systemet er designet for å samle informasjon av uønskede hendelser og legge grunnlaget for risikovurderinger og risikoreduserende tiltak, også av forebyggende karakter (Høyland i Aase, 2010, s. 103).

2.2. Tidligere forskning

Høyland og Aase (2008) har studert interaksjonene mellom menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorer innen helsevesenet i forbindelse med innføring av et elektronisk rapporteringssystem på et sykehus. De hevder det er vanskelig å isolere menneskelig, teknologisk og organisatorisk faktorerens betydning på informasjonsteknologi eller system, men at disse må knyttes sammen. Deres artikkel ”An exploratory study on human, technological and organizational interactions within health care” omhandler tre delstudier utført på et regionalt norsk sykehus som til sammen viser gjensidig påvirkning av åtte faktorer som influerer på prosessen og et resultat knyttet til innføring av et elektronisk rapporteringssystem:

1. Gjensidige påvirkninger – håndtering av aksept for teknologi som omhandler den sammensatte og omfattende kontaktflate mellom ulike brukere.
Den utilstrekkelige kompetansen til vedkommende som fremskaffer et system, - som administrerer og styrer systemet; - og utilstrekkelig kjennskap til - og øvelse i bruk av systemet kan føre til liten grad av teknologiaksept blant brukerne. Dette medfører at ansatte opplever kontaktflaten og samarbeidet om det nye meldesystemet som komplisert og tidkrevende. Systemet har en forvirrende begrepsterminologi der meldere samtidig må evaluere risiko for hendelsen noe som brukere opplever som vanskelig og tidkrevende.
2. Betydningen av brukerinteresse og brukerinvolvering for å forbedre systemet.
Liten grad av tilbakemelding og brukerengasjement fører til få forbedringer og endringer i systemdesign. Mangel på feedback fra ansvarlig personell blir oppfattet som utilstrekkelig kommunikasjon angående hvordan rapporter blir benyttet på så vel som hvordan systemet bidrar til de nåværende rapporteringsrutinene.
Organisasjonens involvering gjennom implementeringsprosessen ble karakterisert som svak.
3. Sammenheng mellom forventning til og inntrykk av systemet

Positive forventninger til systemet ved oppstart som ikke blir tidlig ikke innfridd, medfører at en negativ systemforståelse. Synkende grad av feedback fra brukerne, samt misnøye med utilstrekkelig øvelse i bruk og sviktende ressurser bidrar til dette.

4. Negativ innflytelse fra ledelsen på de ansattes holdninger til systemet.
Ansatte fikk negative holdninger til implementeringen av systemet grunnet utilstrekkelig systemkompetanse hos administrasjon og ledelse. Fokus på effektivitet kombinert med minimumsbemanning var et annet forhold. Det ble dannet prosjektgrupper, men uten å bevilge tilstrekkelige ressurser. Det eksisterte en mangel på prosjektforståelse blant de ansvarlige lederne, samt en overdreven tillit til såkalte ”superbrukere” når det i utgangspunktet var mangel på arbeidskraft samt mangel på ressurser tilgjengelig for opplæring.
5. Ledelsens positive innflytelse på holdning til systemet.
Omstendigheter omkring valg av system med tidlig involvering av administrasjon og ledelse resulterer i et positivt inntrykk av systemet.
6. Svakheten i tilbakemeldingssystemet
Et tilbakemeldingssystem som ikke fungerte og svakt engasjement fra ledelsen førte til lite feedback, svak kommunikasjon innen organisasjonen og med påfølgende likegyldighet til systemet.
7. En rapporteringskultur som fungerte dårlig resulterte i dårlige retningslinjer for å rapportere med mangel på øvelse, fravær av rapporteringsansvar og mangel på feedback. Ledelsens begrensede innsats, samt helsepersonells opplevelse av personlig og individuelt ansvar ble kombinert med krav om effektivitet noe som la bånd på helsepersonellens tid til systemet.
8. Betydningen av ressurser og tid for rapportskrivning.
Mangel på tid og personell resulterte i en lav frekvens av rapporterte uønskede hendelser.

Ut fra disse forholdene kommer det tydelig frem at tidlig bevissthet og identifisering av påvirkningsfaktorer som kan forekomme under prosessen når en organisasjon innfører ny teknologi eller system kan bidra til å rette opp mulige negative innvirkninger og styrke de positive sidene. Av de åtte empiriske interaksjonene beskrevet over hadde seks av dem en negativ virkning som bidro til at implementeringen av systemet gikk dårlig:

- Kunnskap og erfaringer hos brukere av teknologien og aksept for den.
- Tilbakemelding og brukerdeltagelse
- Tid og bemanning innvirker på frekvens av rapportering av uønskede hendelser.
- Tilbakemelding og kommunikasjon fra ledelsen
- Rapporteringskulturens innvirkning på rapporteringslinjer, rapporteringsansvar og tilbakemelding.
- Arbeidstid og ansattes innvirkning på hyppigheten av rapportering av uønskede hendelser.

Gjennom identifisering av menneske, teknologi og organisasjon (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.

Fitzgerald et.al.(2011) har på tre sykehus gjort en kvantitativ studie av irske sykepleieres oppfatning av uønskede hendelser og deres rapportering med en responsrate på 70%. . Studien fokuserte på sykepleieres oppfatning av rapportering av uønskede hendelser. Videre om organisatoriske faktorer influerte rapporteringen, og om det forekom sosiodemografiske variabler som hadde effekt på rapporteringen av uønskede hendelser. Fitzgerald et.al mener at helsearbeidere som søker å utføre sikker og god pasientbehandling og kontinuerlig utvikler forbedringer ved å identifisere faktorer og årsaker som medfører uønskede hendelser, bidrar til å forbedre pasientsikkerheten. I Irland ble det innført et nasjonalt elektronisk rapporteringssystem i 2004. Underrapportering er et faktum som er påvist fra tidligere studier (Vincent et al

1999). Mange tidligere studier påviser at rapportering av uønskede hendelser ikke blir gjort så lenge hendelser ikke påførte pasienten skade. Andre forskere har påvist psykologiske faktorer som engstelse, skam, skyld og frykt for hevn og gjengjeldelse. (Vincent et al, 1999) Andre studier viser utfall med anklager med represalier og påfølgende tap av profesjonell troverdighet. (Chappy, 2006) Studien dokumenterte sykepleiers engasjement og vilje til å rapportere uønskede hendelser på alle tre sykehus som var involvert i studiet. Dette til tross for at 90% av dem opplevde mangel på respons på en meldt hendelse og at dette påvirket deres engasjement til å rapportere. Studien viser at rapportering av uønskede hendelser ikke vil utvikle seg positivt, og at sykepleiere ikke blir motivert til å melde uønskede hendelser når de ikke opplever å få respons.

Undersøkelsen viste videre at sykepleierne ikke hadde fått god opplæring i systemet og at dette fungerte som en barriere for bruk av systemet. Andre mente at systemet var svært tungvint i bruk kombinert med en travel arbeidssituasjon med mange arbeidsoppgaver noe som representerte en ytterligere barriere. Det ble ikke identifisert at frykt for represalier var en barriere for å rapportere uønskede hendelser. Forfatterne konkluderer med at organisasjonsledelsen må tilrettelegge for mer formålstjenelig opplæring i elektronisk rapporteringssystem. Videre må ledelsen gi rask tilbakemelding på en rapportert hendelse. Ledelsen må gjennomgå og forbedre eksisterende system for å forenkle ansattes rapportering av uønskede hendelser.

Det er med andre ord et organisatorisk og lederansvar å legge til rette for at ansatte skal rapportere uønskede hendelser ved å gi dem formålstjenelig opplæring i systemet. Videre evaluere og videreutvikle systemet for å tilpasse ansattes behov. Sist men ikke minst at ansatte som rapporterer uønskede hendelser må få respons.

Waring(2005) har i en kvalitativ studie basert på 28 intervjuer av leger med spesialistkompetanse studert hvordan leger har forskjellige holdninger mot å rapportere uønskede hendelser i helseomsorg med spesiell fokus på de begrensende faktorer eller barrierer for å ville delta. Studien viser at det er motvilje mot rapportering av for eksempel hvem er den skyldige. Resultat av studiet peker på at skyldspørsmål er en hindring for å rapportere uønskede hendelser, men det påpekes også andre viktige

faktorer som innvirker på rapportering. Det var alminnelig akseptert av leger at noen feil er umulig å unngå og potensielt umulige å rette opp, og at rapportering av uønskede hendelser etter deres mening var uten hensikt. Legene var imot slik rapportering ut i fra en følelse av unyttig byråkrati og unødvendige administrative oppgaver. Legene var også bekymret for den økende faren for at avdelingsledere og administrativt personell som ikke hadde medisinsk erfaring skulle engasjere seg i styringen av medisinsk kvalitet gjennom bruk av rapporterte data. Skyldspørsmål er en annen alvorlig hindring for å rapportere uønskede hendelser. Studien hevdet at folk er motvillige til åpenhet rundt erfaringer med feil på grunn av en følelse av at de kan bli anklaget for feil og bli holdt personlig ansvarlig og eventuelt bli straffet. Dette blir ansett som en stor hindring for at leger skal rapportere uønskede hendelser. For å bryte ned syklusen omkring ”skyld” kan bli gjort gjennom praktiske tiltak som for eksempel aidentifisering av rapporter for å beskytte ansatte og ”whistle-blowers” fra represalier åpne opp for en meningsfull feedback som kan rette søkelys på hensikten med rapportering av uønskede hendelser. Til tross for at dette er velkjent i litteraturen er det viktig å rette dette inn mot helsekultur og spesielt den medisinske profesjonskultur. Studie av skyld og rapportering av uønskede hendelser peker på andre dyptliggende og langvarige kulturelle sider av helsevesenet som har stor innflytelse på muligheten til å innvirke på praksis. Spesielt har andre studier vist hvordan den medisinske profesjon kjennetegnes av en lukket kultur som forbyr åpenhet. Sammenhengen mellom profesjonell styring og kollegialitet er tungtveiende den medisinske rapportering. Det viktigste for graden av suksess for øket medisinsk rapportering synes å være avhengig av at det dannes en rettferdig og rimelig kultur som kan motvirke faren for skyldspørsmål og heller underbygge retning mot større åpenhet (Waring, 2005).

Kingston, et al. (2004) foretok en kvalitativ studie i Australia med sykepleiere og leger fra flere avdelinger. Hensikten med studien var å identifisere forskjell mellom sykepleieres og legers holdning til å rapportere uønskede hendelser. Sykehusets rapporteringssystem var ikke anonymt. Det er kjent at leger og sykepleiere rapporterer uønskede hendelser ulikt har ulike motivasjonsfaktorer. Funn fra studien bekreftet at sykepleierne rapporterer mer regelmessig enn legene. Legene hadde en tendens til å holde uheldige hendelser ”internt” på grunn av lojalitet til kollegaer og at en

”whistleblower” var uetisk og lite støttende. Leger fryktet mest eksterne represalier utenom organisasjonen. Det ble nevnt at sykepleierne på grunn av liten autoritet måtte ty til rapportering som den eneste måte å forbedre situasjonen på. Legene mener at når de ser et problem så tar de dette opp med vedkommende det gjelder og slipper alt papirarbeidet. Sykepleierne oppga også at det var vanskelig å rapportere en hendelse forårsaket av en kollega med følelse av å være illojal, men motivasjonen for å rapportere var først og fremst for å dekke sin egen uskyld. Sykepleiere var mest engstelig for interne represalier. Informantene oppga følelser av skyld og engstelse i kjølvannet av å ha meldt hendelse med følelser ”hva skjer nå?”, utpekelse av syndebukk osv. Man opplevde frustrasjon over at det nåværende systemet ga lite eller ingen respons på meldt hendelse. Respons på rapporterte hendelser er en motiverende faktor for å fortsette rapporteringsarbeidet som ellers kan oppleves som bortkastet tid i en travel arbeidssituasjon. Informantene mente videre at arbeidet med å rapportere burde vært forenklet slik at tidsbruk til rapportering kunne reduseres. Kunnskap og åpenhet om prosessen burde ha vært større og informantene mente det hadde vært bedre om rapporteringen var anonym da mange fryktet represalier i etterkant.

Karsh, et.al. (2006) har studert hvilke hindringer og hva slags tiltak som kan brukes som basis for tilrettelegging av et rapporteringssystem for uønskede hendelser i helsevesenet. De har utført en studie med to fokusgrupper bestående av leger og kliniske assistenter over en 9 måneders periode med totalt 16 gruppemøter med forskjellige tema. Deltakerne var enige om at den viktigste hensikten med et system var til å kunne lede og styre utviklingen av en bevisst strategi for å unngå uønskede hendelser. På samme måte så deltakerne for seg et system som skaffet til veie informasjon som ville lette personlig utvikling og utdanning ikke bare for dem, men for pasienten, ledelsen og for utenforstående. Som en motiverende faktor beskriver deltakerne flere trekk ved systemet som for eksempel en mekanisme for feedback. Spesielt var det viktig at de som rapporterte uønskede hendelser som oppstod og endringer som ble gjort også fikk feedback hvert kvartal eller en gang i året som en oppsummering som kunne sette lys på de uønskede hendelsene som hyppigst forekom. Deltakerne foretrakk et system uten behov for en lang rapporteringsprosedyre. Hovedsaklig fordi deltakerne følte at uønskede hendelser inntreffer i de travleste periodene

som gjorde det kritisk å bruke tid på rapportering i tillegg. Deltakerne var enige om at tiden for en rapport ikke burde overstige 5 minutter. Men de mente også at det burde være mulig å gi tilstrekkelig informasjon i løpet av 2 minutter. De begrunnet dette med at hvis rapportene ble for lange blir det ikke gjort. Nesten hendelser blir ikke rapportert tilstrekkelig på grunn av at det ikke fikk nevneverdige konsekvenser.

Det var også av stor betydning at deltakerne kunne stole på at konfidensialitet ble ivaretatt. Ikke minst fordi det ble pekt på fare ved misbruk med eventuelle lovbrudd med erstatningssaker som konsekvens.

Det engelske helsedepartementet utarbeidet i 2000 en analyse om forhold som måtte være til stede for å forbedre området "læring av uønskede hendelser", og følgende områder ble fremhevet:

- Samlet mekanisme for å rapportere og analysere uønskede hendelser
- En åpen kultur der feil og avvik kan bli rapportert og analysert/diskutert
- Mekanismer som sikrer at det en har lært blir identifisert, og at endringer på bakgrunn av dette blir satt ut i praksis.
- Sette større pris på verdien av systemtilnærmingen i forebygging, analysering og læring av feil. (Donaldson, et al 2000)

Røstøen (2005) har i sin masteroppgave gjort en kvalitativ studie med leger og sykepleiere som informanter med tema feil, avvikshåndtering og læring knyttet opp mot hovedområdene til den britiske rapporten for å belyse om et sykehus lærer noe av uønskede hendelser. Resultatene av undersøkelsen viste en blandet oppfatning med hensyn til oppfordring til å melde om feil og avvik. Sykepleiere rapporterer mer enn legene og det ble ikke identifisert noen samlet mekanisme for å rapportere og analysere uønskede hendelser. I forhold til kultur for å snakke om feil og avvik opplevde informanter at det er åpenhet for å snakke om feil og avvik. Likevel virket det ikke som om det var en gjennomgående kultur for dette, ettersom noen mente at diskusjoner omkring feil og avvik ble bagatellisert og noen nevnte vanskeligheter med å snakke om egne feil og avvik. Samtidig ble det etterlyst en større åpenhet rundt feil og avvik som en kilde til å styrke arbeidet med rapportering. Med hensyn til området læring og endring og mekanismer som bidrar til dette var kommunikasjon med kollegaer,

morgenmøter, avdelingsmøter nevnt som et område som også opplevdes uformelt. Heller ikke her fant Røstøen noen samlet mekanisme som sikrer at det en har lært blir identifisert og at endringer blir satt ut i praksis, men heller at endringer skjer spontant og ut fra nødvendighet. Røstøen finner ikke at læring, analysering, forebygging og læring av feil har noen samlet mekanisme på sykehuset slik den britiske rapporten anbefaler. (Røstøen, 2005)

2.3. Læring

Tanken bak rapportering av uønskede hendelser er å lære av fortidens feil og hindre at det skjer igjen. (Hjort, 2011, s. 115)

Det er dermed hensiktsmessig å se på viktige faktorer som kan forklare hva organisatorisk læring innebærer.

Filstad (2010) mener at i begrepet lærende organisasjoner er bidraget hva som skaper endringsvillige organisasjoner. Innenfor en sosial og kulturell tilnærming forstås læring som integrert i praksis og hverdagen i organisasjonen.

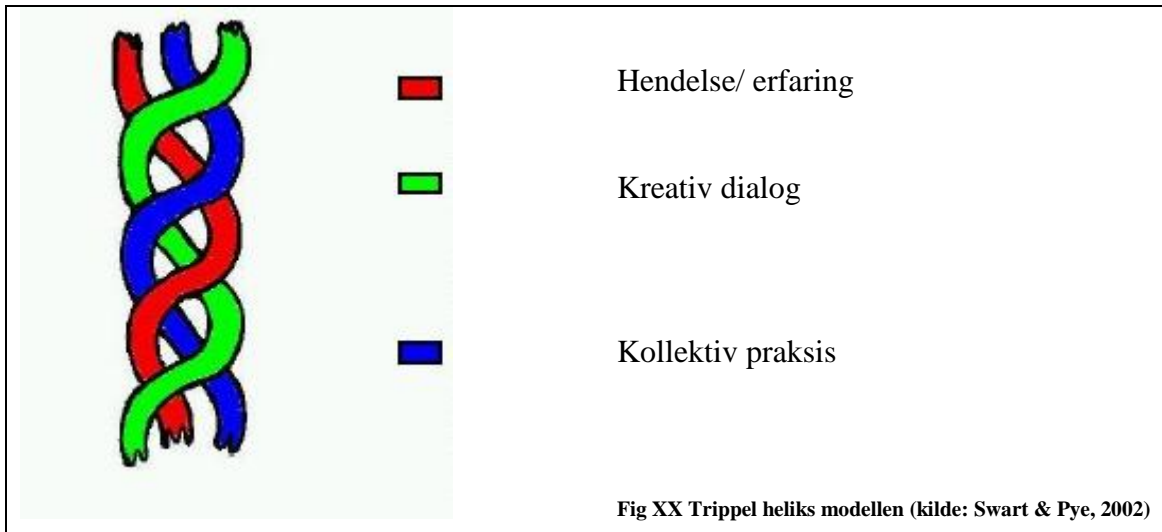
- Deltakerperspektivet: læring i organisasjoner som en del av hverdagen med deltakelse og utvikling av kunnskap som er forankret i praksis.
- Tilegningsperspektivet: læring er tilegnelse av kunnskap. Dette perspektivet på læring har vært det mest dominerende.

Hovedskillet mellom de to perspektivene er læring som individuell prosess eller læring gjennom deltakelse i praksis i organisasjonen. Filstad mener vi må fokusere både på hva individet lærer og hvordan kunnskap deles og utvikles som kompetanse når kolleger jobber sammen med praktiske arbeidsoppgaver. Men en kan ikke uten videre kombinere de to perspektivene og si at læring er både individuell og situasjonsavhengig gjennom deltakelse og praksis. De to perspektivene innebærer forskjellige tilnærminger til hva som er de viktigste faktorene for å forstå ”organisasjonslæring”. Med dette menes at analyseenheten for læring innenfor et ”tilegnelsesperspektiv” vil være individet og

kartlegging av individuell kunnskap. I ”Deltakerperspektivet” derimot vil analyseenheten være sosiale relasjoner og hvordan kunnskap er forankret som kompetanse i sosial praksis. Å forstå organisasjonslæring innebærer å forstå de ulike perspektivene og tilnærmingene. Dette fordi perspektivet sier mye om hva som anses som viktig i organisasjonslæringen, og hva slags forståelse man legger til grunn for å forstå læringen. (Filstad, 2010, s 24)

Filstad mener at organisasjonslæring må forstås som en kombinasjon av individuell, kollektiv og organisatorisk læring. Organisasjonslæring skjer først og fremst gjennom praksis og deltakelse på arbeid og er et spørsmål om å delta og å tilhøre sosiale felleskap og arbeidsgrupper. Individuell læring må derfor forstås i relasjon til deltakelse og praksis, heller enn at individet og organisasjonen behandles atskilt. Vi vet at individuell læring er en forutsetning for organisasjonslæring fordi individet er deltaker i praksis på arbeidsplassen. Organisasjonslæring må i større grad forstås som kontinuerlige prosesser gjennom praktisk arbeid. (Filstad, 2010, s. 22)

Swart&Pye(2003) har utviklet en modell Trippel Helix (figur 1) som illustrerer organisatorisk læring. Det skilles her mellom eksplisitt og taus kunnskap i organisasjoner. Den eksplisitte kunnskapen er kunnskap som kan gjengis i tekstform som dokumenter, prosedyrer osv. Det er en kunnskap som kan samles, lagres og distribueres. Taus kunnskap derimot er ikke kodifisert, vanskelig å bare skrive ned eller fortelle. Denne kunnskapen tilegnes gjennom erfaring og personlige opplevelser og representerer ikke den formelle kunnskap som for eksempel utdanning. Denne kunnskapen er ervervet gjennom individets arbeidserfaring i organisasjonen, en kan si at individet lærer av organisasjonen og kan også lære til organisasjonen og dette kan bli tydelig eller mer effektivt gjennom kollektiv dialog og faglig refleksjon som etter forfatterens mening er det mest sentrale i forhold til organisatorisk læring. En kan si at eksplisitt og taus kunnskap kan skilles begrepsmessig, men i praksis vil de være gjensidig avhengig av hverandre og hvor det ene er avhengig av det andre og dermed mer eller mindre likeverdige. Trippel Helix modellen har tre tråder som uttrykker: erfaring, kreativ dialog og kollektiv praksis. For å få til vellykket organisatorisk læring kan disse områdene ikke utelukke hverandre.



- Situasjon/erfaring: inkluderer individuell kunnskap relatert til en spesifikk situasjon eller en erfaring. Denne kunnskapen trenger ikke nødvendigvis å være klar og tydelig. Det vil for eksempel finnes mange forskjellige beskrivelser relatert til en gitt situasjon eller erfaring, og disse vil variere fra person til person.
- Kreativ dialog inkluderer en aktiv refleksjon av forskjellige beskrivelser av situasjoner eller erfaringer, enten individuelt eller kollektivt. I kollektive prosesser er det viktig å samle representanter med forskjellige perspektiver.
- Kollektiv praksis inkluderer oppfølging av aspektene fra den kreative dialogen. Det innebærer endring av hvert individs og/eller fellesskapets praksis relatert til forskjellige situasjoner eller erfaringer.

Samspeillet mellom disse faktorene er det essensielle for at fornyelse av organisasjonen skal være til stede. Når refleksjon pågår individuelt og kollektivt inkluderes hele organisasjonen som Trippel Heliks illustrerer og integrerer kategorier av kunnskap eksplisitt og taus relatert til situasjoner på forskjellige nivåer i organisatorisk læring som en kontinuerlig prosess. På denne måten mener forfatterne at aktørene i en organisasjon

utvikler relasjoner med hverandre og interagerer med hverandre og delvis adapterer hverandres rolle. Swart/Pye, 2003)

Wahlgren (2002, i Filstad, 2010) omtaler refleksjon i forhold til læring som en prosess som krever en grundig vurdering av den kunnskap, tro, antagelser, handlinger og prosesser som påvirker vår atferd. Refleksjon er dermed avgjørende for å forstå egne erfaringer. På denne måten er refleksjon fundamentalt i forbindelse med læring på arbeidsplassen. Dette fordi refleksjonen representerer den kognitive prosessen som mange læringsteoretikere vil hevde sikrer at læringsprosesser kvalifiserer som nødvendig kompetanse. (Wahlgren, 2002, i Filstad, s 66) Høystrup mener at refleksjonsbegrepet spenner over et bredt spekter med to ytterpoler. Det individuelle på den ene polen er de personlige tankene som representerer refleksjon. Disse er ikke nødvendigvis satt ord på, men kan eksistere i bevisstheten som bilder og intuisjoner. Den andre polen, den kollektive er refleksjoner i sosiale sammenhenger som en kollektiv aktivitet. Det vil si at man reflekterer sammen om en felles sak som grunnlag for felles handlinger. Høystrup (2004, i Filstad, 2010) mener det har betydning å konkretisere hva refleksjon er i erfaringslæring og hva som kjennetegner refleksjonsprosessene og har delt begrepet inn i 5 deler:

2. ”Refleksjon innebærer å etablere distanse til erfaringer for å lære av dem.”
3. ”Refleksjon innebærer å bearbeide og skape sammenheng mellom forskjellige typer av kunnskap som møtes. ”
4. ”Refleksjon innebærer validering av erfaringer.”
5. ”Refleksjon innebærer undersøkelse av premisser. ”
6. ”Refleksjon innebærer organisatorisk praksis.”

Høystrup (2004, i Filstad 2010, s 74)

Hvis en ser på utvikling og evaluering av lærende organisasjoner kan en se at det finnes barrierer for refleksjon i mange arbeidsmiljøer. Det kan eksistere barrierer mot refleksjon i form av nødvendig tid, en annen kan være manglende kompetanse der man vurderer det som lettere og mer effektivt å gjøre noe ”som man alltid har gjort” – til tross for at dette ikke er til det beste for organisasjonen. En tredje barriere kan være mangel

på læringsforum og læringsstrukturer fordi ledelsen ikke belønner læring og det ikke er noen læringskultur i organisasjonen Preskill og Torres (1999, i Filstad 2010, s 70)

Sterke gruppenormer kan hindre en gruppe i å lære av sine handlinger. Alle grupper utvikler spesielle måter å tenke på. I de aller fleste tilfeller vil en gruppe over tid utvikle en viss konformitet. Folk som arbeider tett sammen utvikler samme måter å se verden på, samme normer og verdier. Når gruppen utsettes for trusler, en stimuli som antyder at det man har gjort eller ment er feil eller lite effektivt, ser man ofte at gruppen reagerer med motstand mot disse nye og truende stimuliene. Janis (1972, i Jacobsen og Thorsvik 2002) påpeker flere symptomer ved sterke gruppekulturer som virker hemmende på læring. For det første føler gruppen seg ofte usårbar. ”Det er utenkelig at vi kan gjøre feil”, er en vanlig reaksjon. Dette fører ofte til at gruppen tar større risikoer enn den burde, utvikler en egen form for rasjonalisering, det vil si at alle advarsler blir møtt med en spesiell type logikk der advarsler blir ignorert. I enkelte tilfeller føler også gruppen at det den foretar seg er det eneste moralske riktige, og alle som mener noe annet blir sett på som fiender. I tillegg er det internt i gruppen et sterkt press i retning av enstemmighet. Alle disse mekanismene medvirker til at gruppen blir ute av stand til å fange opp nye signaler. I stedet for å lære av sine feil setter gruppen inn stadig mer ressurser for å bevise at den tross alt hadde rett, selv lenge etter at omverden har ”bevist” at gruppens handlinger var feil Janis (1972, i Jacobsen/Thorsvik, 2002, s 343) .

2.4. En oversikt over forhold som påvirker rapportering av uønskede hendelser

Jeg har her samlet de vesentlige hovedtrekk fra innholdet av teori og empiri satt inn i en tabell som viser følgende:

Tabell 1:

Empiriske forhold	Teoretiske forhold
- Ny teknologi fordrer tilfredstillende opplæring av ansatte	- Læring som integrert i praksis og hverdag i organisasjonen - Deltakerperspektivet- sosiale

Empiriske forhold	Teoretiske forhold
<ul style="list-style-type: none"> - Teknologi må være brukervennlig - Ledelsesengasjement - Ressurser/tid til å rapportere uønskede hendelser. - Engstelse for å rapportere kollegaer å bli oppfattet som en tyster - Skyld og skam - Betydning av rask respons på rapporterte hendelser - Konfidensialitet 	<ul style="list-style-type: none"> relasjoner, kunnskap er forankret som kompetanse i sosial praksis - Tilegnesesperspektivet- individet og kartlegging av individuell kunnskap - Betydning av kontinuerlig samspill mellom individuell kunnskap, kreativ dialog og kollektiv praksis - Refleksjon i forhold til læring - Barrierer mot refleksjon

Forskning og teori viser dette er de vesentlige forhold som påvirker rapportering av uønskede hendelser. Disse forholdene kan brukes som innspill når jeg skal studere ansattes rapportering av uønskede hendelser på et sykehus.

3. Kontekst

Her vil jeg presentere lovverk og offentlige føringer knyttet til rapportering av uønskede hendelser og sykehusorganisasjonen hvor studien er gjennomført.

3.1. Lovverk og offentlige føringer

Helsetilsynet har ansvar for å føre tilsyn med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte og forvalter meldeordningene etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonelloven §17 (lovdata.no).

I forbindelse med helseforetaksreformen i 2002 ble meldeplikten videreført fra sykehusloven til spesialisthelsetjenesteloven §3-3. I følge føringer fra helse- og omsorgsdepartementet er den prinsipielle utfordringen med dagens §3-3 meldeordning at den skal ivareta både læring og tilsynsformål. Både WHO, Europarådet og EU anbefaler meldeordning med læring som formål, uavhengig av sanksjonsmyndigheter. De beskriver videre kjennetegn for vellykkede rapporterings- og læringssystemer med:

- Hendelsene analyseres av en uavhengig instans med tilstrekkelig kompetanse.
- Tilbakemelding bør raskt gis til melder.
- Virksomhetene må være mottakelige for forslagene
- Melder bør ikke kunne straffes på bakgrunn av meldingen
- Konfidensialitet bør ivaretas.

Dagens §3-3 meldeordning anses å ikke være i samsvar med flere av disse prinsippene og regjeringen har dermed vedtatt ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester for å lovfeste kravene til systematisk kvalitets og pasientsikkerhetsarbeid i hele helse- og omsorgstjenesten våren 2012.

(<https://fremtidenshelsetjeneste.regjering.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/>)

Frem til 2012 har Spesialisthelsetjenesteloven pålagt virksomhetene å melde til Helsetilsynet hendelser som har eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Etter

2012 skal hendelsene meldes til Kunnskapssenteret. Helsetilsynet påpeker i årsrapporter om meldeordningen at antall meldinger ikke sier noe om omfanget av meldepliktige hendelser. De påpeker også at den store variasjonen i antall meldinger mellom helseforetak sier mer om meldekultur enn omfang og pasientsikkerhetsnivå. Hensikten med å rapportere uønskede hendelser er at de skal brukes til å analysere årsakene til at hendelsen kunne skje og iverksette tiltak for å forebygge at dette skjer igjen. På bakgrunn av hendelsene kan det utarbeides hendelsesanalyser og risikorapporter som en selv og andre kan lære av.

[\(https://fremtidenshelsetjeneste.regjering.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/\)](https://fremtidenshelsetjeneste.regjering.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/)

3.2. Sykehus

Dette sykehuset er et av fem helseforetak som er eid av et regionalt helseforetak. Helseforetaksreformen ble innført i 2001 og førte til en rekke endringer i sykehusorganisasjonene og flere selvstendige organisasjoner ble slått sammen. Norske sykehus ble delt inn i fire helseregioner. Staten eier de regionale helseforetakene. Hver av dem har et regionalt helseforetak med ansvar for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Sykehuset er en del av spesialisthelsetjenesten og har fire primærområder:

- pasientbehandling
- forskning
- utdanning av helsepersonell
- læring og mestring
-

Sykehuset har 7300 ansatte fordelt på 130 yrkesgrupper. Befolkningsgrunnlaget er 330 000. Sykehuset har utviklet en strategiplan for perioden frem mot 2020.

Begrunnelsen er at man står overfor et utfordringsbilde i endring som blant annet inkluderer demografi, sykdomsbilde og teknologisk utvikling. I tråd med dette utfordringsbildet og helseregionens strategiplan: ”Helse 2020” har sykehuset utarbeidet og beskrevet tiltak som må iverksettes for å kunne møte utfordringene og fortsatt gi befolkningen en trygg og kvalitativ spesialisthelsetjeneste i regionen. Tiltakene skal ses

i sammenheng med tre definerte overordnede målsettinger som ligger til grunn for organisasjonens arbeid. Disse er:

- trygge og nære sykehustjenester
- helhetlig behandling og effektiv ressursbruk
- en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon. (Styringsdokument 2010, Vedtatt i regionalt helseforetak, 03.03.2010, Vedtatt i sykehus, 04.03.2010)

Sykehuset innførte i 2005 et elektronisk rapporteringssystem som et tiltak for å forbedre sikkerheten for pasienter og ansatte. Ved hjelp av systemet håndteres hele risikostyringen elektronisk og skal dermed bidra til synlighet og læring på tvers av enheter, prosjekter og prosesser. Hensikten med innføringen var å fokusere på sikkerhet gjennom forebygging og analyser. Med det tidligere papirbaserte systemet var det liten grad av tilbakemelding både på meldt hendelse og de tiltak som ble iverksatt i forhold til hendelsen. Når systemet er elektronisk var ønsket at vedkommende som har meldt en uønsket hendelse raskt skal få tilbakemelding på sin interne e-post. Synergi er et felles elektronisk system for registrering og behandling av uønskede hendelser der man og på en systematisk måte bruker dette i forbedringsarbeidet.

3.2.1. Kirurgisk – ortopedisk klinikk

Klinikken består av fire kirurgiske og fire ortopediske seksjoner og er en del av kirurgisk divisjon. Total antall ansatte/sengeplasser pr 2012: 790 årsverk , 246 sengeplasser.

Kirurgi

Majoriteten av pasientene kommer inn som øyeblikkelig hjelp – eller hastepasienter, inkludert et stort antall traumepasienter.

Ortopedi

Ortopedisk avdeling behandler pasienter med sykdommer, deformiteter og skader i muskel og skjelettsystemet.

3.2.2. Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk utfører undersøkelser, behandling og pleie av pasienter med etablert eller mistenkt indremedisinsk sykdom. Er underlagt medisinsk divisjon. Total antall ansatte/sengeplasser pr 2012: 769 årsverk og 235 sengeplasser

Når det gjelder prosedyre for å rapportere uønskede hendelser i det elektroniske meldesystemet Synergi kan ansatte på sykehuset logge seg inn på sykehusets hjemmeside med eget passord. Hensikten med å rapportere uønskede hendelser er å sikre at hendelsene blir registrert, rapportert og fulgt opp i henhold til lov og forskrift og som ledd i sykehusets kontinuerlige forbedringsprosess. Prosedyren er generell og gjelder alle uønskede hendelser. (vedlegg 4: Flytskjema for Synergi)

Den definerer avvik/uønsket hendelse som:

Det er en avvikshendelse når et forhold ikke er i overensstemmelse med eksterne lover og forskrifter, eller interne vedtak, prosedyrer, instruksjoner, rutiner og retningslinjer.

Nestenuhell/forhold som kunne ha medført pasientskade, men som ikke gjorde det enten tilfeldigvis eller ved intervensjon i rett tid.

Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for at sykehuset har et system for håndtering av uønskede hendelser, og at dette er implementert.

Klinikk/-stabsdirektør er ansvarlige for at pasientrelaterte avvik/uønskede hendelser blir registrert, årsak analysert og korrigerende og forebyggende tiltak iverksatt innen sitt ansvarsområde.

Ansatte som oppdager eller ser fare for pasientskader, skal umiddelbart iverksette tiltak for å unngå eller begrense skadevirkningene og registrere hendelsen i Synergi.

Registrering, varsling og håndtering av hendelser

- skal registreres i Synergi av den som oppdager forholdet
- Meldingen går automatisk til nærmeste leder eller definert saksfordeler
- Saken behandles på lavest mulig nivå

Årsaken til den uønskede hendelsen skal analyseres og korrigerende og forebyggende tiltak iverksettes.

Pasientskader skal dokumenteres i pasientens journal med henvisning til saksnummer i Synergi. Pasienten skal informeres om hendelsen, hvordan feilen håndteres og gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det er naturlig å dokumentere den uønskede hendelsen i pasientens journal, skal den registreres som pasientskade. (prosedyre, sykehus, Avvikshåndtering: Pasientrelaterte avvik og uønskede hendelser)

En oversikt over antall meldte uønskede hendelser på de to klinikkene i perioden 2007 – 2011. er vist i tabell 3.2

Årstall	Klinikk Kirurgisk/ortopedisk (246 sengeplasser)		Klinikk Medisinsk (235 sengeplasser)	
	Hendelser	H. per s.plass	Hendelser	H. per s.plass
2007	458	1,86	575	2,44
2008	417	1,69	666	2,83
2009	561	2,28	722	3,07
2010	456	1,85	786	3,34
2011	486	1,97	687	2,92
Gj.snitt periode:	1,93 hendelseer per sengeplass		2,92 hendelseer per sengeplass	

Tabell 3.2: Tabellen viser antall rapporterte hendelser for henholdsvis kirurgisk/ortopedisk – og medisinsk klinikk fra årene 2007 til 2011. Jeg har antatt at årsverk og sengeplasser har vært noenlunde stabile for perioden selv om antallet sengeplasser egentlig er faktiske for 2012 alene. Med utgangspunkt i mitt tallmateriale har jeg valgt å regne ut hendelser per sengeplass som en indikator for bruk av rapporteingsystemet. Hovedtendensen viser en i hovedsak stabil rapporteingsfrekvens, men gjennomgående høyere frekvens for medisinsk klinikk som har gjennomsnittelig 51% høyere rapporteringsfrekvens enn kirurgisk/ortopedisk klinikk.

4. Metodologi

Jeg skal i dette kapitlet redegjøre for min konkrete framgangsmåte for å besvare min problemstilling. Jeg vil her redegjøre for hvilket forskningsdesign jeg har valgt, med tilhørende forskningsmetode, det kvalitative forskningsintervjuet samt datainnsamling med utarbeidelse av intervjuguide, utvalg av informanter, intervjusituasjon etc. Videre vil jeg redegjøre for aktuelle forskningsetiske vurderinger, dataanalyse, reliabilitet og validitet i denne studien.

For å finne litteratur om temaet startet jeg med å søke i internasjonale databaser Cinahl og Medline med søkeord: adverse events, hospital, (electronic) reporting system, reporting culture. Her fant jeg forskningslitteratur som ga meg mer kunnskap om tema rapportering av uønskede hendelser på et sykehus.

4.1. Forskningsdesign

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ casestudie med eksplorerende design for å belyse problemstilling og forskningsspørsmål som er ansattes erfaringer og bruk av elektronisk meldesystem over tid. I følge Yin(2009) benyttes case-studie som en forskningsmetode eller strategi i ulike situasjoner for å bidra med kunnskap om eksempelvis organisatoriske prosesser, individuelle grupper og sosiale fenomen. Yin mener at case studier er passende når man har forskningsspørsmål formulert som ”hvordan” og ”hvorfor”, når forskeren ikke behøver å ha kontroll over atferdsvariabler og at fokuset er på hendelser i nåtiden. Formålet er altså å oppnå en helhetlig forståelse av enheten som studeres(Yin, 2009). Jeg har formulert forskningsspørsmål som kan dele opp og avgrense min problemformulering. Her har jeg identifisert relevante hovedtema innen området med tilhørende spørsmål som alle er formulert med spørsmål ”hvordan” og ”hvorfor” og overlater til informantene med egne ord å beskrive sine oppfatninger. På denne måten lar jeg mine informanter selv beskrive sine meninger og erfaringer. Et eksplorerende forskningsdesign brukes når en vil utforske et fenomen som det er lite kunnskap om fra før.(Jacobsen, 2005)

4.2. Det kvalitative forskningsintervjuet

I denne studien benytter jeg meg av det kvalitative forskningsintervju for innsamling av data om ansattes rapportering, erfaring, bruk, barrierer og læring av uønskede hendelser. Kvale(2009) beskriver at det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap og er en av mange kvalitative metoder for å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Å få frem betydningen av folks erfaringer knyttet til rapportering av uønskede hendelser og å avdekke deres opplevelse av dette, forut for vitenskaplige forklaringer, er et mål i denne studien. Forskningsintervjuet innebærer en kultivering av samtaleferdigheter, ferdigheter som de fleste av oss allerede besitter i kraft av evne til å stille spørsmål (Kvale/Brinkmann, 2009, s 21). I denne studien skal jeg undersøke ansattes rapportering av uønskede hendelser og deres erfaringer, bruk og barrierer med et elektronisk meldesystem. Det kvalitative forskningsintervjuet er dermed en egnet metode for å få informantens perspektiv i fokus og dermed gi kunnskap i forhold til min problemstilling. Jeg har med mine forskningsspørsmål identifisert 4 hovedtema som jeg mener er relevante i forhold til min problemstillingen. Under hvert tema har jeg formulert spørsmål som i størst mulig grad skal bidra til at informanten med egne ord forteller om deres oppfatninger og erfaringer tilknyttet elektronisk rapportering av uønskede hendelser. Intervjuguiden med ferdig formulerte spørsmål gir samtalen rammer som er relevante i forhold til min problemstilling, med andre ord mine spørsmål er ikke tilfeldige. De er formulert slik at jeg kan få kunnskap om mine informanter altså ansatte på et sykehus sine erfaringer, bruk og læring av elektronisk rapporteringssystem.

4.3. Utvalg for intervjuguide og gjennomføring

Det ble i 2005 gjort studier på to klinikker på samme sykehus vedrørende rapportering av uønskede hendelser (Røstøen, 2005). Informantene var den gan sykepleiere og leger. Min studie omfatter begge klinikkene med informanter med samme profesjoner. Det ble søkt NSD med prosjektplan og intervjuguide, videre søkte jeg forskningsavdelingen og to klinikker henholdsvis medisinsk og kirurgisk/ortopedisk ved aktuelt sykehus om å få tilgang til å gjennomføre studien. Ved godkjenning av prosjektet på klinikkene fikk jeg samtidig en kontaktperson som skulle hjelpe meg med

utvalg av intervjukandidater. Jeg kontaktet disse personene på e-post og oppga hvorfor jeg tok kontakt og hvisken person som hadde oppgitt navn. Som vedlegg til e-post var informasjonsskriv med informert samtykke skjema. Måtte med få unntak gjenta forespørsel det var stort frafall på listene med begrunnelse travle vakter, sykemeldinger og en del mente de ikke hadde noe å bidra med i forhold til dette tema. Jeg fikk til sammen 10 informanter fra medisinsk og kirurgisk/ortopedisk klinikk. (Tabell 3) Utvalget bestod av tre sykepleiere og to leger fra her klinikk. Disse informantene fikk samme intervjuguide.

Stilling	Alder	Erfaring år
Overlege Medisinsk avdeling	53	28
Assistent lege Medisinsk avdeling	39	12
Avdelingssykepleier Medisinsk avdeling	47	24
Sykepleier Medisinsk avdeling	26	2,5
Sykepleier Medisinsk avdeling	31	3,5
Avdelingsoverlege Kirurgisk avdeling	48	14
Overlege Kirurgisk avdeling	41	14
Avdelingssykepleier kirurgisk avdeling	49	26
Sykepleier kirurgisk avdeling	57	25
Sykepleier kirurgisk avdeling	24	2,5
Gjennomsnitt	41,5	15

Av disse informantene var åtte av ti kvinner. En stor variasjon i erfaring, spesielt blant sykepleiere. Kirurgisk avdeling hadde gjennomsnittlig lengre erfaring enn informanter fra medisinsk avdeling, men leger fra medisinsk avdeling hadde lengre erfaring enn leger fra kirurgisk. Informantene med kort ansiennitet kunne ikke vurdere hvordan forholdene i forhold til rapportering av uønskede hendelser var før innføring av et elektronisk meldesystem.

4.4. Utarbeidelse av intervjuguide

Min hensikt med denne studien var å forsøke å belyse om det elektroniske rapporteringssystemet har hatt innvirkning på ansattes rapportering og læring av uønskede hendelser. Når jeg med min kvalitative metode skal forsøke å belyse temaet har jeg utarbeidet en intervjuguide. Jeg har forsøkt å utarbeide spørsmål som inkluderer tema jeg mener er relevante innenfor problemstillingen og som jeg ønsker mine informanter skal snakke om. Røstøen (2005) gjennomførte en lignende studie ved samme sykehus, intervjuguiden fra denne studien dannet utgangspunkt min tilpasning av spørsmål i intervjuguide. Dette medførte at mine resultater vil bli sammenlignbare fra Røstøens studie. I min intervjuguide har jeg hatt fokus på ansattes erfaringer, bruk, barrierer og læring med et elektronisk rapporteringssystem når de melder avvik og uønskede hendelser og under disse hovedområdene som overordnede tema utarbeidet jeg 25 spørsmål for å utdype informantens erfaringer i forhold til å melde uønskede hendelser med et elektronisk rapporteringssystem. Mine forskningsspørsmål hjalp meg til å operasjonalisere problemstillingen slik at jeg kunne identifisere hovedtemaer. Med hovedtemaer fant jeg det enklere å formulere tilknyttede spørsmål som kunne utfylle temaet videre. Min intervjuguide ble på denne måten semistrukturert og spørsmål var samlet i rekkefølge under sentrale tema og spørsmål omkring min problemstilling se vedlegg (Vedlegg 3) For semistrukturerte intervjuer er det vanlig at intervjuguiden inneholder emner som tas opp i intervjuet og hvilken rekkefølge de skal ha (Kvale/Brinkmann, 2009, s 138). For meg var intervjuguiden også et godt hjelpemiddel for å holde fokus i intervjusituasjonen da en eksplorerende intervjuguide kan bli for åpen. Intervjuguiden ga også mulighet til å stille like spørsmål til informantene slik at materialet var sammenlignbart i analyseprosessen. Intervjuguide med 25 spørsmål innen 4 hovedtema:

- Generelt om uønskede hendelser

Her var det syv spørsmål blant annet om hva informantene var en uønsket hendelse og om hvorfor det skjedde, de ble også spurt om de hadde opplevd å være årsak til en uønsket hendelse.

- Erfaringer og praktisk bruk av elektronisk meldesystem

Her var det åtte spørsmål med tema hva slags opplæring informantene hadde fått og hvordan informantene opplevde bruk av et elektronisk meldessystem. Videre om informantene opplevde at sykehuset mente rapportering av uønskede hendelser var viktig for å få til forbedring og hva slags reaksjoner som kunne forekomme hvis en var åpen om egne og andres uønskede hendelser.

- Barrierer

Her var fem spørsmål om hva slags forhold informantene mente kunne vanskeliggjøre rapportering av uønskede hendelser.

- Læring

Her var fem spørsmål om hvordan informantene utveksler erfaringer, hvilke forum tema som uønskede hendelser. Det ble også stilt spørsmål om hva slags respons informantene opplevde etter å ha rapportert en uønsket hendelse.

Tilslutt var et punkt der informanten kunne trekke frem noe vedkommende mente var spesielt viktig omkring temaet rapportering av uønskede hendelser i et elektronisk meldesystem. (se vedlegg 3)

4.5. Gjennomføring av intervjuer

Jeg avtalte på forhånd med informanten om sted og møtetidspunkt. I mange tilfeller passet det best for informanten å møtes i lokaler de hadde ordnet på egen avdeling. I andre tilfeller reserverte jeg lokaler i egen avdeling som var rolige og uforstyrret av telefoner og annen aktivitet. Ved oppstart hadde vi en del småprat om ”vær og vind”, jeg informerte på ny om studiens formål og deres rett til å avslutte når som helst, min anonymisering og oppbevaring av materiale inkludert signert samtykkeskjema. Jeg opplevde at informantene var oppriktig interessert i temaet, de mente det var viktig og uttrykte ønske om å få lese ferdigstilt masteroppgave. Varighet på intervjuene var fra 30 minutter til en time. Jeg opplevde at intervjusituasjonene fungerte rolig og greit, informantene ble ikke opprørte, men virket engasjert i temaet. Det fungerte også teknisk med bruk av diktafon. Noen forstyrrelser ble det i blant med callinger og telefoner som ringte, men samtalen ble raskt gjenopptatt. Det var en fordel at intervjuguiden var semistrukturert med tanke på samtalens framdrift og fokus, også med tanke på at informanten bruker av sin arbeidstid. Selve intervjusituasjonen foregikk med at jeg

startet med å stille spørsmål fra intervjuguiden som informantene ikke tidligere hadde sett. Måtte ofte gjenta spørsmål da informanten var usikker på hva jeg mente eller på grunn av forstyrrelser fra callinger, telefoner og dermed ikke fikk med seg spørsmålet. Derfor foretrakk en del av informantene å lese opp spørsmålene selv for å forsikre seg om at de forsto spørsmålene noe som førte til mindre gjentakelser og spart tidsbruk.

4.6. Forskningsetiske vurderinger og konfidensialitet

Prosjektet ble meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) i oktober 2011 (vedlegg 2), jeg har videre søkt sykehusets Forskningsavdeling og to klinikker henholdsvis medisinsk og kirurgisk ved aktuelt sykehus. Konfidensialitet i en studie innebærer at man ikke offentliggjør personlige data som kan føre til at informanten kan identifiseres (Kvale, 2009, s 68). Denne studien er i tråd med forskningsetiske retningslinjer, Helsinkideklarasjonen fra 1964 som redegjør for viktige etiske prinsipper som omfatter forskning på mennesker (Malterud, 2011).

Informantene var i forkant informert om studien med informert samtykke (vedlegg 1), noe som er en forutsetning for all forskning som har med mennesker å gjøre (Malterud, 2011). Data ble nedlåst og jeg benyttet meg av privat stasjonær datamaskin med passordbeskyttelse. Mine informanters identitet ble kodet og informantens kjønn ble ikke oppgitt. Ved prosjektets slutt vil all informasjon på både lydbånd og papir bli slettet og makulert.

Jeg er selv ansatt på sykehuset gjennom en årrekke, og har dermed en forforståelse av håndtering av uønskede hendelser på sykehuset med elektronisk meldesystem. På bakgrunn av dette var det derfor av betydning at studiet ble utført på andre klinikker enn der jeg selv er ansatt. Jeg må derfor være oppmerksom på at det er informantens erfaringer som styrer analysen og at denne ikke blir farget av mine egne erfaringer.

4.7. Data analyse

En kvalitativ analyse innebærer å forstå og tolke informantenes beskrivelser for å utvikle mening (Kvale/Brinkmann, 2009). Det transkriberte materialet er det empiriske utgangspunktet for analysen. Jeg har lest gjennom materialet flere ganger for å finne

mening og forståelse, samtidig som jeg har forsøkt å være bevisst min egen forforståelse.

Mitt utgangspunkt for analysen har vært mine forskningsspørsmål:

- Hvilke barrierer er knyttet til en uønsket hendelse?
- Hvilke konsekvenser får ansattes rapportering av uønskede hendelser?
- Hvilke erfaringer har ansatte med håndtering av uønskede hendelser?
- Hvordan kan det elektroniske meldesystemet sikre en dialog som er konstruktiv for læring av uønskede hendelser?

Samtlige av mine informanter har fått samme spørsmål i intervjuguiden (vedlegg 3), disse er ordnet i rekkefølge under temaer som er i henhold til mine forskningsspørsmål. Dette gir meg bedre oversikt over materialet, hver informant har sin identitet eksempel kirurgisk sykepleier 3, med et påfølgende transkribert intervju foretatt i henhold til intervjuguiden.

Jeg leste gjennom det transkriberte materialet fra intervjuer flere ganger og samtlige informanters beskrivelse i rekkefølge i henhold til spørsmålene i intervjuguiden – dette ga meg en oversikt over besvarelsene og informantenes perspektiv i forhold til hverandre. Jeg fikk på denne måten bedre oversikt over materialet jeg hadde til rådighet og oversikt over informantenes vurderinger i forhold til forskjellige tema også med hensyn til likheter og ulikheter. Jeg brukte merkepenn for å markere likheter og ulikheter i besvarelsene.

Funn fra analysen presenteres som et eget tema som med tilhørende kategorier som underavsnitt. Når jeg videre drøfter mine funn i forhold til aktuell teori og forskning vil jeg bruke samme mal og drøfte hovedtema med tilhørende kategorier fortløpende.

4.8. Validitet

Med validitet menes hvorvidt en studie undersøker det den sier den skal undersøke.

(Kvale, 2009) Ingen kunnskap er allmenngyldig, det vil si at den er gjeldene under alle

omstendigheter. Validiteten må overveies i forhold til hva man egentlig har funnet ut (intern validitet) (Malterud 2011). I en kvalitativ studie er det få personer som blir intervjuet og disse kan oppleve sin livsverden på ulike måter. Det er enestående historier som ikke kan generaliseres, men som er viktige funn som bidrar til innsikt og forståelse av informantens situasjon (Kvale, 2009). Et vilkår for gyldighet er at det er ”en rød tråd” mellom problemstillingen som skal belyses og teoriene, metoden og dataene som fører frem til kunnskapen. Det er derfor avgjørende at metoden bestemmes av problemstillingen og ikke omvendt (Malterud, 2011, s 26).

Min problemstilling har et eksplorerende design, det vil si jeg lurer på om sykehusets elektroniske rapporteringssystem har bidratt til å forenkle ansattes rapportering og læring av uønskede hendelser. For å finne ut av dette må jeg spørre hva utvalgte ansatte altså mine frivillige informanter mente om dette ved hjelp av semistrukturerte intervjuguide som danner rammer for vår samtale, det vil si alle fikk de samme spørsmålene og i samme rekkefølge. Dette ga meg data om deres rapportering av uønskede hendelser med et elektronisk meldesystem, videre deres erfaringer og meninger om systemet. Jeg transkriberte intervjuene så nøye som mulig for at informantens meninger skulle gjengis korrekt noe som igjen er en forutsetning for materialets reliabilitet. Sorterte det transkriberte materialet etter profesjon, alder og klinikk og hadde på den måten et sammenligningsgrunnlag ut fra at alle besvarte samme spørsmål i lik rekkefølge og om det videre var forskjeller på meninger/erfaringer ut fra klinikk eller profesjoner. På denne måten har jeg tilstrebet at min studie skal være pålitelige, det vil si at jeg kan besvare problemstillingen med min kvalitative metode som jeg her har redegjort for og resultatene gir meg mer kunnskap om temaet.

5. Resultater/funn

5.1. Uønskede hendelser og årsaker

Her ønsker jeg å beskrive hva ansatte oppfatter som en uønsket hendelse, og om hvorfor de mener det skjer.

Et hyppig eksempel på en uønskede hendelse nevnt av både leger og sykepleiere er feilmedisinering. Her var alle tydelige på hva som ble betegnet som en uønsket hendelse og de mente at kollegaer og ledelse stort sett hadde samme oppfatning på hva som var en uønsket hendelse. På spørsmål om forskjell på komplikasjon og uønsket hendelse var sykepleierne mer usikre. Årsaken til dette tror jeg må være at legeprofesjonen er ansvarlig for å iverksette undersøkelser og behandling ut fra pasientsymtomer og dermed å vurdere komplikasjonsfaren den valgte behandlingen innebærer.

Sykepleiernes oppgaver går på administrering av sengepost, utføring av pleie og omsorg rettet mot pasientens tilstand i situasjonen, med andre ord profesjoner med ulike fokus.

På spørsmål om hvorfor det skjedde uønskede hendelser på sengepostene mente sykepleierene og legene at travle vakter og overbelegg på sengeposten var medvirkende årsak. Fordi dette medførte stort arbeidspress som kan gå på bekostning av oppmerksomheten med konsekvenser som feilmedisinering, manglende observasjoner og galt utførte prosedyrer. En sykepleier(medisinsk) påpekte at ofte var bemanningen for lav på grunn av sykdom blant personalet noe som medførte belastning på personalet som går ut over kommunikasjonen, utførelse av prosedyrer og kan føre til feilmedisinering av pasienter. Kommunikasjon er essensielt i forhold til prosedyrer som krever dobbeltkontroll av utførelse og medisinering. Dårlig kommunikasjon kan derfor relateres til uønskede hendelser.

En avdelingssykepleier(medisinsk) mente at manglende kunnskap og erfaring kunne være en årsak til at det skjedde uønskede hendelser. Nevnte eksempler på at *”mye informasjon på en gang for en nyansatt – og selv om informasjonen var gitt så har ikke vedkommende fordøyd det enda”*.

Hvorfor det skjer uønskede hendelser har noe å gjøre med at man jobber med mennesker – og vi er ikke datamaskiner – så det skjer av og til feil – og det er ikke til å unngå tror jeg. Lege (medisinsk)

Det kan være individuelle årsaker – sånn at det er noen som er mindre oppmerksomme enn andre og noen er mer nøye -. Men så er det organisering i systemet som går på opplæring av nye – viktig med god opplæring så kan en forhindre uønskede hendelser. (Sykepleier medisinsk)

En avdelingssykepleier(kirurgisk) mente at vikarbruk kunne være en årsak til at det oppsto uønskede hendelser. I perioder bruker vi mye vikarer – og de er ikke kjent med våre prosedyrer og rutiner i den grad- med det vil vel kanskje også få et større stressmoment blant de faste ansatte som får en mindre – altså det blir en mindre kontinuitet – det blir mye mer folk inne og jobber – jobber du med kjente folk så vet du hvor ”de andre står” – hver gjør sin jobb – dette er ikke gitt ved vikarbruk.

En lege(kirurg) påpekte at ledelsen ofte forutsetter at ansatte er oppdatert på nye prosedyrer, men på grunn av forskjellige vaktordninger, avspaseringer og så videre -, så blir nok ikke alle informert om det, og derfor er det slik at ikke alle er oppdatert på et hvert tidspunkt -, og pluss at det er etter hvert så komplisert, - det er ikke slik at man kun står et sted i produksjonen.

En annen lege (kirurgisk) mente at vi er alle mennesker som har våre feil og mangler – det er det ene og det andre er at tidvis så er det for høyt press – altså arbeidsbelastningen er for stor – kravene er for høye og sist - men ikke minst så tror jeg at databehandlingen er med på å trekke fokus vekk fra pasienten. Eksempel ved en poliklinisk konsultasjon må jeg registrere pasienten – ser bort fra pasienten og holder på med data. Hvis en går visitt så er det ting en må håndtere som eksempel signere blodprøver og så videre – en blir nærmest opptatt av å få det ”haket av” på bekostning av fokus på pasienten. Så oppmerksomheten blir på den måten forskjøvet til feil sted.

Menneskelig feil og slurv ble påpekt av en annen (lege, medisinsk) og at *man blir litt trett i rutinene eller det er travelhet og tretthet, - stort sett menneskelig feil. Og av og til så kunne det ha vært mer sjekklister altså manglende systemer, men så er det gjerne systemer som ikke er lette i bruk. Alle systemer altså kvalitetsystemer må være veldig, veldig enkle, lett tilgjengelige, enkle sånn at man kan gjøre det med "venstrehånden mens man tenker på noe annet" – etter min mening.*

5.2. Det å forårsake en uønsket hendelse

Samtlige informanter hadde opplevd å gjøre feil i løpet av sin karriere, og de husker også hendelsen i form av hva hvorfor det skjedde. De husker også om hendelsen gikk bra. De trodde dette skjedde de fleste. Ingen visste om det hadde vært rapportert uønskede hendelser knyttet til dem, og mente de i tilfelle ville ha vært informert om hvis de var tilknyttet en uønsket hendelse. Det var kun avdelingssykepleiere og avdelingsoverlege som hadde fått uønskede hendelser knyttet til seg, og de opplevde ikke dette som personlig men som en del av lederansvaret. Å huske en uønsket hendelse, årsaker og konsekvenser forårsaket av dem selv tyder på at det har gjort inntrykk og at de har reflektert over hendelsen.

En sykepleier kirurgisk sa: Det har jeg! Det er vel sånn en husker KRAFTIG! Og det var siste gangen at jeg ga medikament som var dobbelt så sterkt som den skulle ha vært! – men det gikk heldigvis godt!

Ja, hvis du har gått gjennom et liv som kirurg uten å ha vært borti det – så har du i hvert fall ikke selvinnsikt!.(kirurg)

5.3. Elektronisk meldesystem og holdninger

På spørsmål om rapporteringer og holdning til rapportering svarte en lege(medisinsk) *ja det startet som papirmeldingen som lå veldig "lett tilgjengelig" på pulten – så skrev en melding og sendte den inn, men det var alvorlige ting som ble meldt da. Så var det en periode da det kom databasert Synergimelding, og da var det en svær terskel å komme i gang med det, - det å komme seg inn på nettsiden, - var veldig mye som ikke ble meldt –*

rett og slett for det var en stor terskel! Nå handler det mye om tid og forskjellig holdning mellom forskjellige yrkesgrupper tror jeg – om hvor lett en skal melde, det er forskjellig kultur mellom de forskjellige avdelinger og mellom yrkesgruppene – tror jeg.

I startfasen var det veldig redsel blant kollegaer og videre med at rapportering var å hente ”syndebukker”, etter hvert som en begynte å få et bilde av dette at det er først og fremst systemene man primært er ute etter – så har det blitt mer positiv holdning.

(kir.lege)

En lege (kirurg) uttrykte at sånn som jeg opplever det så har det kanskje blitt en lavere terskel for å melde uønskede hendelser i vårt nåværende system. Hvis en skulle melde det før – så vet jeg ikke eksakt hvordan det ble håndtert videre i systemet. Det som jeg synes er positivt er at det har blitt for dem som finner Synergi i dette dataveldet. Synes jeg det er blitt en lavere terskel for å melde noe – fordi det er en etablert måte å melde det på og det skal lav terskel for å melde noe hvis en mener at noe har gått galt – så synes jeg det er positivt. Sånn sett så tror jeg at – i og med at det har blitt mer dagligdags -så har terskelen sunket for å bruke systemet.

En avdelingssykepleier(kirurgisk)mente at holdninger til uønskede hendelser er noe helt annet i dag enn da vedkommende ble ansatt for 25 år tilbake. Opplevde at sykehuset ikke hadde noe formelt system å rapportere uønskede hendelser før det ble elektronisk i 2005. Opplever nå at det er fokus på det å rapportere i Synergi og at terskelen er blitt lavere for å rapportere uønskede hendelser.

Helt i starten da jeg jobbet på sykehuset, så hørte jeg omtrent ikke om avviksmeldinger! Så tror jeg det var et eller annet oppsving på slutten av 90-tallet – så det ble skrevet litt, før det altså midten av 90-tallet kan ikke huske at det ble skrevet så mye – da var det jo papirbasert system! Men jeg vet at en del på den tiden – kvidde seg veldig for å skrive avviksmeldinger fordi de var redde for å rapportere noen.(avd. spl med)

Felles for disse sykepleierne og legene er lang ansiennitet, og i løpet av deres karriere har de opplevd at rapporteringer og holdninger har endret seg. Det er større fokus på å

rapportere en uønsket hendelse nå enn før, dermed har også terskelen til å rapportere sunket. Det finnes en tro på at når rapporteringen er blitt elektronisk så vil det også være en mottaker som behandler saken.

Andre informanter som hadde relativt lav ansiennitet, kunne ikke uttale seg om hvordan rapportering av uønskede hendelser ble håndtert før Synergi, men det som var felles for deres inntrykk var at de ble oppfordret til å rapportere uønskede hendelser og at dette gikk i bølgedaler, med økt rapportering hvis det i perioder ble fokusert på fra ledelsen.

På spørsmål om noen profesjoner eller avdelinger rapporterte mer enn andre svarte de som hadde en formening både sykepleiere og leger: *at det måtte være sykepleiere som rapporterte mest.*

5.4. Informasjon og opplæring

Samtlige informanter var innforstått med at sykehuset ønsker at alle uønskede hendelser skal meldes i det elektroniske rapporteringssystemet Synergi og var innforstått med systemets formål. Sykepleierene mente de ble oppfordret av avdelingssykepleier til å rapportere uønskede hendelser, og sett på som viktig for å forbedre arbeidsforhold slik at uønskede hendelser kunne forebygges. Legene var også innforstått med at sykehuset ønsket at uønskede hendelser skulle rapporteres i Synergi.

På spørsmål om hvem som hadde informert og demonstrert systemet kunne de fleste ikke svare på dette. En lege sa *dette var informasjon som ble gitt på et morgenmøte en gang.* En avdelingssykepleier (kirurgisk) sa at dette er informasjon som blir gitt til nyansatte. Dette ble bekreftet av en sykepleier (medisinsk) – *ja da jeg startet så fikk vi jo litt opplæring i Synergi da, tror det var en del av de punktene som en går igjennom som ny i jobben – en sjekklister. Formålet er jo at det skal registreres feil, - at det kan skje endringer hvis mulig. Slik at en kan være i dialog med ledelsen.* Men en relativt nyansatt sykepleier (kirurgisk) med 2 års ansiennitet sa helt klart *at dette var ikke blitt informert om*, men sykepleieren har funnet fram til systemet på egen hånd. En annen avdelingssykepleier (medisinsk) sa at *Formålet må jo være å forbedre systemet og*

trygge kvaliteten – holde seg til den standarden en ønsker. Det er formidlet informasjon opp gjennom årene. Sykehuset har innført systemet og ansatte har fått med seg informasjon om systemet, men ingen kunne si at det hadde fått opplæring i bruk av systemet, men at de på egen hånd har funnet fram til systemet som befinner seg på sykehusets interne nettsider. En sykepleier (kirurgisk) savnet bedre opplæring av systemet for å kunne bruke det optimalt. For dem som kunne huske innføringen av systemet, en avdelingsoverlege mente det var fokus til å begynne med – med oppfordring til å melde uønskede hendelser, dette mente også en avdelingssykepleier (medisinsk) at til å begynne med så hadde systemet mye fokus, men samtidig litt nedsving da det legges opp et nytt system. Opplever at meldefrekvensen av uønskede hendelser er nokså konstant. En avdelingsykepleier(medisinsk) hadde erfart at ansatte ofte måtte informeres om hva som skulle meldes i Synergi – at ”systemet ikke er personrettet men systemrettet”. Dette hadde medført et inntrykk av at det meldes i Synergi på grunn av at vedkommende ikke våget å si fra til personen det angikk og som hadde gjort feil. Vedkommende mente slike meldinger kunne ha tydelige elementer av mobbing. Kunne tenke seg bedre tilgjengelige retningslinjer om bruk av systemet slik at ansatte brukte verktøyet riktig.

En sykepleier (medisinsk) sa at: *det har alltid vært sagt at vi må melde i Synergi fordi hvis en melder så- og så mye vil en se forbedringer. Med det opplever jeg ikke: - det var en periode da vi ble oppfordret til å skrive alt: - ikke målt blodsukker på pasient med insulininfusjon, - ikke snudd pasient om natten osv. Dette ble det slutt på etter en tid – sannsynligvis fordi det ikke ble fulgt opp av oss på grunn av travel avdeling og dette representerte ekstraarbeid. Jeg orker ikke sitte overtid for å skrive synergi – da jeg allerede må gå overtid for å bli ferdig med mine arbeidsoppgaver. en annen sykepleier sa at ledelsen sier vi må skrive Synergi, men jeg tror nok vi opplever at det kanskje ikke skjer så mye – vi gjør det bare – vi registrerer, - men det skjer ikke noe . Når det etterspørres avviksmeldinger fra ledelsen, skriver ansatte avviksmeldinger, men når de ikke opplever respons på disse avviksmeldingene for å lære noe av situasjonen så kan en spørre seg om ledelsen i det hele tatt forholder seg til rapporterte uønskede hendelser.*

5.5. Brukervennlighet og tilgjengelighet

Da det ble spurt hva slags mening de hadde om brukervennlighet var de fleste enige om at systemet er tungvint, men egentlig forståelig. De opplevde rapporteringen som tidkrevende både å finne frem og logge seg på og å rapportere detaljer om en uønsket hendelse. Dette opplevdes som tidkrevende og dermed mente de fleste at systemet ikke var brukervennlig.

Med unntak:

En avdelingssykepleier (medisinsk) var positiv til brukervennligheten og mente at *for de som er datakyndige – og det er de fleste – så er det greit, og for de som ikke er datakyndige – de er det i grunnen få av da -, så er de andre behjelpelige med å logge på og legge inn melding om uønsket hendelse.*

En lege (medisinsk) *Det har kommet seg etter det fikk en side hvor en ikke skulle ta en ”masse” avgjørelser, så ble det jo bedre. Men den informasjonen er ikke nådd ut til alle ansatte så de tror fortsatt det er komplisert.*

En annen avdelingssykepleier sa: *jeg synes det er tilgjengelig – det ligger på nettet – du kan klikke deg rett inn – når du allerede er pålogget. Men ellers så synes jeg at det tar tid og er komplisert. Man må selvsagt ha en PC tilgjengelig, men man må også ha en plass med litt ro – det har en som regel ikke i vakt.*

En (ung, 24 år) sykepleier (kirurgisk) beskriver hvor tungvint systemet oppleves: *Det er litt sånn at hvis du ikke bruker det hver dag – så må du sette det inn i det på ny hver gang. Jeg tenker det kunne vært mye lettere oppsett. Og at de ekstra tingene som kommer med for eksempel ”kategorier” osv burde ligge på ”avansert” for eksempel, - da hadde det sett mye lettere ut. Bare det når du åpner systemet – så blir en nesten ”overveldet”- så tenker en ”huff!”, dette kommer til å ta tid!! Sånn sett synes jeg det ikke er brukervennlig – alle klarer det jo, men det krever sin tid slik at folk ikke gjør det for små ”bagateller.”*

Det ble spurt om når en uønsket hendelse ble rapportert og da svarte de fleste at de ville rapportere når de hadde tid i vakt. Dette ble begrunnet med at rapporteringen var et tidkrevende gjøremål utenom arbeidsoppgavene og på grunn av det tungvinte systemet krevde rapporteringen sin tid. Noen sa de måtte sitte overtid for å skrive rapporten, mens andre sa de heller ville skrive det dagen etter for å kunne gå av vakt, men de innrømmet at hvis neste dag var like travel så hendte det at det gikk i ”glemmeboken”, forutsatt at hendelsen ikke fikk konsekvenser.

En lege (medisinsk) synes det ikke det er noe problem med tilgjengelig PC, men blir hver gang provosert over at det aldri finnes de emner/kategorier som skal tas opp av programmet.

En lege (kirurg) mente at det var dårlig tilgjengelighet selv om en hadde egen PC. Fordi *du må vite hvor du skal finne det – så sier de: ja- ”bare gå på intranett” OK – intranett – hvor er det henne? nå har jeg startmenyen – hvor skal jeg lete i startmenyen? Hjemmesiden her og hvor videre? – nå har jeg tre ”klikk” og så er det å logge seg på direkte – fire klikk!! Synes dette er en veldig registrering og en stor barriere!!! Husk at mange er folk som har fått dette i fanget når de gjerne er 50+, så gjerne ikke har forutsetninger for å takle det! I dag vokser ungene opp med det – og jeg som er sånn noenlunde midt på treet som har klart å ”henge med.”*

Det finnes et generelt inntrykk av at systemet var tungvint å logge seg på og krever omfattende registrering i bruk. Dette gjorde at de nesten ”gruet” seg for å gå inn og bruke systemet.

En lege(kirurg) med erfaring med behandling av Synergi saker fra avdeling og videre i systemet opplevde behandlingsprosessen som tidkrevende og rigid *”hvis du ikke hadde fylt ut de og manglet litt, så systemet bare ”rejected” – eller ville ikke godta saken. Hvis du har anlegg og tid til det så kan du ”hisse de noe til de grader opp” – fordi du slåss med et system som bare avviser det som du har lagt inn – fordi du ikke har gjort det på den ”rette måten”. Så det var jo litt greit å se – når du skal behandle det videre – at når ting ikke passer sammen – så kommer du ikke videre.*

5.6. Ledelsens rolle

Jeg spurte dem om ledelsens rolle i forhold til rapportering hadde endret seg etter innføring av elektronisk meldesystem. En del av informantene hadde kort ansiennitet og hadde ikke noen formening om endring i ledelsens rolle siden innføring av elektronisk meldesystem. Her mente en lege (kirurg)at:

Det er for dårlig i de ledermøtene som jeg hører til – at meldinger ikke blir tatt opp. Til dels alvorlige – blir ikke tatt opp – det blir mellom kanskje den leder på laveste nivå og den over, men ikke horisontalt. Jeg tror ikke det anses som uviktig, men det er nedprioritert og det er den daglige driften som man har veldig mye fokus på! For eksempel hvordan få nok personell osv. – det er det som har dominert. Det gjelder generelt at HMS ikke akkurat har høyeste prioritet og Synergi ligger på samme nivået.” Ser her at krav om daglig drift går på bekostning av gjennomgang og læring av uønskede hendelser.

Men en annen lege (medisinsk) mente at *et problem finnes ikke organisatorisk før det befinner seg i Synergi. Og det synes jeg blir litt feil, samtidig så sitter vi i en svær, svær organisasjon og klarer ikke å lytte til alle. Ledelsen oppleves som for ”rigid” til å diskutere faktiske forhold ute på avdelingen og etterspør kun Synergi.*

En avdelingssykepleier (kirurgisk) mente at ledelsen ønsker at uønskede hendelser skal rapporteres og formidlet dette videre til ansatte på sengeposten. *men vi hører ikke så mye tilbake, så er det vel kanskje en gjennomgang av og til, men det er vel det vi ønsker - en innføring i hvordan vi kan bruke dette som et klokt verktøy for å kanskje trekke ut noen gode poenger.*

Avdelingsykepleieren savner altså respons og dialog knyttet til rapporterte uønskede hendelser fra sine overordnede.

En sykepleier (kirurgisk) mente at avdelingsleder uttrykket ønske om at det skulle rapporteres uønskede hendelser i Synergi. Det var ikke noe problem å ta opp ting i

forhold til sin leder -vi kan alltid ta opp ting – snakke om ting her mente vedkommende at det var en god tilbakemelding og dialog med nærmeste leder.

5.7. Konsekvenser av åpenhet

Reaksjoner på en uønsket hendelse kunne i følge informanter være skjerpede rutiner og fokus og også avhengig av konsekvenser av hendelsen.

En lege(medisinsk) sa: *tror det ikke er så farlig å være åpen om egne feil – er bare positivt, får vanligvis yngre kollegaer til å slappe litt av – og ”ingen” er perfekte. Jeg har aldri opplevd å få noen formell reprimande for det. Det er selvsagt lettest om det dreier seg om en selv da, men vi er jo veldig forskjellige personer, - noen ville ikke finne på å eksponere egne feil – det er personlighetsavhengig.*

En avdelingssykepleier (kirurgisk) mente at en kunne få reaksjoner som at ”dette er ikke noe å melde!” - det kan bli satt tvil om det du sier og skriver, - og da kan det få negative sanksjoner med at det kan bli ubehagelig for deg å jobbe videre – i ytterste konsekvens! Med det at det er ulike profesjoner – at det blir stilt spørsmål om – eller at det blir sådd tvil om det er riktig – ”hvorfør i all verden skriver du avvik på det?” – det forekommer jo!

Informantene sa det ikke var problem å snakke med kollegaer og nærmeste leder om uønskede hendelser. Ansatte med lengre ansiennitet mente at terskelen til å rapportere og snakke om uønskede hendelser var blitt lavere de siste årene. Noen leger påpekte her at dette sannsynligvis også var personlighetsavhengig, noen ville aldri ha snakket om egne feil, eller avhengig av kultur på avdeling om å være åpne om egne og andres feil. Ellers så mener mange informanter at etter å ha rapportert en uønsket hendelse i det elektroniske meldesystemet så hører de ingenting, ingen respons!

En sykepleier (medisinsk) sier *jeg tror det er viktig å rapportere uønskede hendelser, men altså hvis du melder noe – så får du ikke respons.* en annen avdelingssykepleier (kirurgisk) sa at *jeg må absolutt poengtere at Synergi har en viktig funksjon for å kunne bli bedre. Men jeg synes det er komplisert i bruk og en ser for lite tilbakemeldinger. Vi*

ser her at ansatte nedprioriterer å skrive meldinger på uønskede hendelser i en travel hverdag når man opplever at respons fra organisasjonen uteblir.

Hvis man er åpen – det er noe som med min profesjon er veldig viktig at man er, for uten det så blir det så at alle sammen skal gjenoppleve feilene og når det i flere tilfeller er snakk om liv og død – eller betydelige følgetilstander - så hos oss er det ikke noe problem! Men har merket at når vi har vært sammen med andre profesjoner med annen spesialitet - og vi har tatt dette opp – så har vi sett at det er en mer sånn ”flau holdning”, på en måte for da hører en gjerne at ”er de der noe å stole på?”. Om det er på grunn av at man er flau over at man ikke har en såkalt ”audit” for seg selv eller at man ikke har en sånn kultur. Men man er veldig avhengig av hvordan basisopplæring en har og hvilke åpenhet man har rundt det. Hvis man sitter igjen med at - jo, det var greit nok, - sikkert svikt i systemet-, men det var DU som var årsaken til det – så vil du nok slite med å rapportere! (lege/kirurg) Vedkommende fremhever betydningen av å være åpen for å lære av feil slik at det ikke skjer igjen. Det uttrykkes meninger om forskjellige kulturer for å være åpen om egne feil på forskjellige avdelinger.

5.8. Omstendigheter som vanskeliggjør det å rapportere en uønsket hendelse

Her ble informantene spurt om forhold som hindret rapportering av uønskede hendelser. Her svarte 7 av 10 at lite tid hindrer rapportering av uønskede hendelser. Vaktene er travle og det er lite tid til overs for å skrive meldinger. 8 av 10 mente også at systemet var lite brukervennlig da det er tidkrevende bare det å logge seg på systemet og at en påfølgende tidkrevende registrering kan være en barriere. Ingen opplevde respons etter å ha rapportert en uønsket hendelse.

Travle vakter ble som sagt nevnt av de fleste og å rapportere en uønsket hendelse representerte et ekstra gjøremål i en travel vakt. En sykepleier (medisinsk) sa: *lite resurser, travle dager, - en tenker på kveldsvakten ”jeg skal gjøre det i morgen” – også neste dag er det like kaos – også tenker jeg ”i morgen” – så har en gjerne 5 minutters pause i kaoset – og da tenker jeg at ”nå vil jeg bare ha en pause”- det blir litt sånn –*

også gikk det helt fint! Er det egentlig vits å rapportere det? – så kommer det litt i glemmeboken. Det er travle vakter og mange gjøremål på en sengepost som har overbelegg i forhold til bemanning. Rapportering av uønskede hendelser blir et tidkrevende gjøremål som kanskje må gjøres på overtid. Rapporteringssystemet anses i tillegg som tungvint med mange pålogginger på en ledig PC før hendelsen skal rapporteres fra a til å.

Reaksjoner fra andre involverte kollegaer gjør det vanskelig å rapportere uønskede hendelser. Informantene mente det var greit å rapportere egne feil, men å rapportere andres var ubehagelig, de fleste ville ha snakket med vedkommende som var involvert i hendelsen.

Er den uønskede hendelsen slik at det har betydning for en pasient, - der er nok litt slik – altså jeg forsøker å ta de opp med kollegaen – der og da! Så er vi ferdig med det – på grunn av læringsverdien og tilbakemelding. (lege, kirurg)

En sa: *det er vel en terskel, og så er det å sette seg ned og ta tid til dette da – og det at en ikke vet hva som skjer etterpå. (lege, med.)*

Travelhet tror jeg må være nummer 1, nummer 2 kan nok være andre sine følelser – om du kan ”trække noen på tærne” når du ikke vil det – det har jeg aldri opplevd, men det kan jeg tenke meg kan være et hinder til å gå videre. (sykepleier, kirurgisk)

Det ble spurt om åpen rapportering kunne være en barriere for å rapportere en uønsket hendelse. Dette ble bekreftet av 4 av 10 på grunn av frykt for å stå fram med fullt navn og kunne bli sett på som en ”tyster”. Det å rapportere en uønsket hendelse med fullt navn representerte en frykt for å ”trå noen på tærne” med påfølgende negative reaksjoner i miljøet. Dette ble også oppgitt som en barriere for å rapportere en uønsket hendelser tilknyttet en kollega der man kan ”trække noen på tærne” De fleste ville ha snakket med vedkommende det angikk for å få en dialog og kanskje få vedkommende selv til å rapportere hendelsen. Man eksponerer seg i full offentlighet og en lege påpekte (kirurg) *at det kan være vanskelig alt etter hvor du befinner deg i hierakiet, eksempel*

vanskelig for en assistentlege å rapportere en uønsket hendelse tilknyttet en overlege – så tror jeg det er svært vanskelig. Og da vil jeg heller si det sånn at da er det nok lurene at ass legen snakker med avdelingsoverlegen eller en annen av lederne for å diskutere hvordan en skal gå frem. En som er på samme nivå – så tror jeg det i første omgang er bedre å snakke med vedkommende og eventuelt med lederen for å se hvordan en skal løse det. Fordi det å rapportere noe inn i Synergi kan virke veldig rigid og distanserende. I stedet invitere den som har gjort feil til dialog – så hiver en det i Synergi også trekker en ned rullegardinet og sier ”nå får vi se hvordan det går her – du har gjort feil!” En Synergimelding kan legge lokk på en sak – til den blir behandlet, og så er det ikke sikkert det kommer så mye ut av det når den blir behandlet – og da har en egentlig bare fått en økt avstand mellom to kollegaer – og det er uheldig. Det kan virke splittende.

En lege (medisinsk) sa hvis den er anonym tror jeg du får mer ut av det enn hvis den er åpen på grunn av mindre barrierer. Det kan altså oppleves ubehagelig å rapportere uønskede hendelser med fullt navn på grunn av frykt for negativ oppmerksomhet.

En annen lege (kirurg) sa jeg er mest for en åpen, primært på grunn av at du da har mulighet til å finne ut litt mer detaljer – altså få innspill fra den som har meldt det og – får å få en dialog. Anonym kan det misbrukes – de såkalte ”hevn Synergier”, irritasjon, mobbing etc. jeg kan forstå at noen kan ønske anonym melding – hvis man er redd for at melding kan bli oppfattet som tysteri – og man ser på at straffmulighet – og det dilemmaet er et ledelsesansvar å få gjort noe med, - men man vet jo at konsekvenser av enkelte ting når man ser en feil det kan bety betydelige økonomiske kortsiktige ting, - og når man da har fått ”skjenn” gang på gang at man bruker for mye penger – og her må man se til å... Her beskrives sykehusets krav til effektivitet og økonomiske rammer som også kan bli en barriere for å rapportere uønskede hendelser i det hele tatt og i tillegg stå frem med fullt navn.

En avdelingssykepleier (medisinsk) syntes det var greit den var åpen fordi det er en signatur. Jeg tenker i hvert fall at det kan utvikle seg til sånne mobbetendenser. Og så er det greit med et navn for å lettere kunne avklare ting om hendelsen. Når

rapporteringen er åpen er det mulighet for en dialog om hendelsen og vedkommende tenker at anonyme rapporteringer kan lett bli personlige og kunne brukes for mobbing.

Anonym synes jeg ikke den bør være, men det bør heller ikke være åpen slik at alle og enhver kan se det. Jeg synes selvfølgelig at den overordnede bør vite det. Og da behandler den overordnede det i det forumet/kvalitetsrådet, og der trenger ikke navnet å komme frem. Men lederene må vite hvem det er selvfølgelig – får å kunne snakke med vedkommende for mer utfyllende opplysninger om saken. (kirurg) Vedkommende ønsker altså åpen rapportering slik at saken kan diskuteres med vedkommende som rapporterte hendelsen for å forstå hvorfor det hendte og lære av det som skjedde med andre ord ha en dialog for læring av hendelsen.

De fleste trodde ikke at avviksmeldinger kunne brukes til mobbing, spesielt når de er åpne. En avdelingssykepleier (kirurgisk) mente *det kan det helt sikkert, men da må en fange opp – man må gå tilbake til dem som lager disse – altså et personalproblem*”

En lege(kirurgisk) mente om dette at *hvis det er dårlig lederskap og det er konflikter innad så er det klart at det kan brukes til mobbing, det er bare et spørsmål om vinkling, ”all kreativitet til det ondes tjeneste er ikke noe problem”*.

5.9. Læring

Informantene oppga at de opplevde en kontinuerlig muntlig dialog med kollegaer vedrørende den konkrete arbeidspraksis. Dette var spontant og hvor som helst på skyllerommet, på vaktrommet i lunsjpausen osv. Mer formelle sammenkomster for rapportering og utveksling av erfaringer foregikk i vaktskifte med rapport på morgenmøter, med rapport, personalmøter, avdelingsmøter og tverrfaglig kommunikasjon rundt pasienten. De mente at de fikk respons på rapporterte uønskede hendelser lang tid i etterkant eller ikke i det hele tatt, og opplevde dermed ikke at det elektroniske meldesystemet sikret dialog om en uønsket hendelse.

En sykepleier(medisinsk)sa erfaring i forhold til - alt mulig, føler at vi jobber så tett sammen – vi har felles rapport midt på dagen- er det noe så snakker vi om ting. Ja deler erfaringer og kommer med innspill på den måten egentlig- om det er noe en lurere på – det er veldig greit egentlig – ta opp problemer og få hjelp egentlig – synes jeg. Så når vi har denne rapporten midt på dagen – så får du jo – hvis det er noe du lurere på – ellers så er det lavterskel – hvis det er noe du lurere på - å spørre – det synes jeg!

Utveksling av erfaringer – det foregår på morgenmøter. Det foregår ikke via Synergi.
(Kirurg)

En annen lege mente at det går muntlig. Setter ikke noe på et nivå – det går muntlig.

Vedrørende forum for tema pasientsikkerhet og uønskede hendelser var like gjerne spontant og muntlig, men ved spesielle hendelser ble dette tatt opp på morgenmøter, fagmøter, personalmøter seksjons- og avdelingsmøter. Disse møteforumene var mer formelle og holdes med jevne intervaller.

En kirurg sa: Da er det sånn at jeg er på en seksjon – og der har vi seksjonsmøter, der diskuterer vi gjerne vanskelige ting – vanskelige pasienter. Sånne møter har en nesten hver morgen – og i tillegg så har en seksjonsmøter en gang i uken der konkrete problemstillinger i seksjonen kan bli tatt opp. Sånn at – det samme gjelder hele avdelingen – der har vi undervisningsmøter på en fast ukedag- av og til har vi det som vi kaller komplikasjonsmøter – og der tar vi opp pasienter det har gått galt med. Der kommer den overgangen om det er en komplikasjon eller uønsket hendelse. Men uansett – ting som har vært ubehagelig eller vanskelig i forhold til pasienter kan tas fram i det møtet så kan det diskuteres i plenum. Ellers så er det kanskje litt ansikt til ansikt, altså leder og den som har gjort feil. Her er det faglig dialog satt i system og forum til å diskutere komplikasjoner og uønskede hendelser for å finne årsaker og lære av hendelsen, men det kan kanskje være tilfeldig om hendelsen blir tatt opp, dette kommer også an på om vedkommende som har forårsaket en uønsket hendelse er åpen om hendelsen slik at avdelingen kan lære av dette.

En kirurg sa: *Ikke skriv Synergi på sånn bagateller, - da vil jeg heller si: gå å snakk med vedkommende som det gjelder. For ellers så blir det bare ekstra heft, - jeg tror det øker avstanden til den det gjelder ved å legge inn en feilmelding. Det kan lage dårlig klima i avdelingen – som er stemplet feil ved en Synergi – i stedet for å snakke med vedkommende der det kan bli en dialog og en kan komme styrket ut av det – læring!*

Her påpeker vedkommende at bare en Synergimelding vanskeliggjør læring av en hendelse da det distanserer problemet og dermed vanskeliggjør mulighet for læring av hendelsen. Kirurgen fremhever betydningen av en direkte dialog og læring av hendelsen med vedkommende.

Sykepleiere hadde også mer formelle sammenkomster for å diskutere faglige spørsmål og aktuelle ting som kunne være uønskede hendelser. *Vi tar det opp – av og til på avdelingsmøter, er det en hendelse som har skjedd så tas det opp på disse møtene. Så får vi tilbakemelding – avdelingsleder får alltid tilbakemelding på Synergi – så er det noe spesielt så tas det ofte opp da. Så vi blir bevisst på saken, en slags dialog egentlig. Så det er egentlig der på avdelingsmøtene – det kan jo være litt uformelt også blant kollegaer – hvis de er en spesiell ting som alle vet om så kan det være at en snakker om det. Vi har avdelingsmøter ca hver 3. måned – av og til litt hyppigere hvis det er noe spesielt. Vi kan skrive opp saker selv som vi vil ha tatt opp. For så vidt greit det – så får alle rapport fra møtet på mail slik at en får det med seg. Sykepleierne har også faste formelle møter der tema om uønskede hendelser tas opp, men det meste blir tatt opp muntlig på det jevne, og i rapporter i forbindelse med vaktskifte.*

På spørsmål om informantene så sammenheng mellom meldinger om uønskede hendelser og fag, mente de fleste at meldinger handlet om kvalitetssikring og læring av feil. En sykepleier (kirurgisk) mente at *en lærer jo, men skulle ønske at det var noe feedback på meldte hendelser. Det gjør jo noe med en når en ikke opplever feedback og en vet at mange av kollegaer også har skrevet melding på noe som gjentar seg og som heller ikke de får respons på! Vi kunne i det minste fått en generell tilbakemelding på sakens tilstand – vi kunne ha lært av dette! En lærer av avviksmeldinger da vi må reflektere om hva som har skjedd fra a til å. Men lurer på hvor disse opplysningene ligger – hva sier de om meg? Kanskje dette er en medvirkende årsak til at mange ikke*

skriver avviksmeldinger fordi man må utbrodere mange detaljer om en situasjon og så hører man ingen ting!! – lurer på hvor den har havnet. Rapporteringen sier jo også mye om den som har meldt hendelsen! Du har opplevd noe eller gjort noe selv - eksponering også hører man ingenting – hvor er dette henne!!

En annen sykepleier(medisinsk) sa at jeg tenker for min del – at jeg kanskje får reflektert over hendelsen – når jeg sitter der og skriver en melding: - hva var det egentlig som skjedde? Årsakssammenheng og sånne ting, men det har vært sjelden respons, og de tingene som jeg har meldt avvik på har jeg som regel diskutert med min sjef på forhånd – men aldri fått respons etterpå, ja en eller annen form for tilbakemelding – det har jeg ikke fått – du får bare den der: Saken er mottatt/behandlet og et saksnummer – det var responsen sin det!

Informantene skriver avviksmeldinger, men de fleste stusset med ett unntak over sen eller manglende respons. Det ble nevnt 2,5 år før vedkommende fikk tilbakemelding om meldt hendelse og da hadde selvsagt den som hadde meldt hendelsen glemt det hele for lenge siden! Dialog om hendelsen foregår dermed mest internt sammen med kollegaer og den rapporterte uønskede hendelsen blir bare en prosedyre i det hele.

En sykepleier(kirurgisk) beskrev responsen på en Synergi sak som lyder: *saken er mottatt, saken er behandlet, - saken er avsluttet, men du vet jo ikke om det er andre som har reagert på dette – som har oppdaget noe, - vet ikke hva mottaker tenker om saken!* Her gis det uttrykk for at vedkommende er skuffet over hele intensjonen om å rapportere uønskede hendelser i det elektroniske meldesystemet for å lære av uønskede hendelser.

En annen sykepleier hadde mottatt *respons en gang og det var i lang tid etter hendelsen. Hadde glemt hele saken da responsen kom! Vi vet jo ikke – vi har sluttet å forvente svar tilbake – og dette påvirker igjen motivasjonen til å melde uønskede hendelser. Du legger i hvert fall ikke mye arbeid i en fra før travel hverdag – å få det gjort!*

En lege (kirurg) sa *det lengste det har tatt hittil er 2,5 år! Vanligvis er det måneder. Jeg vet at jeg nylig fikk tilbakemelding fra høst 2011 – da har man jo glemt det for lenge siden.*

Ser her når informantene ikke opplever respons på rapportert hendelse oppfattes ikke det elektroniske meldesystemet som et viktig bidrag for læring av uønskede hendelser. Generelt så opplevde ikke informantene endringer på bakgrunn av melding om uønsket hendelse.

En lege (medisinsk) sa: *Altså har jeg sett endringer ja og nei. Noe blir meldt og meldt – og ingenting skjer for eksempel korridorpasienter har vi bare gitt opp. – får ikke tatt pause fordi det er travelt – dette har vi også bare gitt opp, - det er for travelt å melde og det er jo ikke vits heller. Sånne ting som går på det personlige som meg og mitt arbeidsmiljø og arbeidsbelastning. Det var en stund vi fikk inn en sånn – at det var større arbeidsoppgaver enn ressurser. Da tror jeg det ble en ”enorm” mengde Synergi som gikk på det, - nå ser jeg at den er vekke! Det var en mulighet en god stund, selv om jeg tror det ofte er tilfelle så er det så massivt – så vil ikke ledelsen forholde seg – de kan ikke, de har ikke personell*

En sykepleier(medisinsk) sa: *Det har jeg ikke opplevd da, - vil ikke si at jeg har opplevd endringer på grunn av melding av uønskede hendelser. Det kan godt hende det har skjedd endringer, men det har jeg ikke noen oversikt på – men det hadde vært interessant å vite egentlig*

Det er bra å ha en lav terskel for å melde uønskede hendelser. Men, de må få systemet mye enklere og tilgjengelig for melding av uønskede hendelser, også – de må på en måte effektueres – altså effekten av meldingen enda raskere. At den det gjelder får veldig rask tilbakemelding – at det ikke meldes og så går det tre uke før svar – fragmenteres hele saken! (Kirurg) Her fremheves betydningen av en rask dialog om en uønsket hendelse for at det skal føre til læring og eventuelt endring av praksis på bakgrunn av hendelsen.

5.10. Oppsummering

Resultatene fra denne studien viser liten eller ingen forskjell på kirurgisk/ortopedisk – og medisinsk klinikk vedrørende informanters erfaringer og bruk av elektronisk meldesystem for å rapportere og lære av uønskede hendelser.

Hvis jeg sammenligner mine funn med tabell 1 side 25 viser denne tabellen hovedtrekk fra empiriske - og teoretiske forhold som påvirker rapportering av uønskede hendelser. Her gjenkjenner jeg forhold som kan relateres til mine funn.

Min informanter hadde fått lite til ingen opplæring i bruk av det elektroniske meldesystemet. Dette medførte at de opplevde meldeprosedyren som tungvint og tidkrevende. Når jeg ser på empiriske forhold Høyland & Aase (2008), Fitzgerald et al (2011) i tabellen så fremkommer det her at ny teknologi fordrer tilfredstillende opplæring av ansatte og at teknologien er brukervennlig. Forholdene på dette sykehuset er ut fra dette ikke optimale da det er innført ny teknologi uten tilfredstillende opplæring.

Informantene mente at det elektroniske meldesystemet var tidkrevende og tungvint. Når disse forholdene kombineres med en travel hverdag må rapportering av uønskede hendelser foregå på overtid eller forskyves til en roligere periode. Da er det som noen informanter sier fare for at rapporteringen går i ”glemmeboken”. De empiriske forholdene i tabellen fremhever betydningen av tid for å rapportere Høyland & Aase (2008), Fitzgerald et al (2011). Her fremkommer det at en travel arbeidssituasjon kombinert med et tungvint meldesystem kan gå på bekostning av rapporteringsfrekvens. Teoretiske forhold Preskill & Torres (1999) bekrefter også at mangel på tid og kompetanse i forhold til meldesystemet kan danne barrierer mot refleksjon.

Mitt inntrykk var at informantene opplevde åpenhet og lite engstelse om egne feil blant kollegaer. Men de fleste fant det ubehagelig å rapportere kollegaers uønskede hendelser, de ville heller ha snakket med vedkommende. Empiriske forhold i tabellen fremhever skyld og skam – dette var ikke mitt inntrykk i min studie. Mine informanter fryktet ikke represalier fra sykehusorganisasjonen, men heller ubehag med å rapportere kollega.

Informantene savnet respons på rapporterte uønskede hendelser. Dette bekreftes i de empiriske forhold, Høyland & Aase (2008), Fitzgerald (2011), at respons på rapporterte hendelser ville ha vært en motiverende faktor for å fortsette rapporteringsarbeidet som ellers kan oppleves som bortkastet tid i en travel arbeidssituasjon. Teoretiske forhold Swart & Pye (2003) fremhever dialog for kollektiv læring i en organisasjon, manglende respons hindrer derfor dialog.

6. Diskusjon

På bakgrunn funn fra intervjuer vil denne diskusjonsdelen har flere deler enn hovedtema fra intervjuguiden (Vedlegg 3). Dette fordi informantene besvarte spørsmål i henhold til min intervjuguide og vektla enkelte tema mer enn andre. Det ble mer tydelig for meg etter transkriberingen og jeg har derfor laget hovedtema i denne delen etter mine funn.

6.1. Læring som integrert i praksis og hverdag i organisasjonen

Informantene ga uttrykk for at de hadde en god dialog om uønskede hendelser seg i mellom og med sin nærmeste leder. Utveksling av erfaringer og dialog med kolleger er i følge Wahlgren (2002 i Filstad, 2010) avgjørende for å forstå egne erfaringer.

Informantene i denne studien mente denne utvekslingen av erfaringer skjedde spontant eller i mer formelle rammer som i morgenmøter, rapporter og avdelingsmøter der blant annet spesielle hendelser som er uønskede tas opp på agendaen og diskuteres i plenum.

Ut fra dette kan vi se at leger og sykepleiere på medisinsk og kirurgisk klinikk gjennom sin praksis kan utveksle erfaringer med kolleger og nærmeste leder og at læring dermed er integrert i praksis. Wahlgren(2002) mener at refleksjon over egne erfaringer er fundamentalt i forbindelse med læring på arbeidsplassen.

Slik jeg oppfatter informantene har de en kontinuerlig god dialog og faglige refleksjoner som er integrert i deres praksis på deres arbeidsplass på sykehuset. Mitt inntrykk var at informantene ønsket å rapportere uønskede hendelser i Synergi og samtlige av dem hadde klare oppfatninger om hva som var en uønsket hendelse og hva slags årsaker som kunne utløse en uønsket hendelse som for eksempel travel avdeling med overbelegg. Samtlige mente også de hadde en god dialog internt om uønskede hendelser og faglige spørsmål.

Vi ser dermed innslag av *en åpen kultur der feil og avvik kan bli rapportert og analysert/diskutert* , noe som er et nøkkelområde i rapporten *an organisation with*

memory (2000) vedrørende forutsetninger for læring av uønskede hendelser. Dette fordi en refleksjon rundt en hendelse sammen med ansatte i plenum utgjør en kollektiv refleksjonen som er fundamental for at læring skal skje på arbeidsplassen og danne grunnlag for felles handlinger (Høystrup 2004, i Filstad 2010). Jacobsen & Thorsvik(2002) mener at organisasjonslæring refererer til de læringsprosessene som finner sted i organisasjonen og at læring først skjer når oppmerksomheten knyttes til det en opplever. Etter min mening er disse møtene derfor et viktig bidrag for læringsprosessen for hele avdelingen, da hendelsen tas opp og reflekteres og diskuteres over i plenum.

Det fremkommer at uønskede hendelser ikke alltid rapporteres på grunn av travle vakter kombinert med en tidkrevende rapporteringsprosedyre. Informantene kan huske de har gjort feil og hvorfor det skjedde. Etter min mening har de da gjort en individuell erfaring og reflektert over hendelsen. Hvis dette forekommer i stor grad vil ikke lærdommen av hendelsen komme andre til gode enn vedkommende som ikke rapporterte hendelsen. Dette fordi hensikten med å rapportere en uønsket hendelse er at andre og organisasjonen skal lære og eventuelt endre praksis på grunnlag av hendelsen.

Noen informanter mener også at en er forskjellige. Noen ville aldri innrømmet å ha gjort feil, dette gjelder både enkeltpersoner og holdninger på andre avdelinger. Janis (1972 i Jacobsen & Thorsvik, 2002) hevder at sterke gruppenormer kan hindre en gruppe i å lære av sine handlinger og begrunner dette med at alle grupper utvikler spesielle måter å tenke på og dermed en viss konformitet. Sykehuset er en stor organisasjon med over 7000 ansatte, hvis hovedformål er pasientbehandling og ansatte er hovedsakelig helsearbeidere som dermed kan danne en sterk og enhetlig kultur. I følge Janis(1972 kan dette virke negativt inn på en organisasjons evne til å lære. På tross av dette mente informanter med lengre ansiennitet at det har blitt større åpenhet om å snakke om uønskede hendelser og terskelen for å rapportere har sunket betraktelig. Ut fra dette kan forstås at sykehusledelsens signaler om å rapportere uønskede hendelser for læring og ikke for å sanksjonere dem som har rapportert, har gitt resultater i ansattes holdninger til å ville rapportere.

6.2. Utfordringer med å bruke systemet

Når informantene skal rapportere uønskede hendelser i Synergi opplever de ulike utfordringer. Dette fordi rapporteringen i seg selv oppleves som tungvint og tidkrevende i en travel arbeidsdag. De fleste oppgir å ha fått lite eller ingen opplæring i å bruke systemet noe som gjør det vanskelig å rapportere. I rapporteringsprosedyren skal den som rapporterer ta stilling til hva slag kategori hendelsen representerte. Systemet har ferdige kategorier og den aktuelle hendelsen passer ikke alltid inn i disse bestemte kategoriene - noe som medfører stor frustrasjon i meldeprosessen. Denne meldeprosessen representerer dermed et tidkrevende gjøremål i tillegg til andre pasientrelaterte arbeidsoppgaver. Mange av informantene sier de må gå overtid for å rapportere en uønsket hendelse. Dersom hendelsen ikke har hatt konsekvenser for pasienten kan dette være forhold som bidrar til manglende rapportering fordi man ikke ”orket” den lange rapporteringsprosedyren. Tidligere forskning i forhold til å rapportere uønskede hendelser i et elektronisk meldesystem bekrefter denne oppfatningen. I Høyland & Aase`s(2008) studie fant man at når et elektronisk meldesystem ble innført uten videre opplæring av fremtidige brukere, resulterte det i liten teknologiaksept blant brukerne, noe som medfører at de opplever meldesystemet som tidkrevende og komplisert. I min studie fremkommer det at informantene oppfatter at systemet har en forvirrende begrepsterminologi der meldere samtidig må evaluere risiko for hendelsen, noe som brukere opplever som vanskelig og tidkrevende i seg selv. Høyland & Aase(2008) påpeker også betydningen av at ressurser i form av tid og bemanning påvirker rapporteringsfrekvensen. I min studie oppgir informantene at det er travle vakter ofte med overbelegg på sengepost. Her ser vi at sykehusets krav om effektivitet kan påvirke informanters tid til å rapportere uønskede hendelser i tillegg til at overbelegg oppgis som en viktig faktor til at uønskede hendelser skjer. Fitzgerald et.al`s. studie(2011) av sykepleierens rapportering av uønskede hendelser bekrefter at manglende opplæring til å bruke systemet medførte en barriere mot meldeprosessen fordi den ble oppfattet som tungvint i bruk kombinert med en travel arbeidsdag. Karsh et al (2006) har studert hva slag tiltak som fordres for å tilrettelegge bruk av rapporteringssystem i helsevesenet. Det hevdes her at rapporteringsprosedyren burde være enkel og kortest mulig, fordi hvis rapporteringsprosedyren blir for komplisert med lange rapporter blir det ikke gjennomført. Karsh et al. begrunner dette med at uønskede

hendelser ofte inntreffer ved travle perioder noe som gjør det kritisk å bruke tid på en langvarig rapportering. Funn fra min studie stemmer med disse tidligere studier. Det må gis grundig opplæring i bruk av det elektroniske meldesystemet for at brukerne skal bli fortrolige med systemet og dermed rapportere mer. Men sist og ikke minst må selve rapporteringsprosedyren være så enkel som mulig slik at ansatte ikke kvier seg for å rapportere.

6.3. Individuell læring/Trippel heliks og tilegnelse av kunnskap

Intensjonen med det elektroniske meldesystemet er å registrere og behandle uønskede hendelser og på en systematisk måte bruke dette til forbedringsarbeid i sykehusorganisasjonen. Informantene oppfattet det slik at sykehusledelsen ønsker at uønskede hendelser skulle rapporteres i Synergi. Alle kunne huske at de selv hadde opplevd en uønsket hendelse. Etter min mening har hendelsen gjort et personlig inntrykk og det tyder på at det er gjort refleksjoner i forbindelse med hendelsen. Dette representerer en konkret opplevelse i arbeidssituasjonen og gir en umiddelbar erfaring slik informantene beskriver. Mitt utvalg av informanter fryktet ikke sanksjoner fra sykehusledelsen etter å ha rapportert en uønsket hendelse.

Ut fra dette kan vi se at det har blitt en større åpenhet på sykehuset om uønskede hendelser og rapportering av uønskede hendelser. Dette bekreftes av dem som har lang ansiennitet og som mener at i tiden før innføring av elektronisk meldesystem hørte en lite om uønskede hendelser. Sykehusets signaler til ansatte har bidratt til større åpenhet og tillit til å rapportere og mer åpenhet om uønskede hendelser. Som en informant sa: ”terskelen for å rapportere en uønsket hendelse har sunket”.

Swart/Pye (2003) modell Trippel Helix beskriver organisatorisk læring som en sammenheng mellom ”en situasjon/erfaring av individet” i dette tilfellet en uønsket hendelse. Formålet med Synergi er å dele opplevelser/erfaringer fra en uønsket hendelse med organisasjonen på en systematisk måte for å oppnå en individuell og kollektiv refleksjon over hendelsen. Denne refleksjonen resulterer i en oppfølging av aspekter

fra den kreative dialogen for å endre praksis relatert til hendelsen. Jacobsen/Thorsvik (2002) mener at organisasjoner bør fremme gode læringsprosesser blant ansatte, ved å lage systemer som bidrar til at taus kunnskap blir artikulert og gjort eksplisitt, og systemer som bidrar til at eksplisitt kunnskap tas i bruk og blir en integrert del av de ansattes tause kunnskap.

Etter min mening har innføring av det elektroniske meldesystemet vært et tiltak for å tilrettelegge rapportering av uønsket hendelser. Erfaringer fra dem som var involvert beskriver bakgrunnen for innføringen at organisasjonen skal lære av hendelsen og bruke hendelsen for å fremme læring. Det elektroniske meldesystemet skal derfor bidra til refleksjon som pågår både individuelt og kollektivt og inkluderer hele organisasjonen. Dermed integreres kategorier av kunnskaper som eksplisitt i form av forbedring av organisasjonens prosedyrer eller annet gjengitt i tekstform eller taus kunnskap relatert til situasjoner på forskjellige nivåer i organisatorisk læring som en kontinuerlig prosess.

Informantene ga eksempler på uønskede hendelser. Dette er feil som gjentas for eksempel feilmedisinering. Som følge av dette har sykehuset endret prosedyrene - altså en kollektiv praksis, med obligatorisk dobbelkontroll av medisinering. Tross dette skjer det fortsatt feil med medisineringen. Dette er da en utfordring for den kollektive praksisen og en kan spørre seg om ansatte ikke har lært, samtidig som en vet at uønskede hendelser kan skje ved travle vakter preget av underbemanning og overbelegg av pasienter. Disse arbeidsforholdene bør ikke være ukjent for sykehusledelsen og en forbedring av arbeidssituasjonen for ansatte ville tilrettelagt for bedre utføring av prosedyrer. En kan da spørre om sykehusledelsens prioritering av effektiv drift kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

6.4. Manglende feedback

Forskningslitteratur bekrefter ansattes frustrasjon over manglende respons på rapporterte uønskede hendelser. Fitzgerald studie (2011) viser sykepleieres engasjement og vilje til å rapportere uønskede hendelser, men 90% av deltakerene opplevde mangel på respons på en meldt hendelse og dette påvirket deres engasjement til å rapportere.

Kingston (2004) påpeker at respons på en meldt hendelse ville ha vært en motiverende faktor for å fortsette rapporteringsarbeidet som ellers kan virke som bortkastet tid i en travel arbeidssituasjon. Karsh (2006) studie fremhever verdien av en mekanisme for feedback på rapporterte hendelser. Spesielt viktig er det at de som rapporterte uønskede hendelser eller feil som oppsto og endringer som ble gjort fikk feedback hvert kvartal eller en gang i året som en oppsummering som kanskje kunne sette lys på de feil som hyppigst oppsto. Mitt inntrykk var at informantene ønsket å rapportere uønskede hendelser i Synergi, men få opplevde feedback på rapporterte hendelser. Dette ble begrunnet med at svar kom i lang tid i etterkant av hendelsen. Informanten hadde glemt saken, og fått et inntrykk av at endringer ikke skjedde til tross for rapporterte hendelser i Synergi. Under slike omstendigheter opplever ikke informantene det elektroniske meldesystemet Synergi som et verktøy som bidrar til dialog og læring av uønskede hendelser.

Når vi ser på rapporteringsfrekvens på de to klinikkene har det ikke vært noen betydelig økning over tid. (Tabell 2). Informantene mener det er åpenhet for å snakke om og lære av feil blant kolleger. Her gis feedback umiddelbart mens hendelsen er friskt i minne i forhold til Synergi hvis svar etter lang tid ikke oppleves som konstruktive og lærerike. Tall over rapporterte uønskede hendelser på begge klinikker er forholdsvis stabile fra 2007 til 2011 (Tabell 2). Vi kunne gjerne sett en økning i antall rapporterte hendelser hvis ansatte opplevde feedback og endringer på bakgrunn av en meldt hendelser. Dette fordi de ønsker å lære av uønskede hendelser noe de nå gjør med dialog og refleksjon med kollegaer umiddelbart etter hendelsen. Høyland & Aase (2008) påpeker at et tilbakemeldingssystem som ikke fungerte og svakt engasjement fra ledelsen medførte lite feedback og med påfølgende likegyldighet blant ansatte for systemet. Ut fra dette er Synergi med dens manglende feedback et system som distanserer hendelsen og derfor ikke bidrar til læring av uønskede hendelser. Det påvirker heller ansattes engasjement til å rapportere uønskede hendelser i en travel arbeidssituasjon på en negativ måte.

6.5. Skyld/frykt

Informantene frykter i liten grad sanksjoner fra sykehuset ved å rapportere en uønsket hendelse. Men de ga uttrykk for ubehag med å rapportere kolleger som har forårsaket en uønsket hendelse. I tidligere forskning av Kingston et al (2004) viser at frykt for represalier i etterkant hindrer dem i å rapportere. Andre studier bekrefter dette Vincent et al (1999), Chappy (2006) om psykologiske faktorer som engstelse, skam, skyld frykt for hevn og gjengjeldelse og tap av profesjonell troverdighet. Tidligere forskning Waring(2005) mener at skyldspørsmål er en alvorlig hindring for at leger skal rapportere uønskede hendelser. Dette oppgis ikke som hovedgrunnen til sykepleieres manglende rapportering, Fitzgerald et al (2011), her oppgis manglende opplæring, tid og respons som hovedgrunnen til manglende rapportering. Mitt inntrykk av leger og sykepleiere i mitt studie var ikke frykt for represalier fra sykehusorganisasjonen, men mer frykt for å skape dårlig miljø.

I forskningslitteratur (Kingston et al, 2004, Waring, 2005, Vincent et al, 1999) er rapportering av kolleger oppgitt som en barriere for å lære av uønskede hendelser. Det ble også nevnt at reaksjoner som ”er dette noe å melde?” kunne være ubehagelig i etterkant. Janis (1972 i Jacobsen & Thorsvik 2002, s 343) sier at gruppetenkning og gruppenormer utvikler en viss konformitet ved at folk som jobber tett sammen utvikler samme normer og verdier. I et slikt miljø kan det vil være vanskelig å handle utenom avdelingens normer og ikke minst rapportere uønskede hendelser forårsaket av en kollega. Sykehuset er en stor organisasjon, og det eksisterer forskjeller med hensyn til åpenhet om egne feil. Informanter uttrykker også at ”folk er forskjellige – noen ville aldri ha snakket om egne feil.” Tidligere forskning av Karsh et al (2006) påpeker betydningen av et skjermet rapporteringssystem. Kingston et al (2004)peker på informantenes ønske om anonym rapportering på grunn av frykt for represalier. Mitt inntrykk er at de fleste informantene i min studie mener et åpent rapporteringssystem er å foretrekke for læringsverdien, men at terskelen for å rapportere kunne sunket ytterligere om rapporteringen var anonym. Legene synes å ha bedre rammer med daglige morgenmøter for å blant annet diskutere hendelser som en kollektiv refleksjon. Samtidig mente en kirurg at organisasjonen krav om daglig drift ofte gikk på bekostning av faglig refleksjon. Informantene syne det var bra med åpen rapportering slik den er i

dag, men mente at en anonym rapportering ville redusert barrieren med å rapportere uønskede hendelser på grunn av eksponering og skyld med å rapportere kollegaer.

6.6. Barrierer

Som tidligere nevnt har det på sykehuset vært lite eller ingen opplæring i systemet. Informantene sier de har travle vakter og pålogging til systemet og selve rapporteringsprosedyren anses for å være tidkrevende og detaljert. Forskning av Fitzgerald et al (2011) bekrefter at mangelfull opplæring i systemet, kombinert med travle vakter virker negativt på engasjement til å rapportere da rapporterte hendelser heller ikke får respons. Karsh et al(2006) fremhever betydningen av feedback på rapportering av uønskede hendelser som viktig for å fremme motivasjonen til å rapportere . Her understrekes også betydningen av at meldeprosedyren må være så enkel som mulig med begrunnelse at uønskede hendelser som oftest skjer under travle vakter og derfor kritisk å bruke tid på lang rapportering. Høyland & Aase (2008) studie påpeker manglende oppfølging og tilbakemelding fra ledere, kombinert med et krav om effektivitet av en minimum bemannet avdelingsstab.

Det elektroniske meldesystemets intensjon har vært å forenkle arbeidet med rapportering på sykehuset. Ut fra mine funn tyder manglende ferdigheter med systemet, kombinert med lang rapporteringsprosedyre og sist men ikke minst manglende respons på det motsatte – nemlig at det elektroniske meldesystemet i seg selv utgjør en barriere for å rapportere uønskede hendelser – dokumentert i uttalelser som: *jeg gidder ikke sitte overtid for å skrive Synergi – får ikke respons likevel!*

Preskill & Torres 1999, (i Filstad, 2010) mener at barrierer mot refleksjon i en organisasjon kan være i form av mangel på tid eller manglende kompetanse. Relatert til denne studien mener jeg at den manglende opplæringen i å bruke det elektronisk meldesystem danner en barriere for å benytte seg av systemet i en travel vakt. Med det mener jeg at også at selve rapporteringen av en hendelse også representerer refleksjon.

En annen barriere mot refleksjon i arbeidsmiljøet er at man ikke har tid på grunn av krav om drift og effektivitet med minimumsbemanning. Preskill & Torres (1999) fremhever også mangel på læringsforum og læringsstruktur som en barriere mot refleksjon. Det er et lederansvar å gi respons på en rapportert hendelse, men informantene oppfatter denne responsen som fraværende eller sen og læringsstrukturen i regi av rapporterte uønskede hendelser er derfor etter min mening mangelfull på sykehuset. Røstøen(2005) sin studie av samme sykehus, men før innføring av elektronisk meldesystem, fant ingen samlende mekanismer på sykehuset som fremmer læring, analysing, forebygging og læring av feil i tråd med det som rapporten fra det britiske helsedepartementet(2000) anbefaler. I denne studien kan jeg heller ikke finne noen samlende mekanismer som sikrer rapportering og læring av uønskede hendelser i sykehusorganisasjonen. På bakgrunn av barrierer for å rapportere er det fortsatt en sannsynlig underrapportering fordi rapportering av uønskede hendelser fortsatt skjer sporadisk uten samlende mekanismer i organisasjonen. Forskning av Høyland & Aase (2008) og Fitzgerald et al (2011) mener det er et ledelsesansvar å gjennomgå og forbedre eksisterende system for å forenkle ansattes arbeid med å rapportere uønskede hendelser. Det er med andre ord et organisatorisk lederansvar å legge til rette for at ansatte skal rapportere uønskede hendelser ved å gi ansatte formålstjenlig opplæring i systemet. Videre å evaluere og videreutvikle systemet tilpasset ansattes behov og sist men ikke minst må ansatte som rapporterer uønskede hendelser få respons. Innføring av elektronisk meldesystem med intensjoner om forenkling og bedre kommunikasjon om uønskede hendelser har utviklet seg til å representere en barriere på grunn av systemet, tidsbruk og manglende respons. Dette medfører etter min mening en fortsatt sannsynlig underrapportering av uønskede hendelser på sykehuset som påvist i Røstøens studie fra 2005.

7. Konklusjon

Min problemstilling lød som følger:

Hvordan har elektronisk rapportering av uønskede hendelser bidratt til å forenkle arbeidet med å rapportering og læring av uønskede hendelser for ansatte ved et sykehus?

Mitt inntrykk er at informantene ønsker å rapportere uønskede hendelser i det elektroniske meldesystemet Synergi, men opplever utfordringer. Disse utfordringene er selve meldeprosedyren som oppfattes som tungvint og tidkrevende. I tillegg har informantene fått lite til ingen opplæring i bruk av systemet. Når disse forholdene kombineres med travle vakter må ansatte i tilfelle sitte overtid for å rapportere uønskede hendelser. Samtlige av mine informanter opplevde manglende eller sen respons på rapporterte hendelser og dette påvirket deres motivasjon til å ville rapportere. På bakgrunn av dette oppfattet ikke informantene at det elektroniske meldesystemet hadde bidratt til å forenkle arbeidet med rapportering og læring av uønskede hendelser. Dette fordi det elektroniske meldesystemet i seg selv dannet en barriere for å rapportere og informantene opplevde manglende respons for læring eller se endringer som følge av rapportert hendelse.

Når det gjelder det elektroniske meldesystemet sitt bidrag for læring av uønskede hendelser taler informantenes oppfatning om manglende respons for seg selv. Informantene og ansatte på sykehuset kan ikke lære av en hendelse hvis de ikke mottar rask respons på en rapportert hendelse. Det elektroniske meldesystemet har intensjon som en dialog og læring av en uønsket hendelse. Den manglende responsen oppfattes som dårlig kommunikasjon innen organisasjonen og informantene opplever dermed ikke læring av uønskede hendelser gjennom det elektroniske meldesystemet, men heller gjennom dialog med kollegaer og avdelingsmøter som oppfattes som viktig for informantene. På bakgrunn av disse barrierene for å rapportere er det sannsynlig fortsatt en underrapportering på sykehuset fordi rapporteringen av uønskede hendelser skjer

sporadisk uten samtlende mekanismer i sykehusorganisasjonen. Dette er funn som er sammenfallende med Røstøens (2005) studie på samme sykehus.

Men etter innføring av det elektroniske meldesystemet er det en oppfatning blant informanter at terskelen for å rapportere uønskede hendelser har sunket og det er mer åpenhet om uønskede hendelser på sykehuset det oppfattes som positivt. Informantene fryktet ikke sanksjoner eller represalier fra sykehusorganisasjonen i etterkant av en rapportert uønsket hendelse fordi hensikten med rapportering er at organisasjonen skal lære av hendelsen. Dermed har det elektroniske meldesystemet bidratt til større åpenhet om uønskede hendelser.

7.1. Svar på forskningsspørsmål:

- Hvilke barrierer er knyttet til å melde en uønsket hendelse?

Informantene oppfatter systemet som komplisert å bruke, det er gitt lite opplæring av ansatte til å bruke systemet. Når systemet oppfattes som komplisert og tidkrevende og vaktene i tillegg er travle representerer rapporteringen tidkrevende ekstraarbeid som gjerne må gjøres på overtid. Det oppleves ubehagelig å rapportere en hendelse forårsaket av en kollega informantene mener at det åpne meldesystemet som eksisterer i dag er tilfredsstillende, men tror terskelen for å rapportere ville ha sunket med anonym rapportering.

- Hvilke konsekvenser får ansattes rapportering av uønskede hendelser?

Mitt inntrykk er en oppfatning om sen eller manglende respons på rapportert hendelse. Det er en oppfatning blant informanter at lite skjer på bakgrunn av en rapportert uønsket hendelse dermed lite konsekvenser av rapportert uønsket hendelse. Informantene frykter ikke represalier fra sykehusledelsen i etterkant av en rapportert hendelse da de oppfatter sykehusledelsens signaler om å rapportere vil bidra til organisatorisk læring av hendelsen.

- Hvilke erfaringer har ansatte med håndtering av uønskede hendelser?

God dialog om hendelsen blant kolleger på avdelingen. Informantene mener det er åpenhet om uønskede hendelser på avdelingen. De opplever læring som integrert i praksis og hverdagen på sykehuset. Det eksisterer en oppfatning om at en rapportert uønsket hendelse med Synergi får lite eller sen respons – dermed distanseres hendelsen for læring da hendelsen er glemt når respons kommer lang tid i etterkant. Informantene mener de lærer av dialog med kollegaer, enten spontant rett etter hendelsen eller i møter som arrangeres med jevne mellomrom og ikke gjennom Synergi.

- *Hvordan kan det elektroniske meldesystemet sikre en dialog som er konstruktiv for læring av uønskede hendelser?*

Informantene etterlyser rask respons på en rapportert uønsket hendelse, dette vil bidra til en dialog som kunne vært konstruktiv for læring av uønskede hendelser og dermed større engasjement til å bruke systemet.

7.2. Implikasjoner for sykehuset

- Sykehusledelsen bør evaluere og videreutvikle sitt elektroniske meldesystem for å forenkle ansattes arbeid med å rapportere uønskede hendelser.
- Ansatte på sykehuset må få formålstjenlig opplæring i systemet .
- Det må gis rask respons på rapporterte uønskede hendelser for sikre læring av uønskede hendelser og for å opprettholde ansattes engasjement til å ville rapportere uønskede hendelser.
- Rask respons på rapporterte uønskede hendelser kan bidra til større engasjement til å rapportere uønskede hendelser.
- Anonym rapportering kan senke terskelen for å rapportere uønskede hendelser.
- Arrangere faste Synergimøter med gjennomgang av rapporterte uønskede hendelser.

Uønskede hendelser skjer hyppigst ved travle vakter preget av underbemanning og overbelegg av pasienter. Disse arbeidsforholdene bør ikke være ukjent for sykehusledelsen og en forbedring av arbeidssituasjonen for ansatte ville tilrettelagt for

bedre utføring av arbeid og prosedyrer. En kan da spørre seg om sykehusledelsens prioritering av effektiv drift kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

Resultat av mer åpenhet og rapportering og læring av uønskede hendelser vil etter min mening være positivt for befolkningens tillit til helsevesenet og i henhold til nyere lovgivning som nå trer i kraft.

Litteraturliste

Aase, K. (Red.)(2010) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget

Donaldson et al(2000), *An organisation with a memory*. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer, London. Stationery Office

Filstad, C. (2010) *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*, Oslo: Fagbokforlaget

Fitzgerald, R. et al (2011): *Irish staff nurses perceptions of clinical incident reporting*. International Journal of Nursing and Midwifery Vol. 3(2), pp. 14-21 content analysis in nursing.

Grønmo, S. (2004), *Samfunnsvitenskaplige metoder*, Bergen: Fagbokforlaget

Hjort, P.F. (2011) *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Høyland, S. og Aase, K. (2008): *An explorative study on human, technological and organizational interactions within health care*. Safety Science Monitor 12(1)

Høyland, S. (2010): *Rapportering av uønskede hendelser*. Kapittel 7 i Aase, K.(Red) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*: Oslo, Universitetsforlaget

Høyrup, S. (2004): *Organisasjonslæring gjennom arbeid og refleksjon*, Kapittel 3 i Filstad, C. (2010) *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*, Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, M.D (2005)*Hvordan gjennomføre gjennomføre undersøkelser?* Innføring av samfunnsvitenskapelig metode, Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, D.I., Thorsvik, J., (2002) *Hvordan organisasjoner fungerer: innføring i organisasjoner og ledelse* Bergen: Fagbokforlaget

Janis, I.L, (1972), Læring i organisasjoner, kapittel 3, i Jacobsen, D.I., Thorsvik, D.,(2002) *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen, Fagbokforlaget

Karsh, B.T., et.al.,(2006) *Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design*, Applied Ergonomics 37.283-295, Elsevier Ltd.

Kingston, M.J. et.al.(2004) *Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis*. MJA, Volume 181: 36-39

Kvale, S., Brinkmann, S., (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Lawler, E.K. et al. (2011)*Cognitive ergonomics, socio-technical systems, and the impact of healthcare information technologies*, International journal of industrial Ergonomics 41, s. 336-344

Malterud, K. (2011), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Preskill, H., Torres, R.T., 1999, Organisasjonslæring gjennom arbeid og refleksjon, Kapittel 3 i Filstad, C. (2010), *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*, Bergen: Fagbokforlaget

Røstøen, A.M.(2005): *Læring av feil og avvik i helsesektoren*, Masteroppgave, Universitetet i Stavanger.

Swart, J., Pye, A.(2003): *Collective tacit knowledge: Integrating categories in the process of organizational learning*, University of Bath, 5 th International Conference, Lancaster University.

Yin, R.K. (2009), *Case study Research, Design and Methods*, Sage Publications, Thousand Oak

Wahlgren, B. (2002) , *Organisasjonslæring gjennom arbeid og refleksjon*, Kapittel 3 i Filstad, C, (2010) , *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*, Bergen: Fagbokforlaget

Waring, J.J. (2004), *Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting*, Social Science & Medicine 60 (2005) 1927-1935, Elsevier Ltd.

Melding til Stortinget nr 16 – Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015), regjering.no

Helsemedisinteknikk.no

Kunnskapssenteret.no

Lovdata.no

Mandag.morgen.no

Pasientsikkerhet.no

Regjering.no

Sykehus.no

Synergi.com

Vedlegg 1

Rapportering av uønskede hendelser ved et sykehus. Erfaringer, bruk og barrierer - 6 år etter innføring av elektronisk rapporteringssystem.

Dette informasjonsskrivet omhandler gjennomføringen av en masteroppgave ved mastergradstudiet i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Undertegnede er utdannet intensivsykepleier på SUS (avdeling 1H). Masteroppgaven skal omhandle ansattes rapportering av uønskede hendelser og deres erfaringer, bruk og barrierer i forhold til elektronisk rapportering. Bakgrunn for valg av tema er at det siste tiåret har vært økt forskning i forhold til arbeidet med å ivareta og fremme pasientsikkerheten i helsesektoren. Det er tidligere gjort studier av sykehusansattes, henholdsvis legers og sykepleieres rapportering av uønskede hendelser ved SUS gjennom to masteroppgaver i 2005 (Høyland, S. og Røstøen, T.) og en forskningsstudie i 2008 (Høyland & Aase). Min studie av legers og sykepleieres bruk av elektronisk rapportering vil omhandle hvorvidt praksis og kultur knyttet til rapportering av uønskede hendelser har endret seg over tid ved sykehuset.

Det skal gjennomføres en kvalitativ studie der vi ønsker informasjon fra leger og sykepleiere ved SUS om erfaringer, bruk og barrierer 6 år etter innføringen av elektronisk rapportering (Synergi). Det vil i tillegg utføres en analyse av omfanget av registrerte meldinger fra aktuelle klinikker over tidsperioden 2005-2011. Vi vil gjennomføre intervjuer på to klinikker, 4 leger og 4 sykepleiere per klinikk. Intervjuene vil vare ca 1 til 1,5 time. Opplysningene fra intervjuene vil bli behandlet konfidensielt, og kan ikke spores tilbake til informantene eller aktuell sengepost, men jeg må opplyse om informantens yrke/utdanning, alder, kjønn og ansiennitet. Jeg vil bruke diktafon under intervjuene og opptakene blir slettet og utskrifter vil bli anonymisert ved prosjektets slutt (31.12.2012). Du kan når som helst og uten begrunnelse trekke deg fra studien og informasjon som du eventuelt har gitt vil ikke bli brukt, men slettet. Prosjektet er meldt til Norsksamfunnsfaglig datatjeneste (prosjektnr 28361). Min veileder på masteroppgaven er professor Karina Aase, Universitetet i Stavanger.

Hvis du ønsker å delta i studien ber jeg deg underskrive vedlagte samtykkeerklæring. Hvis du har behov for kontakt med meg før eller etter intervjuet, kan du treffe meg på telefon 924 87 257 eller epost maria@ravndal.org. Intervjuene planlegges gjennomført i januar/februar 2012.

Håper på din deltakelse!

Med vennlig hilsen

Maria Ravndal 12.01.12

Maria Ravndal
Masterstudent

Karina Aase, 12.01.12.

Karina Aase
Professor i sikkerhet, Inst for Helsefag, UiS

Vedlegg: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har fått informasjon om masteroppgaven "Rapportering av uønskede hendelser ved et sykehus, ansattes erfaringer, bruk og barrierer 6 år etter innføring av et elektronisk rapporteringssystem" og ønsker å delta som informant i studien.

Jeg deltar frivillig og kan når som helst trekke meg fra studien.

Navn: _____ (dato og signatur)

Telefon/email: _____

Forslag til tidspunkt for intervju _____

Vedlegg 2



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Karina Aase
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 12.12.2011

Vår ref: 28361 / 4 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28361 *Rapportering av uønskede hendelser ved et sykehus. Erfaringer, bruk og barrierer - 6 år etter innføring av elektronisk rapporteringsystem*
Behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Karina Aase
Student Maria Ravndal

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Maria Ravndal, Wesselsgate 25 B, 4008 STAVANGER

Vedlegg 3

Intervjuguide:

”Rapportering av uønskede hendelser ved et sykehus. Erfaringer, bruk og barrierer – 6 år etter innføring av elektronisk meldesystem”

Utdanning:

Stilling:

Alder:

Ansiennitet:

Generelt om uønskede hendelser:

1. Hva er etter din mening en uønsket hendelse?
2. Hvilken forskjell mener du det er på en uønsket hendelse og en komplikasjon?
3. Tror du andre ansatte/ledelse ved din avdeling deler din oppfatning om hva som er en uønsket hendelse?
4. Med utgangspunkt at det skjer uønskede hendelser ved sykehuset har du tanker om hvorfor det skjer?
5. I løpet av den perioden du har vært ansatt på sykehuset, har rapportering og holdninger til rapportering endret seg?
6. Har du selv opplevd å gjøre feil eller uønskede hendelser?
7. Har andre rapportert hendelser knyttet til deg? I tilfelle hvordan opplevdes det?

Erfaringer og praktisk bruk av elektronisk meldesystem:

8. Opplever du at sykehuset formidler at rapportering av uønskede hendelser er viktig for å få til forbedringer?
9. Hva er etter din mening formålet med Synergi? Har du fått informasjon om dette? Av hvem?

10. Etter innføring av elektronisk meldesystem, har rapportering og holdninger til rapportering endret seg? Hvis ja- hvordan/hvorfor, - hvis nei hvordan/hvorfor?
11. Hvordan vurderer du det elektroniske meldesystemet (Synergi) i forhold til brukervennlighet og tilgjengelighet?
12. Har ledelsens rolle i forhold til rapportering av uønskede hendelser endret seg etter innføring av Synergi?
13. Hvis du skal rapportere en uønsket hendelse i Synergi, når gjør du det? (med en gang, når du har tid i vekten eller når du er ferdig med vekten?) Konkret
14. Tror du noen profesjoner eller avdelinger rapporterer mer enn andre? Hvorfor?
15. Hvilke reaksjoner, formelle, uformelle kan forekomme hvis en er åpen om egne og andres feil og avvik som medførte en uønsket hendelse?

Barrierer:

16. Hvilke forhold mener du hindrer rapportering av uønskede hendelser?
17. Hvilke tanker har du om at rapportering bør være anonym eller åpen?
18. Tror du det forekommer noen form for kollegial tildekning eller fortielser av hverandres feil med påfølgende uønsket hendelse?
19. Hvordan vurderer du det å rapportere en uønsket hendelse forårsaket av en kollega? Hvorfor?
20. Tror du avviksmeldinger kan brukes som mobbing? Hvorfor?

Læring:

21. Hvordan utveksles erfaringer mellom deg og de kollegaer/enheter du er mest avhengig av?
22. I hvilke forum tas tema opp som omhandler uønskede hendelser og pasientsikkerhet? (Avdelingsmøter, fagmøter, uformelt blant kollegaer av samme yrkesgruppe)
23. Hva tenker du om å skrive avviksmeldinger og fag. Er det noen sammenheng?
24. Hvordan er responsen på en meldt hendelse? Hvor lang tid etter får du svar?

25. Opplever du at det skjer endringer på bakgrunn av melding av uønsket hendelse? Hvorfor/hvorfor ikke?

Avslutning:

Er det noe du ønsker å trekke frem som spesielt viktig av det vi har snakket om?

Takk for din tid!!!

Vedlegg 4

