

MASTEROPPGAVE I SAMFUNNSSIKKERHET
VÅR 2016

Sikkerhetsstyring av klinisk arbeid i hjemmesykepleien



Universitetet
i Stavanger

Julie Bjørnsen
og
Ingrid Skogsholmen

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: VÅR 2016

FORFATTER: Julie Bjørnsen og Ingrid Skogsholmen

VEILEDER: Geir Sverre Braut

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Sikkerhetsstyring av klinisk arbeid i hjemmesykepleien

EMNEORD/STIKKORD:

Hjemmesykepleie, systembeskrivelse, pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet, informasjonsflyt, INR, kroniske sår, trygghetsalarm, Bow- tie, barrierer,

SIDETALL: 88

STAVANGER10.06.2016.....

DATO/ÅR

FORORD

Oppgaven du har foran deg er avslutningen på Masterutdanningen vår i samfunnssikkerhet. Studietiden har vært inspirerende, krevende og ikke minst lærerik. Det har blitt mange lange dager og sene kvelder. Gode diskusjoner, både faglige og ufaglige har vi hatt, oss imellom dette siste halve året.

Vi ønsker å rette en stor takk til veilederen vår Geir Sverre Braut som har stilt opp for oss, både med kritiske spørsmål og mange gode innspill. Det har vært kort vei fra våre mange spørsmål, til dine vurderinger og veiledningstimer. Vi satt stor pris på hjelpen vi har fått.

En ekstra stor takk til kommunen og informantene for et godt samarbeid.

Vi vil også få takke Petter Hansen og Bjørn Olav Skorstad for teknisk støtte og korrekturlesing.

Barna våre har vært tålmodige og gitt oss inspirasjon til arbeidet. Tusen takk til barnevakten som har stilt opp, på sene kvelder og helligdager.

SAMMENDRAG

Norske myndigheter har et ønske om å redusere pasientskader i helsetjenesten med 25 % innen 2019 (NOU 2015: 11). Et paradoks kan være at forekomsten av uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten i kommunene ikke er kjent, og forskning om hjemmesykepleie som system er begrenset.

Studiens problemstilling søker å belyse hvilke sikkerhetsutfordringer som gis oppmerksomhet i hjemmesykepleien, og om disse fungerer tilfredsstillende. Samsvarer prosedyrer med gjeldene praksis og hvilke faktorer er med på å redusere eller øke risikoen i systemet. Hensikten var å kartlegge og belyse en del risikoområder og utfordringer, og på den måten kanskje bidra til å forbedre systemet og øke pasientsikkerheten.

Oppgaven er et begrenset case studie, med utvalgte indikatorer innen tre ulike fagområder. Det er benyttet litteratur- og dokumentanalyse supplert med informasjon innhentet gjennom to fokusgruppeintervju av sykepleiere og ledere i hjemmesykepleien. Indikatorene ble valgt ut fra fagområdene velferdsteknologi, medikamenthåndtering og sår, og konsentrerer seg om A) INR, B) Kroniske sår og C) Trygghetsalarm.

Gjennom en grafisk fremstilling av Bow -tie diagrammer har vi sett på farekilder med potensielle hendelsesforløp. Eksempelene ble brukt til å analysere sikkerhetsutfordringer i hjemmesykepleien, og for å besvare problemstillingen.

Funnene i oppgaven peker i retning av at hjemmesykepleien er et komplekst system med mange grenseflater. Uklare og graderte ansvarsforhold, og mange samarbeidspartnere bidrar til utfordringer knyttet til informasjonsoverføring både mellom samarbeidende helsepersonell, pasienter og pårørende. Utfordringer i informasjonsoverføringen kan bidra til sårbarhet i systemet og påvirke pasientsikkerheten. Uavklarte forventninger og forståelse av arbeidsoppgavene til samarbeidspartnere er et av funnene.

Tid og ressurser er sentrale problemstillinger, og her kan sykepleierne bli stående i en konflikt mellom faglig forsvarlighets begrepet og ivaretagelse av kommunens ressurser. Det kan føre til belastninger på et ellers pålitelig system, bygget opp rundt kunnskap, erfaring, rutiner og prosedyrer. Fleksibilitet og faglige kunnskaper er og må være i fokus i fremtidens

hjemmesykepleie. Basert på kunnskap og erfaring kan helsepersonell bidra til å videreføre prosesser som fungerer tilfredsstillende.

Hjemmesykepleien har i noen situasjoner manglende premisser til å gjennomføre pålagte oppgaver. Det synes å være et uklart krysningpunkt mellom ansvar og oppfølging.

Spørsmålet er da hvor legens ansvar slutter og hvor hjemmesykepleiens oppfølgingsansvar begynner?

ABSTRACT

Norwegian authorities wish to reduce the amount of patient injuries by 25% within 2019. (NOU 2015:11). Paradoxically, the rate of unwanted occurrences in the municipal health and care system is not known, and there is limited research on home nursing care as an organization.

The topic of this study is to shed light upon what home nursing care has as its focus in regard to challenges in patient safety, and if this works satisfactorily. Do the procedures and the practical execution of this focus correspond correctly, and which factors contribute to a reduction or an increase in risk factors in home nursing care as an organization? The intent is to assess and elucidate several risk factors and challenges, and in this way possibly contribute to an improvement in the organization, as well as increase patient safety.

This thesis is a limited case study, highlighting three indicators. Analysis of literature and documents, supplemented with information gathered from interviews with two focus groups, has been the main source of information. The focus groups consisted of nurses and administrators working in home nursing care.

The indicators were chosen from the fields of management of medicine, lesions, and welfare technology, and are as follows: (a) International Normalized Ratio, (b) chronic lesions, and (c) safety alarms. We have analyzed potential incidents based on different hazardous circumstances through use of a Bow-tie diagram. These examples were then used to analyze challenges to safety within home nursing care, and to address the set topic.

The findings in this study indicate that home nursing care is a complex system with many interdependent aspects. Unclear areas of responsibility and poorly delineated bureaucracy lead to challenges tied to the exchange of information between collaborative health care personnel, patients, and the patients' next of kin. Problems with the flow of information may lead to a vulnerability within the system and may impact patient safety. The study also found ill-defined expectations and an unclear understanding of tasks between collaborators.

Adequate time and enough resources are central problem areas, where nurses may find themselves in a conflicting situation, stuck between professional responsibilities whilst also

having to safeguard the resources available in the municipality. This may lead to a strain on an otherwise reliable system, a system built up around theory, experience, routines, and procedures. Future home nursing care must have flexibility and professional proficiency at its core.

With knowledge and experience, health care personnel may contribute to maintaining an acceptable level of processes. In some situations, home nursing care lacks the foundations for executing imposed tasks. This seems to be due to an unclear combination of authority and follow-up care. This brings into question where doctor responsibility ends and where the responsibility of the home care nursing system begins.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunnen for oppgaven	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Forskningsspørsmål.....	3
1.4 Avgrensninger	3
1.5 Begrepsforklaringer.....	4
1.5.1 Indikator	4
1.5.2 Pasient	5
1.5.3 Helsehjelp	5
1.5.4 Uønsket hendelse.....	6
1.5.5 Nesten hendelse.....	6
1.5.6 Pasientsikkerhet	6
1.5.7 Ytelse	7
1.5.8 Hjemmesykepleien i et systemperspektiv.....	7
1.5.9 Barriere.....	7
1.5.10 Sårbarhet	8
1.5.11 Informasjonsprosessering	8
1.5.12 Interessekonflikt og beslutningsperspektivet	8
1.5.13 Safety I og II	9
1.5.14 Bow-tie diagram	9
1.6 Strukturen videre i oppgaven.....	9
2.0 TEORETISK TILNÆRMING	10
2.1 Teoretisk perspektiv	10
2.2 Informasjonsprosesseringsperspektivet	10
2.3 Interessekonflikt- og beslutningsperspektivet	13
2.4.1 Safety I.....	15
2.4.2 Safety II.....	15
2.4.3 Kombinasjonen Safety I og II	16
2.5 Faglig forsvarlighet	18
2.6 Sikkerhetsinformasjonssystemer	20
2.7 Avvik.....	22
3.0 METODE	23
3.1 Kvalitativ metode	23
3.2 Case design.....	24
3.3 Datainnsamling.....	25

3.3.1 Litteraturstudie.....	26
3.3.2 Dokumentstudiet.....	26
3.3.3 Intervjuer.....	27
3.4 Datareduksjon.....	30
3.4.1 Bow-tie.....	31
3.5 Etisk forskning.....	32
3.6 Styrker og svakheter.....	33
4.0 FUNN I UNDERSØKELSEN.....	36
4.1 Bakgrunn.....	36
4.2 Systemet hjemmesykepleie.....	37
4.2.1 Kommunens organisering.....	38
4.2.2 Sonen og de ansatte.....	38
4.2.3 Samarbeidspartnere og grenseflater.....	40
4.3 Compliance.....	40
4.4 International Normalized Ratio (INR).....	41
4.4.1 Litteraturstudiet.....	41
4.4.2 Dokumentstudiet.....	42
4.4.3 Intervju med sykepleierne.....	43
4.4.4 Intervju med sonelederne.....	44
4.5 Kroniske sår.....	45
4.5.1 Litteraturstudiet.....	45
4.5.2 Dokumentstudiet.....	47
4.5.3 Intervju med sykepleiere.....	48
4.5.4 Intervju med lederne.....	49
4.6 Trygghetsalarm.....	50
4.6.1 Litteraturstudiet.....	50
4.6.2 Dokumentstudiet.....	51
4.6.3 Intervju med sykepleierne.....	51
4.6.4 Intervju med lederne.....	53
4.7 Faglig forsvarlighet.....	54
4.7.1 Litteraturstudiet.....	54
4.7.2 Dokumentstudiet.....	55
4.7.3. Intervju med sykepleierne.....	56
4.7.4 Intervju med lederne.....	56
4.8 Individuell omsorgsplan.....	57
4.8.1 Litteraturstudiet.....	57

4.8.2 Dokumentstudiet.....	58
4.9 Samhandlingsreformen.....	58
4.9.1 Litteraturstudiet	58
4.9.2 Dokumentstudiet.....	59
4.9.3 Intervju med lederne.....	59
4.10 Oppsummering av funn	60
5.0 DRØFTING.....	61
5.1 Hvordan skape et robust system.....	61
5.2 International Normalized Ratio (INR).....	63
5.2.1. Bakgrunn	63
5.2.2 Samarbeid og informasjonsflyt.....	64
5.2.3 Refleksjon og beslutninger	66
5.2.4. Risikoforståelse	67
5.2.5 Ansvarsforhold og felles forståelse	67
5.2.6 Betydning av dokumentasjon.....	69
5.3 Kroniske sår.....	70
5.3.1 Fastlegen, hjemmesykepleien, eller noe midt imellom?.....	70
5.3.2 Sårdiagnose	72
5.3.3 Sårprosedyrer	73
5.3.4 Veien videre.....	75
5.4 Trygghetsalarm.....	75
5.4.1 Kompleksitet.....	75
5.4.2 Vurdering av pasientens ressurser	77
5.4.3 Tillit	78
5.4.4 Ulv, ulv	79
5.5 Faglig forsvarlighet	81
5.5.1 Bemanning.....	81
5.5.2 Internkontroll og kvalitetssikring	82
5.5.3 Avvik	83
5.6 Anvendelse i praksis.....	84
6.0 KONKLUSJON.....	86
7.0 REFERANSER	89
VEDLEGG	96

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunnen for oppgaven

Norske myndigheter har som mål å redusere antall pasientskader i helsetjenesten med 25 prosent frem mot 2019. (NOU 2015:11) En slik reduksjon vil kreve at ledere i den kommunale helse og omsorgstjenesten setter konkrete mål.

I NOU (2015:11) fremkommer det at forekomsten av uønskede hendelser i den kommunale helse og omsorgstjenesten ikke er kjent.

Kunnskapssenteret¹ ble kontaktet i oppstartfasen, og kunne opplyse at det finnes lite informasjon om pasientsikkerhet i hjemmesykepleien. Den begrensede tilgangen på informasjon er relatert til generelt lite forskning på kommunal primærhelsetjeneste. Dette bekreftes også i NOU (2015:11) hvor det fremkommer at forekomsten av uønskede hendelser i den kommunale helse og omsorgstjenesten ikke er kjent. Målet om å redusere uønskede hendelser med 25 prosent, blir kanskje da for et paradoks å regne, når forekomsten av uønskede hendelser ikke er kartlagt. Det samme utvalget legger imidlertid til grunn antagelser om at det skjer betydelige hendelser i kommunale helsetjenester.

I følge Kunnskapssenteret kan manglende utdypende forskning på hjemmesykepleie ha ulike forklaringer. Historisk satt har det vært antatt en lavere risiko for feil i kommunehelsetjenesten. Hjemmesykepleien har blitt ansett som et mindre høyteknologisk miljø, og av den grunn kanskje vurdert å være mindre utsatt for risiko.

I følge pasientsikkerhetskampanjen “I trygge hender 24/7” pekes det på manglende kunnskap om omfang av pasientskader i kommunehelsetjenesten. En britisk undersøkelse viser at det sannsynligvis forekommer pasientskade ved 1-2 % av konsultasjoner i primærhelsetjenesten. De fleste registrerte feilene var forbundet med kommunikasjon eller feilmedisinering (Health Care Foundation 2011). Kunnskapssenteret antyder også et betydelig antall uønskede hendelser innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester: 5 – 80 uønskede hendelser per 100.000 konsultasjoner (Kunnskapssenteret.no).

¹ Fra 01.01.2016 Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten. De har etter lovgivningen, blant annet lov om kommunale helse og omsorgstjenester, stor grad av frihet til å organisere tjenesten selvstendig. Lite fokus på sikkerhet i primærhelsetjenesten gjenspeiles også i “Nasjonale kvalitetsindikatorer” som utformes av Helsetilsynet. Hovedtyngden av indikatorene tar utgangspunkt i forhold knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Ovennevnte utfordringer vekket vår interesse for valg av et tema tilknyttet hjemmesykepleie. Med utgangspunkt i vår sykepleiefaglige bakgrunn, ønsket vi å knytte utfordringer innenfor vårt fagfelt, til en nyervervet teoretisk plattform om samfunnssikkerhet og sikkerhetsteorier. Oppgaven omhandler hjemmesykepleie og sikkerhetsutfordringene som er relatert til tjenesten med et tema som forsøker å belyse områder som kan bidra positivt i arbeidet med å opprettholde en faglig forsvarlig tjeneste. Hjemmesykepleien står overfor etiske valg og problemstillinger daglig. I arbeidet med oppgaven har en etisk tilnærming i forhold til sikkerhet vært sentralt.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i den innledende tilnærmingen til temaet hjemmesykepleie og sikkerhetsutfordringer har vi valgt å se nærmere på den overordnede problemstillingen:

Hvilke sikkerhetsfaktorer gis oppmerksomhet i hjemmesykepleien, og fungerer disse tilfredsstillende?

Problemstillingen omhandler systemets robusthet, og evne til å ivareta en faglig forsvarlig tjeneste. I arbeidet med å finne svar på problemstillingen er et utvalg av litteratur gjennomgått. I samarbeid med en kommune på Sør-Vest landet er det innhentet dokumenter og foretatt intervjuer. Hjemmesykepleien og andre aktører i kommunen har stilt seg tilgjengelig med informanter og informasjon om drift og rutiner.

Forankring i ledelsen var av betydning for å få tilgang til relevante opplysninger.

Det ble tidlig i prosessen etablert kontakt, for i størst mulig grad å sikre at forskningen hadde en nødvendig forankring i sonens og kommunens ledelse.

1.3 Forsknings spørsmål

For å belyse problemstillingen har vi valgt følgende forsknings spørsmål.

1. Hvordan samsvarer prosedyrer og retningslinjer med gjeldene praksis i virksomheten?
2. Hvilke faktorer i dette systemet er med på å redusere eller øke risikoen?

1.4 Avgrensninger

Hjemmesykepleien vi samarbeidet med var inndelt i et geografisk område, og består av to soner. Videre i oppgaven omtales de to sonene som en enhet. Sonene tilhører samme resultatenheter, og har samme lokalisering. Felles drift og budsjett gjør at de fremstår samlet. Fordi oppgaven ikke består i å sammenligne de to sonene, omtales de som en enhet. På den måten håper vi at forståelsen og flyten i oppgaven blir bedre.

For analysen vår er det valgt å se nærmere fagfeltene:

- A. Medikamenthåndtering
- B. Sår
- C. Velferdsteknologi

Det betyr at forskningen utelukkende vil ha fokus på utvalgte deler hjemmesykepleie i en sone. Fagfeltene dekker store deler av tjenesten, og har konsekvenser både for pasientsikkerheten, kvaliteten og kommunens økonomi. Oppgaven omhandler faglig forsvarlighet, sikkerhet, styring og relevant lovverk.

De ovennevnte fagfeltene er valgt studert ved, detaljert å inn på de konkrete kliniske utfordringene knyttet til de tre valgte indikatorene for hjemmesykepleien vi har valgt å se nærmere på.

- A. INR-håndtering
- B. Kroniske sår
- C. Trygghetsalarm.

I den teoretiske tilnærmingen avgrenses Rasmussens (1997) interessekonflikt og beslutningsperspektivet til å gjelde den skarpe enden² i hjemmesykepleien. Modellen for akseptabel ytelse benyttes, men det er ikke gått nærmere inn på flernivå-modellen. Arbeidsmiljøloven er å regne som et bakteppe til det å arbeide faglig forsvarlig, men i denne oppgaven er fokus rettet mot helselovgivningen.

1.5 Begrepsforklaringer

Samfunnsvitenskapelige spørsmål, åpner ikke bare for å samle inn et datamateriale, presisering av begreper er også en nødvendig del av arbeidet (Kalleberg, 2009, s. 90).

Vi har valgt å begreps forklare følgende før en går inn på hjemmesykepleien som et system.

1.5.1 Indikator

“En målbar variabel som kan brukes til å beskrive en tilstand til et bredere fenomen eller aspekt av virkeligheten.” (Rausand & Utne, 2009, s. 74)

“Et observerbart fenomen som viser tilstanden vedrørende et annet, ikke direkte observerbart fenomen.” (sml.snl.no)

Begrepet blir utfyllende drøftet senere i oppgaven.

Kommunale helse og omsorgstjenester benytter mange ulike begrep knyttet til de tjenester som ytes. Alt fra rene sykepleierfaglige tjenester til praktisk bistand i hjemmet. Vi har valgt å ha fokus på hjemmesykepleien, da dette omhandler rett til lovpålagt helsehjelp.

² Mennesker som er utøvere og tett på situasjoner.

1.5.2 Pasient

I litteratur, lovgivning og i praksis, brukes ulike begrep som omtaler personer som mottar helsehjelp. I oppgaven har vi også valgt å bruke begrepet pasient fordi “Lov om pasient og brukerrettigheter“ definerer pasient som:

“En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.”

(Lov om pasient og brukerrettigheter § 1-3 A)

Hjemmesykepleien mottar egensøknad fra pasienten med beskrevet hjelpebehov og spesifisert tjeneste. Egensøknaden underskrives av pasienten eller av pasientens pårørende, dersom det er oppnevnt verge. Jamfør lovverket kan egensøknaden ansees som anmodning av helsehjelp.

1.5.3 Helsehjelp

Lov om pasient og brukerrettigheter § 1-3 C:

“Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.”

Hjemmesykepleiens ansvarsområde er knyttet til ovennevnte punkter i regelverket:

“f) bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.”

Hjemmesykepleien som det er innhentet informasjon fra, har tjenester som både er helsehjelp beskrevet under punkt c, men også helsehjelp som ikke faller inn under punkt c. Dette i form av praktisk bistand i hjemmet som eksempelvis hjelp til rengjøring av bolig. I teorien skilles derfor betydning av bruker og pasient i form av vedtak. I praksis kan en person være både bruker og pasient i kommunen. Videre i oppgaven brukes pasient ved omtale av personer som mottar hjemmesykepleie. Oppgaven omhandler hjemmesykepleien, ikke hele begrepet hjemmetjenester i kommunen, derfor brukes begrepet pasient i denne sammenhengen. Systemet hjemmesykepleien inneholder begreper som uønskede hendelser og nesten hendelser.

1.5.4 Uønsket hendelse

Uønskede hendelser kan beskrives på følgende måte:

“En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter av helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie systemer og utstyr som brukes for å levere tjenestene. Uønskede hendelser kan være mulig å forebygge eller ikke.” (WHO 2005 hentet fra Aase, s. 14)

1.5.5 Nesten hendelse

“En hendelse som har potensial til å lede til en uønsket hendelse, men som ikke gjør det på grunn av tilfeldigheter eller fordi den blir forhindret fra å utvikle seg.” (WHO hentet fra Aase 2015, s. 15)

Innovasjon i hjemmesykepleien kan føre med seg endringer i måten kommunen yter tjenester. Bruk av ny teknologi, sykepleiernes fremtidige rolle og omorganiseringer innenfor hjemmesykepleien kan gi økt eller redusert risiko (Tangen 2016).

“Risiko er en vurdering om hva som vil kunne skje i fremtiden, hvordan systemer, teknologi, organisasjoner og mennesker vil fungere og opptre”. (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve 2004 s. 147).

1.5.6 Pasientsikkerhet

I oppgaven anvendes følgende definisjoner på pasientsikkerhet:

“Pasientsikkerhet er å organisere helsetjenesten slik at uønskede hendelser forebygges.”
(Legeforeningen.no)

“Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser”
(Kunnskapssenteret.no)

1.5.7 Ytelse

I følge Aven m.fl. (2004) er ytelse et begrep som kan brukes for å beskrive godheten av et beredskapstiltak, ved å se på påliteligheten, effektiviteten og sårbarheten for tiltakene. I hjemmesykepleien kan begrepet ytelse relateres til tjenestene som gis til pasientene.

1.5.8 Hjemmesykepleien i et systemperspektiv

For å beskrive hjemmesykepleien som et system har vi hentet følgende beskrivelse av et arbeidssystem fra Petroleumstilsynets (Ptil):

“Bestående av personell og (arbeids)utstyr som sammen utfører en systemfunksjon under de betingelser som er gitt av arbeidsoppgaven.”

Innenfor hjemmesykepleien kan arbeidssystemet beskrives som samhandlingen mellom personell og dets kompetanse, nødvendig utstyr for å utføre oppgaver, prosedyrer og rutiner. Videre beskrives at godhetene av et arbeidssystem bestemmes av samhandlingen mellom Menneske, Teknologi og Organisasjon (MTO).

1.5.9 Barriere

“Der hvor menneskelig atferd er en barrierefunksjon må teknologien og organisasjonen legge til rette slik at operatøren får den nødvendige støtte for å kunne oppfatte situasjonen korrekt og handle i tråd med sikkerhetsmessige forutsetninger.” (Ptil.no)

Begrepet barriere, slik det brukes i Ptil, kan overføres til hjemmesykepleien på følgende måte: Gjennom prosedyrer og rutiner, gjennom hygieneforskrifter og gjennom teknologiske hjelpemidler som trygghetsalarmen. Begrepet kan sammenliknes med blant annet utdrag fra forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten § 3.

Kommunen vi samarbeider definerer hjemmesykepleie med:

“Nødvendig helsehjelp ut fra en løpende individuell vurdering, døgnbemannet ytelse og personrettet praktisk bistand som vil si hjelp til egenomsorg og personlig stell.”

1.5.10 Sårbarhet

Willoch utvalgets definisjon av sårbarhet:

“Sårbarhet er et uttrykk for de problemer et system vil få med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. Sårbarhet er knyttet opp til mulig tap av verdi.” (NOU 2000:24, s. 18)

1.5.11 Informasjonsprosessering

For å besvare problemstillingen vil det bli benyttet teori fra blant annet Turner og Pidgeon (1997) om informasjonsprosessering. Teorien sier noe om betydningen og tolkning av informasjonen og hvordan overføringsprosessen kan bidra til å hemme eller fremme pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

1.5.12 Interessekonflikt og beslutningsperspektivet

Rasmussens (1997) perspektiv kan sees på i sammenheng mellom balansen av kommunens behov for å sikre trygge tjenester til innbyggerne, samtidig å effektivisere for å holde kostnadene nede. Sykepleierne i hjemmesykepleien kan stå i situasjoner, hvor ulike interesser kommer i konflikt med hverandre.

1.5.13 Safety I og II

Hollnagel, Wears og Braithwaite (2015) beskriver teorien om Safety I og II. Teorien sier noe om komplekse årsakssammenhenger i helsetjenesten. Hjemmesykepleien er ikke et unntak. Safety I har fokus på feil handlinger, finne årsaken, og deretter rette feilen. Forståelse av hverdagssituasjoner og lærdom om hva som fungerer tilfredsstillende, er Safety II. En kombinasjon av Safety I og II beskrives å kunne fungere hensiktsmessig.

1.5.14 Bow-tie diagram

Vi har benyttet Bow-tie diagrammer som hjelpemidler i studien. I diagrammene eksemplifiseres de kliniske indikatorene for å lage et rammeverk. Bow -tie diagram kan være et effektivt hjelpemiddel for å synliggjøre sammenhengen fra en potensiell farekilde til ytterste konsekvens dersom faren inntreffer (Rausand & Utne, 2009).

1.6 Strukturen videre i oppgaven

I kapittel to gjennomgås teorien valgt for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Metodekapitlet redegjør for fremgangsmåten som er benyttet. Funnene fra litteratur og dokumentstudiet, sammen med svarene fra intervjuene presenteres i kapittel fire. Funnene fra empirien er samlet og drøftet opp mot den teoretiske rammen i kapittel fem. Avslutningsvis konkluderes funn i oppgaven og mulig vei videre.

2.0 TEORETISK TILNÆRMING

2.1 Teoretisk perspektiv

Det teoretiske grunnlaget i en forskningsoppgave er et viktig verktøy. Valget av teoretisk perspektiv gir retning til innsamling og tolkning av empiri. Gjennom drøfting av empiri mot relevant teori er målet å opparbeide ny kunnskap til bruk i videre arbeid med forskningsoppgaven. I dette kapitlet presenteres relevant teori til bruk for å svare på, og forstå problemstillingen.

“Research without theory is blind, and theory without research is empty.”

(Bourdieu, 1992, s.162)

Samfunnsvitenskapelige teorier er til for å forklare gjentakene variasjoner og mønstre (Blaikie 2010). Det teoretiske utgangspunktet vi har valgt er; Informasjons-prosesseringsperspektiv, presentert av Turner og Pidgeon i Man Made Disaster (1997). Interesse-konfliktperspektivet av Rasmussen (1997) samt teorien til Hollnagel et al. (2015) sikkerhet i helsesystemer, Safety I og Safety II.

2.2 Informasjonsprosesseringsperspektivet

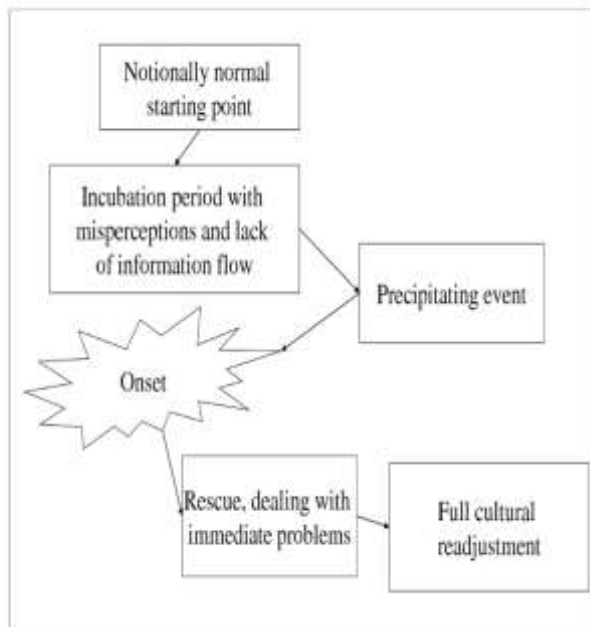
Ulykker, kriser og katastrofer ofte blir betraktet som fundamentale overraskelser. Turner og Pidgeons (1997) Man Made Disaster modell, peker derimot på en del elementer som viser at hendelser ofte utvikles over tid gjennom en lang kjede av hendelser som blant annet skyldes manglende informasjonsflyt og misforståelser mellom enkeltindivider eller grupper (Rosness et al., 2010). Man Made Disaster peker dermed i retning av at fundamentale overraskelser, egentlig er avvik som ikke oppfattes og får utvikle seg over tid. Budskapet er enkelt:

“Despite the best intentions of all involved, the objective of safely operating technological systems could be subverted by some very familiar and “normal” processes of organisational life.”

(Pidgeon & Leary 2000, s.16)

I hjemmesykepleien skjer ikke storulykker på samme måte som i industrien. Teori som omhandler små og storulykker og tar utgangspunkt i industrien er imidlertid relevant til bruk også i organisasjoner med mange ulike avdelinger, individer og yrkesgrupper.

Hjemmesykepleien har mange samarbeidspartnere som inngår i informasjonsutvekslingen, og informasjonsflyten vil være ekstra utfordrende i denne type komplekse systemer. Ulykker i dette perspektivet kan være et resultat av en organisasjonskultur hvor det er svikt i informasjonsflyt eller feiltolkning av informasjon som fremkommer (Turner & Pidgeon 1997). Ulykker i Man Made Disaster modellen kan forstås som fundamentale forstyrrelser eller kollaps av eksisterende overbevisninger og normer om trusler, og hvordan disse innvirker og håndteres. Ulykkenes utvikling kan forstås som en prosess som utvikler seg over tid som et resultat av samhandling mellom menneskelige og organisatoriske ordninger i det



sosio-tekniske systemet.

Turner og Pidgeon (1997) legger vekt på å synliggjøre informasjon slik at den blir tilgjengelig for alle.

Perspektivet har bakgrunn i teori som sier at ulykker oppstår som et resultat av kombinasjonen av energi og feilinformasjon.

Figuren viser hovedtrinnene i The Man Made Disaster modellen til Turner (1978; Turner and Pidgeon 1997).

I dette perspektivet fokuseres det som nevnt ovenfor på brudd i informasjonsflyt og tolkning av informasjon som kan kobles til energi og fysiske hendelser (Rosness, et al., 2010). De umiddelbare årsakene får mindre oppmerksomhet. Et paradoks er at det til tross for at ulykker kommer som en overraskelse, rettes det under undersøkelser etterpå, søkelys mot forhold som inntraff før ulykken (Turner & Pidgeon,1997). Relatert til hjemmesykepleien vil det i forhold

til pasientsikkerhet være relevant å se på forholdet mellom formelle retningslinjer og praktisk gjennomføring. Gjennom informasjonsprosesseringsperspektivet vil vi studere personalets kjennskap til, og tolkning av kravet til faglig forsvarlighet som fremkommer i lovverket. I helsetjenesten er det informasjonsflyt både vertikalt, gjennom ulike nivåer og horisontalt gjennom ulike samarbeidspartnere. I denne oppgaven kan det gjenspeile alt fra samarbeid med fastleger, apotek, sykehus, og ikke minst pårørende.

Hjemmesykepleien har mange samarbeidspartnere³. Samarbeidspartnere med ulike elektroniske journalsystemer som ikke, eller bare i begrenset grad, kommuniserer med hverandre i ulike ledd av helsetjenesten, kan bidra til å øke informasjonsflytens utfordringer.

Turner og Pidgeon (1997) viser til at det i etterkant av en hendelse alltid blir pekt på situasjoner som skjedde før selve hendelsen. De umiddelbare årsakene legger hovedvekten på eventuelle brudd i informasjonsflyten. Holdninger hos de ansatte eller normer som ikke er i samsvar med gjeldende regelverk kan gi utfordringer. Det er de organisatoriske forholdene som legges til grunn ved anvendelse av informasjonsprosesseringsperspektivet.

Vi ønsker videre i studien å se på aktørene som utfører oppgavene og til de ansatte i forhold til oppdraget, mandatet og begrensningene som eventuelt ligger i systemet.

I Pidgeon og Larry (2000) kommer det frem at teorien har blitt kritisert fordi den i liten grad tar høyde for betydningen av politiske forhold og maktforhold når en belyser risikostyring i organisasjoner.

³ Vedlagt følger en oversikt over aktuelle samarbeidspartnere. Vedlegg 3

2.3 Interessekonflikt- og beslutningsperspektivet

For å forstå hvilken påvirkning politikk og makt har for beslutningsprosesser og legitimering av valg, er det naturlig å se på interessekonflikt og beslutningsperspektivet. Beslutninger som tas i den skarpe enden av hjemmesykepleien er påvirket av bakenforliggende maktforhold og politiske rammer.

Beslutningstaking i organisasjoner kan påvirkes av interessekonflikter internt i organisasjonen og/eller eksternt. Hvordan hjemmesykepleien håndterer de motstridene interessene, er av betydning for organisasjonens robusthet og dens evne til å håndtere sikkerhet og risikostyring. Mennesker produserer, opererer, vedlikeholder og drifter komplekse system, dermed er også de menneskelige beslutningene og handlinger involvert i alle organisatoriske ulykker (Olsen, 2015)⁴.

I hjemmesykepleien kan det være en kamp om ressursbruk. Det handler om å balansere tilgjengelige ressurser og leveranser av tjenester og produkter (Rosness et al., 2010).

Produkter i denne sammenhengen sees på som faglig forsvarlig levering av helsetjenester. En god faglig forsvarlighet fordrer at hjemmesykepleien fokuserer på pasientsikkerhet. På den ene siden skal det fokuseres på pasientsikkerhet og den andre på økonomiske forhold.

Pasienter som bor lengre hjemme kan være kostnadsbesparende for kommunen.

Trygghetsalarmen som er en betalingstjeneste, kan være et bidrag til at hjemmesykepleien kan redusere sine kostnader. Muligheten til å bo hjemme lengst mulig, kan positivt for pasientene, men dette fordrer en selvstendig avgjørelse. I følge en beregning av enhetskostnader i pleie og omsorgstjenester (Virke, NHO, KS) fremkommer det en snittkostnad på ca. 970.000 kr årlig pr. sykehjemsplass.

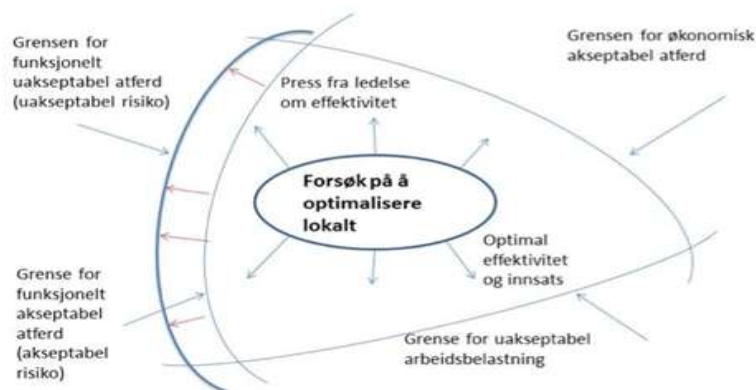
Risikostyring og sikre operasjoner medfører investeringer og kostnader (Ptil 2008). Dette kan bidra til at organisasjoner er villige til å ta risiko ved å unnlate å investere i sikkerhetstiltak. Dette gjelder også for hjemmesykepleien. Sikkerhet krever en betydelig bruk av ressurser, i form av penger, tid og kompetent personell. Dette kan føre til at ledelsen blir mer tilbøyelig til å ta risiko og ikke evner å forstå varsler og signaler fra organisasjonens medlemmer som befinner seg i den skarpe enden. En annen forklaring kan være at noen ledere er mer opptatt

⁴ Forelesning SAM 600 Granskingsmetodikk. Høst 2015. UIS

av kortsiktig profitt, til tross for at profitt kan gå på akkord med sikkerheten (Rosness et al., 2010).

Aktørene i ulike ledd i en organisasjon fatter beslutninger. En utfordring er at de involverte aktørene har ulike interesser og ofte en manglende helhetsoversikt over de organisatoriske forholdene. I noen tilfeller finnes det ingen alternative handlinger, og en beslutningstaker er ikke nødvendigvis seg bevisst risikoene, men forsøker å velge alternativ som er å anse som mest optimal.

Figuren under forsøker å vise hva som skjer ved grensen for akseptabel atferd. Det kan komme press fra nivåer høyere oppe i systemet om økt effektivitet. Ledelsen kan forsøke å flytte grensene for å holde budsjetter. Disse beslutningene kan få konsekvenser for operatørene, i denne sammenheng de ansatte i hjemmesykepleien den skarpe enden. Det er både de ansatte og pasientene som rammes dersom grensen for akseptabel atferd og risiko brytes. I så måte får de ansatte i hjemmesykepleien en risiko ved at grensen har blitt smalere på grunn av andres beslutninger.



Rasmussen (1997)

2.4 Safety I og Safety II - ulike måter å forstå sikkerhet.

Hollnagel et al., (2015) beskriver ulike perspektiver for å forstå sikkerhetstenkning i helseorganisasjoner. Perspektivene kalles Safety I og Safety II.

2.4.1 Safety I

Safety I er et linjert system og perspektivet ser på årsaken til situasjoner som oppstår. “Find og fix.” Se etter svikt, finne en årsak og løse den. Tankesettet har sitt utspring fra et sikkerhetssyn som utviklet seg i industrien mellom 1965 og 1985. Denne tekniske tankegangen ble etterhvert overført til helsesektoren. Hollnagel et al., (2015) mener helsetjenesten har adoptert denne sikkerhetstenkningen ukritisk.

Dagens helsevesen krever i større grad fleksibilitet. Varierte arbeidssituasjoner, som forutsetter at det gis rom for nødvendige tilpasninger, er en del av hverdagen i hjemmesykepleien. Tilpasninger er nødvendige for å respondere adekvat i ulike varierende situasjoner. Hjemmesykepleiens hverdag består av flere ulike varierende situasjoner i tillegg til mange samarbeidspartnere og grenseflater. Situasjonene inneholder samhandling mellom ulike mennesker. Menneskene i systemet er nødvendige ressurser for systemfleksibilitet og robusthet. I hjemmesykepleien kan det være komplisert og vanskelig å beskrive presis utførelse av spesifikke oppgaver, da ulike sitasjoner krever ulike handlinger.

2.4.2 Safety II

Safety II tar sikte på å forstå kjennetegn og hovedtrekkene i hverdagssituasjoner som går bra. I en arbeidshverdag er det en stor overvekt av situasjoner som fungerer tilfredsstillende. Hollnagel et al., (2015) beskriver “Work as Imagined” og “Work as done.” “Work as imagined” beskriver hva som skal skje under normale arbeidsforhold, som beskrevet gjennom prosedyrer og rutiner. “Work as done” beskriver virkeligheten og hvordan ting utvikler seg over tid i komplekse kontekster. I følge Hollnagel et al., (2015) reflekterer “Work as done” det som utspinner seg i virkeligheten. Det beskrives en signifikant forskjell mellom

prosedyrer og rutiner og praktisk utførelse, fordi systemene er så komplekse og varierte. I arbeid med mennesker kan det fort oppstå uforutsette hendelser, og arbeidsdagene i hjemmesykepleien varierer.

I følge Hollnagel et al., (2015) er det vanlig at organisasjoner har hovedfokus på å identifisere svikt og feil. Deretter blir det iverksatt tiltak og barrierer for å hindre at tilsvarende feil skjer igjen. Dette kan ta fokus bort fra alle situasjoner som går bra og læringseffekten det kan gi.

2.4.3 Kombinasjonen Safety I og II

Safety I tenkning beskriver at få registrerte feil i organisasjonen blir oppfattet som at organisasjonen har høyt sikkerhetsfokus. Med mange registrerte feil, kan en organisasjon bli oppfattet med lavt sikkerhetsfokus. I hjemmesykepleien kan det være flere ulike årsaker til at uønskede hendelser ikke blir registrert.

Begrepet sikkerhet er allment brukt, og det er lett å anta at på det er en felles oppfatning av hva ordet betyr. En bør derfor definere begrepet.

Definisjonen på sikkerhet bør endres fra:

“Avoiding that something goes wrong”

til

“Ensuring that everything goes right”

(Hollnagel et al., 2015, s.2.)

Forsvarlighetskravet i helsetjenesten kan være krevende å få oversikt over. Helsetjenesten inneholder svært mange ulike fagområder, virksomheter og ulike kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer (Fintland & Braut 2012).

Virksomhetene har mulighet til å kjenne hvor skoen trykker, og gjøre tiltak utfra dette, men benytter seg for ofte kun av Safety I, ifølge Hollnagel et al., (2015). Safety I fokuserer på hva som har gått galt og lære noe av dette, men denne måten å tenke på stopper ikke opp for å vurdere menneskelige handlinger. Noen ganger går ting bra, ikke fordi de ansatte i hjemmesykepleien har gjort det de skulle ha gjort, men fordi de hatt mulighet til å tilpasse seg

omgivelsene ved hver enkelt oppgave. Utfordringen er å se og forstå betydningen av disse justeringene. Hva går bra, selv om det er usikkerhet, og vanskelige arbeidsforhold? Dette er beskrevet som Safety II. Det handler om å se at komplekse hverdagssituasjoner trenger en fleksibilitet og tilpasning for å håndtere situasjoner slik at det ikke oppstår en uønsket hendelse. Det er vanskelig å stadfeste og anta fortjeneste ved forebygging. Til tross for at det oftere går bra enn galt, og at situasjonene som går bra er viktige læringsarenaer, gis de sjelden stor oppmerksomhet. Det er ingen reguleringer for å se på hva som går bra (Hollnagel et al., 2015).

Det er en økt bruk av teknologi i helsesektoren. Det gjelder blant annet datasystemer til journalføring. Systemene har begrensinger når det gjelder å samkjøre informasjon mellom for eksempel fastlege, helseforetakene og den kommunale helsetjenesten. I sammenheng med andre faktorer som blant annet en endret pasientgruppe, er det med på å gjøre helsetjenestene mer komplekse.

Tidligere var det smittsomme sykdommer som var ledende årsaker til dødsfall. Nå er det hjertesykdommer, slag, kreft, lungesykdommer og diabetes som er overrepresenterte årsaker til dødsfall (Hollnagel et al., 2015). Spesialisthelsetjenesten som tidligere var en behandlende instans, er nå blitt en utreder som stiller diagnose og tar seg av akutt og kritisk behandling. Behandlingsmulighetene i dagens samfunn er blitt mye større. Det har vært en ansvars forflytting fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. De oppgavene som tidligere ble utført og behandlet i spesialisthelsetjenesten, er nå en naturlig del av kommunehelsetjenesten (Iden 2016). Behandling, pleie og omsorg av pasienter med disse lidelsene er kostbart for samfunnet. Det er også en stor påkjenning for pasienten selv og pårørende.

2.5 Faglig forsvarlighet

Hjemmesykepleie er en lovpålagt tjeneste som skal ytes av kommunene. Det betyr at tjenesten er regulert gjennom ulike lover og forskrifter. Kravet i helselovgivningen om at virksomheten skal utføres faglig forsvarlig er et uttrykk for en rettslig standard.

“Med rettslig standard sikter vi til ord eller uttrykk i en lov som gir anvisning på en målestokk som ligger utenfor loven, som en bestemt praksis, utbredte holdninger i samfunnet eller andre forhold som skifter med tiden. All den stund disse fenomenene endrer seg over tid vil også innholdet i loven gjøre det.” (Boe 2005, s. 278)

I følge Haugland (2012) omfatter forsvarlighet all helsetjeneste med mange fagområder, forskjellige virksomheter og utfordringer både når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. Innholdet i faglig forsvarlighets kravet kan finnes i ulike kilder bl.a. nasjonale retningslinjer, forskningsdata, klinisk erfaring og ulike fagmiljøer. Det samme gjelder allmenngyldige samfunnsetiske normer Prop 91 L (2010-2011). For å forstå og å kunne operasjonalisere faglig forsvarlighet, må en ha kunnskaper både innen juss og helsefag.

Braut og Holmboe (2015) påpeker at kravet til faglig forsvarlighet er et av de mest sentrale kravene som lovgivningen stiller til helsepersonell og tjenesteytende virksomheter. Hovedprinsippet er at all helsehjelp skal være faglig forsvarlig. Kravet til faglig forsvarlighet er en minimumsstandard og må sees i sammenheng med kommunens plikt til faglig virksomhet. Det vil si å organisere helsetjenesten slik at personell kan utføre daglig arbeid med faglig forsvarlighet. I Arbeidsmiljøloven kommer dette til uttrykk ved at arbeidsgiverarbeidsgiver plikter å legge til rette for blant annet forsvarlig arbeidsmiljø. Lovens formål er å:

“(…) sikre arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon som gir trygghet”

Arbeidstakere skal aktivt delta og bidra sammen med virksomheten slik at kravene om et godt og sikkert arbeidsmiljø blir iverksatt og opprettholdt. Arbeidsmiljøloven har ifølge Karlsen (2010) sterke kvalitetskrav ovenfor arbeidsgiveren. Arbeidsgiveren har plikt til å innrette arbeidsplassen fult forsvarlig, som vil si at arbeidsgiveren skal gjøre alt som er nødvendig for å sikre at lovens krav opprettholdes.

Et sentralt element i faglig styring i hjemmesykepleien vil være å etablere nødvendige rutiner for utførelse av ulike arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon. Forsvarlighetskravet har også en dobbeltfunksjon. Den er både en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenesten bør være, i tillegg danner den normene som er et utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen til det forsvarlige går. Forskrift om internkontroll i helse og omsorgstjenesten trådte i kraft i 1997.

“Formålet for lovgivningen er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse - og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene”

Myndighetenes krav til internkontroll kan sees på som en indirekte styringsform der faglig forsvarlig helsehjelp skal ytes av hjemmesykepleien. Det er hjemmesykepleien som selv skal bli holdt ansvarlig for å drive faglig forsvarlig. Forskriften gir hjemmesykepleien frihet og selvstendighet til å utvikle tilpassede løsninger, men samtidig også større ansvar for intern



styring i samsvar med regelverk (Lindøe & Lunde 2012).

Internkontrollsystemer har som formål å sikre at lover og forskrifter blir oppfylt. Dette betyr også at kravet om faglig forsvarlig omfattes av internkontrollforskriften.

Demingssirkel

I følge Prop. 91 L (2010- 2011) består faglig forsvarlighet av tre hovedelementer som sier at tjenesten må holde tilfredsstillende krav, ytes i tide og ha tilstrekkelig omfang. Alle som yter helsetjenester er pålagt å ha et styringssystem som sikrer faglig forsvarlige tjenester. I følge Helsetilsynets rapport (1/2016) omfatter dette å planlegge, iverksette, kontrollere og korrigere tjenester. Dette samsvarer med Demings sirkel.

I følge Molven (2015) kan faglig forsvarlighet sees på som at arbeidet skal være faglig forsvarlig og at det skal ytes omsorgsfull hjelp. Faglig forsvarlighet er knyttet til personvern Prop. 91 L (2010-2011). For å kunne utøve forsvarlighet må ansatte i hjemmesykepleien ha tilgang til informasjon. I den forbindelse er tillit en viktig del av samhandlingen mellom



pasienten og tilbydere.

Mulige farekilder som kan føre til feilaktige beslutningsgrunnlag, kan være mangelfull eller tilbakeholding av informasjon. Pasienter kan også unnlate å ta kontakt på grunn av mangel på tillit.

Norsk Sykepleieforbund (2013)

“Fagleg forsvarleg verksemd handlar ikkje berre om medisinske vurderingar i snever forstand. Det handlar til dømes også om når og korleis informasjon blir gitt og medverknad sikra.”

(Braut 2008, s.2223)

2.6 Sikkerhetsinformasjonssystemer

Sikkerhetsinformasjonssystemer, har etter hvert blitt et element innenfor moderne sikkerhetsstyring. Dette kan sees på som en del av internkontrollen for å sikre faglig forsvarlige tjenester.

I følge Aven et al., (2004) blir informasjon om uønskede hendelser registrert, analysert og benyttet som grunnlag for å utvikle og implementere risikoreducerende tiltak. Effekten av tiltakene kan vurderes ved å registrere reduksjon i hendelser eller alvorlighetsgrad.

Det kan tenkes at et felles sikkerhetsinformasjonssystem for kommunale hjemmesykepleie kunne bidratt til å redusere blant annet pasientskader med 25 prosent som er målet til norske myndigheter innen 2019 (NOU 2015:11).

Bruk av et slikt system kan gi en tilbakemeldingskontroll. Systemet kan benyttes til utarbeidelse av risikoanalyser samt å være et virkemiddel for å identifisere hvor ressurser, innsats og kunnskap bør settes inn. Det er flere prinsipper som må oppfylles hvis et slikt system skal fungere. Noen av disse er at dataene må inneholde konsistens og nøyaktighet som fordrer et godt verktøy for innrapportering, og en opplæring som må samsvare med den kvaliteten som ønskes på informasjonen. En annen faktor som må være tilstede er at sikkerhetsindikasjonene må være dekkende for det en ønsker å måle. Informasjonen må også være tilgjengelig (Aven et al., 2004).

I følge Cappelen (2015) er det mangler på kunnskap om pasientskader og uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten. Det stilles spørsmål om forskjellige meldeordninger innen helsetjenesten kan ha bidratt til at vi mangler denne kunnskapen.

“En felles meldeordning og varslingsplikt som er gjennomgående for hele helsetjenesten kan være et viktig tiltak for å oppnå bedre kunnskap om pasientskader” (Cappelen 2015, s. 89).

I følge Lindahl (2010) må kvalitet på tjenestene måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten synes som et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem. Manglende tilgang på informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), koordinering og manglende IKT funksjonalitet i forhold til å innhente data menes å være en hoved hindring for å dokumentere kvalitet. I ulike kommuner brukes ulike datasystemer som ikke kommuniserer tilfredsstillende sammen. For at sammenlikning av måltall for kvalitet skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Lindahl (2010) mener at arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt. Her kan en se på sykehjem og hjemmesykepleien som to enheter som det må tilpasses til på ulike måter. Kompetanse er et sentralt punkt for å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten og kan gjennomføres som regionale og nasjonale satsinger. Det kan også brukes for å få mer lederfokus på kvalitet, samt få kunnskap om kvalitet (Lindahl 2010).

“På bakgrunn av litteraturen på feltet og informasjon som utvalget har innhentet i løpet av sitt arbeid, har utvalget drøftet behovet for forsterket oppmerksomhet om betydningen av i) risikobeviste ledere på alle nivå, ii) kompetente og ansvarlige ansatte og iii) god ivaretagelse av pasienter slik at de på en god måte får medvirke i prosessen som berører egen helse.” (NOU 2015: 210)

2.7 Avvik

Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO, definerer generelt avvik som “mangel på oppfyllelse av et krav” (ISO 9000: 2005, s. 23). Statlige tilsynsorganer benytter avvik, som brudd på krav i gjeldende regelverk. Avvik kan også være uheldige, uønskede eller utilsiktede hendelser. Hovedregelen er at både hendelser som har ført til betydelig skade og hendelser som kunne ha ført til betydelig skade regnes for avvik skal rapporteres. Det må ansees som sentralt å se på avviksregistrering som en del av et kvalitetssystem. ISO definerer kvalitet som “I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav.” (ISO 9000: 2005, s.15).

Alle avvik skal rapporteres til nærmeste overordnede, avhengig av alvorlighetsgrad skal de også meldes myndighetene ifølge helsepersonell loven § 17. Hjemmesykepleien er en arena hvor etiske dilemma er del av hverdagen. De etiske dilemmaene gjør at en må ha ekstra fokus på informasjon. Fokus på det som fungerer bør være en del av hverdagen. Det trengs tid og refleksjoner rundt de beslutningene som må tas. Kompetanse, vurderingsevne, fleksibilitet og handlingsrom til å utføre oppgaver er en del av det som må til for at hjemmesykepleien skal kunne utføre sin praksis faglig forsvarlig.

3.0 METODE

Kapitlet redegjør for fremgangsmåten som er benyttet for å samle informasjon og skrive oppgaven. Redegjørelsen inkluderer en forklaring på hvilke vurderinger som er gjort i forbindelse med valg av metode. Avgrensninger i undersøkelsen blir også behandlet i dette kapitlet. Hensikten er å tydeliggjøre forskningens troverdighet gjennom en systematisk beskrivelse av fremgangsmåten. Arbeidet resulterte i bruk av kvalitativ metode for å søke å finne svar på problemstillingen vår:

Hvilke sikkerhetsfaktorer gis oppmerksomhet i hjemmesykepleien og fungerer disse tilfredsstillende?

Vi ønsket en praksisnær oppgave som knyttet sammen vår sykepleiefaglige bakgrunn med samfunnssikkerhet og sikkerhetsteorier. I arbeidet med oppgaven følte vi oss litt på “innsiden” av hjemmesykepleien fordi vi er sykepleiere. Samtidig følte vi oss litt på “utsiden” fordi vi brukte samfunnssikkerhets teorier i vår tilnærming til å forsøke å gi svar på problemstillingen.

Tidlig i prosessen benyttet vi oss av litteratur for å innhente kunnskap om hvordan skrive akademiske tekster, og deriblant Hall (2013)

3.1 Kvalitativ metode

Arbeidet med oppgaven har blitt gjennomført som en kvalitativ studie. Målet var at informasjonen som ble innhentet skulle reflektere informantenes erfaringer og meninger. Gjennom en kvalitativ tilnærming er det ønske om å gå i dybden og det innebære å se på prosesser og meninger som ikke kan måles i tall og hyppighet. Metoden egner seg godt til studier hvor tematikken er lite forsket på fra før (Thagaard 2013).

3.2 Case design

Case studiet er et studie av en enhet, og kommer fra det latinske ordet casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle (Langhelle 2015)⁵. Yin (2009) beskriver Case som en studie som kan bli brukt i forskjellige situasjoner. Vi benyttet studiet som en undersøkelse av hjemmesykepleien som et system begrenset til tre kliniske indikatorer.

Gjennom tema, problemstilling og forskningsspørsmål så vi tydelig nytteverdien av å bruke casestudiet. Med utgangspunkt i hva vi ønsket å undersøke og hvilke forskningsspørsmål vi ønsket å besvare, var det mest nærliggende valget å benytte holistisk singel case. Studiet er begrenset til å kun gjelde de valgte kliniske indikatorene. Noe som betyr at vi i forskning utelukkende vil ha fokus på utvalgte sider av en hjemmesykepleiesone i en kommune.

I Yin (2009) beskrives flere ulike typer forskningsspørsmål. Who, what, where, how and why. Hvilken forskningsstrategi en benytter bestemmes i stor grad ut fra hvilke forskningsspørsmål en ønsker å finne svar på. Jo mer spørsmålene søker å forklare nåværende omstendigheter som hvordan (how) og hvorfor (why), jo mer relevant vil et casestudie være.

Forskningsspørsmålene vi har valgt for å forsøke å besvare problemstillingen er:

1. Hvordan samsvarer prosedyrer og retningslinjer med gjeldene praksis i virksomheten?
2. Hvilke faktorer i dette systemet er med på å redusere eller øke risikoen?

Case studier er godt egnet som metode når forskningsspørsmålene er hvordan og hvorfor. (Yin 2009) Vi har brukt spørreordet "*hvordan*" som et nyttig redskap for å opparbeidet oss kunnskap om sammenhengen mellom prosedyrer og retningslinjer på den ene siden og praktisk utførelse på den andre siden. Spørsmålet er hvordan faktorene er med på å redusere eller øke risikoen, og hemmer eller fremmer pasientsikkerhet.

For å finne ut hvilke forskningsspørsmål som best kunne besvare problemstillingen vår har vi gjort oss kjent med relevant litteratur. En slik litteraturgjennomgang er et nødvendig virkemiddel for å nå målet om å lage gode spørsmål (Yin 2009, s.14).

⁵ Forelesning MEN 115 Kvalitative metoder Høst 2015. UIS

3.3 Datainnsamling

Datainnsamling dreier seg om å hente inn opplysninger om et fenomen eller situasjon man ønsker å studere eller forske på. Blaikie (2010) deler datainnsamling inn i tre hovedgrupper. Primær, sekundær og tertiær datakilde. Primær datakilde er datainformasjon som er samlet inn av forskeren selv, og karakteriseres av at det er direkte kontakt mellom forsker og kilde, for eksempel gjennom intervju, observasjon eller eksperiment (Blaikie 2010). Sekundærdata beskrives som rådata som er samlet inn av andre. Det kan være blant annet statistikker, lovgivning og retningslinjer. Tertiærdata er data som man kan få ut fra tidligere undersøkelser, og er resultater av andres innsamling og analyse av data.

Oppgaven hentet det empiriske grunnlag gjennom primær- og sekundærdata. Sekundærdataene er samlet inn gjennom litteratur - og dokumentstudiet. Dette innbefatter blant annet NOUer, lover, forskrifter og retningslinjer, skrevne prosedyrer og rutiner. Arbeidet med gjennomgangen av sekundærdata hadde som mål å gi økt forståelse og et grunnlag til å gi et tydeligere bilde av de sikkerhetstilrådingene, tiltak og barrierer som er knyttet til hjemmesykepleie. Tertiærdata, analyser og andres forskningsresultat ble brukt å for å underbygge eller støtte opp om funnene. Primærdata er samlet inn ved fokusgruppeintervju, og skal gi svar på om det er samsvar mellom prosedyrer og praksis.

Gjennom litteratur -, dokumentstudiet og gruppeintervju ble det gjort funn som rettet seg mot problemstillingen. Kombinasjonen av ulike former for datainnsamling beskrives av Ellefsen (1998) som datatriangulering.

“(...)som en måte å kartlegge terreng på ved å få informasjonen fra ulike vinklinger.”(Ellefsen,1998, s. 269)

Formålet med triangulering kan begrunnes i ønske om å validere funn som er gjort, eller som et redskap for å få flere perspektiver på samme fenomen. Som beskrevet over ble informasjonen først og fremst innhentet gjennom litteraturstudie, deretter dokumentstudiet og til sist gjennom intervju med informantene.

I case studier kan datatriangulering være en viktig komponent i arbeidet med å samle informasjon fra ulike kilder, rettet mot å bekrefte samme fakta eller fenomen (Yin 2009). Ulike typer kilder kan være dokumenter, rapporter og intervjuer (Ramiran 2007).

3.3.1 Litteraturstudie

Hensikten med litteraturstudie har vært å få en helhetlig forståelse av oppgavens tematikk. Litteraturen har vært et bakteppe for opparbeidelsen av kunnskap til å formulere spørsmål, som skulle gi svar på problemstillingen og forsknings spørsmålene.

Tilstrekkelig tid var verdifullt for få en dypere forståelse av datamaterialet og utvidet kunnskap. Tidlig i prosessen ble kunnskapssenteret kontaktet, og vi fikk kjennskap til manglende forskning om hjemmesykepleie og utfordringer i systemet. Det ble klart at det ikke var noen felles innrapportering- registrering av uønskede hendelser på tvers av kommunene. NOUer og rapporter fra Helsetilsynet ble gjennomgått, parallelt med artikkelsøk relatert til hjemmesykepleien generelt. Gjennom litteraturen ble det sett utfordringer på områder som det var ønske om å undersøke nærmere. Funnene i litteraturen var bidro til valgte indikatorer, og videre kunnskapsinnhenting på områdene. I tillegg til NOUer, rapporter, lovverk, og bøker ble det brukt søketjenestene; Cinahl og Web of science. Valgte søkeord var primory care, home care og safety in home care.

I videre søken etter informasjon ble Norsk pasientskadeerstatning kontaktet. De kunne bidra med oversikt over saker innrapportert fra hjemmesykepleien i tidsrommet 2006 -2015. Det var tilsammen 24 saker, 9 medhold og 12 avslag.

3.3.2 Dokumentstudiet

Tidlig i prosessen ble det klart hvilken kommune vi skulle samarbeide med. Det var nødvendighet da ulike kommuner organiserer hjemmesykepleien ulikt. For å innhente spesifikk informasjon om kommunens organisering av hjemmesykepleien var det avgjørende å gå gjennom interne dokumenter. Det ble sendt ut flere e-poster, og møter med ansatte i kommunen, både på kommunalt hjelpemiddellager og i fagstab levekår har blitt gjennomført. Videre ble Utviklingssenteret for hjemmetjenester og sykehjem kontaktet, for råd og

kunnskapsutveksling. Deltagelsen på Utviklingskonferansen 2016 gav en generell kunnskap om utfordringer kommunehelsetjenesten kan stå ovenfor i fremtiden. Kunnskapsinnhentingene ble gjort for å få et bredt og helhetlig grunnlag for det videre arbeidet.

Gjennom dokumentstudiet har vi sett på interne retningslinjer og prosedyrer relatert til de kliniske indikatorene. Aktuelle dokumenter som ble gjennomgått var blant annet kommunens prosedyrehåndbok, med ulike administrative- og fagprosedyrer. Det var også aktuelt å se på kommunens avvikssystem, men omstillingen fra manuell til elektronisk innrapportering, var i oppstarts fasen og dette ble vanskelig å få til.

Hjemmesykepleien skal ivareta pasientsikkerheten gjennom faglig forsvarlige tjenester. Formålet med studien var å undersøke hvordan retningslinjer og prosedyrer samsvarer med den praktiske utførelsen og hvordan dette ble vurdert faglig forsvarlig. Gjennom fokusgruppeintervjuer med ledere og sykepleiere har vi prøvd å se på hvordan dette gjennomføres i praksis.

I søken etter kunnskap var målet kritisk kildebruk. Kildekompasset.no var ett av hjelpemidlene for å kvalitetssikre kildene våre.

3.3.3 Intervjuer

Det empiriske grunnlaget er i tillegg til litteratur og dokumentgjennomgang også hentet gjennom fokusgruppeintervjuer. Informanter ga oss innsikt om hvordan arbeidet rundt de kliniske indikatorene fungerer i praksis. I denne oppgaven relaterer vi sikkerhetstiltak og barrierer til blant annet utfordringer i forhold til informasjonsflyt og informasjonsforståelse, sikkerhetstenkning og beslutninger rundt interessekonflikter.

“Intervju er et møte der intervjuere og informantene samarbeider om å produsere versjoner av en fortelling om begges handlinger, erfaringer, tanker og følelser.” (Aase & Fosskåret, 2007)

Andersen (2006) beskriver betydningen av nøkkelinformanter og sier at de har en inngående kunnskap om situasjoner som intervjuet skal belyse. Nøkkelinformantene våre var ledere for sonen og sykepleiere som var ansatt. Sykepleierne kunne gi oss kunnskap om den skarpe

enden og hvordan hverdagen som sykepleiere i sonen utarter seg og deres forhold til ulike retningslinjer. Lederne gav oss innsikt i hvordan begrepet faglig forsvarlighet kom til uttrykk i denne sonen.

Olsen (2015)⁶ beskriver at informantenes pålitelighet varierer med holdninger, erfaringer, sakene det gjelder, situasjon og tidsspenn. Informantene kan av ulike grunner være selektive og holde tilbake informasjon (Andersen 2006). Frykt for sanksjon eller for å skade organisasjonens renommé kan være noen årsaker til dette. I forhold til sistnevnte kan det være hensiktsmessig å sikre informantenes anonymitet når funn beskrives i forskningen. I midlertid kan anonymiteten innad i fokusgruppen vanskelig ivaretas. I forkant av våre intervjuer ble informantene informert om at vi ikke ønsket personopplysninger og det ble også snakket generelt om taushetsplikt. I intervjusituasjonen ble det benyttet håndskrevne notater. En av oss stilte spørsmålene og var aktiv med oppfølgingsspørsmål. Den andre skrev fortløpende notatene, og kom med innspill etterhvert som samtalene utviklet seg.

Intervjuene ble utformet med som semistrukturerte fokusgruppe intervju. Poenget var å få i gang en diskusjon rundt de tre valgte kliniske indikatorene. Vi ønsket å foreta gruppeintervju for å få innsikt og kjennskap til hvordan ulike prosedyrer fungerer, hvordan dette gjennomføres og tolkes i praksis. Ønsket var å sammenlikne de ulike momentene av beskrevne retningslinjer opp mot ansattes tolkning og håndtering i praksis.

Vi utarbeidet en intervjuguide som ble sent til informantene en uke i forkant av intervjuet⁷. Hensikten var å gi informantene tid til å sette seg inn i problemstillingen. Intervjuene ble gjennomført som to fokusgruppe intervju. Det første intervjuet bestod av fire sykepleiere, det neste intervjuet bestod av to ledere. Det kan være vanskelig i forkant å si noe om hvor mange intervju som trengs, da det aktivt bør arbeides med å komme til et metningspunkt. Metningspunkt foreligger når det gjennom intervjuet ikke kommer frem nye opplysninger som er verdt å forske videre på (Rødne, 2015)⁸. Gjennom intervjuene oppnåddes det en viss grad av metning når det gjaldt indikatorene.

⁶ Forelesning SAM 600 Granskingsmetodikk. Høst 2015. UIS

⁷ Intervjuguide vedlagt som Vedlegg 2

⁸ Forelesning MEN 115 Kvalitative metoder. Høst 2015 UIS.

Fordelen med gruppeintervju som beskrevet i Guldvik (2002), er at en gjennom språk og samtaler bidrar med ulike bilder av virkeligheten.

“Kunnskapingen skjer ved at sosial mening og fortolkninger av fenomener forhandles fram i interaksjon mellom deltakerne” (Guldvik 2002, s. 16).

Guldvik (2002) mener videre at ulike personer danner seg ulik oppfatning av den observerte virkeligheten gjennom egne erfaringer. En gruppediskusjon kan få frem de ulike forestillingene om hva som legges i faglig forsvarlighet og hva som er formelle hinder i arbeidshverdagen. Målet var å se på sikkerhetstenkningen til ledere og ansatte i hjemmesykepleien, og hvordan dette gjorde seg gjeldende i praksis.

Gruppeintervju gir deltakerne større mulighet til å definere situasjonen selv, og de styres mindre. Dette kan gi både fordeler og ulemper. Fordelen med gruppeintervju er gruppedynamikken og samhandlingen som skapes i gruppen bringer frem innsikt. Spørsmål fra forskeren stimulerer deltakerne til idéer, tanker og meninger. Man kan si at de hjelper hverandre med å tenke, de sjekker ut egne erfaringer mot andres, støtter, supplerer og bekrefter hverandre (Kitzinger 1994).

Engasjement i en fokus gruppe fordrer at temaet er interessant og relevant, da dette kan høyne refleksjonsnivået. Det er en fordel at informantene i et gruppeintervju ikke er for like. Ved for lik gruppe kan dette gi entydige svar, som ikke trenger å skyldes at situasjonsforståelsen er entydig, men at gruppen er for lik. I vårt intervju var informantene fra to forskjellige nivåer, og dermed var muligheten for nyanser til stede. I tillegg hadde de ulike videreutdannelser, noe som også kan bidra til at gruppen ikke var for lik. En ulempe med fokusgruppeintervjuer er at gruppen kan ta styringen over intervjuet slik at det kan være vanskelig å få den nødvendige informasjonen man trenger. Gruppen kan også være preget av dominans av sterke gruppedlemmer og deres synspunkter. Som forskere hadde vi lik bakgrunns utdanning som informantene dermed fikk vi en følelse av å være likestilte og at informasjonen fløt i retningen vi hadde tenkt.

God forankring med ledelsen ble ansett som nødvendig for å få tilgang til informanter og informasjon. Høyland, Hollung & Olsen (2015) gav en forståelse av viktigheten av å ha informantene på lag, og prøve å gi informantene eierforhold til temaet og problemstillingen

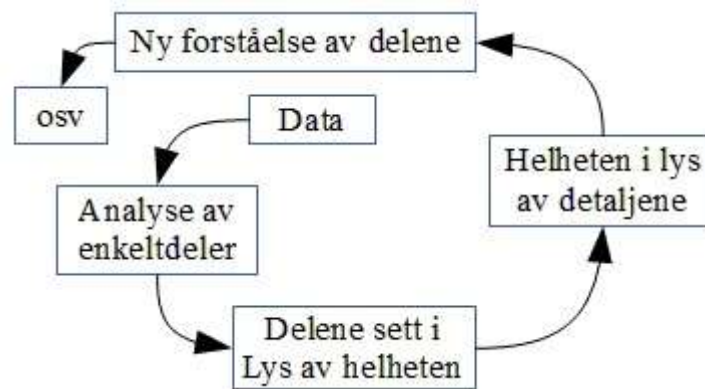
vår. Ledelsen ble kontaktet per telefon og ga klarsignal til samarbeid. Slik kan forankringen som ble oppnådd sees på som en gatekeeper for tilgang til relevant informasjon. Ønsket var tre gruppeintervjuer med en bred gruppesammensetning, bestående av sykepleiere. Det ble raskt klart at hjemmesykepleien har en travel arbeidshverdag, avtalen ble dermed tilgang til to intervjuer. Informantene bestod i det ene intervjuet av sykepleierne som hadde dagvakt, og det andre intervjuet av lederne. Gjennom samtaler med lederne i forkant oppstod et en forståelse av at sykepleierne var godt kjent med rutinene i hjemmesykepleien.

Noen av informantene var videreutdannet og alle hadde kontaktansvar for pasienter. Dette var med på å underbygge vår forståelse av at de var kjent med rutiner og retningslinjer og gav dermed troverdighet til informasjonen de formidlet.

3.4 Datareduksjon

Etter at fokus gruppe intervjuene var ferdige, ble det satt av tid til å renskrive notatene fra intervjuene. Vi valgte å benytte tiden samme dag for å bedre å huske hva som ble sagt. Det var mer tidkrevende en planlagt, og arbeidet var ferdig i de sene nattetimer. Det var viktig å ha formuleringer friskt i minne, for å kunne notere ned noen direktesitat som kunne benyttes videre i oppgaven. Fokuset var at materiale skulle bearbeides minst mulig. Utfordringen var å formulere informasjonen og gjengi den så autentisk som mulig, uten å blande inn egne tolkninger. Deretter gikk vi gjennom de viktigste elementene. Vi innså at ikke all informasjonen kunne tas med videre. I etterkant så vi nytteverdien av grundige notater.

De renskrevne notatene ble på 18 sider. Vi brukte tid på å tenke ut hvordan en best mulig kunne sile ut det viktigste, slik at vi lettere kunne forholde oss til hva som var relevant. Detaljer er viktig i den kvalitative metoden, men vi måtte sette grense for hva som skulle tas med i drøftingen. Målsettingen var å kunne tilføre innsikt. Ønsket var å fortolke og gjøre rede for viktige mønstre, avvik eller andre sammenhenger. Som illustrert i figuren under (Jacobsen 2015, s. 198).



Vi så her klart fordelene av at begge har bakgrunn som sykepleiere og hadde opparbeidet oss kunnskap gjennom blant annet litteraturstudiet før intervjuene ble utført. Dataene innhentet fra intervjuene sammen med litteraturstudien og dokumentstudier ble deretter satt sammen i Bow tie diagrammer.

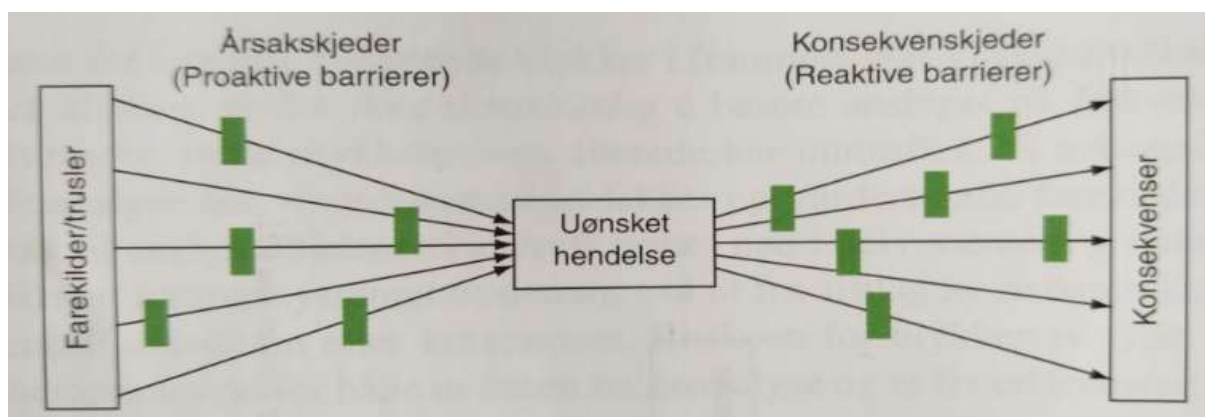
3.4.1 Bow-tie

Det ble laget tre Bow-tie diagrammer. Hvert diagram har et eksempel på en uønsket hendelse, som henger sammen med de kliniske indikatorene. Hensikten var å gi et visuelt overblikk av ulike hendelser og situasjoner som kan oppstå samt å identifisere mulige barrierer.

Diagrammet skal illustrere en tidslinje fra mulige farekilder / trusler til en uønsket hendelse inntreffer. Videre var målet å vise hvilke konsekvenser som kunne oppstå i etterkant og mulige barrierer for å redusere disse. I diagrammene er hendelser markert som vertikale rektangler og barrierene som horisontale stolper⁹. Oppsettet brukes for å prøve å illustrere tidslinjen med hendelser og barrierer.

Bow-tie diagrammene våre er ikke er ikke en absolutt sannhet, men utelukkende ment som et diskusjonsgrunnlag. Diagrammene kan presentere noen gyldne sammenhenger, som vi har hatt utbytte av i denne studien.

⁹ Vedlegg 1A,B og C



Risikoanalyse av en uønsket hendelse. Bow-tie diagram (Rausand & Utne, 2009 s. 82).

3.5 Etisk forskning

Etikk kan handle om verdier. Etikk er en del av forskningen og av den grunn faller det naturlig å forklare noen av de etiske problemstillingene som vi har stått ovenfor.

I et forskningsprosjekt skal personopplysninger fra informanter behandles konfidensielt. “Lov om behandling av personopplysninger” definerer dette. Norsk senter for forskningsdata (NSD) sier at prosjekt som skal omhandle personopplysninger som navn, fødselsnummer, kjønn, og som fører til at informantene kan gjenkjennes, er meldepliktig. Forskningsprosjekt knyttet til medisinsk og helsefag skal også godkjennes av Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig etikk (REK), for å ivareta god og forsvarlig forskning.

Da tema og problemstillingen var avklart ble prosjektet vurdert som ikke meldepliktig fordi oppgaven studerer systemet, ikke enkeltindivider. For å være på den sikre siden ble det gjennomført en meldeplikttesten på NSD. Svaret var at prosjektet ikke var meldepliktig. Oppgaven er å regne som et kvalitetssikringsprosjekt for å undersøke om prosedyrer og retningslinjer som skal ivareta pasientsikkerheten, samsvarer med praktisk utførelse. Vurderingen var at studien ikke falt inn under kriteriene for å søke REK. Som en kvalitetssikring ble det utformet e-post til REK og svaret var at slik prosjektet var beskrevet i e- posten, var dette en studie som ikke er omfattet av helseforskningloven og dermed ikke fremleggingspliktig for REK. Sammen med veileder ble det avklart å sende e- post med

prosjektskissen til personvern-ombudet i kommunen. Det ble bekreftet at personvernombudet sikkerhetskontrollerte prosjektet vårt.

For at hjemmesykepleien skal kunne fungere tilfredsstillende som system er tillit grunnleggende. I forkant reflekterte vi over et ønske om å ivareta tilliten fra informantene. Fokus gruppeintervjuer ble gjennomført og svarene dokumentert manuelt uten bruk av båndopptaker. Personlige opplysninger om informantene ble utelatt fordi, de ikke var relevante for oppgavens besvarelse. I tillegg ville det svekket informantenes anonymitet. Fokuset i intervjuet var rettet mot å besvare forskningsspørsmålene.

Videre i oppgaven er ønske om å ha fokus både det som er velfungerende i hjemmesykepleien, samtidig å rette fokus på hvilke sikkerhetsutfordringer som kan være tilstede.

3.6 Styrker og svakheter

Problemstillingen har vært tydelig, bare justert med små marginer i begynnelsen av prosessen. Det har ført til klart fokus på problemstilling, som har vært positivt, fordi det har gitt rom for å vurdere relevante fakta fortløpende.

Relabilitet handler om pålitelighet og troverdighet. Kan man stole på undersøkelsen? Ville en kommet frem til tilnærmet samme resultat dersom den samme undersøkelsen hadde blitt gjennomført på ny (Jacobsen 2015). Den rettslige standarden, faglig forsvarlighet har blitt benyttet som et relabilitetskriterium. Fokus gruppe intervju ble valgt blant annet fordi det var ønskelig å oppnå en diskusjon rundt temaet faglig forsvarlighet tuftet på de tre indikatorene. Spørsmålene i intervjuet ble stilt som åpne spørsmål som ga mulighet til refleksjon. En utfordring knyttet til refleksjon er at den kan påvirkes av gruppesammensetningen. Personlige egenskaper, tid og rom kunne gitt mulighet for andre refleksjoner og assosiasjoner. Vi mener at kjerne- og detalj svarene ville vært det samme hvis undersøkelsen hadde blitt gjort på et annet tidspunkt.

Det kan være en usikkerhet knyttet til om andre ville kommet frem til samme resultat dersom tilsvarende undersøkelse hadde blitt gjort på et annet tidspunkt. Omstillingen i kommunen

omfattet organisatoriske endringer. Kommunens samordningsenhet har overtatt saksbehandling vedrørende ressursforvaltning til pasienter som søker om vedtak på hjemmesykepleie. Ved dokument gjennomgangen og intervjuene, var den organisatoriske endringen nylig startet. Informasjonen som fremkommer i intervjuene kan derfor være basert på hvordan hjemmesykepleien har vært organisert tidligere.

Kommunen gjennomgår i tillegg en omlegging av avvikssystemet fra manuell til elektronisk registrering. Elektronisk registrering av avvik kan i en omstillingsfase kreve merarbeid i forhold til blant annet opplæring i registrering og behandling i etterkant. Det kan sees på både som positivt og negativt at kommunene er i en omstillingsfase. Det positive er at vi kanskje har klart å fange opp noen av de nyansene som kan dukke opp i en slik fase. Det negative er at validiteten kan være svekket på grunn av endrede forutsetninger.

En fare er at forskere kan være med på å tolke informasjonen fra sine informanter (Thagaard 2013). Det er kanskje grunn til å anta at vår bakgrunn som sykepleiere har bidratt til å gi oss mer og kanskje en annen type informasjon enn uten en slik faglig ballast. Kjennskap til systemet og at man er på “innsiden” i forhold til kunnskap om systemet er positivt. Det kan også være utfordrende i en slik kontekst da utdannelsen og bakgrunnen kan prege vår måte å forstå informasjonen på. Vi har prøvd å kompensere for mulige tolkninger ved å renskrive informantens svar umiddelbart, og så nøyaktig og riktig som mulig for å gjengi informantenes svar med minst mulig fortolkning.

Kjennskap til systemet kan ha påvirket intervjusvarene negativt og kan ha lagt bånd på informantene. I en kommune kan forholdene være ganske små, og “alle kjenner noen”. Styrken har vært at vi har såpass god kjennskap til kommunehelsetjenesten at det var unødvendig med utdypende forklaringer på informasjonen. Dette opplevdes som en styrke da vi hadde tilmålt tid for hvert intervju og både lederne og sykepleierne kikket på klokken da tiden nærmet seg utløp. På den måten sendtes det ut signaler som kan tolkes som at intervjuet måtte avsluttes.

Kommunehelsetjenesten bruker fagspråk, som kan skape avstand mellom forsker og informanter. Styrken vår er inngående kjennskap til termologien og på den måten var ikke det et hinder for forståelsen, heller en berikelse.

Vi ser på vårt samarbeid om oppgaven som en styrke. Å skrive oppgaven sammen har gitt oss muligheten til grundige diskusjoner om temaet og de utfordringer som kom til uttrykk underveis. Gjennom prosessen hatt det oppstått flere diskusjoner som har gitt refleksjoner og ettertanker. Vi har i felleskap kommet frem til slutninger vi mener er tuftet på grundig argumentasjon, som er med på å underbygge valgene våre. Å være to i intervjusituasjonene gav flere fordeler. En kunne ta notater, og den andre kunne stille hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål. I tillegg kunne vi diskutere situasjonen i etterkant.

Intervjuguide ble sendt ut en uke i forkant av intervjuet. Styrken i dette er informantenes mulighet til å sette seg inn i spørsmålene. Svakheten kan være at svarene vi fikk kan ha vært strategiske og planlagte.

Flere av informantene var videreutdannet. De opplevdes med en stor interesse for faget og økt kunnskap og engasjement rundt pasientene. De gav uttrykk for kjennskap til systemet og det fremkom til dels sterke og personlige meninger. Et eksempel var at en sykepleier var veldig frustrert. Hun var lei av å rydde opp etter fastlegene. Utsagn som dette styrket vår opplevelse av at meningene var ekte, og ikke tildekket. På den andre siden var det noen som snakket mer enn andre, som gjorde at kanskje ikke alle stemmene kom frem like tydelig. Det kan ha ulike forklaringer som blant annet kan speile både personlighet, ulik maktforhold eller tro på egen mestring. I etterkant ser vi at flere intervjuer kanskje kunne gitt mulighet til flere nyanser, men på grunn av omstillingen og travelheten i sonen, var dette vanskelig å la seg gjennomføre.

I et casestudie, er ikke hensikten å generalisere funnene til en større sammenheng, slik kvantitative undersøkelser gjerne har som mål. Vi anser heller at våre funn kan indikere mulige sammenhenger og at oppgaven eventuelt kan fungere som et grunnlag for videre forskning og utviklingsarbeid, eller kvalitetssikring.

4.0 FUNN I UNDERSØKELSEN

4.1 Bakgrunn

I dette kapitlet fremstilles en oppsummering av funn gjort i arbeidet med litteratur, dokumentstudiet og fra intervjuene med to virksomhetsledere og fire sykepleiere. Hensikten med undersøkelsen har vært å fremskaffe ny kunnskap om et område det har vært lite forskning på tidligere, og å sette eksisterende helsefaglig kunnskap inn i en sikkerhetsteoretisk ramme. Derfor har vi valgt å presentere litteraturgjennomgangen i dette kapitlet.

Spørsmålene som ble stilt i intervjuet ligger som vedlegg til oppgaven¹⁰. Strukturen i empiri kapitlet følger de kliniske indikatorene. Først med litteraturstudier, så dokumentstudier, etterfulgt av funn fra intervjuene. Det er brukt tre indikatorer som kan speile systemet hjemmesykepleien.

For å få et skjelett til de kliniske indikatorene, er tre eksempler på Bow-tie diagram benyttet for å se på årsakskjeder. Bow-tie diagrammene kan gi en oversikt over sammenhengen og komplekse årsakskjeder som kan lede til en uønsket hendelse med påfølgende konsekvenser. Uønskede hendelser er satt opp som eksempler for å vise gangen fra farekilde til konsekvens. Vi har indikert noen potensielle hendelser og barrierer både på årsaks - og konsekvenssiden. Bow-tie diagrammene kan sees på som et skjelett, og er ment som et utgangspunkt for å få et helhetsbilde¹¹.

Kapitlet er strukturert med litteraturstudiet, etterfulgt av dokumentstudiet, med påfølgende funn fra intervju. Først med sykepleiere, deretter soneledere, før det til slutt gis en samlet kort oppsummering av funnene. Vi har valgt å presentere funnene tematisk. Gjennom den leste litteraturen, opplysninger fra dokumenter og gjennom funn fra informanter oppstod en gradvis og intuitiv forståelse av, hvor sårbarheten i systemet gjør seg gjeldene. Presentasjonen av funnene bygger derfor på en simultan analyse av hva som rørte seg i systemet, heller enn en eksplisitt etterhåndsanalyse.

¹⁰ Vedlegg 2 intervjuguide

¹¹ Vedlegg 1 A, B og C, Bow –tie diagram

I funnene fra intervjuene, vil det utelukkende bli referert til det våre informanter har formidlet. Noe av informasjonen blir direkte referert til av oss, skrevet i kursiv. Teksten for øvrig er hentet fra notatene som ble skrevet under intervjuene.

Hjemmesykepleien var i en omstillingsprosess da intervjuene ble gjennomført. Det var organisatoriske endringer, som blant annet betyr at vurdering av vedtak om hjemmesykepleie som tidligere ble behandlet av soneleder nå blir utført av samordningstjenesten.

Som tidligere nevnt ble det strategisk valgt tre indikatorer, hentet fra vesentlige fagområder, som medikamenthåndtering, sårbehandling og velferdsteknologi. De kliniske indikatorene som er valgt er INR, kroniske sår og trykksalarm. Indikatorene har innvirkning på blant annet pasientsikkerhet, samfunnsøkonomi og forebyggingsarbeid.

Kunnskaper om at pasienter med blant annet rusproblematikk, psykiske vansker og demens kan ha en komobiditet som kan komplisere behandlingsforløpet er vesentlig. På tross av denne kompleksiteten, kan det være mye å hente på å se på styring av forhold som ligger bak de tre valgte indikatorene.

4.2 Systemet hjemmesykepleie

I et forsøk på å gi leseren en økt forståelse av systemet, vil det innledningsvis bli gitt en kort historisk tilnærming til innholdet i begrepet hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie, slik den er organisert i dag har forholdsvis kort historie, men pleie i hjemmet er ikke noe nytt. I Norge finnes spor helt fra Magnus Lagabøter landslov fra 1264, hvor det offentlige tar et visst ansvar for syke fattige og eldre som ikke greide dette selv eller fikk hjelp av familien (NOU 1992:1).

Utover 1800 og 1900 tallet hadde den frivillige sektoren et viktig engasjement, og pleie i hjemmet hang sammen med velferdsutviklingen. På 1930 tallet ble det innført husmorvikar ordninger, bestående av kvinneorganisasjoner som hjalp familier når det trengtes. Først på 1950 tallet ble det snakk om offentlig støtte til hjemmesykepleievirksomhet (Fjørtoft 2012). Hjemmesykepleie som tjeneste ble pålagt kommunene i 1984. Etterhvert ble kravet om kvalitet, effektivisering, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning tydeligere. Andelen pasienter som mottar offentlig pleie i eget hjem har også økt. I tråd med dette, en stor økning i antall årsverk (Brevik 2010).

Kommunehelsetjenesten ivaretar personer i alle aldersgrupper, men hovedvekten ligger på eldre personer over pensjonsalder (Meld St. 29 (2012-2013)).

4.2.1 Kommunens organisering

Hjemmesykepleien er del av den kommunale primærhelsetjenesten. Kommunen har etter lovgivningen, blant annet lov om kommunale helse og omsorgstjenester, en grad av frihet til å organisere tjenestetilbudet selvstendig. Ulike kommuner kan derfor ha forskjellig oppbygning av tjenestetilbudet.

Kommunen vi har samarbeidet med har organisert hjemmesykepleietjenestene i flere geografiske områder. Hjemmesykepleien organiseres som en del av en resultatenheter, sammen med korttids- og langtidsavdelinger, serviceboliger, bofellesskap, og dag - aktivitetssenter. Hjemmesykepleien er ledet av en soneleder med en omsorgssjef som leder for resultatenheten. Resultatenheten hører organisatorisk til under fagstab for levekår og er ledet av kommunaldirektør for levekår¹².

4.2.2 Sonen og de ansatte

Hjemmesykepleiens hovedoppgave er å yte nødvendig helsehjelp ut fra en løpende individuell vurdering og gi personrettet praktisk bistand, det vil si hjelp til egenomsorg og personlig stell. I følge kommunens nettside skal ytelsen være døgnbemannet. De ansatte i hjemmesykepleien kan sees på som den skarpe enden.

Hver resultatenheter har en eller flere soner innenfor hjemmesykepleie. Sonene er ledet av en soneleder, som har det administrative, økonomiske og faglige ansvar for sonens drift. Det disponeres et visst antall biler for å nå ut til pasientene. Tilgang til private hjem fordrer at helsepersonell er ydmyke, og bevisste på pasientens rett til selvbestemmelse.

¹² Organisasjonskart med eksempel på en Resultatenheter er vedlagt som vedlegg 4.

“Dørstokken er den viktigste grensen mellom det private og det offentlige. Entre dørene, låsene, navneskiltet, dørmatten og ringeklokken kan sees på som praktiske og symbolske markeringer av denne grensen. Den er på samme tid både en barriere og et vern.” (Gullestad 1989, s.53).

Hjemmesykepleien består av assistenter, hjelpepleiere og sykepleiere. Flere med videreutdanning blant annet innenfor sår og geriatri. Antallet pasienter som har vedtak på hjemmesykepleie innenfor en sone, varierer med allmenntilstand, sykdomsforløp og ulik grad av hjelpebehov. Inn og utskrivning av institusjoner og sykehus påvirker også pasientmengden. Hjemmesykepleien forholder seg til pasientenes fastleger på dagtid. Ettermiddag og natt er det legevakten som kontaktes.

Sonene har to- delt turnus, med dag-, og aftenvakter. Ansvarlig sykepleier har hovedansvaret for vakten. Innbakt i dette er ansvaret er å betjene vakttelefonen, delegering av arbeidsoppgaver, samt samarbeid med andre instanser.

Nattpatruljen er en bydekkende tjeneste som gir hjemmesykepleie mellom 23:00 og 07:00. Nattpatruljen har faste arbeidsoppdrag. I tillegg rykker de på trygghetsalarmer og andre akutte henvendelser. Med bakgrunn i utvalgt sone, vil nattpatruljen ikke bli gitt videre oppmerksomhet i oppgaven.

Ansatte i hjemmesykepleien har plikt til å dokumentere i et elektronisk journalsystem. I Helsepersonell loven, under plikt til å føre journal står det følgende:

“Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient”

§ 40 “Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. (...) Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.”

Gjennom daglige rapporter, basert på muntlig informasjonsformidling understøttet av dokumentasjon, bidrar rapportene til informasjonsoverføring av pasientens helsetilstand og hjelpebehov. På den måten blir informasjon overført fra ett vaktskift til det neste.

4.2.3 Samarbeidspartnere og grenseflater

I gjennomgang av litteratur- og dokumentstudiet fremkom en rekke samarbeidspartnere og grenseflater til hjemmesykepleien. Samarbeidspartnerne finnes både internt i kommunen og eksternt i spesialisthelsetjenesten, andre etater og private aktører¹³. Tverrfaglig samarbeid skal bidra til å gi pasienter helhetlig pleie og omsorg. Faglig forsvarlige tjenester er avhengig at samarbeidspartnere har kunnskaper om hverandres fagfelt.

4.3 Compliance

“Compliance” er et begrep som sier noen om i hvilken grad en pasient etterlever medisinske råd fra lege eller sykepleier. Pasientens evne til “compliance” kan ha sammenheng med kognitive evner, erfaringer og persepsjon. Pasientens “compliance” er avhengig av “concordanse” som vil si enighet, og den grad pasienten er enig i et behandlingsopplegg (Toverud, Håkonsen, Svensberg & Abuelmagd, 2010). I følge pasientrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke ved valget om tilgjengelige behandlingsmetoder som legges til grunn. Dette legger også grunnlag for pasientens autonomi i betydning rett til å bestemme over seg selv.

Begrepet “compliance” kan benyttes for å forstå helsepersonell i utøvende virksomhet og deres evne og vilje til å følge rutiner og prosedyrer. Dette kan være påvirket av kultur, økonomi, sosiale faktorer, tro på egen mestring, mangel eller tilgang til kunnskap og ressurser (Efstathiou, Papastavrou, Raftopoulos & Merkuoris 2011).

¹³ Vedlagt følger en oversikt over aktuelle samarbeidspartnere. Vedlegg 3.

4.4 International Normalized Ratio (INR)

“Pasient døde av blodpropp som følge av mangelfull oppfølging. Pasienten ble satt på blodfortynnende medisiner i forbindelse med rehabiliteringsfasen i etterkant av et beinbrudd. Under opphold i sykehjem blir medisiner med blodfortynnende avkortet og pasienten skrevet ut til hjemmet med oppfølging av hjemmesykepleie. Det registreres fallende allmenntilstand hos pasienten uten at lege kontaktes. Pasienten blir funnet død av blodpropp 3 uker etter hjemkomst.”

Utdraget er hentet fra Norsk pasientskadeerstatning. Klagen fikk medhold.

4.4.1 Litteraturstudiet

Situasjonen over beskriver alvorligheten av mangelfulle rutiner og oppfølging av blodfortynnende legemidler i hjemmesykepleien. Derav en del av det kritiske systemet hjemmesykepleien er en del av. I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten fra 1. juli 2003 står det blant annet følgende: Ved ytelse av pleie og omsorgs oppgaver skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

“ (...)Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.(...)Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.”

INR benyttes for beskrive blodets koagulasjonsevne. Videre omtales kun de pasienter som bruker Marevan da disse pasientene har behov for tett oppfølging og regelmessig måling av INR. Noen av disse pasientene følger hjemmesykepleien opp, og kan ha medisinansvar for. Marevanbruk skal referanseområde på INR være $2,5 \pm 0,5$ (Jacobsen et al., 2009).

Preparatet Marevan har virkestoffet warfarin, og er ifølge Statens legemiddelverk det mest brukte legemiddelet for tromboseprofylaktisk behandling. Nesten 70 000 personer var registrert som brukere av legemiddel i 2015, og ca. 30.000 av disse er over 80 år (Reseptregisteret.no). I Norge var Marevan enerådende som antikoaguleringsmiddel frem til 2011 ifølge Norsk helseinformatikk (NHI 2013). I dag brukes fire perorale antikoagulasjonsmidler hvor Marevan er preparatet som brukes av flest. I følge Statens

legemiddelverk (2015) er praktisk erfaring ved bruk av de nye antikoaguleringsmidlene foreløpig begrenset.

Daglig og ukentlig doseres Marevan av hjemmesykepleien etter legens forordning. Marevan legges i egen dosett, da det kan være hyppige endringer i forordningen. Legemiddelet har et smalt terapeutisk vindu, noe som betyr at selv små endringer i dosen kan gi alvorlige komplikasjoner og konsekvenser for pasienten. Det er behov for hyppig legekontroller for å måle INR. I en oppstartsfase og ved akutt sykdom er dette spesielt nødvendig. Når blodets koaguleringssevne er stabilisert anbefales månedlig kontroll (Helsedirektoratet, 2015). For høy dose kan føre til at blodplatene ikke koagulerer, og gi alvorlige bivirkninger som store indre blødninger. For lav dose kan føre til økt fare for blodpropp. Marevan brukes profylaktisk for trombose og emboli og som sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt og atrieflimmer. Høyt blodtrykk, koronarsykdommer, diabetes og lungesykdom disponerer for atrieflimmer (Jacobsen et al., 2009).

Atrieflimmer kan oppstå når hjertets arrier sammentrekkes uregelmessig med en frekvens > 400 pr. min, samtidig som atrieventrikelknuten (AV-knuten) har en delvis blokkering. Atrieflimmer finner en særlig ved koronarsykdommer, diabetes og hypertyreose, og kan hos eldre og syke raskt utløse hjertesvikt (Jacobsen et al., 2009).

4.4.2 Dokumentstudiet

Legemiddelhåndtering er blant annet regulert i forskrift om "legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp". Dokumentstudiet har avslørt at det finnes detaljerte retningslinjer for generell legemiddelhåndtering, men ingen egne prosedyrer på oppfølging av INR og Marevan. I praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS)¹⁴ finnes ingen prosedyrer som spesielt går på INR.

I følge retningslinjer for medisinhåndtering i hjemmesykepleien skal medisiner som hjemmesykepleien har ansvar for å istandgjøres av helsepersonell, og må kontrolleres av sykepleier eller vernepleier. I følge kommunens retningslinjer er legemiddelhåndteringen et

¹⁴ Dataprogram med sykepleieprosedyrer.

gradert ansvarsnivå. Overordnet ansvar ligger hos kommunaldirektør for levekår, omsorgssjef, etterfulgt av soneleder, og dernest hos medarbeidere.

4.4.3 Intervju med sykepleierne

“Pasient kommer hjem fra sykehuset med INR 7,5. Hjemmesykepleien fikk ikke beskjed om dette og det ble heller ikke foretatt ekstra tilsyn. Pasienten døde kort tid etter. Usikkert hva pasienten døde av.”

Eksempelet overfor kom frem i gruppeintervju med sykepleierne.

Hjemmesykepleien fikk først vite om denne tilstanden etter to uker, og gikk av den grunn ikke inn på ekstra tilsyn. I etterkant spurte de hva pasienten døde av, men det var det ingen som visste. De forteller at de trodde det hadde blitt skrevet avvik på denne hendelsen.

Det kom fram i intervjuet med sykepleierne at Elektroniske meldinger¹⁵ har ført til at de føler at håndteringen av INR hos hjemmesykepleien er styrket. Det er ikke ofte de må ringe legen for å få INR-svar. Svaret dokumenteres i eget, manuelt skjema. Kommunenes elektroniske pasientjournal har skjema for INR-registrering, dette blir sjeldent brukt, da man har erfart at det lettere blir glemt. Det oppleves som enklere å følge med på papirutgaven som ligger på medisinerrommet. Hjemmesykepleien har ansvar for å dosere Marevan når de har medisineransvar for pasienten.

Legetimer og tannlegetimer hos pasienten kan være vanskelig å følge opp dersom hjemmesykepleien ikke får informasjon. Sykepleierne i intervjuet sier de er avhengige av at denne informasjonen blir viderefremmet av pasient eller pårørende.

“Vi er avhengig av at pasient og/eller pårørende viser oss timeavtaler”

Flere pasienter har sine medisiner levert i multidose. Multidose er ferdigpakket medisiner levert fra apotek. Pakningene kommer merket med dato og klokkeslett. Marevan legges i egne dosetter. Informantene sier det er vanskelig med ny dosering etter at det er lagt dosett. Det hender de må reise ut til pasienter og korrigere Marevan som allerede er dosert og levert hjem.

¹⁵ Elektronisk kommunikasjonssystem (E-meldinger)

“Jeg skulle nulle ut for en pasient hjemme, og gjorde dette, men da skulle det egentlig være dobbeltkontroll. En skulle egentlig tatt med dosetten tilbake til kontoret for dobbeltkontroll, men det ble for mye stress.”

Helsepersonell prøver å fange opp bivirkninger. De opplever at apotekene er flinkere på legemiddel interaksjoner enn legene. Sykepleierne har flere ganger vært på apoteket for å hente ut medisiner til pasienten, som de ikke får hentet fordi legen har dosert feil. De må da henvende seg tilbake til legen. Dette skaper frustrasjon fordi det stjeler av tiden de skulle hatt med pasienten. Problemstillingen kan forskyve og omroker tidsplanen til sykepleierne.

“Vi er jo snille, vi prøver å passe godt på. Vi vil ordne opp, det er jo derfor vi har blitt sykepleiere.”

Informantene sier at det er stor forskjell mellom de ulike legekantorene. Noen legekantor er svært flinke til å følge opp, mens andre stoler ikke sykepleierne på, og må nesten alltid dobbeltsjekke informasjonen.

4.4.4 Intervju med sonelederne

I følge soneleder er antallet pasienter i sonen høyt, og derfor er de avhengige av at legen tar ansvar for INR-måling. Det er bare når det foreligger vedtak om medisinansvar at hjemmesykepleien har ansvar for å følge opp INR målinger. Utover dette er medisin oppfølging et samarbeid mellom lege og pasient. Det problematiseres fra ledere at når en pasient har hjemmesykepleie, forventes det at hjemmesykepleien har det fulle og hele ansvaret. Soneleder mener at dette er en allmenn oppfatning både blant leger og sykehus. Det er imidlertid pasientens vedtak som sier hva hjelpen skal knyttes opp til, enten det gjelder sårstell, stomistell eller noen annet. Hjemmesykepleien kan tilby hjelp opptil 4-6 ganger per dag selv om pasienten har medisinansvar selv.

Lederne opplyser at det er skjema i kommunens elektroniske pasientjournal som skal fylles ut dersom pasienten bruker Marevan. For pasienter med stabile INR-målinger tas prøver på legekantoret iallfall en gang hver måned. Har det gått over en måned så undersøker sykepleieren med legen. Ingen av sonens pasienter har egenmålingsapparat for INR-måling hjemme.

I e-post fra sonelederne kom det frem at det er fastlegen som bestemmer hvor ofte INR skal måles, og hjemmesykepleien forholder seg til forordningene som blir gitt. Utover dette finnes ingen skrevne prosedyrer på håndteringen av INR.

4.5 Kroniske sår

“Tiden leger ikke alle sår.”

“Mann i 40-årene - stort hjelpebehov på grunn av nevrologisk sykdom - avhengig av hjelp av hjemmesykepleien - utviklet liggesår på begge hofter som ikke ville gro - medhold § 2 1. ledd a - svikt i pleie - trykkavlastende tiltak ble ikke gjort for å forebygge trykksår - burde også ha sørget for optimalisering av ernæringsstatus og rene forhold i de aktuelle områder - da det oppstod trykksår på venstre hoft er det heller ikke dokumentert noen videre oppfølging i forhold til trykkavlastning - sårskift alene er heller ikke nok for å få trykksår til å gro - ved riktig pleie ville man mest sannsynlig unngått trykksår.”

Eksempelet er hentet fra Norsk pasientskadeerstatning. Medhold i klage.

4.5.1 Litteraturstudiet

En mengde ulike sårtyper kommer inn under betegnelsen kroniske sår. Arterielle sår, venøse sår, diabetes sår og trykksår er noen av dem. Fellestrekkene er at de er vanskelige å behandle. Da kroniske sår anses som et symptom og ikke en sykdom, er det nødvendig å finne den bakenforliggende årsaken for å sette inn tiltak her.

Sårets opphav kan skyldes underliggende sykdom som for eksempel diabetes, ulike kreftsykdommer, og venøs eller arteriell insuffisiens. Kroniske sår kan gi en negativ utvikling av de underliggende sykdommer (Kristiansen & Sætren 2002).

Andre faktorer som hemmer sårtilheling, kan være alder, legemidler, ernæring og hygieniske forhold (Lindholm, 2012).

Videre sier Lindholm (2012) at alle sår som er vanskelig å behandle er kolonisert av bakterier. Det er ikke ensbetydende med infeksjon i såret. Kroniske sår kan imidlertid gi infeksjoner

hvis de blir feil - eller mangelfullt behandlet. Noe som kan føre til økte smerter og lidelse for pasienten og mulig innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Det er store samfunnsmessige kostnader knyttet til sårbehandling. I en masteroppgave i helseledelse og økonomi fra 2012 kommer det frem at ukentlige direkte kostnader forbundet med sårstell av kun venøse leggsår i hjemmetjenesten i tre bydeler i Oslo var ca. 2000 kr. per pasient i gjennomsnitt. Det tilsier over 100.000 kroner per pasient i året. Av dette var 54% pleiekostnader og 21% kostnader til bandasjemateriell. Beregninger tyder på at vi har ca. 6.000 leggsårpasienter i Norge. De totale behandlingkostnader for leggsår kan beløpe seg til ca. 600 millioner kroner i løpet av et år (Rønsen 2012).

Norsk interessegruppe for sårtilheling (NIFS) har retningslinjer for generell sårbehandling. Det påpekes at sårdiagnose er helt nødvendig før behandling påbegynnes. Retningslinjene viser til at pasientene skal ha en skriftlig prosedyre hvor sårdiagnose, bakenforliggende årsak, resultater av relevante undersøkelser, behandlingsplan og behandlingsmål er blitt formulert. Endringer i sårprosedyren skal gjøres i avtale med legen som har stilt sårdiagnosen og som er ansvarlig for behandlingen.

I følge NIFS skal sårets størrelse dokumenteres ved oppstart av behandlingen. Størrelse, lengde, bredde og dybde måles og skrives ned i sårjournalen. Det anbefales å bruke et digitalt målesystem til å beregne sårets areal. I følge NIFS skal det helst tas (digitalt) bilde av alle sår under behandlingen minst hver 4. uke. Pasientsamtykke til fotografering av sår må innhentes i forkant. Personene med kroniske sår kan få dekket utgifter til bandasjemateriell på blå resept hvis såret har vært tilstede mer enn 3 måneder. Det er en egenandel som må betales per år ifølge Helfo.

4.5.2 Dokumentstudiet

Kommunen har ikke egne prosedyrer for kroniske sår, men hjemmesykepleien har tilgang til, og benytter seg av prosedyreverktøyet PPS. Verktøyet har oppdaterte prosedyrer på forebygging, pleie og behandling av kroniske sår. Generelle retningslinjer skal tilpasses individuelt.

Prosedyrebeskrivelsen “Anskaffelse av sårutstyr til brukere med kroniske sår” som foreligger i kommunen per i dag er datert 2011, neste revisjon skulle ha vært i 2013. Det er en beskrivelse av prosessen anskaffelse av sårutstyr og refusjon av folketrygden. Lege, sykepleier og pasienten har ulike ansvarsområder. Pasienten betaler selv kostnader for sårutstyr og får disse refundert ved å dokumentere utgiftene.



(Tegnehanne.)

4.5.3 Intervju med sykepleiere

Sykepleierne mener selv de er ganske flinke på sår. Det lages prosedyrer for hvert enkelt sår og revurderes hvis det har vært samme prosedyre over lengre tid, uten at såret har blitt bedre.

“Vi hadde en pasient som hadde hatt ett sår i over 15 år. Det grodde på seks uker etter at vi tok over såret.”

Sykepleierne forteller om uklare grenseoverganger og etiske problemstillinger som gjør avveining vanskelig for hvilke pasienter som skal få hjelp til sårstell. Et eksempel som kom frem i intervjuet, gjaldt et ektepar hvor kona hadde vedtak på hjemmesykepleie. Ektefellen utviklet sår, og da ble såret stelt når hjemmesykepleien først var i huset. En del som mottar hjemmesykepleie kan fysisk komme seg til fastlegen, men det er komplisert i forhold til kombinasjonen av taxi og dårlige bein som byr på utfordringer. Sykepleierne sier det er billigere for kommunen at pasienter går til fastlegen og får stelt sårene sine. Pasientene må da betale for sårutstyr selv. Nye retningslinjer som kom for ca. to år siden gjør at Helfo ikke lenger dekker sårutstyr. Hjemmesykepleien må betale for sårutstyret og får dette levert på kontoret av en forhandler.

“Vi er flinkere på sår enn mange fastlegekontorer, vi føler vi strekker oss langt for å imøtekomme pasientens behov, og føler mange ganger vi har vært for snille.”

I forhold til sårdiagnose oppleves det at sykepleierne må mase og skrive tips til legen.

“Kan det tas en biopsi? Vi prøver å hinte frem på en fin måte til legene.”

“Av og til kommer pasienten hjem fra fastlegen med resept på Fusidin eller Bacimycin. Det skjer sjeldnere nå enn før, men hvis dette skjer gjør vi bare vårt eget opplegg.”

Det oppleves å ha blitt flere henvisninger til hudpoliklinikken nå enn tidligere. Det kan skyldes en lavere terskel for å henvise. Det er legens oppgave å henvise sier de, men samtidig mener sykepleierne at ansvaret er delt, fordi, de ser såret oftere enn fastlegen. Dersom såret har blitt verre, er det hjemmesykepleiens ansvar å videreformidle beskjed til legen. Pasientene må noen ganger ha ambulanse for å komme seg til legen. Legen har svært sjelden tid til

hjemmebesøk. Ofte stoler derfor legen på sykepleiernes vurderinger ved henvisning til hudpoliklinikken. Sårsykepleiere i sonen blir spurt om råd i tvilstilfeller. Ved oppstart av kostbare behandlinger, må det være en vurdering fra spesialisthelsetjenesten.

Infeksjoner, dårlige prosedyrer og sår som ikke gror sees på som uønskede hendelser. I en travel hverdag hender det at det ikke skrives prosedyrer på hvert enkelt sår.

Sykepleierne mener at kontinuitet i sårbehandlingen er viktig. Det kan by på utfordringer dersom ulike helsepersonell steller såret. Det oppleves som en utfordring med langhelger og ansatte i mindre stillinger, på grunn av svekket kontinuitet. Dette mener sykepleierne gjør det vanskelig å følge opp sårbehandlingen.

4.5.4 Intervju med lederne

I Intervjuet med lederne kom det frem at det er politikk i kommunen at pasienter som kan gå til fastlegen for å stelle sår skal gjøre dette. Dette har økonomisk betydning både for hjemmesykepleien og pasienten. Hjemmesykepleien bestiller og betaler for sårutstyr når de steller sår hos pasienten, mens disse utgiftene tilfaller pasienten dersom fastlegen benyttes. Kommunen har ikke sårpoliklinikk, slik som noen andre nabokommuner har.

Sonelederne gir inntrykk av de ikke har vært gode nok til å prioritere hvem de skal bruke ressurser på. Det har vært tilfeller hvor helsepersonell skal til pasient for å stelle sår, men pasienten er *“ute på vift”*. Problemet oppstår i forhold til ressursbruk. Etter omstillingen hvor samordningstjenesten har overtatt ansvaret for vedtak, mener lederne at kommunen i større grad kan se pasientene opp mot hverandre.

Kompetansen på sår oppleves høy, og det har vært prioriterte satsinger i forhold til å bygge opp kompetanse, spesielt på sår. Sonelederne sier det lages prosedyrer på hvert enkelt sår. Prosedyrene revurderer etter lang tid uten bedring. Det er legen som har ansvar for å stille sårdiagnose, og hjemmesykepleien har ansvar for å oppfølging og sårstell.

4.6 Trygghetsalarm

“En pasient fikk hjerteinfarkt. Pasienten trykte på trygghetsalarmer og var død når vi kom. Vi kjørte så fort vi kunne, vi kan ikke kjøre med blålys”

Hendelsen kom fram under intervjuet med sykepleierne om trygghetsalarmer.

4.6.1 Litteraturstudiet

Trygghetsalarmer består av en liten radiosender med en alarmknapp som, for eksempel kan bæres i et kjede rundt halsen eller som et bånd rundt håndleddet til pasienten. Det er en sentral montert i boenheten i forhold til pasientens bevegelsesmønster, som kan kommunisere med hjemmesykepleien. Hovedformålet er at eldre, funksjonshemmede og andre som har behov kan tilkalle hjelp. Det er ingen lovfestet rett til å få trygghetsalarm, men søknad sendes kommunen en bor eller oppholder seg i. Alarmer kan bidra til trygghet ved blant annet fallproblematikk, utrygghet og immobilitet. Det finnes i dag 80.000 trygghetsalarmer i Norge og de aller fleste er analoge.

I følge Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området, bør konverteringen til heldigitaliserte løsninger for trygghetsalarmer være slutført innen 2018. Kommunene bør ta ansvar for hele kommunikasjonskjeden med det økonomiske ansvaret dette medfører (Helsedirektoratet 2014). I anbefalingene fra Helsedirektoratet stilles det spørsmål om sårbarheten til digitale løsninger er større enn ved analoge alarmer. Dette betinger at kommunene i sin beredskapsplanlegging tar høyde for dette. Både i forhold til å raskt kunne sette inn tjenester hvis trygghetsalarmer ikke virker og at det sikres mulighet for å kunne skifte ut alarmer raskt. Helsedirektoratet (2014) kommer med eksempler på hvordan dette kan gjøres, enten ved hjelp av et eget beredskapslager i kommunen eller via avtale med leverandøren.

4.6.2 Dokumentstudiet

Innbyggerne i kommunen kan søke om å få innvilget trygghetsalarm. Kommunen godkjenner om pasienter får enkeltvedtak på alarm. I kommunen som studeres er trygghetsalarmen en gradert betalingstjeneste, med utgangspunkt i folketrygdens grunnbeløp, og basert på husstandenes inntekt. Trygghetsalarmen er knyttet til en felles vaktsentral, som formidler kontakt videre til hjemmesykepleien. Systemet trygghetsalarm involverer flere parter. Det er derfor vanskelig å trekke skarpe linjer for ansvar, da det er mange involverte parter for at trygghetsalarmen skal fungere. Systemet involverer flere ulike avdelinger i kommunen, pasient, pårørende og flere eksterne aktører som blant annet Lyse og operatørene til systemet.

Valgt kommune benytter analoge alarmer. Alarmene oppdaterer seg mot en hovedsentral en gang i døgnet. Ved strømbrudd har alarmene batterikapasitet på 72 timer, det betyr at alarmene kan brukes selv om strømmen blir borte. Den virker derimot ikke, hvis telefonforbindelsen faller ut. Åpningstiden til kommunalt hjelpemiddellager er dagtid med stengt i helger og helligdager. Informasjon og feil formidles til hjemmesykepleien i åpningstiden. Kommunalt hjelpemiddellager har utarbeidet en Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) for systemet trygghetsalarm. På forespørsel ble denne ikke funnet. Det finnes flere prosedyrer på trygghetsalarm i kommunen. En prosedyre går på informasjon til pasienter om bruk av alarmen og begrensninger. Ved installasjon av alarmen mottar pasientene et informasjonsskriv om mulige feilkilder hvis alarmen ikke virker, og personer som kan kontaktes. En annen prosedyre går på rutiner for trygghetsalarmer og beskriver punktvis hva de enkelte involverte parter har ansvar for. Prosedyren er til internt bruk. Det finnes også et dokument som forklarer mottak av trygghetsalarmer på telefon¹⁶.

4.6.3 Intervju med sykepleierne

Trygghetsalarmen er en betalingstjeneste og et lavterskel tilbud. Søkere får innvilget alarmen ifølge sykepleierne. Det er viktig å avklare forventninger til pasient og pårørende og at tilbudet ikke er en øyeblikkelig hjelp tjeneste eller 113.

¹⁶ Mottak av trygghetsalarmen på telefon Vedlegg 5

“Vi tilstreber å komme dit i løpet av en halv time.”

Alarmen går videre i tre ledd hvis sykepleieren som har vakttelefonen ikke kan betjene alarmen. Vakttelefonen er koblet til to reservetelefoner hvis vakttelefonen ikke tas. Ved innkommende alarm kan det opprettes to veis kommunikasjon hvor en får kontakt med pasienten. Hvis denne kontakten ikke oppnås, prøver en å ringe fasttelefonen til pasienten. Dersom kontakt ikke oppnås, er rutinen at to fra hjemmesykepleien rykker ut til alarmstedet. Sykepleierne forteller om en hendelse som skjedde en fredag, da Telenor nettet lå nede. Trygghetsalarmene benytter seg av det aktuelle nettverket. Ansatte på vakt mente at hjemmesykepleien hadde to abonnementer knyttet til mobiltelefonene sine, og ante ingen fare. Sykepleierne fortalte at en overordnet lengre opp i systemet hadde sett på utgiftene med to dyre abonnementer og avsluttet det ene. Hjemmesykepleien hadde ikke kjennskap til dette og trodde alt var i orden. Sykepleierne som var på jobb måtte etter hvert sette inn tiltak.

“ Vi ringte et nummer for å få beskjed om hvilke alarmer som hadde ringt.”

Hjemmesykepleien har en manuell liste over hvilke pasienter som har trygghetsalarm. Ved svikt krever det at man foretar en subjektiv vurdering ut fra hvordan man kjenner pasientene. Deretter besluttes hvem man finner grunn til å gi ekstra tilsyn. Hjemmesykepleien får meldinger fra kommunalt hjelpemiddel lager dersom noe ikke er i orden. Informantene sier at de har ansvar for å gå på ekstra tilsyn hvis alarmene ikke virker. De vanligste problemene er at den ikke er koblet til strømmen i hjemmet. Noen pasienter er utrygge, og da kontrollerer hjemmesykepleierne alarmen jevnlig. Et problem er at mange pasienter ikke skjønner at alarmen må være tilgjengelig hele tiden. Noen henger den fra seg på sengestolpen og går på toalettet om natten. Da kan det være fare for fall, og dermed ikke får pasienten hjemmesykepleie på besøk før eventuelt ordinært tilsyn.

Sykepleierne sier at misbruk av alarmene er et problem, og det er en opphopning mellom 7.30 og 8.00 om morgenen. Pasientene spør ofte om når hjelpen kommer.

“Du rykker fortere ut, når det går en alarm hos noen som ikke ringer på så ofte.”

Sykepleierne mener det kan være farlig med mange oppringninger i forhold til “ulv ulv”. Det kan jo være reelle behov for akutt hjelp.

“Det kan være at vi drøyer det litt hvis vi vet at det er en som ringer bare for å få hjelp til å ta ut en tallerken av mikrobølgeovnen”

Det blir dokumentert i elektronisk pasientjournal hvor mange ganger pasienten aktiverer alarmer. En av sykepleierne sier de prøver å skille hjemmesykepleien fra trygghetsalarmen ved å besvare alarmer “du er kommet til trygghetsalarmen”. De prøver å bevisstgjøre på pasienten at ved hverdagslige henvendelser må telefonen benyttes. Det er ofte de samme pasientene som går igjen. Andre pasienter er redde for å være til bry og bruker dermed ikke trygghetsalarmen slik den er tenkt. De må oppfordres til å bruke alarmer.

I overlappingsvakt mellom dagvakt og aftenvakt er en sykepleier alene på vakt i 30 minutter. Det har vært vakter med tre alarmer i denne perioden. Dette er sårbart og gjelder også overgang fra kveldsvaktene til nattpatruljen.

“På sikt kan man ikke være alene på vakt pga. sårbarheten”

Trygghetsalarmen er likevel ikke å betrakte som synonymt med 113.

4.6.4 Intervju med lederne

Hjemmesykepleien har ansvar for å svare og håndtere alarmene når den ringer. Det tekniske rundt trygghetsalarmene har kommunale hjelpemiddel lageret ansvar for. Det poengteres at hjemmesykepleien ikke er en 113-tjeneste. Sonelederne mener at det er veldig negativt at de som trenger trygghetsalarm må ha fasttelefon. Kriteriet for å vurdere pasientens evne til å bo hjemme mener lederne, er at pasienten må kunne bruke trygghetsalarmen. Dette kan være vanskelig.

“Evner de å tilkalle hjelp ved behov?”

Andre utfordringer er at pasienten henger fra seg trygghetsalarmen. Hvis de ikke klarer å bruke alarmer som forventet, kan ikke hjemmesykepleien ta de hjem¹⁷ etter en eventuelt

¹⁷ Utrykk brukt av lederne under intervjuet, antatt ment at pasienten kan bo i sitt eget hjem.

innleggelse på sykehus. Dette gjelder også ved en forverrelse av almenntilstanden. Dersom de ikke klarer å tilkalle hjelp, har de kanskje ikke samtykkekompetanse. Ofte er pårørende inne i bildet i slike situasjoner og har meninger om dette.

Sonelederne sier de er pålagt å skrive Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) fire ganger årlig. De sier at de ser fruktene av dette arbeidet. ROS analysen har resultert i midler til å kjøpe en bærbar personløfter som kan brukes hvis det går en trygghetsalarm, og en pasient ligger på gulvet.

4.7 Faglig forsvarlighet

4.7.1 Litteraturstudiet

I rapporten fra helsetilsynet “Krevende oppgaver med svak styring” (5/2011) poengteres grunn til å uroe seg over at samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene i stor utstrekning er for tilfeldig og lite tilrettelagt fra kommunens side. Tilfredsstillende samarbeid mellom helsepersonell er en forutsetning for forsvarlige tjenester til en sårbar gruppe mennesker. I de valgte indikatorene kan pasientene ha ulike grunner for å trenge hjelp.

Det norske samfunnet står overfor en eldrebølge, hvor det knytter seg betydelige utfordringer til hvordan stat og kommune skal løse omsorgsoppgavene. Omsorgsplan 2020, som ble presentert i Stortingsmelding, 29 (2012-2013) “Morgendagens omsorg”, legger premisser, forslag og alternativ til løsninger for håndtering av denne problematikken. Velferdsteknologi representerer i dette et sentralt politisk fokusområde for det kommunale- og statlige helse- og omsorgstjenestetilbudet overfor innbyggere og brukere.

Kvalitet i hjemmesykepleien er også avhengig av et trygt miljø for sykepleiere og helsepersonell å jobbe i. Miljøet kan ikke standardiseres på samme måte som på et sykehus eller i en institusjon. Sykepleiere og helsearbeidere står i ulike risikosituasjoner så ofte og over så lang tid at risikopersepsjonen og hva som er akseptabelt kan bli det normale både for dem selv og for pasientene (Craven, Byrne, Sims-Gould & Martin-Matthews 2012).

I Nova rapport (2014) "Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien" ble det gjort flere hovedfunn blant annet rettet mot at økonomi og tilgjengelig helsepersonell i størst grad påvirket oppsettet av turnusen. Det viste også betydelig variasjon i antall personer med ulik kompetanse i forhold til antall pasienter og forskjellige dager. Det ble oppfattet som at sykefravær var hovedgrunnen til spriket mellom planlagt og faktisk bemanning.

I en undersøkelse gjort av Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) blir det påpekt at manglende systemkompetanse gjennom kjennskap til ulike juridiske krav som foreligger og bevissthet knyttet til ansvar, oppgaver og helsetilbud identifiseres som risikofaktorer.

Kalleberg (2009) viser til at aktørene ikke kan gjøre hva som helst, de befinner seg innenfor strukturelle og kulturelle rammer, samfunnet preges av tilsiktede og utilsiktede virkninger og komplisert aggregering av individuelle handlinger.

"Det er en gammel innsikt i at veien til helvete kan være brolagt av gode intensjoner."

(Kalleberg 2009, s.83).

4.7.2 Dokumentstudiet

I kommunen som undersøkes finnes det ingen direkte prosedyrer, eller retningslinjer innenfor faglig forsvarlighet. Begrepet kommer til uttrykk gjennom samarbeidsavtaler og praktiske prosedyrer i sykepleie (PPS). Kommunen har et internkontroll/ kvalitetssystem (IK-KS) for tjenestene som blant annet består både av prosedyrehåndbok, med ulike administrative- og fagprosedyrer, samt elektronisk avvikssystem. Det settes ikke fokus på selve tjenestene, men oppgavene som utføres i tjenestene, for eksempel innen legemiddelhåndtering. I gjennomgangen av prosedyrebeskrivelsen for avviksbehandling fremkommer det at avvik blir behandlet på en fastsatt måte. Prosedyren gjelder for avvik innen servicemål/ tjenestekvalitet, legemiddelhåndtering, skade på bruker og bruk av tvang uten vedtak og ved yting av nødvendig helsehjelp. Definisjonen på avvik i prosedyrebeskrivelsen:

"Mangelen på oppfyllelse av spesifiserte servicemål, brudd på lover og forskrifter og interne prosedyrer for tjenesten."

Alle ansatte har ansvar for at avvik blir meldt etter prosedyren. Det er leder og resultat enhetsleder som har ansvar for oppfølging av avviket. Rapportering skal foregå til kvalitetsutvalget kvartalsvis.

4.7.3. Intervju med sykepleierne

Flere små stillinger i hjemmesykepleien gjør at det er flere personell som skal ha informasjon. Noen ganger er det lenge mellom hver gang de er på jobb. Spesielt med dårlige pasienter kan det være vanskelig å opprettholde informasjonsflyten. Små stillinger i kombinasjon med langhelger gjør det vanskelig for sykepleiere å holde seg oppdatert. Dårligere pasienter og høyere terskel for sykehjemsplass fører til at mer og mer ansvar blir flyttet til oss, sier sykepleierne

4.7.4 Intervju med lederne

I spørsmål om styring i forhold til faglig forsvarlighet sier ledelsen under intervjuet at faglig forsvarlighet tydeligst kommer frem gjennom diskusjoner om pasienten kan bo hjemme eller ikke. Dette gjelder både når det er endring i allmenn tilstand hos hjemmeboende pasienter eller når det gjelder vurdering om pasienter skal hjem etter sykehusopphold eller til institusjon. Lederne ser også på forsvarlighetskrav i forhold til antall ansatte og deres kompetanse.

Det er et hovedmål at det skal være flere sykepleiere på hver vakt. Utfordringen er at hjemmesykepleien må ha ufaglærte i helge stillinger, ferier og ved langtidsfravær. I ansettelsesprosessen med ufaglærte er det stort fokus på å kartlegge om assistentene klarer å utføre skjønn. Praktiske erfaringer og ferdigheter i forhold til stell blir kartlagt under ansettelsesintervjuet.

“Er assistenten en verdensmester som ikke ber om hjelp, er ikke dette alltid det beste.”

Det blir oppfordret av ledelsen til å spørre om hjelp både i forhold til stell og medisint levering.

“ Vi får heldigvis tilbakemelding fra de andre ansatte hvis noen ansatte ikke fungerer tilfredsstillende. Da tar vi en samtale med dem. Og heldigvis bedrer det seg som regel.”

Kulturen på arbeidsplassen oppleves som god, og de tror det er lett å spørre om hjelp som ny. Nyansatte og assistenter har fire opplæringsvakter, men dette er ikke nok til å være utlært ifølge ledelsen. Erfaringsmessig kommer ferievikarer tilbake år etter år, og det er en fast kjerne som er stabil. Sonelederne opplever at ufaglærte kan være en stor ressurs dersom de er ydmyke nok. Fast ansatte kan se seg blinde på situasjoner som ufaglærte vikarer stiller spørsmål ved.

Utfordringen ifølge ledelsen er i de tilfeller det er mange ufaglærte på en vakt i kombinasjon med flere dårlige pasienter. Ved sykdom blir ikke nødvendigvis den billigste arbeidskraften leid inn. Dette begrunnes i 1 års- og 4 års regelen om krav til ansettelse relatert til arbeidsmiljøloven. Målet er å ha flest mulig ansatte med formell fagkompetanse. Det er fokus på å leie inn fagpersoner og det er ikke økonomisk incentiv, når det leies inn assistenter eller andre ufaglærte.

4.8 Individuell omsorgsplan

4.8.1 Litteraturstudiet

Som en følge av et økt behov for samhandling rundt pasientene i helsetjenesten er det hjemlet i helse -og omsorgstjenesteloven at pasienter med omfattende og koordinerte tjenester skal få tilbud om individuell plan. Plikten til å utarbeide denne gjelder i fellesskap med både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Planen skal blant annet inneholde en arbeidsplan og beskrive ansvarsforhold og fordelingen av oppgaver så konkret som mulig. Det er viktig å få til realistiske, praktiske og nyttige planer, slik at det ikke bare blir unødvendig byråkratisk papirarbeid. Her kan og bør sykepleiere være ressurspersoner og pådrivere (Kjellevold 2005).

4.8.2 Dokumentstudiet

I kommunen som undersøkelsen tar utgangspunkt i står individuell plan (IP) i samarbeidsavtalen. Det blir brukt et elektronisk system, hvor en koordinator har hovedansvaret. Pasienten eller pårørende har selv ansvar for å søke om denne tjenesten. Kommunen har i tillegg utarbeidet en forenklet individuell plan som blir brukt i palliativ behandling.

Gjennom intervjuene våre ved spørsmål som omhandlet faglig forsvarlighet, ble ikke individuell plan nevnt verken av sykepleierne eller lederne.

4.9 Samhandlingsreformen

4.9.1 Litteraturstudiet

En rekke endringer har ført til at flere mottar hjemmesykepleie enn før. En av faktorene kan være samhandlingsreformen (Fjørtoft 2012). Vår tolkning av reformen er at den har påvirkning på de kliniske indikatorene som er gjennomgående i oppgaven. Som Helsetilsynets rapport (1/2016) viser er overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene utfordrende når det gjelder informasjonsflyten. Mange fastleger oppga sene epikriser og mangelfull eller feilaktig legemiddelinformasjon som særlig sårbare områder. Dette kan også gjelde hjemmesykepleien og deres pasienter. I forhold til blant annet INR kan dette føre til dårligere pasientsikkerhet.

Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 for å bedre koordineringen mellom primær – og spesialisthelsetjenesten (St. meld. 47 (2008/2009)). Et av hovedmålene med reformen er å tilrettelegge for god pasientflyt mellom sykehus og kommunale helseinstitusjoner. Effektive utskrivelsesprosesser og god pasientflyt skal være et av målene. I praksis vil det si at kommunene må ta imot utskrivningsklare pasienter innen midnatt den aktuelle utskrivelsesdagen. Kommunen blir fakturert med ca. 4000 kroner per ekstra ligge døgn, utover dette. Sykehus og kommuner er pålagt å utarbeide rettslig bindende kontrakter og samarbeidsavtaler med hensikt å formalisere kravene til utskrivningsprosesser.

Samhandlingsreformen fører til endret pasient kompleksitet for kommunene. Flere eldre, mer komplekst sykdomsbilde og mer teknologisk utstyr fører til at primærhelsetjenesten får større krav (Stortingsmelding 47/ (2008-2009)).

4.9.2 Dokumentstudiet

Vår samarbeidskommune benytter ulike arenaer for å ivareta samhandlingsavtalen med spesialisthelsetjenesten. For å styrke pasientsikkerheten i samhandlingen har kommunen utarbeidet en informasjonsfolder som er rettet til sykepleierne. Hensikten med folderen er å tydeliggjøre rutiner og prosedyrer i overgangen spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er en punktvis sjekkliste for pasienter under sykehusopphold, utskrivningsklare pasienter, og etter hjemkomst. Punktene skal avklares i dialogen mellom hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten. Deretter dokumenteres i kommunenes elektroniske pasientjournal.

4.9.3 Intervju med lederne

Lederne sier at det bor flere sykere pasienter hjemme nå enn tidligere. Noen frivillig, fordi pasienten har lyst til å bo hjemme, andre ufrivillig fordi det ikke er nok sykehjems plasser. Lederne tror denne utviklingen er positivt for sykepleierne, fordi det gir dem flere utfordringer. Flere sykepleiere søker jobb i hjemmesykepleien enn tidligere. Før samhandlingsreformen ble pasientene liggende lengre på sykehuset. Nå må hjemmesykepleien tenke nytt sier de. Lederne skisserer likevel at det finnes grenseoppganger for hva hjemmesykepleien er i stand til å tilby. Sonelederne mener at noen pasienter ferdigbehandles for tidlig. Noen pasienter blir så avmeldt av ulike grunner som for eksempel stigende CRP. I følge lederne mener spesialisthelsetjenesten at pasienter ikke ferdigbehandles for tidlig, men at kommunen ikke kan gi et fullverdig tilbud.

“Det er ikke tydelige grenseoppganger her, men vi må være med og være en buffer.”

Lederne mener at samhandlingsreformen er bra og at den har gått seg mer og mer til.

“Det viktigste for oss er at pasientene føler seg trygge når de kommer hjem.”

Hjemmesykepleien går ofte inn til pasienter før det er fattet vedtak. Ofte blir det ventet med å skrive vedtak, slik at man vet mer om hvordan hjelpebehovet utarter seg. Da har en romslige avtaler med mulighet for endring.

Pasienter skal ha oppfølging fra fastlegen etter utskriving fra sykehus. Ved hjemkomst mener lederne det er en tendens til at fastlegens forpliktelser kulmineres. Bakgrunnen er at noen fastleger er av oppfatning at det er tilfredsstillende nok å ha dialog med hjemmesykepleien via elektroniske meldinger. Lederne mener fastlegen går glipp av fysiske møter med pasienten. Legetimen blir erstattet med informasjon og kommunikasjon gjennom elektroniske meldinger med hjemmesykepleien. Utenom dette fungerer det elektroniske meldingsverktøyet i samarbeid, og det er blitt betraktelig bedre, og mer juridisk bindende.

4.10 Oppsummering av funn

Gjennomgangen av litteratur-, og dokumentstudiet, samt intervjuer med informantene har gitt et innblikk i kommunens prosedyrer gjennom våre valgte kliniske indikatorer. Hensikten var å få et bakteppe for å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Hvordan samsvarer retningslinjer og prosedyrer med praksis, og hvilke faktorer som kan bidra til å øke eller redusere risikoen i hjemmesykepleien. Kommunen har som ledd i internkontroll/kvalitetssikringen utarbeidet egne rutiner, men i noen situasjoner henvises det til PPS med ønske om å tilpasse retningslinjene individuelt. I innhentet empiri fremkommer et sprik mellom skrevne rutiner og retningslinjer og det som faktisk blir utført av den skarpe enden. Funnene viser at det oppleves uklare ansvarsforhold, og at mengden informasjon fra ulike hold kan bidra til å øke risikoen. Dette gir grunnlaget for vår videre drøfting.

5.0 DRØFTING

5.1 Hvordan skape et robust system

“Hvilke sikkerhetsfaktorer gis oppmerksomhet i hjemmesykepleien og fungerer disse tilfredsstillende?”

- 1. Hvordan samsvarer prosedyrer og retningslinjer med gjeldene praksis i virksomheten?*
- 2. Hvilke faktorer i dette systemet er med på å redusere eller øke risikoen?*

Empirien, vil i dette kapittelet bli drøftet mot case studiens teoretiske fundament og forskningsspørsmålene. Drøftingen tar utgangspunkt i de tre utvalgte kliniske indikatorene, INR, kroniske sår og trykghetsalarm. Omfanget av farekilder og mulige barrierer som kan fremkomme i hjemmesykepleien er blant annet belyst ved hjelp av Bow -tie diagrammer¹⁸. Ansvarsforholdet innenfor de forskjellige barrierene i diagrammene vil bli diskutert, og nærmere belyst i sammenheng med drøftingen av de tre kliniske indikatorene. Hovedfokuset er lagt på forebyggende barrierer.

Et Bow -tie diagram representerer et skjelett¹⁹ i sikkerhetstenkning og er i første rekke relatert til Safety I tankegang. Fra empirien fremkommer det derimot et behov for ha “kjøtt” på skjelettet og dette kan sees mer i sammenheng med en Safety II tankegang. Det å balansere grundighet og effektivitet i hjemmesykepleien kan være krysningpunkt som er vanskelig å avklare i forhold til hvem som har ansvaret. Menneske, teknologi og organisasjon må fungere i samspill for å kunne utføre helsetjenester faglig forsvarlig.

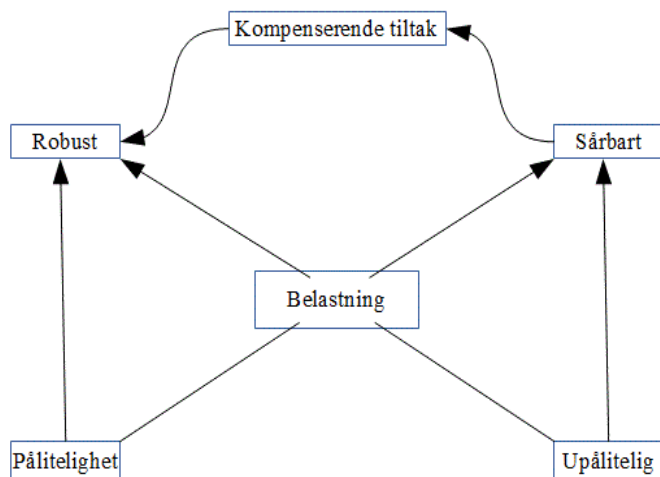
Sikkerhetsteorier var innledningsvis fundamentert med fokus på teknologi og teknisk svikt. Fokuset i sikkerhetsteorier ble etterhvert dreid mer i retning av også å inkludere menneskelig svikt. I dagens sikkerhetsteoritenkning er det mer fokus på organisasjonen bak menneskene,

¹⁸ Vedlegg 1 A,B og C Bow –tie diagram

¹⁹ Skjelett og kjøtt brukes som en metafor. Vi ser i denne oppgaven at metaforen kan ha en negativ konnotasjon, men er benyttet fordi den gir en enkel og tydelig bilde på Safety I & II og vår benyttelse av Bow-tie.

og mennesket i organisasjonen, noe som også er aktuelt ta i betraktning når det gjelder hjemmesykepleie. I hvilken grad sikkerhetsfaktorene i hjemmesykepleien fungerer tilfredsstillende, handler om systemets robusthet og evne til å ivareta faglig forsvarlighet. Redundansen i trygghetsalermen er knyttet opp mot både automatikk som automatiske varslingene og menneskelige faktorer.

Gjennom bruk trygghetsalermen som forklaringsmodell kan bortfall av telenett være en type belastning som kan gjøre et slikt pålitelig system sårbart. Ved å sette inn kompenserende tiltak som ekstra nettverk, ringetilsyn eller tilsvarende vil en igjen kunne øke systemets robusthet.



Effekten av ulike kompenserende tiltak kan representere ulik grad av betydning for systemets redundans. En belastning på et kompenserende tiltak kan gjøre tiltaket upålitelig men ikke nødvendigvis påvirke systemets robusthet.

(Figur etter Braut²⁰).

Det motsatte kan være et pålitelig system som gjennom svikt kan gi et sårbart systemet. En slik svikt kan dreie seg om informasjonsprosessering, altså brudd i informasjonsflyten, misforståelse eller mistolkninger. Informasjonsprosesseringen kan også oppleves som svikt i forbindelse med de ansattes holdninger og normer i forhold til gjeldende regelverk. Sett i lys av Safety II hvor formålet er å se på kjennetegn og forstå i hovedtrekk hvorfor situasjoner går bra. Sykepleierens evne til å være fleksible kan sees på som kompenserende tiltak for å gjenopprette en sårbar situasjon til en robust. Et klinisk og kritisk blikk opparbeides og utvikles gjennom kunnskap og erfaringer. På den måten kan et pålitelig system bygget opp gjennom prosedyrer og rutiner, og basert på tidligere erfaringer og kunnskap. Altså både ved bruk av Safety I og II.

²⁰ Forelesninger SAM 510 Risikobasert Styring Høsten 2014. UIS

Sykepleiernes kunnskap og erfaring kan bidra til robust system. På samme tid kan den praktiske erfaringen bidra til å utgjøre belastningen som gir sårbarhet fordi god kjennskap til situasjoner samt belastninger over tid, kan føre til at man overser detaljer som kan være avgjørende for svikt. Erfaringene som opparbeides i klinisk praksis kan føre til det, Craven et al., (2012) omtaler som en forskjøvet risikopersepsjon. Konsekvensen kan bli at man ikke oppfatter hendelsen som en risikosituasjon fordi man har stått i tilsvarende situasjoner flere ganger tidligere.

5.2 International Normalized Ratio (INR)

5.2.1. Bakgrunn

For pasienter som mottar hjelp fra kommunal primærhelsetjeneste i forbindelse med Marevan håndtering, vil kommunikasjon, informasjon og samarbeid²¹ mellom aktører være relevant, og av betydning for å opprettholde pasientens INR innenfor referanseområdet.

I 2015 var det registrert nesten 70 000 pasienter med resept på Marevan. Korrigert for alder var det i underkant 30 000 resepter bevilget til pasienter over 80 år (Reseptregisteret 2015). Andelen eldre²² i Norge forventes å vokse. Artikkelen til Tønnesen, Syse og Aase (2014) skisserer tall som kan peke mot at 10 % av befolkningen er over 80 år i 2060, mot 4 % av befolkningen i dag.

Hypotetisk kan en presumere en tilsvarende økning i bruk av Marevan samt økning i pasientgruppen tilhørende hjemmesykepleien. Disse vil kunne ha behov for hjelp til administrering og oppfølging ved bruk av denne typen antikoagulasjonsmiddel. Samtidig utvikles det stadig nye medisiner som kanskje ikke har det samme smale terapeutiske vindu. Helsetilstander oppdages tidligere og behandlinger kan forbedres. Behovet for gode rutiner og prosedyrer vil kunne øke for kunne ivareta denne pasientgruppen.

²¹ Vedlagt følger en oversikt over aktuelle samarbeidspartnere. Vedlegg 3

²² Over 65 år.

5.2.2 Samarbeid og informasjonsflyt

I Marevan behandling må flere aktører innenfor helsetjenesten samarbeide. Pasienter kan starte med Marevan behandling både i regi av fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Betydningen av godt innarbeidede rutiner og at prosedyrer er på plass kan være livsnødvendig. Samhandlingen har i denne sammenheng fokus på informasjonsflyten og samarbeid. Informasjonsflyten og samarbeidet mellom fastlege, pasient og hjemmesykepleie skal i fellesskap bistå pasienten til å opprettholde INR innenfor referanseområdet. Noe som er avgjørende for pasientsikkerheten.

I hjemmesykepleien foregår informasjonsflyt både vertikalt gjennom ulike nivåer og horisontalt gjennom ulike samarbeidspartnere. En forutsetning for godt samarbeid vil være gjensidig kjennskap til hverandres virke. Informasjonsprosess hvor de ulike deltakerne/aktørene har en felles forankret forståelse av faglig forsvarlighet og med felles forståelse og tolkning av prosedyrer og retningslinjer kan generere god informasjonsflyt. På den måten kan informasjonsflyten bli et redskap som kan bidra til å redusere risikoen for uønsket bivirkning eller dårlig effekt. På den andre siden kan massiv informasjonsmengde kanskje føre til utfordringer i å skille ut viktig informasjon fra mindre viktig.

I intervjuet med sykepleierne kom det frem at informasjon, ble fremstilt som en sikkerhetsfaktor. Elektroniske meldinger mellom fastlege og hjemmesykepleie styrket håndteringene av INR. E-meldingssystemet har ifølge sykepleierne bedret informasjonen mellom hjemmesykepleien og fastlegen. Lederne fortalte at fastlegene hadde en tre dagers frist til å besvare E-meldingene fra hjemmesykepleien. Et spørsmål som kan stilles er utfordringer med elektronisk meldingssystemer, og om dette kan bidra til økt sårbarhet?

Informasjonsprosesseringsperspektivet til Turner & Pidgeon (1997) fokuserer på brudd i informasjonsflyt og tolkning av informasjonen som kan kobles til fysiske hendelser. Informantene viser til en hendelse hvor en pasient døde. De fikk i etterkant vite at pasienten hadde vært på sykehuset og hatt INR på 7,5. Det vil si en forhøyet INR som kan forårsake både ytre og indre blødninger. Ingen informasjon var overført fra sykehuset til hjemmesykepleien. De er i ettertid usikre på om dødsfallet var utledet av for høy INR, men de

trodde det var blitt skrevet avvik på dette. Dødsfallet kan sees i sammenheng med eksempelet brukt i Bow tie diagrammet²³.

I tråd med perspektivet til Turner og Pidgeon (1997) vises det til at det i etterkant av en hendelse alltid blir pekt på hendelser som inntraff i forkant av den uønskede hendelsen. De umiddelbare årsakene legger hovedvekten på brudd i informasjonsflyten. Dette kan gjelde normer eller prosedyrer som ikke er i samsvar med gjeldende regelverk. I ovennevnte hendelse hvor pasient ble utskrevet til hjemmet med for høy INR kan det være ulike forklaringer på manglende informasjon til hjemmesykepleien. En mulig forklaring kan være uklare ansvarsforhold og mange involverte parter. Et spørsmål som kan stilles er om de ulike samarbeidspartnerne kanskje vet for lite om hvilken informasjon som er nødvendig for best mulig å ivareta informasjonsflyten. For lite kunnskap om systemet hjemmesykepleie kan ha vært en medvirkende årsak.

Sykepleierne forteller at de er avhengig av å få informasjon fra pasienter og pårørende om personlige timeavtaler, hos fastlege, tannlege, sykehus og eventuelt andre aktører. Ved nevnte timeavtaler kan det være behov for medisin tilpasninger. Hjemmesykepleien kan ha vansker med oppfølgingen, dersom avtalene ikke blir videreformidlet til dem fra pasienten eller pårørende. Svikt i informasjonsprosesseringen mellom pasient og hjelpeapparat kan bidra til ulike utfordringer som kan ha betydning i forhold til brudd på tillit og uavklarte forventninger. Som ytterste konsekvens kan det oppstå alvorlige komplikasjoner. Konsekvensene kan i tillegg bli forskyvninger av timeavtaler, og dermed unødvendig ressursbruk. På den ene siden har hjemmesykepleien ansvar for å følge opp medisinhandteringen. På den andre siden mangler de rette premisser til å gjennomføre pålagte oppgaver.

Multidose er den vanligste formen for medisinhandtering i denne kommunen. Marevan legges i dosett, på grunn av hyppige endringer i forordningen. Bivirkninger som økt blødningsfare eller blodpropp, gjør at konsekvensene kan være kritiske, dersom normalt involverte behandlingsinstanser ikke er tilstrekkelig informert. Utfordringene knyttes til uklare ansvarsforhold. Forannevnte momenter fordrer et godt samarbeid og informasjonsutveksling. Utfordringene forbundet med dette samarbeidet kan på mange måter kanskje sies å være sammenfallende med Turners "Man Made Disaster" modell fra 1978 i Turner og Pidgeon

²³ Vedlegg 1A

(1997). Det blir av betydning å få pasient og pårørende til å forstå hvor viktig det er at hjemmesykepleien mottar aktuell informasjon.

Pasientenes kunnskap og forståelse av Marevan behandlingen influerer på muligheten til å delta aktivt i beslutninger som har innvirkning på eget liv fremover. Her har helsepersonell en fremtredende oppgave i å påse at informasjon er tilpasset og forstått av pasienten. Ønsker pasienten behandlingen, og forstår pasienten konsekvensene ved å ikke følge behandlings opplegget for Marevan slik det er lagt opp fra legens side?

5.2.3 Refleksjon og beslutninger

Sykepleierne forteller om en situasjon hvor en sykepleier valgte å dra ut til pasient for å korrigere en Marevan dosering alene. I følge prosedyrene for medikamenthåndtering skal endringer i en dosett, dobbeltkontrollers. Avviket fra prosedyre tolkes som en indikasjon på at sykepleieren gjorde en ressursvurdering og konkluderte med at det ville kreve for mye ressurser å først reise til pasienten, hente dosetten, ta denne med tilbake til kontoret for dobbeltkontroll, for deretter å bruke både personalets tid på reise og pasientenes tid som måtte vente. Med utgangspunkt i Hollnagel et al., (2015) er det kanskje rom for å stille spørsmål til om sykepleierens handling kan legitimeres gjennom en vurdering av tidsbruk sett opp imot mulige følgekonskvenser. Konsekvensene av å følge prosedyrene ville kanskje vært at andre pasienter måtte vente lenger på hjelp, eller at andre pleietrengende pasienter hadde fått mindre tid.

Gjennom internkontrollforskriften er virksomheten pålagt å utarbeide rutiner og prosedyrer for medisinhandteringen som hjemmesykepleien har ansvar for. Utformingen og innholdet i slike prosedyrer er antatt å kunne bidra til at sykepleierne kan føle på press mellom ressursbruk og etterlevelsen av prosedyrer. Situasjonen beskrevet ovenfor kan kanskje være med på å skissere virkeligheten som i Hollnagel et al., (2015) Safety II. Teorien beskriver forholdet mellom teori og praksis. Tydeliggjort gjennom begrepene “Work as imagined” og “Work as done”. Interessekonflikter i en hektisk hverdag hvor sykepleier kan bli trukket mellom prosedyre og ressursbruk, kan fremme feil handlinger. Konsekvensen kan bli feil dosering av Marevan, en medisin med smalt terapeutisk vindu, som ved feildosering kan utgjøre alvorlige legemiddelrelaterte konsekvenser for pasienten (Helsetilsynet 2011).

Menneskelige feil kan oppstå, og i denne sammenhengen har kommunen laget en prosedyre med dobbelt kontroll for å hindre feil handlinger. På tross av denne dobbeltkontrollen kan utfordringene forbundet med informasjonsprosessering og oppdukkende interessekonflikter være momenter ved systemet hjemmesykepleie som i noen tilfeller kan være medvirkende til at sykepleiere i den skarpe enden prioriterer bort å følge prosedyren.

5.2.4. Risikoforståelse

Sykepleiere i hjemmesykepleien opplever at mange jobbsituasjoner kan fremstå som risikofylte sett opp imot behovet for å ta raske avgjørelser. Craven et al., (2012) beskriver sykepleiernes høye toleranse for risiko, forårsaket av å ha stått i ulike vanskelige og krevende situasjoner over så lang tid, at det har blitt normalen. På den ene siden kan den opparbeidede kunnskapen og erfaringen føre til økt mestringsfølelse og fleksibilitet i krevende situasjoner, men kan på den andre siden føre til at man kan overse faktorer som vil ha betydning for andre. Risikoforståelse i forhold til informasjonsflyt kan ha betydning for hvilken type informasjon som bringes videre og hvordan den mottas. Helsepersonell med erfaring, har ulik forståelse av risiko, og gir en annen type informasjon enn helsepersonell uten denne erfaringen. På den måten vil informasjonsoverføringen ha et subjektivt preg. Safety II peker på forståelse av hovedtrekk og kjennetegn i hverdagssituasjoner som har gått bra. I lys av dette perspektivet blir helsepersonellens erfaringer en bidragsyter til en selektiv utvelgelse av hvilken informasjon som formidles videre.

I intervjuet med lederne kom det frem at de feil som ofte blir begått i hjemmesykepleien skjer av fast personell som man kan anta, kan ha sett seg blinde på situasjonen. På den måten kan personell som ikke har samme type risikoerfaring, se ting med nye øyne og være mer oppmerksomme på ulike situasjoner. Fokus på økt bevisstgjøring omkring temaet kan være av stor betydning og nødvendig for å kunne balansere risikooppfatningen opp mot nytteverdi.

5.2.5 Ansvarsforhold og felles forståelse

Lederne i hjemmesykepleien presiserer legens ansvar for å måle INR, dosere Marevan, og informere hjemmesykepleien. Imidlertid påpekes det i helsetilsynets rapport (5/2011) at

hjemmesykepleien har et oppfølgingsansvar. Spørsmålet i denne sammenhengen kan stilles til hvor legens ansvar slutter og sykepleierens oppfølgingsansvar begynner?

En grenseoppgang av slike ansvarsforhold og kommunikasjonslinjer kan være nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Pasienter kan ha vedtak på hjemmesykepleie til andre formål enn til medikamenthåndtering. Eksempler på dette kan være kroniske sår og trygghetsalarm. I disse tilfellene har ikke hjemmesykepleien noe ansvar verken for medisinhåndteringen eller eventuelle bivirkninger. Sonelederne problematiserer en allmenn oppfatning både blant leger og sykehus at hvis pasienter har hjemmesykepleie, er det ensbetydende med at hjemmesykepleien også har ansvaret for medisinene til pasienten. Oppfatninger som dette kan bidra til å gi legene falsk trygghet, og svekke pasientsikkerheten. Dersom hjemmesykepleien automatisk skulle hatt tilgang til pasientenes medisiner ville det ført til en rekke utilsiktede følger. Det ville umyndiggjøre pasienter, frata pasienten autonomi og trække over en grense. Hvis en pasient har vedtak på hjelp til å ta av for eksempel støttestrømper, er ikke det ensbetydende med at denne pasienten trenger hjelp til medisinhåndtering.

Hjemmesykepleien, bør tilrettelegge for at pasienten opprettholder sine ferdigheter så langt det lar seg gjøre. Det betyr å la pasienten benytte sine ressurser. Tillit og forståelse handler om å ta seg tid til å prøve å forstå situasjonen og møte pasienten fra pasientens ståsted. Sykepleieren skal bruke sitt kliniske blikk, tilgjengelig informasjon og å vurdere pasientens allmenntilstand og compliance. De bør oppfordre pasienten til å ta imot hjelp hvis en ser at dette kan være til hjelp. Det å ta over medisinsansvaret for alle som benytter seg av hjemmesykepleie i korte eller lengre perioder, kan føre til enorm ressursbruk og mistillit mellom pasienter og hjemmesykepleien. Samarbeidet mellom ulike instanser er avhengig av at partene kjenner hverandre og vet hva de andre har ansvaret for.

5.2.6 Betydning av dokumentasjon

Sykepleierne forteller om ulike måter å oppdatere INR-svar på. Pasientens INR kort og E-meldinger har legen ansvar å fyll ut. Sykepleierne har ansvar for å fylle ut skjema på medisinrommet og føre doseringen inn i pasientjournalen. Utfordringen er at de ulike informasjonskanalene bør oppdateres samtidig. Så fremt dette ikke skjer kan det oppstå misforståelser. Sykepleierne forteller om utfordringer knyttet til notater på “gule lapper” ved telefonbeskjeder fra legekantor eller pasienter. Vår forståelse er at sykepleierne prioriterer å se på E meldinger og oppdaterer skjemaet på medisinrommet. Det forekommer ikke ofte at sykepleierne ser på pasientens INR-kort, etter innføring av elektronisk meldesystem. Sonelederne sier at sykepleierne dokumenterer INR svar i den elektroniske journalen. Vi får forståelse av at dette ikke alltid blir gjort. Sykepleierne mener elektroniske journalen fører til økt risiko, da det blir enda et informasjonssted å forholde seg til. Manglende journalføring kan sees på som sykepleieren ikke følger rutinene og prosedyrene i praksis. Samtidig kan det diskuteres om det å ikke følge rutinene her, er med på å redusere risikoen for feil?

Flere steder å dokumentere INR, kan øke risikoen for utdatert informasjon. Turnusarbeid kan være en faktor som er med på å øke risikoen for feil. Det er flere involverte sykepleiere i prosessen med å motta og dokumentere informasjonen. Dette kan øke muligheten for brudd i informasjonsflyten.

Fastlegen har et ansvarsforhold, men sykepleierne har et oppfølgingsansvar. Spørsmålet kan være hvor skjæringspunktet mellom legens ansvar og sykepleiernes oppfølgingsansvar for pasientens går?

I intervjusituasjonen var frustrasjonen til sykepleieren til å ta og føle på, når samtalen kom inn på samarbeid med en eller flere av samarbeidspartnerne. Unødvendig tidsbruk til slikt samarbeid var en stor frustrasjonskilde, fordi feil begått av andre får ringvirkninger. En sykepleier kom med et eksempel hentet fra en situasjon der hun skulle på apoteket for å hente medisiner for pasienter. Henting av medisiner på vegne av pasienter er et område hvor det ifølge sykepleierne går med mye tid til å rette opp feil. Det å stå på et apotek og ikke få ut medisiner, fordi det er feil med doseringen er tidkrevende. Pasienten står gjerne på to ulike medisiner, som begge er blodfortynnende og ikke kan benyttes samtidig. For å rette opp en

slik feil må man først få kontakt med legekantoret. Deretter må man vente på at legen har tid til å sende en ny elektronisk resept til apoteket. Konsekvensen er at hjemmesykepleien må dra tilbake til apoteket senere på dagen. En slik rokking av arbeidsoppgaver kan bidra til en forskyvning i arbeidsplanen og kan føre til ekstra belastning på hjemmesykepleier ved at etterfølgende arbeidsoppgaver kanskje blir forskjøvet ut over opprinnelig planlagt arbeidsfordeling.

Sykepleierne opplever at apotekene er flinkere enn legene når det gjelder legemiddelinteraksjoner. De har flere ganger vært på apoteket og fått tilbakemeldinger på feilforordninger fra leger. Apoteket sees dermed på som en synlig barriere for at hindre at feil oppstår i forhold til Marevan. Spørsmålet er om sykepleierne og apotekene er bevisste på dette?

5.3 Kroniske sår

5.3.1 Fastlegen, hjemmesykepleien, eller noe midt imellom?

I kommunens arbeid innenfor helse, kan det være mange ulike interesser i kampen om ressursbruk. Informantene forteller at det er politikk at pasienter som kan gå til fastlegen og få stelt sår, skal gjøre dette. Sykepleierne mente de var flinke på sår og flere har videreutdanning innen sårbehandling. I flere tilfeller mente de å kunne tilby et bedre sårbehandlingstilbud til pasienten enn det fastlegekontorene kunne. Dette kan ha sammenheng med Safety II tankegang. Gjennom opparbeidelse av klinisk erfaring vil det danne seg et grunnlag for å se på hvilke situasjoner som kan gå bra, og i ulike situasjoner det vil være behov for bistand, i form av henvisning til spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne mente at spørsmål om grenser i forhold behandlingen av sår var i gråsonen og tvilstilfeller.

Sår kan gi ulike konsekvenser for pasienten, som blant annet smerter, infeksjoner, og immobilitet. Muligheten til å oppstart av behandling tidligst mulig og på lavest mulig nivå kan redusere pasientens lidelser og potensiale for ytterligere konsekvenser. Kostnader knyttet til kroniske sår berører pasienter og samfunnet både direkte og indirekte. Pasientsikkerhet krever bruk av ressurser i form av tid, penger og kompetent personell. Riktig balansegang mellom økonomi og ressurser er en del av det å ha faglig forsvarlig tjenester.

Pasientene som har vedtak på hjemmesykepleie for stell av kroniske sår får dekket utgiftene på kommunens regning. Pasienten som får stell av kroniske sår utført hos fastlegen kan søke HELFO om å få dekket sårutstyret, men med egenandel.

Det fremkommer i intervjuene uklar praksis for vurdering av hvem som skal få stelt sår av hjemmesykepleien og hvem som skal få sårstellet utført hos fastlegen. Selv om retningslinjene fra kommunen er tydelige, fortelles det om en praksis som er mer styrt av tilfeldigheter. Kommunen har flyttet saksbehandling knyttet til vedtak fra sonen til kommunens samordningsenhet. Vedtak på hjemmesykepleie vil dermed ha større avstand fra brukene til saksbehandlere som fatter vedtak. Dette kan bidra til en økt ressursfordeling på objektiv grunnlag, på samme tid mister saksbehandlingen det naturlige skjønnnet som kan ha vært gjeldene praksis i en enhet som med kjennskap til pasienter og kompetanse innad i virksomheten. I hjemmesykepleien kan det være en kamp om ressurser, og ulike interesser vil dermed stå i motsetning til hverandre. Et spørsmål er hvor pasientens sikkerhet best blir ivare tatt?

Kommunen får pålegg om økonomiske innsparinger, men er pålagt å opprettholde kvaliteten hos pasientene. Med et tydeligere skille mellom hvem som får sårstell fra hjemmesykepleien og hvem som skal få utført sårstell hos fastlegen, vil det frigjøre ressurser i hjemmesykepleien. Frigitte ressurser kan benyttes mer hensiktsmessig til pasienter med andre typer hjelpebehov. Med frigitte ressurser hos kommunen kan tiden brukes hos de som trenger det mest. Spørsmålet er hvem som skal vurdere hvilket behov som er størst? Hva er de reelle behovene hos pasientene? Er det økonomisk spillerom til å opprettholde tjenester som pasientene ikke har behov for?

Endres måten tjenester gis på ved å gå fra å passivisere til å aktivisere pasientene, kan det bli bedre samfunnsmessig og økonomisk innovasjon i omsorgen. (Tangen 1016).

Lederne som ble intervjuet forteller at andre kommuner har en sykepleieklinikk, hvor pasienter kan få bistand på områder som sårstell. Det hender at sykepleiere besøker pasienter for å stelle sår, for så å oppleve at pasientene ikke er hjemme. Det blir oppfattet som feil ressursbruk å oppsøke pasienter, som selv har kapasitet til å bevege seg ut på egenhånd. Slike pasientgrupper er i stedet kanskje aktuelle kandidater til å få sårstell ved nevnte klinikker eller

hos fastlegen. Ved å sluse pasientene til en egen sykepleie klinikk kan en frigjøre ressurser fra hjemmesykepleie og fastlege, og i stedet kunne bruke ressursene mer hensiktsmessig. Pasientene må selv avtale, og møte opp til avtalt time, dette ansvarlig gjøre pasientene i større grad. Kanskje en sykepleieklinikk kan være en arena hvor pasienter kan få lik behandling og oppfølging. Ulempen med spesialiserte enheter kan være at kompetanse forsvinner fra hjemmesykepleien og sentrere seg i andre fora. Det å utnytte ressursene best mulig samtidig som en ivaretar pasientsikkerhet og den faglige forsvarligheten vil være innovasjonen innenfor fremtidens omsorg.

5.3.2 Sårdiagnose

Norsk interessefaggruppe for sårtilheling (NIFS) mener at sårdiagnose må utarbeides i forkant for å kunne gi adekvat behandling. Det bør tydelig komme frem bakenforliggende årsaker, og behandlingsforløp. Viktigheten av samhandling mellom involverte aktørene er vesentlig for tilfredsstillende resultat. Legen har ansvar for behandlingen av bakenforliggende årsak og diagnostisere såret, mens hjemmesykepleien utfører sårstellet. Informasjonsprosesseringen mellom aktørene kan være nøkkelen for at det kroniske såret gror. Informasjonen kan gå gjennom flere kanaler, som prosedyrer, retningslinjer, samarbeid med lege og pasient og i noen tilfeller samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Turnusarbeid kan være en utfordring for informasjonsflyt, fordi aktører med ulik mening, erfaring og kompetanse skal stille såret og dokumentere vurderinger. Sammen med en hektisk hverdag, kan en tilpasset sårprosedyre være barrieren som gjør at muligheten for sårtilheling er tilstede.

Sykepleierne som ble intervjuet opplevde at de må "mase" og skrive tips til legen. De prøver å hinte frem på en fin måte til legene, hva legene burde gjøre. Det kan sees på som en interessekonflikt at sykepleierne har mer kompetanse på sår en enkelte leger. På den ene siden har legen myndighet til å avgjøre hvordan såret skal behandles. På den andre siden har sykepleierne praktisk erfaring og kompetanse. Det kan gi motstridene løsningsalternativer. Sykepleierne føler de må være pasientens advokat samtidig som de vet at det er legen som har siste ordet.

Et hinder i å få diagnostisert sår kan være pasientens almenntilstand, som av og til tilsier at ambulanse må rekvireres for legebesøk. Pasientens egen oppfatning av situasjonen kan hemme eller fremme, ønske om å kontakte legen. Legen på sin side har ifølge sykepleierne svært sjelden tid til hjemmebesøk. Informasjonsflyten mellom alle aktørene som er bidragsyttere i pasientens behandlingstilbud er nødvendig for adekvat behandling av bakenforliggende årsaker.

Med bakenforliggende årsaker ubehandlet, er det ikke mye nytte med et plaster på såret. Tid som ressurs for å kartlegge pasienten og utarbeidelse av sårdiagnose er helt nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

5.3.3 Sårprosedyrer

Ivaretagelse av kontinuitet ved hjelp av sårprosedyrer er en av barrierene for at kroniske sår skal kunne gro. Utarbeidet sårprosedyre har flere funksjoner. Den kan være med på å gi en sammenheng i stell av såret. Retningslinjer skal bidra som en veiledning for å sjekke at behandlingen har virket. En sårprosedyre er med på å gi pasienter adekvat behandling. I tillegg er den med på å opprettholde compliance mellom de som steller såret. Når sykepleierne gir legen informasjon og ideer om hva såret kan skyldes og kommer med hint om videre behandling dreier det seg om informasjonsprosessering. Hvis informasjonen fungerer fint via elektroniske meldinger er dette en velfungerende informasjonsprosessering. Imidlertid viser Turner og Pidgeon (1997) til det å synliggjøre informasjonen slik at den er tilgjengelig for alle. Dette kan gjøres gjennom å utarbeide gode sårprosedyrer.

I en travel hverdag sier sykepleierne at det hender det ikke blir skrevet prosedyrer. De sier videre at dårlige sårprosedyrer kan føre til uønskede hendelser. Informantene ser på viktigheten samme person steller såret. Det lar seg vanskelig gjennomføre med turnusarbeid. Sårprosedyrene kan sees på som limet i en informasjonsprosess. Hvor hindringene kan være kompetanse, compliance og turnusarbeid.

Prosedyrer, retningslinjer og en felles forståelse er avgjørende for å oppnå adekvat sårbehandling. Turnusarbeid fører til at ulike sykepleiere er innom og steller samme sår til

ulike tider. Dette kan komplisere oppfølgingen av såret fordi ulike aktører har ulikt sammenlikningsgrunnlag, ulik kunnskap og oppfølgingen kan svikte.

Sykepleierne sier at det hender en sjelden gang at de får pasienter hjem fra lege med utdaterte sårprosedyrer. Da lager de sine egne prosedyrer. Her kan spørsmålet være om sykepleieren informerer fastlegen at prosedyren blir endret, slik at informasjonen og den faglige diskusjonen om hva som er kunnskapsbasert praksis, kommer fastlegene og ikke minst pasientene til gode. Det handler om å gjøre hverandre gode.

Undersøkelsen avdekker at det er flere involverte i utarbeidelsen av sårprosedyrer. Prosedyrer kan bli utarbeidet både fra sykehus, fastlegen, hudpoliklinikk og hjemmesykepleien. Informantene opplever at de har mye kunnskap om kroniske sår. Det er mange pasienter i hjemmesykepleien som behandles for denne problemstillingen. Sonen har fokus på opplæring og flere sykepleiere har ettårig videreutdanning i sår. Denne kunnskapen og læringen har de opparbeidet seg over tid og bidrar til å gi innsikt i hva som fungerer. Relatert til Safety II vil dette være å ha fokus på å forstå og kjenne igjen hverdagssituasjoner og ta det med seg inn i nye oppgaver. Sykepleierne forteller om et sår de fikk til å gro i løpet av kort tid. Pasienten hadde hatt såret over tid og sykepleieren forteller at dette er en solskinnshistorie.

Kommunens prosedyrebeskrivelse for refusjon av sårutstyr, ble godkjent av kvalitetsutvalget i 2011. Denne prosedyren samsvarer ikke med gjeldene praksis ifølge sykepleierne.

Sykepleierne sier at nå er det hjemmesykepleien som betaler for sårutstyr og behandlingen, når pasientene har vedtak på hjelp. I dette tilfellet kan det se ut som kommunens prosedyrer ikke er oppdatert. Det kan bidra til svikt i informasjonsprosesseringen som kan skape økt frustrasjon og muligheten for at det er ulik informasjon som kan bli formidlet.

Problemene som kan oppstå når prosedyrer ikke er oppdatert, at det tilkommer nye forutsetninger for håndteringen noe som øker sårbarheten i systemet.

5.3.4 Veien videre

Tid som ressurs for å kartlegge pasientens behov og compliance er helt nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Det er en økning blant eldre pasienter som bor hjemme med komplisert sykdomsbilde. Presset på fastlegen og hjemmesykepleien øker i takt med utfordringene. For å kunne drive en faglig forsvarlig sårbehandling vil det være nødvendig å ha tilstrekkelig kvalifisert personell på jobb.

Informantene sier at samarbeidet mellom de ulike aktørene er blitt bedre de siste årene. Det er lettere å få henvisning til hudpoliklinikken når en ser at såret ikke gror. Dette er en positiv utvikling som er med på å øke pasientsikkerheten.

5.4 Trygghetsalarm

5.4.1 Kompleksitet

Hollnagel et al., (2015) beskriver i sin artikkel at økende kompleksitet gir større behov for å tilpasse sin tilnærming til sikkerhet. Hjemmesykepleien og trygghetsalarmen har mange samarbeidspartnere, og økt kompleksitet spesielt etter samhandlings reformen. Dette i tråd med det Hollnagel et al., (2015) beskriver. Det som sees på som økt kompleksitet i forhold til trygghetsalarmen, er en pasientgruppe med mer omfattende pleiebehov. Lederne forteller at mange pasienter er i grenseland for hva som er forsvarlig for å bo hjemme. Velferdsteknologi kan være kompleks, og gir en ny måte å tenke tjenester på. Det må realiseres noen nye verdier. Dersom ny teknologi ikke skaper trygghet, sikkerhet og selvstendighet, dekker det heller ikke behovene for pasienter og pårørende (Tangen 2016). Teknologi kan gi økt mestring hverdagen. På den andre siden kan teknologien gi utfordringer og sårbarhet, i forhold til komplekse systemer, som er vanskelig å forstå for utenforstående. Svikt i teknologien kan forekomme både som strømbrudd, nettbrudd, eller andre tekniske årsaker. Teknologien er kompleks, men den menneskelige komponenten er også kompleks. En ekstra utfordring kan være opplevelsen av inngripen i privatlivets sfære.

Hensikten med trygghetsalarmen er at pasienter skal føle seg trygge, ha økt selvstendighet og ha mulighet til å bo lengre hjemme. Pasienten må vite at de får hjelp hvis de benytter trygghetsalarmen ved behov. Det kan være samfunnsøkonomisk og personlig vinnende for

pasienter å bo lengre hjemme, samt å være mer selvstendige. Faglig forsvarlighet må være i hovedfokus, spesielt hvis pasienten ønsker å benytte seg av kommunale tilbud som sykehjem, og må bo hjemme i påvente av ledig plass.

Sikkerhetsfaktorene for trygghetsalarmen er tredelt. Teknikken, hjemmesykepleien og pasienten og i noen tilfeller pårørende, må fungere sammen som et tannhjul. Hvis en av komponentene svikter kan, det føre til at trygghetsalarmens funksjon svekkes og /eller ikke fungerer tilfredsstillende. Problemet kan oppstå når teknologien svikter, uten at det fremkommer tydelige signaler.

Pasientene får ved installasjon av alarmen forenklet skriftlig informasjon om hvor systemet kan svikte, og hvem som kan kontaktes. På den ene siden kan informasjonen sees på som en bevist handling for å forenkle hverdagen. Komplisert og massiv informasjon kan bidra til vanskeligheter med å skille mellom viktig og unyttig informasjon. På den andre siden kan mangel på informasjon og forståelse av hvor systemet svikter, bidra til redusert tillit til hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien, slik vi ser det har i denne sammenhengen to hatter på seg. Forskjellen på de to systemene kan skape uklare forventninger hos pasientene og ansvarsforholdet kan blir fragmentert.

Det er hjemmesykepleien som er i den skarpe enden og må gå inn på ekstra tilsyn hvis tekniske problemer oppstår. Spørsmålet er om det finnes noen som har bakvakt i hjemmesykepleien? Er hjemmesykepleien så fleksible, at de uten tilleggsressurser kan påta seg ekstra tilsyn, til pasienter som har trygghetsalarm ved svikt i systemet? Trygghetsalarmen er en betalingstjeneste som skal gi trygghet til pasienter og pårørende.

5.4.2 Vurdering av pasientens ressurser

Svekkede sanser og fysisk kapasitet kan bidra til å komplisere adekvat bruk av trygghetsalarmen. For å kunne benytte alarmen tilfredsstillende må en kunne høre og kommunisere med sentralen. Pasientene må være fysisk i stand til å trykke på knappen og inneha mentale ferdigheter til å forstå når og hvordan det gjøres. Bow tie diagrammet viser tiltak for vurdering av pasientens kognitive og funksjonelle ferdigheter. Pasientens ferdigheter kan endre seg på kort varsel. En barriere er å sjekke pasientens reelle muligheter, og dermed fortløpende ha mulighet til å avdekke endringer som kan føre til svikt i ferdighet for å håndtere trygghetsalarmen.

Intervjuene avdekket at det ikke var jevnlig rutiner på å vurdere pasientenes kognitive og funksjonelle ferdigheter, hvis de ikke mottok andre tjenester fra hjemmesykepleien. For å ivareta denne pasientgruppen kan ett av tiltakene ut fra Bow -tie diagrammet vårt være kartlegging av pasientens mulighet til å kunne benytte trygghetsalarmen. Rutinemessig ringetilsyn vil kunne være et tiltak. Telefonsamtalen vil i noen tilfeller kunne avdekke endringer hos pasienten ved at kontaktpersonen stiller relevante spørsmål. I denne sammenheng er det vesentlig at den som ringer har tilfredsstillende kompetanse. Forståelse for at det er begrenset informasjon man kan hente inn gjennom telefonsamtale er vesentlig. I tillegg til kunnskaper om pasienten, bør det bli gitt opplæring i hvordan tolke signaler og gjøre oppfølgingsspørsmål. Det kan være en interessekonflikt når det gjelder bruk av ressurser. Et optimalt alternativ vil være regelmessige tilsyn, og be pasienten vise, og forklare riktig bruk trygghetsalarmen. Dette kan være ressurskrevende, og ta tid fra andre pasienter som trenger hjelp. Et ringetilsyn kan være en minste minimums oppfølging av de som har trygghetsalarm som eneste tjeneste.

Vurdering som tas i forhold til faglig forsvarlighet, er ifølge sonelederne at hjemmesykepleien ikke kan ha ansvar for pasienter, som ikke kan benytte alarmen på en tilfredsstillende måte. Sonelederne mener at pasienter med kognitiv svikt ikke kan bo hjemme, hvis de ikke kan benytte seg av alarmen.

5.4.3 Tillit

Trygghetsalarmen er for mange pasienter det første møte med hjemmesykepleien. Behov for alarmen kan være begrunnet i at pasienten opplever en redusert allmenntilstand, eller en opplevelse av utrygghet. Behovet kan meldes fra pasienten selv, pårørende eller andre som observerer pasienten. En innleggelse i spesialisthelsetjenesten kan føre til søknad om alarm.

Nye og ukjente tilbud kan for pasienten være vanskelige å forstå eller å ta imot. I den forbindelse er tilpasset informasjon en del av et tilrettelagt tilbud. Informasjonen krever individuell tilpasning, som igjen krever tid og ressurser. Mulighet til å komme i posisjon hos pasienter for å tilby tjenester er vesentlig. Tid i forhold til relasjonsbygging er ressurs krevende og må veies opp mot mulige konsekvenser. Kommunale hjelpetilbud kan oppleves som et toegget sverd, både inngripende og betryggende. Pasientene er i en situasjon hvor de er avhengig av hjelp. Det kan ta tid og ressurser å opparbeide tillit, men tilliten må være på plass for å kunne utføre tjenester faglig forsvarlig. Pasientens opplevelse av forståelig informasjonsflyt vil kunne bygge opp under tilliten. Gjennom intervjuene ser vi at det å ha muligheten til å være fleksibel, gjør at tilliten kan øke og gjøre det lettere å komme i posisjon til å drive forebyggende arbeid.

Avklaring av forventninger, og felles forståelse av hva trygghetsalarmen kan bidra med er av stor betydning for å kunne få et tilfredsstillende resultat. Det krever kunnskap om systemet. Trygghetsalarmen er ifølge informantene ikke en akuttalarmsentral og det må komme frem i informasjon til pasientene. Sykepleierne sier de prøver å komme så raskt på plass som mulig, men at det kan ta opptil 30 minutter.

Med økt kompleksitet i hjemmesykepleien og sykere pasienter, kan bruken og behovet for trygghetsalarmen øke. Dette kan føre til en enda større pågang på alarmen enn det som fremkommer per i dag. Trygghetsalarm er et lavterskel tilbud og betalingstjeneste, som oftest innvilges ifølge informantene. Spørsmålet en kan stille seg er om det jevnlig blir kontrollert at brukeren av tjenesten har systemforståelsen og fysiske ressurser til å nytte alarmen tilfredsstillende. Turner og Pidgeon (1997) sier i sin teori at noen visste noe før det skjedde.

Pasienter i hjemmesykepleien har ofte sykdomsforløp og helsetilstander som varierer. Av den grunn vil det være relevant å jevnlig kartlegge pasientens ressurser for å fortløpende kunne

evaluere om pasienten har ferdigheter som er i tråd med å håndtere alarmer. I følge lederne er trygghetsalarmen et av kriteriene som må oppfylles hvis pasienten skal bo hjemme.

Systemet trygghetsalarm har en mottakerboks, plassert sentralt i pasientens boenheten. Hensikten er å kunne kommunisere med sykepleier når pasientene kontakter dem via alarmer. Nedsatt hørsel kan føre til at de ikke hører hva sykepleieren sier, noe som igjen kan skape problemer med kommunikasjonen og informasjonsflyten. Utfordringene kan være at sykepleierne må snakke ekstra høyt, for å prøve å nå frem, som kan føre til at pasienten opplever at stemmen blir brysk. Konsekvensen kan være redusert tillit og kanskje vegring av bruk. Viktigheten av at hjemmesykepleieren svarer med en hyggelig stemme, når de trykker på alarmer, kan ha flere verdier. Det være med på å skape trygghet, og føre til at pasienter tar kontakt på et tidligere tidspunkt, som kan hindre eskalering av problem og påfølgende konsekvenser.

Informantene nevner ikke taushetsplikten innenfor temaet faglig forsvarlighet. Det kan ha flere grunner. Dersom man velger å se på taushetsplikt i lys av trygghetsalarmen, byr systemet på ulike etiske problemstillinger i forhold til ivaretagelsen av taushetsplikten. Interesse og beslutningskonflikt perspektivet til Rasmussen (1997) kan sees på som utfordringer i å balansere ulike pasienters behov opp mot hverandre. Ulike arbeidssituasjoner hjemme hos pasientene kan bidra til at sykepleierne i enkelte situasjoner blir tvunget til kanskje å handle faglig uforsvarlig, ved å måtte gå fra en pasient som trenger hjelp for å hjelpe en annen. Trygghetsalarmen sammen med hjemmesykepleiens organiseringen kan by på utfordringer, i forhold til ivaretagelse av taushetsplikten. På den ene siden har en plikt til å ivareta pasienten som trykker på alarmer, på den andre siden ivareta denne pasientens personvern.

5.4.4 Ulv, ulv

Det første sykepleierne svarte på spørsmålet om uønskede hendelser, knyttet til trygghetsalarmen, var problemet med pasienter som ringer på og ikke har behov for akutt hjelp. Dette blir sett på som misbruk av tiden til sykepleierne. De mener det er unødvendig bruk av tid, som kunne vært brukt til bedre formål.

I intervjuet sier de at mange alarmer kommer mellom halv åtte og åtte. Pasientene bruker alarmer for å høre når de får hjelp. På dette tidspunktet gjennomføres morgenrapporten. Spørsmålet vi stiller oss er om pasientene kan ha våknet tidlig eller være tissetrengte?

I realiteten er det to forskjellige tjenester utført av hjemmesykepleien. Planlagte pleieoppdrag, og akutte utrykninger på alarmer. Her er det spesielt viktig at både forståelse og bruken av trygghetsalarmen er formelt avklart og tydeliggjort gjennom informasjon til pasientene. Kunnskap om de ulike måtene å kontakte hjemmesykepleien bør være avklart. På spørsmål om tidspunkt for hjelp kan pasienten bruke telefonen. For hjelp til mer akutte behov brukes trygghetsalarmen. Etterlevelse for både av ansatte og pasienter av denne informasjonen bør opprettholdes for å kunne nytte alarmer slik den er ment. På den måten kan det opprettholdes et robust system. Ulv ulv alarmene kan være belastningen som gjør et robust system sårbart.

Sykepleierne har prøvd ut ulike løsninger for å redusere uønsket bruk av alarmer. De har prøvd å dele tjenesten hjemmesykepleien, fra tjenesten trygghetsalarm. Oppringing av alarmer, blir besvart med: "Velkommen til trygghetsalarmen." Hensikten er å bevisstgjøre pasientene på skille mellom alarmer og hjemmesykepleien. Altså akutte oppdrag og planlagt behov for hjelp. Har pasienten spørsmål om hjemmesykepleiens oppgaver, henvises de til å ringe hjemmesykepleien på eget nummer. Dette kan sees på som kompensierende tiltak for å motvekte belastninger som kan gi sårbarhet i systemet. Sykepleierne har på denne måten prøvd å gjøre individuelle tilpassinger, for å redusere trykket på unødvendige alarmer. Tiltaket kan sees på som Safety I i kombinasjon med Safety II. En må ha kjennskap til utfordringene i systemet, få å kunne se på hva som går bra, for å iverksette tiltak.

Sykepleierne sier at de rykker fortere ut til pasienter som ikke benytter alarmer så ofte. I følge Craven et al., (2015) vises det til at å stå i situasjoner over tid vil normalisere situasjoner som egentlig ikke er normale. Pasienter som benytter trygghetsalarmen tilsynelatende uten grunn, vil etterhvert kunne bli en del av normalen og det ringer ingen "alarm" bjeller hos sykepleierne når alarmer benyttes. På den ene siden kan dette sees på som positivt, slik at sykepleierne kan balansere ressursbruken og ikke rykke ut på unødvendige alarmer. På den andre siden bør en ta seg tid til kartlegge potensielle underliggende årsaker som kan føre pasientenes unødvendig bruk. Grunnleggende psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behov kan være en de underliggende årsaker til denne typen kontakt.

5.5 Faglig forsvarlighet

5.5.1 Bemanning

Virksomhetens krav til faglig forsvarlighet fordrer tilstrekkelig ansatte med riktig kompetanse på hvert skift. Nova -rapporten (2014) viser til funn som sier at sykefravær kan være hovedgrunnen til sprik mellom planlagt og faktisk bemanning. Spørsmålet om innleie ved sykdom kan ha flere forklaringer. I første omgang kan det være spørsmål hvor vidt man skal leie inn personell eller ikke. Ved akutt sykdomsfravær kan det være vanskelig å få tak i kvalifisert personell, og løsningen kan være enten å leie inn ukvalifisert personell, eller klare seg med de som allerede er på vakt. Avgjørelsen kan relateres til bemannings planleggingen som er gjort, eller vurdering om innleie av ufaglærte vil føre til merarbeid. Fravær av innleie eller innleie av ufaglært personell kan på kort sikt gi kommunen en økonomisk gevinst i form av reduserte lønnsutgifter. Over tid kan manglende innleie av personell eller innleie av personell med redusert kompetanse gi uintenderte konsekvenser.

Ekstra belastning på eksisterende personell kan føre til redusert kvalitet og dårligere vurderinger av pasienter. For ansatte kan det føre til misnøye, sykefravær eller oppsigelser grunnet overbelastning over tid. Bemanningsutfordringer er en aktuell problemstilling ved ferieavviklingen.

Sonelederne forteller om erfaringer i forhold til at ferievikarer kommer tilbake år etter år. De har en kjerne som er stabil, og dette oppleves som positivt for virksomheten. Lederne opplever at ufaglærte kan være en stor ressurs dersom de er ydmyke i forhold til tildelte oppgaver. Faste ansatte kan i mange tilfeller se seg blinde på situasjoner de har stått i over lang tid ifølge lederne. Risikopersepsjon omtales av Craven et al., (2012) å bli avflatet når man står i risikosituasjoner over tid. Erfaringen fra slike situasjoner gjør at en opparbeider seg kunnskap om hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Dette kan gi en fleksibilitet som er nødvendig i hjemmesykepleien. På den andre siden kan et avflatet forhold til ulike situasjoner føre til fare for å undervurdere eller feilvurdere situasjoner som kan gi alvorlige konsekvenser.

Utfordringer ifølge sonelederne er tilfeller hvor de vet at det mange ufaglærte på vakt og samtidig mange dårlige pasienter. Spørsmålet en kan stille i etterkant er om de egentlig mener at de er usikre på om dette er faglig forsvarlig?

Våre funn viser at lederne mener det er en myte at det ved fravær er fokus på å spare inn lønnskostnader ved å leie inn ufaglært personell. De legitimerer det med 1 og 4 års regelen. Ved utvidet bruk av billigste arbeidskraft ensbetydende med ufaglært, kan det være fare for at denne arbeidsgruppen ifølge lovverket kan gjøre krav på en høyere stillingsprosent.

Ansettelse av ufaglærte vil på den måten kunne gå på bekostning av å ansette arbeidstakere med fagkompetanse. Spørsmål man kan stille seg er om innleie bare er gjort ut fra et faglig forsvarlighets perspektiv? Innleie av studenter og andre ufaglærte som en antar ikke ønsker fast stilling eller større stillingsprosent ser vi fremdeles kan bli benyttet, og kan diskuteres i denne sammenheng.

Kommunen har økonomiske rammer å forholde seg til. Er rammene for stramme, slik at grenser flyttes kan sykepleierne i den skarpe enden ha problemer med å ta riktige og faglig forsvarlige beslutninger. Sykepleierne kan bli stående å skvis mellom det å hjelpe pasientene og kommunens krav om best mulig utnyttelse av ressurser.

5.5.2 Internkontroll og kvalitetssikring

Med internkontrollforskriften følger et stort ansvar på virksomheten. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Demings sirkel er et hjelpemiddel for å forstå prosessen. Virksomheten skal ifølge denne modellen planlegge, utføre, følge opp og forbedre nødvendige prosedyrer. I arbeidet med mennesker kan situasjoner forandre seg hurtig. Fleksibilitet kan være nøkkelen til mulighet for tilpassing. Prosedyrene kan med fordel ha rom for at endringer kan oppstå. En utfordring her er at konflikten mellom tid og ressurser på den ene siden og faglig forsvarlighet på den andre siden kan presse den skarpe enden til å ta beslutninger som er på og under grensen til minimumskravet som faglig forsvarlighet. Kunnskap og bevisstgjøring i forhold til dette temaet er vesentlig i arbeidet med å bedre pasientsikkerhet.

5.5.3 Avvik

Intervjuene viser at rettsregelen faglig forsvarlighet ikke automatisk blir knyttet opp mot avvik og avvikshåndtering. I denne sammenheng drar vi paralleller til at avvik kan sees i sammenheng med Hollnagel et al., (2015) teori om Safety I. Avvik kan metaforisk sees på som et skjelett som må være på plass før kjøttet. Safety II sier noe om forstå hverdagssituasjoner og hva som går bra, og vil på denne måten kunne fremstilles som kjøttet på skjelettet.

Informantene i vår undersøkelse forteller om flere episoder de mener å ha løst på en tilfredsstillende måte. Direkte sitatene fra intervjuene viser til noen av situasjonene. Utfordringene vil være knyttet mot spørsmål om underrapportering av avvik. På den måten vil ledelsen kunne mangle oversikt over det som ikke fungerer, og videreføre prosesser som kanskje ikke fungerer tilfredsstillende.

For å sikre kvaliteten på tjenestene vil avviksregistrering være et nødvendig og viktig hjelpemiddel. Dette kan tolkes som Safety I som ifølge Hollnagel et al., (2015) er å se etter svikt, finne en årsak og prøve å løse denne. En robust virksomhet vil kunne fange opp og minimalisere konsekvensene ved menneskelige svikt. I hjemmesykepleien går personalet alene hjem til pasienter. Avvik kan av den grunn være vanskeligere å oppdage. Registreringen er avhengig av at de i den skarpe enden melder fra, og en god ledelsesforankring, som har fokus på kvalitetssikring på en tilfredsstillende måte.

Hjemmesykepleien kan og bør være en god forebyggingsinstans. Tverrfaglig oppfølging av pasienter er en viktig del av dette arbeidet. Det fremkommer i intervjuet at sykepleierne kan ordne opp i det de selv er ansvarlige for, men der de er avhengig av samarbeidspartnere kan det oppstå utfordringer. Ansvarsforhold, informasjonsflyt og kunnskapen om andre samarbeidspartnere kan være noen av utfordringene som kommer frem.

Internkontroll i hjemmesykepleien forutsetter at rettsregelen faglig forsvarlighet forstås og kan anvendes. Kompetanse og forståelse av både risikoområder og viktigheten av avviksregistrering, i kombinasjon med så se på hva som går bra, er helt nødvendig. Fra vårt

ståsted er det en utfordring at begrepet faglig forsvarlighet kan bli tøyd og presset, og komme i en skvis mellom ressurser og økonomi.

5.6 Anvendelse i praksis

Helsetilsynets rapport (2011) “Krevende oppgaver med svak styring” speiler en del av de utfordringer som er har drøftet i oppgaven. Innenfor alle tilsyns- temaene er det gjort funn som har vist at mange kommuner tildels, har en betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling. Dette gjelder også nok personell med rett kompetanse til å utføre oppgavene. Nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon, samt muligheter for å melde fra når noe går galt og hjelp til å forebygge at dette gjentar seg må være på plass. Et eksempel er pleiernes compliance - viktigheten av at alle gjør likt. Felles forståelse vil være en forutsetning for at pasientene skal få faglig forsvarlig helsehjelp. Dette krever en riktig og kvalitetssikret informasjonsprosessering. Vi ser også viktigheten av at faglig forsvarlighet praktiseres likt over alle deler av helsetjenesten.

I intervjusituasjonen mener vi det er et funn at verken sykepleierne eller lederne nevnte individuell plan (IP) når det gjelder faglig forsvarlighet. Det fremkom ikke hvor mange pasienter i sonen som har IP plan. I følge regelverket skal alle som har behov for flere langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til en Individuell Plan. Denne skal utarbeides av kommunen. Planen skal tydeliggjøre forpliktende samarbeid mellom pasienten, koordinator og de instanser pasienten mottar tjenester fra. Enheten har også ansvar for å kvalitetssikre IP-arbeidet i kommunen.

Kvalitetssikring av IP-arbeidet kan være en mulighet til å få en arena hvor en kan avklare ansvarsforhold og samarbeid rundt pasienten. Arbeidet kan både være på forebyggende og behandlende side. Bruken av Bow -tie diagrammene i oppgaven har gitt en oversikt over farekilder og barrierer som bør være på plass for å kunne hindre at uønskede hendelser finner sted. Bruk av diagrammene har vært et nyttig og lærerikt verktøy som med fordel kunne vært brukt som et rammeverk når en skal utarbeide en felles individuell plan for pasienter. Et sted hvor pasientens ressurser blir ivaretatt og pasienten og pårørende har påvirkningskraft og medvirkning rundt egen helsesituasjon.

Informantene våre sier de må bli flinkere å arbeide med Risiko og sårbarhets analyser (ROS). De har kommet godt i gang, og ser nytteverdien av å kunne legitimere og dokumentere hvorfor de trenger utstyr som kan styrke den faglige forsvarligheten. Hvis ROS analyser og Individuell plan blir brukt som levende dokumenter og ikke bare blir laget som et resultat av et pålegg, som etter ferdigstillelse blir lagt i en skuff, ser vi positivt på å benytte dette verktøyet for å bedre pasientsikkerheten.

Lederne på enhetsnivå har et hovedansvar for å ha oversikt over risikoområder og iverksette forebyggende tiltak. De har et ansvar for å lage et robust system for å dele informasjon og være i førersetet det gjelder å forebygge, avdekke og være åpne om uønskede hendelser.

Det handler om å dele informasjonen slik at tilhørere forstår budskapet og på den måten kan en integrere informasjonen i sin virkelighet og dermed bidra til at det består.

“You have to give it away in order to keep it.”

6.0 KONKLUSJON

I kapitlet som følger kommer en kort oppsummering av oppgaven og konklusjonen fra forskningen vår.

Undersøkelsen omhandler hjemmesykepleie og sikkerhetsutfordringene som er relatert til hjemmesykepleien. Temaet vi forsøker å belyse er områder som kan bidra positivt i arbeidet med å opprettholde en faglig forsvarlig tjeneste.

Innenfor kvalitetssikring kan ikke organisasjoner endre noe med forhold de ikke vet om. I den forbindelse er adekvat registrering av ytelse og oppfølging av avvik noe som må være på plass før en ser på hva som fungerer. Overføring av situasjoner og oppgaver som fungerer tilfredsstillende er avhengig av at det er kvalitetssikret slik at en ikke overfører situasjoner som ikke går bra på grunn av mangelfull eller feilaktig informasjon. Pasientsikkerhet fordrer et tett samarbeid og tilfredsstillende informasjonsflyt mellom ulike aktører.

De tre valgte indikatorene kan sees på som en alarm i systemet. Når alarmen går, eller det oppstår svikt i en årsakskjede, kan det være grunn til å se nærmere på situasjonen. Oppdages det trekk i de kliniske indikatorene som ikke bør være tilstede kan det være grunn til å undersøke bakenforliggende årsaker. Er det generelle trekk som bør endres på, eller er problemet spesifikt for en situasjon? Spørsmålene kan stilles for å gjøre en vurdering i forhold til den totale robustheten.

I intervjuene fremstår uklare ansvarsforhold som en utfordring i flere av indikatorene. Det fremkommer problemer med å trekke klare grenser for ansvarsforhold på grunn av mange ulike aktører. Ansvarsforholdet kan på bakgrunn av dette fremstå fragmentert, og føre til at kommunen ikke utnyttet ressursene på en effektiv måte for å drive faglig forsvarlig.

Gjennom arbeidet med oppgaven finner vi at det i flere tilfeller ikke er samsvar mellom gjeldene prosedyrer, retningslinjer og utført praksis. I noen tilfeller oppleves dette som positivt, da vi mener hjemmesykepleien er en virksomhet som krever individuelt tilpassede nyanser og fleksibilitet. På den andre siden kan det kanskje tyde på at den vertikale informasjons linjen ikke fungerer tilfredsstillende. Et spørsmål som kan stilles er om

hjemmesykepleien klarer å sile ut viktig og nødvendig informasjon, som følge av den totale informasjonsmengden.

Ved å benytte de tiltakene som allerede finnes mener vi, at samarbeidet kan bedres og ansvarsforhold tydeliggjøres. Ikke nødvendigvis ved å bygge opp nye sikkerhetssystemer, men ved å utnytte de virkemidlene som allerede finnes. Individuell plan kan være ett av hjelpemiddelene.

Krysningspunktet mellom legens ansvarsforhold og sykepleiernes oppfølgingsansvar var et tema sykepleierne vi intervjuet synes var vanskelig. En individuell plan vil kanskje bidra til at ansvarsforholdet kommer tydeligere frem. Tverrfaglig samarbeid må være en forutsetning for å gi pasienter koordinerte og velfungerende tjenester. Ved å gjennomføre ROS analyser, vil en ha mulighet til å avdekke noen av de sikkerhetsutfordringene som kan oppstå i systemet. Utfra dette utarbeide en felles forståelsesplattform. Gjensidig kunnskap om samarbeidende aktører er vesentlig for å utnytte ressursene på best mulig måte. Et spørsmål alle kan stille seg er, hvordan vi kan gjøre hverandre gode?

En forutsetning ved bruk av individuell plan er at planen blir brukt som et levende dokument, hvor ansvarsavklaringer og pasientens behov må være hovedfokus. Muligheten for felles innsats innenfor forebygging kan være en faktor å se på. Erfaringene rundt dette arbeidet, sammen med eventuelt innrapporterte avvik bør legges i et sikkerinformasjonssystem. På denne måten kan en se på hva som fungerer og hvordan en kan utvikle et velfungerende samarbeid. Avklaring av ansvarsforhold må være på plass for at pasientsikkerheten skal bli ivaretatt.

Spørsmålet er da om dagens hjemmesykepleie klarer å ivareta morgendagens utfordringer? Vi tror at fremtiden kan bli en utfordring i forhold til at nye generasjoner er en mer oppsøkende pasientgruppe i forhold til både å forstå og vite sin rett når det gjelder ivaretagelse av egne behov. Det er kanskje på tide med en rettslig vurdering av hva rettsregelen faglig forsvarlighet innebærer.

Helsetjenesten i kommunen bør sees som en helhet. Ekstra ressurser i hjemmesykepleien kan være forebyggende og gi ringvirkninger, samt være konsekvensreducerende for andre deler av helsetjenesten. Vi tror at hjemmesykepleie kommer til å være en viktigere aktør i fremtiden.

Både i forhold til samhandlingsreformen, men også på grunn av mer kompliserte sykdomsforløp og en pasientgruppe som vet hva de har krav på og hva de vil. Det er grunnen til at blant annet individuell plan kan bidra til at andre samarbeidspartnere kan forstå viktigheten av det arbeidet hjemmesykepleien gjør, og at kommunen utfra planen kan lage et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til pasientene.

Risiko og sårbarhetsanalyser har vært brukt i hjemmesykepleien, med positiv effekt. Det er viktig å kartlegge risiko og sette inn fungerende tiltak. Håpet er at analysene og planene blir brukt som levende verktøy til å utveksle informasjon og utfordringer på tvers av aktørene. Kompetanse, vurderingsevne, fleksibilitet og handlingsrom til å utføre planlagte og uforutsette oppgaver er en del av det som må til for at hjemmesykepleien skal kunne utføre sin praksis faglig forsvarlig.

Når ansvarsforhold rundt pasientene blir tydeliggjort, og det utarbeides retningslinjer på tvers av fag- og forvaltningsnivå, med mål om å gjøre hverandre gode, kan en god sikkerhetsstyring oppnås.

Risikobeviste ledere på enhetsnivå med forståelse for å skape arenaer for ansvarsavklaringer, informasjonsutveksling, og læring trengs i fremtiden. Det kan gjøres gjennom systematisk arbeid med å identifisere utfordringer, og trekkes veksler på helsepersonells opparbeidede kunnskap og erfaring.

Ved forankring i faglig forsvarlighet, er mulighetene for å lykkes med å ivareta både helsepersonell og pasienter stor.

7.0 REFERANSER

- Aase, K. (red.). (2015). *Pasientsikkerhet : Teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlag.
- Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter : Kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlag.
- Andersen, S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 22(03), 278-298.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H. & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blaikie, N. (2010). *Designing social research : The logic of anticipation* (2nd ed. utg.). Cambridge: Polity Press.
- Boe, E. (2005). *Grunnleggende juridisk metode : En introduksjon til rett og rettstenkning*. Oslo: Universitetsforlag.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Braut, G. S. (2008). Fagleg forsvarleg verksemd handlar om gode prosessar. *Professionally defensible work is about good processes* Lastet ned 26.02.2016, fra <http://tidsskriftet.no/article/1744063>
- Braut, G. S. (2009). Store medisinske leksikon Lastet ned 10.01.2016, fra <https://sml.snl.no/indikator>
- Braut, G. S., Holmboe O. J. (2015). Pasientsikkerhet-dagens strukturer. I K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet teori og praksis* (2. utg. utg., s. 47-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene : Langt mer enn eldreomsorg : Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007 *Den nye hjemmetjenesten* (Vol. 2010:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Cappelen, Katrine. (2015). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet : Teori og praksis* (2. utg. utg., s. 87-97). Oslo: Universitetsforlag.
- Craven, C., Byrne, K., Sims-Gould, J. & Martin-Matthews, A. (2012). Types and patterns of safety concerns in home care: Staff perspectives. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 24(5), 525. doi: 10.1093/intqhc/mzs047

- Demings sirkel, Bilde Lastet ned 20.04.2016, fra
<http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/verktoy-og-metoder.html>
- Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V. & Merkouris, A. (2011). Factors influencing nurses' compliance with standard precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nursing*, 10. doi: 10.1186/1472-6955-10-1
- Ellefsen, B. (1998). Triangulering - eller hvorfor og hvordan kombinere metoder. I M. Lorensen & J. Almvang (red.), *Spørsmålet bestemmer metoden : Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlag.
- Fintland, I. & Braut, G. S. (2012). Tilsyn og regulering av risiko i fortid og notid. I P. Lindøe, J. Kringen & G. S. Braut (red.), *Risiko og tilsyn : Risikostyring og rettslig regulering* (s. 31-50). Oslo: Universitetsforl.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie : Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- Forskrift om internkontroll i helse og omsorgstjenesten. (2002) *Internkontrollforskriften i helsetjenesten*. Lastet ned 14.02.2016, fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-1731?=&internkontroll%20helse>
- Forskrift om Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. (2003) *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. Lastet ned 05.12.2015, fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie>
- Guldvik, I. (2002). Troverdighet på prøve ; om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv : På sporet av det moderne norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hall, G. M. (2013). *How to write a paper* (5th ed. utg.). Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books.
- Haugland, A. (2012). Bruk av funksjonsbasert regelverk og rettslige standarder. I P. Lindøe, J. Kringen & G. S. Braut (red.), *Risiko og tilsyn : Risikostyring og rettslig regulering* (s. 170-187). Oslo: Universitetsforl.
- Helsedirektoratet. (2015). Informasjon om warfarin og de direkte virkende perorale antikoagulasjonsmidlene dab- igatran, rivaroksaban og apixaban

- Helseinformatikk, N. (2013). Antikoagulasjonsbehandling Lastet ned 02.02.2016, fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerte-kar/antikoagulasjon-marevan-1530.html>
- Helse og omsorgstjenesteloven, (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Lastet, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Lastet ned 03.01.2016, fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_3?q=helsepersonell
- Helsetilsynet 2011. (5/2010). *Krevende oppgaver med svak styring*. Lastet ned fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2011/Krevende-oppgaver-med-svak-styring-Samlerapport-tilsyn-2010/>.
- Helsetilsynet 2016. (1/2016). *Innformasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Lastet ned fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport_1_2016.pdf
- Hollnagel, E., Wears, R. & Braithwaite, J. (2015). From safety-i to safety-ii: A white paper.
- Høyland, S., Hollung, J. G. & Olsen, O. E. (2015). Gaining access to a research site and participants in medical and nursing research : A synthesis of accounts. *MEDICAL EDUCATION* 2015, 49, 224-232.
- Iden, P. (2016). *Utviklingskonferansen 2016*, Scandic hotell Forus.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røyse, O. (2009). *Sykdomslære : Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kalleberg, R., Engelstad, F. & Malnes, R. (2009). *Samfunnsvitenskapenes oppgaver, arbeidsmåter og grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, J. E. (2010). *Ledelse av helse, miljø og sikkerhet* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023

- Kunnskapssenteret for Helsetjensten I Folkehelseinstituttet. (2015). Uønskede hendelser også i primærhelsetjenesten. Kjellevoll, A. (2009). *Retten til individuell plan* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- Kristiansen, B. & Sætren, R. (2002). *Behandling av kroniske sår : Prosedyrehåndbok*. Oslo: Akribe. Lastet ned 15.12.2015, 2015, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/uonskede-hendelser-ogsaa-i-primærhelsetjenesten>
- Legeforeningen. (2008). Legeforeningens handlingsplan for pasientsikkerhet Lastet ned 15.02.2016, fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Fagpolitiske-utvalg/Utvalg-for-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-helsetjenesten/legeforeningens-handlingsplan-for-pasientsikkerhet/>
- Legemiddelverk, S. (2015). Råd til helsepersonell Lastet ned 09.02.2016, fra http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Antikoagulasjonsmidler/Sider/default.aspx
- Lindahl, A. K. & Bakke, T. (2010). Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonal kvalitetssystem for primærhelsetjenesten (Vol. nr 20-2010). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lindholm, C. (2012). *Sår* (3.utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindøe, P., Kringen, J. & Braut, G. S. (red.). (2012). *Risiko og tilsyn : Risikostyring og rettslig regulering*. Oslo: Universitetsforl.
- Lindøe, P. & Lunde, R. (2012). Samarbeid og koordinering av tilsyn. I P. Lindøe, J. Kringen & G. S. Braut (red.), *Risiko og tilsyn : Risikostyring og rettslig regulering* (s. 219-234). Oslo: Universitetsforl.
- Meld.St.16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>.
- Meld.St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
- Meld.St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen-rett behandling- på rett sted- til rett tid.*: Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje. I trygge hender 24/7 Lastet ned 28.11.2015, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

- Nasjonalt Folkehelse Institutt. Reseptregisteret Lastet ned 10.01, 2016, fra
<http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Norsk Interessegruppe for Sårtilheling. Nifs retningslinjer for generell sårbehandling Lastet ned 12.02.2016, fra <http://www.nifs-saar.no/retningslinjer.html>
- Norsk Sykepleierforbund. (2013). Det du bør vite om faglig forsvarlighet
 NOU 1992:1. (1992). *Trygghet - verdighet - omsorg : Kortversjon av nou 1992: 1*. Oslo: Departementet.
- NOU 2000:24. (2000). *Et sårbart samfunn : Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet : Innstilling fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 3. September 1999 : Avgitt til justis- og politidepartementet 4. Juli 2000*. (8258305379). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2015:11. (2015). *Med åpne kort* Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter Lastet ned 21.01.2016, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Petroleumstilsynet. (2008). Integreerte operasjoner og hms Lastet, fra <http://www.ptil.no/getfile.php/Presentasjoner/IO-1.pdf> ptil 2008
- Petroleumstilsynet. (2015). Ord og uttrykk i petroleumvirksomheten Lastet, fra <http://www.ptil.no/ord-og-uttrykk/category38.html>
- Pidgeon, N. & O'leary, M. (2000). Man-made disasters: Why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34(1), 15-30. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00004-7
- Prop 91 L (2010-2011). (2012). *Ny lov om kommunale helse-og omsorgstjenester: Verdivalg og rettslig regulering*. (1503-6782). Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/?ch=1&q=>.
- Ramian, K. (2012). *Casestudiet i praksis* (2. udg. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society: A modelling problem. *Safety Science*, 27(2), 183-213. doi: 10.1016/S0925-7535(97)00052-0
- Rausand, M. & Utne, I. B. (2009). *Risikoanalyse : Teori og metoder*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Rosness, R., Grøtan, T. O., Guttormsen, G., Herrera, I., Steiro, T., Størseth, F., . . . Irene, W. (2010). Organisational accidents and resilient organisations : Six perspectives *SINTEF rapport (SINTEF : 2006- : trykt utg.)* (Rev. 2. utg., Vol. STF38 A17034). Trondheim: SINTEF, Technology and Society, Safety Research.

- Rønson J. (2012). *Kostnader for behandling av kroniske leggsår i hjemmesykepleien*. Lastet ned fra https://www.duo.uio.no/handle/10852/37328/discover?filtertype_0=author&filter_0=R%C3%B8nsen%2C+Jorunn+Hagen&filter_relational_operator_0=equals&filtertype=type&filter_relational_operator=equals&filter=Masteroppgave
- Standard Norge. (2006). *Ns-en iso 9000-serien systemer for kvalitetsstyring* Oslo: Pronorm.
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International journal of integrated care, 14*, e013.
- Tangen, U. (2016). *Nasjonal satsning på velferdsteknologi*. Paper presentert på Utviklingskonferansen 2016, Scandic Stavanger Forus.
- Tegnehanne Bilde Lastet ned 10.03.2016 Lastet ned fra, <https://www.facebook.com/forbedringtromso/photos/a.1085954378112114.1073741825.480333305340894/1103580193016199/?type=1&theater>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- The Health Foundation. (2011). Levels of harm in primary care. [Evidence scan].
- Toverud, E. L., Håkonsen, H., Svensberg, K. & Abuelmagd, W. (2010). Samfunnsfarmasi Lastet ned 20.02.2016, <http://www.mn.uio.no/farmasi/forskning/grupper/samfunnsfarmasi/>
- Turner, B. A. & Pidgeon, N. F. (1997). *Man-made disasters* (2nd ed. utg.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Tønnessen, M., Syse, A., & Aase, K. N. (2014). Befolkningsfremskrivninger 2014-2100: Hovedresultater. *Økonomiske analyser, 4/2014*, 30-36.
- Universitetet i Stavanger Logo, Lastet ned 15.02.2016, fra <http://www.uis.no/om-uis/nyheter-og-presserom/presserom/bilder/>
- Velferdsforskningsinstituttet, N. (2014). Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Rapport.
- Virke, NHO & KS. (2015). Beregninger av enhetskostnader i pleie og omsorgstjenester Lastet ned 05.01.2016, fra http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Dokumenter%20helse%20og%20ern%C3%A6ring/Veileder%20enhetskostnader%20Pleie%20og%20omsorg%20Rapport_%20Nov2014_web.pdf

Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th ed. utg. vol. vol. 5).
Thousand Oaks, Calif: Sage.

VEDLEGG

- 1A Bow –tie INR
- 1B Bow-tie Kroniske sår
- 1C Bow-tie Trygghetsalarm
- 2 Intervjuguiden
- 3 Organisasjonskart
- 4 Samarbeidpartnere
- 5 Trygghetsalarmtelefonen

PASIENTENS COMPLIANCE

MANGLENDE RUTINER/ PROSEDYRER

MANGELFULL INFORMASJON

OPPSTART FASEN

SMALT TERAPEUTISK VINDU

KARTLEGGING AV PASIENTEN REGELMESSIG

RUTINER

RUTINER FOR INFORMASJON

PASIENTENS COMPLIANCE

KLARE REFERANSE RAMMER

DOKUMENTASJON

OPPLÆRING

SVIKT I RUTINER FOR INFORMASJON

JEVNLIGE BLODPRØVE KONTROLLER

OPPLÆRING

TILGJENGELIG OPPDATERT INR SKJEMA

E-MELDINGER

TILGJENGELIG OPPDATERT INR SKJEMA

TILGJENGELIG OPPDATERT INR SKJEMA

DOBBEL KONTROLL VED LEGGING

TILGJENGELIG OPPDATERT INR SKJEMA

SAMARBEID PASIENT/ PÅRØRENDE

SIGNERINGSLISTE VED UTLEVERING

GODE INFORMASJONS RUTINER

RUTINER FOR OVERTAGELSE AV MEDISINANSVAR

DOKUMENTASJON

APOTEK

INR UTENFOR FASTSATT OMRÅDE

FOR LAV

FOR HØY

KUNNSKAP HOS PASIENTER

KUNNSKAP HOS HJELPEPERSONALE

BLODPRØVER/ GODE OBSERVASJONER

KORREKSJON AV MEDISIN

TILSTREKKELIG SAMARBEID

INNLEGGELSE

DØD

FUNKSJON-NED-SETTELSE

SLAG

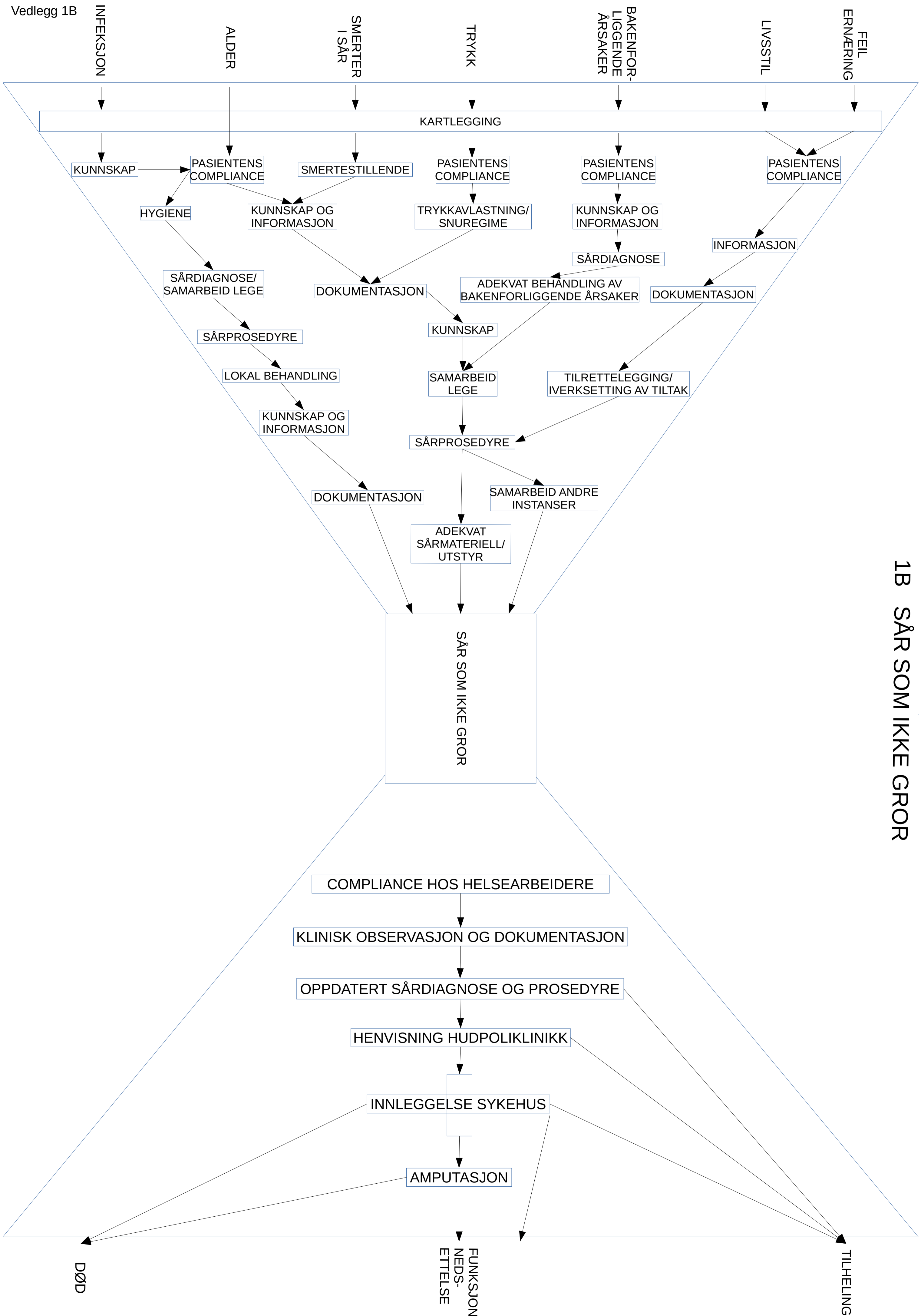
INGEN SKADE

BLØDNING

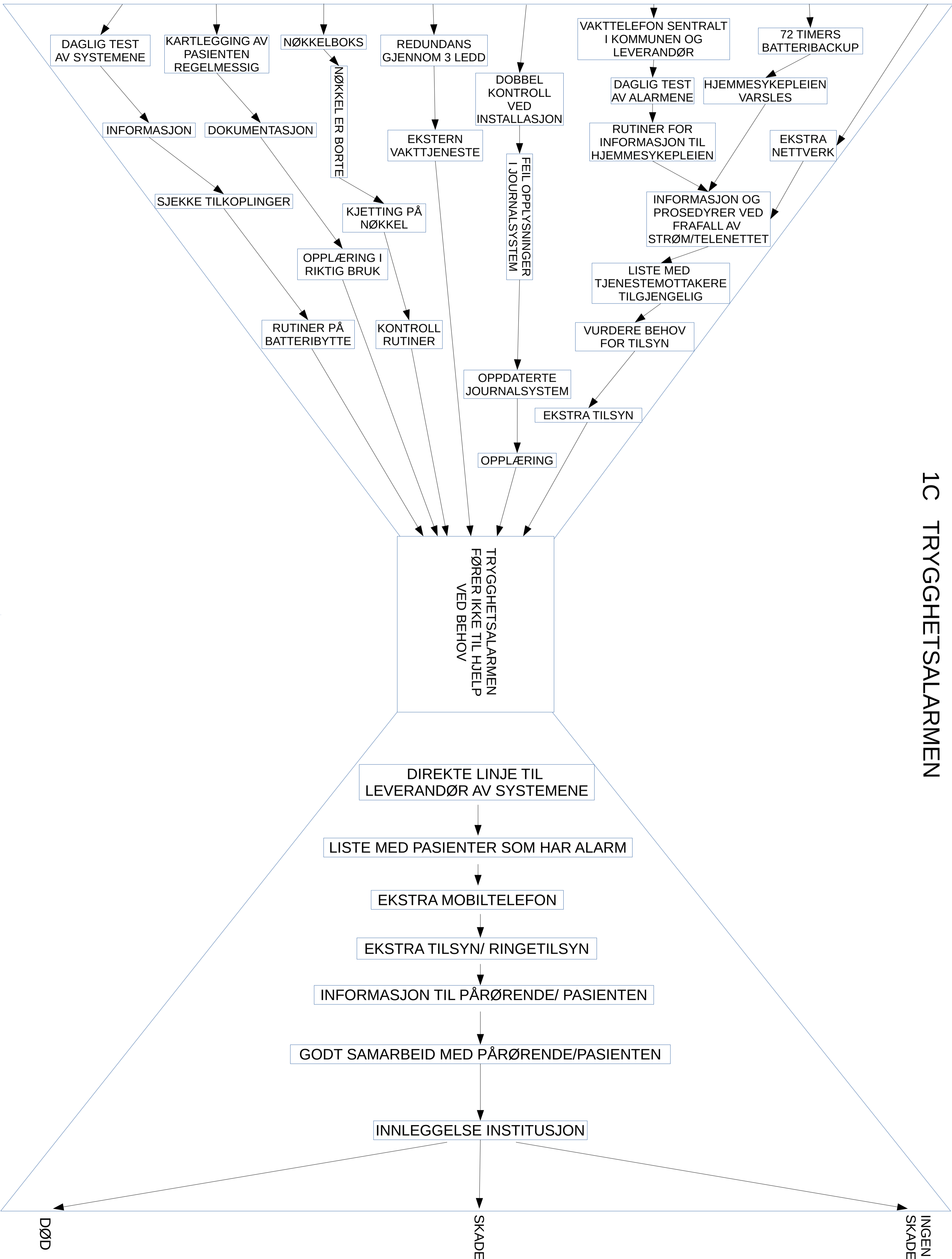
FUNKSJON-NED-SETTELSE

DØD

1A INR



1B SÅR SOM IKKE GROR



Vedlegg 2

Gruppeintervju med sykepleiere

1. Hva ser dere på som faglig forsvarlighet i forhold til INR? Hvem mener dere er det som bestemmer hva som er faglig forsvarlig? Hvem har ansvar når det svikter? Hva innenfor dette temaet ser dere på som uønskede hendelser?
2. Hva ser dere på som faglig forsvarlighet i forhold til Kroniske sår? Hvem mener dere er det som bestemmer hva som er faglig forsvarlig? Hvem har ansvar når det svikter? Hva innenfor dette temaet ser dere på som uønskede hendelser?
3. Hva ser dere på som faglig forsvarlighet i forhold til Trygghetsalarmer? Hvem mener dere er det som bestemmer hva som er faglig forsvarlig? Hvem har ansvar når det svikter? Hva innenfor dette temaet ser dere på som uønskede hendelser?
4. Hva er formelle hindre i arbeidshverdagen?

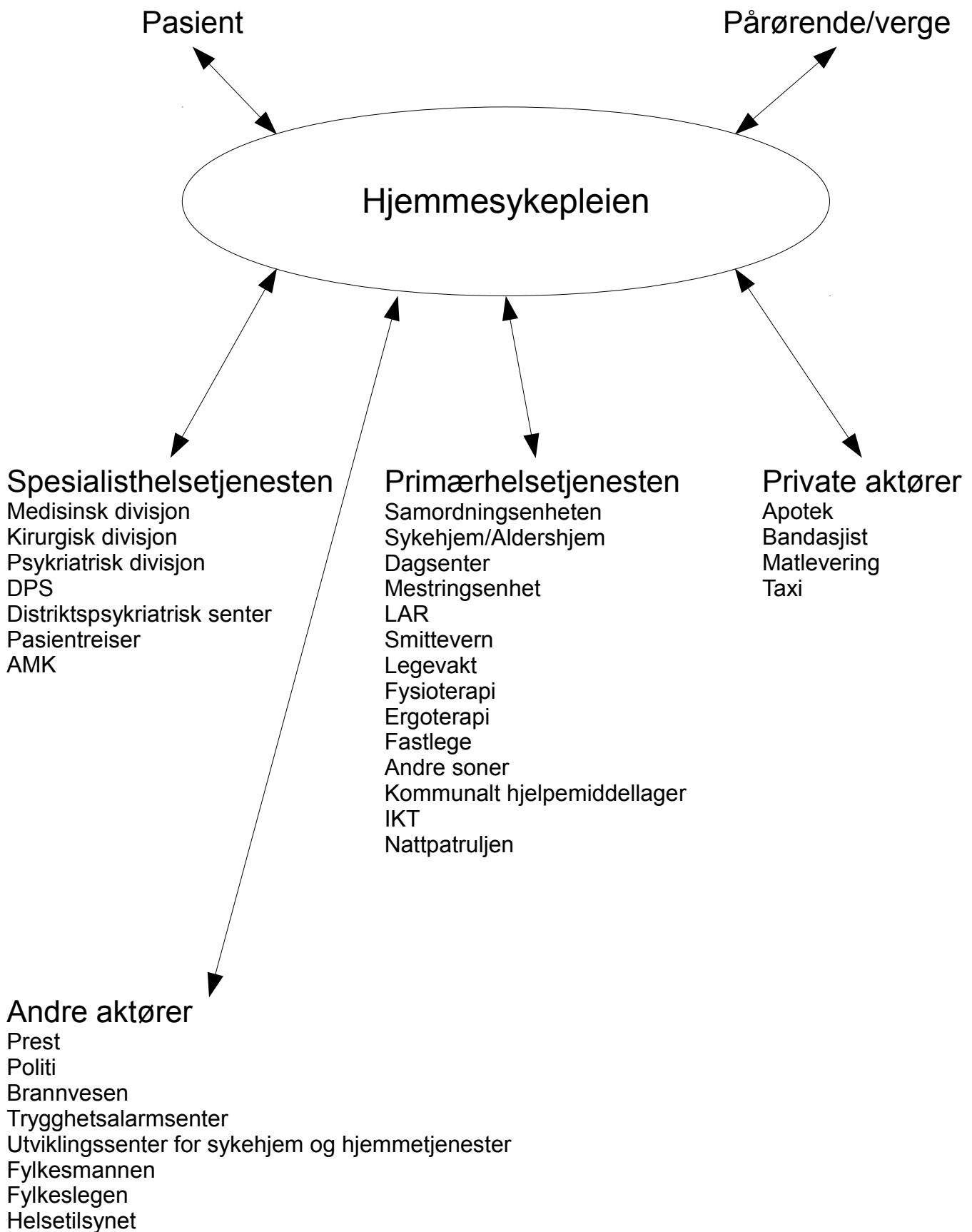
Avsluttende kommentarer

Gruppeintervju med ledere

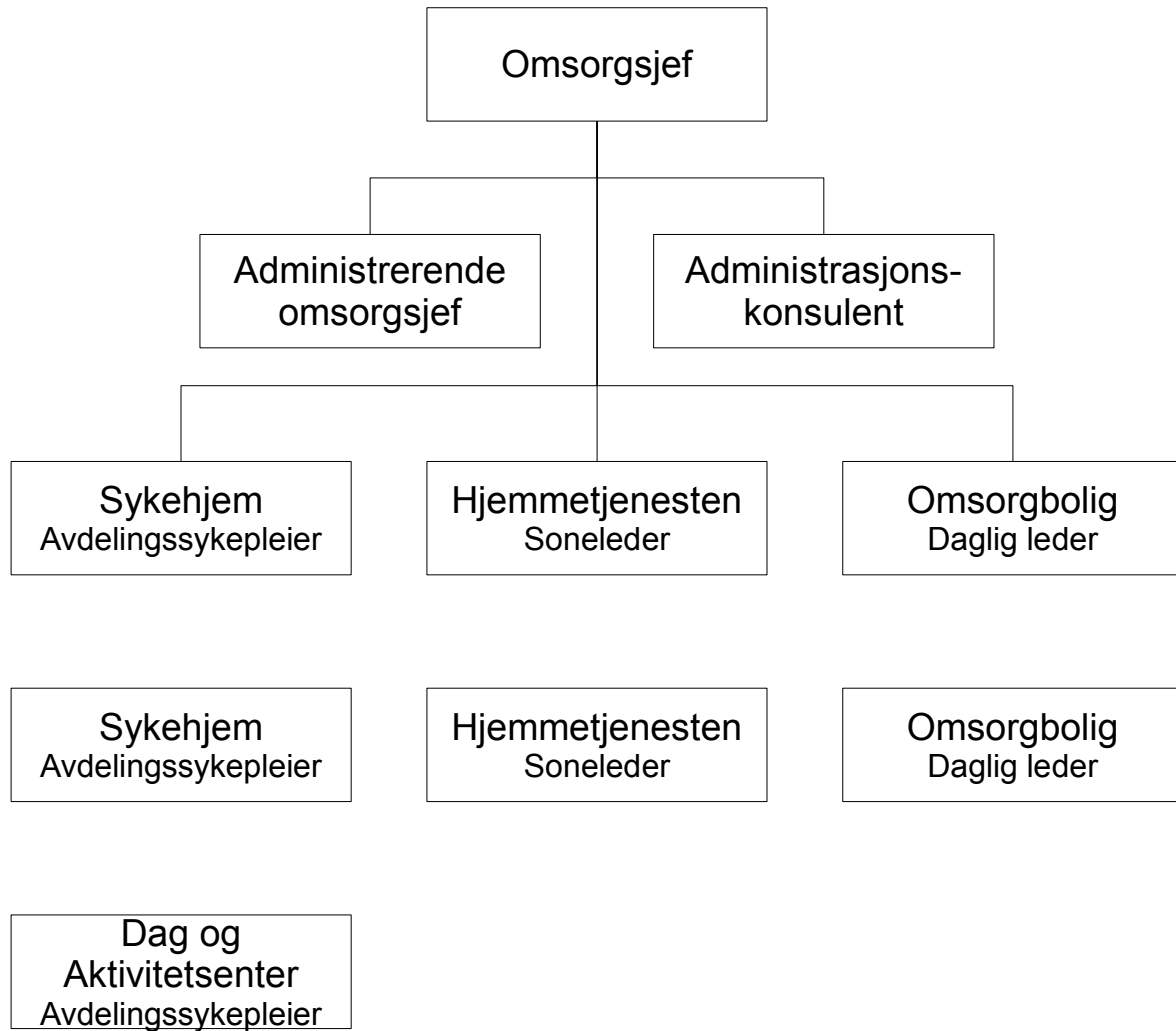
1. Hvordan styrer dere virksomheten i forhold til forsvarlighets kravet?
2. Hva ser dere på som virksomhetens ansvar, når det gjelder faglig forsvarlighet i forhold til INR, sår og trygghetsalarmer?
3. Samarbeider dere på tvers av soner, når det gjelder kvalitetsforbedrende tiltak, og for å måle hvordan virksomheten praktiserer faglig forsvarlighet i forhold til lignende virksomheter i for eksempel andre kommuner?
4. Hvem bestemmer hva som er godt nok i forhold til, INR, sår og trygghetsalarmer?
5. Hva opplever dere som kritiske faktorer i forhold til INR, sår og trygghetsalarmer?

Avsluttende kommentarer

Aktuelle samarbeidspartnere



ORGANISASJONSKART SOM EKSEMPEL PÅ EN RESULTATENHET



Mottak av Trygghetsalarmer på! telefon.

Gjelder alarm-protokoller STT, Elektrolux, Antenna og Tunstall

1. Telefonen ringer, og TRYGGHETSALARM vises i skjermen. Besvar med Grønn telefonrør tast
2. Trykk på tasten 4 for å kvittere mot sentralen at du kan ta imot anropet. Du vil nå få opplest:
 - * Alarmtype (eks. Aktiv Alarm)
 - * Alarmkode (eks. 14 00 01)
3. For å høre innspilt talemelding trykkes *tast
4. Trykk på tasten 2 for å opprette toveis tale med brukeren.
5. Kvitter og avslutt samtalen med rød telefonrør-tast

