



Det helsevitenskapelige fakultet

Avviksrapportering i sykehus – et godt verktøy for læring?

En kvalitativ studie om klinikernes erfaringer om det interne avvikssystemet på et norsk sykehus.

Jørgen Breivik Johansen, mk-18

Masteroppgave i medisin (MED-3950), juni 2023

Veileder: Dr. Hilde Karen Ofte. Overlege Nevrologisk avdeling NLSH

Biveileder: Dr. Eirik Hugaas Ofstad. Institutt for samfunnsmedisin.

Forord

Før jeg startet på medisinstudiet jobbet jeg som besetningsmedlem ombord på et overvåkningsfly i Luftforsvaret. Der ble jeg tidlig introdusert for begrepene «flytrygging» og «just culture» går ut å ha en sikkerhetskultur som anerkjenner at feil skjer, men at man sammen gjennom åpenhet rundt feil, bidrar til å gjennomføre luftoperasjoner og vedlikehold på en trygg måte. Denne kulturen gjennomsyrrer i hele strukturen i Luftforsvaret, fra de ulike avdelingene på gulvet, helt opp sjefene på toppen, og som oversees av et eget Flytryggingsinspektorat. Et viktig prinsipp i flytrygging er å dra læring ut av situasjoner hvor ting har gått – eller har holdt på å gå galt, i fra alle aspekter av flyoperasjoner. Her er åpenhet viktig for at flygere, teknikere, systemoperatører og annet personell skal kunne lære av hendelsene deres kolleger har stått i, og hvorpå prosedyrer og prosesser revideres i etterkant for å minimalisere risikoen med operasjonene. Det sies at mange av flyets prosedyrer er «skrevet i blod», og er dyrkjøpt læring av ulykker hvor «menneskelige faktorer» som misforståelser, kommunikasjonssvikt, og tidspress har ført til skader på både materiell og personell. I denne kulturen står avviksrapporing sentralt, og å stå frem med sine erfaringer skal roses. «Mission first. Safety always» er mantraet.

Helt siden da har jeg hatt flytryggingsbrillene på. Gjennom undervisning og jobb har jeg observert med nysgjerrighet på hvordan helsevesenet lærer av sine feil, for å unngå å legge stein til byrden for både for egne ansatte, og dem som allerede er så uheldige at de trenger sykehusets tjenester. Det var derfor en stor glede å bli introdusert for min veileder, Hilde Ofte på Nordlandssykehuset, som deler min lidenskap og nysgjerrighet for dette aspektet av medisinfaget. Hun skal ha stor takk for å ha delt sine erfaringer med meg, og heiet meg frem i mitt arbeid med å undersøke dette temaet. Jeg retter også en stor takk til dem som har stilt opp som forskningsobjekter i denne studien, og som åpenhertig delt sine erfaringer med meg. Uten dem hadde ikke denne studien sett dagens lys. Takk til bibliotekar Eirik Reierth ved helsebiblioteket på UiT for hjelp til søk etter artikler på feltet. Takk til biveileder Eirik Hugaas Ofstad for veiledning i den kvalitative prosessen.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord | 1 |
| 1 Sammenheng | 5 |
| 2 Bakgrunn | 6 |
| 2.1 Forbedringsarbeid og sikkerhetstankegang | 6 |
| 2.1.1 Pasientskader og uønskede hendelser | 6 |
| 2.1.2 Kvalitet og kvalitetsforbedring i helsesektoren | 6 |
| 2.1.3 Sikkerhetstankegang: Safety 1 og 2 | 7 |
| 2.2 Evaluering og læring i sykehus | 8 |
| 2.2.1 Meldeordningen | 9 |
| 2.2.2 Pasient og brukerombudet | 9 |
| 2.2.3 Det interne avviks- og meldesystemet. | 9 |
| 2.3 Rapportering som verktøy for læring | 10 |
| 2.3.1 Læring og kvalitetsforbedring | 10 |
| 2.3.2 Forutsetninger for å melde | 11 |
| 2.3.3 Barrierer mot rapportering | 12 |
| 2.4 Problemstilling: | 12 |
| 3 Formål med oppgave | 13 |
| 4 Materiale og metode | 13 |
| 4.1 Design | 13 |
| 4.2 Populasjon, utvalgsstrategi og rekruttering | 13 |
| 4.3 Intervjufokus | 14 |
| 4.4 Databehandling og analyse | 15 |
| 4.4.1 Intervjuperioden | 15 |
| 4.4.2 Koding | 15 |
| 4.4.3 Utstyr | 16 |
| 4.5 Etske forhold | 16 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.6 | Begrepsavklaring..... | 17 |
| 5 | Resultater..... | 18 |
| 5.1 | Bidrar avvikssystemet til kvalitetsforbedring?..... | 18 |
| 5.1.1 | Konkrete læringstiltak | 18 |
| 5.1.2 | Andre systemer viktige for læring..... | 20 |
| 5.1.3 | Uformell diskusjon viktig..... | 21 |
| 5.2 | Utfordringer med avviksrapporteringssystemet | 22 |
| 5.2.1 | Lederne viktig for meldekultur: | 22 |
| 5.2.2 | Uklart hva et avvik er | 24 |
| 5.2.3 | Frykt for sanksjoner | 26 |
| 5.2.4 | Tid og ressurser, opplæring, begrensninger i systemet. | 27 |
| 6 | Diskusjon..... | 33 |
| 6.1 | Bidrar avvikssystemet til kvalitetsforbedring?..... | 33 |
| 6.1.1 | Konkrete læringstiltak | 33 |
| 6.1.2 | Andre systemer viktige for læring..... | 34 |
| 6.1.3 | Personlige møter viktig | 35 |
| 6.2 | Utfordringer med avviksrapporteringssystemet? | 36 |
| 6.2.1 | Lederne viktig for meldekultur: | 36 |
| 6.2.2 | Uklart hva et avvik er | 36 |
| 6.2.3 | Frykt for sanksjoner: | 38 |
| 6.2.4 | Tid og ressurser, opplæring, begrensninger i systemet. | 39 |
| 6.3 | Metodediskusjon | 40 |
| 6.3.1 | Styrker og svakheter ved studien | 40 |
| 6.3.2 | Analysen og intern validitet | 41 |
| 6.3.3 | Refleksivitet | 42 |
| 6.3.4 | Ekstern validitet og relevans | 43 |
| 6.4 | Videre forskning..... | 43 |

| | | |
|-----|---|----|
| 7 | Konklusjon | 44 |
| | Referanseliste | 45 |
| | Vedlegg | 48 |
| 7.1 | Vedlegg 1 «Vil du delta i forskningsprosjektet.pdf» | 48 |
| 7.2 | Vedlegg 2 «Brev til klinikkene.pdf» | 51 |
| 7.3 | Vedlegg 3 «intervju meldere» | 52 |
| 7.4 | Vedlegg 4 «Intervju ledere» | 54 |

Figurliste

| | |
|---|----|
| Figur 1: Forutsetninger for at helsepersonell melder om en uønsket hendelse (16). | 11 |
|---|----|

1 Sammendrag

Bakgrunn: Norske helseforetak er pålagt å drive kvalitetsforbedring for å bedre pasientsikkerhet ved norske sykehus. Det interne rapporteringssystemet er det viktigste formelle verktøyet for dette på lokalt nivå.

Formål: studiens hensikt er å undersøke hvorvidt det interne avviksrapporteringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring, og hvilke utfordringer helsepersonellet identifiserer ved bruk av systemet som læringsverktøy.

Materiale og metode: Studien er basert på 8 semistrukturerte intervjuer med helsepersonell fra to avdelinger på et mellomstort norsk sykehus, analysert med tematisk analyse.

Resultater: Avviksrapporteringssystemets bidrag til læring er omdiskutert og vanskelig målbart, da bidrag fra andre formelle og uformelle systemer for læring overlapper, samt at hendelser som forhindres ikke er målbare. Studien identifiserer at leder spiller en sentral rolle for avdelingenes meldekultur, og at en tydelig definisjon på avvik mangler. At avviksmeldinger kan føre til sanksjoner, og at meldekultur varierer mellom avdelinger fører til underrapportering. Informasjonshenting, analyse og problemløsning skjer ofte på siden av avvikssystemet. Avvikshåndtering er en ressurskrevende prosess, som i samspill med ressursknapphet og avvikenes kompleksitet, er hindre for kvalitetsforbedring. Tidligere kjente barrierer spiller også inn på avviksrapporteringen.

Konklusjon: Basert på intervjuer av ansatte og ledere leger har vi beskrevet perspektivene på avvikssystemets bidrag til lokal pasientforbedring, og hvilke utfordringer de identifiserer med avvikssystemet som verktøy for dette. Dette er viktig for å skape et kunnskapsgrunnlag om de verktøyene vi bruker til lokal kvalitetsforbedring, og for å kunne gjøre justeringer i hvordan vi jobber med pasientforbedring i fremtiden. Videre forskning er nødvendig for å verifisere funnene.

2 Bakgrunn

2.1 Forbedringsarbeid og sikkerhetstankegang

2.1.1 Pasientskader og uønskede hendelser

"Hver pasientskade er én for mye" er budskapet i Helsedirektoratets kampanje "I trygge hender 24-7" som omhandler pasientsikkerhet i norske sykehus (1). Pasientskader er hendelser hvor medisinsk behandling fører til fysiske skader hos pasienter, som krever ytterligere overvåking, behandling, sykehusinnleggelse, eller, i verste fall, fører til død (2). Infeksjoner, legemiddelrelaterte skader, sårinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner, pasientfall, allergiske reaksjoner, blødninger, blodpropp, og skader som følge av forsinket diagnose er eksempler på dette (2). I 2020 oppstod det minst én pasientskade i 13,1 % av sykehusoppholdene ved somatiske sykehus i Norge (2). Internasjonale tall viser at uønskede hendelser skjer hos rundt én av ti innlagte pasienter i høyinntektsland (3). I Norge er de hyppigste pasientskadene legemiddelrelatert skade, urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon og annen kirurgisk komplikasjon (2).

I tillegg til personlige konsekvenser for pasienten, har også pasientskader samfunnsøkonomiske konsekvenser. For helsevesenet betyr de direkte kostnader til behandling, og for pasienter og det norske samfunnet: indirekte kostnader i form av sykepengene og tapt produktivitet (3). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) anslår at pasientskader utgjør opptil 15 % av kostnadene i sykehus i høyinntektsland (3, 4). Tall fra Sverige har funnet at lengden på sykehusopphold i snitt er dobbelt så lange for pasienter med pasientskader, som hos de uten (4). I et globalt perspektiv er sykdomsbyrden av pasientskader sammenliknbar med både malaria og tuberkulose (4).

2.1.2 Kvalitet og kvalitetsforbedring i helsesektoren

I år 2000 ble rapporten "To err is Human" publisert av den amerikanske organisasjonen Institute of medicine (IOM), og bidro til å skape økt internasjonalt fokus og interesse for pasientsikkerhet (5). I kjølvannet av denne bevegelsen har Verdens helseorganisasjon gjort pasientsikkerhet til et globalt satsningsområde gjennom Global Patient Safety Action Plan

2021-2030 (3), mens i Norge trådte "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten" i kraft 1. januar 2017. Denne forskriften pålegger den norske helsetjenesten å bedrive kvalitetsforbedring i helsesektoren (6). Med bakgrunn i denne forskriften ble "Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring" lansert av Helsedirektoratet i 2019, hvor det er formulert konkrete mål for reduksjon av pasientskaders omfang i sykehus. Blant annet er et av målene en reduksjon av antall innleggelser med pasientskader med 25 % innen utgangen av 2023 (4).

Kvalitetsforbedring i helsevesenet innebærer at det stadig pågår en prosess for å identifisere svikt og forbedringsområder, justere helsetjenesten slik at forbedringene vedvarer. Dette gjøres ved å identifisere og dokumentere problemer, teste ut løsninger og implementere de tiltakene som viser seg å være effektive (7). «Kvaliteten» man er ute etter, er helsetjenester som er "virkningsfulle, trygge, og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt" (7).

Helsevesenet benytter flere ulike metoder for å gjøre dette, blant annet eksterne revisjoner, tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og ansatte, som omsettes til endringer i rutiner, eller bevisstgjøring gjennom interne samtaler på avdelingen (7).

2.1.3 Sikkerhetstankegang: Safety 1 og 2

Forbedringsarbeid i helsevesenet har til hensikt å redusere antallet pasientskader som forårsakes av uønskede hendelser. På engelsk brukes begrepet «Safety», som direkte oversatt betyr sikkerhet, og tenkes på som en tilstand med fravær av ulykker, eventuelt med akseptabelt nivå av risiko (5). Hollnagel et al. deler sikkerhetsbegrepet inn i «Safety 1» og «Safety 2» (5), som mangler en god norsk oversettelse, men kan forstås som «sikkerhetstankegang» eller «perspektiv på sikkerhet».

I Safety 1 perspektivet er tjenester sikre når så få ting som mulig går galt (5, 8). Ved denne tankegangen leter man primært etter identifiserbare feil som har blitt gjort, feil eller mangel på utstyr, svikt i forskjellige ledd, og bidragsytende faktorer som har ført til at en hendelse har gått galt (5). Dette synet på sikkerhet baserer seg på at det finnes en tenkt "riktig" måte å gjøre ting på, og at fordi noe galt har skjedd, leter man etter handlinger, eller faktorer som har ført til at utfallet ble galt. Denne sikkerhetsteorien ble vanlig innenfor luftfart og atomkraftindustrien mellom 60, og 80-tallet, og modellene baserte seg i stor grad på at man kunne plukke systemet fra hverandre, se på de individuelle komponentene og så bestemme om det fungerte som det skulle eller ikke (5). Safety 1 er kanskje den mest utbredte måten å tenke om sikkerhet på, men har sine begrensinger i møte med den komplekse hverdagen i helsevesenet (5). Dette er fordi den antar at alle uønskede hendelser har årsaker som kan finnes og fikses, når realiteten er at mange medisinske forløps underliggende mekanismer er dårlig forstått (8). Med Safety 1 tankegang til grunn, vil man aldri undersøke hvorfor mennesker i de fleste tilfeller handler riktig (5).

Motsetningen til Safety 1 er derfor Safety 2. Der tanken med Safety 1 er at "så få ting som mulig går galt", så vil man med Safety 2 tankegang fokusere på at "så mange ting som mulig går riktig" (5). Gjennom denne tankegangen antar man at mennesker har evnen til å tilpasse sine handlinger basert på varierende situasjoner, og at dette fører til at mange ting går riktig. (5). Safety 2 tankegang er derfor å prøve å forstå, og lære årsakene til at ting gjøres riktig (5). Denne tankegangen blir spesielt viktig i helsetjenesten, hvor man i motsetning til mange steder i industrien, ikke kan stoppe normal virksomhet i tilfeller hvor omstendighetene er uheldige (8).

2.2 Evaluering og læring i sykehus

For å redusere antallet uønskede hendelser i norske sykehus finnes det forskjellige systemer for å identifisere og lære av hendelser som baserer seg på tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter og pårørende.

2.2.1 Meldeordningen

Alle virksomheter som tilbyr helsetjenester, plikter å varsle Helsetilsynet dersom alvorlige hendelser oppstår (9). I sykehus reguleres dette av Specialisthelsetjenesteloven § 3-3 a (10). Denne varslingsplikten utløses ved dødsfall, eller alvorlige skader på pasienter som følge av ytt helse- eller omsorgstjeneste, hvis pasienter skader andre, eller hvis et utfall er uventet ut i fra påregnelig risiko (9). Hendelser som *kunne* ha ført til alvorlig skade eller død er derimot ikke varslingspliktige. Etter varslingsplikten vil Helsetilsynet undersøke hendelsen, og har mulighet til å gjennomføre stedlig tilsyn ved virksomheten. Ved pliktbrudd har Helsetilsynet gjennom statsforvalteren mulighet til å sanksjonere virksomheten, eller enkelte helsepersonell (11).

2.2.2 Pasient og brukerombudet

Pasienter har mulighet til å rapportere direkte til Pasient og brukerombudet som finnes i hvert fylke (12). Ombudene er uavhengige og kan fritt uttale seg om forhold som burde endres for å gi bedre helse og omsorgstjenester i de tjenestene som er tilknyttet fylket. Årlig gir ombudene ut en nasjonal og lokal årsrapport som en del av det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet (13).

2.2.3 Det interne avviks- og meldesystemet.

Erfaringer fra andre sektorer, spesielt flyindustrien, viser at konsekvensene av menneskelige feil kan reduseres dersom tilstrekkelige ressurser settes inn for å fjerne svakheter og sårbarheter i systemene de jobber i (14). Et viktig grunnlag for læring og forbedring er systematisk registrering og analyse av uønskede hendelser (15). Norske sykehus plikter å ha et internt rapporteringssystem hvor uønskede hendelser, og nesten-hendelser, rapporteres (7). Hvilket system som velges varierer mellom sykehusene, men funksjonelt er de nokså like (16). Disse systemene er lovpålagt i de fleste industrialiserte land (17).

Avvikssystemet er et eksempel på eksempler på Safety-1 tankegang, siden man ønsker å lære av nesten-uhell og feil. Dette er en velakseptert metode for å forbedre pasientsikkerheten i mange land (18). Tanken er at informasjonen man får gjennom dette systemet kan forklare hvilke hendelser som skjer, hvorfor de skjer, og hvordan de kan forhindres i fremtiden (7).

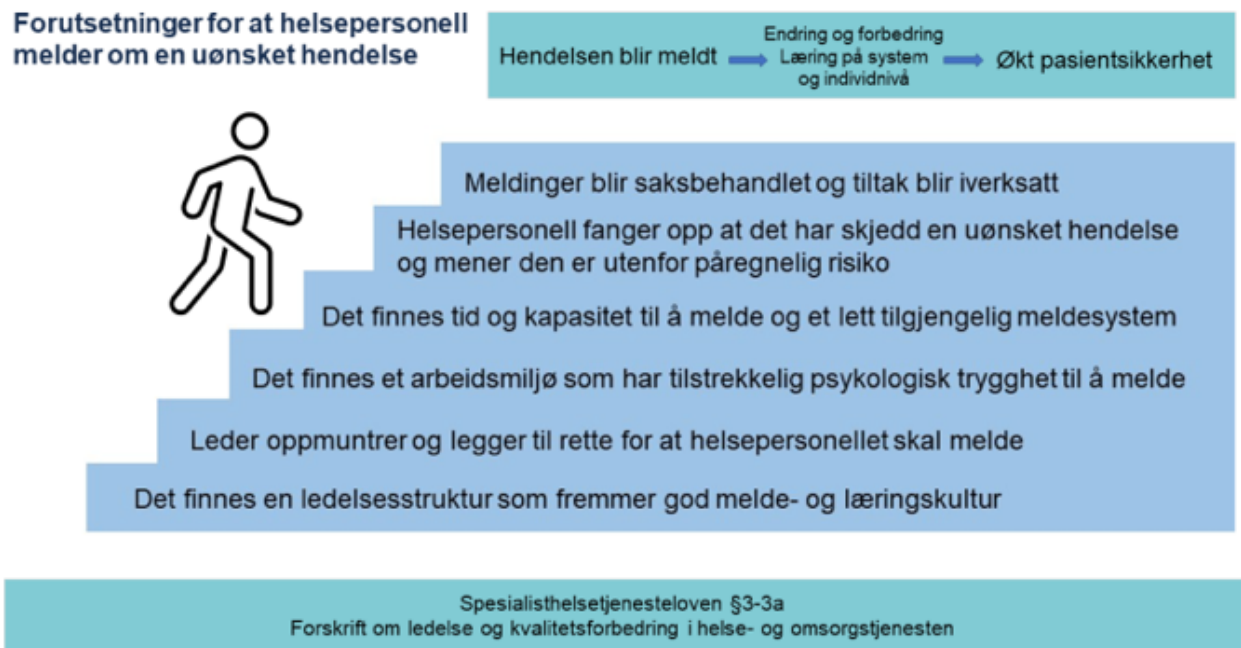
2.3 Rapportering som verktøy for læring

2.3.1 Læring og kvalitetsforbedring

I følge Store norske leksikon er læring «en relativt varig endring i opplevelse og atferd som følge av tidligere erfaring» (19). I motsetning til mennesker, er ikke organisasjoner programmerte for å lære (20). Organisasjonslæring er ifølge Carroll et al. at en organisasjon øker kapasiteten for effektive handlinger gjennom kunnskap og forståelse (20). Målet er at en organisasjon skal utvikle gode rutiner over tid, gjennom en syklisk prosess av handling og refleksjon. (20). Rutinene vil utvikle seg etter hvert som individer får erfaring, folk kommer og går, teknologi og retningslinjer endrer seg, og de beste løsningene deles (20). Målet med dette er blant annet å forbedre pasientsikkerhet, effektivisere ressurser, tiltrekke seg og beholde gode medarbeidere (20). For å få til dette, bruker organisasjoner ulike typer læringsverktøy, som for eksempel tilbakemeldinger fra eksterne (kunder eller pasienter), eller internrevisjoner, hendelsesanalyser eller interne avviksrapporteringssystemer (21).

Uønskede hendelser i en organisasjon skyldes ofte en kombinasjon av aktive feil (menneskelige feil) eller latente feil, som er skjulte svikter eller sårbarheter i systemet menneskene jobber i (20). Eksempler på latente feil er ressursknapphet, mangel på sikkerhetsnett, ukorrekte, eller utydelige prosedyrer (20). En viktig del av organisasjonslæring og kvalitetsforbedring er å avdekke og korrigere latente feil der disse forekommer. I helsevesenet er denne læringen sentral i pasientforbedring. For læring på lokalt nivå er de de interne avviksrapporteringssystemene det viktigste formelle verktøyet for læring av feil.

2.3.2 Forutsetninger for å melde



Figur 1: Forutsetninger for at helsepersonell melder om en uønsket hendelse (16).

For å få godt utbytte fra rapporteringssystemet er det viktig at det på avdelingene er åpenhet rundt det å gjøre feil (7). Det betyr at det må være en kultur som anerkjenner at det er menneskelig å gjøre feil, og at man ønsker å rapportere disse for å kunne lære av dem (7). Et godt læringsmiljø karakteriseres av at de som kommer med dårlige nyheter blir rost, og ikke avvist (15). Det er viktig at lederne i en organisasjon verdsetter slike nyheter for å kunne skape en kultur hvor man lærer av disse. Læringskulturen avhenger av lokalt lederskap, som farger denne kulturen på både tydelige og skjulte måter (15). Psykologisk trygghet på arbeidsplassen er for eksempel viktig for å melde avvik (16). Det må oppleves trygt for de ansatte å fortelle ledelsen om feilene som skjer ved avdelingen (16).

Arbeidsmiljø kan defineres som forholdene for arbeidstakerne på en arbeidsplass, inkludert det psykososiale arbeidsmiljøet som er det mellommenneskelige samspillet på arbeidsplassen (22), og dette vil ha betydning for om de ansatte ønsker å rapportere. Meldekulturen vil variere mellom ulike avdelinger, og avhenger primært av ledernes oppførsel (15). Hvordan det å melde oppleves henger også sammen med hvilke normer som råder ved de ulike

avdelingene (16). Forbedringer i meldekultur er assosiert med bedre pasientsikkerhet og redusert mortalitet (23).

2.3.3 Barrierer mot rapportering

For å ha et effektivt informasjonssystem er det viktig at rapportene som kommer inn er troverdige (24). Forskning tyder på at hendelser generelt underrapporteres, og at dette skjer av forskjellige grunner (21). Kjente barrierer mot rapportering er: mangel på opplæring i rapportering, usikkerhet rundt hva som skal rapporteres, mangel på tilbakemeldinger, frykt for represalier, og mangel på endringer som følge av rapporterte hendelser (21). Tidspress, og ressursmangel er også kjente drivere for at feil skjer, og barriere mot rapportering (17). Mangel på endringer i etterkant av rapportering, er en medvirkende faktor som kan ytterligere redusere folks motivasjon for å rapportere (21).

I 2018 på Haukeland Sykehus så man et eksempel på dette, da en pasient døde alene på akuttmottaket, etter å ha ligget halvannen time alene selv om han hadde utløst alarmen (25). Sykepleierne ved avdelingen der hadde rapportert 134 ganger det året om at de hadde det for travelt, og fylkeslegen omtalte hendelsen i etterkant som en "varslet katastrofe". Til tross for rapportene ble underbemanning oppfattet av de ansatte, som normalsituasjonen ved avdelingen (25).

2.4 Problemstilling:

Eksempelet fra Haukeland illustrerer at selv om det rapporteres avvik i en avdeling, er det ikke sikkert at det fører til endringer i praksis. Det er også en kjent problematikk at ulike barrierer og dårlig meldekultur forårsaker underrapportering blant personale (21), som igjen gjør at avdelingene mister verdifull informasjon de kan lære av. På grunn av dette er det interessant å undersøke norske klinikers betraktninger på om de mener det interne rapporteringssystemet er et godt verktøy for kvalitetsforbedring, og hva de anser som de største utfordringene med dette systemet.

3 Formål med oppgave

Hensikten med studien er å få frem hva de ansatte i norske sykehus mener om hvor nyttig det interne rapporteringssystemet er for å bidra til kvalitetsforbedring ved avdelingene. For å se på dette, ønsker jeg å få frem om det bidrar til varige endringer i praksis, hvilke fordeler og ulemper det har med tanke på de forutsetningene som ligger til grunn for rapportering, kjente barrierer mot rapportering, og avvikshåndteringen i etterkant.

Forskningsspørsmål:

Bidrar avviksrapporteringssystemet til kvalitetsforbedring på avdelingene?

Hvilke utfordringer identifiserer de ansatte med bruk av avvikssystemet som læringsverktøy?

4 Materiale og metode

4.1 Design

For å besvare problemstillingen valgte jeg å benytte en kvalitativ studiedesign, hvor den opprinnelige planen var å gjennomføre 6-10 semistrukturerte intervjuer med personell fra to ulike avdelinger på et mellomstort, norsk sykehus. I samråd med min veileder ble vi enige om å intervju 4-6 klinikere, som hovedsakelig benytter avvikssystemet til innmelding av hendelser, og 3-4 personer med lederansvar, som har ansvar for å behandle avvik. I alt ble det gjennomført 8 intervjuer som ble transkribert ordrett, og deretter analysert ved hjelp av tematisk analyse (26).

4.2 Populasjon, utvalgsstrategi og rekruttering

Intervjuobjektene jeg var ute etter, var erfarne klinikere, med erfaring med det interne rapporteringssystemet på sin avdeling. Rekrutteringen startet i oktober 2021, da jeg tok kontakt med fagdirektør ved fagavdelingen på sykehuset, som anbefalte meg to avdelinger jeg kunne ta kontakt med. Jeg ble så henvist videre til kvalitetslederen ved sykehuset, som satte meg så i kontakt med kvalitetsleder på de to ulike avdelingene for hjelp til rekruttering. Til disse sendte jeg en e-post med vedleggene «brev til klinikkene» (vedlegg 1) og et

rekrutteringsskjema med informasjon til deltakerne (vedlegg 2). Kvalitetslederne ga meg deretter navnet på passende intervjuobjekter jeg kunne kontakte, og/eller som hadde sagt seg villige til å stille til intervju. Jeg tok deretter kontakt med hver enkelt anbefalt deltaker på e-post hvor jeg sendte ut skjema «Vil du være med i forskningsprosjektet.pdf» (Vedlegg 1), hvorpå de fleste svarte på e-post. To av deltakerne tok jeg kontakt med på telefon eller spurte fysisk. Navn på sykehus og kontaktinformasjon er fjernet fra vedleggene.

Populasjonen er totalt 8 forskningsobjekter, hvorav fire er overleger, to er bioingeniører og to er sykepleiere. Av disse har to av legene ansvar for behandling av avvik, samt en av bioingeniørene. Denne spredningen i utdanningsbakgrunn ble valgt for å bedre dekke spekteret av fagdisipliner som benytter seg av avvikssystemet, i stedet for å fordype seg i én subpopulasjons erfaringer med avvikssystemet. Dette ble gjort for å se hvilke utfordringer og fordeler som er mer universelle for avvikssystemet, samt å favne bredere for å avdekke nye eller uventede fenomener. Deltakerne ble anonymiserte for å verne dem fra reaksjoner, og for å i størst mulig grad få frem deres ærlige mening på de spørsmålene som stilles. Alle forskningsobjektene hadde minst 5 års erfaring innenfor sin profesjon.

4.3 Intervjufokus

I intervjuene med melderne av avvik baserte jeg intervjuguiden (Vedlegg 3) på en britisk studie som forsket på liknende problemstilling (21). Spørsmålene har til hensikt å avdekke hvordan meldekulturen ved avdelingen er, holdninger til rapportering av avvik, utfordringer knyttet til rapportering av avvik, og opplevde endringer i klinisk praksis som følge av avviksmelding. Intervjuguiden gikk jeg først gjennom med min veileder, før den ble testet på en frivillig person med erfaring som sykepleier i forkant av intervjurundene. Intervjuene ble forsøkt avholdt som samtaler, med intervjuguiden som sjekkliste for hvilke spørsmål som skulle med. I de fleste tilfeller endte jeg med å stille de fleste spørsmålene likevel for å sørge for en viss standardisering av hvordan forskningsobjektene fikk formulert spørsmålene.

Intervjuguiden rettet mot behandlerne av avvik (Vedlegg 4) ble satt sammen av meg og min hovedveileder, som i sitt virke som overlege og mellomleder, har førstehånds erfaring med

behandling av avvik, og gjennomføring av forbedringstiltak. Fokuset i dette intervjuet går på holdninger knyttet til avviksrapportering, meldekultur på jobb, opplæring i håndtering av avvik, oppfatninger av hva som meldes og ikke meldes, og hvilke tiltak som har kommet på bakgrunn av meldte avvik i avvikssystemet. Også disse intervjuene forsøkte jeg å gjennomføre som samtaler med intervjuguide som sjekkliste. Jeg stilte også spørsmål fra intervjuguiden til meldegruppen der dette var relevant for å skape bedre forståelse av kontekst.

4.4 Databehandling og analyse

4.4.1 Intervjuperioden

Alle intervjuene ble gjennomført fysisk med PC og intervjuguide i rommet. Samtalen ble i sin helhet tatt opp med diktafon og transkribert i etterkant. Første intervju ble gjennomført 23. august 2022, mens siste intervju ble gjennomført 12. januar 2023. Intervjuene i meldegruppen varte mellom 26, og 55 minutter. Intervjuene i behandlergruppen varte mellom 50 minutter og 1 time og 26 minutter.

Før hvert intervju skrev forskningsobjektene en kontrakt med skriftlig samtykke, som og informert om at dette kunne trekkes på hvilket som helst tidspunkt frem til studiens slutt. (vedlegg 1) De ble muntlig informert om at navn og konkret rolle blir anonymisert, og at de kunne ta kontakt med meg eller mine veiledere dersom de ønsket å trekke sitt samtykke, uten å oppgi årsak. De ble også informert om at samtalen ble tatt opp, og at både transkript og lydfil blir slettet ved avsluttet studie. Deltakernes kjønn, subspecialitet og avdeling er også anonymisert.

4.4.2 Koding

Intervjuene ble transkribert ordrett av meg personlig i etterkant av intervjuperioden og kodet ved hjelp av dataprogrammet Nvivo (Versjon 1.7.1 (4844)). Parallelt med intervjuprosessen, transkripsjon og koding har jeg ført forskerlogg hvor jeg har notert ned tanker, betraktninger, funn og refleksjoner mens jeg har jobbet med materialet. Transkriptene ble kodet med «åpen

koding», som innebærer å møte materialet med en induktiv tilnærming. Åpen koding er ifølge Nilssen et al. inspirert av «Grounded Theory» (forankret teori), som baserer seg på å utvikle teorier som baserer seg på datamaterialet, i motsetning til å teste teorier (26). Da jeg var ferdig med åpen koding satt jeg igjen med 196 ulike koder. Dette sorterte jeg deretter i temaer og grupper basert på likheter mellom kodene. Jeg benyttet meg også av tabeller for å sammenlikne de ulike svarene forskningsobjektene hadde på de samme spørsmålene, for å se etter nye perspektiver og fenomener. Etter runden med aksial koding satt jeg igjen med flere temaer. Med hjelp fra min veileder fikk jeg redusert disse til noen få overordnede tema.

4.4.3 Utstyr

I utførelsen av denne studien har jeg benyttet:

- Digital diktafon hvor lydfilene kan lastes opp til PC som mp3-fil av typen Sony ICD-PX370
- Privat datamaskin av typen Macbook pro
- Dataprogrammet Nvivo til koding av materialet. Versjon 1.7.1 (4844).
- Notisbok + penn som forskningslogg

4.5 Ethiske forhold

I oktober 2021 tok min hovedveileder kontakt med personvernombudet ved det aktuelle sykehuset, som oppga at formell PVO godkjenning ikke er nødvendig, med forbehold om at deltakernes navn eller personsensitive data, ikke registreres i transkripter, eller fremkommer i studien. Da studien ikke omfatter pasientopplysninger trengs ikke REK-godkjenning.

Under utførelsen av denne studien har jeg fokusert på at forskningsobjektene ikke skal fremstå som varslere, eller bli stigmatisert. På grunn av rekrutteringsprosessen er det noen av forskningsobjektene som vet om hverandres deltakelse i studien. Siden avdelingene er små, kan for konkrete beskrivelser av hendelser kompromittere deltakernes anonymitet og integritet dersom utsagnene refererer til spesifikke hendelser på avdelingen. Jeg har derfor prøvd å unngå slike eksempler for å forhindre at forskningsobjektene fremstilles som latterliggjørende, kritiske eller utleverende. Det kan også oppleves som sårende eller

opprørende at ting de har sagt blir misforstått eller ransaket og kategorisert (26), så jeg har gjort mitt beste for å utvise forsiktighet i min gjengivelse av forskningsdeltakernes meninger.

4.6 Begrepsavklaring

3-3-a varsler: lovpålagte varsler til helsetilsynet i henhold Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a som utløses ved dødsfall, eller alvorlige skader på pasienter som følge av ytt helse- eller omsorgstjeneste, hvis pasienter skader andre, eller hvis et utfall er uventet ut i fra påregnelig risiko (9). Meldes til myndighetene på varsle.no. (16)

Avvik: En opplevd feil, nesten-hendelse, rapporterbar omstendighet eller forbedringsforslag som enten er meldt, eller som oppfattes av den ansatte som noe som burde meldes i avvikssystemet.

Avviksmelding/avviksrapport: Avvik som er meldt inn i avviksrapporteringssystemet.

Feil (errors): er å unnlate og gjennomføre en planlagt handling, eller å gjennomføre en feil handling på en pasient (27). For eksempel vil transfusjon av feil blodpose til en pasient regnes som en feil uavhengig av resultatet. Det er med andre ord feil uavhengig om det medførte alvorlige skader eller død på en pasient, eller det gikk fint fordi blodet var kompatibelt med pasienten.

Nesten-feil (eng: near miss): En uheldig hendelse som ikke når pasienten (27).

Kvalitet: Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (7).

Kvalitetsforbedring: kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive.

Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester (7).

Læring: en relativt varig endring i opplevelse og adferd som følge av en tidligere erfaring (19).

Pasientskade: «fysiske skader på en pasient som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.» (2) Engelske begreper: *Harmful incident* eller *adverse event* (27).

Rapporterbare omstendigheter: situasjoner eller forhold hvor det er et signifikant potensial for skade, men hvor det ikke forekom en skade. Eksempelvis ved alvorlig underbemanning på en avdeling, eller at man oppdager svikt i utstyr eller ressurser som kan utgjøre en risiko for at pasientskader oppstår (27).

Uheldige/uønskede hendelser: En uheldig hendelse er en utilsiktet, og uønsket følge av medisinsk undersøkelse og/eller behandling. På engelsk brukes en rekke begreper og ord om dette bl.a. *error, mistake, accident, failure, flip, mishap, adverse event, untoward incident, negligence, injury, iatrogenic complication* (28). I denne studien vil dette begrepet brukes som et paraplybegrep for begreper som *pasientskade, feil, nesten-feil* og *rapporterbare omstendigheter*.

5 Resultater

5.1 Bidrar avvikssystemet til kvalitetsforbedring?

5.1.1 Konkrete læringstiltak

Alle deltakerne i studien pekte på avviksrapporteringssystemet som den primære formen å melde om forhold som truer pasientsikkerheten. På begge de to avdelingene kunne forskningsobjektene peke på flere tiltak som har oppstått som følge av avviksrapportering. Mange av forskningsobjektene opplevde at en forutsetning for at avviksmeldinger skal føre til langvarige endringer, er at konsekvensene av det som blir rapportert har en viss alvorlighetsgrad. Dette gjør at det oppfattes som viktig å få gjort noe med, og gjør at saken blir prioritert både av ledere og ansatte.

«Det [avviket] må være noe som er av en sånn viktighet at alle skjønner at dette må vi gjøre noe med. Dette er kjempeviktig å få gjort, for da får du alle med deg.»

LEGE

På begge avdelinger ble det pekt på konkrete eksempler hvor avviksrapportering har ført til endringer i klinisk praksis. En av deltakerne oppgir for eksempel at det i etterkant av et uventet dødsfall på avdelingen, har ført til flere briefinger og kurs i etterkant av hendelsen. Det ble også laget nye prosedyrer for å se etter varseltegn hos pasienter og nye væskeregnskapslister, prosedyrer for kommunikasjon mellom sykepleiere og kirurger ble revidert, og det ble kjøpt inn nytt utstyr til avdelingen. En annen deltaker forteller at det i etterkant av en alvorlig hendelse ble utviklet nye screeningverktøy, og tilgjengeliggjort informasjon for uerfarne klinikere på jobb for å være mer rustet for å oppdage varselsymptomer.

På en av avdelingene kom det frem at det i etterkant av flere alvorlige pasienthendelser ble innført dobbeltkontroll ved undersøkelse av enkelte vevsprøver, for å få ned antallet feile svar. På begge avdelinger oppgis det også eksempler på at avvik som involverer feil på utstyr som regel raskt blir utbedret.

«For kanskje to måneder siden så var det en seng som knakk med en pasient i. Og så sendte vi jo da avvik inn på det. Lederen min sendte det videre. Og så tror jeg det gikk to timer, så ble alle sengene av liksom den typen merke skulle ikke transporteres med pasient i. Så alle de som lå i den sengen skulle over i ny seng hvis de skulle transporteres noen plass. Så det er jo sånn, altså det skjer jo noe når man rapporterer inn.»

SYKEPLEIER

Blant eksemplene på konkrete endringer i etterkant av avviksmelding finnes det både eksempler på at endringer har skjedd ved melderens egen avdeling, og ved ekstern avdeling for melder. Det er også eksempler på at avviksmeldinger har avdekket, og ført til korreksjon av potensielt uheldig praksis, med økt risiko for pasienthendelser. Meldingene har også avdekket behov for, eller bidratt til endring i kursvirksomhet og opplæring.

5.1.2 Andre systemer viktige for læring

På begge avdelingene nevnes både personalmøter, kurs, individuell fagoppdatering (lesing), og uformelle diskusjoner som kilde til læring, og endringer på arbeidsplassen. Ved de største avvikene hvor hendelsen har ført til dødsfall, eller alvorlig skade på pasient eller bruker, plikter dessuten sykehuset å melde til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (10) (omtales gjerne som 3-3a-meldinger eller 3-3a-varsler). Varsler om alvorlige hendelser kan også komme fra pasienter eller pårørende, og noen hendelser har også blitt omtalt i media.

Det er jo de [alvorlige hendelsene] som er viktige å ta tak i, som man må ha gjennomgang av. Og de ville vi jo hatt gjennomgang på uavhengig av avvikssystemet, sånn som det eksisterer i dag, fordi at det er krav om «3-3a melding» på dem.»

LEGE

I tillegg til meldeordningen vil mange fagdisipliner melde inn komplikasjoner i ulike komplikasjonsregistre, og at diskusjon rundt feil og misforståelser, og generell erfaringsutveksling skjer på morgenmøter og i uformelle settinger. Mye av problemløsningen rundt vanskelige avvik skjer dessuten muntlig i de samme diskusjonsforumene parallelt med at avviket behandles i avvikssystemet. Ved svært alvorlige hendelser, og spesielt hvis disse er omtalt i media, vil det bli iverksatt en hendelsesgjennomgang som kan føre til store omveltninger på en avdeling, og gi varige endringer i hvordan avdelingen arbeider.

«De alvorlige hendelsene der vi må melde helsetilsynet, fører i noen tilfeller til endringer. Og det er fordi at man ... endrer prosedyrer, eller lager nye forklarende prosedyrer for å unngå at det skal gjenta seg. Men de ordinære meldingene, det tror jeg er en gang i skuddåret at de fører til noen endringer.»

LEGE

Likevel virker lederne ambivalente til om det er det ordinære avvikssystemet som bidrar til endringene som skjer ved avdelingene. Én av lederne mener at de gode tiltakene først og fremst kommer fra andre mekanismer som for eksempel meldingene til helsetilsynet, og de ulike faglige arenaene og møteplassene for erfaringsutveksling. Dette begrunnes med at avvikssystemet ikke er tilpasset en hverdag i klinikken, og at feil i forbindelse med for eksempel kirurgi dekkes av andre systemer. Det er en gjennomgående oppfatning blant lederne at mange av de samme avvikene gjentar seg, og at arbeidet med disse kan bli rutinepreget uten at det nødvendigvis fører til endringer i klinisk praksis.

«Sånn sett kan du jo si at for den kirurgiske biten er jo egentlig avvikssystemet ubetydelig fordi at vi har andre systemer for det.»

LEGE

Det kan likevel virke som avvikssystemets utgjør fundamentet i kvalitetsforbedringen ved avdelingene og har er en slags registerfunksjon for avvikene som skjer. Dette gir lederne en oversikt over de avvikene som skjer og er således et verktøy hvor leder kan bestemme hvor tiltak skal settes inn. Det gir også lederne mulighet til å se på trender i avvikene.

5.1.3 Uformell diskusjon viktig

Flere av forskningsobjektene forteller at en viktig læringsarena på jobb er personalmøter, diskusjoner og internundervisning. Det er primært lederne som har ansvaret for disse møtene, og de benyttes som en arena for å diskutere de avviksmeldinger, i tilfeller hvor leder anser det som nyttig å diskutere tematikken i plenum. Møtene er også en viktig arena for å spre informasjon om avvikshåndtering og tiltak på avdelingen, og fungerer som et forum hvor leder kan diskutere løsningsforslag på avvik med sine ansatte. Flere av lederne på begge avdelinger oppgir derfor at tiltakene som iverksettes generelt mottas godt av de ansatte på avdelingene.

«[Tiltakene mottas] egentlig veldig greit, fordi at de [ansatte] er jo med på å lage tiltakene.»

«... som regel så kommer jo de gode tiltakene i fra personalgruppa. Så lenge du får til en god prosess der, så får du også til gode tiltak.»

BIOINGENIØR

Avviksmeldingene danner således et rammeverk for hva som diskuteres på personalmøter, og kan avdekke behov for, eller bidra til endring i kursvirksomhet og opplæring. I tillegg kan det avdekke prosedyrer som kan misforstås, og bidra til endringer i disse. Personal møtene er også en viktig arena for å spre kunnskap om avvikshåndtering. På avdelinger med mange ansatte, kan det være vanskeligere å spre informasjon om dette, siden det kan variere hvor mange- og når folk møter opp på personalmøtene når avvik blir diskutert på grunn av turnusordninger. Det trekkes også frem saksgangen i avvikssystemet kan bidra til gnisninger eller frustrasjon, som best oppklares med et uformelt personlig møte, eller en telefonsamtale, og at dette bidrar til å oppklare misforståelser, og skape en mer målrettet problemløsning.

5.2 utfordringer med avviksrapporteringssystemet

5.2.1 Lederne viktig for meldekultur:

Meldekulturen ved avdelingen er som nevnt en viktig forutsetning for å melde avvik. Forskningsobjektene på begge avdelinger er tydelige på at de ikke er redde for kjeft eller sanksjoner når de rapporterer avvik, og de angir at takhøyden for å si ifra om feil, er stor. På en av avdelingene oppgir flere av forskningsdeltakerne at de har rapportert avvik på seg selv, uten frykt for represalier. Likeledes er lederne på begge avdelinger opptatte av at det skal være uproblematisk å melde avvik, og at det skal være åpenhet rundt det å gjøre feil. Blant annet sier en av lederne at hen pleier å være åpen om egne feil for å åpne opp diskusjonen rundt vanskelige situasjoner, eller feil som har skjedd ved avdelingen.

«Jeg bruker alltid å legge hodet selv på blokken hvis jeg kommer på rapporten og har gjort ett eller annet på natten. ... Det å, på en måte, by litt på seg selv og si at vi er ikke ufeilbarlige, det tenker jeg er en god vei inn.»

LEGE

Lederne virker også, generelt sett, opptatte av å ivareta ansatte, og verne og støtte dem dersom de blir involvert i alvorlige hendelser. Å bli involvert i alvorlige hendelser kan være en stor psykisk belastning for de ansatte, og medføre følelse av skyld og skam.

Til tross for dette er det grunn til å tro at meldekulturen ved ulike avdelinger er svært ulik med tanke på hvilke avvik som meldes, og hva som defineres som et avvik på de ulike avdelingene varierer også. Trolig er det flere variabler som bidrar til dette, som for eksempel pasientpopulasjon, hvilke inngrep som gjøres, hvilke yrkesgrupper som jobber der, og hvilket utstyr de har osv. En ting som går igjen, er at hva som oppfattes som et avvik i mange tilfeller er subjektivt. Det er ingen universell enighet blant forskningsobjektene på hva som er for stort eller smått for å meldes i avvikssystemet, og det eksisterer ingen lokale prosedyrer som definerer dette.

«Men ellers så fins det jo ikke noe sånn nasjonal liste om at det skal føres avvik på denne type ting, eller noe lokal prosedyre på det. Sånn at du setter jo på en måte en intern standard i avdelingen for hva er det vi mener skal meldes. For eksempel: skal vi melde alle asfyksier?»

LEGE

Flere av forskningsdeltakerne påpeker at lederne setter standarden internt i avdelingen for hva som skal meldes, gjennom hvordan de behandler ulike avvik, og hvilke holdninger de utviser til avviksrapportering. Dette beskrives av lederne som en vanskelig øvelse. Hos en av avdelingene er det forhåndsdefinerte situasjoner som obligatorisk skal føre til en avviksmelding. Disse tingene er med på å forme de lokale normene rundt for eksempel avviksrapportering, og åpenhet rundt feil på de ulike avdelingene.

Som nevnt henger meldekulturen sammen med hvorvidt avvik snakkes om, og rapporteres, og selv om den kan oppleves som god og åpen innad, er den ikke lik mellom avdelingene. Selv på avdelinger med god meldekultur, kan det oppleves ubehagelig å melde avvik på en kollega, og det virker som at det er en norm at man sier ifra på forhånd, om man skal gjøre dette. Noen

kan oppfatte avviksmeldinger som anklagende, eller som personlig kritikk, og bli såret eller sinte over å bli meldt avvik på, eller ved diskusjon rundt egne feil i plenum. Dette vil trolig forsterkes av, eller skyldes uoverensstemmelser eller konflikter som allerede eksisterer på arbeidsplassen, eller andre faktorer som fører til psykologisk utrygghet blant de ansatte. Flere av forskningsobjektene opplever at det er lettere å melde på egen avdeling, i forhold til andre avdelinger. På sin egen avdeling kjenner man klinisk praksis, og har lært seg den lokale normen for hva et avvik er.

«i egen avdeling, så vet man veldig godt hva som er god klinisk praksis, hva som definitivt er et avvik. Og man kjenner også til hvilke avvik som bør, og skal meldes. Så det å melde et avvik internt i avdelingen det er null problem.»

LEGE

5.2.2 Uklart hva et avvik er

For at avvik skal meldes, må den som gjør, eller oppdager en feil, anerkjenne at en feil har skjedd for at den skal kunne melde dette. Dersom en feil skjer, må denne vurderes som utenfor den påregnelige risikoen for den prosedyren som gjennomføres, og den enkelte ansatte må anse det som et avvik. Hendelser som oppfattes som et avvik på én avdeling, vil derfor ikke nødvendigvis oppfattes som det på en annen.

«... Hvert fall hvis du er gastrokirurg, så får du tarmskader hele tiden. Sånn at da er jo ikke det for dem et avvik. Mens hvis jeg skal gjøre en hysterektomi og får en tarmskade, så er det definitivt et avvik, fordi det er ikke noe som jeg forventer meg.»

LEGE

Selv om noe galt har skjedd, er det likevel heller ikke sikkert at den ansatte som melder avviket forstår hva som har skjedd galt eller ser hele årsakssammenhengen av avviket. Som en av forskningsobjektene påpeker:

«Mange ganger så vet du jo ikke hva som har skjedd forut for at du står der med den pasienten uavhengig om det [feilen] skjedde hos deg selv eller hos noen andre.»

SYKEPLEIER

En annen faktor er at den ansatte må oppfatte situasjonen på en sånn måte at den anser noe som et avvik.

«Altså du kan ha to personer som står i samme eller tilsvarende situasjoner, men opplever de veldig forskjellig.»

SYKEPLEIER

Den samme skaden kan derfor defineres av den enkelte operatør som enten innenfor påregnelig risiko, eller et klart avvik, avhengig av hvordan meldekulturen er på avdelingen, og i hvilken sammenheng skaden skjer.

I tillegg beskriver en av lederne at avvikssystemet er best egnet for veldig klare feil, med åpenbare løsninger, mens uklarheter og tvilssituasjoner ofte ikke meldes.

«Noen ganger har du noen litt sånn «foggy» områder som man tenker at det her burde man faktisk tatt opp i plenum og diskutert: hvordan skal vi løse dette for å unngå usikkerhet og sånt. Men de meldes jo i mye mindre grad for det oppleves kanskje ikke som avvik.»

LEGE

Flere av forskningsdeltakerne har en oppfatning om at det varierer mellom de ulike yrkesgruppene hvor flinke de er til å melde avvik. Eksempelvis antar både leger og bioingeniører at leger melder færre avvik enn andre yrkesgrupper. Blant bioingeniørene var det en oppfatning om at bioingeniører melder mye avvik, både stort og smått.

«Har vi fått en prosedyre, så følger vi prosedyren. Og skjer det noe feil så melder vi avvik. Sånn er det bare.»

BIOINGENIØR

En av deltakerne tror dette kan komme av at avvikssystemet er bedre tilpasset enkelte yrkesgrupper, eller funksjoner enn andre. Som eksempel vises det til at leger må utvise mye skjønn i sin hverdag, mens for eksempel bioingeniører stort sett følger de samme prosedyrene slavisk.

5.2.3 Frykt for sanksjoner

Om man skal tørre og rapportere avvik, er det viktig at dette ikke fører til straff eller sanksjoner. Et problem med avvikssystemet oppstår når forbedringstiltak som iverksettes etter en hendelse oppleves som en sanksjon for de ansatte. En av lederne poengterer at noen tiltak som følge av avvikshåndtering kan oppleves som en sanksjon for den ansatte, selv om det er ment for å hjelpe den ansatte og bedre pasientsikkerheten. I etterkant av en hendelse kan man for eksempel bli satt under supervisjon av en kollega, regnes som uskikket til å gå vakt en periode, eller bli pålagt opplæring, eller innskrenkninger i sin yrkesutøvelse. Implisitt vil dette kunne få følger for hvorvidt de ansatte velger å rapportere avvik.

«... man skal jo ikke være redd for sanksjoner, for da melder man ikke avvik i det hele tatt.»

LEGE

Flere av forskningsobjektene har en opplevelse av at det er vanskeligere å melde avvik på andre avdelinger, enn sin egen. Blant årsakene til dette nevnes det at prosessen er vanskeligere, fordi man må finne ut hvem avviket skal sendes til. Den ansatte vet ikke hvilken respons man kan forvente, og man kan bli tvilende til hvorvidt et avvik er reelt. En annen utfordring er å foreslå gode løsninger på en avdeling hvor man ikke kjenner klinisk praksis. Hvordan meldingene behandles av mottakende leder spiller inn på om man fortsette å melde avvik. Dersom de samme avvikene gjentar seg, vil terskelen bli høyere for å melde dersom disse mottas negativt, eller behandles med utilstrekkelige tiltak. En av forskningsobjektene oppga for eksempel at avviksmeldinger ved en anledning ble mottatt med sinne og frustrasjon fra mottagende avdeling i etterkant av en hendelse.

«... lederne ringte tilbake til de [som hadde meldt avviket], og kjeftet de rett og slett opp for at de hadde skrevet avvik, fordi de mente at det her var noe gjaldt dem, og noe vi ikke skulle bry oss så veldig mye om.»

BIOINGENIØR

Innad i avdelingen kan også yrkestilhørighet være en faktor for hvorvidt man tør å melde et avvik. En av deltakerne angir at terskelen trolig er høyere for sykepleiere å melde på leger, enn omvendt, på grunn av hierarki innad i avdelingen eller mellom profesjoner. På den ene avdelingen forteller en av deltakerne at ulike yrkesgrupper melder avvik forskjellig, basert på hvilken yrkestilhørighet den som forårsaker avviket har, og at ordlyden i avviksmeldinger ovenfor noen med annen profesjonstilhørighet enn dem selv, kan være krassere.

5.2.4 Tid og ressurser, opplæring, begrensninger i systemet.

5.2.4.1 Avvikshåndtering er ressurskrevende

Lederne opplever at mengden avvik som skal håndteres er høy, og at arbeidsbelastningen med å håndtere disse, er stor. I tillegg oppgir alle lederne at mange av avvikene gjentar seg. Alle avvikene som meldes, oppfattes heller ikke av leder som avvik, eller som ting som kan gjøres noe med. Det er også et problem at ting som ikke hører hjemme i avvikssystemet også meldes inn som avvik. Eksempler på dette er blant annet personalsaker, avvik skrevet i affekt som utløp for frustrasjon, forventninger som ikke er møtt, manglende forståelse for andres roller på sykehuset, og samtidighetskonflikter. Disse avviksmeldingene må også behandles i henhold til prosedyre, og kan ikke uten videre slettes eller lukkes uten at man har besluttet eventuelle forbedringstiltak.

«Det jeg håndterer mest avvik på, det er avvik fra akuttmottaket som sier at pasienten måtte vente i tre kvarter eller mere før LIS-legen kom. ... Og hva i himmelens navn skal du gjøre med det når LIS-legen sto på sectio?»

LEGE

Sitatet over illustrerer at det kan oppstå situasjoner hvor for en lege har gjort en skjønsmessig vurdering, men at dette likevel oppfattes som et avvik (i dette tilfellet en samtidighetskonflikt), og meldes inn i avvikssystemet.

På én av avdelingene forteller flere av forskningsobjektene om at det er etablert praksis å melde såkalte «samleavvik» på hendelser som gjentar seg ofte. Dette betyr at avdelingen registrerer hvor mange ganger en gitt hendelse skjer i en viss tidsperiode, før dette meldes samlet som ett avvik i avvikssystemet for å få ned arbeidsmengden med avviksrapportering. Det er også en deltaker som melder om at de i sin subspecialiserte gruppe går sammen og samler opp avvik som gjentar seg hyppig og enkelte typer avvik samlet i såkalte «samleavvik», dersom disse gjentar seg ofte i løpet av en kort periode. På den andre avdelingen melder en leder om at å jobbe rundt grupper av avvik ville vært en mer fruktbar måte å jobbe med avvik på også for dem, i stedet for å ta dem én og én, blant annet for å få ned arbeidsmengden.

5.2.4.2 Avvikshåndtering kommer på toppen av daglig drift

Ingen av de tre lederne intervjuet i denne studien hadde en ren lederstilling ved sin avdeling, og de er i ulik grad involvert i daglig drift ved avdelingene i tillegg til sin rolle som leder. Håndtering av avvik kommer derfor på toppen av den daglige driften ved avdelingen, og som flere av dem gir uttrykk for, kommer driften først. Dette begrenser kapasiteten de ulike lederne har til å bedrive forbedringsarbeid ved sin avdeling. Flere av lederne oppgir på grunn av dette at avvikshåndtering prioriteres i lavdriftsperioder, eller på vakt. Dette bidrar også til å forlenge svartiden på mange av avvikene.

«... sommeren er den tiden på året lederne har tid til å sette seg ned og behandle avvik, og da har det gått et år. Det så jeg bare i sommer. Da fikk jeg tilbake masse avvik som [tidligere] var sendt ut fra meg, ut i de andre klinikkene eller helseforetakene»

BIOINGENIØR

5.2.4.3 Avvikene er komplekse

Den kliniske hverdagen på et sykehus er kompleks. Derfor er avvikene som meldes inn i mange tilfeller uoversiktlige, kompliserte og hvor flere faktorer har bidratt til avviket. Det kan være en utfordring for lederne å skille ut det viktige, fra det uviktige blant avvikene, og å få en helhetlig forståelse av hendelsene som rapporteres inn. Mange tilfeller er avviksrapporten utilstrekkelig for å vurdere hva som har skjedd, og ofte må leder kontakte de involverte i avviket for får klarhet i dette. I tillegg til dette vil, som en av lederne påpeker, ledere innenfor samme fagfelt kunne vurdere alvorlighetsgraden til det samme avviket svært ulikt.

«... ofte er det jo ganske sammensatte hendelser. Det er ikke sikkert at det var noen feil som ble gjort i det hele tatt, men at den som skrev avviket hadde opplevelse av at det var det. Og det betyr ikke at det var noe feil som skjedde.»

LEGE

For leder kan det være en vanskelig vurdering om man skal endre, eller lage nye prosedyrer basert på avvikene som meldes. Mange avgjørelser som tas i klinikken er skjønnsbaserte, eller beskrevet av faglige retningslinjer fra før, og nye prosedyrer kan fort bli for situasjonsavhengige. Det bemerkes også at det ikke vil være verken realistisk, eller hensiktsmessig, å lage prosedyrer for alle tenkelige situasjoner, og at disse uansett ikke kan erstatte klinisk skjønn.

«... så tenker du: «okay, vi må lage noen prosedyrer tilpasset denne casen» ikke sant? Og så viser det seg at når neste casen kommer som er i samme kategori, så er det ikke rett å håndtere det sånn som den forrige casen.»

LEGE

Ved avvik som omhandler menneskelige feil, eller skjønnsmessige vurderinger er det ofte vanskelig å finne tydelige årsaker, og følgelig gode mottiltak. Andre feil som ofte gjentar seg, er gjentakende prosesser som gjøres av et menneske uten at det er sikringstiltak for å

forhindre at feil skjer. Eksempler på dette kan være forbytninger av pasient ID eller medisiner.

En annen gruppe avvik som oppleves som vanskelige å finne gode løsninger på er situasjoner som omhandler IKT. Der opplever lederne at til tross for en klar forståelse av problemstillingen, er det å få til endringer i IKT-systemene i mange tilfeller umulig. De tiltakene som iverksettes skal også være realistiske med tanke på ressurser tilgjengelig. I de tilfellene hvor gode tiltak uteblir, hender det at folk gir opp å rapportere det som et problem.

«så lenge ikke vi får gjort [noe med] det, så skjer det gang på gang. Og så ser jeg det at det meldes mindre og mindre avvik, men vi vet at det skjer fortsatt»

BIOINGENIØR

Flere av lederne har en oppfatning om at de gode tiltakene som kommer ut fra avviksrapportering, oppstår i plenumsdiskusjoner og andre fora enn bearbeidelse av avvik innad i avvikssystemet. Slike diskusjoner er bedre for å få en god forståelse av problemet gjennom samtale med de som er involvert i avviket. Når leder har identifisert hva avviket dreier seg om vil de ofte henvende seg til personalgruppen i problemløsningsfasen for å diskutere mulige tiltak. Enkelte av lederne gir uttrykk for at avvikssystemet som sådan ikke er bidragsytende til problemløsningsbiten, og da dette er konstruert slik at et avvikt behandles lineært av én og én person oppover i lederhierarkiet.

«Altså, det.. det vanskeligste med hele avvikssystemet det er det der med at man sitter på de her litt sånn tullede avvikene særlig, så sitter man alene og så gjør man en oppgave, og så sender man den i fra seg til noen andre som da mottar det som kan være enig eller uenig, eller blir irritert over det man har skrevet eller noe sånt. Som da skriver et tilsvarende, så det blir ingen diskusjon rundt det. Det blir ingen egentlig problemløsning. Det blir bare i noen tilfeller litt sånn drittkasting at «dette var ditt ansvar, dere tok det ikke».»

LEGE

Måten systemet er utformet på, gjør at man ikke har diskusjonsmulighet gjennom det. Derfor tapes viktige nyanser, og fører til at problemstillinger med misforståelser, følelser, og uklarheter som årsak blir dårlig belyst.

«Jeg er veldig for at når man har problematiske situasjoner som kanskje gjentar seg, så møtes man heller i rommet og finner ut av hvordan man løser dette på best mulig måte. Og da viser det seg jo veldig ofte at det ikke er noen felles forståelse av hvordan de andre jobber, og hvordan deres hverdag er og sånn.»

LEGE

Eksempler på slike problemstillinger er samtidighetskonflikter, eller situasjoner med uklarheter rundt ansvarsfordeling. Diskusjoner og møter muliggjør også en større spredning av læring i etterkant av hendelser, siden avvikssystemet kun gjør at den som har meldt hendelsen får informasjon om tiltakene i etterkant.

5.2.4.4 Unødvendig komplisert

En annen ting de ansatte peker på med avvikssystemet slik det er i dag er at saksgangen i det er unødvendig komplisert. Ofte har avvikene lange venteperioder, og kan i mange tilfeller oppleves som en tidkrevende, byråkratisk øvelse. I tilfeller der prosessen med å finne gode tiltak er vanskelig, kan noen avviksmeldinger bli «kasteballer» i systemet mellom ulike administrasjonstrinn, og bidra til merarbeid og frustrasjon for ledere som jobber med en vanskelig håndteringsprosess. I tillegg vil all informasjon som hentes inn i etterkant av avviket som kommer gjennom andre personer, fra e-poster måtte registreres inn i avvikets saksgang av leder selv og bidra til ekstraarbeid på toppen av problemløsningsprosessen.

5.2.4.5 Man må ha tid og anledning til å melde

Det nevnes av forskningsdeltakere på begge avdelinger at man må ha tid til å melde for at de avvikene som skjer skal rapporteres, og at mange av avvikene i utgangspunktet skyldes tidspress.

«... pasienten burde ha fått hjelp til stell, men du hadde ikke tid til å stelle han. Da har du ikke tid til å sette deg ned og bruke tid i det litt tungvinte datasystemet på å få rapportert det inn.»

SYKEPLEIER

Det er også en fordel å være i nærheten av en PC, da avvik som burde vært meldt kan glemmes før man får rapportert det.

«Det er også i forhold til hvor jeg står henne når jeg oppdager det avviket. Hvis jeg for eksempel er ute på avdelingen. Så kan jeg jo ikke sette meg ned med en PC hos dem og begynne å skrive et avvik. for da vil jeg heller gå tilbake på kontoret og så gjøre det på kontoret der. Ehm men så er jeg kanskje ute hele dagen på en avdelingene. Og så er det ... ja, da er det glemt.»

BIOINGENIØR

Man risikerer også å glemme, eller nedprioritere avviksmelding av andre årsaker, for eksempel tidspress.

Man må også vite hvordan man bruker avvikssystemet. En av forskingsobjektene oppga for eksempel at noen av dens kolleger måtte oppsøke hjelp fra andre dersom de ønsket å rapportere et avvik fordi de selv ikke hadde god nok kunnskap om rapporteringssystemet, mens en annen oppga at det er vanskelig å bruke.

5.2.4.6 Varierende opplæring

Lederne oppga at den formelle opplæringen som gis med å håndtere avvik er et e-læringskurs som er likt for både de som melder, og de som håndterer avvik. Det foreligger med andre ord ingen formell opplæring for hvordan en leder skal håndtere avvik, og flere av lederne ga uttrykk for at de enten kunne systemet for dårlig, eller at de selv måtte søke kunnskap om systemet fra tidligere ledere eller kolleger med erfaring på feltet.

En av lederne har forsøkt å kompensere for denne mangelen, ved å innføre egne opplæringstiltak for å etablere en intern standard på ulike fiktive avvik som lederne på underavdelingene fikk i oppgave å behandle og diskutere i plenum med tanke på alvorlighet.

6 Diskusjon

6.1 Bidrar avvikssystemet til kvalitetsforbedring?

6.1.1 Konkrete læringstiltak

I denne intervjustudien med personal fra to ulike avdelinger på et norsk sykehus har vi sett på avvikssystemets rolle som verktøy for pasientforbedring, og de barrierene og utfordringene personalet møter på i avviksrapportering og håndtering av avvik. Avvikssystemet er et av flere verktøy for å lære av feil på avdelingene, og skal gi lederne viktige opplysninger om hvor feil skjer. Lederen får da et inntrykk av hvilke feil som skjer, og hvor forbedringstiltak bør settes inn.

Forskningsdeltakerne peker på flere gode tiltak som har kommet i etterkant av avviksrapportering, herunder endring av utstyr, rutiner og læringsopplegg. Mange av de konkrete læringstiltakene som forskningsobjektene forteller om, er eksempler på tiltak som går på menneskers handlingsmønster, sånn som utvikling av varselskilt, oppdaterte retningslinjer, eller treningsprogrammer. Slike tiltak har til hensikt å motvirke aktive feil forårsaket av menneskelig svikt, som for eksempel skjødesløshet, behandlingsfeil, eller at standarder ikke møtes av andre grunner (som for eksempel mangel på erfaring). Skal man tro litteraturen betyr likevel denne typen tiltak lite for å bedre pasientsikkerhet (17), og en studie av Kellog et al. konkluderer med at slike tiltak ikke kan forhindre liknende hendelser fra å skje, innenfor en 8-års periode (29).

Forskningsdeltakerne rapporterer også at uheldig praksis har blitt oppdaget og korrigert som følge av avviksrapportering, og siden denne praksisen kanskje ikke har ført til hendelser som når pasienten, vil likevel en korreksjon av slik praksis kunne hindre dette fra å skje i

fremtiden. Avvikssystemet er som nevnt et eksempel på Safety 1 tankegang, som betyr at man kun leter etter ting som har gått galt. Det blir derfor en umulighet å måle avvikssystemets effektivitet etter «forhindrede feil», ettersom disse forhindres fra å skje når slik praksis korrigeres.

Ser man til internasjonal litteratur er også helsetjenester som systematisk og effektivt lærer av små tabber og feil, fremfor store pasienthendelser, sjeldne (15). Avvikssystemenes bidrag til læring er omdiskuterte, og de kritiseres for å være ineffektive i forbedring av pasientsikkerhet (17, 21). Mange store feil er kompliserte, og har ofte mange faktorer som er tilknyttet organisasjonene hvor feilene skjer. I mange tilfeller har årsakene blitt ignorert eller tatt for gitt i årevis, og ofte vanskelige å endre (15). Mahmoud et al. fant i 2023 at det enda ikke fantes studier som dokumenterer en reduksjon i uønskede hendelser som følge av avvikssystemer (30). I 2015 konkluderte Riksrevisjonen med at også norske helseforetak i liten grad klarer å lære av hendelser, og at informasjonen fra avviksmeldinger i liten grad benyttes systematisk i forbedringsarbeid, og at en av grunnene til dette er underrapportering (31).

6.1.2 Andre systemer viktige for læring

Blant forskningsdeltakerne stiller spesielt ledergruppen stiller seg tvilende til at avvikssystemet bidrar til gode langtidstiltak. På den ene siden peker flere av forskningsdeltakerne på at dersom avviksmeldinger skal få langvarige tiltak, må avviket være av en viss alvorlighetsgrad. På den annen side, bemerkes det at svært alvorlige hendelser blir for store for avvikssystemet, og krever en større tverrfaglig gjennomgang av hendelsene som avvikssystemet ikke er tilpasset for. Flere av lederne tror at forbedringstiltakene ved avdelingene, ville kommet uavhengig av avvikssystemet. De oppgir også at mye av læringen stammer fra andre kanaler enn avvikssystemet, og at personalmøter, uformelle diskusjoner, oppdaterte faglige retningslinjer er bedre verktøy for lokal læring. Mange av de hendelsene som har bragt frem de mest konkrete systemendringene i klinisk praksis som forskningsobjektene peker på, er ofte kommet etter større hendelser som har krevd hendelsesgjennomgang fra helsetilsynet, eller at de har vært i medias søkelys, og ikke nødvendigvis fordi de var meldt som avvik.

Det oppgis også at når avvik meldes, skjer både innsamling av informasjon rundt hendelsen, analysering og problemløsning i stor grad utenfor avviksrapporteringssystemet.

Dette likner erfaringer fra andre norske helseforetak, som viser at legene der mener det interne kvalitetssystemet gir liten grad av læring for dem (16). Deres opplevelse var at andre forum slik som lokale, og nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og regelmessige komplikasjonsmøter der kasuistikker legges frem og diskuteres, er bedre egnet for å skape læring (16).

En av tingene som både lederne ved sykehuset og driftslederne lengre opp i systemet benytter seg av er statistikk på avvikene som kommer inn. Forskning tyder på at distribusjonen av hendelsestyper fra avviksrapporteringssystemet ikke kan brukes for å vurdere alvorlighetsgraden av rapporterte problemer, eller å sammenlikne dem med hverandre (17). Å se på prosentandeler av rapporterte hendelser som et mål på forbedring etter iverksettelse av tiltak er upålitelig, fordi det sanne antallet av hendelser er ukjent på grunn av underrapportering (30). Denne statistikken vil være preget av underrapportering da det kommer frem at det noen avdelinger, og blant enkeltpersoner registrerer og rapporterer flere gjentakende avvik som ett avvik for å redusere arbeidsmengden.

6.1.3 Personlige møter viktig

Det oppgis at når avvik meldes, skjer både innsamling av informasjon rundt hendelsen, analysering og problemløsning i stor grad utenfor avviksrapporteringssystemet. Dette skjer gjerne i plenumsdiskusjon på avdelingene der leder anser det som matnyttig, og skaper større eierskap, og kunnskap rundt nye tiltak. Personalmøter fremstår som en viktig læringsarena og som et knutepunkt for mye av pasientforbedringen som gjøres ved avdelingene. Uformell diskusjon viste også å være mer egnet i situasjoner hvor saksbehandlingen i avvikssystemet bidrar til kommunikasjonssvikt rundt et avvik. Liknende funn gjøres i en britisk studie fra 2015 som viser at mange klinikere lener seg i større grad på uformelle prosesser som kilde til læring, enn avviksrapportering (21). Siden disse systemene virker parallelt med avvikssystemet, er det derfor vanskelig å fastslå hvilke læringstiltak som kan tilskrives

avviksrapporteringssystemet, og hvilke som har sitt opphav fra andre læringssystemer som uformelle diskusjoner og personalmøter. Trolig er avvikssystemet et viktig verktøy for å gi lederne på avdelings- og klinikknivå opplysninger om hvor feil skjer, og bidrar i overlapp med uformelle møter og plenumsdiskusjon til at forbedringstiltak kan settes inn.

6.2 utfordringer med avviksrapporteringssystemet?

6.2.1 Lederne viktig for meldekultur:

Den lokale meldekulturen er avgjørende for hvorvidt uønskede hendelser meldes og følges opp (16). I denne studien ser vi at lederne har en sentral rolle i å etablere normer på avdelingen når det kommer til avvik, ut fra hvilke avvik lederen velger å ta tak i. Ved de to avdelingene fantes det ingen entydig definisjon på hva et avvik er, og det er derfor opp til leder å vurdere hvor hen vil sette standarden. Hvordan hen snakker om avvik, hvordan den gir tilbakemeldinger, hvordan den snakker om uønskede hendelser, og hvordan den er å forholde seg til generelt for den ansatte, fremstår som toneangivende for meldekulturen på avdelingen. Ved de ulike avdelingene er denne tett knyttet opp mot ledernes evner til å skape et miljø med psykologisk trygghet (15), på alle nivåer, fra departementsnivå, til lokalt nivå (16). Der dette mangler, vil meldesystemene ikke brukes som intendert, og de ansatte vil fort oppdage hvilken oppførsel lederen foretrekker (15).

Det kom også frem at gnisninger mellom ulike arbeidsgrupper, og arbeidskonflikter kan påvirke meldekulturen i avdelingen, og man kan anta at selv om lederen ikke kan løse alle slike problemer, vil hen kunne bidra til å redusere eller amplifisere slike problemer. Lederne er også sentral i spredning av informasjon fra avviksrapportering, og setter gjerne agendaen for både hva som diskuteres på personalmøter, og tonen for hvordan man snakker om disse tingene. I tillegg vil leders holdninger til avviksrapportering fort bli tydelige for de ansatte, og påvirke om de ansatte prioriterer å melde avvik.

6.2.2 Uklart hva et avvik er

Et av funnene i studien er at det hersker mye tvil rundt hva et avvik er, og at det ikke fins tydelige standarder for hva som skal meldes på de to avdelingene. Funn fra en rapport fra

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) om meldekultur på norske sykehus fra 2023, tyder på at dette problemet ikke er unikt for de to undersøkte avdelingene. Rapporten fant store forskjeller på hva de ansatte mente skulle meldes, og hva som faktisk ble meldt (16). Også der varierte oppfatningen om hva et avvik er, varierte mellom avdelinger, yrkesgrupper, og mellom ledere på høyere og lavere nivå (16). Et sentralt poeng som også diskuteres blant forskningsobjektene, var at hva som ligger i begrepet «påregnelig risiko» er uklart, og at dette vil variere med kompetanse, spesialitet, og pasientens alder og helsetilstand (16).

Et grunnleggende problem med at leder avskriver hendelser som kjente komplikasjoner eller som innenfor påregnelig risiko, er at dersom de blir regnet som påregnelige, blir de følgelig heller ikke meldt, og da utilgjengelige for læring (16). En annen vanlig begrensning i læring av feil er at dersom rapportene hovedsakelig omhandler faktorer som er synlige i situasjonen i stedet for å prøve å finne mer latente systemiske feil, vil potensialet for læring begrense seg (17).

En annen faktor er klinikernes svært komplekse hverdag. Én studie oppgir at sykepleiere, som rapporterer mest, på en vanlig arbeidsdag kan oppleve at feil skjer nesten én gang i timen (15). Dette gjør at de daglig må omgå små og store hindre kun for å få jobben gjort. Den høye frekvensen alene vil gjøre det vanskelig for sykepleiere å identifisere hva årsaken til et avvik egentlig er (15). En utfordring for analysebiten er at man ikke alltid vet hvor avviket har oppstått, eller ser hele årsakssammenhengen i hendelser. Det påpekes at avvikssystemet er best på å plukke opp tydelige feil, og dette ser man også i internasjonale studier (17). Disse er lettere å oppdage enn såkalte nesten-feil (17). Alvorlige hendelser er også mer sannsynlige å bli meldt inn sammenliknet med nesten-feil (30).

Blant forskningsobjektene på sykehuset ble det antatt at sykepleierne og bioingeniører var flinkere til å rapportere enn leger. Tidligere forskning tyder på at underrapportering forekommer blant alle profesjoner, men særlig blant leger (21). Flere studier viser også at sykepleiere er i flinkere å rapportere enn leger (17, 21). Dette kan reflektere at de gjør

majoriteten av den praktiske behandlingen av pasienter (17). At leger melder i liten grad, ser man også i Norge (16). Det er også kjent at uerfarent personell er redde for å rapportere mer erfarent personell (30). Lawton et al. hevder at det er lite sannsynlig at medisinsk kultur, gjennom å fokusere på profesjonell autonomi, kollegialitet og selvregulering, vil stimulere til avviksrapportering (24).

6.2.3 Frykt for sanksjoner:

En kjent barriere mot avviksrapportering er frykt, og skyldkultur, og frykt for sanksjoner (20, 21). Derfor må meldekulturen som ligger til grunn gå ut på at alle samarbeider for å bedre identifisere, og forstå årsakene til sårbarheter i systemet, og kunne rapportere dem uten frykt for sanksjoner (20). Dersom avviksrapportering misbrukes for å tillegge skyld vil ansatte kvie seg for å melde avvik (17). Et interessant funn i denne studien er likevel at avviksrapportering ikke kan frikobles sanksjoner fullstendig. Velmente og nødvendige tiltak kan for enkelte oppleves som sanksjoner, som for eksempel innskrenkninger i egen yrkesutøvelse eller å bli satt under supervisjon. I tillegg pekes det på eksempler på at ansatte har blitt møtt med sinne eller frustrasjon fra ledere og andre ansatte, fordi de har rapportert avvik.

Det ble også tydelig at å melde avvik på andre avdelinger, sammenliknet med sin egen, var vanskeligere for flere av forskningsobjektene av flere grunner. De årsakene det pekes på er at man kjenner til rutiner og klinisk praksis på egen avdeling, man kjenner de etablerte normene for hva et avvik er. Trolig er også en vel så viktig årsak at man vet hvordan lederen man rapporterer til vil reagere, da det sees at hvordan leder snakker om hendelser i stor grad påvirker hva som meldes (16).

Ingen av forskningsobjektene opplevde at å rapportere internt var et problem på grunn av frykt for sanksjoner, og de fleste angir at det hersker en åpenhetskultur på sin avdeling.

6.2.4 Tid og ressurser, opplæring, begrensninger i systemet.

Flere av lederne opplever at å analysere og iverksette gode langtidstiltak som en utfordring, og at de sjelden klarer det basert på avviksmeldingene. Avviksmengden er stor, avvik går igjen, avvikhåndteringen skal gjøres på toppen av oppgaver med drift av avdelingen.

Avvikene som meldes inn er ofte komplekse, og har noen ganger uklar årsakssammenheng. Avvikssystemet oppfattes som en begrensning for en god fremstilling av detaljer rundt avviket og hemmer diskusjonsmuligheter rundt det i videre saksbehandling.

Saksbehandlingen i avvikssystemet oppleves også som tungvint, og som bidragsytende til unødvendig merarbeid. Informasjonsinnhenting, analyse og problemløsning i skjer derfor i stor grad i andre forum, hovedsakelig gjennom uformell diskusjon og personalmøter.

Selv når avviket er godt kommunisert er det vanskelig å avgjøre både avvikets alvorlighetsgrad, men også hvorvidt det er riktig å endre, eller lage nye prosedyrer basert på en hendelse, med kanskje flere bakenforliggende årsaker. Manglende tiltak fører også til at mange avvik går igjen. Eksempler på dette er menneskelige feil og feil som omhandler IKT.

Å analysere kritiske hendelser, identifisere systemårsaker, og å lage sterke tiltak krever betydelige mengder tid og ressurser. Lederne i helsetjenesten har begrensede ressurser tilgjengelig, og vil ikke ha tid til dette for hver hendelse som er rapportert (17). I tillegg vil informasjonshull i hendelsenes kontekst, som sjelden kan kommuniseres fullt ut gjennom et rapporteringsskjema, forstyrre den kausale analysen for hendelsene (17). At avviksrapporteringssystemet oppleves tungvint, og fylles med «unødvendige meldinger» blir rapportert også ved andre sykehus her i landet, og kan føre til at saksbehandlingen ikke er læringsdrevet, men sjablonmessig (16).

Endringer i bemanningsnivåer, design av jobbmråder, eller instrumenter for å skape forbedring, krever ofte strategiske avgjørelser gjort av sykehuset, eller noen ganger på regulatorisk eller nasjonalt nivå (17). Et godt eksempel på dette er informasjonsteknologi. Dette er vanskelig å endre fra lokalt nivå, men krever samarbeid med industrien eller regulatoriske krav for å forbedres (17). Dette illustrerer at mange av de feilene som registreres

i avvikssystemet ved sykehuset som omhandler IT, nær sagt er umulig for de lokale lederne å gjøre noe med.

Vi ser også at mangel på tid og anledning til å rapportere, tilgjengelighet på PC, eller mangel på kunnskap om avviksrapportering er eksempler på kjente barrierer som også er i spill ved dette helseforetaket. Andre studier viser at ressursknapphet, underbemanning og travle arbeidsdager både er bidragsyttere på hendelser, men også barrierer mot å melde, og behandle avvik (17). I Norge tyder studier på at travle arbeidsdager fører til at tiden ikke strekker til for å dokumentere og melde uønskede hendelser, og at det høye arbeidspresset kan føre til at man utsetter å melde avvik, og deretter glemmer det (16).

6.3 Metodediskusjon

6.3.1 Styrker og svakheter ved studien

Utvalget

Forskningsobjektene var åtte personer fra tre ulike profesjoner, og med to ulike roller i bruken av avvikssystemet. Utvalget var strategisk selektert for å sikre en viss erfaring blant forskningsobjektene. Dette kan være en fordel og en ulempe. Ulempene er at flere av kandidatene vet om hverandre, og ikke har noen formell taushetsplikt som hindrer dem i å fortelle sine kolleger om andre deltakere i studien. Dette kan føre til at de holder tilbake, eller endrer informasjon som kan gi negative konsekvenser for dem i avdelingen. I noen tilfeller har sjefene vært med på rekrutteringen, og vet dermed hvilke ansatte som er med. At populasjonen er strategisk selektert, utgjør en risiko for seleksjonsskjevhet. Fordelene er at populasjonen har mer inngående kunnskap, og lengre erfaring med avviksrapportering. Forskningsobjektene er også anonymisert for å minimalisere risiko for negative konsekvenser for dem, og tilrettelegge for større åpenhet rundt utfordringer med avvikssystemet.

Populasjonen fordelt på ulike profesjoner, og roller i sykehuset. Studien fanger derfor opp erfaringer om hvordan læringsprosessen fra avvik til ferdig utviklede tiltak foregår, fra flere ulike perspektiver. Dette kan øke studiens overførbarhet til andre populasjoner.

Intervjuene

Jeg har også gjennomført, og transkribert intervjuene selv, som har gitt meg muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål underveis, og oppfatte non-verbal kommunikasjon hos forskningsobjektene under intervjuene. En svakhet kan være at intervju spørsmålene kan tolkes ulikt siden mange av begrepene rundt avviksrapportering likner hverandre. Det er også en svakhet at intervjueren selv har liten erfaring med utforming av intervjuguide, og gjennomføring av kvalitative intervjuer. Noen av spørsmålene har blitt oppfattet som ledende, og disse er ikke brukt i transkripsjon eller tolkning.

Problemstillingen

Problemstillingen er bred, omfatter en helhetlig tilnærming til prosessen med avviksrapportering, og utforsker mange aspekter rundt dette. Å begrense resultatene har vært utfordrende, men har gitt muligheten til å utforske mange interessante funn fra materialet. Avviksrapportering et tema som har fått økende oppmerksomhet de siste årene, og som fortsatt trenger mer forskning. Temaet er også relevant for alle medisinske disipliner, og kan ha overføringsverdi til andre sikkerhetskritiske bedrifter.

6.3.2 Analysen og intern validitet

Leung et al. beskriver validitet innenfor kvalitativ forskning som «egnetheten til verktøyene, prosessene og dataene» (32). En studies validitet, eller gyldighet handler om hvorvidt studien bidrar til gyldige resultater i forhold til problemstillingen(e) man ønsker å undersøke (33). Den indre validiteten gjenspeiler om resultatene er gyldige og riktige for det studerte utvalget. God indre validitet krever at man er bevisst på eventuelle skjevheter i studien (33).

En kvalitativ tilnærming for å undersøke klinikernes erfaringer med avviksrapportering ble tidlig vurdert som mest hensiktsmessig, gitt de kompliserte og menneskelige prosessene som inngår i rapportering av avvik og faktorer som spiller inn på det. Intervjuene ble forsøkt avholdt som samtaler med intervjuguiden som en slags sjekklister for forskningsobjektene for å kunne utforske nyanser og kontekst, samtidig som jeg sikret at alle forskningsobjektene fikk spørsmålene formulert likt. Den interne validiteten kunne vært økt ytterligere med å intervju flere forskningsobjekter, og fra flere avdelinger, samt ved å analysere spørreskjemaene.

I intervjuene bes alle forskningsobjektene å begrunne sine erfaringer med konkrete eksempler, og disse kan være sårbare for hukommelsesskjevhet. Den interne validiteten kan styrkes av at jeg har diskutert funn og metode med en veileder med erfaring på feltet, og med fenomenet jeg har studert.

6.3.3 Refleksivitet

Refleksivitet betyr at man som forsker anerkjenner at man ikke er en nøytral person i møte med forskningsobjektene, men at forskningen både er gjort og formidlet gjennom forskeren med sin forforståelse, kunnskaper, holdninger, interesser og mellommenneskelige faktorer. (26). Dette vil både påvirke forskningsobjektet, materialet og tolkningen av det, og det er derfor viktig at forskeren er bevisst sin egen subjektivitet (26). Som forsker er man en del av den konteksten av fenomenet som man selv ønsker å undersøke, og man må være bevisst sine egne skjevheter, antakelser, kunnskaper og holdninger for å bedre kvaliteten på forskningen man gjør (34). Det betyr at min rolle som medisinstudent, min bakgrunn, og mine livserfaringer har betydning for forskningen i alle ledd av forskningsprosessen.

I forkant av studien har jeg, etter diskusjon med min veileder, valgt å ikke utforske avviksrapporteringssystemet som brukes ved sykehuset. Tanken var å unngå forutinntatthet om systemet, og å danne personlige meninger rundt utfordringene med det. I min rolle som medisinstudent er jeg relativt uerfaren med klinisk arbeid i sykehus og det miljøet de ulike fagdisiplinene opererer i. Dette gjør at jeg kan miste kontekstuell informasjon som avviksrapportering må sees i sammenheng med.

Ved intervjuperiodens start hadde jeg møtt en av forskningsobjektene gjennom studievirksomhet ved én anledning før intervjuets start. Ellers har jeg ingen tilknytning til noen av forskningsobjektene i verken formell eller uformell sammenheng. Alle forskningsobjektene var fra før studiens start, ukjente for meg.

6.3.4 Ekstern validitet og relevans

De fleste kvalitative studier ønsker å studere spesifikke fenomener, i en spesifikk gruppe mennesker, i en spesifikk kontekst, og som regel er det derfor ikke forventet at resultatene kan generaliseres til andre populasjoner (32). Endrer man betingelsene for denne studien, som for eksempel avdeling, yrkesgrupper, eller profesjon, vil resultatene bli annerledes. Studiens eksterne validitet styrkes av at representantene tilhører to ulike avdelinger, med ulike profesjoner og spesialiteter. Samtidig har studien 8 representanter fra samme sykehus, så studiens relevans i andre helseforetak er begrenset. Når det er sagt, er det likheter mellom funn gjort i denne studien, og funn fra en intervjustudie fra 2023 som intervjuet ledere på ulike nivå, kvalitetsrådgivere, leger, sykepleiere og pasient- og brukerombud, ved to norske helseforetak (16). Siden populasjonen er preselektert, vil også erfaringer og kunnskap om avviksrapportering trolig variere fra annet sykehuspersonell.

6.4 Videre forskning

En litteraturstudie fra 2023 har de gått gjennom 41 studier fra 17 land (på 212 sykehus), som omhandler avviksrapportering observerer forfatteren at ingen av studiene i den litteraturgjennomgangen har sett på evaluering eller langtidseffekter av tiltak som følge av avviksrapportering (17). Dette er iøynefallende siden avviksrapporteringssystemene har som hensikt å gi langvarige systemiske forbedringer i pasientsikkerhet. Denne studien vurderer heller ikke langtidseffektene av tiltakene som nevnes, men å gjøre dette kan være en naturlig forlengelse av denne studien.

7 Konklusjon

Bidrar avviksrapporteringsystemet til kvalitetsforbedring på avdelingene, og hvilke utfordringer identifiserer de ansatte med bruk av avvikssystemet som læringsverktøy? Med utgangspunkt i 8 forskningsintervjuer med klinikere og ledere på et norsk sykehus, har vi identifisert at avvikssystemets rolle som bidrag til læring er varierende, da det både bidrar til svake tiltak, som ikke nødvendigvis kan forhindre avvik fra å gjenta seg, og korreksjon av uheldig praksis med skadepotensial, men som vanskelig lar seg måle. Læringstiltakene i etterkant av hendelser, kan ikke utelukkende tilskrives avviksrapportering alene, men kommer fra både formelle og uformelle kanaler som jobber parallelt med avvikssystemet.

Ved utforskning av utfordringene med avvikssystemet sees det at lederne har en sentral rolle for å skape god meldekultur gjennom egne holdninger til avviksrapportering, hvilke avvik de tar tak i, og hvordan de snakker om avvik på jobb. En tydelig definisjon på hva et avvik er mangler, og at normen for dette dannes basert på hvilke avvik lederen tar tak i, og hva som regnes som påregnelig risiko. Innmeldte avvik kan føre til sanksjoner for den enkelte, og at varierende meldekultur mellom avdelinger, og negative reaksjoner kan være en barriere mot å melde avvik. Videre sees det av avvikssystemet oppfattes som en begrensning for informasjonsheving, analyse og problemløsning og at disse prosessene i stor grad skjer utenfor eller parallelt med avvikssystemet. Denne studien viser også at avvikshåndtering er en ressurskrevende prosess, som i samspill med ressursknapphet, og avvikenes kompleksitet, er utfordrende for de lokale lederne.

Disse funnene viser at mange av de barrierene mot både avviksrapportering og behandling av avvik som er kjente fra tidligere litteratur spiller inn på avviksrapporteringen på sykehuset, og at dette henger sammen med hvilke føringer som legges helt i fra toppen av hierarkiet i Helsevesenet og ned til hver enkelt lokale leder. Denne studien speiler også at de ansatte på sykehuset er delt i sin tro på hvorvidt avviksrapporteringsystemet bidrar til læring, men at det hersker en kultur som fremmer åpenhet rundt feil. Dette vil bidra til å lære, og å få til positive endringer som gagnar pasientene.

Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Om pasientsikkerhet [Internett]. I trygge hender 24/7,; Helsedirektoratet; 2021 [Oppdatert 14. juli 2021; sitert 2021 13. oktober]. Tilgjengelig på: <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>.
2. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2020 Målt med Global Trigger Tool [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [oppdatert september 2021; sitert 2021 13. oktober]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2020-malt-med-global-trigger-tool/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf/_attachment/inline/776effa4-08ec-4d17-89d1-495214e9762f:f36bcf550e31c0a87501e952ee5d805a7e5bb1f9/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf.
3. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. [Internett]. Geneve: World Health Organization; 2021 [sitert 2021 18. oktober]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [sitert 2021 18. oktober]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf.
5. Erik Hollnagel RLW, Jeffrey Braithwaite,. From Safety-I to Safety-II: A White Paper [Nettdokument]. University of Southern Denmark, University of Florida, USA, og Macquarie University, Australia.; 2015 [sitert 2021 13. oktober]. Tilgjengelig fra: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-whte-papr.pdf>.
6. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Hentet 7. oktober 2021, [sitert 2021, 7. oktober,]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>.
7. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [Oppdatert 29. oktober 2018; sitert 2021 13. oktober]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.
8. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. Int J Qual Health Care. 2015;27(5):418-20.
9. Helsetilsynet. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester (spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre som yter helsetjenester) [Internett]. Oslo: Helsetilsynet; 2021 [oppdatert 21. juni 2021; sitert 2021 26. oktober]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-avgjørelser/hendelser/virksomheter-som-yter--helse--og-omsorgstjenester-spesialisthelsetjenesten-kommunal-helse--og-omsorgstjeneste-og-andre-som-yter-helsetjenester/#Hvilkehendelserskalvarsles>.
10. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) Hentet 7.10.2021, [sitert 2023, 30. april,]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#%C2%A72-1.

11. Helsetilsynet. Reaksjonsformer overfor helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten [Internett]. Oslo: Helsetilsynet; 2017 [oppdatert 24.oktober 2017; sitert 26. oktober 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsynssaker/reaksjonsformer-personell-virksomheter-i-helse-omsorgstjenesten/>.
12. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
13. Pasient og brukerombudet. Om oss [Internett]. Helsedirektoratet; [sitert 2021 30. oktober]. Tilgjengelig fra: <https://pasientogbrukerombudet.no/om-oss>.
14. Donaldson L. An organisation with a memory. Clin Med (Lond). 2002;2(5):452-7.
15. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. Qual Saf Health Care. 2004;13(suppl 2):ii3-ii9.
16. Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser [Nettdokument]. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom); 2023 [sitert 2023 17. april]. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser/sammendrag>.
17. Goekcimen K, Schwendimann R, Pfeiffer Y, Mohr G, Jaeger C, Mueller S. Addressing Patient Safety Hazards Using Critical Incident Reporting in Hospitals: A Systematic Review. Journal of Patient Safety. 2023;19(1):E1-E8.
18. Anderson JE, Kodate N, Walters R, Dodds A. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners views of the effectiveness of incident reporting. Int J Qual Health Care. 2013;25(2):141-50.
19. Svartdal F. Læring [Nettside]. Store norske leksikon; 2022 [oppdatert 16. juni 2022]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/l%C3%A6ring>.
20. Carroll JS, Edmondson AC. Leading organisational learning in health care. Qual Saf Health Care. 2002;11(1):51-6.
21. Sujan M. An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. Reliability engineering & system safety. 2015;144:45-52.
22. Innstrand SJ, H, Langård, S. Arbeidsmiljø [Internett]. Store norske leksikon; 2021 [Oppdatert 11. septemer 2021]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/arbeidsmilj%C3%B8>.
23. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, et al. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. J Patient Saf. 2020;16(2):130-6.
24. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. Qual Saf Health Care. 2002;11(1):15-8.
25. Otterlei SS. Sykepleierne varslet over hundre ganger om underbemanning før Daniel (43) døde [Internett]. Haukeland: NRK; 2018 [oppdatert 19. desember 2018; sitert 2021 30. oktober]. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/vestland/sykepleierne-varslet-over-hundre-ganger-om-underbemanning-for-daniel-43_-dode-1.14344590.
26. Nilssen VL. Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
27. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.
28. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten - forebygging og håndtering2000 [sitert 2023 16. mai]; 120(120):[3184-9 pp.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2000/10/kronikk/uheldige-hendelser-i-helsetjenesten-forebygging-og-handtering>.

29. Kellogg KM, Hettinger Z, Shah M, Wears RL, Sellers CR, Squires M, et al. Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ Qual Saf.* 2017;26(5):381-7.
30. Mahmoud HA, Thavorn K, Mulpuru S, McIsaac D, Abdelrazek MA, Mahmoud AA, et al. Barriers and facilitators to improving patient safety learning systems: a systematic review of qualitative studies and meta-synthesis. *BMJ Open Qual.* 2023;12(2):e002134.
31. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015. Dokument 3:2 [Internett]. Oslo: Riksrevisjonen; 2016-2017 [sitert 2023 14. mai]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/selskapskontrollen2015.pdf>.
32. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *J Family Med Prim Care.* 2015;4(3):324-7.
33. Dahlum S. Validitet [Internett]. Store norske leksikon; 2021 [oppdatert 9. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/validitet>.
34. Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Using Reflexivity to Optimize Teamwork in Qualitative Research. *Qual Health Res.* 1999;9(1):26-44.

Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 «Vil du delta i forskningsprosjektet.pdf»

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Avviksrapportering i sykehus - et godt verktøy for læring?»

Dette er en forespørsel om å bli delta i en mastergradsstudie med hensikt om å undersøke hvilke erfaringer norske klinikere har med det interne rapporteringssystemet på sykehuset, og hvorvidt man opplever at dette bidrar til læring ved avdelingen. I dette skrivet finner du mer informasjon om prosjektet, og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Norske sykehus er i pålagt av Helsedirektoratet (gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten) å drive kvalitetsforbedring. Dette betyr at sykehusenes prosedyrer og rutiner skal evalueres kontinuerlig, og endres ved behov. Det interne rapporteringssystemet på sykehuset er et verktøy for å gjøre dette. Gjennom det skal klinikerne ved de ulike avdelingene rapportere avvik fra normale prosedyrer, farlige eller ugunstige situasjoner, eller hendelser hvor ting holder på å gå- eller har gått galt. Målet med dette systemet er å bidra til læring for de ansatte, og varige endringer i avdelingens praksis slik at liknende hendelser forhindres i fremtiden. Dette skal i teorien øke antallet positive utfall, og minimalisere risiko for feil og negative utfall.

Det jeg ønsker å studere er de ansattes opplevelser med dette systemet, og deres oppfatninger om hvordan det systemet bidrar til å nå disse målene. Hensikten med studien er å få frem hvordan de ansatte selv vurderer hvor nyttig det interne rapporteringssystemet er, hvilke positive og negative erfaringer de har med det, samt å utforske i hvilken grad det har ført til varig endring i praksisen på avdelingen. Det er også et poeng å utforske om de opplever rapporteringssystemet som et nyttig verktøy for læring og kvalitetsforbedring på sin avdeling, eller om det er andre systemer på arbeidsplassen de opplever som mer effektive for å øke pasientsikkerhet og hindre uønskede hendelser. Dette perspektivet ønsker jeg å utforske både hos de som rapporterer hendelser, og hos de som behandler dem.

For å belyse denne problemstillingen ønsker jeg å intervju 3-5 ansatte ved to kliniske avdelinger for å få deres subjektive meninger om og erfaringer med det interne rapporteringssystemet. Det er i forbindelse med dette du når blir spurt om å delta.

Studien danner grunnlaget for mastergradsavhandling på 5. studieår i profesjonsstudiet i medisin ved UiT.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.
Det er ingen eksterne oppdragsgivere.

Hva innebærer det å delta?

Dersom du ønsker å delta i prosjektet innebærer et intervju med meg etter nærmere avtale. Dette kan både foregå personlig, over telefon, eller skype, avhengig av hva som passer best for deg. Jeg tar lydopptak av intervjuet og skriver notater under intervjuet som jeg vil

transkribere i etterkant. Tidsrammen på intervjuet er maksimalt 1 time. Når oppgaven er ferdigstilt vil jeg slette lydfilene og det skrevne referatet av intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Personvern

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene dine behandles konfidensielt og samsvar med personregelverket. Det er bare jeg som har tilgang til dine personopplysninger.

Du vil ikke bli nevnt med navn i referat eller i masteroppgaven, men det vil fremgå i oppgaven hvilken rolle du har ved din avdeling.

Hva skjer med opplysningene når jeg er ferdig med forskningsprosjektet?

Opplysningene om deg anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, som etter planen er juni 2023. Alle personopplysninger og lydopptak vil da slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av
- opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Behandlingen av dine personopplysninger baseres på ditt samtykke.

Spørsmål:

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

- Undertegnede: Jørgen Breivik Johansen
- Min veileder ved NLSH: Hilde Karen Ofte
- Min biveileder ved UiT: Eirik Hugaas Ofstad

Med vennlig hilsen

Hilde Karen Ofte
(Veileder)

Jørgen Breivik Johansen
(student)

Samtykkeerklæring

jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet "«Avviksrapportering i sykehus - et godt verktøy for læring?»» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(signatur deltaker, dato)

7.2 Vedlegg 2 «Brev til klinikkene.pdf»

«Avviksrapportering i sykehus - et godt verktøy for læring?»

en mastergradsoppgave av Jørgen B. Johansen.

Jeg heter Jørgen Breivik Johansen og holder på med 4. året på medisinstudiet på Universitetet i Tromsø. Til høsten 2022 skal jeg skrive masteroppgave. Det er i forbindelse med denne oppgaven at jeg tar kontakt med deg.

Jeg har tenkt å gjennomføre en kvalitativ studie hvor jeg ønsker å undersøke hvorvidt norske klinikere oppfatter det interne rapporteringssystemet på sykehuset som et nyttig verktøy for læring, hvilke erfaringer de har gjort seg med det, og om hvilke barrierer det er for å rapportere avvik i deres hverdag. Her kunne jeg godt tenkt meg å intervju tre personer som bruker og har kjennskap til systemet, samt en eller to personer på ledernivå som behandler avvikene som kommer inn. Totalt fem kandidater fra din avdeling. Jeg har også henvendt meg til en annen avdeling for å skaffe ytterligere fem kandidater der.

Jeg har snakket med PVO ved sykehuset og fått klarering for å gjøre dette. Godkjenning fra REK er ikke relevant i dette tilfellet da studien ikke omfatter pasientdata eller personlige opplysninger.

Planen er å starte intervjurunden i august med individuelle, semistrukturerte intervjuer på rundt 45 minutter til 1 time. Disse intervjuene kan jeg både ta på zoom, telefon eller (helst) personlig. I forbindelse med dette hadde jeg satt stor pris på om du kunne hjulpet meg å finne kandidater til slike intervjuer, som helst har jobbet mer enn 6 mnd ved avdelingen slik at noen av kandidatene har fått litt tid til å gjøre seg erfaringer med rapporteringssystemet over tid.

Jeg har lagt ved et informasjonsskriv til deltakerne som inneholder litt mer informasjon. Kunne du ha hjulpet meg å finne kandidater til denne studien?

mvh

Jørgen Breivik Johansen

tlf: [REDACTED]

e-post: [REDACTED]

7.3 Vedlegg 3 «intervju meldere»

Innledningsspørsmål:

Hvem er du, og hva er din bakgrunn?
hvor lenge har de jobbet her?
Har du jobbet andre steder før?
har du meldt avvik noen gang? Ev. hvor mange.

kvalitetsforbedring og læring

Kan du beskrive tilgjengelige prosesser/tiltak som skal bidra til organisasjons læring for å bedre pasientsikkerhet på din avdeling?

Kjenner du til noen systemer dere har på jobb for å lære av feil?

Fungerer de?

Hvem er ansvarlig for dem ved din avdeling?

For hvem eksisterer disse tiltakene?

Synes du at man lære noe av å rapportere feil?

Blir du oppfordret til å rapportere bekymringer du har?

"Her på dette sykehuset brukes [navn på avvikssystem], og det er det jeg ønsker å spørre mer om nå.

Føler du at du bidrar til å bedre systemet ved å rapportere problemer? Vennligst gi et eksempel

Er rapportering nyttig for deg personlig som verktøy for refleksjon? Vennligst gi et eksempel

Får du tilbakemelding/snakkes det om avvik som har blitt rapportert? Vennligst gi et eksempel.

Fører rapportering til læring blant personell, eller varige endringer av praksis? Vennligst gi et eksempel.

Får du informasjon om resultat av avvikshåndtering og ved hvilke anledninger?

Er det ting som er lettere å melde enn noe annet?

- Vennligst gi et eksempel

Andre arenaer for læring.

Hvis en uønsket hendelse forekommer (feks feilmedisinering, pasientfall) hvordan snakkes dette om innad i avdelingen?

- Hvordan er takhøyden for å snakke om sånne ting?

Hva sier lederen din om uønskede hendelser?

Hvordan diskuteres dette blant kolleger?

- tror du at de fleste hendelsene som blir diskutert også er meldt inn i avvikssystemet? (er det de samme hendelsene som ligger i avvikssystemet som også diskuteres på jobb?)

Tror du at det er ting som burde vært i avvikssystemet som ikke havner i avvikssystemet? Har du noen tanker om hva?

Hva skjer med folk som har vært involvert i en hendelse?

Har du noen muligheter/arenaer til å diskutere erfaringer med uønskede hendelser med dine kolleger?

- Hva med (å diskutere med) sjefen eller andre ledere? Vennligst gi eksempler

Er det blitt gjort utbedrende tiltak som resultat av slike samtaler/diskusjoner?

Hvis du kunne få bestemme: hvordan skulle du ønske at systemet fungerte?

7.4 Vedlegg 4 «Intervju ledere»

Lederintervju:

Hvem er du, og hva er din bakgrunn?

hvor lenge har du jobbet her?

annet sted før?

Hvilken erfaring har du med å melde avvik fra tidligere?

Kjenner du til noen systemer dere har på jobb for å lære av feil?

Fungerer de?

Hvem er ansvarlig for dem ved din avdeling?

For hvem eksisterer disse tiltakene?

Synes du at man lære noe av å rapportere feil?

"Her på sykehuset brukes [navn på avvikssystem], og det er det jeg skal spørre litt mer om nå"

Hvilke erfaringer har du med avvikssystemet på din avdeling?

Hvilken opplæring har du fått i å behandle avvik, og innføring av tiltak på din avdeling? Er det krav til opplæring?

Føler du at du bidrar til å bedre systemet ved å rapportere problemer? Vennligst gi et eksempel

Er rapportering nyttig for deg personlig som verktøy for refleksjon eller på andre måter? Vennligst gi et eksempel

Fører rapportering til læring blant personell, eller varige endringer av praksis? Vennligst gi et eksempel.

Opplever du at de riktige tingene rapporteres?

Hvilke begrensninger mener du avvikssystemet har?
- Er det lettere å melde på egen avdeling eller på andre?

Hvilke fordeler mener du avvikssystemet har?

Er det noen saker som egner seg bedre for avvikssystemet enn andre? (for stort. for lite? hvor skal man legge terskelen?)

Er det noen avvik som oppleves som vanskelig å få/behandle som leder?

Hvordan oppleves saksgangen? (si litt om hvordan den foregår)

Er det saker som oppleves som vanskelige å finne gode løsninger på?
- ev hvorfor?

Hvordan mottas tiltakene som kommer som følge av avviksrapportering?

Tror du at det er ting som burde vært i avvikssystemet som ikke havner i avvikssystemet? Har du noen tanker om hva?

[andre arenaer for læring:](#)

Hvis en uønsket hendelse forekommer (feks feilmedisinering, pasientfall) hvordan snakkes dette om innad i avdelingen? (ev. hvordan er takhøyden for å snakke om sånne ting?)

Har du noen muligheter/arenaer til å diskutere erfaringer med uønskede hendelser med dine kolleger?

Hvordan snakker du med dine ansatte om uønskede hendelser?

Hva skjer med folk som har vært involvert i en hendelse?

Har du forslag til forbedringer til systemet?

Hvordan skulle du ønske at det fungerte?

