

Rapporteringskultur og pasientsikkerhet

Ellen Pettersen

Masteroppgave i Samfunnssikkerhet- fordypning i sikkerhet og beredskap i nordområdene

Juni 2015

Antall ord: 22 500

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på det 2-årige mastergradsprogrammet *Samfunnssikkerhet- fordypning i sikkerhet og beredskap i nordområdene* ved UiT- Norges Arktiske Universitet. Prosessen med å gjennomføre denne undersøkelsen har vært en interessant prosess hvor jeg stadig har fått mer interesse for helsevesenet og pasientsikkerhet. Ett tema som har vakt interesse under hele masterstudiet, og som ble ytterligere vekket da jeg begynte å jobbe som assistent på sykehuset.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere. Jeg vil takke Aud Solveig Nilsen for input til teori og kunnskap om ett stort og interessant faglig område, samt gode tilbakemeldinger. Jeg vil også takke Maria Hammer for mange gode metodiske diskusjoner og for at døren din alltid har vært åpen for å komme innom med de minste problemer eller tanker.

En spesiell takk vil jeg rette til jentene på #KontoretMedK. Den stemningen vi har hatt på kontoret har vært enormt oppløftende, og har gjort tilværelsen som masterstudent mye lettere og triveligere. Det skal vanskelig gjøres å havne på ett kontor som kan leve opp til samholdet vi har hatt igjen i fremtiden.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min samboer Eivind for å ha holdt ut med meg det siste året og kommet med oppmuntrende ord og handlinger når jeg har stresset som verst.

Sammendrag

Denne studien tar for seg å undersøke hvordan rapporteringskultur påvirker forbedring av pasientsikkerhet på en sykehusavdeling. Det var i min jobb som assistent på en sykehusavdeling jeg opplevde at mange ikke hadde fått opplæring i å bruke rapporteringssystemet for å registrere avviksmeldinger eller uønskede hendelser. Hensikten med å benytte rapporteringssystemer er å lære av og forhindre at uønskede hendelser gjentar seg for å forbedre pasientsikkerheten (Mello, Studdert, Thomas, Yoon & Brennan, 2007; Kohn et al., 1999; Reason, 1997; Nieva og Sorra, 2003). Det virket derfor interessant og undersøke rapporteringskulturen og hvordan rapporteringssystemet benyttes på sykehusavdelingen. Oppgavens problemstilling er: *Hvordan er avdelingens rapporteringskultur og i hvilken grad bidrar denne til læring i forhold til pasientsikkerhet?*

For å svare på problemstillingen ble det gjennomført en enkeltcase-studie på en sykehusavdeling. Jeg har samlet inn data gjennom semi-strukturerte intervjuer, deltakende observasjon og dokumentanalyse av en rapport fra en pasientsikkerhetskulturundersøkelse gjennomført av helseforetaket selv.

Funn fra studien tyder på at det eksisterer en varierende rapporteringskultur på avdelingen. Den er også forskjellig fra sykepleierne til assistentene, som har utgjort informantene i denne undersøkelsen. Per i dag kan rapporteringskulturen virke hemmende for at rapporteringssystemet skal kunne virke som ett tiltak for å forbedre pasientsikkerheten på denne avdelingen. Dette er ikke ensbetydende med at pasientsikkerheten på den respektive avdelingen er dårlig.

Veileder: Aud Solveig Nilsen og Maria Hammer ved Institutt for ingeniørvitenskap og sikkerhet, UiT- Norges Arktiske universitet.

Søkeord: Samfunnssikkerhet, sikkerhet, pasientsikkerhet, spesialisthelsetjeneste, helseforetak, meldeordningen, rapporteringssystemer, avviksrapporing, uønskede hendelser, nestenhendelser, pasientskader, læring, organisatorisk læring, organisasjonskultur, sikkerhetskultur, rapporteringskultur, barrierer, latente forhold, aktive feilhandlinger, feilhandlinger, sikkerhetsarbeid, forbedring, forbedringsarbeid.

Begrepsliste

Uønskede hendelser: En uønsket hendelse er en skade som for pasienten etter behandling kan innebære død eller andre alvorlige konsekvenser (Aase. 2010 s. 26). Omtales også som pasientskade i denne oppgaven.

Nestehendelser: Nesten hendelse er en uønsket hendelse som ikke medfører utstrakte konsekvenser for pasienter, men som under svært lite endrede forhold kunne ført til en uønsket hendelse (Aase. 2010 s. 27).

Avvik: Avvik kan være mindre feil som ikke fører til noen direkte konsekvens for pasienter. Ett eksempel er en prosedyre som ikke følges fullt og helt.

Spesialisthelsetjenesten: består i Norge av fire helseforetak som styrer blant annet sykehus, poliklinikker og behandlingssentre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014)

Meldeordningen: Meldeordningen er systemet hvor rapporter om pasientskader sendes inn, dersom det sendes til kunnskapssenteret. ”Spesialisthelsetjenesten har etter § 3.3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde fra om betydelig skade på pasient som oppstår i forbindelse med helsetjeneste” (Helse- og omsorgsdepartementet). I Juli 2012 overtok kunnskapssenteret for helsetjenester ansvaret for meldeordningen fra Helsetilsynet (Kunnskapssenteret, 2014a). Hensikten med dette var å fjerne meldeordningen fra en myndighet som kan forbindes med sanksjoner, og skape et system som fokuserer på læring og forbedring. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten, og meldinger skal benyttes til å avklare årsaker til hendelser for å lære av hendelsen, forbedre systemet og unngå at den samme hendelsen skjer igjen (Ibid).

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	3
1.1	FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	7
1.1.1	PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	7
1.2	RAPPORTERINGSSYSTEMET DOCMAP	8
1.3	OPPGAVENS STRUKTUR	9
2	TEORI	10
2.1	PASIENTSIKKERHET	10
2.1.1	FEILHANDLINGER OG RAPPORTERING	11
2.2	RAPPORTERINGSKULTUR	13
2.2.1	FAKTORER SOM PÅVIRKER RAPPORTERINGSKULTUR	16
2.3	ORGANISATORISK LÆRING	19
2.4	KOBLING MELLOM RAPPORTERINGSKULTUR OG PASIENTSIKKERHET	21
3	METODE	23
3.1	CASEDESIGN	23
3.2	KVALITATIV METODE	24
3.3	DATAINNSAMLING	25
3.3.1	TVERRSNITTSTUDIE	26
3.3.2	INTERVJU	26
	UTVELGELSE AV INFORMANTER	27
3.3.3	OBSERVASJON	28
3.3.4	DOKUMENTSTUDIER	29
3.4	DATAREDUKSJON OG ANALYSE	30
3.5	TROVERDIGHET	31
3.6	ETIKK	32

4	EMPIRI	34
4.1	PASIENTSIKKERHET	34
4.2	RAPPORTERING	37
4.3	RAPPORTERINGSKULTUR	41
4.4	ORGANISATORISK LÆRING	43
4.5	RESULTATER FRA OBSERVASJON	45
4.5.1	RAPPORTERINGSKULTUR	45
4.5.2	FAKTORER SOM PÅVIRKER RAPPORTERINGSKULTUR	47
4.6	DOKUMENTANALYSE AV PASIENTSIKKERHETSKULTURUNDERSØKELSEN 2014	48
4.6.1	SIKKERHETSKLIMA	49
4.6.2	TEAMARBEIDSKLIMA	49
4.6.3	LEDELSENS FOKUS PÅ PASIENTSIKKERHET	50
5	DRØFTING	51
5.1	PASIENTSIKKERHET	51
5.2	RAPPORTERING OG RAPPORTERINGSKULTUR PÅ AVDELINGEN	55
5.3	ORGANISATORISK LÆRING	61
5.4	RAPPORTERING OG FORBEDRING AV PASIENTSIKKERHET	64
6	KONKLUSJON	65
	LITTERATURLISTE	67
	VEDLEGG	71
	VEDLEGG B: INFOSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	74
	VEDLEGG C: INTERVJUGUIDE SYKEPLEIERE	76
	VEDLEGG D: INTERVJUGUIDE ASSISTENTER	78
	VEDLEGG E: INTERVJUGUIDE LEDELSE	80

1 Innledning

I 1999 døde minst 44 000 pasienter og kanskje så mange som opptil 98 000 pasienter i året i USA som følge av uønskede hendelser, relatert til helsetjenester, som kunne vært unngått (Kohn, Corrigan og Donaldson, 1999). Nyere tall fra 2008 viser at dette tallet er økt til 200 000 døde pasienter i USA (Quantros, 2010). Uønskede hendelser som er vanlige i helsevesenet er feil knyttet til anestesi og dårlig transfusjon, kirurgiske skader og kirurgiske inngrep utført på feil side, brannskader eller trykkskader, og skader knyttet til feil identifisering av pasient (Ibid). De alvorligste skadene skjer blant annet på operasjonsavdelinger, og de ovennevnte feil kan skje i forbindelse med operasjoner eller andre behandlinger. På bakgrunn av dette er det svært viktig at feil og avvik rapporteres slik at man kan lære for å unngå lignende hendelser. Samtidig er det viktig å sette søkelys på om rapporteringen fungerer slik den skal, samt om verktøyet slik det brukes utgjør et godt redskap for læring. Det har vist seg at rapportering og læring innenfor helsevesenet ikke så lett lar seg skrive som en suksesshistorie (Wiig og Aase, 2007; Mahajan 2010)

Pasientsikkerhet kan defineres som de tiltak man gjør for å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av pasientbehandling (Aase, 2010 s. 26). Som ett nasjonalt tiltak for å forbedre pasientsikkerhet i Norge ble pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* startet opp i 2011. Målet var å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge (I trygge hender, 2015). Alle helseforetak i Norge har i tidsrommet 2011-2013 gjennomført dette pasientsikkerhetsprogrammet som ble videreført også etter 2013. Et av innsatsområdene for programmet var å redusere pasientskader for eksempel innenfor Kirurgi (I trygge hender, 2015). I den forbindelse ble det besluttet og følge en sjekklister for å forhindre avvik fra prosedyrer og eventuelle påfølgende skader og komplikasjoner (Kunnskapssenteret, 2014b). Et annet av innsatsområdene var å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Manglende koordinasjon og gjennomføring kan føre til svikt i rutiner. Forskning viser til at rutinesvikt ikke bare skjer på grunn av individuelle faktorer, men også på grunn av at faktorer i systemet eller organisasjonen kan føre til rutinesvikt (I trygge hender, 2013). For å unngå rutinesvikt og sørge for god pasientsikkerhet er det viktig å ta lærdom av de uønskede hendelser og avvik som oppstår under behandling i helsevesenet. For å kunne ta lærdom av dette må avvik og uønskede hendelser rapporteres på en systematisk måte og rapporter må

følges opp i ettertid slik at man kan sikre læring, ikke bare på individnivå, men også på organisatorisk nivå, for eksempel innenfor sykehusavdelinger.

Det kreves i dag at helsepersonell til tross for en økende arbeidsmengde skal rapportere inn feil, korrigere underveis og lære av disse for å hindre at uønskede hendelser gjentar seg og for å forbedre pasientsikkerheten (Wiig og Aase, 2007). Hendelser dreier seg oftest om at pasienter har fått skader som følge av behandling, eller under svært lite endrede forhold kunne fått skader. Uønskede hendelser kan for eksempel være at utstyr blir glemt igjen i pasient etter operasjon. Dette er en hendelse som ikke skal skje, da det finnes rutiner for å kontrollere og holde orden på det utstyr som er brukt under kirurgisk inngrep (Norsk pasientskadeerstatning, 2014). Fra 2011 til 2013 ble det registrert 149 saker i Norge som omhandlet gjenglemt utstyr i pasienten. Prosentmessig utgjør disse skadene et lavt tall i forhold til antall utførte operasjoner, men det finnes et klart forbedringspotensial da dette er skader som kunne vært unngått (Norsk pasientskadeerstatning, 2014). Pasientskader relatert til anestesi er også et problem da disse kan få et svært alvorlig utfall (Thomsen, 2011). Eksempler på dette er saker hvor pasienter har fått en allergisk reaksjon på anestesimiddel, eller det har oppstått respirasjonssvikt eller hjertestans. Disse skadene kan ende med at pasienten får hjerneskade eller at pasienten dør. Slike alvorlige skader utgjør 40% av det totale antallet pasientskader knyttet til anestesi (Ibid).

Tidligere forskning på området peker på at for å forbedre pasientsikkerheten må uønskede hendelser i større grad unngås og forebygges. Flere studier peker på at dette må gjøres gjennom å forbedre og å bygge opp en sikker helsetjeneste. blant annet ved å rapportere feil og nestenhendelser for å oppnå organisatorisk læring (Mello, Studdert, Thomas, Yoon & Brennan, 2007; Kohn et al., 1999; Reason, 1997; Nieva og Sorra, 2003).

I 1999 ble det utgitt en rapport i USA som hadde som mål å bidra til å redusere pasientskader med 50% over de neste fem årene (Kohn et al., 1999) En av strategiene gikk ut på å innføre et felles rapporteringssystem (Kohn et al., 1999). Til tross for dette viste tall fra 2008 at pasientskader var økt til 200 000 i året (Quantros, 2010). Tallene er usikre fordi man enda ikke har klart å etablere et felles rapporteringssystem i USA, og at det derfor kan eksistere mørketall. Spørsmål man fortsatt ikke har fått svar på, er om det økte antallet pasientskader skyldes at man har fått bedre rutiner for rapportering, eller om antallet skader faktisk økte i denne perioden (Ibid).

De færreste uønskede hendelser knyttet til helsetjenester skjer på grunn av individuell hensynsløshet eller på bakgrunn av handlingene til en enkelt gruppe. Det er altså ikke snakk om et ”bad apple” problem (Kohn et al., 1999). ”Bad Apple” handler om at en fokuserer på enkelthandlinger gjort av enkeltpersoner, fremfor å se på det større bildet og systemet når en skal finne svar på hvorfor feil oppstår (Dekker, 2006). Feil oppstår som følge av defekte systemer, prosesser og forhold som fører til at mennesker gjør feil og mislykkes i å forebygge feil (Kohn et al., 1999; Reason, 1997). Helsesystemet må derfor bygges opp på en sikker måte, slik at feil i større grad kan forebygges og unngås (Ibid). Dette må gjøres for å forbedre pasientsikkerheten, også i Norge. Og som nevnt tidligere er læring en viktig faktor for å forbedre pasientsikkerheten.

At rapportering er viktig for organisatorisk læring, kommer frem i en studie gjort av Evans et al. (2006). Undersøkelsen ble gjennomført ved Monash universitet i Australia. Dette viser at rapportering er et tema som er aktuelt i flere deler av verden, og er et viktig tiltak for å redusere pasientskader. Her var formålet å få innsikt i bruk av det aktuelle rapporteringssystemet og å identifisere faktorer som hindrer hendelses/avviksrapportering i sykehus. Hovedfunnene dreide seg om brukernes kunnskap om og bruk av rapporteringssystemet, og barrierer som kan motvirke rapportering. Organisasjoner som har et høyt fokus på kvalitet og sikkerhet, for eksempel luftfart, anbefaler rapportering av hendelser for å bedre forstå feil og de medvirkende faktorene som ligger til grunn for feil. Ved å benytte et rapporteringssystem kan man oppdage kilder til alvorlige hendelser som ikke vil bli oppdaget ved og kun lese gjennom pasientjournaler. Dette gjelder særlig hendelser som oppstår sjeldent og som ikke passer inn i kodede skjemaer som ofte benyttes i pasientjournaler (Evans et al., 2006). Funnene viste at både leger og sykepleiere mener at de bør rapportere hendelser, men at sykepleiere faktisk gjør dette oftere enn leger. Faktorer som kan bidra til økt rapportering var blant annet klarhet om hvilke hendelser som bør rapporteres, forenkling av rapporteringsprosessen og at den som rapporterer får tilbakemelding (Ibid).

For å oppnå systemforbedring som følge av hendelsesrapportering og for å lære av disse hendelsene, må data fra hendelsesrapportering organiseres slik at det er gjennomførbart (Kaplan og Fastman, 2006). Faktorer som avgjør suksessrate og nytteverdi av å benytte et rapporteringssystem for hendelser, spenner over organisasjonskultur, bestemte standardiserte metoder for rapportering, klassifiseringssystem for hvilke hendelser som skal rapporteres, verktøy for analyse av rapporter, til den tilbakemelding ansatte får. I følge forfatterne er det

en rekke faktorer som spiller inn på nytteverdien av å benytte et rapporteringssystem. De peker på at det er viktig å unngå at rapporteringssystemet kun blir en elektronisk lagringsplass gjennom å overvåke informasjonen som kommer inn, og å overvåke operasjonelle endringer innført på basis av rapportering. Ved å ha fokus på dette kan man oppnå at ansatte blir aktive deltakere i rapporteringssystemet, og dermed oppnå følgende systemforbedring (Ibid).

1.1 Formål og problemstilling

Medisinske feil koster ikke bare menneskeliv, men utgjør også betydelige samfunnsmessige tap (Kohn et al., 1999). Disse tapene er knyttet til ekstra kostnader som følge av medisinske feil, tapt inntekt og produktivitet i forhold til at andre pasienter ikke kan tas inn. Medisinske feil koster også i form av at pasienter opplever tapt tillit til helsevesenet, og både helsepersonell og pasienter opplever redusert tilfredshet. Dette koster også samfunnet i form av tapt arbeiderproduktivitet, redusert skoledeltakelse for barn og dårligere helsestatus i befolkningen (Ibid). På bakgrunn av dette vil studier som ser på muligheter for å forbedre pasientsikkerhet, her gjennom rapporteringskultur og læring, være av samfunnsmessig og særlig samfunnssikkerhetsmessig interesse. I 2010 lanserte helseministeren flere tiltak for å forbedre kvaliteten i helsetjenestene (Heggelund, 2010). Ett av disse gjaldt økt fokus på pasientsikkerhetsarbeid, blant annet gjennom og innføre rapporterings- og læringssystemer (Ibid).

Pasientsikkerhet kan som nevnt defineres som de tiltak man gjør for å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av pasientbehandling (Aase, 2010 s. 26). Et av de tiltak man kan gjøre for å forhindre at uønskede hendelser skal oppstå er å ta lærdom av det som allerede har skjedd og på bakgrunn av det hindre gjentakelse. Formålet med denne masteroppgaven er derfor å gjennomføre en undersøkelse i forhold til viktigheten avviksrapportering og hvordan avvikssystemet som benyttes på sykehuset fungerer som et læringsverktøy på flere nivåer i en avdeling.

1.1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvordan er avdelingens rapporteringskultur og i hvilken grad bidrar denne til læring i forhold til pasientsikkerhet?

Videre har jeg definert følgende forskningsspørsmål for å belyse de viktigste faktorene i undersøkelsen:

1. Hvordan oppfattes pasientsikkerhet på avdelingen?
2. Hvilken rapporteringskultur eksisterer på avdelingen og er det forskjeller i faggruppene (assistent/sykepleier)?
3. Rapportering og pasientsikkerhet – hvordan foregår læring?

1.2 Rapporteringssystemet Docmap

Da jeg henviser mye til rapporteringssystemet sykehuset benytter presenteres en kort gjennomgang av Docmap i dette delkapittelet. I rapporteringssystemet kan det registreres blant annet avviksmeldinger, pasienthendelser og forslag til forbedringer¹.

Avvik skal alltid sendes til nærmeste leder, som behandler og/eller sender videre. Der det er snakk om pasienthendelse kan denne sendes til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for læring på nasjonalt nivå. Alle ledd i avviksbehandlingen kan sende avviket videre. Alle meldinger om pasienthendelser går automatisk videre til pasientsikkerhetsutvalget i foretaket².

Avvik skal behandles på lavest mulig nivå og det er lederne som er ansvarlig for oppfølging. Avvik skal også håndteres i Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalget (KVAM). Avdelingen ser imidlertid at det eksisterer utfordringer knyttet til læring og samarbeid over grenser som fag, seksjon og avdeling, samt å finne hva som ble resultatet av avviksmeldingen, for eksempel hvilke tiltak for ble innført (Ibid).

¹ E-post fra kvalitetsrådgiver i helseforetaket, 2015.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er strukturert etter en vanlig(?) mal for masteroppgaver(?)

Kapittel 1: Innledning

Her aktualiseres tema og tidligere forskning og problemstilling presenteres.

Kapittel 2: Teori

Her presenteres teori som benyttes for å drøfte mine empiriske funn.

Kapittel 3: Metode

Her redegjøres det for metodiske valg og framgangsmåte for å samle data.

Kapittel 4: Empiri

Her presenteres mine egne funn gjennom intervjuer og observasjon, samt dokumentstudie av en rapport med resultater fra pasientsikkerhetsundersøkelsen.

Kapittel 5: Drøfting

Her drøftes mine empiriske funn i lys av teori for å svare på problemstilling og forskningsspørsmål

Kapittel 6: Konklusjon

Her presenteres konklusjonen på min problemstilling og forslag til videre forskning.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres relevant teori som er benyttet for å svare på problemstillingen om *Hvordan avdelingens rapporteringskultur er og om denne medvirker til læring i forhold til pasientsikkerhet*. Teori som presenteres er delt inn i bolkene pasientsikkerhet, rapporteringskultur og organisatorisk læring. videre presentasjon av teori gjøres i hvert delkapittel.

2.1 Pasientsikkerhet

”Pasientsikkerhet handler om å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser kan unngås” (Aase, 2010. S, 26). Det gjelder å forhindre, forebygge og begrense konsekvenser som kan påføres pasienter under behandling eller andre prosesser i helsevesenet, enten det er medisinsk eller kirurgisk behandling, overvåkning av pasienter eller annen pleie (Vincent, 2006). Pasientsikkerhet er en del av kvalitet i helsevesenet, innenfor kvalitetsbegrepet kommer også andre aspekter, for eksempel effektivitet i behandling og pasienterfaring. Disse faktorene går jeg ikke spesielt i dybden på, men disse faktorene kan også ha innvirkning på pasientsikkerhet (Aase, 2010). Pasientsikkerhet har fått et enormt fokus de siste årene, både i Norge og andre steder i verden. I USA og England er det gjort mye forskning på området (Kohn et al., 1999).

”Helsetjenesten skal hjelpe pasienter, ikke skade dem” (Tinnå, 2009)

Til tross for dette utsagnet så skades pasienter årlig under behandling fra helsepersonell (Tinnå, 2009). Pasientsikkerhet fordrer at det må være åpenhet om feil og uønskede hendelser for å kunne jobbe med å forebygge skader. Det må derfor føles trygt for helsepersonell å varsle dersom noe har skjedd. I Norge og internasjonalt jobbes det med å endre kulturen, slik at åpenhet om hendelser og avvik anses som det eneste riktige. Fortsatt er avviksrapportering preget av frykt for å identifiseres og bli navngitt og skjemt ut eller straffet dersom helsepersonell er innblandet i feil som oppstår (Ibid).

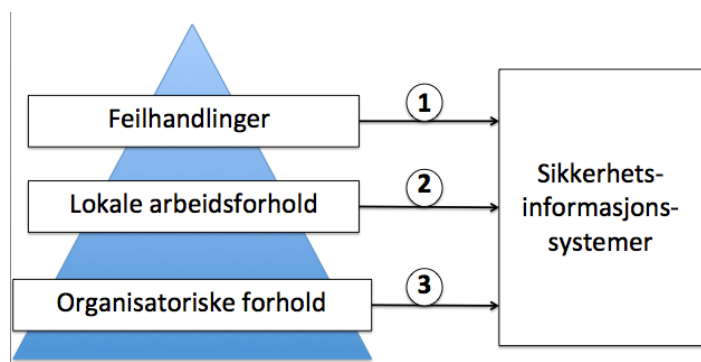
Flere trekker fram avviksrapporteringssystemer som et sentralt element for å oppnå forbedret pasientsikkerhet (Mello et al., 2007; Kohn et al., 1999; Reason, 1997; Nieva og Sorra, 2003; Tinnå, 2009). I slike systemer registreres feil, pasientskader og nestenhendelser. Videre må disse rapportene benyttes til å oppnå organisatorisk læring og forhåpentligvis større grad av forebygging av pasientskader (Ibid). I tillegg til dette er verktøy som

journalgjennomgang, risikoanalyser og sjekklister viktig i pasientsikkerhetsarbeidet (Tinnå, 2009).

Feil oppstår som følge av defekte systemer, prosesser og forhold som fører til at mennesker gjør feil og mislykkes i å forebygge feil (Kohn et al., 1999; Reason, 1997). For å forbedre pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten i Norge er man nødt til å innføre metoder med en helhetlig systemtilnærming og dette må implementeres i kulturen til helsearbeiderne, hvor tiltak for å sikre pasienters sikkerhet allerede står høyt. Rapporteringssystemet Docmap er en form for en helhetlig systemtilnærming som er innført.

2.1.1 Feilhandlinger og rapportering

Uønskede hendelser skjer som følge av flere forhold i en organisasjon. Under presenteres en figur laget av James Reason (1997) som viser hvordan feilhandlinger, lokale arbeidsforhold og organisatoriske forhold bidrar til uønskede hendelser.



Figur 1: "Feilhandlinger" (Reason, 1997 s. 120)

Feilhandlinger er en del av det som bidrar til at ulykker skjer og vises som det øverste nivået i Figur 1 (Reason, 1997). Feilhandlinger utgjør toppen av isberget i modellen over prosesser som rapporterer til sikkerhetssystemer. Feilhandlingene er ofte vanskelig å oppdage før de inntreffer. De skjer ofte på grunn av mangel på informasjon, eller dårlig prosessering av den tilgjengelige informasjonen (Ibid).

Det neste nivået i Figur 1 er lokale arbeidsforhold (Reason, 1997). Lokale arbeidsforhold er blant annet dårlig design av arbeidsplass, utilpassede prosedyrer, manglende opplæring, dårlig planlegging av arbeidsoppgaver dårlig teamarbeid og dårlig, eller manglende lederskap.

Disse forholdene kan påvirke ulykker, og er lettere å identifisere enn feilhandlinger, spesielt i etterkant av en hendelse (Ibid).

Det tredje nivået i figur 1 er de organisatoriske forholdene, disse kan også ha innvirkning på ulykker (Reason, 1997). Dersom prosessene med å arbeide sikkert eller forbedre de prosessene som finnes i organisasjonen, fra toppnivå er dårlige er det svært vanskelig å skulle endre ting til det bedre på nivået hvor de ansatte befinner seg. Dette nivået er det viktigste å måle prosessene i organisasjon på. Prosesser kan her måles gjennom avviks- og hendelsessystemer, sikkerhetsprosedyrer, lederstil og kommunikasjon, endringsledelse og så videre. I denne oppgaven er det kanskje mest relevant og se på de to første nivåene i forhold til det datamaterialet som foreligger, selv om de organisatoriske forholdene vil gjennomsyre både feilhandlinger og lokale arbeidsforhold (Ibid).

Organisatoriske og lokale forhold kan relateres til latente forhold i en organisasjon som Reason (1997) også presenterer. Feilhandlinger kan relateres til aktive feilhandlinger. Aktive feilhandlinger utføres ofte av de som jobber i den ”skarpe enden”, eller er nærmest faren, eksempelvis leger og sykepleiere.

Uønskede hendelser i helsevesenet kan ses i sammenheng med figur 1. Utfordringen ved uønskede hendelser som skjer i helsevesenet ligger i vurderingen av om en uønsket hendelse er en konsekvens av helsetjenestens behandling eller pasientens sykdomsbilde og kan være svært utfordrende (Ödegård. 2006). En uønsket hendelse kan forårsakes av at behandlerne må ta en kalkulert risiko i forbindelse med å redde liv. En komplikasjon som er umulig å unngå med det behandlingsutstyret en har til rådighet kan også utgjøre en uønsket hendelse. Utilfredsstillende medisinsk behandling kan også føre til en uønsket hendelse. Den usikkerhet som menneskelig virksomhet er forbundet med kan også skape uønskede hendelser. Mennesker gjør feil, og det kan i etterkant vise seg at hendelser har oppstått på grunn av feil avlesning, kommafeil eller feilaktig vurdering av pasientens tilstand (Ibid).

2.2 Rapporteringskultur

Rapporteringskultur er hovedfokuset i denne undersøkelsen. For å forstå rapporteringskultur vil jeg også presentere organisasjonskultur og sikkerhetskultur i dette delkapittelet, da rapporteringskultur er en av fire komponenter som utgjør en sikkerhetskultur. Informasjonsflyt og organisasjonstypologi kan påvirke en organisasjons rapporteringskultur og presenteres derfor i underkapittel 2.2.1. Sikkerhetskultur er en del av organisasjonskultur, og definisjonen av Edgar Schein (1985) på organisasjonskultur er en av mest refererte til innenfor organisasjonslitteratur:

Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon- som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle i forhold til disse problemene (Edgar Schein, 1985, i Jakobsen og Thorsvik, 2009 s.120)

Denne definisjonen handler om hvordan mønstre dannet av en gruppe mennesker som jobber i lag blant annet har betydning for hvordan man løser problemer. Den kan således knyttes til sikkerhetskultur med tanke på at det handler om hvordan man skal løse sine sikkerhetsproblemer.

James Reason (1997) er en av mange som skriver om sikkerhetskultur, og dens betydning for sikkerhetsarbeid. Sikkerhetskultur som også henvises til som en informert kultur, disse er rapporteringskultur som utdypes fyldigere senere i dette kapittelet da det er oppgavens hovedfokus. Den andre kritiske komponenten er i følge Reason (1997) en rettferdig kultur, som krever at det er tillit i organisasjonen, hvor de ansatte oppfordres til å rapportere sikkerhetsrelatert informasjon, for eksempel avvik. Sikkerhetskultur er også avhengig av komponenten fleksibel kultur. I følge Reason (1997) innebærer en fleksibel kultur at organisasjon er i stand til å endre seg ved behov, fra den tradisjonelt hierarkiske organisasjonen til en flatere struktur hvor de som er nærmest situasjonen tildeles ansvar og kan takle problemene. Til sist må en sikkerhetskultur bestå av en læringskultur som innebærer at de medlemmene i organisasjonen er i stand til å bruke informasjonen fra rapporteringssystemer for å ta riktige avgjørelser og innføre nødvendige endringer (Reason, 1997).

Rapporteringskultur er som nevnt hovedfokuset i denne undersøkelsen og gjennom min datainnsamling har jeg forsøkt å få grep om rapporteringskulturen som eksisterer på avdelingen. Rapporteringskultur handler i følge Reason (1997) blant annet om å oppfordre de ansatte til å rapportere om sine feil, nestenhendelser og avvik. Fokus på rapporteringskultur er i følge Reason (1997) avgjørende for en organisasjons sikkerhetsarbeid. I en sykehusavdeling vil det innebære at pasientene får god og riktig behandling uten å påføres skade. Rapporteringskulturen vil videre påvirke om rapporteringssystemet, her Docmap, fungerer som det skal. Det vil si om det kan danne ett grunnlag for videre læring for organisasjonen som kan benyttes til å forbedre pasientsikkerheten (Ibid). Gjennom rapporterte avvik fra de som står nærmest situasjonen og pasienten i det daglige arbeidet dannes et verdifullt grunnlag for videre forbedringsarbeid og utvikling av arbeidet med blant annet pasientsikkerheten i organisasjonen. Ett problem som kanskje gjelder spesielt for helsevesenet er at det i enkelte situasjoner er vanskelig å skille mellom feil gjort av personellet, eller om feilen er et resultat og en vanlig komplikasjon av behandlingen som gis til pasienten. Dette kan føre til at feil som skulle vært rapportert i avvikssystemet aldri blir rapportert om, fordi behandlere definerer feilen som noe som kan skje og således ikke ligger i deres hender (Ödegård, 2006). Det kan derfor være av høy viktighet at en forsøker å definere hva som skal rapporteres om i avvikssystemer.

Ett av de viktigste kravene for å danne en god rapporteringskultur er at de ansatte kan rapportere avvik og uønskede hendelser uten frykt for og bli straffet eller tildelt skyld (Reason, 1997). Dette gjelder særlig fra ledelsens side, man kan så vel også gjelde frykt for å bli straffet eller uglesett av sine kolleger. For å sikre anonymiteten kan det i følge Reason (1997) være hensiktsmessig å fjerne bolker i rapporteringssystemet som går på at man i stor grad må identifisere privatpersoner i rapporten. Samtidig må personen som rapporterer om avviket beskyttes fra å bli identifisert. Reason (1997) hevder at denne anonymiteten kan være viktig å beholde overfor øvrig ledelse, men også ovenfor kolleger, dette henger sammen med kollegiale mekanismer kan henge sammen med frykt for reaksjoner, ikke bare fra ledelsen, men kanskje i enda større grad fra sine kolleger (Høyland, 2010). Grunnen for denne frykten kan stamme fra ett ønske om å beskytte sine kolleger og at det til dels har vært vanlig å dekke over for hverandre (Ibid). Dette for å sikre at man ikke får problemer som at den som rapporterer stemples som en tyster av sine kolleger. Dette har jeg sett at er tilfelle i assistentgruppen på avdelingen jeg har undersøkt, hvor enkelte som rapporterer har blitt

stemplet som tystere av sine kolleger. I tillegg til anonymitet påpeker Reason (1997) at en annen viktig faktor for å danne en god rapporteringskultur er at brukerne får raske tilbakemeldinger med svar på deres bekymringer, dette har mye å si for motivasjonen for å rapportere (Reason, 1997). Dersom en ser at det å rapportere avvik eller uønskede hendelser har noe for seg utover det å lagres i en database, er det mer sannsynlig at medlemmene i organisasjonen vil se nytten i å rapportere og fortsette med det. Rapporterte avvik må følges opp med tiltak dersom dette er nødvendig og den som rapporterer bør få innsikt i hvordan rapporten behandles. Utover dette påpeker Reason (1997) at systemet for å rapportere må være brukervennlig og tilstrekkelig opplæring må gis fra ledelsens side.

Det er altså ingen enkel sak å overtale personellet sitt til å rapportere om hendelser, nestenhendelser og avvik (Reason, 1997). Generelt er det å innrømme og fortelle om sine egne feil ikke noe som faller lett for mennesker. Det eksisterer i følge Reason (1997) noen svært virkningsfulle insentiver mot å fylle ut rapporter i rapporteringssystemer. De ansatte kan se på det som ekstraarbeid, skepsis, ønske om å legge hendelsen bak seg og mangel på tillit. Ved å legge til rette for at kravene ovenfor oppfylles, kan man komme ett skritt nærmere å oppnå en god rapporteringskultur (Ibid). Som Hudson (2001) påpeker er det ikke nødvendigvis felles verdier kombinert med god informasjon om sikkerhetstrusler som er tilstrekkelig når utfordringer og problemer oppstår. Folks oppfatninger av kulturen og hvordan organisasjonen fungerer og opererer kan fremstå som viktigere. Ut fra dette kan man forstå at det å jobbe med praktiske tiltak som lett forståelige rapporteringssystemer og raske tilbakemeldinger alene ikke er nok (Ibid). Ledelsen på avdelingen må sammen med sine ansatte jobbe med holdninger og oppfatninger om hvordan avdelingen fungerer. Særlig på en sykehusavdeling må man diskutere hvordan avdelingen best kan fungere med den hensikt å ivareta pasientenes sikkerhet.

2.2.1 Faktorer som påvirker rapporteringskultur

Ron Westrum presenterte i 1993 en typologi over organisasjonskulturer og hvordan disse påvirker mange aspekter i organisasjoner- også sikkerhetsarbeidet. Denne typologien tar for seg hvordan organisasjoner behandler informasjonen, særlig knyttet til sikkerhet og risiko (Westrum, 2004). Typologien deles inn i patologiske organisasjoner, byråkratiske organisasjoner og generative organisasjoner. Generative organisasjoner vil typisk søke informasjon aktivt, og oppfordre til å si i fra og komme med nye ideer for å sikre god informasjonsflyt. Patologiske organisasjoner vil gjerne undertrykke denne type informasjon og feilhandlinger blir blant annet straffet i slike organisasjoner, eller holdt skjult. Byråkratiske organisasjoner kjennetegnes ved at de vil lytte til den informasjonen som blir brakt til dem, men søker ikke aktivt informasjon og kan risikere og overse viktige kjennetegn (Ibid).

Patrick Hudson (2001) viderefører den teoretiske debatten om hvordan forskjellige typer kulturer jobber med sikkerhet og sikkerhetskultur. Han påpeker at det ikke nødvendigvis er tilstrekkelig med overordnet informasjon om sikkerhet sammen med et sett av verdier, særlig når utfordringer kommer. Han mener at en persons oppfatninger av organisasjonen en er del av og hvordan denne fungerer alltid vil drive en person i større grad enn kunnskap. – altså er en persons oppfatninger om hvordan organisasjonen jobber og bør jobbe med sikkerhet avgjørende i spørsmålet om å danne en god sikkerhetskultur. Dette kan også være gjeldende for hvordan rapporteringskulturen fortone seg i en gruppe. Dette gjelder særlig dersom kunnskapen strider mot en persons oppfatninger. Hudson (2001) har blant annet vært med å utvide Westrums organisasjonstypologi til også å innebære reaktive og proaktive organisasjonstyper. Hvor en reaktiv organisasjonstype kjennetegnes av at ledelsen har en tendens til å fornekte sikkerhetsinformasjon helt til man er nødt til å ta det til innspill, top-down informasjonsflyt, og hendelser skjer på grunn av individers handlinger. Individer tildeles ansvar for hendelsen, men ikke skyld. Reaktive organisasjonstyper befinner seg mellom patologisk og byråkratisk eller kalkulerende organisasjoner. Proaktive organisasjonstyper kjennetegner en kultur hvor involvering av ansatte fremmes, men rammene for dette kontrolleres og styres av ledelsen, for eksempel ved at rapporteringssystemer skal benyttes for å melde fra om feil og sikkerhetsproblemer. En proaktiv ledelse søker etter informasjon og benytter denne for å bestemme hva som må endres og forbedres og ledelsen kjenner til risikobildet og er interessert i helse, miljø og sikkerhet og kultur. En slik organisasjonstype plasseres mellom kalkulerende kultur og generativ kultur.

For å illustrere typologien kan man se på tabellen under, den viser hvordan de forskjellige typologiene blant annet forholder seg til informasjon om sikkerhet og risiko.

Tabell 1: "Organisasjonstypologi" (Hudson, 2001 s. 7)

Patologisk	Reaktiv	Kalkulerende	Proaktiv	Generativ
Ønsker ikke informasjon, <u>tilbakemeldig</u> er ikke-eksisterende	Ledelsen krever informasjon om HMS-relaterte hendelser. Overser helst informasjon.	Ledelsen er preget av kommando og kontroll, har tilgang til informasjon og benytter den.	Ledelsen søker informasjon.	Oppfordrer til å si i fra om alle bekymringer. Søker informasjon aktivt.
Ingen tillit, ansatte beskyldes for feil	Hendelser skjer på grunn av individer, men skyld fordeles ikke	Arbeidsstokken er involvert. Ledelsen er "opptatt" av HMS.	Involvering fra ansatte ønskelig, men i kontrollerte former.	Ansatte og ledelsen arbeider sammen som partnere, deler ansvar.
Feil skjules	Individperspektiv angående feil.	Feil behandles med rettferd	Feil bør rapporteres om, tilbakemelding kan skje.	Feil må rapporteres. Systemperspektiv

Teori om informasjonsflyt og organisasjonstyper sier mye om hvordan en organisasjon behandler informasjon som gjelder sikkerhetstrusler og risiko. For å koble dette til pasientsikkerhet kan man si at det gjelder at prosedyrer og retningslinjer alltid er oppdaterte og ledelsen må ta de ansattes innspill om hvordan en avdeling kan fungere best i henhold til å sikre pasientene. Informasjon om pasienten, og prosedyrer i forhold til den enkelte pasient er viktig for å sikre riktig og sikker behandling, og god informasjonsflyt er avgjørende for å oppnå dette. Rapporteringskultur vil også kunne påvirke informasjonsflyt, og rapporteringskulturen vil være ett resultat av hvordan organisasjonstype som preger avdelingen.

Informasjonsflyt kan anses som en nøkkelfaktor i sikkerhetssystemer, blant annet kan det ses på som en indikator på kvaliteten for hvordan organisasjonens opererer og fungerer.

Westrum (2014) omtaler informasjonsflyt som en vital ressurs i en organisasjon, informasjon

er noe en organisasjon trenger for å fungere og bedre informasjonsflyt fører til at en organisasjon kan fungere bedre. Tendensen viser derimot at informasjon som deles har en politisk agenda, eksempelvis for å beskytte avsenderen, for å gi et inntrykk av samarbeid eller i verste fall å forvirre eller bedra mottakeren. Patologiske organisasjoner vil ofte være preget av en slik tendens (Ibid).

Ved å undersøke kulturen for informasjonsflyt kan en danne seg et bilde av hvordan personene i en organisasjon samarbeider. En kan også finne ut hvor effektiv organisasjonens innsats for å utføre sikre operasjoner er (Westrum, 2014). Westrum (2014) studerer informasjonens rolle i forhold til å forårsake eller forebygge ulykker. Informasjon om avvik og feil kan knyttes tett opp til informasjonsflyt og henger således tett sammen med rapporteringskultur.

Generative omgivelser vil sannsynligvis skaffe slik informasjon siden de oppfordrer til å dele informasjon på tvers av nivåer, og å respektere behovene til mottakeren av informasjonen (Westrum, 2014). I Patologiske organisasjoner, dannes ofte et ”politisk” miljø for informasjon som hemmer god informasjonsflyt. Dette kan kjennetegnes av at man ikke lytter til informasjon fra lavere hierarkiske nivåer fordi informasjonen må komme fra de ”rette” personene (Ibid).

For å oppnå god informasjonsflyt må noen faktorer være tilstede (Westrum, 2014). Det er av stor viktighet at rett person får riktig informasjon, og må således oppfylle noen krav for mottakeren, fremfor senderens behov. Informasjon som er basert på å gjøre nytte for mottakeren vitner om at organisasjonen har fokus på teamsamarbeid (Ibid). En annen viktig faktor er timingen på informasjonen som deles (Westrum, 2014). Dersom mottakere av informasjon får denne for sent, kan den være ubrukelig. Det er nødvendig å få informasjonen til riktig tid for å holde seg oppdatert på situasjonen, om det gjelder trusler, konkurranse eller viktig pasientrelatert informasjon. Ofte er det behovene i organisasjonen som styrer timing på informasjonen, altså hvilke aktiviteter og beslutninger som skal gjennomføres (Ibid). Den siste faktoren handler om relevansen av informasjonen (Westrum, 2014). Ofte inneholder informasjonen man mottar unødvendige opplysninger som kan skape rot og misforståelser. Viktigheten av hvorfor informasjonen er sendt, om kilden er pålitelig og hva den skal brukes til avgjør hvor effektivt mottakeren kan anvende informasjonen til sitt formål (Ibid).

Disse faktorene bestemmer kort sagt om organisasjonen har god eller dårlig informasjonsflyt (Westrum, 2014). Informasjonsflyt kan således reflektere for eksempel hvordan samarbeid i organisasjonen fungerer. Hvis medlemmene er gode på samarbeid er flyten av informasjon ofte god. Dette henger sammen med tillit, dersom medlemmene stoler på hverandre vil de være mer tilbøyelig til både samarbeid og å dele informasjon. I organisasjoner med patologiske tegn vil informasjon ofte brukes som en politisk fordel, gjerne for å oppnå egen vinning. Generative organisasjoner kan gjenkjennes ved at lederne er ærlige og sier det de mener. Dette er med på å danne et miljø hvor medlemmene kan snakke om bekymringer. Videre vil dette ha innvirkninger på om i hvilken grad medlemmene rapporterer avvik (Ibid).

2.3 Organisatorisk læring

”Organisatorisk læring er når læringsprosesser benyttes på individ-, gruppe- og systemnivå med den hensikt å kontinuerlig føre og forbedre organisasjonen i en retning som er tilfredsstillende for organisasjonens interesser” (Dixon, 1991 s. 6). En organisasjon er en samling av mange individer, som hver har utviklet seg en meningsstruktur. I like stor grad er medlemmene i organisasjonen i stand til å utvikle nye meningsstrukturer i samsvar med omgivelsene og sammen med kolleger (Ibid). Kort sagt er alle medlemmene i stand til å lære nye ting. En organisasjon lærer gjennom sine medlemmer, og organisatorisk læring må skje gjennom individuell læring (Argyris, 2002; Dixon, 1999) Individuell læring kan skilles fra organisatorisk læring ved tre typer meningsstrukturer hos organisasjonsmedlemmene: privat, tilgjengelig og kollektiv mening (Dixon, 1999, s. 44).

Privat meningsstruktur innebærer at hvert enkelt medlem i organisasjonen danner sin egen mening om organisasjonen og dens strukturer, hvordan den fungerer i hverdagen med aktiviteter, kolleger og kunder eller pasienter i dette tilfellet (Dixon, 1999). Medlemmene vil hele tiden oppnå ny kunnskap og lærdom gjennom kurs og fagdager, bøker og samtaler med eksperter eller personer som er mer erfarne enn de selv. På denne måten planlegger personene, legger en strategi og reflekterer over sine handlinger og avgjørelser. Over tid tilegner altså medlemmene seg en stor mengde kunnskap og erfaring om organisasjonen. En organisasjon gagnes ikke nødvendigvis av all denne erfaringen og kunnskapen og får ikke mulighet til å lære dersom denne kunnskapen beholdes privat hos hvert enkelt medlem i organisasjonen (Ibid).. Det kan være flere grunner til at en velger å holde informasjonen for

seg selv (Dixon, 1999). Det kan være av logiske grunner som frykt for at andre skal bruke denne informasjonen som en fordel, man bryter konfidensialiteten overfor noen, eller det finnes ikke en passende kanal for å utveksle denne kunnskapen. Til tross for at det kan finnes grunner til å tilbakeholde denne informasjonen vil det gagne organisasjonen å få tilgang til den. Dess mer ny kunnskap og erfaring som deles med andre i organisasjonen, dess mer kan organisasjonen lære (Ibid).

Tilgjengelig meningsstruktur er den andre kategorien i modellen (Dixon, 1999). Denne omhandler den kunnskapen og erfaringen som gjøres tilgjengelig for andre. Eksempelvis gjennom samtaler i korridorene på arbeidsplassen. Kolleger snakker ofte seg i mellom. En kan se for seg en situasjon hvor det under behandling har oppstått noen hendelser som teamet i etterkant snakker om seg i mellom. De blir enig om hvorvidt en skade ble unngått, og sammen lærer de noe av dette i etterkant. Det som skjedde skulle blitt skrevet avvik om. På tross av dette mener noen at dette er noe man bare må forvente at kan skje, det er dermed ikke noe å rapportere videre om i følge funn gjort av Öhrn (2012). Ikke bare deles meningene, men ny mening dannes under disse samtalene. Mens forskjellige ideer utveksles og sammenlignes, dannes en ny mening som ikke eksisterte på forhånd (Ibid).

Hvert medlem som opplever en hendelse vil lage en egen betydning av denne som ikke nødvendigvis er lik alle andres (Dixon, 1999). Så lenge meningen om en hendelse kun dannes privat oppnår man ikke noe mer. Dersom meningen med en hendelse dannes kollektivt gjennom diskusjon kan organisasjonen lære etter en hendelse (Ibid).

Kollektive meninger er det medlemmene kan enes om og har felles (Dixon, 1999). Det handler blant annet om de normer, strategier og antakelser som sier noe hvordan arbeidet skal utføres og hva som skal prioriteres i arbeidshverdagen. Kollektive meninger kan være bestemt av regler og prosedyrer, men for at det skal være kollektivt må det også være forankret i tenkemåten til medlemmene i organisasjonen. Medlemmene danner den kollektive meningen, men rutiner kan bli så vanlig at en begynner å tenke at ”det bare er slik vi gjør det her” (Ibid).

Det finnes også et negativt aspekt ved kollektiv mening (Dixon, 1999). Det kan oppstå i organisasjoner som befinner seg i raskt endrende omgivelser, slik at den kollektive meningen som på ett tidspunkt var relevant plutselig blir utdatert. Implementering av nye ideer som ikke passer overens med de allerede eksisterende kollektive meningene kan skape utfordringer (Ibid).

Viktigheten av organisatorisk læring er stor fordi helsevesenet stadig må søke å forbedre sikkerhet og kvalitet i omgivelser som er i endring (Carroll og Edmondson, 2002). Dette kan ikke gjøres gjennom å fokusere på enkeltindividers feil i for stor grad. Organisatorisk læring kan bidra til å forbedre eksisterende evner og kunnskap, og gir muligheter for å oppdage nye og forbedrede prosedyrer og strategier og antakelser å jobbe etter.

2.4 Kobling mellom rapporteringskultur og pasientsikkerhet

I dette delkapittelet presenteres en kobling mellom rapporteringskultur og pasientsikkerhet gjennom funn fra en studie gjort i Sverige. Studien som ble gjennomført ved Linköping universitet ved avdeling for medisinsk- og helsevitenskap har tatt for seg hvordan man kan måle pasientsikkerhet, særlig ved å studere svenske rapporteringssystemer (Öhrn, 2012). Studien har blant annet sammenlignet rapporter fra pasientklagesaker og hva som er rapportert i systemene av helsepersonellet. Skader som resulterte i død eller alvorlig nedsatt funksjonsevne var i større grad rapportert i pasientskadesaker enn i rapporteringssystemene til helsepersonellet. Funn var i samsvar med annen forskning (Braithwaite, Westbrook, Travaglia & Hughes 2010; Evans et al., 2006) om at underrapportering i helsevesenet er vanlig og barrierer mot fungerende avviksrapportering beskrives i flere studier (Öhrn, 2012). Disse barrierene inkluderer: redsel for overhøvling, frykt for straffeforfølgelse, forvirring rundt definisjonen av en alvorlig hendelse, mangel på tilbakemelding, manglende støtte fra kolleger, kortvarig forbedring i kvaliteten på pasientbehandling og kompliserte rapporteringssystemer (Vincent et al., 1999; Joshi et al., 2002; Leape, 1999; Kingston et al., 2004)

Kun ett lite antall alvorlige hendelser var blitt rapportert til rapporteringssystemet (Öhrn, 2012). Pasienter som opplevde infeksjoner med alvorlige konsekvenser i etterkant av behandling på sykehus var i mindre grad rapportert om i rapporteringssystemene, men også blant pasientklagesakene var dette lite utbredt. Det er mulig at mange alvorlige hendelser som medfører pasientskade ikke rapporteres fordi legene anser det som komplikasjoner som vanligvis kan oppstå under en behandling (Ibid). Det kan være vanskelig å avgjøre om alvorlige hendelser er forårsaket av helsepersonellet eller om det er en komplikasjon som følge av selve behandlingen (Wanzel et al., 2000). Infeksjoner oppstår ofte etter pasienten er skrevet ut fra sykehus(Öhrn, 2012). Det kan således tenkes at pasienten ikke forbinder dette med noe som har oppstått på grunn av sykehusoppholdet (Ibid).

Funn tydet også på at avgjørelsen om hvorvidt en uønsket hendelse skal rapporteres eller ikke avhenger av bakgrunnen til overlegene (Öhrn, 2012). Overlegene som deltok i studien hadde lang erfaring som medisinsk personell. Trening eller opplæring i pasientsikkerhetsarbeid på et systemnivå er ikke obligatorisk innenfor medisinsk utdanning eller sykepleierstudier. Framtidige treningsopplegg både for å bli overlege, eller inkludert allerede i utdanningen, bør således inneholde formelle komponenter i forhold til regler, retningslinjer og lover, metoder og verktøy som benyttes i pasientsikkerhetsarbeid. Fokuset bør også i større grad være på å vurdere å gå gjennom tidligere hendelser både alene og i grupper. Dette har tidligere vist å gi muligheter for læring og forbedring (Ibid).

Generelt anses avviks- og hendelsesrapportering som et av kjernetiltakene for å forbedre pasientsikkerhet (Kohn et al., 2000; Pittet og Donaldson, 2006). Hvis disse systemene skal fungere henger det tett sammen med rapporteringskulturen i de respektive helseforetakene og enhetene. En avdeling som er preget av dårlig rapporteringskultur vil slite med å utnytte det potensialet et rapporteringssystem tilbyr, og kan således ikke benytte systemet for og aktivt jobbe med å forbedre pasientsikkerheten.

3 Metode

3.1 Casedesign

Casedesign er godt egnet til å besvare hvorfor eller hvordan- spørsmål (Yin, 2014; Johannessen, Tufto og Christoffersen, 2010) og i denne undersøkelsen er problemstillingen formulert som følgende: ”*Hvordan er avdelingens rapporteringskultur og i hvilken grad bidrar denne til læring i forhold til pasientsikkerhet*”. Undersøkelsen jeg har gjennomført har tatt for seg å det sosiale fenomenet rapporteringskultur. Det er gjort et enkeltcase-studie hvor en sykehusavdeling utgjør min case i denne undersøkelsen. Yin (2014) hevder at teori ofte ligger til grunn for at en velger å gjøre casestudier. Denne oppgaven har delvis tatt utgangspunkt i teori, siden jeg ønsket å undersøke rapporteringskultur som et sosialt fenomen. Jeg valgte på grunn av oppgavens omfang og tidsaspektet å gjøre et enkeltcasestudie med flere analyseenheter. Analyseenheterne er sykepleiere, assistenter og personer fra ledelsen ved avdelingen. Oppgavens tema åpner også for å gjøre flercase-studier, for eksempel ved å sammenligne rapporteringskulturen i to forskjellige avdelinger enten på samme eller forskjellige sykehus. Med tanke på at jeg ønsket å knytte rapporteringskultur opp mot pasientsikkerhet, eller forbedring av denne, virket ett enkeltcase-studie og være egnet (Ibid). Denne Casestudien danner grunnlag for analytisk generalisering. I følge Yin (2014) muliggjør analytisk generalisering å komme med empiriske betraktninger av teori. Dette kan føre til at en i fremtiden ønsker å se på nye områder ved å gå utover den spesifikke casen. Funnene fra min case kan benyttes for å se på andre lignende caser, eller på bakgrunn av mine funn kan nye caser og forskningsområder defineres, å se på videre forskning på denne måten er altså i tråd med Yin’s (2014) betraktninger angående analytisk generalisering.

Casestudien jeg har gjennomført kan defineres som en beskrivende casestudie. I følge Yin (2014) er dette passende for å få kjennskap til en kultur, og målet er å avdekke en slags sosial verden som her er den gjeldende sykehusavdelingen. Denne casestudien tar derfor ikke sikte på å avdekke nye teorier eller modeller, og Johannessen et al. (2010) påpeker at dette ikke er egnet for beskrivende casestudier. I min undersøkelse falt valget tidlig på intervjuer av analyseenheterne, men også deltakende observasjon var passende for å innsikt i kulturen på avdelingen. Dette særlig fordi jeg selv jobber på avdelingen, og deltakende observasjon lett kunne foregå uten mange av de utfordringene som beskrives i litteraturen om deltakende observasjon, eksempelvis at en kommer inn som en fremmed og personene oppfører seg

annerledes på grunn av forskerens tilstedeværelse (Aase og Fossåskaret, 2014; Wadel, 1991). I følge Johannessen et al. (2010) er intervjuer og observasjon de vanligste metodene for å samle inn data i kvalitative undersøkelser, og gir således en metodisk trygghet. Dokumentanalyse av en rapport utført av helseforetaket selv ble også gjort, denne har både vært inspirasjon for utvikling av intervjuguiden, samt at den benyttes for å underbygge funn jeg har gjort gjennom intervju og observasjon. Datainnsamlingsmetodene vil beskrives nærmere under delkapittelet 3.3 Datainnsamling.

3.2 Kvalitativ metode

Denne oppgaven har dratt veksler på flere strategier som er i tråd med hva blant annet Blaikie (2012) og Thagaard (2013) påpeker. Ideen om at undersøkelsen skulle dreie seg om rapporteringskultur og pasientsikkerhet kom jeg frem til gjennom observasjoner på jobben min, hvor jeg etter å ha jobbet en stund fikk innblikk i at rapporteringssystemet kanskje ikke fungerte som det skulle. Det var flere personer som ikke hadde fått opplæring i rapporteringssystemet, meg selv inkludert. En stor del av personellet kunne derfor ikke rapportere avvik om det skulle bli behov for det. Samtidig var det også med bakgrunn i min utdanning og det teoretiske grunnlag jeg har opparbeidet meg at jeg vurderte dette som problematisk. Rapporteringssystemer i helsevesenet benyttes i hovedsak til å rapportere pasientskader og slik valgte jeg videre å se på om det finnes en kobling mellom pasientsikkerhet og rapporteringskultur. Med tanke på at jeg har undersøkt rapporteringskultur har jeg ”gått inn” i den sosiale verdenen som sykehusavdelingen utgjør og undersøkt deres forståelse av hvordan rapporteringskulturen på avdelingen fungerer og forsøkt å få tilgang til deres tause kunnskap. Måten medlemmene i avdelingen snakker sammen og samhandler kan fortelle noe om hvordan deres konstruerte virkelighet er. I følge Blaikie (2012) kan disse motivene og meningene benyttes i beskrivelsen av hvordan medlemmene oppfatter rapporteringssystemet og hvordan det brukes. Dette sier noe om deres egen rapporteringskultur, og hvordan dette eventuelt påvirker pasientsikkerheten og forbedringsarbeidet.

En kvalitativ undersøkelse åpner i følge Ryen (2002) for å benytte et mangfold av metoder for å svare på en problemstilling. Valget falt derfor på en kvalitativ undersøkelse hvor jeg har kombinert observasjon, intervju og dokumentanalyse for å samle inn data. Innenfor kvalitativ forskning søker man gjerne å få tak på forskningsdeltakernes perspektiv eller oppfatning av

virkeligheten (Nilssen, 2012). Ved å innse at det finnes mange virkeligheter er en som forsker klar over at man med sin undersøkelse får noen svar om hvordan virkeligheten fortøner seg, men man kan aldri få svaret med to streker under (Ibid). Kvalitative studier kan benyttes for å finne svar på noen spørsmål ved sosiale fenomener (Aase og Fossåskaret, 2014). Kvantitative studier kan gjerne også benyttes for å forske på sosiale fenomener, men egner seg ofte til å svare på andre spørsmål ved fenomenet. I tråd med Aase og Fossåskarets (2014) betraktninger fant jeg at en kvalitativ metode egnet seg godt for å besvare spørsmålene om rapporteringskulturen på sykehusavdelingen jeg har undersøkt. Dette fordi jeg ønsket å få tak i medlemmenes egne fortellinger og opplevelser, og undersøke fenomenet i dybden. Ved å benytte meg av kvalitativ metode har jeg hatt muligheten til å undersøke samhandling mellom personer og analysere roller og relasjoner. Dette har jeg blant annet gjort ved å kartlegge bruken av rapporteringssystemet og hvem som rapporterer hva gjennom intervjuer. samt at jeg gjennom deltakende observasjon har fått se hvordan rollene og relasjonene fungerer i hverdagen (Ibid).

3.3 Datainnsamling

Datakildene mine kommer hovedsakelig fra primærdata. Primærdata er data som jeg har samlet inn selv (Blaikie, 2010) gjennom intervjuer og deltakende observasjon. Det er gjort intervjuer av fem sykepleiere, en assistent og noen fra ledelsen. Deltakende observasjon er gjennomført i arbeidstiden min, dette har således ført til at jeg har vekslet mellom å observere og å fullstendig konsentrere meg om arbeidsoppgavene mine når det har vært krevd av arbeidssituasjonen. Sekundærdata er data som er samlet inn av andre (Blaikie, 2010). Sekundærdata benyttes blant annet ved dokumentanalyse, i dette tilfelle er det en rapport fra en undersøkelse om pasientsikkerhetskultur gjennomført av helseforetaket selv. Slik har jeg benyttet triangulering ved å samle inn data fra tre forskjellige kilder og dette kan være med på å øke troverdigheten av denne undersøkelsen. Triangulering innebærer blant annet at man samler inn data fra flere forskjellige kilder (Postholm, 2005). Det skulle vise seg å være vanskeligere å finne informanter enn jeg først hadde tross. Dette kan for eksempel skyldes en del usikkerhet blant ansatte rundt temaet avviksrapportering. På grunn av dette endte jeg opp med færre intervjuer enn ønskelig. Derfor ble det viktig å utvide det metodiske til tre kilder; intervju, observasjon og dokumentanalyse.

3.3.1 Tverrsnittstudie

Denne undersøkelsen er en tverrsnittstudie, det vil si at den fanger et øyeblikksbilde av virkeligheten (Blaikie, 2010). Data er samlet inn i et kort avgrenset periode i denne undersøkelsen. Deltakende observasjon startet i Oktober 2014, og varte til medio april. Intervjuene ble gjennomført i løpet av februar og mars 2015. Fordi jeg fikk et begrenset bilde av virkeligheten har jeg av hensyn til tidsaspektet ikke fått lagt like stor vekt på å samle inn data angående læringsprosesser i avdelingen da dette bør observeres og undersøkes over tid for å gi ett riktig bilde.

3.3.2 Intervju

Datainnsamlingen i form av intervju foregikk i en semi-naturlig setting i tråd med Blaikie (2012). Informantene ble bedt om å fortelle om deres egne og andres aktiviteter, holdninger og motiver i forhold til rapporteringskultur og pasientsikkerhet. At det foregikk i en semi-naturlig setting vil si at intervjuene ble gjennomført på jobb på avdelingen, som vil virke mer naturlig for informanten i forhold til at temaene var jobbrelatert. Allikevel vil det ikke virke helt naturlig å snakke om disse temaene i denne settingen og med tanke på hvordan spørsmålene ble stilt. Det at jeg er deres kollega, var kledd i samme bekledning og vi befant oss på et kjent og felles område kan ha nedtonet følelsen av å snakke med en utenforstående. Jeg fikk også følelsen av de snakket med meg som en kollega, samtalen gikk lett og bar preg av dette.

For å sikre at jeg samlet inn den informasjonen jeg trengte for å besvare problemstillingen laget jeg i forkant av intervjuene en intervjuguide jeg kunne følge. Intervjuguiden fulgte en semi-strukturert mal (Johannessen et al., 2010). Den fungerte som en ramme for intervjuet for å sikre at jeg samlet inn de nødvendige data, men å hoppe mellom spørsmål og kategorier var mulig. At jeg brukte denne tilnærmingen viste seg å være positiv, da informantene ofte begynte å snakke om forhold som innebar en av de andre kategoriene eller spørsmålene, da kunne jeg følge videre opp med spørsmålene jeg hadde ”planlagt” at skulle komme senere. Samtidig forhindret dette at flere spørsmål ble gjentatt. Selv om jeg i noen tilfeller stilte spørsmålet på et senere tidspunktet dersom informantene bare kort hadde nevnt noe om temaet tidligere. Da innledet jeg med setninger som ”Du nevnte dette tidligere, vil du utdype noe mer om det”. Dette førte til at jeg som oftest fikk mer utfyllende informasjon om det jeg lurte på (Ibid).

Intervjuguiden hadde en innledende generell kategori (Johannessen et al., 2010; Jacobsen 2005). Her spurte jeg hvor lenge de hadde jobbet i avdelingen, hvor de hadde arbeidet før og hvordan deres trivsel i forhold til arbeidsmiljø, kolleger og arbeidsoppgaver var. Disse spørsmålene er ikke tatt med i transkriberingen eller empirikapittelet, dette av hensyn til anonymisering av informantene. Dette er i følge Johannessen et al. (2010) en bra måte og starte intervjuet på. Å starte med enkle spørsmål for å bli bedre kjent med informanten kan i følge Jacobsen (2005) føre til at informanten får tillit og dette åpner for at informanten lettere deler mer av sin kunnskap når spørsmålene i hoveddelen stilles.

Hoveddelen ble kategorisert etter temaer som passet forskningsspørsmålene og skal bidra til å besvare disse og problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Disse var: Pasientsikkerhet, rapportering, rapporteringskultur og læringskultur. For hver kategori introduserte jeg temaet for informanten. Innenfor kategorien pasientsikkerhet ba jeg hver informant om å fortelle hva de la i begrepet pasientsikkerhet. Dette gjorde jeg for å sikre at vi hadde en lik forståelse for begrepet. Da jeg kom inn på kategorien rapportering spurte jeg informantene om de kjente til hvilket verktøy som skal benyttes for å rapportere avvik og feil. Igjen for å sikre at vi hadde samme forståelse.

Utvelgelse av informanter

Jeg har benyttet meg av et strategisk utvalg, i denne undersøkelsen vil det si at jeg har tenkt over hvilke yrkesgrupper fra avdelingen jeg ønsket å intervju for å få svar på min problemstilling Dette er i tråd med Johannessen et al. (2010). Således har jeg intervjuet informanter som var hensiktsmessig for undersøkelsen, altså sykepleiere og assistenter og personer fra ledelsen (Ibid). Utvalget er også kriteriebasert som i følge Johannessen et al. (2010) går ut på at informantene må oppfylle visse krav. Av hensyn til informantenes anonymitet vil jeg ikke presentere de krav jeg på forhånd hadde satt. Utvalget ble mindre enn først tenkt, og på grunn av en lang rekrutteringsprosess fikk jeg ikke intervjuet leger som jeg i utgangspunktet også ønsket å gjøre. Fordi jeg også har benyttet meg av observasjon, som for det meste ble gjort i assistentgruppen og at jeg benytter meg av en rapport fra en kvantitativ undersøkelse utført av helseforetaket selv, har jeg mye data som underbygger de funn jeg har gjort. Da jeg slet med å få tak i alle informantene selv ble mesteparten av utvalget valgt ut for meg av en kontaktperson, basert på mine forhåndsbestemte kriterier.

Blant assistentene benyttet jeg meg av metoden ved å spørre ansikt til ansikt, og fikk rekruttert en informant blant assistentene. Flere var interesserte men oppfylte ikke de bestemte kriteriene. Det var ikke kritisk at jeg kun fikk ett assistentintervju da jeg selv jobber som assistent og derfor kjenner til holdninger som finnes i assistentgruppen angående rapportering.

For å få tak i informant fra ledelsen benyttet jeg e-post for å opprette kontakt og sende forespørsel om deltakelse i intervju. I utgangspunktet skulle dette intervjuet kun brukes for min bakgrunnsinformasjon. Fordi jeg fikk mye god informasjon som også samsvarer med den jeg fikk gjennom de andre intervjuene valgte jeg å inkludere dette intervjuet i empirien. Dette har jeg informert om og fått tillatelse til.

3.3.3 Observasjon

En del av datainnsamlingen til denne undersøkelsen er gjort gjennom deltakende observasjon. Deltakende observasjon kan skape mange problemer for forskeren. I følge Yin (2014) må en ofte gjøre en del tiltak for å få innpass, slike tiltak kan i følge Wadel (1991) være å danne seg en rolle utover forskerrollen.

Informasjon som er samlet inn gjennom observasjon har blitt brukt som grunnlag for å utarbeide intervjuguide og har gitt meg bedre innsikt i holdningene som eksisterer i assistentgruppen angående rapportering og rapporteringskultur.

Gjennom deltakende observasjon får man muligheten til å observere sosiale prosesser og man får et annet innblikk enn man har muligheten til å få gjennom intervjuer (Aase og Fossåskaret, 2014). Det er nettopp samtalen på kafferommet, og mens man gjennomfører arbeidsoppgavene som jeg har fått tilgang til, uten å bli sett på som en inntrenger (Yin, 2014). Innpass i gruppen har jeg ikke måttet jobbet med for å få, da de er mine kolleger og jeg har vært en naturlig del av gruppen. Ved å iføre meg samme bekledning som mine kolleger, med samme farge på klærne har jeg fått unik tilgang til informasjon, bare ved å være tilstede og utføre arbeidsoppgavene på lik linje med de andre. Dette har også vært en fordel under intervjuene, ved å være på arbeidsplassen hvor alle er i samme bekledning har det kanskje følt mindre unaturlig å delta i intervjuet, og det kan ha vært lettere å åpne seg opp for meg som en "bekjent" (Johannessen et al., 2010; Wadel. 1991). Under deltakende observasjon har jeg også benyttet meg av feltsamtaler som i følge Aase og Fossåskaret (2014) er ikke-avtalte intervjuer, de ligner mer på dagligdagse samtaler. I disse samtalene som jeg har ført med mine

kolleger har jeg fått frem forskjellige meninger om avviksrapportering gjennom diskusjoner. Disse har vært med på å gi ett bilde av rapporteringskulturen som har vært svært verdifulle. Feltsamtalen besto her av temaer som var en del av arbeidshverdagen for assistentgruppen (Ibid). Disse samtalene har vært verdifulle også fordi de er med på å underbygge den informasjonen jeg fikk gjennom intervjuet særlig med assistenten. Dette er med på å øke gyldigheten av de funnene jeg har gjort, og kan veie opp for det at jeg kun fikk ett intervju i assistentgruppen. Alle observasjoner jeg har gjort, ble støttet opp i ord under intervjuet. Denne kombinasjonen av datainnsamling framstår for meg som unik (Ibid). Wadel (1991) snakker om nøkkelinformanter i feltarbeidet, dette er informanter som man danner en relasjon til og som gir en mye informasjon gjennom vanlige samtaler. Ofte bruker man informasjonen som en nøkkelinformant fortalte, til å sjekke mot ”vanlige” informanter om for eksempel en holdning til en sak er utbredt. Jeg har ikke benyttet meg av nøkkelinformanter i den grad at jeg har fått mye informasjon fra noen utvalgte. Derimot har jeg som del av forskjellige team oppdaget at enkelte holdninger til rapportering går igjen hos forskjellige personer, samtidig erfarte jeg at de sterkeste holdningene fantes hos noen sterke personligheter i assistentgruppen. Med team mener jeg at på jobb som assistent arbeider man i team. På dagvaktene jobber man i tre forskjellige team, mens på kveldsvaktene jobber man i ett samlet team, da hoveddelen av det planlagte programmet til avdelingen skjer på dagtid. Selv har jeg jobbet i og gjort observasjoner i forskjellige team, noe som oppstår naturlig når man jobber i turnus.

3.3.4 Dokumentstudier

En del av datagrunnlaget i denne oppgaven kommer fra en sekundærkilde (Blaikie. 2012). Jeg har benyttet en rapport som er laget etter at helseforetaket selv kjørte en undersøkelse på alle sine foretak i alle klinikker og alle avdelinger. Denne undersøkelsen hadde som mål å kartlegge pasientsikkerhetskulturen. Samme undersøkelse ble gjort i 2012. Spørreundersøkelsen ble delt inn i temaene teamarbeid, sikkerhetsklime og ledelsens fokus på pasientsikkerhetsarbeid.

Dokumentstudier går i følge Tjora (2010) ut på at allerede-eksisterende dokumenter benyttes for å hente ut data, disse dokumentene er hovedsakelig produsert for andre formål enn forskning. Slike dokumenter benyttes ofte som tilleggdata eller bakgrunnsdata (Ibid). Selv har jeg benyttet meg av dokumentet som bakgrunnsinformasjon for intervjuguiden som

jeg laget i forkant av intervjuene. Jeg har også brukt rapporten som tilleggsdata til empiri, da mange av spørsmålene og svarene i denne undersøkelsen bygger opp under mine egne funn fra intervjuer og observasjon. Dokumentet jeg har benyttet ble utarbeidet for å kartlegge pasientsikkerhetskulturen i helseforetaket, og videre danne grunnlag for forbedringsarbeid i alle enheter i foretaket. Jeg har benyttet rapporten som er spesifikk for avdelingen jeg utførte intervju og observasjon på. Fordelen med å benytte denne rapporten som underbygger flere av mine funn, er at den griper over et større utvalg (Ibid).

Resultatet fra undersøkelsen er listet opp med andel positive svar for hvert spørsmål. For hvert spørsmål gjelder at dersom andelen positive svar er under 60% forbedringer påkrevd, for andel positive svar mellom 60 % og 80 % bør det fortsatt gjøres en del endringer, men det er ikke kritisk. Dersom andel positive svar ligger over 80 % kreves ingen spesielle tiltak i etterkant av undersøkelsen. Hver avdeling og klinikk fikk rapporten for deres avdeling/klinikk og skulle deretter gå i gang med å definere tiltak for å forbedre pasientsikkerhetskulturen der det var påkrevd.

3.4 Datareduksjon og analyse

Etter flere intervjuer og observasjoner satt jeg igjen med en stor mengde rådata som skulle analyseres. Dette kan gjøres gjennom koding og kategorisering (Blaikie, 2013). Kategorisering etter forskningsspørsmålene ble lagt til grunn allerede under utviklingen av intervjuguiden for å lette arbeidet med analysen. Kategoriene er gjennomgående i teori, empiri og drøfting. Data fra intervjuene er plassert i henhold til disse kategoriene. Data fra observasjon er også delt inn etter de samme kategoriene, men da funnene fra observasjon går mest på rapporteringskultur benyttes ikke alle kategoriene. Dette er ikke gjort med empiri fra observasjon og dokumentanalyse. Dokumentanalysen følger oppsettet fra den gjeldende rapporten jeg har brukt. Informasjon fra deltakende observasjon har blitt loggført etter hvert og lagret på PC beskyttet med passord.

3.5 Troverdighet

For å vurdere forskningens troverdighet, og således kvalitet, kan man snakke om pålitelighet og gyldighet (Thagaard, 2013). Forskerens forutinntatthet kan påvirke betraktningene av data og videre undersøkelsens pålitelighet. Slik forutinntatthet danner i følge Tjora (2010) ”støy” som kan påvirke funnene og det er umulig å være totalt nøytral. Dette kan være gjeldende i min undersøkelse da jeg har mye forkunnskap om avdelingen, rapporteringskulturen og rapporteringssystemet. Dette kan i verste fall føre til at jeg som forsker overser funn fordi jeg er så opptatt av at det skal matche forventningene jeg på forhånd har. I analysen har jeg så godt som mulig forsøkt å legge mine egne oppfatninger til side, og sett hva som virkelig finnes i datamaterialet. Min forkunnskap kan selvfølgelig også ha påvirket intervjuguide i den grad at jeg stiller spørsmål som leder informanten i den ”retningen” jeg vil. Jeg har brukt både teori og dokumentanalyse som grunnlag for intervjuguide, dette kan ha ført til å gjøre den mer ”nøytral” i forhold til min forkunnskap og er ett tiltak for å øke påliteligheten da den ikke baserer seg på mine oppfatninger i like stor grad som teori og dokumentanalysen. Det samme gjelder for den deltakende observasjonen jeg har gjennomført. På grunn av min forutinntatthet om rapporteringskultur i assistentgruppen, kan faren for at jeg kun observerte det enkelte hendelser og samtaler. Jeg har observert diskusjoner, hvor meningene har vært både positive/negative angående rapportering og har så godt som mulig observert den ”reelle” rapporteringskulturen. Jeg har også funn fra observasjon som ikke er tatt med videre i empirikapittelet fordi det er utenfor feltet jeg har undersøkt. Altså har jeg kanskje klart å holde øyne og ører åpne for andre funn, enn de jeg ”ville ha”. Funnene fra observasjon underbygges av funnene i intervju og dokumentanalyse og dette er med på å styrke påliteligheten. Det er viktig å påpeke hva som er mine betraktninger, og hva som er informantenes stemme, dette er med på å styrke pålitelighet. Et synlig tiltak jeg har gjort for å oppnå dette er bruk av sitater som styrker pålitelighet. Årsaken til dette er i følge Tjora (2010) at informantenes stemme kommer fram for leseren.

Gyldighet kan i følge Tjora (2010) styrkes ved å redegjøre for hvordan forskningen er gjennomført. Gyldighet i forskningen handler om å vurdere om svarene en har fått gjennom undersøkelsen, faktisk svarer på de spørsmålene vi ønsker svar på. I denne oppgaven har jeg så godt som mulig redegjort for veien jeg har gått for samle inn mine data og de metodiske valg jeg har tatt. Gjennom en etisk diskusjon redegjør jeg også for problematiske sider ved undersøkelsen slik den er gjennomført. På denne måten belyses alle sider av hvordan

forskningsprosessen har foregått, dette er i tråd med det Tjora (2010) påpeker om gyldighet. En annen faktor som styrker gyldigheten av forskning er i følge Tjora (2010) hvorvidt man holder seg innenfor et faglig univers og har forankring i annen forskning. Tidligere forskning på fagfeltene som er presentert i teorikapittelet er presentert i innledningen. Teori er også i stor grad beskrevet ut fra forskning gjort av anerkjente teoretikere innenfor de forskjellige teoriene. Dette mener jeg er med på styrke gyldigheten av min undersøkelse og samstemmer med det Tjora (2010) sier. I denne studien har jeg benyttet triangulering som i følge Postholm (2005) innebærer å bruke flere kilder til data. Det faktum at disse kildene drar i samme retning og understøtter hverandre er en styrke for gyldigheten av denne studien (Ibid). Det kan også være en indikator på at denne undersøkelsen har svart på de spørsmålene jeg ønsket å besvare.

3.6 Etikk

En slik type studie krever stor grad av anonymitet og det kan være vanskelig å fullstendig sikre deltakeres anonymitet. I denne oppgaven er anonymisering gjort så langt som mulig. Derfor spesifiseres ikke det aktuelle sykehus eller avdeling hvor undersøkelsen er gjennomført. Ingen av informantene kan identifiseres gjennom avdelingstilhørighet, stilling eller personlig informasjon. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste med de tiltak jeg har gjort for å sikre anonymisering (NSD). Godkjenning fra NSD ligger vedlagt som vedlegg. Alle informanter har underskrevet samtykkeskjema i forkant av intervju. I samtykkeskjemaet ble det informert blant annet om behandling av data. De data jeg har samlet inn, blant annet gjennom lydopptak ble etter intervju overført til personlig lagringsområde på personlig datamaskin beskyttet med passord. Underskrevne samtykkeskjemaer er oppbevart innelåst i skap bare jeg har hatt tilgang til.

Når jeg har drevet deltakende observasjon har det vært viktig å balansere det å være kollega og samtidig informasjonsinnhenter. Det ble i forkant av observasjonsperiodens start informert om at jeg til dels kom til å observere når jeg var på jobb. Samtidig var det ikke mulig å informere om hver gang jeg observerte noe av betydning for oppgaven min, da dette kunne hindret at jeg fikk informasjon om temaet. Til tross for dette har det vært viktig å ”sile ut” informasjon fra samtaler som kan ha vært sagt i affekt, eller som kan bidra til å identifisere enkeltpersoner eller grupper.

Andre utfordringer

Feltarbeid som deltakende observasjon kan ofte by på spesielle problemer (Wadel, 1991). Et eksempel på dette er at man ikke får tilgang på de data man trenger (Ibid). Som nevnt tidligere i dette kapitlet ble det å få tak i informanter en større utfordring enn først foresatt. Jeg endte opp med færre informanter enn ønskelig å for å bøte på det valgte jeg og inkludere deltakende observasjon og et dokumentstudie i empirien.

Et problem som kan oppstå i forbindelse med intervju er bruk av båndopptaker (Johannessen et al., 2010). Det kan hende mine informanter ble mer tilbakeholdne med informasjon grunnet båndopptaker. For å unngå dette informerte jeg om anonymitet og at opptak ville oppbevares trygt.

4 Empiri

I dette kapittelet presenteres de funn som er gjort gjennom intervju, observasjon og dokumentanalyse av sykehusets egen undersøkelse av pasientsikkerhetskultur.

4.1 Pasientsikkerhet

Forståelse av pasientsikkerhet

Alle sykepleierne ble spurt om hva de la i begrepet pasientsikkerhet, dette for å sikre at vi hadde samme syn på hva begrepet innebærer for resten av samtalen. De fleste sa at det handlet om å ivareta pasienten på en sikker måte, gi god og riktig behandling og sørge for å ikke påføre noe skade på pasienten. Det ble også nevnt etikk rundt pasient, både hvordan man oppfører seg mot pasienten og sammen med sine kolleger inne på stuen. Lederen som ble intervjuet nevnte de samme aspektene ved pasientsikkerhet. I tillegg ble det også nevnt det å inneha nok kunnskap om pasienten og hele forløpet til pasienten, dette gjaldt både skaden/sykdommen som skal behandles, samt andre problemer/sykdommer pasienten kan ha. Det å kjenne til prosedyrer ble sterkt vektlagt, både når det gjelder inngrepet som skal gjennomføres og hvordan man kan unngå skader på pasient i forhold til det, og prosedyrer rundt å sjekke pasient og innhente alle nødvendige opplysninger.

For assistenten presenterte jeg definisjonen på pasientsikkerhet som er brukt i denne oppgaven, og ba deretter assistenten reflektere over hvorvidt vår jobb kan påvirke pasientsikkerhet på noe vis. Et aspekt assistenten da tok opp var hvordan vår jobb og rutiner medvirker til at pasienter beskyttes mot bakterier og smitte, eller i motsatt fall hvordan pasienter i verste fall kan utsettes for smitte på avdelingen.

Tiltak for pasientsikkerhet

Da jeg spurte om tiltak for å forbedre pasientsikkerheten fokuserte mange på de enkle grep de gjør i hverdagen, slik som å følge de prosedyrer de har, og andre rutiner de har tillært seg i løpet av sin utdanning. Det var klart mest fokus på de individuelle grepene helsepersonellet gjør i hverdagen i kontakt med pasienten. Sykepleierne la i mindre grad vekt på tiltak på systemnivå, noen nevnte de nasjonale kampanjene i forbindelse med pasientsikkerhetsprogrammet heriblant de tidligere nevnte sjekklisterne. Alle sykepleierne har veldig klare prosedyrer som skal følges i forhold til behandling av pasienter.

Assistenten snakket om de rutinene som følges i forhold til at det skal være sterilt rundt pasienten. Det er nødvendig å følge gode rutiner på dette området for å unngå at pasienten utsettes for bakterier og smitte, og er en del av en større oppgave for å sikre pasienten. På mange områder kan det fremstå som at en del av rutinene er tungvint og at det gjøres mer enn nok, som at det vaskes to ganger på områder hvor det ikke er nødvendig. Dette kan kanskje ikke kobles direkte mot pasientsikkerhet. Det kan tidvis vaskes for mye, i den betydning at en unødvendig dobbelrutine utføres (Først vask med vann og såpe på ett sted som ikke er tilgriset og deretter desinfeksjon med overflatesprit) men dette handler nok like mye om mangel på kunnskap i forhold til rutinene. et problem for pasientsikkerheten kan være mangel på kommunikasjon mellom faggruppene. Dette kan skape farlige situasjoner, og er kanskje den største utfordringen i forhold til oppgavene assistentene skal utføre.

Ledelsens fokus på pasientsikkerhet

I forhold til ledelsens jobb med tiltak og rutiner så er assistenten av den oppfattelse at det er en del rutiner som er utydelige, og man jobber etter kontrabeskjeder. Ledelsen burde jobbe med å være mer tydelige i formuleringen av ruiner og retningslinjer. Kanskje er også en del av rutinene faglig utdatert, og har ikke blitt oppdatert. På dette området har ledelsen en del å gjøre.

Sykepleierne mente at ledelsen har fokus på å jobbe med tiltak for å forbedre pasientsikkerheten, innførte sjekklister er et eksempel på dette. Ledelsen oppfordrer til å følge sjekklister og rutiner som er innført.

”De har jo fokus på at vi skal bruke sjekklisten og oppfordrer oss til å skrive avviksmeldinger... hvis det er noen saker vi har opplevd - Sykepleier 1”

En av informantene påpeker at ledelsen nok gjør en god jobb på flere hold for at avdelingen kan jobbe med pasientsikkerhet, men samtidig har ledelsen mange andre krav som eksempelvis økonomi som spiller inn på at helsepersonellet ikke alltid kan gi den beste behandlingen.

”Det er så mange andre krav som spiller inn hos ledelsen. Slik at vi har ikke det vi trenger for å kunne gjøre det vi ønsker-Sykepleier 3”

Det ble lagt fram en påstand om at ledelsen noen ganger tar avgjørelser som kan true pasientsikkerheten. på dette responderte de fleste med at de ikke tror ledelsen tar avgjørelser som direkte kan true pasientsikkerheten, men at en del avgjørelser som tas i forhold til oppsett behandlingsprogram som er litt for tette og ikke alltid er realistiske i forhold til tiden det tar med hver pasient og alle rutiner som skal følges før, under og etter behandlingen. I verste fall kan tidspresset slike tette program ofte medfører føre til at det oppstår skader og at pasientsikkerheten kan påvirkes negativt.

*”... det er ikke alltid vi er like enig i hvordan man skal drifte, men vi sitter jo på hvert vårt fjell, ... Jeg opplever det at vi sitter langt fra hverandre til tider-
Sykepleier 1”*

Ledelsen har en del krav og mål som skal oppfylles, og disse er ikke alltid like forenlige med realiteten. Flere av sykepleierne sa at de føler at de som ansatte og ledelsen tidvis står langt fra hverandre, på den måten at ledelsen ikke alltid forstår behovene til de som skal jobbe på stuene og andre faktorer som har med pasientbehandlingen å gjøre. En informant påpekte at hvis man skulle veie effektivitet opp mot pasientsikkerhet så er det ikke alltid at pasientsikkerheten blir godt nok ivare tatt. Med det menes det at fokuset på effektivitet legger opp til at alt skal gå så fort og det kan gå på bekostning av pasientsikkerheten. den balansegangen er ikke alltid like enkel å finne. Man kan heller ikke være så fokusert på forsiktighet at man ikke har framgang og får mange avlyste pasientbehandlinger. Det er her det er en forskjell på å akseptere tingene som de er, og om det er forsvarlig. En av sykepleierne som har ganske lang erfaring sier at det er ikke alt hun ville godtatt av beskjeder med tanke på den kunnskapen en innehar som tilsier at det ikke bør gjøres slik. Det kan være en forskjell på de med mye erfaring og de som har mindre erfaring at man har kunnskapen til å si fra hvis noe ikke er forsvarlig å gjennomføre.

I en egen undersøkelse gjennomført av sykehuset ble spørsmålet ”Ledelsen her på enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over sikkerheten” stilt, andelen positive svar lå kun på 51%. Dersom andelen positive svar ligger under 60% vil det si at enheten har størst sannsynlighet for pasientskade og har et stort forbedringsarbeid å gjøre. På det samme spørsmålet om sykehusledelsen var andelen positive svar kun 37, 1%. I følge denne undersøkelsen kan det framstå som de ansatte mener ledelsen tar avgjørelser som kan true

sikkerheten, og kan samsvare med svarene fra mine egne intervjuer, hvor det kan tenkes at en del avgjørelser i verste fall kan true sikkerheten.

Tidspress

Tidspress ble nevnt som en faktor som kan motvirke det å sikre pasientsikkerheten i arbeidshverdagen. I samspill med det å skulle være effektiv, hvor stress kan føre til forglemmelser som under sammenfallende forhold kan true pasientenes sikkerhet og øke faren for pasientskader. Dette tidspresset kommer delvis fra et tett behandlingsprogram, men av hensyn til pasientene og et ønske om å få gi pasientene den nødvendige behandling. setter man gjerne inn et ekstra gir, og gjør de nødvendige tiltak i løpet av dagen for å få gjennomført dagens program uten strykninger. Utover i samtalen begynte de fleste sykepleierne og ”fundere” over det faktum at tidspress og tette behandlingsprogram faktisk kan danne forhold som fører til skader. Dette kan også gå utover kvaliteten på behandlingen. Blant annet kan det for helsepersonell være vanskelig å få tilstrekkelig med hvile mellom behandlinger, eller å få tid til å innhente nødvendig informasjon om pasientene. Dette er nødvendigheter for personellet i løpet av en arbeidsdag, men det er disse nødvendighetene som kan bli skadelidende i en stressende arbeidsdag hvor ønsket om å rekke gjennom behandlingsprogrammet er stort.

”Det er ett faresignal at vi kutter ut ting som er standard prosedyre som er viktig for å ha kunnskap om pasienten- Sykepleier 5”

Ett tiltak som kan redusere konsekvensene av et travelt behandlingsprogram er sjekklister og de fleste informantene mener at disse stort sett følges.

4.2 Rapportering

Hva rapporteres?

Alle sykepleierne var klar over at Docmap skal benyttes til å rapportere avvik eller pasientskader. Alle hadde også benyttet deg av systemet for å rapportere avvik, men det varierte hvor mange avviksrapporter informantene hadde sendt inn. De fleste hadde skrevet avviksrapporter som ikke omhandlet pasientskade, men andre avvik slik som manglende/feilplassert utstyr, lang ventetid på vasking, lege eller annet personell, eller andre feil/mangler i utstyr. En del avvik som informanter har skrevet går også på ventetid slik at man ikke får gjort jobben. Det er alt fra venting på vask og forberedelse av stuen til å vente på

leger. Ett par av informantene hadde skrevet rapport om uønsket hendelse, men hadde ikke selv vært involvert i hendelsen som hadde oppstått. En informant har også ved flere tilfeller fått beskjed om skader som er oppdaget i ettertid når pasient er tilbake på en annen avdeling, og tatt det opp i plenum for å finne ut hva som har skjedd. Dette fordi den gjeldende avdelingen som oppdaget skaden sjelden skriver avvik på det.

Flere informanter forklarte at det var flere ganger avviksrapporter burde blitt skrevet. Dette gjaldt avvik som går på ting som skjer inne på stuen, om det er at ikke alle rutiner følges eller andre forutsette ting, men som ikke ender i pasientskade. Grunnene til dette var flere, de fleste gikk på at det ikke var tid til å gjøre det, både på grunn av en hektisk hverdag, men også at det tok for lang tid grunnet det tungvinte systemet, eller at når de kom ut av stuen var det glemt og det gikk for lang tid til muligheten til å skrive rapporten meldte seg.

”Kan ikke rapportere mens jeg enda er inne på stua- Sykepleier 3”

Alle påpekte at de allikevel alltid ville prioritert å skrive rapport dersom det oppsto pasientskade. Samtidig nevnte en sykepleier at hvis det oppstår skade på en pasient så er det vel legenes ansvar å skrive avvik på dette. Flere etterlyste at Docmap burde være mer tilgjengelig på stuene, der har man ikke mulighet til å logge på sin egen bruker som det kreves for å bruke Docmap.

Det var noen av informantene som forklarte at de rapporterte alle avvik som de syntes burde rapporteres. Grunnen til dette var at de hadde skjont at dette var den eneste måten å få til forbedringer på avdelingen på, og dermed hadde bestemt seg for at de alltid skulle skrive avviksrapport dersom det var noe. Avviksrapporter har for eksempel ført til at avdelingen har fått kassert gammelt og ødelagt utstyr og fått kjøpt inn nytt, det måtte kunne argumenteres for og ikke minst dokumenteres at avdelingen trengte dette utstyret, på grunn av innkjøpsstopp på sykehuset/avdelingen. En informant mener også dette er ett nødvendig verktøy for å få til endringer, være seg i prosedyrer eller andre ting, særlig i en så stor organisasjon.

Assistenten har registrert avvik i Docmap en del ganger, men har opplevd dette som vanskelig og rotete, da det ble gjort feil fordi det må registreres på rett instans og rett seksjon. I likhet med sykepleiergruppen fremstår avviksrapportering som tungvint for en del personer i assistentgruppen. Dette stemmer også overens med observasjoner som er gjort. Assistenten opplevde derimot å få tilbakemelding om at det ble oversendt til riktig sted og har fått bekreftelse på at avviket er registrert.

Måten systemet Docmap er designet på kan virke som en hindring for å rapportere avvik fordi det er tidskrevende, og på den måten har en del avvik ikke blitt rapportert. Dette gjelder også andre i assistentgruppen, basert på samtaler om avviksrapportering som skjer i korridorene på jobb. Enkelte blir fornærmet av at det skrives avvik på noe de har gjort, eller noen andre har gjort. De tar det veldig personlig, dette gjelder både innad i gruppen og mellom faggruppene. Etter en del avvik kan det oppstå dårlig stemning og dette kan virke negativt i forhold til å skape en rapporteringskultur.

”Dette handler også om at ikke alle har samme forståelse om hvorfor man skal rapportere avvik, det er nok et kjempe viktig poeng som fører til at en del avvik ikke rapporteres- Assistent”

På den andre siden er der noen som har forstått ledelsens forklaring om hvorfor det skal rapporteres, at det er for å få til forbedringer. Det trenger ikke alltid handle om ting som er glemt og lignende, men det kan eksempelvis være dager der det er så mye å gjøre at vi ikke rekker over alle oppgavene. Dersom det skrives avvik på dette vil problemet synliggjøres og på sikt måtte gjøres noe med. Slik bør det være, men ikke alle har den forståelsen.

Rapportering og tilbakemelding

På spørsmål om sykepleierne hadde fått tilbakemelding når de hadde skrevet avviksrapporter i Docmap var det varierende svar. Noen mente at de aldri hadde fått noen tilbakemelding, verken på om avviket var registrert eller hvordan saken var blitt håndtert. Det var usikkerhet på om hvorvidt de selv kunne gå inn å sjekke i Docmap om det var kommet noen tilbakemelding. Andre hadde opplevd å få e-post om at avviket var registrert og at saken ville tas videre. Noen hadde også opplevd at saker fra avviksrapporter ble tatt opp på møter i faggruppene, også avvik som de selv hadde rapportert inn. Ingen hadde opplevd å få direkte tilbakemelding fra sin nærmeste leder, og flere kunne ønsket seg dette. det var generelt usikkerhet om hvordan avvik behandles etter de er rapportert inn. Assistenten har ikke opplevd tilbakemelding i form av om tiltak er iverksatt etter avviksrapportering har ikke forekommet. Noen ganger er hendelser basert på avvik som er skrevet tatt opp på møter i gruppen.

Utfordringer ved rapportering og rapporteringskultur

Lederen snakker om flere utfordringer ved rapportering, disse går på tidsbruk, manglende opplæring og det å samkjøre metoden med helsearbeidernes hverdag og utdanning.

For å forsøke og få opp rapporteringsfrekvensen har man gitt opplæring til alle ledere, slik at de videre kan gi opplæring til sitt personell. Det er også innført et lappesystem inne på stuene, huskelapper som man kan skrive raskt når det skjer noe, slik at man kan bruke denne til å skrive avviksrapport i ettertid, men dette har heller ikke fungert som Gjennom utdanningen innlærer helsepersonell seg et mønster, tradisjonelt står pasientsikkerhet veldig høyt for alle som er utdannet i helsefag. Derfor må man innføre denne systemnivå tenkningen tidligere i utdanningen, det må forenes med den tradisjonen helsearbeidere kommer fra.

”Tradisjonen og kulturen til helsearbeiderne er kanskje ikke helt klare for disse systematiske metodene, og dette er noe som avdelingsledelsen prøver å jobbe med. Fordi vi som avdeling må bli bedre på avviksrapporing, vi må også bli bedre på forbedringsarbeid Det må implementeres i måten vi drifter på, dette med kvalitetsarbeid og forbedring, men det er vanskelig å ta dette i bruk i en hektisk hverdag-Leder”

En annen utfordring kan være hva som skal rapporteres. De fleste er som sagt klar på at avvik som går direkte på liv og helse skal tas opp, men det finnes mange gråsoner. Det kan være uenigheter mellom faggrupper hva som skal rapporteres om. For eksempel kan det være at enkelte ting som skjer inne på behandlingsrommene burde skrives avvik om, men enkelte faggrupper mener kanskje at dette er noe man bare må regne med at kan skje på grunn av prosedyren som skal utføres eller pasientens sykdom.

”Enkelte kan ha en holdning om at Dette skal ikke rapporteres som avvik, dette må man bare regne med at kan skje- Leder”

4.3 Rapporteringskultur

*”Må få vekk dette synet om at rapportering er for å ta rotta på noen- Sykepleier
5”*

En ting de alle i stor grad var enige om, inkludert lederen som ble intervjuet, var kulturen innad i avdelinger medvirker til at man er for dårlig til å rapportere avvik. Det går både på individer, men også på organisatoriske faktorer. Alle informantene var enig i at ledelsen var flinke til å oppfordre til at en skulle rapportere avvik dersom det skulle være noe. Forslag til hvordan avdelingen kunne få flere til å rapportere var blant annet at ledelsen burde kjøre en ny runde med opplæring i avviksrapportering i Docmap, da det fortsatt er mange som ikke kan det og av den grunn ikke rapporterer avvik. De som var blitt godt kjent med systemet og rapporterte en god del avvik ville også være behjelpelig med opplæring, og hadde ved flere tilfeller sagt at dersom noen trengte hjelp til å registrere avvik kunne de gjerne hjelpe.

Alle hadde opplevelsen av at det blir godt tatt i mot av ledelsen når avvik rapporteres, og de oppfordrer til at de ansatte skal komme med forbedringsforslag. Det er viktig at ledelsen og de ansatte jobber sammen for å innføre en kultur som legger til rette for å jobbe med forbedringsarbeid, blant annet gjennom avviksrapportering.

Med tanke på tidspresset som kan være medvirkende til at avvik ikke blir skrevet ble det uttalt at dersom en spurte en kollega om han/hun kunne overta vedkommende sine oppgaver en stund slik at en kunne få skrevet avviket, var de sikker på at de færreste ville sagt nei til å være behjelpelig i en slik situasjon.

Mange assistenter har en holdning om at rapportering er en heksejakt hvor det handler om å fordele skyld, og en del mener at saker som rapporteres ikke bør rapporteres. De som faktisk rapporterer avvik kan bli uglesett av enkelte andre personer i gruppen. Det er en del personer som er så kraftig i mot rapportering at dette kan også påvirke de som er usikre på om de vil rapportere avvik, fordi de er redde for at de også skal bli uglesett av sine kolleger.

*”Man anser det som en heksejakt, og de som ønsker å rapportere blir kanskje
redd for å bli uglesett- Assistent”*

Dette har jeg også opplevd gjennom mine observasjoner hvor jeg flere ganger har opplevd diskusjoner mellom assistentene, hvor de som er sterkt i mot avviksrapportering har ytret at de aldri vil skrive et avvik, særlig ikke på sine egne kolleger.

Flere mener at dersom de ser at avvik som ikke er så stort så er det bedre å si fra med en gang, enn at vedkommende skal få tilbakemelding i ettertid at det har blitt registrert at de har gjort noe feil og hvordan dette egentlig skal gjøres. Det har dannet seg en holdning hvor enkelte er av den oppfattelse at avvik handler om å rapportere hvem som har gjort feil, nesten i større grad enn hva som er feil og om dette er noe som er gjentakende i hele gruppen. Dette fokuset har jeg også opplevd i mine observasjoner. Jeg stiller også spørsmål til hvorfor det skal navngis hvem som har gjort feilen, da dette nok har påvirket hvordan rapporteringskultur som er etablert i assistentgruppen på en negativ måte.

Assistenten mener at det burde klargjøres fra ledelsens side hva som er viktig å rapportere, per dags dato oppleves en del av avvikene som skrives som bagateller. Samtidig er det en del ting som anses for ”smått” til å rapportere, men som kan belyse et problem som er gjentakende dersom avvikene ble registrert ofte nok.

Det fremstår som at personellet er generelt opptatt av pasientsikkerhet, men det eksisterer kanskje en del uenighet om hvordan man skal jobbe med det. For en del av helsepersonellet føles kanskje disse nasjonale pasientsikkerhetskampanjene ikke som en måte og innføre pasientsikkerhetskultur på, den passer ikke overens med den tradisjonen de er utdannet fra. Enkelte kulturer anser en del avvik som skjer som ting man burde regne med. Dersom det ikke ender med skade på pasienten, så er det ikke viktig å melde fra om det.

4.4 Organisatorisk læring

De fleste sykepleierne føler at de innenfor sin seksjon er flinke til å snakke om ting hvis det har skjedd noe under behandling. De tar feil som er skjedd som en faglig diskusjon, ofte både i teamet som var der.

Alle mener at de kan diskutere feil som har skjedd med sine kolleger, flere bruker aktivt sine kolleger som sparringspartnere for å selv kunne lære, og mener det er åpenhet for at dette gjøres. Samtidig er det ikke alltid så lett å lære av andres feil da man ikke har oversikt over hvilke avvik som rapporteres fordi det ikke tas opp så ofte. I følge undersøkelsen gjennomført av sykehuset selv så svarte 55.2% at det var lett å lære av andres feil, her er det forbedringspotensial

Noen mente at etter avviksrapportering i Docmap var innført falt det meste av faglige diskusjoner bort, og mente det var mer av dette før, da avviksrapportering foregikk med penn og papir. På denne måten syntes noen at et enormt læringspotensial forsvinner. De fleste var enige om at læringspotensialet ikke blir utnyttet fullt nok ut, også som en følge at det ikke rapporteres nok, man får ikke alltid tilbakemelding, og man er usikre på behandlingsprosessen av avvik og hendelser. Avvik og hendelser blir noen ganger brukt som en case som blir gjennomgått i fellesskap på møter i de forskjellige seksjonene. De fleste opplever dette som veldig lærerikt, og ønsker mer av dette.

”Etter Docmap ble innført er det nesten slutt på faglige diskusjoner om feil som har skjedd- Sykepleier 2”

Assistenten mener at det er et enormt læringspotensial i å rapportere avvik, og prøver å oppfordre til at gruppen burde være flinkere til å skrive avvik. Det har vært snakk om å sette av tid til at man kan ta opp avvik man har oppdaget på morgenmøte, så kan det skrives avvik som følge av ting som er tatt opp. Dette kunne kanskje vært med på å endre holdningen til rapportering.

I forhold til informasjonsflyt påpeker alle at det er veldig tilfeldig hvem som får høre informasjon om avvik som er rapportert og tiltak som innføres, eller dersom endringer innføres. Det er helt avhengig av hvem som er på jobb når det tas opp. E-post blir brukt som den kanalen for informasjonsdeling som skal nå ut til flest, men der har man heller ingen garanti for at mottagerne faktisk leser informasjonen de mottar.

Lederen påpeker at ledelsen og de ansatte må jobbe sammen om forbedringsarbeidet, og man må finne en måte å benytte de avvikene som rapporteres og bruke det i et forum i etterkant, for å fremme læring. Dersom Docmap kun benyttes til å rapportere avvik, og man ikke gjør noe videre med det oppnår man ikke det læringspotensialet som er mulig i følge lederen.

Rapportering og forbedring av pasientsikkerhet

I følge lederen er de fleste ansatte engasjerte og vil medvirke til forbedringer på avdelingen, dette må brukes i arbeidet med å få rapporteringssystemet til å fungere og bruke det videre i forbedringsprosesser. Man er avhengig av at alle faggrupper bidrar. Dette bør aktivt brukes i arbeidet med å forbedre pasientsikkerhetsarbeidet og ledelsen må jobbe med å danne noen rammer for dette arbeidet. Kulturen til helsearbeiderne er at vi er opptatt av at pasientene skal få god og sikker behandling, dette må man få metodene til å passe inn i.

Det er i dag et stort fokus på kompetanseheving i de forskjellige faggruppene. Assistentgruppen og sterilforsyninger er eksempler på en gruppe hvor det er investert mye i å heve kompetansen, og er nærmest en utdanning i seg selv. Så må en sørge for kvalitet i systemene som benyttes, og at disse implementeres og passer inn i hverdagen. Det er hele tiden nye oppgaver for personellet. Assistentgruppen sørger for at utstyr er klart og tilgjengelig når det trengs på stuene. alle faggruppene må jobbe sammen. Avdelingen som helhet kan hele tiden bli bedre, prosedyrer må følges og avvik må dokumenteres. Dette er en stor avdeling som skal fungere sammen og for å få til det er en avhengig av alle faggruppene.

4.5 Resultater fra observasjon

Dette er de hendelsene som har pekt seg ut i størst grad som relevante for oppgavens problemstilling. Utover disse observasjonene er det veldig vanlig å høre at assistenter snakker om at de enten ikke vet hvordan man skal rapportere når de skulle gjort det. Eller sier at de ikke vil skrive avvik uansett. Av hensyn til anonymitet har jeg ikke benyttet de reelle datoene for observasjon.

4.5.1 Rapporteringskultur

22/1-15: diskusjon i assistentgruppen

Assistent 1: Å skrive avvik kommer jeg aldri til å gjøre. Det kommer jeg aldri til å gjøre, tyste på en av mine egne.

Assistent 2: hørte for en stund siden at de oppfordret oss til å skrive avvik både på oss selv og andre.

Assistent 1: Ja hvem sa det da? Var det de som alltid rapporterer og fotfølger oss andre å ser om vi gjør jobben vår.

Alle i teamet samstemmer om at disse personene rapporterer alt mulig, og er sinte på de. Hvorfor skal de følge sånn med at andre gjør jobben sin når de ikke gjør det selv?

En av de andre assistentene påpeker at hun kan ikke rapportere avvik, men skulle gjort det flere ganger. Men er veldig usikker fordi så mange er mot det.

8/11-14: Diskusjon i assistentgruppen

En assistent er helt mot avviksrapportering og forstår ikke poenget med det. Irriterer seg svært mye av det er noen få på avdelingen som rapporterer hele tiden. Det føles som tysting og er helt feil å skulle rapportere avvik på seg selv og sine egne. Hvordan påvirker dette oss som gruppe? Det skaper bare dårlig stemning. Det er bedre å snakke med hverandre og si i fra om noe er gjort feil/forglemmelser/mangler. Kommer aldri til å rapportere avvik på meg selv eller andre assistenter. Ikke engang sykepleierne som hele tiden skriver avvik på oss og som løper rundt med bilder av blodflekker som bevis.

Ledelsen påpeker at de har oppfordret alle til å rapportere og det er en grunn til at rapportering er viktig, vi kan dokumentere feil eller mangler i våre prosedyrer og kan ta tak i

det samlet og forbedre oss. Det blir en bedre informasjonsflyt i vår gruppe og mellom gruppene, og prosedyrer kan forbedres og misforståelser kan rettes opp i.

Assistenten som er mot avviksrapportering har aldri hørt om denne oppfordringen om å rapportere avvik, men hun vil likevel ikke gjøre det.

En annen assistent som er til stede under diskusjonen, prøver å forklare at avviksrapportering er svært viktig, både for vår del og pasienten. Det er riktig å skrive avvik. På den måten får vi dokumentert feil og kan rette opp i prosedyrer og lignende. MEN til tross for den positive holdningen til avviksrapportering og forståelse for hvorfor man bør rapportere, kan assistenten selv ikke skrive avvik. Assistenten vet ikke hvordan rapporteringssystemet fungerer, men skulle ha skrevet avvik ved flere anledninger.

Foranledningen for denne diskusjonen var at det var skrevet avvik på noe utstyr som ikke var satt tilbake på riktig plass, mange mener denne type avvik er unødvendig. Personene som ikke hadde gjort dette var i tillegg identifisert og alle visste hvem som hadde skrevet avviket. Det viste seg derimot at det var uenighet blant assistentene om hvem som hadde gjort rett. Noen mente utstyret skulle vært der det ble lagt, mens andre mente det skulle blitt tatt på plass på ett annet område. Nærmeste leder undersøkte situasjonen og fant ut at avviket faktisk var ”feil” og utstyret skulle plasseres der det var blitt plassert. På bakgrunn av denne avviksmeldingen fikk man altså ryddet opp i en rutine som flere var uenige om og kan unngå irritasjoner angående akkurat dette i fremtiden. Dette avviket var ikke akkurat noe som kunne virket inn på pasienter sin sikkerhet, men er allikevel et fint eksempel på at avvik kan bidra til å rydde opp i rutiner og prosedyrer, og flere av prosedyrene assistentene utfører er viktig for pasientsikkerheten.

4.5.2 Faktorer som påvirker rapporteringskultur

Jeg vil starte med å presentere observasjoner jeg har gjort angående ledelsens oppfordring til å drive avviksrapportering.

”Bare rapporter alt uansett om det er på dere selv eller sykepleierne. Jo mer vi rapporterer, jo bedre ser det ut”.

8/9-14: Ny informasjon om prosedyrer blir ikke spredd

Dette var en ”hendelse” som jeg selv opplevde. Mens jeg holdte på å utføre en av våre faste rutiner kommer en sykepleier bort til meg. Sykepleieren forteller meg at vi skal ikke lenger gjøre det på denne måten som står i våre prosedyrer. Jeg tenker OK og gjør det på den ”nye måten” uten å tenke så mye over dette. noen uker etter dette kommer jeg tilbake på jobb og ser at noen andre utfører prosedyren på den måten sykepleieren sa til meg at vi ikke lenger skulle gjøre. Det har ikke denne assistenten hørt om. En av de andre har hørt om det jeg sier. Dette eksemplifiserer informasjonsflyt som ikke fungerer normalt, når det kun er jeg som var til stede og fikk beskjeden direkte, samt de jeg fortalte det til som kjenner til at vi skal gjøre det på en annen måte. Her er det altså uoverensstemmelse mellom våre prosedyrer og det sykepleierne sier vi skal gjøre.

4.6 Dokumentanalyse av Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ble gjennomført for å kartlegge ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten. Rapporten som jeg har fått tilgang til inneholder en oppsummering av medarbeidernes svar, og skal brukes som et redskap for evaluering av tidligere tiltak og iverksetting av forbedringsarbeid.

Hensikten med rapporten var at de i de forskjellige avdelingene skulle bruke den til å utforske resultatene sammen med medarbeiderne. Vider skulle det velges forbedringsområder og deretter vurdere og evaluere tiltak for forbedring av pasientsikkerheten og sikkerhetskulturen ved helseforetaket. Jeg har ingen informasjon om hvorvidt dette er gjennomført i avdelingen jeg har gjort undersøkelsen min i, eller framgangen av dette arbeidet i helseforetaket for øvrig.

I avdelingen hadde de en svarprosent på 45,7 %, for at svarene skulle være valide krevdes 60% svarprosent. På dette grunnlag bør avdelingen selv undersøke den lave svarprosenten. Til tross for en lav svarprosent velger jeg fortsatt å bruke rapporten som en del av empirikapittelet da jeg mener det underbygger noen av de funnene jeg har gjort, og er således med på å gjøre innholdet mer fylldig.

I forbindelse med at hver avdeling skule gjøre ett forbedringsarbeid på enkelte punkter var det noen retningslinjer for hvilke punkter som måtte tas tak i:

- færre enn 60% rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller sikkerhetsklima har høyest risiko for pasientskade og må arbeide mest for å få det bedre.
- Mellom 60 % og 80 % av medarbeiderne som rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima har mindre risiko for pasientskade, men må fortsatt forbedre seg
- 80 % eller flere rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller sikkerhetsklima bør ikke endre på noe.

Teamarbeidsklima og sikkerhetsklima brukes altså som faktorer for å si noe om pasientsikkerhetskulturen. De har også undersøkt ledelsens fokus på pasientsikkerhet, dette er ikke tatt med som punkt forbedringspotensial for medarbeiderne. Jeg går ut i fra verdiene som er satt av helseforetaket og presenterer spørsmålene som har under 80% positive svar.

4.6.1 Sikkerhetsklima

Totalt på sikkerhetsklima får avdelingen en skår på 65 % positive svar.

1. 67.4 % svarer positivt på at de ”Vet hvilke kanaler som skal benyttes for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her”. Andelen viser at det må gjøres forbedringer.

Standardavviket var 29.18.

2. På spørsmålet ”Jeg får passende tilbakemeldinger på arbeidet mitt (Korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)” hadde kun 54.3 % andel positive svar, og viser at her må det kraftige forbedringer til. Standardavviket var 30.06 og viser større spredning i svarene.

3. På spørsmålet ”det er vanskelig å diskutere feil her” var det også en lav andel positive svar, kun 57.4 %. Dette kan antyde at flere synes det er vanskelig å diskutere feil med sine kolleger og det må gjøres klare forbedringer på dette punktet. Standardavviket var på 30.72 og viser større spredning i svarene.

4. På spørsmålet ”Kolleger oppmuntrer meg til å si i fra om hver sikkerhetsbekymring jeg måtte ha” var det 69.3 % positive svar på spørsmålet. Forbedringer må gjøres for å unngå pasientskader.

5. På spørsmålet ”Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil” var det 61.3 % positive svar. Her må det gjøres forbedringer. Rett over 60 % og dette kan antyde at det er høyere risiko for pasientskade.

4.6.2 Teamarbeidsklima

Totalt på teamarbeidsklima har de faktorert for 68 % andel positive svar..

6. På spørsmålet ”Mine innspill blir godt mottatt her” var andelen positive svar 70%, standardavviket var på 23.94 og antyder en del spredning i svarene. Her må det gjøres noen forbedringer internt.

7. På spørsmålet ”Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager ett problem med pasientbehandlingen” er andelen positive svar på 67.3 % og et standardavvik på 27.72 som også indikerer større uenighet blant de som har svart. .

4.6.3 Ledelsens fokus på pasientsikkerhet

Denne kategorien gir et inntrykk av medarbeidernes oppfattelse av hvor høyt ledelsen prioriterer sikkerhet.

8. Det første spørsmålet i kategorien er ”mine forslag ville bli behandlet dersom jeg la de frem for ledelsen”. Her er andelen positive svar 68.1 % og dette indikerer at endringer bør innføres.

9. På spørsmålet ”Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå utover pasientsikkerheten” er andelen positive svar 60 %. På samme spørsmål angående sykehusledelsen er andelen positive svar kun 47.3 %, noe som kan fremstå som ganske kritisk.

5 Drøfting

I dette kapittelet knyttes empiri og teori sammen i en diskusjon for å belyse og besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

5.1 Pasientsikkerhet

Forståelse av pasientsikkerhet

Å finne ut hvilken forståelse de ansatte på avdelingen har av pasientsikkerhet var viktig og interessant. Med tanke på at en sykehusavdeling har høye krav til sikkerhet, ville det vært alvorlig om forståelsen av pasientsikkerhet hadde vært meget sprikende. Dette også med tanke på fokuset på pasientsikkerhet som har vært i helsevesenet de siste årene. I følge Aase (2010) handler pasientsikkerhet om å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser unngås. Dette må gjøres gjennom å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader når helsepersonell behandler pasienter (Vincent, 2006). Alle sykepleierne hadde en forståelse av hva begrepet pasientsikkerhet innebærer, selv om enkelte vektla og ordla seg forskjellig. Stikkordene her var omsorg, sikker og trygg behandling, gi pasienten den beste og riktig behandling og etisk og faglig forsvarlighet. I forhold til definisjonene av pasientsikkerhet som her er brukt, kan en se at sykepleierne jeg snakket med vektlegger de viktigste faktorene som går på å forhindre skade og ivareta sikkerhet.

På assistentsiden er det vanskelig å konkret si noe om deres oppfattelse av pasientsikkerhet. Gjennom intervju kom det derimot frem at rutiner som assistentene følger er for å sikre sterile forhold rundt pasienten. Dette kan knyttes til pasientsikkerhet med tanke på infeksjonskontroll. En gruppe av skader man i stor grad ønsker å unngå i forbindelse med behandling er infeksjonssykdommer, og dette kan blant annet gjøres ved å sørge for at pasienter behandles i et sterilt område og ikke utsettes for smitte.

Tiltak for pasientsikkerhet

Tiltak som benyttes for å sørge for pasienters sikkerhet handlet i følge sykepleierne i stor grad om å følge sjekklister og prosedyrer. Dette er prosedyrer som både er innlært gjennom utdanningen, men også prosedyrer som er spesifikke for enkelte behandlinger. Flere av prosedyrene som sykepleierne følger er også laget eller endret i forbindelse med avviksrapporter i Docmap. Dette viser til at avvik som rapporteres kan føre til endringer, dette

er i følge Reason viktig for rapporteringskulturen. Fokuset omkring tiltak for pasientsikkerhet lå mest på det hver enkelt sykepleier kunne gjøre. Dette kan påpeke det faktum at systemtilnærmingen man ønsker å ha til pasientsikkerhet ikke er så godt implementert blant de som jobber nærmest pasientene. Det er de siste årene blitt ett større fokus på å jobbe med sikkerhet og pasientsikkerhet på ett overordnet systemnivå. Systemperspektivet skal kunne si mer om bakenforliggende årsaker om hvorfor feil skjer. Et individperspektiv fokuserer i større grad på at skyld skal fordeles til enkeltindivider som er involvert. Ved ett slikt individperspektiv faller læringspotensialet i stor grad bort. Det blir da svært vanskelig å jobbe med å forbedre pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet handler i stor grad om det å lære av sine tidligere feil for å unngå at det skal skje igjen.

For assistentgruppen ble det påpekt at det eksisterer retningslinjer for vask og desinfisering av utstyr og områder på avdelingen. En bekymring som ble reist her var at mange synes enkelte rutiner er overdrevne, til tider følges rutiner som i enkelte situasjoner er unødvendige. Hovedproblemet med dette er dersom det fører til at assistenter begynner å sluntre unna fordi det i enkelte tilfeller går greit. Dette kan danne grunnlag for latente forhold som i ett worst-case scenario kan føre til at pasienter utsettes for smitte.

Ledelsens fokus på pasientsikkerhet

I følge Reason er det svært viktig at ledelsen har ett høyt fokus på sikkerhet for å danne god sikkerhetskultur og rapporteringskultur. Ledelsens fokus på pasientsikkerhet vil likeledes være ledende for hvordan de ansatte fokuserer på det samme. Tiltak og prosedyrer må settes i gang fra ledelsens side, men gjerne i samspill med de ansatte og deres innspill. På assistentsiden ble det påpekt at ledelsen her har en del å gjøre i forhold til de rutiner og prosedyrer som eksisterer, samt det å framstå som tydelige. Prosedyrene og opplæringsprogrammet som finnes for assistentene kan være utdatert, og bør revideres for å være i tråd med dagens krav til pasientsikkerhet. Dersom prosedyrene og tiltakene fra ledelsens side ikke er tilstrekkelige for pasientsikkerheten, vil dette påvirke den jobben som gjøres.

Sykepleierne påpekte at ledelsen har fokus på pasientsikkerhet og tiltak for å forbedre denne. De innfører nye tiltak eller endrer prosedyrer dersom dette er nødvendig. Dette er i tråd med organisatorisk læring, som omhandler det å innføre endringer for å forbedre situasjonen. For å forbedre pasientsikkerheten er avdelingen avhengig av at de tiltak og

prosedyrer som eksisterer hele tiden revideres. For å forbedre pasientsikkerhet er man avhengig av å lære av feil eller prosedyrer som ikke fungerer optimalt for å unngå at uønskede hendelser skal gjenta seg. Ledelsen er i stor grad flinke til å oppfordre de ansatte til å benytte seg av prosedyrer/sjekklistene og følge disse. Ledelsen er også flinke til å oppfordre om at avvik og feil må rapporteres da dette er viktig for å kunne forbedre pasientsikkerheten gjennom læring. Ikke minst er blant annet denne oppfordringen viktig for å ha en positiv rapporteringskultur på avdelingen.

Ledelsen kan i verste fall være en kilde til at pasientsikkerheten påvirkes i negativ retning. I samspill med at ledelsen har mange krav de må møte om effektivitet og å holde seg innenfor økonomiske rammer mener flere av sykepleierne at avgjørelser de tar kan ha negativ innvirkning på pasientsikkerheten. Sykepleierne er ikke alltid enige i disse avgjørelsene. Det viktigste eksempelet var kanskje når lederne under møter satt opp behandlingsprogram som i følge sykepleierne ikke er realistiske. Ledelsen har ikke full innsikt i alt som foregår på et behandlingsrom og hvor mye tid som er nødvendig, ikke minst mellom behandlinger. Sykepleierne i samspill med resten av teamet som jobber med pasienten er allikevel villige til å strekke seg ganske langt for å få gjennomført hele programmet.

Dersom man ser til rapporten gjennomført av UNN selv og spørsmålene ”Ledelsen lokalt og sykehusledelsen tar aldri avgjørelser som kan true pasientsikkerheten” hadde en andel positive svar som var nokså lav, og på ett slikt nivå at tiltak måtte innføres. Ledelsen må vise at de setter pasientsikkerhet høyt. En god sikkerhetskultur må gjenspeiles gjennom både ledelsen og de ansatte. Dersom ledelsen tar avgjørelser som fører til at de ansatte hele tiden må skynde seg og ta avveininger som kan forringe pasientsikkerheten kan man få en meget negativ spiral som totalt sett kan påvirke pasientsikkerheten negativt. Det er ikke dermed sagt at pasientsikkerheten automatisk må bli dårligere, men det kan bli fatalt dersom flere faktorer får påvirke hverandre, det vil si latente forhold forplanter seg i organisasjonen.

Tidspress

Tidspress ble nevnt som en av de største utfordringene for å sikre pasientsikkerheten. Som diskutert overfor er tette behandlingsprogram en av de faktorene som fører til stress. Dersom man ser på figur 1 ”Feilhandlinger” vil tidspress og tette behandlingsprogram representere eksempler på lokale forhold som kan medvirke til at ulykker skjer. Disse forholdene kan igjen føre til at helsepersonell utfører feilhandlinger som fører til direkte konsekvenser for

pasientene i form av skade eller død. Denne sammenhengen viser hvordan lokale arbeidsforhold som går på dårlig planlegging og ett samtidig ønske om å få gitt behandling til pasientene som skal få det til det oppsatte tidspunktet, kombinert med andre uforutsette forhold som spiller inn samtidig, kan være med på å senke pasientsikkerheten. Organisatoriske forhold kan også identifiseres i denne situasjonen da årsaken for tette behandlingsprogrammer kommer fra krav om å redusere ventetid for pasientene, økt effektivitet og at man skal holde seg innenfor gitte økonomiske rammer som er gitt av helseforetaket regionalt og lokalt. Stramme økonomiske rammer kan bidra til at latente forhold forplanter seg i organisasjonen. Ved hjelp av rapporteringssystemer kan en identifisere latente forhold i større grad ved hjelp av innrapporterte avvik. Potensialet av å benytte et rapporteringssystem kan dessverre ikke gjøre mye med det tidspresset som finnes i de fleste sykehus, men ved å ha oversikt over avvik som kan oppstå som ett resultat av tidspres kan muligheten for å forebygge feil som skjer under tidspres være til stede.

5.2 Rapportering og rapporteringskultur på avdelingen

Hva rapporteres?

De fleste påpeker at de vet hvilket system som skal benyttes for å rapportere, og alle har rapportert avvik før. Fra helseforetakets pasientsikkerhetskulturundersøkelse kan en se at andelen positive svar på spørsmål om de ansatte vet hvilke kanaler som skal benyttes for å stille spørsmål om pasientsikkerhet var nokså høy, 67,4 %. Docmap er til for å stille spørsmål om pasientsikkerhet for eksempel ved at personell kan sende inn forslag til forbedringer eller for å melde fra om saker de har opplevd. Siden andelen positive svar var under 80% bør likevel inntak innføres med tanke på å redusere risikoen for pasientskader. Hvis man skal fundere i hva som er årsaken til at ikke alle vet hva slags kanaler som skal benyttes, kan det muligens være det at helsepersonellet ikke tenker over hva Docmap skal brukes til og hva som skal rapporteres. Avdelingen er i følge ledelsen klar over at mange ikke rapporterer på grunn av det lave antallet avviksmeldinger som registreres. Rapporteringssystemet brukes muligens i størst grad til å rapportere avvik som indirekte kan påvirke pasienten. det er mye fokus på å skrive avviksmeldinger om utstyr som er skadet/ødelagt eller er plassert feil. Ventetid er en annen faktor det rapporteres om i stor grad. Dette kan være viktig sett opp mot pasientsikkerhet og at pasienter skal få riktig behandling, til riktig tid.

Gjennom mine observasjoner har jeg også sett at ikke alle vet at man skal rapportere. Oppfordringen om å rapportere avvik og feil har ikke kommet frem. Dette gjelder særlig på assistentsiden. Det er derimot ikke urimelig å anta at manglende informasjon om rapportering kan gjelde flere. Dette kan sees opp mot informasjonsflyt, og man bør undersøke hvorfor det er slik at ikke alle har fått med seg denne oppfordringen, særlig når fokuset på at man skal rapportere er så stort hos ledelsen. Informasjonsflyt er i følge Westrum en god indikator på hvordan man jobber med sikkerhet. I dette tilfellet kan man si at informasjonsflyt også er viktig for å kunne jobbe med rapportering og rapporteringskultur. For å sikre en god rapporteringskultur og god informasjonsflyt, er en av de grunnleggende faktorene som må være på plass at riktig og lik informasjon kommer ut til alle. Dersom god informasjonsflyt gjennom rapporterte avvik og forbedrede rutiner bidrar til at avdelingen kan drifte sikrere, kan dette være medvirkende til å forbedre pasientsikkerheten på avdelingen. Et annet faktum er at oppfordringen til dels har gått på at personell skal rapportere, fordi det ser bra ut for avdelingen dersom antallet rapporter er høyt. Denne oppfordringen kan slå feil ut på den

måten at det kan tolkes som at poenget med å rapportere er at avdelingen skal se bra ut. Fokuset må ligge på å lære av det som skjer på avdelingen for å forbedre forholdene både for de ansatte og pasientene.

Rapportering og tilbakemelding

Informantene hadde i varierende grad fått tilbakemelding i etterkant av sine avviksmeldinger. Enkelte informanter opplevde at de alltid fikk svar på sine avviksmeldinger med hvilke tiltak som eventuelt skulle gjøres. Andre hadde kun fått melding om at saken var tatt videre. Noen hadde derimot opplevd å ikke få tilbakemelding i det hele tatt. Disse informantene hadde heller ikke logget seg inn i Docmap for å se om det var kommet noen tilbakemelding og kjente ikke til om de kunne gjøre det. En informant hadde opplevd at det i etterkant av deres avviksmelding ble tatt opp en slik sak, selv om det ikke eksplisitt ble uttrykket at det var på bakgrunn av avviksmeldingen. Det er svært negativt at de ansatte ikke føler at de får tilfredsstillende tilbakemelding på sine rapporter og avviksmeldinger. I følge helseforetakets egen undersøkelse indikerte andelen positive svar at kun 54,3 % mener de får passende tilbakemelding på arbeidet sitt, dette kan også gjelde tilbakemelding på avviksmeldinger. En av faktorene som er viktig for å oppnå en god rapporteringskultur er at brukerne av rapporteringssystemet får tilbakemeldinger. Dersom dette ikke skjer er det lett å miste motivasjon for å melde i fra om saker. Særlig fordi en lett kan tenke at meldingene ikke tas tak i eller følges opp med avvik. Dette kan føre til at personer som har skrevet avviksmeldinger uten å få noen form for tilbakemelding slutter å rapportere. I tillegg kan dette påvirke flere dersom det snakkes om, og konklusjonen en kommer frem til er at det ikke er noen nytte i å skrive avviksmeldinger.

Utfordringer ved rapportering og rapporteringskultur

Gjennom intervjuer fikk jeg avdekket at flere mente at opplæring i Docmap ikke var tilfredsstillende. Dette har jeg også fått inntrykk av gjennom mine observasjoner generelt. Det er fortsatt mange som ikke kan bruke systemet. Flere av de som har skrevet avvik i systemet har måttet gjort dette ved å prøve og feile. Flere på avdelingen har ikke fått opplæring i det hele tatt. Dette til tross for at alle lederne har fått opplæring slik at de skal kunne gi videre opplæring til de ansatte. Ledelsen i avdelinger bør satse på å kjøre nye runder med opplæring. I denne sammenheng kan avdelingen benytte de som allerede har lært seg hvordan rapporteringssystemet fungerer. Det kan gjøre det mer gjennomførbart å kjøre nye runder med

opplæring. Alle informantene mener Docmap er ett komplisert system, men at det har blitt enklere med årene. Dersom avdelingen har mislyktes med opplæringsprosessen samt at det finnes flere som ikke har fått opplæring i systemet, inkludert undertegnede, kan en si at grunnlaget for å danne en god rapporteringskultur blir ganske svakt. I ett slikt tilfelle er det omtrent meningsløst at ledelsen oppfordrer om å skrive avvik og melde fra om feil. Akkurat som at det ikke hjelper å påpeke at det ikke handler om fordeling av skyld, men om læring, når mange ikke er kjent med systemet som skal benyttes for å oppnå rapportering og læring. Kompliserte systemer er i følge Aase en av barrierene som motvirker rapporteringskultur, da er det meget viktig å fjerne denne barrieren gjennom opplæring. Det må tas initiativ både fra ledelsens side og de ansattes side for å få i gang mer opplæring, og det kan være lurt å gjøre dette i mindre grupper både så man kan sikre at alle får opplæring og at opplegget er effektivt. Ved å la de ansatte til å bistå med opplæringen kan avdelingen oppnå også en annen positiv faktor. Det kan føre til at en i større grad får spredd en holdning om at rapportering er greit og ikke minst viktig, samt at de ansatte viser at de støtter dette tiltaket. Dette kan hjelpe på å nedtone holdninger om at rapportering er ett verktøy for å sladre på sine kolleger og kan således hjelpe til å etablere en positiv rapporteringskultur.

Sykepleierne har selvfølgelig et stort fokus på pasientsikkerhet, dette er i tråd med deres utdanning og tradisjon. De fokuserer i mindre grad på tiltak og forhold i et helhetlig perspektiv i forhold til å forbedre pasientsikkerhet på avdelingen. Eksempelvis snakker de i mindre grad om kampanjer. De tenker veldig ”lokalt” og ofte kun på sine egne arbeidsoppgaver. I forhold til individ- og systemperspektiv jobber man stadig mot at det skal fokuseres mer på de bakenforliggende forholdene som danner grunnlaget for at feil kan skje. Dersom alle fokuserer i stor grad på seg selv og sine egne oppgaver kan det bli svært vanskelig å løfte blikket å få et overblikk over hvordan situasjonen faktisk er. Flere sykepleiere nevnte at de ofte opplevde avvik inne på stuen som ikke burde finne sted. Dette var likevel ikke noe de rapporterte om i stor grad. Slike avvik kunne være prosedyrer som ikke ble fulgt og lignende avvik. Grunnen for at disse avvikene ikke rapporteres om mente de selv var på grunn av at de ikke hadde tilgang til Docmap-systemet inne på stuen. Når de kommer ut av stuen er saken ofte glemt, eller de må springe videre til neste pasient. Sett opp mot Reasons ”Feilhandlinger” kan faktorer som gjør avviksrapporing vanskeligere anses som forhold lokalt som legger opp til at de ansatte ikke får rapportert de saker de mener burde rapporteres. Det som ikke rapporteres, men som er en gjenganger som skjer til stadighet kan

som kjent danne latente forhold og legge opp til at feil skjer, uten at man har registrert på forhånd at det er ett problem. Dersom feil ikke rapporteres inn i rapporteringssystemet kan det være vanskelig å identifisere sikkerhetsproblemer.

På assistentsiden har jeg gjennom mine funn identifisert noen momenter som vitner om en negativ rapporteringskultur. Som tidligere nevnt har oppfordringen om å skrive avvik ikke nådd frem til alle, og man har ikke lyktes i å dele informasjonen til alle som skal ha den. Samtidig er det en stor andel av gruppen som er totalt mot det å skrive avvik, særlig på sine kolleger og seg selv. Det kan spekuleres i om det eksisterer frykt for å bli lagt skyld på. Her kan det se ut som kollegiale mekanismer spiller større rolle enn frykt for å bli straffet av ledelsen. Som jeg har funnet ut både gjennom observasjon og intervjuer blir de som rapporterer uglesett av de andre og rett og slett snakket ned av sine kolleger. Flere mener at det å skrive avvik på sine kolleger minner er tysting eller overvåking og ødelegger tilliten i gruppa i så stor grad at de aldri kan tenke seg å skrive avvik selv. som det fremstår gjennom mine observasjoner og intervjuer har ledelsen i ikke lyktes med å etablere en positiv rapporteringskultur. En grunn for at det kanskje ikke føles trygt å rapportere er at personene som har gjort feilen faktisk blir navngitt, det fokuseres i større grad på hvem som har gjort feilen enn hvorfor feilen skjedde. Dette stemmer ikke overens med krav til rapporteringskultur, eller det systemperspektivet man ønsker å ha i helsevesenet.

Selv om det framstår slik at det ikke er alle som er sterkt i mot rapportering, er det liten tvil om at disse holdningene kan spre seg. Det er sterke personligheter som har disse meningene og de er ikke redde for å si det. Gjennom observasjon vet jeg at andre som kanskje vurderer å rapportere avvik, faktisk ikke gjør det på grunn av den negative holdningen enkelte har til rapportering. Frykten for å bli uglesett av sine kolleger er større enn ønsket om å rapportere noe man mener er feil. Et annet problem ved at det har dannet seg en så negativ rapporteringskultur er at denne holdningen med stor sannsynlighet vil spre seg til nyansatte. Særlig dersom nyansatte ikke får opplæring av noen som er positiv til systemet tidlig i opplæringsforløpet.

Andre årsaker til at rapporteringskulturen kan betegnes som dårlig er at flere ikke har fått opplæring i systemet og er dermed ikke i stand til å rapportere avvik om ønsket skulle være å gjøre det. det kan også være ett problem at det ikke er definert i noen grad om hva som skal rapporteres og ikke. Det er selvfølgelig ikke mulig å lage en standard som dekker alle

tenkelige avvik som kan oppstå. For å hindre både over- og underrapportering tror jeg det ville virke positivt å ta tak i problematikken med hva som skal rapporteres og ikke. Denne problematikken kan ses i lys Dixons modell om meningsstrukturer og delen som omhandler kollektive meningsstrukturer og det negative aspektet ved dette. Her har det delvis fått etablere seg en kultur om at rapportering er negativt og det gjør ikke assistentgruppen. Kulturen gjør det altså mulig at en går glipp av læringspotensial og muligheten for å gjøre forbedringer. Dette vil drøftes nærmere i neste del om læringskultur og organisatorisk læring.

Ledelsen kan sies og ha mislyktes med å innfri krav som er grunnleggende for å etablere en rapporteringskultur. Det mest avgjørende her er kanskje at melderens anonymitet ikke beskyttes, samt at en fokuserer på hvem som har gjort feilen. Ledelsen har en stor jobb med å endre på holdningene til rapportering og påpeke hvordan det å rapportere avvik kan føre til forbedringer å læring for assistentgruppen. For å gjøre dette må man også sikre at alle får informasjon om rapportering, og at den er lik. Dette kan gjøres i samspill med at en ny runde med opplæring kjøres. Fokuset bør heller ikke ligge på at det ser bra ut for avdelingen at det er høy grad av avviksrapportering, fokuset må ligge på hvorfor det skal rapporteres og de positive sidene med det.

En kan analysere episoden hvor det ble en stor diskusjon i assistentgruppen om hvorfor man bør rapportere. Her ble det avdekket ett brudd i informasjonsflyten. Utstyret var ikke feilplassert, det var plassert riktig. Beskjeden om dette hadde riktignok ikke kommet til alle. En av faktorene som er viktig for god informasjonsflyt er at de personene som trenger det, får den riktige informasjonen som skal til for at de kan gjøre jobben sin. I dette tilfellet, og dette er ikke det eneste, ble ikke faktorene for å oppnå god informasjonsflyt oppnådd. Informasjonsflyt henger tett sammen med hvordan organisasjoner jobber med sikkerhet og sikkerhetskultur. Hvordan avdelingen i denne undersøkelsen defineres i forhold til Westrum og Hudsons organisasjonstypologi sier noe om hvordan avdelingen behandler informasjon, og således jobber med sikkerhet og rapporteringskultur. Rapporteringskultur har også innvirkning på informasjonsflyten, da rapporterte avvik og hendelser kan gi informasjon om sikkerhetsproblemer som bør håndteres av organisasjonen.

Positive tendenser ved rapporteringskulturen

Ett positivt aspekt ved rapporteringskulturen på avdelingen er at det er flere personer som har begynt å rapportere avvik. Dette kommer frem i både intervjuer og mine observasjoner.

Fokuset på hva som rapporteres kan derimot diskuteres. Det kan fremstå som at de som rapporterer mye avvik i stor grad benytter dette som ett politisk virkemiddel for å få tak i nytt utstyr til avdelingen i en tid som er preget av innkjøpsstopp. Som jeg diskuterte tidligere kan disse personene delta i en ny runde for å gi opplæring i rapporteringssystemet. Som ett grep for å danne en positiv rapporteringskultur kan disse personene være med på å skape positive holdninger til å danne en rapporteringskultur. På denne måten kan man fjerne frykten for å rapportere hos de ansatte på avdelingen, særlig knyttet til negative reaksjoner fra kolleger.

Gjennom pasientsikkerhetsundersøkelsen omhandlet et spørsmål om de ansattes innspill ble godt mottatt. Andelen positive svar var på 70 % som indikerer at forbedringer kan gjøres. På spørsmål om ansattes forslag ville bli behandlet av ledelsen var andelen positive svar 68.1 %. Dette sier noe om at de fleste kan dele sine innspill om hvordan eksempelvis forbedringer kan gjøres og at disse forslagene møter positiv respons. For å danne en god rapporteringskultur kan det være viktig at de ansatte har følelsen av at de får bidra og at de blir hørt. Dette er viktig for å skape motivasjon for å rapportere.

Faktorer som påvirker rapporteringskulturen

Ut fra den beskrivelsen som er gitt av rapporteringskulturen på avdelingen gjennom drøfting kan informasjonsflyten på avdelingen diskuteres. Hvordan avdelingen defineres i forhold til Westrum og Hudsons organisasjonstypologi har også betydning for hvordan avdelingen behandler informasjon. Organisasjonstypologi og informasjonsflyt har implikasjoner for rapporteringskulturen på avdelingen, men rapporteringskulturen påvirker også avdelingens informasjonsflyt med tanke på å gjøre informasjon om sikkerhetstrusler for pasientsikkerheten tilgjengelig. Faktorer som sier noe om informasjonsflyt er diskutert flere steder tidligere i drøftingen, men her vil jeg forsøke å drøfte informasjonsflyt og organisasjonstypologi i større grad for å belyse hvordan dette påvirker rapporteringskulturen og motsatt.

En faktor som er viktig for å skape god informasjonsflyt er å sikre at de som har bruk for informasjon får denne og at informasjonen er relevant. Den vanligste måten å informere om prosedyrer som er revidert og endret på bakgrunn av avviksrapporter i Docmap, eller på grunn av noe annet er å sende informasjonen på e-post. Alle på avdelingen jeg har undersøkt har tilgang til privat e-post konto i helseforetaket. Informasjonen gjøres altså tilgjengelig, men med e-post som formidlingsmåte er det ikke dermed sagt at alle leser denne informasjon. Ved

formidling gjennom e-post kan en aldri kontrollere at de som må lese informasjonen faktisk har gjort det. Noen informanter sa at det hender at ikke alle følger nye prosedyrer. I lys av teori om informasjonsflyt kan en årsak til dette være at ikke alle har lest informasjonen om endrede prosedyrer, selv om den er gjort tilgjengelig for dem. Dette kan føre til en dårligere informasjonsflyt, og prosedyrer for å drifte mest mulig sikkert for pasientene gjøres forskjellig.

For å kunne håndtere problemer knyttet til sikkerhet på best mulig måte er det som sagt essensielt at relevant informasjon om sikkerhetstrusler eller problemer er tilgjengelig. Ett tiltak for å ha informasjon om sikkerhetstrusler tilgjengelig er gjennom avviksmeldinger og rapporter om uønskede hendelser som registreres i Docmap. Dersom avdelingen ikke benytter seg av rapporteringssystemets potensiale, mister avdelingen også muligheten til å ha oversikten over brudd i prosedyrer som kan danne latente forhold og videre føre til en uønsket hendelse.

På bakgrunn av hvordan avdelingen behandler informasjon og håndterer avvik i Docmap kan man se noen trekk fra tabell 1. Alle informantene var klare på at ledelsen oppfordrer til å rapportere avvik eller uønskede hendelser Docmap. Dette er ett trekk ved avdelingen som kan sammenlignes med en proaktiv eller til og med generativ organisasjonstype. Samtidig tyder mine funn på at avviksmeldinger ikke alltid følges opp, dermed preges avdelingen antakeligvis mer av en proaktiv organisasjonstype enn en generativ. Det faktum at meldere i varierende grad får tilbakemelding i etterkant av og ha skrevet avvik peker også i retning av en proaktiv organisasjonskultur. Avdelingen oppfordrer til at de ansatte skal bidra med sine innspill for å forbedre pasientsikkerheten på avdelingen gjennom rapporteringssystemet, samtidig er det ledelsen som kontrollerer om forslagene er gjennomførbare. Av tabell 1 kan en se at dette kjennetegner en proaktiv organisasjonstype.

5.3 Organisatorisk læring

En viktig faktor for å lære av feil som har skjedd å forhindre at de skjer igjen er at personellet har muligheten til å snakke om feilene i etterkant av hendelser. De fleste påpeker at de innenfor sin seksjon kan snakke om feil med hverandre. Ofte snakker også teamet som var sammen under behandlingen, om hendelser i etterkant dersom noe har oppstått. Flere bruker sine kolleger som sparringspartnere for å utveksle erfaring og opplevelser, samt søke råd hos eksempelvis mer erfarne kolleger. I helseforetakets rapport kommer det frem andelen positive

svar for spørsmålet om det er lett å lære av andres feil ligger på 61,3 %, det indikerer at forbedringer må til. Dette vises også gjennom intervjuene hvor de påpeker at de kan snakke med hverandre om feil som skjer, men samtidig går det på eget initiativ og det er ikke lagt opp til noen arenaer som spesifikt tar for seg det å snakke om feil og hendelser som forekommer. Dette er i tråd med Dixons modell for meningsstrukturer og hvordan en tilgjengelig meningsstruktur oppstår. Sykepleierne diskuterer saker som har hendt med hverandre, og for en liten del av avdelingen og seksjonen oppstår det et læringspotensial. Dette betegnes som læring som skjer i korridorene- men læringen gjøres ikke tilgjengelig for alle og organisatorisk læring oppnås ikke. Hadde disse sakene blitt registrert som avviksmeldinger og videre tatt opp på en passende arena, kunne muligheten for å danne en kollektiv meningsstruktur og oppnå organisatorisk vært til stede. Dette kunne potensielt sett dannet ett grunnlag for å forbedre rutiner og prosedyrer som fører til at pasientsikkerheten forbedres.

De fleste sykepleierne påpekte at det ikke finnes noen arena som spesifikt er til for å ta opp avvik og hendelser som oppstår. Dette var noe de savnet. Enkelte mente at etter Docmap-systemet ble innført forsvant arena for å diskutere feil for å kunne lære av de, det var mer av det før. Tidvis tas slike temaer opp på faste møter de har, men det er sjelden tid til det. dersom det faktisk er slik at det har blitt mindre grad av diskusjonsforum hvor en kan lære av hendelser på grunn av måten Docmap er designet på, så har man faktisk fått motsatt virkning av det som var intensjonen. Som helseministeren sa i sin tale skulle rapporteringssystem benyttes for å oppnå læring og for å forbedre pasientsikkerheten. Dersom en klarer å legge til rette for en arena hvor faglige diskusjoner finner sted, sammen med at rapporteringssystemet benyttes og diskusjonene baseres på informasjonen som registreres i systemet kan man flytte ”læringen fra korridorene” inn i en etablert struktur. Dette ville vært i tråd med Dixon som påpeker at for å oppnå organisatorisk læring må dette gjøres gjennom å formalisere og strukturere den læringen som skjer i korridorene, og gjøre den tilgjengelig for alle i organisasjon. Slik det fremstår nå foregår det meste av læringen i korridorene, kolleger i mellom, men avdelingen oppnår ikke organisatorisk læring.

Ett annet eksempel på at læring ikke gjøres kollektiv er dersom en sykepleier under en behandling legger merke til noe som kan defineres som ett avvik, sykepleieren gjør seg da noen meninger om hvordan ting i stedet skal gjøres. Kanskje tenker sykepleieren over måter denne prosedyren kunne vært forbedret. Etter denne hendelsen rapporterer sykepleieren

likevel ikke om dette avviket med forbedringsforslag, og denne kunnskapen holdes da privat i følge Dixon (1999).

Kollektiv læring kan også ha et negativt aspekt. Etter at avvik er registrert i Docmap innføres endringer i prosedyrer, men det er ikke gitt at nye prosedyrer alltid følges av helsepersonellet. Dette er et eksempel på at utfordringene i organisasjoner viser seg tydelig når læring og endring skal implementeres og utøves i det daglige arbeidet. Ett eksempel på en prosedyre som skal lette hverdagen er sjekkliste for kontroll av at det er riktig pasient som tas inn til behandling. Som en systematisk tilnærming til forbedring av pasientsikkerhet er dette et enkelt tiltak, men alle er kanskje ikke enig i at det er nødvendig fordi praksisen er noe man allerede gjør.

Læringsprosesser i avdelingen kan skje under gruppediskusjoner, fellesmøter på tvers av faggrupper eller i rapporten i vaktskiftet. Til en viss grad eksisterer disse arenaene for læring allerede på avdelingen, men det er som nevnt knapt med tid og gruppediskusjoner for å lære av tidligere hendelser prioriteres i følge informantene sjelden. Det skal sies at det av og til arrangeres fagdager hvor det benyttes tidligere hendelser og disse diskuteres da i den hensikt og skape læring. Når organisatorisk læring allikevel ikke skjer i stor grad på avdelingen virker dette også hemmende for å forbedre pasientsikkerheten gjennom rapporterings- og læringssystemer.

5.4 Rapportering og forbedring av pasientsikkerhet

I studien om pasientsikkerhet og rapportering undersøker Öhrn (2012) om det er en sammenheng mellom rapportering og pasientsikkerhet. Her diskuterte hun flere årsaker til at avviksrapporing ikke fungerer. Dette henger tett sammen med rapporteringskulturen. En sykehusavdeling som har svak rapporteringskultur vil ikke oppleve suksess med avviksrapporing. Dette vil ha implikasjoner for arbeidet med pasientsikkerhet gjennom tiltak som avviksrapporing.

Avdelingen jeg har undersøkt ser ut til å preges av en svak rapporteringskultur som gir utslag i at ledelsen opplever liten grad av avviksrapporing. Öhrn påpekte at det ikke fantes noen formelle krav til opplæring i pasientsikkerhetsarbeid og hvordan systematisk forbedring av denne bør foregå, i lege- og sykepleierstudiene i Sverige, det samme gjelder her i Norge i følge mine funn. I følge mine funn eksisterer det også ett sprik mellom de systematiske metodikkene for pasientsikkerhetsarbeid som er innført i helsevesenet og måten helsepersonell læres opp til å jobbe med pasientsikkerhet i sine utdannelser. Dette samsvarer ikke med det faktum at rapporteringssystemer regnes som ett av de viktigste tiltakene for å forbedre pasientsikkerheten.

Ser man denne problematikken opp mot hvordan man kan etablere en rapporteringskultur og det faktum at det innebærer at de ansatte i organisasjonen må ha noen felles verdier. En bør også ha noen holdninger om hvordan organisasjonen opererer og hvordan man kan sikre pasientenes sikkerhet på best mulig måte. Hvordan pasientene skal behandles på best og tryggest mulig måte er ett mønster som innlæres i utdanningen, og med det danner helsepersonell seg noen verdier og holdninger i forhold til pasientsikkerhet. Dersom man innarbeidet en systemtenkning angående avviksrapporing og læring allerede i utdannelsen, ville det muligens være mer naturlig å også ha en slik holdning i jobben man gjør til daglig på sykehuset.

Når rapporteringssystemet benyttes i såpass liten grad som det mine funn gir inntrykk av er det vanskelig å benytte dette tiltaket for å forbedre pasientsikkerheten på ett mer overordnet systemnivå.

6 Konklusjon

For å oppsummere funnene i denne undersøkelsen vil jeg først svare på forskningsspørsmålene; På spørsmål 1 ”Hvordan oppfattes pasientsikkerhet på avdelingen?” viser mine funn at oppfattelsen av pasientsikkerhet blant sykepleierne stort sett var i tråd med definisjonene av hva pasientsikkerhet går ut på. Fokuset lå i større grad på individuelle tiltak, enn på systemtilnærming til forbedring av pasientsikkerhet. På assistentsiden er det vanskeligere å identifisere hva slags oppfattelse de har da jeg kun intervjuet en assistent. Assistenten påpekte derimot at assistentenes rutiner og prosedyrer handler om pasientsikkerhet.

På spørsmål 2 ”Hvilken rapporteringskultur eksisterer på avdelingen og er det forskjeller i faggruppene (assistent/sykepleier)?” er inntrykket av rapporteringskulturen på avdelingen er at den er ganske varierende. Faktorer som hemmer rapporteringskulturen er blant annet begrenset tilgang til Docmap, at systemet er komplekst og manglende opplæring. Enkelte av informantene påpekte at de rapporterer mye, men grunnen til avvikrapporteringen ser i stor grad ut til å handle om å få tilgang til nytt utstyr. Disse informantene har derimot innsett at avvikrapportering kan benyttes for å gjøre forbedringer på avdelingen. På assistentsiden vitner flere aspekter om en negativ rapporteringskultur. Gruppen ser ut til å være delt angående og være for eller mot rapportering. Flere er svært negativt innstilt til rapportering og synes ikke det har noen hensikt. Problemet er at disse holdningene kan spre seg til nyansatte eller personer som er usikre angående avvikrapportering eller ikke har fått opplæring.

På spørsmål 3 ”Rapportering og pasientsikkerhet – hvordan foregår læring?” Læring foregår i følge informantene i liten grad basert på avviksmeldinger som registreres i Docmap. Det er per i dag ingen arena for å diskutere avviksmeldinger eller pasientskader. En informant påpekte at læring i form av diskusjoner etter avvik og hendelser foregår i mindre grad i dag enn før Docmap ble innført. Sykepleierne har faste møter noen dager i uka, men ofte strekker ikke tiden til å diskutere avvik og hendelser på disse møtene. Læring foregår således mellom kolleger som snakker seg i mellom etter de har opplevd noe eller når de rådfører seg med hverandre. Læring skjer i liten grad som følge av det som rapporteres i Docmap

For å svare på problemstillingen: *Hvordan er avdelingens rapporteringskultur og i hvilken grad bidrar denne til læring i forhold til pasientsikkerhet* vil jeg starte med å si at jeg

ikke påpeker at pasientsikkerheten på den aktuelle sykehusavdelingen er dårlig, konklusjonen er dog at per i dag legger ikke rapporteringskulturen til rette for at rapporteringssystemet kan fungere som ett tiltak for å forbedre pasientsikkerheten gjennom læring på den respektive avdelingen.

Videre forskning:

Eksempler på videre forskning som kan gjennomføres er lignende undersøkelser hvor man utvider til flere caser, enten ved å sammenligne avdelingen på ett sykehus, eller sammenligne samme type avdeling på forskjellige sykehus. Det kan også gjennomføres forskning som i større grad tar for seg hva som rapporteres og bør rapporteres av forskjellige yrkesgrupper sett i forhold til deres arbeidsoppgaver og hvor nære de er pasientene. Dette kan for eksempel undersøkes i forhold til yrkesgruppene assistent, sykepleiere og leger.

Litteraturliste

- Aase, K (2010). Pasientsikkerhet- hendelser, begreper og omfang. Aase (red.) *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet.* (s.17-29). Universitetsforlaget: Oslo.
- Aase, T. & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av data* (2. Utg.). Universitetsforlaget: Oslo.
- Argyris, C. (2002) Double-Loop Learning, Teaching, and Research. *Academy of Management Learning & Education, Vol. 1(2)*, 206-218.
- Bolman og Deal
- Blaikie, N. (2010). *Designing Social Research* (2. Utg.). Polity: Cambridge.
- Braithwaite, J., Westbrook, M.T., Travaglia, J.F. & Hughes, C. (2010) Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *BMJ Quality and Safety, Vol. 19*, 229-233.
- Carroll, J.S. & Edmondson A.C. (2002) Leading Organizational Learning in Health Care. *BMJ Quality and Safety, Vol. 11(1)*, 51-56.
- Dekker, S. (2006) *The Fieldguide to Understanding Human Error*. Ashgate: Lund
- Dixon, N. M. (1999). *The Organizational Learning Cycle. How We Can Learn Collectively* (2. Utg.) Gower Publishing Limited: Hampshire.
- Evans, S.M., Berry, J.G., Smith, B.J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J & DeWit, M. (2006). Attitudes and Barriers to Incident Reporting: a Collaborative Hospital Study. *BMJ Quality and Safety, Vol. 15(1)*, 39-43.
- Heggelund, G.Å. (2010). *Kvalitetsplan fra statsråden*. Hentet 31/5-15 fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/kvalitetsplan-fra-statsraden/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet 27/5-15, fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Hudson, P. (2001). Safety Culture- Theory and Practice: I rapporten *The Human Factor in System Reliability- Is Human Performance predictable*. 8-1 til 8-12
- Høyland, S. (2010). Rapportering av uønskede hendelser. Aase (red.) *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet.* (s. 99-111). Universitetsforlaget: Oslo.
- I trygge hender. (2013). *Ledelse av pasientsikkerhet*. Hentet 28/-14, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsområder/Ledelse+av+pasientsikkerhet.2460.cms>

I trygge hender. (2015). *I trygge hender 24-7*. Hentet 24/5-15, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/I+trygge+hender+24-7.51.cms>

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. Utg.). Høyskoleforlaget: Kristiansand S.

Jacobsen, D.I og Thorsvik, J. (2009) *Hvordan organisasjoner fungerer* (3. Utg.). Fagbokforlaget: Bergen.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.) Abstrakt forlag: Oslo.

Joshi, M.S., Anderson, J.F. & Marwaha S. (2002). A systems approach to improving error reporting. *Journal of Healthcare Information Management, Vol. 16(1)*, 40-45

Kaplan, H.S. & Fastman, R. (2003). Organization of event reporting data for sense making and system improvement. *BMJ Quality and Safety, Vol. 12(2)*, 68-72.

Kingston, M.J., Evans S.M. & Berry J.G. (2004) Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Medical Journal of Australia, Vol 181*, 36-39

Kunnskapssenteret (2014a). *Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Hentet 31/5-2015, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2013-for-meldeordningen-for-uønskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>

Kunnskapssenteret (2014b). *Sjekkliste for trygg kirurgi (WHO)*. Hentet 24/5-15, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-trygg-kirurgi-who>

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. og Donaldson, M. S. (1999) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy of Sciences.

Leape, L.L. (1999). Editorial: why should we report adverse incidents? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1999 5(1) 1-4

Mahajan, R.P. (2010) Critical Incident Reporting and Learning. *British Journal of Anaesthesia, Vol. 105(1)*, 69-75.

Mello, M. M., Studdert, D. M., Thomas, E. J., Yoon, C. S. & Brennan, T. A. (2007). Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement. *Journal of Empirical Legal Studies, Vol. 4(4)*, 835–860.

Nieva, V.F. & Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *BMJ Quality and Safety, Vol 12(2)*, 17-23.

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget: Oslo.

- Norsk pasientskadeerstatning (2014). URL: <http://www.npe.no/no/Ompasientskader/Temaark/Gjenglemte-gjenstander/> sett 24/11-14.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Quantros. (2010). On the 10th Anniversary of "To Err is Human". Has it helped reduce Medical Errors? *Quantros nyhetsbrev*. Hentet 25/11-14, fra http://quantros.com/wp-content/uploads/2011/pdf/SafetyAndQualityOverview_01142010.pdf
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Limited: Surrey.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget: Bergen.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode (4. Utg.)*. Fagbokforlaget: Bergen
- Thomsen, M. W. (2011) *Anestesi*. Hentet 24/11.14, fra <http://www.npe.no/no/Ompasientskader/Temaartikler/Anestesi1/> sett 24/11-14
- Tinnå, M. (2009) *Hva er pasientsikkerhet*. Hentet 24/5-15, fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/forsideartikkel-pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademisk: Oslo
- Vincent, C. (2006). *Patient Safety*. Churchill Livingstone: Edinburgh, New York,
- Vincent, C., Stanhope, N & Crowley-Murphy, (1991) Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, Vol 5(1)*, 13-21.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. SEEK A/S: Flekkefjord
- Wanzel, K.r., Jamieson C.G & Bohnen J.M. (2000). Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Canadian Journal of Surgery, Vol 43(2)*, 113-117
- Westrum, R. (2004). A typology of organizational cultures. *BMJ Quality and Safety, Vol. 13*, 22-27.
- Westrum, R. (2014). The study of information flow: A personal Journey. *Safety science, Vol 67*, 58-63.
- Wiig, S. & Aase, K. (2007). Fallible Humans in Infallible Systems? Learning from Errors in Healthcare. *Safety Science Monitor, Vol. 11(3)*, 1-13.
- Yin, R.K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods (5. Utg.)*. SAGE: London.

Ödegård, S. (2006) *Säker Vård- patientskador, rapportering og prevention*.
(Doktoravhandling, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap), Göteborg: Nordiska
högskolan för folkhälsovetenskap.

Öhrn, A. (2012). *Measures of Patient Safety- Studies of Swedish Reporting Systems and
Evaluation of an intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture*.
(Doktorgradsavhandling, Linköping universitet). Linköping: Linköping universitet.

Vedlegg

Vedlegg A: Godkjenning fra NSD.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Oslo Høfdebakke 29
N-0507 Østern
Hovring
Tel: +47 22 28 21 12
Fax: +47 22 28 21 50
Web: www.nsd.uib.no
Orgnr: 965 21 584

Maria Hammer
Institutt for ingeniørvitenskap og sikkerhet UIT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 24.02.2015

Vår ref: 42028 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42028	<i>Fungerer rapportering og læring som en faktor som kan forbedre pasientsikkerheten i Norge?</i>
Behandlingsansvarlig	UIT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Maria Hammer
Student	Ellen Pettersen

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Lovlie

Kontaktperson: Audun Lovlie tlf: 55 58 23 07

Dokumentet er elektronisk utdrukk og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Avklingskontor / Osas / OOs

Oslo NSD: Universitets- og Helsevitenskapelig fakultet, Postboks 1047 Blindern, 0503 Oslo, Tlf: +47 22 28 21 11, nsd@uio.no

NSD/NSD NSD: Norwegian Social Science Data Services, 2001 London Rd., 47th Fl., 05101, New York, NY 10018, USA

NSD/NSD NSD: Universitetet i Tromsø, Postboks 9007, 9007 Tromsø, Tlf: +47 77 51 40 26, nsd@uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 42028

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for prosjektslutt må endres til 01.07.2015.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.07.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Er rapportering og læring en faktor som bidrar til forbedret pasientsikkerhet?”

Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for denne oppgaven er min interesse for rapportering og læring, nylig har jeg også tatt interesse for pasientsikkerhet og ville derfor skrive en oppgave som fokuserer på disse tre fagområdene. Formålet med denne studien er å finne ut hvordan systemet Docmap for rapportering og læring fungerer på avdelingen, og om det fungerer som et ledd i arbeidet med å bedre pasientsikkerheten.

Du forespørres om å delta i denne studien på bakgrunn av din stilling i avdelingen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i denne studien innebærer å delta i intervju som vil ha en varighet på opp til én time. Utover dette kan det hende du blir kontaktet i ettertid, dersom det er noe jeg trenger å få en oppklaring i etter intervjuet hvis noe skulle virke uklart.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptak vil straks etter intervju overføres til passordbeskyttet pc og lagringsområde og slettes fra båndopptakeren. Det vil ikke bli knyttet noe navn til intervjuet du gir og du vil anonymiseres, slik at det vil ikke være mulig å gå tilbake å identifisere personer på bakgrunn av intervju. Du vil heller ikke kunne gjenkjennes i det ferdige produktet. For å holde kontroll på de forskjellige intervjuene vil de kodes etter et kodesystem kun jeg kjenner til.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1/7-15. Når sensur er falt etter innlevering vil alle lydopptak slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Ellen Pettersen. 922 12 757

Aud Solveig Nilsen (veileder). E-post adresse: aud.s.nilsen@uit.no

Maria Hammer (veileder). 911 37 068

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

Intervjuguide

Først vil jeg starte med å takke for din deltakelse i denne undersøkelsen. Det vil benyttes båndopptaker under intervjuet for å sikre informasjon, opptaket vil oppbevares låst inn på mitt kontor og vil overføres og lagres på passord beskyttet pc og lagringsområde. Du vil holdes anonym ved hjelp av et kodesystem som kun jeg kjenner til, og det vil ikke være mulig å spore det du sier tilbake til deg som enkeltperson eller avdelingen og sykehuset du jobber på. Du kan når som helst under intervjuet trekke deg.

Denne undersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvordan man jobber med rapportering og læring på avdelingen, og hvordan dette brukes som et ledd i arbeidet med pasientsikkerhet. Den tar også sikte på å kartlegge hvordan (rapporterings/lærings)kulturen på avdelingen fungerer som en pådrivende faktor eller barriere for å lykkes med pasientsikkerhetsarbeidet.

Generelt:

1. Er du fast ansatt på avdelingen?
2. Hvor lenge har du jobbet her på avdelingen?
3. Har du jobbet andre plasser tidligere? Hvor lenge?
4. Hvordan trives du her på avdelingen?

Pasientsikkerhet:

Hva legger du i begrepet pasientsikkerhet?

5. Vet du om tiltak som gjøres for å forbedre/sikre pasientsikkerheten på avdelingen?
 - Gjør du selv noe i forbindelse med disse tiltakene, følger du de? Hva med dine kolleger?
6. Hvordan opplever du at ledelsen her på avdelingen jobber med tiltak for å forbedre pasientsikkerhet?
 - Det hevdes at ledelsen tidvis tar avgjørelser som kan true pasientsikkerheten? Hva er dine tanker rundt en slik påstand?
 - Innfører ledelsen og følger opp tiltak som skal forbedre pasientsikkerheten?
7. Finnes det noen barrierer eller faktorer i arbeidshverdagen som hindrer arbeidet med å forbedre/sikre pasientsikkerheten?

Rapportering

8. Vet du hvilke kanaler som skal brukes for å rapportere feil/avvik knyttet til pasientbehandling eller andre ting på avdelingen?
9. Har du noen gang rapportert uønskede hendelser/feil/avvik i DocMap? Var disse knyttet til pasientbehandling eller andre ting på avdelingen? Har du selv vært involvert i situasjoner hvor det har oppstått en uønsket hendelse?
 - Opplever du at du får tilbakemelding på dine rapporter som registreres (I DocMap)?
 - Hvem får du tilbakemeldingen fra?
 - Er tilbakemeldingen bra nok?
10. Opplever du at ledelsen tar tak i eventuelle sikkerhetsproblemer som rapporteres inn?

Kultur for rapportering

11. Hvordan blir det mottatt dersom noen sier i fra om problemer med pasientbehandlingen? Finnes det temaer/problemer som ikke aksepteres at man sier i fra om/rapporterer inn? Både fra kolleger og ledelsen.
12. Kan ansatte komme med innspill som kan forbedre sikkerheten? Kan du si noe om hvordan dette mottas av ledelsen?
13. Hvordan opplever du det er å diskutere feil som du selv/andre har gjort? Med kolleger og ledelsen?

Kultur for læring

14. Hvordan jobber dere på avdelingen for å lære av andres feil?
 - Opplever du at du lærer noe etter rapportering av feil/avvik? I så fall hvordan lærer du av det?
 - Opplever du at det er mulig å ta lærdom av andres feil?
 15. Foregår læring av feil på andre måter enn gjennom å benytte rapporteringssystemet?
 16. Hva gjør dere på avdelingen for å sikre kollektiv/avdelingsvis læring som følge av feil som har oppstått og for å hindre gjentakelse av disse?
 17. Er det noe rundt prosessen ved å rapportere som kunne vært annerledes for å øke potensialet for å lære, både individuelt og organisatorisk- altså på hele avdelingen eller til med og ut over avdelingen/sykehuset?
- Noe annet som vi ikke har snakket om til nå du vil legge til?

Vedlegg D: Intervjuguide assistenter

Intervjuguide

Først vil jeg starte med å takke for din deltakelse i denne undersøkelsen. Det vil benyttes båndopptaker under intervjuet for å sikre informasjon, opptaket vil oppbevares låst inn på mitt kontor og vil overføres og lagres på passord beskyttet pc og lagringsområde. Du vil holdes anonym ved hjelp av et kodesystem som kun jeg kjenner til, og det vil ikke være mulig å spore det du sier tilbake til deg som enkeltperson eller avdelingen og sykehuset du jobber på. Du kan når som helst under intervjuet trekke deg.

Denne undersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvordan man jobber med rapportering og læring på avdelingen, og hvordan dette brukes som et ledd i arbeidet med pasientsikkerhet. Den tar også sikte på å kartlegge hvordan (rapporterings/lærings)kulturen på avdelingen fungerer som en pådrivende faktor eller barriere for å lykkes med pasientsikkerhetsarbeidet.

1. Er du fast ansatt på avdelingen?
2. Hvor lenge har du jobbet her på avdelingen?
3. Hva gjorde du før?
4. Trives du på avdelingen? Føler du deg godt tatt i mot av andre på avdelingen? Hvordan er kontakten/samspeillet med de andre på avdelingen?

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet handler om at pasienten skal få sikker behandling og ikke få skade som følge av helsepersonell. Pasientsikkerhet handler også om forholdene rundt pasienten, avdelingen som danner ramme for behandlingen pasienten får.

5. Kan du reflektere over assistentenes jobb i forhold til pasientsikkerhet?
6. Hvordan synes du våre ledere jobber i forhold til rutiner og tiltak, som kan bedre forholdene på avdelingen?

Rapportering

7. Vet du hvilken kanal som skal benyttes dersom du vil melde fra om feil/avvik på avdelingen?
8. Har du noen gang meldt inn et avvik i Docmap?
 - Hvordan synes du i så fall systemet fungerte å bruke?
 - Fikk du tilbakemelding på rapporten din? Fra hvem?
 - Var denne tilbakemeldingen bra nok?
9. Opplever du at ledelsen tar tak i eventuelle avvik eller sikkerhetsproblemer som meldes inn fra oss og andre?

Rapporteringskultur

10. Hvordan blir det mottatt at folk rapporterer inn avvik på avdelingen? Aksepteres det?
11. Utsagn fra assistenter har vært at ”det er feil å melde avvik på oss selv”, ”Jeg kommer aldri til å melde inn avvik”, ”det er bedre å bare si ifra”, ”det føles som tysting”. Hva tenker du om dette?
12. Kan ansatte komme med forslag til forbedringer, f.eks i assistentenes prosedyrer? Hvor kommer dere med slike forslag? Kan du si noe om hvordan dette mottas av ledelsen?
13. Hvordan opplever du det å diskutere feil/avvik gjort av deg selv eller andre med dine kolleger?

Læringskultur

14. Synes du man lærer noe som følge av avviksrapporter? Hvordan?
15. Hva mener du om hvordan ledelsen jobber med rapporteringssystemer
16. Har du opplevd endringer på bakgrunn av avvik som du har meldt inn? Eller generelt?
17. Hvis det innføres endringer, når denne informasjonen frem til alle?
18. Foregår læring på andre arenaer enn gjennom rapporteringssystemet? Tas avvik som opp på andre arenaer enn rapporteringssystemet?

Intervjuguide

Først vil jeg starte med å takke for din deltakelse i denne undersøkelsen. Det vil benyttes båndopptaker under intervjuet for å sikre informasjon, opptaket vil oppbevares låst inn på mitt kontor og vil overføres og lagres på passord beskyttet pc og lagringsområde. Du vil holdes anonym ved hjelp av et kodesystem som kun jeg kjenner til, og det vil ikke være mulig å spore det du sier tilbake til deg som enkeltperson eller avdelingen og sykehuset du jobber på. Du kan når som helst under intervjuet trekke deg.

Jeg er Masterstudent på studiet samfunnssikkerhet ved UIT, og er interessert i temaet rapportering og læring. Etter jeg startet å jobbe her på sykehuset fattet jeg også interesse for pasientsikkerhet. Under dette intervjuet vil vi snakke om temaer som pasientsikkerhet, rapporteringssystemer og hvordan kulturen for rapportering og læring er her ved avdelingen.

1. Hvor lenge har du vært leder?
2. Hvilke(n) stilling hadde du før?
3. Hva legger du i begrepet pasientsikkerhet?
4. Hvilke tiltak jobber dere med her på avdelingen for å bedre pasientsikkerheten?
Hvordan jobber dere i ledelsen for å innføre og følge opp tiltak for å bedre pasientsikkerheten?
5. Hvilke kanaler kan de ansatte bruke dersom de vil varsle om noe angående pasientsikkerheten?
6. Hvordan oppfordrer dere de ansatte til å rapportere hendelser?
7. Hvordan behandles avviksrapporter? Hvem behandler disse?
8. Tror du det er mange hendelser og avvik som ikke rapporteres? Hvorfor tror du det er slik? Tror du det er noen spesielle hendelser som ikke rapporteres? Aksept for hva som kan rapporteres og ikke?
9. Hvordan blir personer som vil varsle om eventuelle (pasient)sikkerhetsproblemer møtt av ledelsen? Oppfordres det til å melde fra om avvik? Har det noen betydning hvilket nivå melder kommer fra?

10. Kommer de ansatte i avdelingen med forslag til forbedringer? Hvilke? Hvordan tar dere i ledelsen mot disse forslagene?
11. Fungerer rapporteringssystemet slik at de ansatte tar lærdom av uønskede hendelser? Er det mulig å lære av andres feil?
12. Oppnår man kollektiv læring ved bruk av rapporteringssystemet? Hvordan legger dere opp til at det skal være mulig?
13. Brukes andre arenaer for kollektiv læring?
14. Hva ville vært det optimale for å lære av uønskede hendelser på kollektivt nivå? Ser du noen umiddelbare faktorer som kunne vært endret for at systemet skulle fungere bedre?