



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Læring av uønskede hendelser i helsesektoren

"Hvorfor klarer ikke St.Olavs Hospital i større grad dra lærdom av sine avviksrapporter?
Hva er årsak til at de ikke lykkes bedre i å lære av egne og andres feil, slik som er tilfelle i SAS?".

Forfattere: Kristin Borgen Lund og Arnstein Eriksen Tilseth

Master of Business Administration - MBA

Emnekode: BE 323E



Forord

At vi skulle få muligheten til å skrive Masteroppgave sammen, siden en er pilot og den andre sykepleier, så vi ikke i starten som en selvfølge. Derfor en stor takk til Universitetet i Nordland som tillot oss å gjøre dette, og til Merete Blokkum ved Kvalitetsavdelingen på St.Olavs Hospital som bidro til at de ville delta i vårt prosjektet. Det har vært en utrolig tidkrevende og interessant prosess. Vi har fått muligheten til å bevege oss inn i hverandres område hva gjelder pasient- og flysikkerhet, noe som ikke bare har gitt større innsikt i hva den andre jobber med, men har i tillegg gitt oss større innsikt i hvordan det kontinuerlig jobbes med temaet i egen organisasjon.

Vi vil rette en stor takk til veileder Jan Terje Henriksen ved Nordlandssykehuset for hans konstruktive tilbakemeldinger under arbeidet. Vi ønsker også takke alle ansatte på Barne- og Ungdomsklinikken (BUK) ved St.Olavs Hospital, som frivillig har stilt opp med meninger og erfaringer. En spesiell takk til Svein Harald Saasen, vår link til de ansatte ved BUK som har bidratt med all informasjon vi har spurt etter, samt til Safety Avdelingen i SAS ved Anders Åkeberg og Stephen Hough for at dere tok dere tid.

Vi har begge kombinert skrivingen med jobb, noe som periodevis har ført til særdeles hektiske dager. Vi må derfor også tillate oss å takke våre familier for at dere har vært så tålmodige og holdt ut i denne perioden.

Kristin Borgen Lund

Arnstein Eriksen Tilseth

21.mai 2015

Sammendrag

Introduksjon:

Tema for oppgaven er "Læring fra uønskede hendelser i helsesektoren". Oppgaven tar for seg læring av uønskede hendelser i helsesektoren sett opp mot hvordan samme tema håndteres i luftfarten gjennom problemstillingen; «*Hvorfor klarer ikke St. Olavs Hospital i større grad dra lærdom av sine avviksrapporter? Hva er årsak til at de ikke lykkes bedre i å lære av egne og andres feil, slik som er tilfelle i SAS?*».

Metode:

Diskusjonen i oppgaven bygger på gjennomgang av relevant teori og datainnsamling. Datainnsamlingen er gjort gjennom intervjuer hos Safety Avdelingen i SAS og ledere ved Barne- og ungdomsklinikken i St. Olavs. Ut fra sistnevnte ble det laget spørsmål til en spørreundersøkelse blant ansatte i den samme klinikken. Dette i hensikt å se om funnene var gyldige for en større populasjon. Studien er bygget opp som en induktiv eksplorativ studie, der vi ønsket å se nærmere på meldekultur -systemer, læring og struktur i forhold til temaet. Slik fikk vi sammenliknet om helsesektoren kan ha noe å lære av luftfartsindustrien.

Resultater:

Ansatte melder uønskede hendelser i hensikt læring og forbedring. Imidlertid viser det seg at underrapportering forekommer. Noe skyldes et komplekst meldingssystem, men først og fremst skyldes meldingsunntatelsen mangel på tid samt kunnskap om hva som skal meldes. Videre ses et ønske etter å anonymt kunne melde til en nøytral meldingsmottager. Som meldingsmottager, uttrykker lederne i tillegg til mangel på tid og kompetanse, et savn etter verktøy for å bedre læringseffekten.

Konklusjon:

Det kan synes hensiktsmessig med et eget sikkerhetscenter i direkte linje fra melder. I tillegg til den særskilte kompetansen på området, tenkes dette også med sikte på å imøtekomme lederes mangel på tid, samt for å lette læring på tvers av enheter og helseforetak.

Abstract

Introduction:

The subject for this thesis is " Learning from undesired events". The thesis looks at learning from undesired events in the healthcare industry in Norway compared to how it is done in the civil aviation industry through the question: "*Why is it that St.Olavs Hospital do not, in greater extent, learn from its own safety reports? What is it that makes them not succeed better by learning for their own and others mistakes as is the case in SAS?*"

Method:

We did the comparison by discussing relevant theory and collected data. This data has been collected through interviews of leaders at BUK and Safety Department SAS and a Quest Back to the employees at St.Olavs /BUK. This is an explorative inductive study where we want to learn more about what forces are behind the reporting culture seen and the learning potential concerning patient safety. Is there anything to learn from the airline industry at this aspect?

Result:

The employee's do report in the safety system with the intent of learning and improvement. However, it shows that lack of reporting does exist. Some of this due to the complexity of the reporting system but mainly, they say, it is due to the lack of time and knowledge of what to report. Further, it shows a wish for the possibility of anonymous reporting to a neutral receiver. As the current receiver of the reports, the leaders express in supplement to their lack of time and competence, a better tool for improving the learning effect.

Conclusion:

It may seem suitable with a neutral receiver in a direct line from the reporter. In addition to the specific competence on the field, this is also to oblige the leader's lack of time and to facilitate learning across the different units.

Innholdsregister

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Tema og problemstilling.....	1
1.3 Formål.....	2
1.4 Tidligere forskning på området	3
1.5 Avgrensing.....	6
1.6 Hvem er organisasjonene vi ser på?	7
2.0 Teori	8
2.1 Error/ feil og avvik.....	8
2.2 Uønsket/ uheldig hendelse.....	9
2.3 Rapporteringssystem	11
2.4 Hva er læring?.....	14
2.4.1 Individuell læring.....	14
2.4.2 Kollektiv læring	15
2.4.3 Motstand mot læring	15
2.4.4 Organisasjonslæring- en lærende organisasjon.....	16
2.4.5 Læring fra hendelser	18
2.4.6 Kommunikasjon og læring.....	22
2.5 Organisasjonskultur	22
2.5.1 Ulike perspektiver på kultur i organisasjonen.....	23
2.5.2 Sikkerhetskultur	24
2.5.3 Rapporteringskultur	25
2.5.4 Subkultur.....	26
2.5.5 Kultur og læring.....	26
2.6 Organisasjonsstruktur	27
2.6.1 Makt og læring.....	29

2.6.2	Kommunikasjon	30
2.6.2.1	Hva kan helsesystemet lære av kommunikasjon i luftfart?	30
2.6.2.2	Closed loop Kommunikasjon	31
2.6.2.3	ISBAR kommunikasjonsmodell.....	31
2.6.2.4	Crew Resource Management/ Team Resource Management.....	32
2.6.3	TEM organisasjon	37
2.6.4	Workload Management (aktivitetsstyrt lederskap).....	38
2.6.5	Safety Management System.....	39
3.0	Metode.....	41
3.1	Kvalitative data.....	41
3.2	Kvantitative data.....	41
3.3	Intensive og Ekstensive undersøkelsesopplegg.....	42
3.4	Induktiv datainnsamling	43
3.5	Tverrsnittstudie	43
3.6	Forklarende design.....	44
3.7	Aksjonsforskning.....	44
3.8	Utarbeiding av spørsmål til dybdeintervju	45
3.9	Gjennomføring av dybdeintervju.....	45
3.10	Analysering av dybdeintervju.....	46
3.11	Kvalitetskriterier kvalitativt opplegg.....	47
3.11.1	Intern gyldighet.....	47
3.11.2	Ekstern gyldighet (overførbarhet).....	47
3.11.3	Reliabilitet - Er resultatene pålitelige?.....	48
3.12	Kvalitetskriterier kvantitativt opplegg.....	48
3.12.1	Begrepsmessig gyldighet	48
3.12.2	Ekstern gyldighet, utvalg	50
3.13	Er resultatene pålitelige?.....	51
3.13.1	Utarbeiding av spørreundersøkelsen.....	51
3.13.2	Frafall av respondenter.....	52
3.13.3	Trekk ved respondentene og dens kontekst	53

3.13.4	Analysering av spørreundersøkelsen	53
3.14	Datakilder og kildekritikk.....	53
4.0	Fly-og pasientsikkerhet	55
4.1	Tilsynsmyndigheter	55
4.1.1	Luftfartstilsynet.....	55
4.1.2	Statens havarikommisjon for transport	56
4.1.3	Statens Helsetilsyn	56
4.1.4	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.....	57
4.2	Historikk sikkerhetsarbeid	59
4.2.1	Flysikkerhetsarbeid i Norge	59
4.2.2	Pasientsikkerhetsarbeid i Norge.....	60
4.3	Dagens fly- og pasientsikkerhetsarbeid.....	61
4.3.1	Flysikkerhetsarbeid SAS.....	62
4.3.1.1	Safety Management System i SAS.....	64
4.3.1.2	Rapporteringssystem	68
4.3.2	Pasientsikkerhetsarbeid.....	71
4.3.2.1	Melding uønskede hendelser ved St.Olavs.....	72
4.3.2.2	Global Trigger Tool.....	75
4.3.2.3	Undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen ved St.Olavs Hospital.....	76
4.3.2.4	Årsaksanalyse.....	76
4.4	Formidlingskanaler for læring	77
4.4.1	SAS	77
4.4.2	St.Olavs Hospital	78
5.0	Drøfting	80
5.1	Rapporteringssystem	80
5.1.1	Hvilke system har St.Olavs Hospital for melding av uønskede hendelser?.....	80
5.1.2	Hvor brukervennlig oppleves meldesystemet?	81
5.1.3	Har ledere og ansatte tilstrekkelig kunnskap om hva som skal meldes?	82
5.2	Rapporteringskultur	84
5.2.1	Hensikt med melding av uønskede hendelser	84

5.2.2	Finnes der underrapportering?	84
5.2.3	Føler de ansatte tilstrekkelig tid til å melde?	86
5.2.4	Meldingsunnlattelse som følge av uvitenhet om rapporteringspliktige hendelser	87
5.2.5	Meldingsunnlattelse i frykt for fremtidig karriere	88
5.2.6	Meldingsunnlattelse på grunn av liten nytte	88
5.2.7	Finnes der en frykt for personlige konsekvenser som følge av meldte hendelser eller unnlattelse av dette?	89
5.3	Organisasjonsstruktur	91
5.3.1	Strukturering	91
5.3.2	Finnes et savn etter prosedyrer?	91
5.3.3	Ville en nøytral meldingsmottaker samt mulighet for anonymitet ha økt meldingsfrekvensen?	92
5.4	Analyse og læring av hendelser	92
5.4.1	Hvordan er læringen i egen seksjon, samt på tvers av seksjoner, klinikker og helseforetak?	92
6.0	Avslutning og konklusjon	97
6.1	Rapporteringssystem	97
6.2	Organisasjonskulturen	97
6.3	Organisasjonsstruktur	98
6.4	Analyse og læring	98
6.5	Svakheter ved oppgaven	100
6.6	Anbefalinger til videre forskning	100
7.0	Referanseliste	101
8.0	Vedlegg	106
	Vedlegg 1: Dybdespørsmål til forskningsspørsmål	106
	Vedlegg 2: Begrepsforklaringer	108
	Vedlegg 3: Meldingsoversikt St.Olavs Hospital 2014	110
	Vedlegg 4: Transkribering Intervju	117
	Vedlegg 5: Funn fra dybdespørsmål-punktvis framstilling	137
	Vedlegg 6: Spørsmål Quest Back	140
	Vedlegg 7: Validering av spørsmål i Quest Back	146
	Vedlegg 8: Resultat Quest Back	150

Vedlegg 9: Forespørsle Kunnskapssenteret.....	168
Vedlegg 10: Tillatelse fra Kvalitetssjef ved St.Olavs Hospital	169
Vedlegg 11: Utdrag fra resultat Pasientsikkerhetskultur undersøkelse 2014	170
Vedlegg 12: EQS dokument 12601	185
Vedlegg 13: Oversikt over flyhistorikk	190
Vedlegg 14: Årsaksanalyse St.Olavs Hospital	192
Vedlegg 15: Forskrift for Legemiddelhåndtering St.Olavs	194
Vedlegg 16: Deltagere intervju BUK	202
Vedlegg 17: Forespørsel til Kvalitesrådgiver BUK.....	203
Vedlegg 18: GTT St.Olavs Hospital.....	205

Figurliste

Figur 2.1	Sammenlikning av risiko i helse og luftfart.....	9
Figur 2.2	Effektiv rapportering -5 basiskarakteristikker	11
Figur 2.3	Kolbs læringssirkel	14
Figur 2.4	Rapportering og analyserings prosess	19
Figur 2.5	Modell for læring av hendelse	20
Figur 2.6	"Closed loop" kommunikasjon	31
Figur 3.1	Illustrasjon type studier	43
Figur 3.2	Samsvar mellom teoretisk fenomen og operasjonell definisjon	49
Figur 4.1	Flytskjema for ønsket prosess ved hendelser/avvik	58
Figur 4.2	Safety Management i SAS	62
Figur 4.3	Illustrasjon over hvor SMS systemet befinner seg i organisasjonen til SAS	65
Figur 4.5	Safety Management Stige stige	66
Figur 4.6	Organisasjonskart SAS Stjerner deltar på Safety Review Board	67
Figur 4.7	Flytskjema rapportering SAS	71
Figur 5.1	Svarfordeling på spørsmål 3- Pasientsikkerhetskultur undersøkelsen 2014	81
Figur 5.2	Svarfordeling spørsmål 1- Pasientsikkerhetsundersøkelsen 2014	87
Figur 5.3	Svarfordeling spørsmål 9- Pasientsikkerhetskultur undersøkelsen 2014	90

Tabeller

Tabell 5.1	Opplevelse av brukervennlighet EQS	82
Tabell 5.2	Fordeling av årsak til at man melder i EQS	84
Tabell 5.3	Oppfattelse av meldingskultur hos de ansatte	85
Tabell 5.4	Hovedårsak til unnlattelse av å rapportere i EQS	86
Tabell 5.5	Fordeling av årsak til meldingsunnlattelse som følge av frykt og ubehag.....	89
Tabell 5.6	Andel tilbakemeldinger på rapporter BUK	93

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Vi er to med vidt forskjellige bakgrunner som skriver denne oppgaven. En fra luftfart (pilot i SAS) og en fra helsesektoren (sykepleier ved St. Olavs Hospital). Tross de ulike yrkesgruppene, har vi en felles tankegang om at arbeidet skal utføres på en så forsvarlig måte som mulig. Implisitt kan en gå ut fra at dette gjelder alle ansatte i de to sektorene. Likevel gjøres feil som får følger for den som er rammet. I tillegg til de personlige konsekvensene, anslås slike feil, i helsesystemet, å koste samfunnet over to milliarder kroner årlig (Hjort, 2007, s.50).

Innen Luftfart finnes mange verktøy for å redusere muligheten til å gjøre feil. Dette være seg blant annet sjekklister, standard operasjonelle prosedyrer, trening, sjekkturer samt rapportering og analysering av hendelser. Man kan jobbe med hvem som helst i cockpit og vite hva som forventes av kollegaen i det andre setet -selv om man aldri har jobbet sammen før.

Feil kan skje, enten det er luftfartsbransjen eller helsesektoren. Når vi først er uheldige på jobb, er det desto viktigere at man rapporterer inn om hva som har hendt. Dette for å finne ut hvorfor hendelsen oppsto, samt om det er noe i systemet som bør endres slik at vi unngår at det skjer igjen. Slik kan antall feil som blir begått reduseres, samt at konsekvensene av eventuelle feil minimaliseres. Med andre ord vi må *lære* av feilene, egne så vel som andres.

Etter noen korte samtaler oss imellom, så vi at der muligens er forskjeller på hvordan dette håndteres i luftfart og i helsevesenet, noe vi ønsker å se nærmere på.

1.2 Tema og problemstilling

Etter møte med personer innen St. Olavs Hospital som jobber med avviksrapportering, sitter vi igjen med det inntrykket at helsesektoren mener de har verktøy/systemer på plass hva gjelder rapportering. De evner derimot ikke benytte seg fullt ut av potensialet. Prosesser som dobbeltsignering ved legemiddelhåndtering og bruk av prosedyrer gjøres, men har muligens ikke vært tilstrekkelige eller blitt godt nok absorbert av organisasjonen. De uttrykker imidlertid et ønske om å i like stor grad som luftfart, lykkes med læring av meldte hendelser.

Vårt forskningsspørsmål blir derfor:

«Hvorfor klarer ikke St. Olavs Hospital i større grad dra lærdom av sine avviksrapporter? Hva er årsak til at de ikke lykkes bedre i å lære av egne og andres feil, slik som er tilfelle i SAS?».

Dette gjøres gjennom å besvare spørsmål innenfor kategoriene:

- A. Rapporteringssystem
- B. Organisasjonskulturen
- C. Organisasjonsstruktur
- D. Analyseverktøyet
- E. Læring

Underspørsmål vises i vedlegg 1.

1.3 Formål

Formålet med oppgaven, blir gjennom problemstillingen å se nærmere på rapportering i helsesektoren og sammenlikne våre funn med luftfart. Både hva gjelder organisasjon, rapporteringssystem og rapporteringskultur. Vi tror disse henger sammen.

Hvorfor klarer ikke helsesektoren i større grad lære av tidligere feil enn det de gjør i dag? Og hvilke tiltak kan eventuelt settes inn for å bedre dagens situasjon?

Luftfarten i vestlige land er generelt kjent for å ha gode systemer både på rapportering samt å benytte dette videre i læringsøyemed. Noe som blir fremhevet senere i teoridelen.

Luftfartstilsynet i Norge har en beskyttelsesordning som sikrer at den som rapporterer ikke blir straffeforfulgt, så fremt det ikke er gjort med overlegg. Mange selskaper innenfor Sivil Luftfart opererer med noe de kaller Just Culture¹. Dette skal sikre at ansatte ikke er redde for å rapportere inn hendelser i frykt for represalier.

På linje med Luftfartstilsynet, operer Helsetilsynet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten med en tilsvarende ordning. Imidlertid kan melding av uønskede hendelser her medføre frykt, da den må via lokal meldingsmottaker før den eventuelt behandles av et

¹ For beskrivelse se Begrepsforklaringer i vedlegg 2

nøytralt organ i foretaket (Vedlegg 8). Videre vil 3-3 meldinger² rapporteres inn til helsetilsynet (Lovdata), og følgelig vil disse meldingene være offentlige i henhold til offentlighetsloven (Lovdata 2).

Vi ønsker derfor se på om noe fra Luftfart er overførbart til Helsesektoren.

1.4 Tidligere forskning på området

I søken etter tidligere forskning på området, har vi overordnet lett etter ting som direkte kan ses i sammenheng med problemstillingen, samt elementer med innvirkning på å besvare problemstillingen. Vi har funnet mange norske rapporter og avhandlinger på tema avviksmeldinger og læring i helsesektoren, men lite norsk litteratur. Vi har heller ikke funnet mye norsk fagstoff som sammenlikner luftfart og helsesektoren med tanke på avviksmelding. Det vi fant er utenlandske publikasjoner, som vi har benyttet oss av.

Gjennom søkemotorer er det brukt kombinasjoner som;

- *Rapportering, læring, helsesektor*
- *Uheldige hendelser, læring*
- *Feil- og avvikshendelser, læring,*
- *Melding av uønskede hendelser*
- *Uønskede hendelser*
- *Medical errors*
- *Pasientsikkerhet*
- *Patientsafety vs flightsafety*

Dette har resultert i benyttede treff gjennom henholdsvis Google, helsebiblioteket og Oria (Bibsys, Trondheim folkebibliotek, HIST bibliotek for medisin og helse, UIN bibliotek og NasjonalBiblioteket).

² For beskrivelse se Begrepsforklaringer vedlegg 2

Google:

Helsevesenet lærer ikkje av feil

En artikkel fra Universitetet i Stavanger, publisert på forskning.no 29.09.2006. Tar for seg en studie gjort av Karina Aase, Siri Wiig, Randi Thommassen, Espen Olsen og Sindre Høyland. Der de har kartlagt håndtering av feil i norsk helsevesen og konkluderer med det faktum at fokuset på sikkerhet er lavt i helsesektoren. Underrapportering eksisterer i en presset arbeidssituasjon.

Læring av feil og klagesaker

En rapport fra Helsetilsynet (7/2009) redigert av Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall. Tar for seg klagesaker og håndtering av disse. Hvordan leger blir påvirket av uheldige hendelser og det å klare lære av en slik hendelse, samt hvordan håndtering av feil må integreres som pensum i utdanningen.

Bevissthet om svikt og læring i helsevesenet – ja takk, begge deler!

Skrevet av Sindre Høyland, doktorgradskandidat, Universitetet i Stavanger og Geir Sverre Braut, assisterende direktør, Statens helsetilsyn. Dette er en kort presentasjon om det å gjøre feil samt at det å gjøre feil ligger i menneskets natur. Og at en optimal sikkerhetsdyrkende organisasjon erkjenner at svikt skjer, og at man derfor heller belønner enn å straffe rapporteringsinitiativ. Noe som vil gi en kultur for rapportering og læring fra topp til bunn i en organisasjon.

Men i all verden, lærer vi aldri?

En Power Point presentasjon av Siri Wiig, Førsteamanuensis kvalitet og sikkerhet i helsesystemer ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger. Tar for seg læring generelt, læring av uønskede hendelser samt tiltak for å bedre læring av uønskede hendelser.

Risikanalytisk & Händelseanalys

En hånsbok for pasientsikkerhetsarbeide. Publisert via Socialstyrelsen i Sverige. Tar for seg hendelsesanalyser og risikoanalyser i Helsesektoren. Hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge for å sikre forbedring.

Bibsys og ebrary:

Medical Errors and Patient Safety:

- strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety

Bok skrevet av Jay Kalra. Utgitt i 2011 og tar for seg strategier for å kunne redusere feil og avvik i helsesektoren. Drar sammenlikninger opp mot luftfart på området.

Improving Healthcare Team Communication

-Building on lessons from aviation and aerospace.

Boken er redigert av Christopher P. Nemeth og tar for seg problemene innenfor kommunikasjon i helsesektoren og hva man kan gjøre for å forbedre dette. De ser på kommunikasjonsmodeller som blant annet CRM fra luftfart og om noe av dette er overførbart til helsesektoren.

To Err is Human

En rapport skrevet i 2000 av L.T Kohn, M. Janet og M.S. Donaldson på vegne av IOM. Og vakte stor internasjonal oppmerksomhet. Også i Norge. Konkluderer med at dagens situasjon når rapporten ble skrevet var uholdbar og at det å forbedre pasientsikkerheten er et komplekst prosjekt som det ikke finnes raske løsninger på. Men det å fjerne seg fra hvem som har skyld til å kunne sette fingeren på årsaken og roten til at en hendelse oppstod er riktig vei å gå. Samtidig må man skifte fokus fra å se bakover til å se fram over på hva som skal til for å forhindre fremtidige hendelser.

Rapportering av uønskede hendelser på et sykehus.

-ansattes erfaring med et elektronisk meldesystem.

Masteroppgave av Maria Ravndal (2012) ved Universitetet i Stavanger. Ser i oppgaven sin på erfaring og bruk av elektronisk meldesystem. Hun finner gjennom sin studie ut at terskelen for å rapportere har sunket de siste årene men samtlige i undersøkelsen opplevde ingen tilbakemelding på sine rapporter. Hun mener at det fremdeles mangler en samlende mekanisme for rapportering og læring av uønskede hendelser.

Sykepleieres opplevelse av læringsprosessen i organisasjonen etter meldte uheldige hendelser – en intervjustudie.

Avhandling av Anne-Marit Engås juni 2010. Hun ser i sin studie på læringsprosessen i avdelingen etter meldte uheldige hendelser. Om de ansatte opplever en læringsprosess etter en hendelse og hvordan systemet håndterer dette i etterkant.

Helsebiblioteket:

Uheldige hendelser i helsetjenesten -en lære- tenke- og faktabok.

Skrevet av Peter F. Hjort i 2007 og tar for seg hva helse tjenesten kan gjøre for å unngå at hendelser skjer. Samt hva man skal sette inn av tiltak når de først har funnet sted slik at man unngår at det skjer igjen.

Teori og praksis i helsevesenet.

En bok av Karina Aase skrevet i 2010 om temaet pasientsikkerhet. Tar for seg balansegangen mellom teori og praksis i helsevesenet og er innom temaer som blant annet læring og sikkerhetskultur.

Kultur for pasientsikkerhet- hvordan påvirke og forbedre ved hjelp av historier

Pdf presentasjon ,Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, Ellen Tvetter Deilkås, MD PhD, Helsedirektoratet og A Hus. Tar for seg hvordan kultur for pasientsikkerhet henger sammen med pasientskade og om man kan påvirke pasientsikkerhetskulturen.

1.5 Avgrensning

Mye kan tyde på at problemstillingen vår er et nasjonalt problem. Etter uformelle samtaler med investigerer i National Transport Safety Board, William Bramble, som i tillegg jobber frivillig ved et sykehus i USA, synes det som om problemstillingen vår også er veldig aktuell der.

Vi har dessverre ikke mulighet eller ressurser til å studere hele det norske Helsevesenet. Vår oppgave blir derfor å se på situasjonen ved St. Olavs Hospital sammenliknet med SAS sin fly-

operative avdeling. Årsaken til at SAS blir sammenlikningsgrunnlaget, er at SAS fikk årets Rapporteringspris 2013 fra Luftfartstilsynet for gode rapporteringssystemer– og kultur gjennom en veldig lang periode (Luftfartstilsynet, 2014). Tross deres ulike bransjer, ser vi likevel strukturelle likheter som gjør at vi mener funnene kan være overførbare mellom organisasjonene (jfr. kapittel 2.1.4).

1.6 Hvem er organisasjonene vi ser på?

Generelt om St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital er Midt-Norges universitetssykehus, hvorpå det fra Trøndelagsfylkene samt Møre og Romsdal sokner i overkant av 700.000 innbyggere (Haugen 1, 2014).

Foretaket driver klinikker og sentre innen både psykiatri og somatikk på ulike steder i landsdelen, hvor deres fire hovedoppgaver er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning samt utdanning (Haugen 2, 2014). I tillegg til å være lokalsykehus, finner vi i helseforetaket nasjonale oppgaver og landsfunksjoner (Haugen 1 > Årsrapport 2013). Sykehuset er i tillegg til administrative avdelinger, organisert i divisjoner, avdelinger og klinikker, hvorav vi finner Barne- og Ungdomsklinikken med sine tilhørende seksjoner³ (Haugen 1, 2014) samt kvalitetsrådgiver. Ut over slike, styres kvalitetsarbeidet ved helseforetaket gjennom Fagdirektør (Haugen 7, 2013) og Kvalitetssjef (Bækken, 2009).

Generelt om SAS

SAS (Scandinavian Airlines) er Nasjonalt Flyselskap for henholdsvis Norge, Sverige og Danmark som ble opprettet i 1946. Selskapet flyr til over 100 destinasjoner verden rundt, hvorpå de i 2014 fraktet mer enn 25 millioner passasjerer (SAS månedsrapporter 2014). SAS er et konsortium der SAS, slik de fleste kjenner det som flyselskap, et datterselskap. SAS-konsernet er under ledelse av en konserndirektør på vegne av eiere og styret, mens SAS som flyselskap er ledet av COO & Accountable Manager. Sistnevnte sitter med ansvaret for flysikkerheten til selskapet.

³ En nærmere beskrivelse av BUKs seksjoner kan ses på adressen: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Barn-og-ungdom/100635/>

2.0 Teori

Vi vil i det følgende foreta en gjennomgang av teori som omhandler fokusområdene beskrevet i kapittel 1.2.

Vi ser på hva som definerer feil og avvik, samt uheldig hendelse. Hva skaper god rapporteringskultur og sikkerhetskultur samt hva kan være årsaken til eventuelle forskjeller mellom helse og luftfart på disse områdene. I tillegg vil vi dra inn elementer som kommunikasjon og teamwork (lagarbeid) organisasjonsstruktur og endringsledelse.

2.1 Error/ feil og avvik

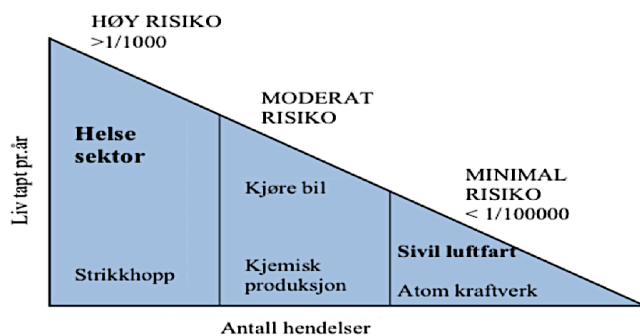
Error oversettes til norsk som *feil* (Engelsk- Norsk ordbok), og er det engelske ordet som brukes om feil- og avvikshendelser, eller uønskede hendelser. I boken *Medical Errors and Patient Safety*⁴, omtales feil som tekniske eller moralske, før de deles i feil ved gjennomførelse (error of execution) og feil ved planlegging (error of planning) (Kalra 2011, s.2). Videre kan feilene være aktive og latente. Disse er det i følge rapporten "To Err is Human" viktig å skille mellom for å forstå hvorfor mennesker gjør feil. Aktive er de som gir en umiddelbar hendelse og involverer operatører i komplekse systemer, slik som feil gjort av helsearbeidere i sykehus eller piloter i luftfart (To Err is Human 2000, s 55). Latente faktorer er forbundet med systemet/organisasjonen, som selve organiseringen, arbeidstid, dårlig trening, dårlig vedlikehold av utstyr m.m. De latente feilene er oftest de som er farligst for sikkerheten, da de kan være uoppdagede og vanskelig for folk å få øye på, samtidig som de har potensiale til å skape flere typer av hendelser. Likevel er tendensen at mange fremdeles velger å fokusere på de aktive feilene, enten gjennom personlig konsekvens for den som gjorde feilen, eller rene tiltak som går på å hindre at denne aktive feilen skjer igjen. Slike tiltak på aktive feil gjør ikke nødvendigvis systemet sikrere. Dette fordi store systemfeil representerer latente feil, som er sammenfallende og ofte usannsynlig at vil skje igjen (Ibid). Ved kun å fokusere på slike aktive feil, vil det på sikt gi en akkumulering av potensielle latente feil som på sikt vil gjøre systemet svakere for fremtidige hendelser (Ibid. s.56).

⁴ Medical Errors and Patient Safety: *Strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety*, Kalra, J. 2011

Feil og utilsiktede hendelser har i følge en rapport fra Helsetilsynet (7/2009) vært en del av det medisinske miljøet i all tid, men er den senere tiden blitt mer synlig og alvorlig. Dette siden medisinen i dag er blitt mer komplisert og pasienter stiller større krav samt har økt bevissthet -og forventning rundt behandlingen. En slik *mangel på oppfyllelse av krav*, omtaler St. Olavs Hospital som et systemavvik (St.Olavs Hospital 3, 2014), mens denne type hendelser mer generelt i helsesystemet omtales som *uheldige hendelser* ⁵.

2.2 Uønsket/ uheldig hendelse

Uheldig hendelse (adverse event) defineres som: "*skader som følge av medisinsk behandling og ikke underliggende diagnose/sykdom*" (Kalra 2011 s.2). Disse deles ofte i to, den du kan unngå og den du ikke kan unngå. Av og til oppstår uheldige hendelser uten noen form for feil eller forsømmelser, men at pasientsikkerheten likevel er kompromittert (Ibid, s.2). Det anslås både nasjonalt og internasjonalt at omkring 16% av somatisk pasientopphold pådrar seg minst en skade, og at om lag halvparten av disse kunne vært unngått. Videre antas 0,66% å ha dødd som følge av skaden de pådro seg (Dagens medisin, 2012). Kalra påpeker i dets henseende å kunne redusere antall skader og dødsfall ved mer pasient-sikker behandling (Kalra 2011 s.2). Videre henviser han til Reason (1990) som sier at helse og luftfart i så måte ikke direkte kan sammenliknes, siden risikoen ved pasientbehandling er større enn ved luftfart (Se figur 2.1). Men i og med at luftfart har hatt en formidabel forbedring av flysikkerheten de siste 40 år, kan bransjen være en brukbar industri å låne fra hva gjelder sikkerhetsprogram og regelverk. (Kalra 2011 s.2).



Figur 2.1 Sammenlikning av risiko i helse og luftfart⁶

⁵ Denne påstanden baseres på hva som brukes av Hjort samt Kunnskapssenteret.

⁶ Hentet fra Kalra, J. (2011) *Medical Errors and Patient Safety "Strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety s.3.*, Fritt oversatt fra engelsk

Imidlertid finnes forskjellig virkelighetsoppfattelse av uønskede hendelser. Kalra (2011) refererer i sin bok til et studie gjort av Elder et al (2004) hvor de fant ut at der er tre ting leger ser etter når de skal avgjøre om en feil har hendt eller ikke:

1. Ble noen skadet?
2. Er hendelsen en vanlig feil eller sjelden?
3. Er det en individuell feil, eller er det feil ved systemet?

(Kalra 2011, s. 13)

I tillegg viser det seg at leger oftere identifiserer individuelle feil fremfor systemfeil. Dersom konklusjonen er at hendelsen var skadelig og sjelden, vil legene anse det som en feil de velger å rapportere. Unnlattelse, fordi man selv bedømmer hendelsen som lite alvorlig, kan i sin tur føre til en sub-optimal pasientsikkerhet. Noe som på sikt kan lede til en hendelse av langt større alvorlighet (Ibid).

Sykepleiere jobber ofte ved siden av leger, noe som setter dem i posisjon for å kunne være gode observatører samt gi tilbakemeldinger (Ibid s.16). Men Kalra trekker også fram effektive barrierer for å hindre dette positive potensialet. Det er deres frykt for å få dårlig arbeidsforhold til leger dersom de velger å rapportere en hendelse som ikke fikk konsekvenser. Dermed sitter man i en situasjon hvor man mister verdifull informasjon.

"Sykepleiere har vist at de har gjenkjent forholdet mellom organisasjon og pasientsikkerhet og derfor har potensialet til å identifisere systematiske årsaker til at feil og avvik skjer."

(Kalra 2011, s.17). For eksempel opplever sykepleiere at pasientsikkerheten påvirkes ved endret arbeidsbelastning. De ser at økt belastning fører til at man blir sliten, man mister mulighet til å få et personlig forhold til pasienten, noe de ser på som redusert pasientsikkerhet. Dette kan for mange føles både stressende og ubehagelig siden man er redd for å få skylden dersom en uheldig hendelse oppstår (Kalra, 2011, s.17). Men siden det viser seg at de fleste feil oppstår som følge av systemfeil, er det viktig å oppmuntre til rapportering med tanke på å skape et system som gjør jobben bedre (Kalra, 2011, s.16). Videre påpeker han at

"...sykepleiere ikke bare skal observere andre, men de skal også ha selvinnsikt nok til å vite når man må rapportere inn seg selv" (Kalra 2011, s.16).

2.3 Rapporteringssystem

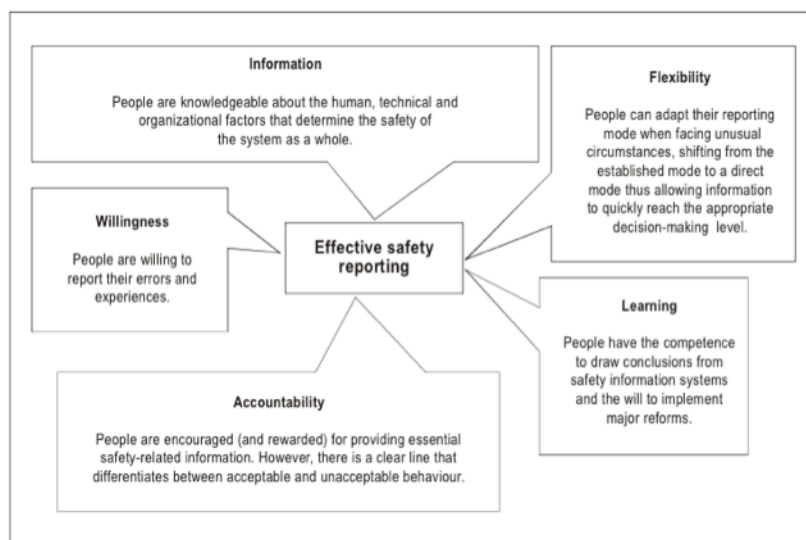
Elektronisk rapporteringssystem brukes i dag både i luftfart og helsesektor for å registrere og håndtere uønskede hendelser. I tillegg brukes de for å rapportere inn hendelser som var i ferd med å skje, samt bekymringer man har relatert til sikkerheten. Være seg flysikkerhet eller pasientsikkerhet.

Slik rapportering baserer seg på prinsippet at man rapporterer en spesifikk hendelse, gjennomfører en lokal investigering av denne, og analyserer data samlet omkring hendelsen som vil kunne gi viktig informasjon om eventuelle svakheter i systemet og prosesser.

Informasjon om selve hovedgrunnen til hvorfor feilen oppstod eller holdt på å skje, kan føres tilbake i systemet i form av korrektiv handling for å hindre at dette skjer igjen (Benn J. et al 2008 s.12).

Nøyaktig rapportering på rett tidspunkt med relevant informasjon relatert til farer, hendelser og ulykker er fundamentalt i luftfartens Safety Management ⁷ (Sikkerhets ledelse). Data som brukes i dette formålet kommer fra flere kilder, hvorav den ene er Rapporteringssystemet (ICAO 2013 s. 2-17).

Fem basiskategorier er i følge ICAO⁸ viktige for å oppnå et effektivt rapporteringssystem, noe vi ser av figur 2.2



Figur 2.2 Effektiv rapportering -5 basiskarakteristikker⁹

⁷ Safety Management blir tatt opp i kapittel 2.6

⁸ International Civil Aviation Organization

⁹ Hentet fra ICAO's Safety Management Manual Doc 9859 s.2-17

I tillegg er det viktig at systemet som brukes er konfidensielt. Data og informasjon frigis først etter at alt har blitt anonymisert. I tillegg må det være såkalt "non-punitive". Med andre ord ser man etter årsak og ikke med det for øye å straffe noen. Og det skal i hovedsak være basert på frivillighet å rapportere (Nemeth 2008, s. 67). Sett bort fra det som er rapporteringspliktig definert gjennom myndighetene, er det viktig for ledere å oppmuntre til rapportering av nesten-uhell. Dette da det gir verdifull informasjon for å forhindre fremtidige uhell.

Helsesektoren har gjennom tidene slitt med å få inn meldinger om uønskede hendelser. Dette settes i sammenheng med at man har jaktet *hvem* som har skylden fremfor å se etter *årsak*, noe som viser seg å ha resultert i at ansatte tier, benekter, eller å forsøker dekke over feil som er gjort (Kalra 2011, s.57). På 80-tallet gikk luftfarten over til såkalt "non-punitive" rapportering. Dette ga en dramatisk forbedring i flysikkerheten (Helmreich 2000 i Kalra 2011, s.57). Praksisen ble i 2012 innført ved Norske sykehus, da man gikk fra melding til Helsetilsynet, til å få en meldeplikt til Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (3-3-meldinger¹⁰). Det å ha et system er i seg selv viktig, men Kalra (2011) påpeker at meldingssystemet skal være brukervennlig samt inneholde muligheten til å rapportere alt innen sikkerhet (Kalra 2011, s.20). Dette har man i luftfart, gjennom flere ti-år, gjort gjennom å standardisere hva man definerer som rapporteringspliktige hendelser. I helsesektoren sier imidlertid Kalra (2011) at det trolig eksisterer ulike syn på hva som skal meldes. Spesielt mellom leger og sykepleiere, siden de som nevnt i kapittel 2.2 har en forskjellig oppfattelse av hva en uheldig hendelse er. For å kunne lære gjennom rapportering, analyse og konklusjon, så er det viktig at man forstår hva rapportpliktige hendelser er, og hvordan disse kan oppfattes forskjellig. Denne forskjellen kan være en årsak til at noen tiltak virker, og andre ikke (Ibid). Mangel på tid, personforfølgelse og straff er også bekymringer helsepersonell uttrykte ved innføringen av rapporterings systemer (Ibid). Rapportering av alvorlige hendelser innen medisin, var imidlertid en av de viktigste anbefalingene Institute Of Medicine (IOM) kom med i sin rapport *To Err is Human* (Kohn et al, 2000). I det henseende kan rapportering øke sikkerheten gjennom å;

- Varsle om nye risikoområder som kan identifiseres ut fra et mindre antall meldinger
- Spre kunnskap om hvordan enkelte sykehus tar i bruk nye metoder for å hindre uønskede hendelser og pasientskader

¹⁰ 3-3 melding beskrevet i Begrepsforklaringer i vedlegg 2

- Ved å utføre sentrale analyser av mange meldinger, kan man identifisere trender og nye områder som krever oppmerksomhet
- Sentrale analyser kan også innebære at det utarbeides nye anbefalinger og "best practices".

(Kunnskapssenteret 10, 2012)

Videre sier Kalra (2011) at det å kun bruke informasjonen som kommer inn via rapporteringssystemet til å forbedre sikkerheten, er kritisk. Informasjonen må under ingen omstendigheter misbrukes og identiteten til de som rapporterer må ikke avsløres. Dette er også påpekt av International Civil Aviation Organization (ICAO) gjennom sin Safety Management Manual (SMM)¹¹. Rapporteringssystemet må være selvstendig og ikke ha noe med hvor vidt du får beholde lisensen din eller ikke som følge av feilen som er gjort, eller at du på andre måter får ulemper i din fremtidige karriere som følge av rapporten. Og Kalra sier at et slikt system har hatt suksess i luftfarten. Vi snakker da om såkalt "Just Culture" innen sivil luftfart. Just Culture blir av mange definert som: *"A culture where front line operators are not punished for actions, omissions or decisions taken by them that are commensurate with their experience and training, but where gross negligence, willful violations and destructive acts are not tolerated."* (ICAO 2007, s.10))

Det påpekes av Kalra (2011) at effektivt lederskap er nødvendig for å beholde sikre og trygge systemer, da disse lederne er ansvarlige for å lage en "Just Culture" som et kritisk aspekt til pasientsikkerhet og trygt helsetilbud.

Her er 3 aspekter viktige:

1. Ledere må innse og akseptere at flertallet av hendelser skjer som følge av systemfeil.
2. Lederes rolle skal inkludere en merkbar støtte til de ansatte
3. Ledere må omfavne og inkludere kontinuerlig læring i organisasjonen.

("Patient Safety and Helatcare Management" med referanse til Joint Commission Resources 2007 og The Institute of Medisine 2004). Klarer man å få til disse tre kombinasjonene, vil man få en effektiv organisasjon med reduksjon av antall feil som blir gjort (Savage & Ford, 2008).

¹¹ Fullstendig dokument finnes på link: <http://www.icao.int/safety/SafetyManagement/Documents/Doc.9859.3rdEdition.alltext.en.pdf>

2.4 Hva er læring?

”Læring er en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin adferd på grunnlag av denne kunnskapen” (Jakobsen og Torsvik 2010, s.319).

Kunnskapssenteret sier på sine sider at det å bidra til læring gjennom å rapportere er veldig viktig (Kunnskapssenteret 11, 2014). I boken *Multimodal Safety Management and Human Factors* tar man opp at det er særdeles viktig at en luftfartsorganisasjon ikke bare lærer av egne feil, men også andres (Anca, 2008 s.46). Her vil vi se på individuell læring, kollektiv læring, hva gir motstand mot læring, hva definerer en lærende organisasjon samt hva skal til for å kunne lære av hendelser.

2.4.1 Individuell læring

Alle teorier om læring, har ifølge Jakobsen og Torsvik en ting til felles: Enhver læringsprosess starter ved at individet ser noe, hører noe eller opplever noe som man begynner fundere på hva er og hva betyr (Jakobsen og Torsvik 2010 s.321).

Kolb laget i 1984 en læringsmodell, vist i figur 2.3, som mener der er 4 prosesser som skal til for at læring kan oppstå.



Figur 2.3 Kolbs lærings sirkel¹²

Kolb mener konkret erfaring er basis for observasjon og refleksjon. Her handler det om resultatet av den handlingen som ble utført. Refleksjonene av disse handlingene blir så tilpasset og skilt ut, man søker finne mening med det som skjedde, hvorfra ny forståelse om hva man skal gjøre oppstår. Man har kanskje ennå ikke ferdigheten for hvordan, men

¹² Kolbs lærings sirkel hentet fra *Experiential Learning Theory s.6*, Alice Y.Kolb og David A. Kolb, 2008

kunnskapen om hvordan er tilstede. I siste fase blir kunnskapen så testet aktivt ut for å få ferdigheten på plass, slik at dette kan fungere som guideline i å lage nye erfaringer/prosedyrer basert på det man har lært (Kolb 2008, s.6). Dette kan eksempelvis skje ved at en pasient blir gitt feil medisin (1). Man reflekterer over hendelsen (2) og ser at prosedyren er komplisert. Man ser så at ved å legge til en person som dobbelt-kontrollerer medikamenthåndteringen, vil en potensielt kunne redusere antall feilmedisineringer (3). Dette testes så ut (4) før ny prosedyre iverksettes.

2.4.2 Kollektiv læring

Ordet kollektiv sees av mange som en betegnelse på fellesskap, slik som på en arbeidsplass. Gjennom kollektiv læring (også kalt sosial læring) vil man kunne lære av andres erfaring uten selv å ha opplevd dette. Forskning viser at interessen for andres erfaringer er størst når de handlingsmodeller som presenteres er lett tilgjengelige, enkle å forstå, virker attraktive, oppleves viktige samt likner på noe vi har erfart tidligere (Jacobsen og Thorsvik 2010 s.325). Gjennom samhandling med kollegaer på sin avdeling, vil man via samtaler og observasjon kunne tilegne seg kunnskap som en bruker videre i eget arbeid. Det som dog er viktig for at kollektiv læring mellom kollegaer skal fungere optimalt i en organisasjon, er at det blir satt i et system som fungerer for hele organisasjonen. Jo større organisasjonen er, jo mer komplekst er det, og det kan være vanskeligere å se resultatet av det man foretar seg. Samtidig blir store organisasjoner ofte beskyldt for å være enheter uten evne til enhetlig læring og med sterke krefter i retningen av rigiditet (Ibid, s 334).

2.4.3 Motstand mot læring

Illeris skriver "*Det er nesten en selvfølge at læringspsykologien fortrinnsvis har beskjeftiget seg med det som skjer når noen lærer noe. Men i mange sammenhenger er det minst like viktig å interessere seg for det som skjer når noen ikke lærer noe i situasjoner som kunne gi anledning til vesentlig læring,*" (Illeris 2012, s.188). Basert på Peter Jarvis tankegan (Ibid, s.250) kan dette gjennom tre kategorier eksemplifiseres:

- Forståelse (presumption)- Man mener å forstå hvordan legemiddelhåndteringen skal være, ergo legger man ikke merke til nye måter å gjøre dette på.
- Ikke-overveielse (non-consideration) - Man registrerer for seg selv at der kan finnes en løsning hvordan redusere feilbruk av medisinpumper. Man kan lage en liten sjekkliste

som henger på utstyret. Men fordi man har det travelt og er redd for at ingen vil synes det er en god idé, velger man å la det ligge og fortsetter som før.

- Avvising (rejection)- Man får en ny sjekklisterprosedyre som skal gjøres før man dobbelt-signerer ved legemiddelhåndtering. Men på grunn av at man mener man å ha så dårlig med tid, velger man å ikke lese gjennom sjekklisten men likevel signer for at sjekken er gjort. Man avviser dermed å følge gjeldene prosedyre.

Illeris sier at motstand mot læring er viktig for selve læringen. For blir nye prosedyrer påtvunget uten at ansatte får kommet med sine innspill, er forsvarsmekanismen slik at man vegrer seg. Enten litt ubevisst eller bevisst. Derfor er det viktig at nye prosedyrer blir evaluert av brukere etter en tid, eller at de det gjelder blir tatt med i prosessen når nye prosedyrer lages (Ibid 2012, s250).

Det er grunnleggende karakteristisk at voksne lærer det de vil, og er svært lite orientert mot å tilegne seg kunnskap de ikke ser noen mening med (Ibid s.250). I tillegg kan det antas å være forskjell på hvor fort den unge voksne tilegner seg ny kunnskap kontra den eldre voksne.

Illeris mener likevel man kan gå ut i fra følgende:

- voksne lærer det de vil og som de finner meningsfullt å lære
- voksne trekker i sin læring på de ressurser de har
- voksne tar det ansvar for sin læring som de er interessert i å ta
- voksne er svært lite tilbøyelig til å engasjere seg i læring de ikke ser noen mening med eller har noen interesse av.

Derfor kan det synes viktig i sykehusene å sørge for at de ansatte ser meningen med det de skal lære, og at man innser at læringen for eldre arbeidstakere går langsommere. Ellers vil det være vanskelig å få gjennomført endringer (Ibid s.252).

2.4.4 Organisasjonslæring- en lærende organisasjon

Jacobsen og Thorsvik (2010) baserer sin teoretiske beskrivelse av en organisasjon på A. Etzioni, og sier at den er *"...et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål."* (Jacobsen og Thorsvik, 2010). Disse organisasjonene er i følge Etzioni komplekse og gjerne byråkratiske (A.Etzioni s. xi).

Som nevnt i 2.4.2 er læring i organisasjoner komplisert fordi man ikke lenger bare skal forholde seg til ett individ, men flere mennesker innenfor den organisatoriske enheten. Og dermed kompliseres i følge Jacobsen og Thorsvik (2010) prosessen (Jacobsen og Thorsvik 2010, s 327). Men der er stadig masse læring ved gjennomføring av arbeid, og medarbeiderne opplever ofte at denne læringen har større betydning for dem enn læring i institusjoner som skoler (Illeris 2012, s.272).

Læring og profesjonell utvikling:

Kalra mener det generelt er et behov for bedre læringsprogram i alle nivåer av helse, noe som har sitt utspring i ett basisbehov: forbedret kvalitet og pasientsikkerhet. Han mener i tillegg at alle som gjennomgår medisinstudiet er godt kvalifiserte for den legevitskapelige medisinkompetansen de behøver for å behandle pasienter, men kun et fåtall utvikler ferdighetene som behøves for å kontinuerlig streve etter kvalitetsforbedringer i sykehus (Kalra 2011, s.66).

Studier på begynnelsen av 2000-tallet viser internasjonalt at det er mangel på pasientsikkerhet og læring i undervisningen, og at de som skal jobbe i feltet blir mer opplært til prosessen av pasientbehandling enn sluttresultatet (Ibid). Videre påpekes det at de som erkjenner å ha gjort en feil under pasientbehandlingen, også er de som mest sannsynlig vil komme opp med idé om hvordan dette i framtiden kan unngås (Wu 1993 i Kalra 2011, s.67).

Læringsprogram for helsepersonell skal starte med å skape oppmerksomhet rundt det uunngåelig faktum at uønskede hendelser forekommer i komplekse helsesystemer, og at helsearbeidere må forstå det underliggende systemet, samt de menneskelige faktorene rundt det å gjøre feil. Klarer man oppnå en oppmerksomhet og erkjennelse av virkeligheten rundt hendelser, vil de ansatte lettere kunne påpeke svakheter i systemet som egentlig er årsaken til at feilene ofte blir gjort (Kalra 2011 s. 68). I tillegg må et slik læringssystem fokusere på å oppnå en balanse mellom systemsvakheter og det individuelt ansvar. Dette vil gi den ansatte en bedre balanse i arbeidsmiljøet. En slik balanse oppnås gjennom et treningsprogram som aktivt fjerner hindringer en møter når man ser etter personlige årsaker til at hendelser oppstår (Ibid s. 68). Tidligere undersøkelser viser nemlig at de som kun skylder på systemfeil, ofte vil gjøre samme feilen om igjen. Dette mye fordi de ikke er villige til å endre sin måte å gjøre ting på (Ibid s.68).

I tillegg vil treningsprogram som relaterer seg til teamwork og arbeidsetikk være av betydning (Ibid). I dagens helsesystem er lagarbeid viktig for en pasients behandling. Hver og en i linjen fra leger, til farmasøyter, sykepleiere, laboratoriearbeidere osv. er medvirkende i prosessen, og alle er avhengig av hverandre. Gjennom årenes løp har det utviklet seg til et hierarkisk system med leger på toppen (Ibid s.69). Og mange setter kanskje renholdsarbeidere på bunnen, om de i det hele tatt blir vurdert inn i pyramiden. Det viktige er at alle blir opplært til fordelingen med team, slik at leddene fungerer som lag med barrierer. Innen dette teamet skal man kunne ha spørsmål og konstruktive dialoger med hvem som helst (Ibid s. 69).

Tilsvarende lag-modell, adoptert fra Crew Resource Management (CRM) i luftfart, har hatt god effekt, da den til og med har overbevist skeptikere om verdien av teamarbeid. Derfor er det viktig at de som utdanner seg innen helse, også lærer om hverandres arbeidsoppgaver. Dette for å kunne forstå bedre hvilke oppgaver den enkelte har, og hvordan alle bidrar i teamet (Ibid s.70). Interessen for andres felt fordrer kommunikasjonsevner, noe som for øvrig har vist seg viktig for læring av pasientsikkerhetsarbeid (Ibid).

Videre snakker man ved organisasjonslæring om Singel loop - eller dobbel loop læring. Singel loop læring sier at basis karakteristikk for situasjonen forblir konstant, men den eksisterende situasjon eller prosess blir forbedret. I dobbel loop læring er verdien av teorien man bruker evaluert og endret (Drupsteen et al 2013, s.74). Derfor er det i lærende organisasjoner viktig at organisasjoner etter uønskede hendelser gjennomfører de nødvendige tiltak i organisasjonen for å korrigere. Og man kan si at den ideelle lærende organisasjon ikke bare ser nødvendigheten av endring, men omfavner den og ønsker endringen velkommen (Anca 2008, s.46).

2.4.5 Læring fra hendelser

Forskning viser at mange organisasjoner har problemer med å få ned antallet hendelser, og at dette delvis er på grunn av manglende læring av tidligere hendelser (Drupsteen et al 2013, s.63). Det påpekes at ved å analysere uønskede hendelser for å identifisere organisatoriske svakheter, vil man kunne trekke ut verdifull læring. Noe som i sin tur vil føre til en tryggere og mer pålitelig prosess som på sikt gir færre hendelser (Ibid). Men man skal ikke tro at all endring kommer som et resultat av alvorlige hendelser. De fleste systemendringer har vist seg komme som følge av små kritiske hendelser som etter en viss periode ble oppdaget (Frey et al 2002 i Nemeth 2008 s.67).



Figur 2.4 Rapportering og analyserings prosess ¹³

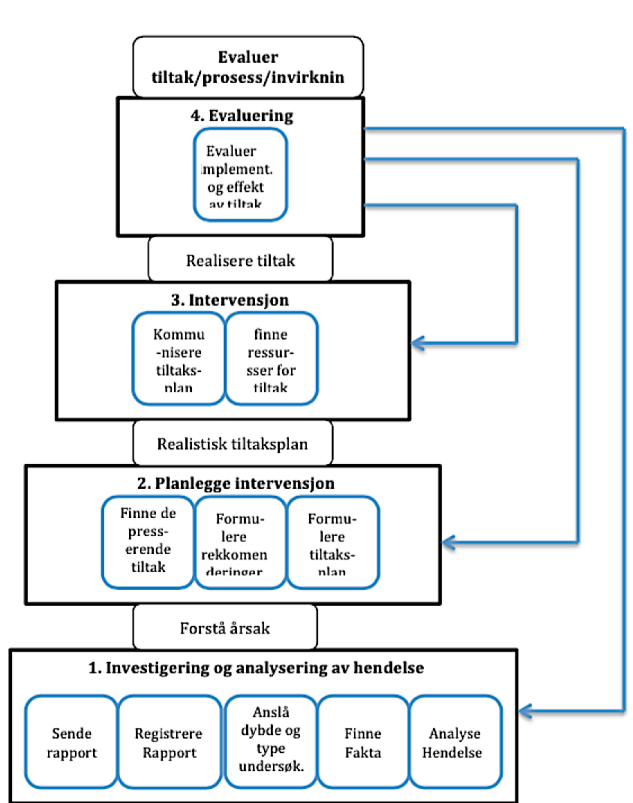
For å få utbytte av læringen som kommer ut av en hendelse, kan man se på prosessen som en interaktiv sirkel. Litt i tråd med Kolb's lærings sirkel referert til i kapittel 2.4.1. Figur 2.4 viser i sin enkelhet prosessen ved rapportering og analysering. Det viktige er at man sikrer all relevant informasjon i selve rapporten. Og det er første mottaker som er ansvarlig for å sørge for at dette er på plass, i tillegg til å sørge for å varsle de instanser som skal varsles innen visse tidsfrister, samt videreformidle kritisk informasjon som kan være av verdi for andre i sikkerhetshensyn. Videre er det som nevnt i kapittel 2.3 viktig at identifiserbare data blir fjernet fra rapporten, slik at ikke andre får kjennskap til hvem som har sendt inn meldingen. Første del av analysen innebærer å få full forståelse for hendelsen, hvor man drar inn de nødvendige eksperter for svar. I andre del av analysen søker man etter trender og utviklinger sett opp mot for eksempel andre hendelser som ligger i databasen. Alle disse stegene er viktige i prosessen for å oppnå læring. Og når tilbakemeldingen når den som rapporterte, eller andre som kan dra nytte av informasjonen, er sirkelen sluttet (Nemeth 2008, s.70).

Uansett hvilke tiltak man setter inn i etterkant av hendelser, er det viktig at de er pasientorienterte og produktiv. Simulerte situasjoner lik virkeligheten, med video-opptak og interaktiv debriefing, er eksempel på ett verktøy. Andre kan være problembasert læring, små gruppeøvelser og didaktiske leksjoner. Og involverer man de ansatte gjennom tema de kan foreslå tatt opp, vil motivasjonen for slik læring øke (Drupsteen et al 2013, s.70).

Men selv om det å fokusere på å unngå gjentakelser er viktig, må det ikke glemmes at man også skal søke gjøre hele organisasjonen sikrere, samt forbedre læringspotensialet fra

¹³ Hentet fra *Improvement of Healthcare Team Communication*, s.68. Redigert av C.P. Nemeth 2008 (oversatt)

hendelsesprosessen. Læringsprosessen her fordrer oppfølgingstrinn, der det kreves oversikt over hvert trinn for å kunne lokalisere hvor læringen eventuelt forsvinner (Ibid). Gjennom sin forskning, kom Drupsteen et al (2013) opp med en modell for disse trinnene. Gjennom denne fikk de frem en systematisk analyse av trinnene i læringsprosessen, samt identifisert eventuelle flaskehalser. Modellen består av 11 trinn fordelt på 4 deler; investigering og analyse av hendelse, planlegge intervensjon, intervensjon og evaluere. Disse synes av figur 2.5



Figur 2.5 Modell for læring av hendelse¹⁴

I første trinn av investigering- og analyseringen sier Drupsteen (2013) at det er viktig at all informasjon og fakta kommer frem, slik at man gjennom analysen fullt ut forstår årsaken til den uønskede hendelsen, også de underliggende årsakene. Uten disse vil man ikke evne lære av den.

I trinn to kommer anbefalinger i form av for eksempel endrede prosedyrer. Årsaken til -og kvaliteten på disse anbefalingene baseres på hva som kommer ut av investigeringen. Det er her viktig at man velger ut det man mener vil være mest effektivt, og at det settes prioritering på de mest prekære anbefalingene. En realistisk tiltaksplan skal også utarbeides. Tiltakene

¹⁴ Hentet fra *Critical steps in learning from incidents*, Drupsteen L et al 2013. Oversatt og justert.

skal i så fall helst være spesifikke, målbare, oppnåelige og relevante (Drupsteen et al 2013, s.66).

I trinn tre er målet å iverksette tiltaksplanen. Dette gjøres gjennom å kommunisere den ut samt finne ressurser for gjennomføring. Det viktige her er at de som gis ansvaret for iverksetting av tiltak, informeres og gis eierskap til dette. Ressurser som tid, penger og menneskelig og teknologisk evne, kan være av betydning for gjennomførselen. I tillegg er det viktig å kommunisere tiltaksplanen ut i organisasjonen, vise vilje til å forbedre sikkerheten, samt å dele det man har lært av hendelsen (Ibid).

Når alt er gjennomført, skal man i det fjerde trinnet evaluere. Har tiltakene blitt gjennomført? Har man fått den effekten man ønsket? Med andre ord; har man klart å lære av hendelsen? Dersom det viser seg at man ikke lykkes, er det i dette trinnet viktig å finne ut av hvorfor, slik at man kan sette inn tiltak som virker. Og der det er relevant, vil denne evalueringen føre til forbedringer i noen av de foregående tre trinnene.

Ser vi nærmere på flaskehalsene som beskrives av Drupsteen et al i de ulike trinnene, kan man se det som følger:

- 1.trinn: Man rapporterer ikke fordi systemet er for komplisert eller man ikke vet hva som skal rapporteres. Og når det kommer til analysen, er det vanskelig å definere beste metode for investigering og analyse.
- 2.trinn: Ingen spesielle flaskehalsar.
- 3.trinn: Problemene her oppstår ofte ved implementering og kommunisering av tiltak. Disse tiltakene blir sjelden gjennomført systematisk. Ansatte mister oversikt i virvaret av forskjellige tiltak som kommer, da en strukturert oversikt over disse ofte mangler. Resultatet kan da bli at de enkleste tiltakene gjennomføres, mens de komplekse forblir urørt. Og lett kan det være for at tiltakene blir lokalt implementert, men sjelden videreformidlet til resten av organisasjonen.
- 4.trinn: Her mangler det ofte systematisk evaluering i etterkant. Og ble dette gjennomført, bestod den ofte i å si om tiltak ble gjennomført eller ikke. Ikke hvorvidt man lykkes med tiltaket eller hva som gjorde at man ikke lykkes.

Drupsteen et al (2013) konkluderer i sin undersøkelse med at læring i mange organisasjoner er begrenset og at modellen de brukte i figur 2.5 fungerer for å identifisere flaskehalsar som skaper problemer for læring av hendelser. Undersøkelsen viste samtidig at læringspotensialet ofte ble borte i første og siste trinn, samt at man evaluerte steg for steg i stedet som en helhet. Noe som ifølge Drupsteen et al. (2013) gir begrenset læring. Og for at en organisasjon skal

kunne bli sikrere, må en effektiv læringsprosess være til stedet. En slik prosess må etableres i hele organisasjonen og krever god innsikt på hva som påvirker effektiviteten i prosessen, slik som ledelse- og organisasjonskultur (Drupsteen et al. 2013, s.75).

2.4.6 Kommunikasjon og læring

Når man har viktig informasjon, som for eksempel nye prosedyrer som følge av tidligere rapporterte hendelser, er det viktig å få disse så hurtig som mulig ut i organisasjonen. Jacobsen og Torsvik (2010) sier at det gjennom elektroniske verktøy som E-post, ligger et stort potensiale til å nå mange mottakere (Jacobsen og Thorsvik, 2010, s.254). Imidlertid kan en eventuell informasjonsbelastning dette medfører, gjøre at søker eller mottaker blir mer overfladisk i sin utvelgelse, noe som kan føre til at man stoler på det første man kommer over. Det kan da være en sjanse for at god informasjon blir oversett, samt at man blir mindre kritisk til det som tilegnes. Dessuten kan for mye informasjon forårsake at mottakeren stadig utsetter å involvere seg i den, og at viktig informasjon dermed settes på vent til en får beskjed om å sette seg inn i informasjonen (Ibid s.257). Spesielt kan dette være aktuelt for informasjon som beveger seg nedenfra i hierarkiske systemer og oppover. Dette fordi antallet personer som skal behandle informasjonen blir redusert i forhold til den potensielle mengden avsendere. Ved en formell organisasjonsstruktur vil en derfor ofte finne en filtrering av hvilken informasjon som skal hvor (Ibid s.261).

2.5 Organisasjonskultur

I boken ”Hvordan organisasjoner fungerer” (Jacobsen og Torsvik 2010) snakkes det om flere viktige perspektiver innen en organisasjon. Her ser vi på det *kulturelle perspektivets* betydning for rapporteringskultur samt som et utmerket verktøy for videre læring.

Schein definerer organisasjonskultur som følger:

”Organisasjonskultur er et mønster av felles 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 på i forhold til disse problemer” (Schein, 2010, s.18).

Gjennom god kultur vil man bidra til å fremme samarbeid og koordinering gjennom standardisering av normer og verdier. Utfordringen er å utvikle en sterk og integrerende

organisasjonskultur som styrker organisasjonens sosialiseringspotensiale omkring overordnet mål. En felles kultur vil i følge Jacobsen og Thorsvik (2010) da bety:

- a) at ansatte erkjenner hvordan de inngår i en større sammenheng, og
- b) at de deler grunnleggende antakelser, verdier og normer som fremmer en felles forståelse og tenkning omkring hvordan oppgaver og arbeidsform må tilpasses for å realisere overordnede mål (Jacobsen og Thorsvik 2010, s.117).

2.5.1 Ulike perspektiver på kultur i organisasjonen

For å eventuelt fange opp ”mangfoldet” av kulturer, er det viktig å erkjenne at man har behov for ulike perspektiver for å fange opp variasjonene. Bruk av komplementære perspektiver, definert av Joanne Martins (1992), vil her kunne hjelpe til å fange opp disse variasjonene;

- 1) *Integreringsperspektivet* - fokus på manifestasjoner av kultur som viser konsensus mellom meningene i organisasjonen og som gir ett klart unisont meningsmønster for alle medlemmene i organisasjonen. Kulturen er integrerende og organisasjonen beskrives som et kollektivt fellesskap. Brukes for å gi ett bilde av hva som finnes i organisasjonen av kulturell harmoni og homogenitet.
- 2) *Differensieringsperspektivet*- Fokus på kulturell manifestasjon tolket forskjellig av ulike grupperinger i organisasjonen skaper subkulturer. Perspektivet beskriver meningsforskjeller mellom ulike subkulturer og presiserer hvordan disse subkulturene karakteriseres av klare felles meningsmønstre. Men dette perspektivet sier også at der ikke trenger være noen konflikt mellom disse subkulturene og at de opererer uavhengig av hverandre. Brukes for å beskrive ulike kulturer i forskjellige grupper i organisasjonen som oppstår bl.a. som følge av forskjellige arbeidsoppgaver.
- 3) *Fragmenteringsperspektivet* - Dette skiller seg fra de to over ved at det fokuserer på kulturelle manifestasjoner som er uklare og ikke fanges opp av de to andre perspektivene. Det leter etter det tvetydige tolking av kulturmanifestasjonen. Konsensus vil alltid her være ustabil, situasjonsbetinget og skiftende over tid, og folk får ofte problemer med å tolke tvetydige signaler i organisasjonen (Joanne Martins 1992 i Jacobsen og Thorsvik 2010 s.132).

I tillegg vil det ved å se på om hva som kjennetegner den eksisterende kulturen, hjelpe oss se hvorvidt kulturen er sterk, enhetlig, helhetlig eller risikovillig. Dette gjøres ved å definere:

- a) Kulturell styrke, som viser hvor sterk effekt organisasjonskulturen har på det som rører seg i organisasjonen.

b) Kulturell kongruens, som viser i hvilken grad kulturen er den samme forskjellige steder i organisasjonen. Om den er enhetlig eller helhetlig.

c) Kulturell type, som viser til typiske kjennetegn for kulturen. Er den forsiktig, innovativ eller risikovillig. Tradisjonell eller byråkratisk.

(Jacobsen og Torsvik, 2010, s.132)

2.5.2 Sikkerhetskultur

Det å forstå samspillet mellom de kulturelle komponentene i en organisasjon er viktig når ICAO snakker om Safety Management (sikkerhetsledelse) i luftfart. De tre viktigste komponentene er:

- *Organisatoriske*: Referer til karakteristikken og oppfattelsen av sikkerhet mellom medlemmene. Inkluderer prioriteten i organisasjonen mellom for eksempel sikkerhet og kostnad.
- *Profesjonelle*: Differensierer mellom grupperinger som for eksempel leger versus sykepleiere eller piloter versus kabinansatte.
- *Nasjonale*: Differensierer mellom forskjellene i for eksempel hvordan mennesker grunnet sin nasjonale kultur eller ressursene landet har.

(ICAO Doc 9859 s.2-12)

En pro-aktiv sikkerhetskultur defineres gjennom ledelsens eget engasjement og deres observerte handlinger for et positivt sikkerhetsinitiativ og resultat (Anca 2008 s. 47).

Og en god sikkerhetskultur er en kultur som aktivt søker forbedringer og som med stor årvåkenhet er klar over hvilke farer som eksisterer, samt bruker verktøy og systemer for å kontinuerlig overvåke, analysere og investigere. I tillegg må man ha en enhetlig forpliktelse hos ansatte og ledelse hva gjelder ens personlige sikkerhetsansvar, tro på sikkerhetssystemet som eksisterer, samt et dokumentert sett med reglement for hva som gjelder (ICAO Doc 9859 s.2-10).

Gjennom pasientsikkerhetskampanjen i Trygge hender 24-7, har Helse- og Omsorgs departementet ovenfor helseforetakene påpekt viktigheten med en god sikkerhet- og rapporteringskultur. Tiltak som ifølge programmet kan forbedre pasientsikkerhetskulturen er;

1. Skape nye arenaer/møteplasser :

- mellom ledelse og ansatte i sengeposter og avdelinger
- på tvers av profesjonene
- på tvers av samhandlende enheter

2. Fortelle historier som belyser pasientsikkerhet

- analysere
- dele historiene med nyansatte

I tillegg sier de at topplederne må være flinke til å støtte behandlingsenhetene som behøver hjelp, gjennom å ha møte med de en gang i måneden samt gi de ansatte mulighet til:

- undervisning i sikkerhetsvitenskap
- identifisere systemsvikt
- lære av uønskede hendelser en gang pr. måned
- iverksette forbedringsmetoder gjennom sjekklister, hygiene, steril oppdekning

(Pasientsikkerhetsprogrammet 6, 2014, s. 54 og 55)

2.5.3 Rapporteringskultur

I både luftfart og helsevesenet er det viktig at man rapporterer. En ting er å rapportere det som er definert som rapporteringspliktig. En annen ting er såkalt frivillig rapportering av nesten-uhell. I bransjer som sykehus og luftfart, er det større sannsynlighet for nesten-uhell enn alvorlige hendelser (Nemeth 2008, s.67). De fleste endringer i systemet baseres på mindre hendelser, noe som viser viktigheten ved å ha en lav terskel for å rapportere (Frey et al 2002 i Nemeth 2008 s. 67).

Rapporteringskulturen får sitt utspring fra en persons mening og holdning til hva vedkommende mener om selve rapporteringssystemet, dens potensiale og hva de selv anser som nytteverdien av å rapportere (ICAO Doc 5859, s 2-12). En god sikkerhetskultur skiller mellom tilsiktet og utilsiktet hendelse, samt finne den beste løsningen for både organisasjonen og individene som er direkte berørt (Ibid).

Hvor vidt man lykkes, avhenger av flyten med informasjon gjennom rapporteringssystemet fra front-linje personell. Jo mer kontinuerlig jo bedre. Og informasjonen skal kun samles inn for å bedre sikkerheten. For å lykkes få denne kontinuerlige flyten i informasjon, må man ha et system basert på "no-blame" (ikke straffereaksjon) og en "just culture" (rettferdig kultur). Uten dette vil det stoppe opp (Ibid).

2.5.4 Subkultur

Det snakkes også om dannelser av subkulturer i organisasjonsteori. Dette er grupper som danner sine egne meninger tross av hva som er den gjeldene for organisasjonen. Klarer man rekruttere de rette menneskene med både sterke faglige og personlige kvalifikasjoner, er det større sannsynlighet for at subkulturer ikke får utviklet seg, siden alle forstår viktigheten av samarbeid. I følge Jacobsen og Torsvik (2010) viser undersøkelser at mennesker med lik utdanning har en tendens til å søke sammen og støtte hverandres holdning i arbeidet. Og dersom organisasjonens normer, verdier og retningslinjer kommer i konflikt med deres faglige normer, verdier og standarder, er tendensen at profesjonelle vil være mer lojale mot egen profesjonskultur enn mot verdier og normer som er ment å være organisasjonens formelle kultur (Jacobsen og Torsvik s.141).

2.5.5 Kultur og læring

Jacobsen og Thorsvik (2010) sier at sterke og enhetlige kulturer ofte virker negativt inn på en organisasjons evne til å lære. Og siden kulturer kjennetegnes ved at normer, verdier og at grunnleggende antagelser tas for gitt av den enkelte organisasjonsmedlem som preges av kulturen, vil dette føre til at folk ikke selv behøver være klar over hva som styrer deres handling (Jacobsen og Thorsvik, 2010,s 335). Kriterier for å oppnå en god kultur, kan derfor være;

1. Å skape en organisasjonskultur som fremmer avlæring. For å lykkes med dette er åpenhet ovenfor erfaringer, oppmuntring til ansvarlig risikotaking og vilje til å akseptere at alle kan gjøre feil men viktig å lære av de, sentrale punkt.
2. Kontinuerlig eksperimentering i organisasjonen.
3. Tette relasjoner med god kommunikasjon i organisasjonen med høy grad av desentralisering av beslutningsmyndighet.
4. Legge stor vekt på å tilegne seg gyldig informasjon og at den blir tilgjengelig for alle. Informasjonshenting blir viktig.
5. Belønningssystemer må oppmuntre til ”risikotaging” og organisasjonen må ikke straffe at man gjør feil.
6. Man må rekruttere personer som har evnen til å lære. Dette skyver fokuset fra rekruttering ut fra formell kunnskap (det man vet) til å legge mer vekt på hva man i fremtiden kan tilegne seg av kunnskap.

(Ibid s.336)

Organisasjonskulturen kan på samme måte som organisasjonsstrukturen angi hvilken informasjon som er viktig og sentral, og hva som kan utelukkes. Jacobsen og Thorsvik henviser til I.L.Janis (1972) som sier: *" alle grupper utvikler spesielle måter å tenke på. I de aller fleste tilfeller vil en gruppe over tid utvikle en viss konformitet. Folk som arbeider tett sammen, utvikler samme måte å se verden på, samme normer og verdier. Hvis gruppen mottar informasjon som antyder at det man har gjort er feil eller lite effektivt, ser man ofte at gruppen reagerer med motstand"*. (Jacobsen og Thorsvik 2010, s.335)

Symptomer som kan virke hemmende på læring er:

- De føler seg usårbar; "vi gjør aldri feil". Dette fører til at gruppen ofte tar større risiko.
- Gruppen utvikler en egen form for rasjonalisering og alle advarsler blir møtt med en egen type logikk, der advarslene blir ignorert og en egen måte er den eneste moralske riktige.
- Utvikling av stereotyper om andre.
- Sterkt gruppepress i retning av enstemmighet og man slår hardt ned på de som avviker.

Dermed oppstår en situasjon der en gruppe i stedet for å lære av sine feil, setter inn stadig mer ressurser for å bevise at den tross alt har rett, selv lenge etter at alle andre har bevist at gruppens handling var feil. Slike sterke enhetlige kulturer kalles subkulturer, og har ofte negativ innvirkning på en organisasjons evne til å lære (Ibid s.335). Det påpekes ifølge Jacobsen og Thorsvik (2010) at i de fleste teorier er en lærende organisasjon kjennetegnet av en kultur som oppmuntrer til frodig og åpen diskusjon, aksept for at ulike meninger, kritikk og konflikt kan være bra, og at det ikke er noe man alltid bør unngå (Ibid).

2.6 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur er oppbygningen av organisasjon, eller organisasjonens arkitektur. Jacobsen og Thorsvik (2010) omtaler organisasjoner som *"et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål"* (Jacobsen og Thorsvik 2010, s.13). I dette inngår at det er personer som arbeider sammen mot de samme målene, mål som gjerne tilstrebes oppnådd ved hjelp av strategier for å løse oppgaven organisasjonen er satt til (Ibid, s.14). I tillegg må det finnes etterspørsel av det organisasjonen tilbyr i markedet (Ibid s.13).

Organisasjoner kan grovt sett deles i to, *formelle* og *uformelle* organisasjoner (Ibid s.16).

Formelle organisasjonen kjennetegnes ved at de har;

- en formelt vedtatt arbeidsdeling for å fremme spesialisering
- fordeling av myndighet som forteller hvem som har lov å bestemme hva
- systemer for styring
- koordinering av arbeidet
- kontroll av arbeidet

En organisasjonsstruktur har tre generelle effekter på adferd (Ibid s.63).

1. *Fokus*: Utviser hva organisasjonen skal drive med, samt ansvarsfordeling mellom dens deltagere.
2. *Koordinering*: Samkjøring av ulike spesialiserte aktiviteter. Tar vi eksempel innenfor helseforetak, kan det være at pasienter må flyttes mellom avdelinger på grunn av forskjellig behandlingsbehov. Da er det viktig at dette koordineres slik at informasjonen flyter mellom avdelingene.
1. *Stabilitet i adferd*: Stabilitet innebærer at faste oppgaver løses på mer eller mindre bestemte måter. Når det rekrutteres, vil den som blir ansatt vite hva som kreves og hva som er jobbens natur. Dette skaper stabilitet og forutsigbar adferd, og kan skje ved;
 - Standardisering av resultater
 - Standardisering av kunnskap
 - Standardisering av normer og verdier
 - Gjensidig tilpasning gjennom laterale og horisontale forbindelser

(Ibid)

Men for at organisasjonen skal være med i utviklingen, er det likevel nødvendig at den gir rom for innovasjon og nytenkning (Ibid s.64). Videre lister Jacobsen og Thorsvik (2010) opp spørsmål som kan besvares for å synliggjøre hvordan organisasjonen bør bygges opp for å tilfredsstillende den spesifikke oppgaveløsningen. Spørsmålene være seg;

- Hva er det vi ønsker å oppnå?
- Hvilke oppgaver må vi løse for å realisere målene?
- Hvordan skal oppgavene fordeles?
- Hvordan skal oppgavene koordineres?
- Hvordan fordele beslutningsmyndigheten?

(Ibid s.66).

En type organisasjonsstruktur er det profesjonelle byråkratiet. Dette kjennetegnes ved spesialiserte enheter som på grunn av sin kompetanse kan tildeles høy grad av beslutningsmyndighet. Siden fagfolk innen hvert sitt område foretar de respektive beslutningene, kan vi si at slike organisasjoner er horisontalt komplekse. Et eksempel på profesjonelt byråkrati er sykehus (Ibid s. 90-91).

I sykehus kan en finne funksjonsbasert spesialisering i form av avdelinger beregnet for å behandle en spesifikk type (Ibid s.67) skade, lidelse eller andre oppgaver. Her er det klare føringer på hvilken stillingstittel eller yrkesgruppe som har lov til å utføre hva (Ibid s.78), og den ansatte er nettopp av den grunn rekruttert inn i akkurat den stillingen (Ibid s.90). Imidlertid er en ulempe ved slike spesialområder at det kan være lett for at manglende oversikt, manglende informasjon samt ulike interesser gjør at man bare konsentrere seg om sitt eget, kontra å tenke helhet. En ting er når det er snakk om ulike fagområder innen den medisinske, kirurgiske eller psykiatriske pasientbehandlingen, men ekstra komplisert kan det bli når det i tillegg skal tas hensyn til administrative funksjoner eller avdelinger (Ibid s.73). Det dukker derfor opp et behov for enheter som samkjører det hele og sørger for en koordinerende tenkning mellom spesialfeltene. Slike koordinerende enheter kan også ha en kontrollfunksjon. I tillegg til den fysiske kontrollen i form av tilsyn, kan den foregå gjennom standardisering av arbeidsoppgaver. Her er hensikten å styrke forutsigbarheten samt redusere beslutningskostnadene ved at arbeidsoppgaver utføres likt gjennom regler, skriftlige rutiner og prosedyrer (Ibid s.75). En slik formalisering som de tre sistnevnte faktorene indikerer, kan bidra til å skape en sterk organisasjonskultur, styrke sosialiseringspotensialet, være retningsgivende samt styrke motivasjonen til medarbeiderne (Ibid s.78). Her er det også et poeng at organisasjonen er utformet for å motivere ansatte til handling gjennom å dekke behov, som å *gjøre noe bedre* ved behovet for prestasjoner (Ibid s. 223).

2.6.1 Makt og læring

Det blir sagt at den som ønsker endring får garantert fiender blant dem som frykter å miste makt og posisjon. De vil heller aldri få mer en forsiktig støtte fra dem som håper det skal bli bedre under det nye regimet. Derfor er det grunn til å forvente at noen vil forsøke hindre at læring finner sted, hvis de forventer at det kan munne ut i tiltak som endrer den eksisterende ordren for makt og innflytelse i organisasjonen. Den kritiske faktor for å hemme eller forbedre læringsprosesser, er kontroll over intern kommunikasjon og informasjon. Hvilken

kontroll man har over dette kan være relatert til ulike former for makt i organisasjonen (Ibid s. s 336).

2.6.2 Kommunikasjon

En rapport fra Helsetilsynet sier: "*Mangeårig forskning og flere ulike studier har vist at det er en sammenheng mellom legestudenters kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter og senere risiko for feil, klagesaker, dårlig pasienttilfredshet og også pasientutkomme*" (Helsetilsynet 2, 2009). Dette sier Helsetilsynet er en av årsakene til at det nå satses på blant annet kommunikasjonsundervisning i legestudiene (Helsetilsynet 2, 2009). I tillegg er der flere som gjennom sine studier finner at en av hovedårsakene til at feil skjer i helsesystemet er svikt i kommunikasjon. Men man skal samtidig være klar over at å kun forbedre kommunikasjonen, ikke vil gi noe forbedret pasientsikkerhet (Nemeth 2008, s. 1).

En definisjon på kommunikasjon er "*en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt*" (Jacobsen og Torsvik 2010 s.250). Dette omfavner også den uformelle kommunikasjonen som kan finne sted i mer eller mindre tilfeldige møter mellom ansatte, som å treffes i korridoren eller praten i matpausen. Denne kommunikasjonen fremmer læring, da den krever at individene reflekterer rundt fenomener eller handlemåter, og slik kanskje kommer opp med forslag til hvordan ting kunne vært gjort annerledes (Ibid s.267).

2.6.2.1 Hva kan helsesystemet lære av kommunikasjon i luftfart?

Noen stiller nok spørsmålstegn ved om kommunikasjonsformen i luftfart er relevant for helsesektoren. Det som er sikkert, er at sikker og effektiv kommunikasjon er sentralt for suksess i begge bransjer (Nemeth 2008, s.24).

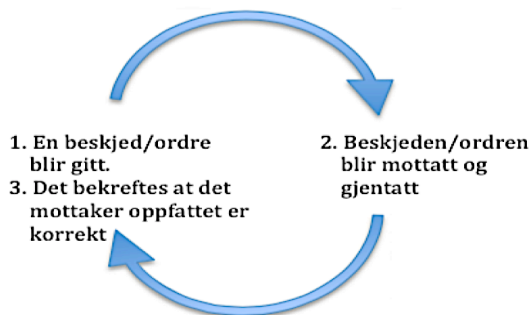
Dog skal man ifølge Nemeth (2008) være klar over at å kun kopiere kommunikasjonsmodellen fra luftfart over til helsesektoren, ikke vil fungere. Til det er arbeidsområdene deres for ulike. Men det er et godt utgangspunkt for å jobbe videre med kommunikasjon i helsesystemet (Ibid, s 4).

I luftfart blir kommunikasjon i dag brukt aktivt for å etablere forutsigbare handlingsmønstre i cockpit, samt holde fokus på kritiske elementer (Kanki og Palmer 1993 i Nemeth 2008, s.27).

Dette er en type kommunikasjon fastsatt gjennom Standard Operasjonelle Prosedyrer (SOP) i luftfarten. Slik standard kommunikasjon senker arbeidspresst hos pilotene, og studier viser at der disse formene for kommunikasjon er svak, er også ytelsen i cockpit redusert (Foushee og Manos i Nemeth 2008, s.27).

2.6.2.2 Closed loop Kommunikasjon

I situasjoner avhengig av god kommunikasjon, er det essensielt at mottaker forstår melding. Det hjelper ikke å si at du har mottatt og forstått beskjeden, dersom din oppfattelse av hva som ble sagt ikke stemmer overens med meldingsgiverens intensjon (Gordon, Mendenhall, Patrick, O'Connor, Blair 2012, s.55). Når hendelser oppstår, viser det seg ofte at kommunikasjonen har blitt forstyrret. Man hørte ikke hva som ble sagt fordi noe annet krevde oppmerksomheten akkurat da. Misforståelser og videreformidling av riktig informasjon er også to områder hvor det ofte kan føre til at feil blir gjort (Nemeth 2008, s.29). For å redusere muligheten til disse feilene, er det viktig at man oppfordrer til at beskjeder blir gjentatt og at eventuelle spørsmål samt bekymringer knyttet til beskjeden kommer fram. Illustrasjonen i figur 2.6. viser dette.



Figur 2.6 "Closed loop" kommunikasjon

2.6.2.3 ISBAR kommunikasjonsmodell

Gjennom PedSafe i Norge er det utviklet en kommunikasjonsmodell som har til hensikt å sikre at vital informasjon blir overført mellom de ansvarlige helsepersonell i behandlingen av barn og ungdommer. Modellen er et akronym og inneholder elementer samtalen bør inneholde, spesielt i kritiske situasjoner hvor klarhet, objektivitet og standardisering er avgjørende (Pedsafe, 2015).

ISBAR står for:

Identify- presenter deg, din funksjon og avdeling, pasientens navn og fødselsdato

Situation- En presis beskrivelse av problemet

Background - Relevant og kortfattet informasjon om forhistorien/innleggelsesdiagnosen

Assessment - Respirasjonsfrekvens, puls, kapillærfyllinger, m. m

Recommendation - "kan jeg gi barnet...?" " Hva vil du anbefale?" " Jeg vil du skal komme nå!"

(Ibid)

2.6.2.4 Crew Resource Management/ Team Resource Management

Crew Resource Management (CRM) oppstod på midten av 1980 tallet som følger av flere store flyulykker på -60 og 70-tallet der det viste seg at kommunikasjon, og da helst mangel på den, var årsaken til ulykker. Flymaskinen var i orden, men kommunikasjon mellom crew var helt fraværende.

Målet ble å forvandle en kultur der det å gjøre feil var definert som en svakhet og som i sin tur førte til skam, skyld og straff, til en kultur med fokus på læring og samarbeid. Det kritiske her ble å redefinere lederen og medlemmenes rolle i teamet, hvor lederen skal ha fokus på hvordan alle smidig og effektivt kan gjennomføre oppgaven sammen. I dag blir menneskelige feil umiddelbart tatt tak i og evaluert for å se hvilken læring man kan dra ut av dette, hva gjelder å forhindre, styre og kontrollere effekten av de (Gordon et al. 2012, s. 2). Datidens begrep på CRM var Cockpit Resource Management. Etterhvert har dette utviklet seg til å gjelde hele besetningen og omtales derfor i dag som Crew Resource Management eller Team Resource Management, hvor man også involverer alle andre parter som har en jobb i tilknytning til flyvningen som finner sted (Nemeth 2008, s 25).

I dag blir fremdeles ordre gitt, men alle team-medlemmene er gitt mandat til å ta del i beslutningene som gjøres underveis. Alle medlemmene uansett rang, status, stilling er oppfordret til å si fra når feil oppdages. Enten egne eller andres. Og dette samarbeidet skal føre til at små feil ikke ender som katastrofer (Gordon et al. 2012, s.2). Det viser seg ofte i etterkant av slike katastrofer at der har vært små feil som har gått forbi uten å bli tatt tak i, og frontlinjepersonell som piloter eller sykepleiere og leger, blir tatt for gitt (Weick 2007, s.8). I dag er CRM/TRM blitt et globalt verktøy innen luftfart og flysikkerhet med standarder satt av International Civil Aviation Organization (ICAO) samt nasjoners tilsynsmyndigheter. Og man kan si litt generelt at CRM/TRM er det samme som effektiv bruk av alle tilgjengelige

ressurser: Menneskelige ressurser, teknologiske ressurser og informasjon (Nemeth 2008, s 47). Dette for å kunne skape felles oppfattelse av situasjonen man befinner seg i (Ibid s.51).

Det skal nevnes at historikken rundt implementeringen av CRM/TRM ikke var problemfri. Det tar tid å bearbeide mennesker til endring i tankesett. Pilotene mente de var feilfrie og kabinpersonalet var skeptiske til å si fra. Og spesielt ikke si en autoritær kaptein imot (Ibid s.157).

CRM/TRM er i dag deler av grunntreningen på flyskoler, og selskapene har sine egne treningsdager en gang i året der cabin crew og cockpit crew er samlet. I tillegg finnes 2 halvårlige simulatortreninger der CRM/TRM er en viktig del.

Ved slik CRM trening i luftfart, trener de ansatte på å gi direkte, relevant og tydelig informasjon samt å gjøre det med det nivå av "Urgency" som tjener situasjonen. Uansett rolle eller rank man har. Noen enkle regler er da:

1. Snakk - gi kritisk informasjon
2. Lytt - lær deg å kjenne de andres bekymring
3. Vær bestemt - vis hvem du er når sikkerheten er under press. Du er sjef!
4. Be om tilbake lesing - Vær sikker på at de andre har forstått beskjeden
5. Vær direkte - Ikke hint og håp

Selv i tilsynelatende rutinegjøremål er det å være klar og tydelig samt direkte på riktig tidspunkt viktig for å forhindre en rutine i å bli en kritisk hendelse (Ibid s.57).

Det å komme seg rundt kinkige situasjoner og unngå såret stolthet hos andre, krever øvelse. Og ved å bruke CRM/TRM som fokuserer på hva som er rett, ikke hvem som har rett, så blir dette enklere. Og for å komme seg forbi *hvem* og rett til *hva*, blir crew lært opp til :

- Utfordre den andre, men med respekt: Om noen signerer for legemidler uten å følge sjekklisten, utfordre vedkommende til å gjøre det slik det skal gjøres.
- Ha en konstruktiv intensjon: Ser du at det ikke nytter her og nå, spar det til en debriefing.
- Vær spesifikk: Å hinte for at vedkommende skal forstå at sjekklisten skal følges fungerer sjelden.
- Gjør ting i tide: Gjør det umiddelbart når du ser hva som er i ferd med å skje. Ikke vent til feilen eventuelt er gjort.
- Bruk spørsmål: Spør for å få svar på det du lurer på. Ofte er det en naturlig forklaring, andre ganger har man rett og slett glemte.

- Aktivt søk informasjon: Søk informasjon og gjør det i tide.
- Bruk aktivt spørsmål i vanskelige situasjoner så man blir sikker på hva som er korrekt og har en felles forståelse.
- Ta ingen ting for gitt: Si fra når noe er uklart.

(Ibid s.60)

CRM/TRM kan kun være et effektivt hjelpemiddel dersom alle kommuniserer om hendelser som skjer nå, og at dette skjer via en satt/definert bunnlinje for hvilken standard som gjelder på hvordan og hva som skal gjøres (Ibid s.157). Gjør man feil og oppdager det, er det viktig å adressere dette riktig. Dersom det er litt spent mellom kollegaene som følge av den feilen som er begått, sier CRM at det er viktig å snakke om dette i etterkant i stedet for å unngå temaet. Forklar hvordan du opplevde det som hendte og spør om den andres synspunkt på hendelsen. I tillegg kan det samtales om hvordan ting kunne vært gjort annerledes for å få et annet utfall, dersom annen løsning finnes (Ibid s.61).

Problemene i Sykehus vedrørende CRM/TRM

Det å implementere en form for CRM/TRM inn i sykehusene basert på luftfart, er en tanke som oppstod på begynnelsen av 1990 via blant annet Robert Helmreich og Hans Gerhard Schaefer (Nemeth 2008, s.57).

De fleste steder er det nå akseptert at de vanligste årsaker til at feil skjer i sykehusene, er sviktende samarbeid og kommunikasjon (Gordon et al.2012, s.178).

I en presentasjon av Gisvold og Fasting ved St.Olavs Hospital, anslås 9% av meldte uheldige hendelser å være som følge av kommunikasjonsproblemer (Gisvold og Fasting).

I studier av Gordon et al (2012), blir CRM/TRM nevnt som modell for hvordan tilstrebe et tryggere sykehus. Det samme nevnes i publikasjonen til Nemeth. Og selv om luftfart og sykehus er ulike bransjer og egentlig ikke kan sammenliknes direkte, så mener disse studiene at der er sammenfallende grunnpilarer man ikke kan overse, og som derfor gir god begrunnelse for hvorfor CRM vil kunne fungere i helsevesenet.

Begge organisasjonene er avhengig av trente og veldig kompetente personer som utfører kompliserte oppgaver. De jobber i dynamiske miljøer hvor det kreves kontinuerlig oppdatering på gjeldene situasjon eller pasient. Situasjoner kan være særdeles krevende og med et usikkert resultat. Man har høy arbeidsbelastning, er utsatt for stress, personkonflikter og hvor resultatet av feil kan bli katastrofale (Nemeth 2008, s.27).

I tillegg er begge organisasjonene hierarkisk oppbygd med dominante grupper (leger og piloter) i hovedsak av menn, selv om dette er i ferd med å endre seg. De store ikke-dominerende gruppene er fremdeles kvinner i begge organisasjonene, som historisk har blitt trent opp til å tilpasse seg den andre gruppen (Gordon et al.2012, s.179). Begge organisasjonene har hatt sterk historisk beretning som oppfordret til ekstrem individuelt fokus og en manglende oversikt over topper som kunne sette liv i fare. Man har hatt en stor historisk motstand mot å iverksette det samarbeidet som i dag fungerer utmerket i de fleste vestlige flyselskap. I tillegg er man i dag veldig avhengig av komplisert teknikk for å kunne gjøre jobben. Sykehus inviterer derfor i dag mennesker med bakgrunn fra luftfart for å forelese om temaer som sjekklister, prosedyrebruk og kommunikasjon. Sim senter¹⁵ dukker opp, og er også en del av opplæring på St. Olavs. Amerikanske helsemyndigheter anbefaler i dag at kommunikasjonstrening implementeres som standard (Ibid s.179). Dette viser seg imidlertid vanskelig.

I følge Gordon et al (2012) er der følgende punkter som har vært kritisk til suksess for CRM i luftfart:

- Man har utfordret den gamle helte statusen piloter hadde.
- Man har redefinert hva som er feil og avvik og hvordan man skal håndtere de.
- Man bygger team intelligens
- Tatt tak i farlig hierarki
- Skape psykologisk sikkerhet
- Introdusert trening i teamwork og dens egenskaper
- Integrere samarbeid i organisasjonens arbeidsmønster
- Gitt mulighet for oppfriskningstrening
- Regulere arbeidsbelastning og bemanning
- institusjonelle regulatoriske insentiver og kontroll

Videre sier Gordon et al (2012) at CRM må tilpasses de omgivelsene de skal operere i, og at det her vil være store utfordringer for helsesystemet. Kompleksiteten i helseforetakene er annerledes enn i luftfart, men man mener at hvis luftfart og andre organisasjoner har klart å gjøre dette til det bedre, så burde helsesystemet også kunne lykkes. Samtidig må man være

¹⁵ Sim senter er opplæringsenhet der forskjellige senarioer simuleres for å fremme læring

forberedt på at prosessen kan ta år, kanskje flere tiår, og vil være en kontinuerlig prosess fremover (Ibid s.180).

Skal man lykkes, må man ha forståelse for og ikke minst kunnskap om de ulike ansatte kategoriene på sykehuset. Det må jobbes inn en forståelse og aksept for at alle er der med ett formål - få pasienten frisk og i stand til å reise hjem uten komplikasjoner. Og for å lykkes best mulig, må man være lagspiller på alle nivå. Ikke bare mellom leger og sykepleiere, men også renholdsarbeidere og de som jobber på kjøkkenet må inkluderes. Alle må behandles med respekt og alle må forstå viktigheten av hverandres jobb (Ibid s.185).

Team work

CRM har over de siste to tiår vist at med rett trening kan fremmede møtes og hurtig skape et høyfunksjons-team (Gordon et.al s185). Vi velger se på team som en trent samling av personer med spesifikke individuelle og interaktive roller, et utdelt sett med ferdigheter og samme tydelige språk, hensikter og mål. Grunnkomponentene for teamwork er:

- *Introduksjon* presenter deg selv for alle. Pasient og kollega. I luftfart rekker man alltid ut en hånd og presenterer seg ved navn. Det flater ut hierarkiet.
- *Delt språk/sjanger og mentale modeller*. I helsesystemet blir det påpekt at leger ikke har samme språk som sykepleiere. Leger snakker ofte i diagnoseform mens sykepleiere kanskje ikke får lov å bruke ordene, men må beskrive symptomene. For det er legen som setter diagnosen. Det at man ikke har samme språk skaper frustrasjon begge veier.
- *Samme informasjon, plan og protokoller*
- *Kryssmonitorering*
- *Feedback/ korreksjonsmekanismer gjennom bruk av briefing /de briefings*. Briefing av en pasients status kunne blitt sett på som en flytur. Men da er det viktig at sykepleiere som passer på pasienten er til stedet og kan gi info. Ofte er dette vanskelig på grunn av forskjellige vaktordninger.

I flere undersøkelser gjort rundt teamforståelsen viser det seg at alle mener man jobber i team, men graver man litt dypere ser man at team kun er i ordets forstand. Man ser på team som den gruppen som jobber sammen på avdelingen, på samme vaktskift, samme klinikk eller innen samme disiplin. Veldig ofte er teamene delt opp til leger på runden eller sykepleiere på vakt. Sjelden ser man å inkludere på tvers av stillinger (Gordon et al. 2012 s.185).

For å oppnå teamfølelse, er det viktig at man behandler hverandre med respekt og ikke søker sette seg i respekt på noen som helst måte gjennom hevnaksjoner. Det er ødeleggende for teambyggingen. Det blir ofte påstått at enkeltpersonells væremåte, negativ sådan, er en personlig egenskap som ikke kan endres, i stedet for å se på det som et systemproblem. Men slik oppførsel kan endres via læring uavhengig av type personlighet. Det har CRM i luftfart bevist. Og det er derfor viktig at institusjoner som opplever slike "problem" tar tak i de gjennom handling og ikke bare prat (Ibid s.187).

I dag brukes CRM i Luftfart i en videreutviklet versjon hvor man ikke bare snakker om hva man skal gjøre dersom en spesifikk situasjon oppstår. Man analyserer situasjonen man er i og vurderer hvilke trusler som finnes. Vi snakker da om Threat and Error Management (TEM).

2.6.3 TEM organisasjon

Threat and Error Management er viktig i organisasjoner av høy risiko, slik som Sykehus. Hvor Threat refereres til enhver situasjon eller ytre påvirkning som øker den operasjonelle kompleksiteten og dermed har en mulighet for å kunne føre til en Error. Alle disse truslene kan bli håndtert på en slik måte at man søker unngå at feil oppstår. Dette ved å benytte seg av hjelpemidler som sjekklister, prosedyrer, CRM samt det å være bevisst på situasjonen man er i. Disse truslene kan være synlig eller skjulte (dårlige prosedyrer) og er definert som en fremtidig hendelse.

Siden disse hendelsene allerede har funnet sted, så er det viktig å analysere dem for å se hva gikk galt og hvordan kan vi unngå at dette skjer igjen. Der sier Gordon at rapporteringssystemet og analyser av hendelser et viktig verktøy. Videre anser han disse å være en av de største forskjellene mellom luftfart og andre høyrisiko organisasjoner, slik som sykehus.

"Threat and Error Management" handler ifølge Gordon om å håndtere truslene for å unngå hendelser og skulle en uønsket hendelse oppstå så må man fange opp kunnskapen som oppstår for å lage strategier for å forhindre at disse skjer igjen. TEM gir en de verktøyene man trenger for rapportering analysering samt gjennomgå regelverk og prosedyrer for å forhindre gjentagelse på et senere tidspunkt. Dette gjøres i ett regime der man ikke søker straffe noen, da man har kommet til den erkjennelsen at de fleste gjør alltid sitt beste (Gordon et. al. s.149). For helsetjenestens del, finner vi fra National Center for Patient Safety i USA, et verktøy for Risiko- og hendelsesanalyse. Hensikten er å analysere hvorfor noe gikk galt eller holdt på å gjøre det, gjennom å;

- Ta initiativ til å gjennomføre en analyse.
- Samle inn fakta.
- Beskrive hendelsesforløpet.
- Identifisere bakenforliggende årsaker.
- Utarbeide tiltak og en metode for å følge opp.

(Kunnskapssenteret 9, 2013)

Hva er så forskjellen på CRM og TEM?

TEM er et resultat av CRM. Det er egentlig samme sak der man kan si at TEM er en videreutvikling av CRM. CRM inneholder at man oppnår en enhetlig virkelighetsoppfattelse av hva som har hendt og hvordan vi skal løse dette, mens TEM er mer et forebyggende verktøy som også inneholder rapportering av hendelser gjennom avvikssystemene (Nemeth 2012, s.57).

2.6.4 Workload Management (aktivitetsstyrt lederskap)

"Workload Management" er en strategi som skal sikre en balansert bemanning i forhold til arbeidsoppgaver i forhold til tid og tilgjengelig bemanning. Dette inkluderer at de som er på vakt skal være våkne og på alerten, forhindre fatigue, delegere ut hvem som gjør hva, samt lære de ansatte om hvordan man håndterer forstyrrelser, avbrytelser, prioriterer oppgaver og forhindrer at noen oppgaver blir forskjøvet. I tillegg må man lære å unngå fallgruver, som å fortsette med en oppgave som viser seg farlig. I et sykehus eller innen luftfart innebærer det at man skal være kapabel til å gjøre alt dette også under sterk påvirkning av stress (Gordon et al s.119).

Elementer for effektiv Workload Management er flere, hvorav noen sentrale er:

- Regulering / regelverk: I følge Gordon er det ofte opp til hvert enkelt sykehus eller institusjon hvordan man bemanner i henhold til stilling, team, arbeidstid osv. I luftfarten er dette regelstyrt fra myndighetene sin side.
- Fatigue Management: Spesielt viktig i situasjoner der man jobber skift. Fatigue kan ofte oppstå som følge av mangel på søvn, og at du jobber om natten når kroppen din egentlig er programmert til å sove.
- Følge standard operative prosedyrer (SOP): Meget viktig i denne sammenhengen. Jo mer hektisk det er jo, viktigere at man er godt trent på standard for hvordan man skal jobbe. SOP brytter opp i detaljer om hva som er den enkeltes ansvarsområde,

viktigheten med CRM samt at man jobber som et team for å sørge for at jobben blir gjort.

- Følge sjekklisten: Sjekklisten ble innført i luftfart etterhvert som flyene ble mer og mer tekniske, for å sikre at alle vitale punkter ble husket. Den har vært en stor bidragsyter til å forbedre flysikkerheten.

I 2010 kom en bok fra en lege ved John Hopkins Hospital, *Safe patients smart Hospitals: How one doctor's checklist can help us change healthcare from the inside out* (Ibid s.139). Det viktige her er at alle slike ting man implementerer være seg sjekkliste, CRM eller andre ting må komme fra toppen og være en del av SOP¹⁶. Det skal ikke være opp til den enkelte hva man velger gjøre.

2.6.5 Safety Management System

I luftfart er Safety Management System (SMS) en prosess ledere bruker for å lette på sikkerhetsrisikoen knyttet til arbeidet man gjør i organisasjonen. Systemene man bruker er skapt over tid, og har sitt utspring i regulering, lover og bestemmelser som er lagt på industrien fram til i dag og er i hovedsak et minimumsnivå industrien behøver gitt flysikkerhetens kostnader for å kunne opprettholdes på et akseptabelt nivå (Anca 2008 s. 43). ICAOs Doc 9859 Safety Management Manual (SMM)¹⁷ er «bibelen» for selskapene og ligger også til grunn for SAS sitt Safety Management System og flysikkerhetsarbeid (Hough 2015).

Effektiviteten til et selskaps SMS kan måles som et resultat av dens sikkerhetskultur hos de ansatte, som igjen er direkte linket til selve organisasjonens kultur. Tidligere var disse systemene i hovedsak retroaktive hvor man kun analyserte hendelser for å lære av disse, man fokuserte hovedsakelig på anlegg, utstyr og ledelsen. Man fokuserte ofte på få spesielle fokusområder. I dag er man mer proaktiv, og søker ligge i forkant gjennom blant annet risikoanalyser. Man fokuserer på menneskene, prosessen og systemet som en helhet. Og for at dette skal fungere, er det viktig at sikkerhetskulturen er forankret hos alle, også toppledelsen (Anca 2008 s.44). Det man imidlertid må passe seg for, er at man som ledelse unngår å fokusere for mye på dokumentasjonen av prosedyrene på bekostning av investigeringen av den aktuelle praksisen. Gjør man det, viser det seg gjennom ettersyn at man er mindre

¹⁶ Standard Operation Procedure

¹⁷ ICAOs Doc 9859 kan leses i sin helhet på:

[http://www.icao.int/safety/SafetyManagement/Documents/Doc.9859.3rd Edition.alltext.en.pdf](http://www.icao.int/safety/SafetyManagement/Documents/Doc.9859.3rd%20Edition.alltext.en.pdf)

effektive fordi en i hovedsak adresserer teorier i organisasjonen, og ikke gjennomføring av prosedyrene i henhold til teoriene (Drupsteen et al 2013, s.75).

3.0 Metode

Besvarelse av problemstillingen er i tillegg til litteratur på området, gjort gjennom dybdeintervju og spørreundersøkelse. Dette presenteres ved at vi i kapittel 4 beskriver fly- og pasientsikkerhetsarbeid, før egne funn på en fortellende måte drøftes i lys av teorien under kapittel 5. For å innhente de nødvendige opplysninger, benyttet vi oss av design og metoder vi i det følgende vil gjøre rede for.

3.1 Kvalitative data

En måte å innhente kvalitative data på, er gjennom observasjon eller åpne intervjuer. I like stor grad som mennesker er forskjellige, vil man kunne oppleve ulike oppfatninger av en situasjon, et tema eller en annen problemstilling fra de ulike enhetene (Jacobsen 2013, s.31). Man er ved innsamling av kvalitative data fleksibel, og kan slik tilpasse spørsmålene til den situasjonen som oppstår der og da (Ibid s.129). Nærheten mellom undersøkelsesenheten og intervjueren kan imidlertid fremprovosere feilaktig informasjon. Det er derfor viktig at den som intervjuer tilstreber en nøytral holdning, men at undersøkelsesenheten likevel gis rom til å uttrykke sine meninger. En annen ulempe ved metoden er at den er ressurskrevende. For det første skal undersøkelsesenhetene få tid til å uttrykke sine meninger. Deretter må budskapet sammen med de nonverbale uttrykkene fortolkes samt analyseres. Dette kan være en tidkrevende jobb, da man må strukturere det som er blitt sagt eller er observert. På den andre siden struktureringen gjøre det lettere å skaffe seg et overblikk over blant annet fellestrekk i informasjonen, samt at en ikke overser informasjon som er funnet i datainnsamlingen (Ibid s.130).

3.2 Kvantitative data

En type kvantitative data er gjennom standardisert informasjon, eksempelvis spørreskjemaer, gjerne med avgrensede alternativer for respons. Dette gjør at resultatet av slike undersøkelser enkelt kan behandles uten behov for fortolkninger, og hurtig illustreres ved hjelp av grafer, prosentangivelse eller lignende verktøy. Denne datainnsamlingen er for respondenten avgrenset og oversiktlig, og kan således utformes slik at den hurtig besvares. På denne måten kan man uten bruk av så mye ressurser fremskaffe informasjon fra et stort antall respondenter,

noe som igjen gjør at vi kan generalisere og dermed øke sjansen for en høy gyldighet (Jacobsen 2013, s.132). Undersøkeren trenger ikke her være i kontakt med respondenten, og sjansen for den påvirkningen elimineres. Likevel må en være bevisst på at ikke spørsmål og/eller svarene fordrer bestemte svar (Ibid s. 133). Standardiseringen har på sin side den ulempen at undersøkeren ikke vil kunne få svar på hvorfor respondenten har svart som hun eller han har gjort, altså informasjonen man sitter igjen med har ingen nyanser ut over det som det spørres om (Ibid s.134).

For å finne ut mer om organisasjonens arbeid med –samt læring av uønskede hendelser, valgte vi en kvalitativ tilnærming. Derimot valgte vi en kvantitativ tilnærming når det gjaldt å kartlegge ansattes opplevelse av det samme temaet. Disse undersøkelsene gjorde vi henholdsvis ved hjelp av et intensivt og et ekstensivt undersøkelsesopplegg (Jacobsen 2013, s.87).

3.3 Intensive og Ekstensive undersøkelsesopplegg

Undersøkelsesopplegg deles i ekstensive og intensive. Hovedsakelig kan disse skiller ved at ekstensive går i bredden ved å undersøke mange enheter for å skaffe seg en oversikt over, - samt si noe om det generelle. I motsetning vil intensive opplegg undersøke få enheter, men heller gå i dybden hos den enkelte informant (Ibid s.87-90). I tillegg til det verbale, vil dette undersøkelsesopplegget også få frem kroppsspråket intervjuobjektet utstråler (Ibid s.187). Nyansene det intensive opplegget gir, bidrar til å belyse konteksten fenomener står i (Ibid s.90). Slik kan man kartlegge mange aspekter omkring det som skal undersøkes.

Informasjonen fra undersøkelsene har for vår del blitt brukt til for eksempel å se etter fellestrekk blant informantene (Ibid s.89) samt studere hvordan personer opptrer under påvirkning av sine omgivelser. Slik har vi skaffet oss formening om hvorfor ansatte forholder seg til fenomener som de gjør. En ulempe er at det intensive opplegget er tidkrevende både under selve undersøkelsen samt med tanke på informasjonen som skal behandles i etterkant (Ibid s.88). Derfor valgte vi å avgrense interessante fenomen gjennom en intervjuguide (Ibid s.126).

Når det gjelder undersøkelsen blant ansatte i pleie, ville det vært en for stor oppgave å intervjuet et stort nok antall til å kunne uttale oss generelt med bakgrunn i undersøkelsen, altså foreta en generalisering (Ibid, s.80). Da var derimot et ekstensivt undersøkelsesopplegg bedre egnet. Slik fikk vi mye informasjon på kort tid, samt god hjelp av programvare til å systematisere informasjonen som ble innhentet.

I Jacobsen 2013, s.87 heter det seg at “*det er problemstillingen som bestemmer hvilket undersøkelsesopplegg som bør velges*”.

Kombinasjonen av det intensive og det ekstensive undersøkelsesopplegget gjorde at vi kunne foreta de nødvendige undersøkelsene for å besvare vår problemstilling. En slik kombinasjon kalles designtriangulering (Ibid s.100). Først gjennomførte vi det intensive undersøkelsesopplegget, slik at vi på den måten skaffet oss opplysninger som kunne brukes i det ekstensive opplegget (Ibid s.100).

3.4 Induktiv datainnsamling

Ved induktiv datainnsamling undersøkes fenomener med et åpent sinn. Således søker undersøkerne informasjon som tilstreber et korrekt bilde av virkeligheten, fremfor informasjon som bygger opp under antagelser. Etter undersøkelsene systematiseres informasjonen, for så å danne teorier (Jacobsen 2013, s.29). Slike undersøkelser av virkeligheten kan for eksempel skje ved hjelp av tverrsnittstudier.



Figur 3.1 Illustrasjon type studier¹⁸

3.5 Tverrsnittstudie

Beskrivelsen av fenomenet kan skje ved å se på det et gitt tidspunkt eller over tid (Jacobsen 2013, s.101), noe *tverrsnittstudier* egner seg til (Ibid s.102). Siden undersøkelsen foretas der og da kontra å måle noe over tid, er tverrsnittstudier ressursbesparende både i form av tid og penger (Ibid s.102-103). Det vil likevel ikke være noe i veien for at en kan se tilbake i tid ved denne undersøkelsesmetoden, for eksempel ved å undersøke oppfatningen av et fenomen på et tidligere tidspunkt. Dette kalles retrospektiv design (Ibid s.106). En svakhet ved retrospektivt

¹⁸ Hentet fra Kunnskapssenteret <http://kunnskapssenteret.com/induktiv-deduktiv/>

design er imidlertid at det kan være vanskelig for informantene å huske hvordan de tenkte om et fenomen på et tidligere tidspunkt (Ibid s.107).

For å besvare vår problemstilling, fant vi det likevel hensiktsmessig å benytte et tverrsnittstudie med retrospektive spørsmål av en art informantene trolig ville huske tidligere oppfatning av. I tillegg til primærdataene vi har funnet gjennom undersøkelser, har vi benyttet sekundærdata i form av tidligere forskning på området for å finne ut mer om temaets historie (Ibid s.124, s.62).

3.6 Forklarende design

Når det senere ses på hvilke tiltak som kan gjøres for å tilstrebe læring av rapporterte hendelser, kan det imidlertid passe bedre med forklarende design. Hensikten med denne metoden er å studere hvilke faktorer som fikk noe til å skje. Da belyses årsak –og virkningsforhold bak hendelsen (Ibid s.101). For eksempel kan det være interessant å undersøke om der finnes bevisste prosesser som er iverksatt for å frembringe den ønskede virkningen (Ibid s.119). Tre ting bør i så fall ligge til grunn for at en slik kausalitet er sannsynlig. Det ene er at det er samvariasjon mellom antatt årsak og antatt virkning. Altså at det er to variabler som endres avhengig av hverandre. I tillegg må det være riktig rekkefølge på kausaliteten, slik at virkningen kommer etter årsaks endringen. Og det tredje er at virkningen ikke kommer *for* lenge etter endringen, altså at den har nærhet i tid (Ibid109). Eventuelle andre årsaker som kan ha forårsaket virkningen bør også belyses (Ibids.110).

3.7 Aksjonsforskning

Aksjonsforskning baserer seg på ny kunnskap fra et allerede kjent område i forsøk på å forbedre denne. Gjennom forskningen vil forskeren utvikle måten å handle på.

Aksjonsforskningen kan derfor ses på som en spiral, der en stadig søker forbedret praksis. Når en skal se nærmere på såpass detaljerte eller spesifikke fenomen, vil det være fordelaktig med kjennskap til området det forskes innen (Dallan 2007, s.58). Relatert til denne oppgaven, jobber undersøkerne innen hver av organisasjonen det forskes på, SAS og St.Olavs Hospital. For vår del gjør det forskningen spesielt interessant og relevant, da vi vet matnytteten den kan ha i virkeligheten . I tillegg kan kjennskapen av organisasjonene og deres arbeid bidra til at vi oppnår kontakt med rette personer til å kunne gi svar på det som undersøkes. I den forbindelse må det før oppstart kartlegges hvem som er samarbeidspartnere og på hvilke premisser

forskningen skal foregå (Ibid s.58). En ulempe ved metoden, er at forskeren vanskelig kan forholde seg nøytral til fenomenet (Ibid s.57).

3.8 Utarbeiding av spørsmål til dybdeintervju

Når vi hadde funnet ut hva vi ville undersøke og laget problemstilling tilegnet dette, spurte vi oss selv hvilken type informasjon trenger vi for å besvare problemstillingen. Vi var egentlig aldri i tvil om annet enn å ville ha primærdata (Jacobsen 2013, s.137).

Det neste ble å finne ut hvordan vi skulle skaffe dataene. Vi diskuterte frem og tilbake om vi egentlig var ute etter synet til ledere og folk i administrasjonen, eller om det var de øvrige ansattes opplevelse vi ville ha. Den ene i gruppen lurte på om mangelen på læring kunne skyldes for lite vekt på dette fra lederens side, og ville undersøke sistnevntes tanker omkring temaet. Den andre var for så vidt enig, men ville i tillegg blant annet undersøke ansatte syn på kulturen. Vi kom så frem til at det ikke var noe i veien for å gjøre begge deler, men heller tvert imot at det kunne styrke undersøkelsens pålitelighet.

Vi fant det hensiktsmessig å gjøre dybdeintervjuene først, slik at vi kunne bruke opplysninger derfra i utviklingen av breddeundersøkelsen. Ved å granske problemstillingen fant vi ut at det var fire temaer som burde ses nærmere på. Rapporteringssystemer, rapporteringskultur, organisasjonsstruktur, analyse -og læring av tidligere meldte hendelser. Til hvert av de fem områdene fant vi fenomener som det ble laget spørsmål til for å presisere det vi ville undersøke. Siden vi skulle intervju flere, laget vi en intervjuguide som var konkret nok til å gi informasjon av nytte for å besvare problemstillingen (Ibid s.145) samt sammenlikne resultatene fra de ulike intervjuene. Ulempen kan dog være at en mister den spontane informasjonen ved at personen ledes i bestemte retninger (Halvorsen 2012, s. 142).

3.9 Gjennomføring av dybdeintervju

Et problem med intervjuguide som beskrevet ovenfor, er imidlertid at en blir nokså bundet. Dette var vi bevisste på, og hadde derfor i forkant avtalt med hverandre at vi lot oss "spinne videre" på ting som var av interesse selv om det gikk litt utenfor malen. Ideelt skulle vi hatt ubegrenset tid, men her ble vi tildelt 30 minutter disponibel per objekt. men ut fra prøvegjennomkjøringer i forkant, visste vi å ha 4-6 minutter til overs dersom guiden ble fulgt, da vi fikk 30 minutter disponibel per objekt. Som en nødløsning i tilfelle lite tid, hadde vi

prioritert spørsmålene. Ulempen med hensynet på tidseffektivitet kan selvfølgelig være at informanter har behøvd mer tid for å ytre sine faktiske meninger. Grunnen til at vi likevel ville holde oss innen tidsplanen, var for å unngå at folk måtte vente ut over avtalt tidspunkt, da vi så for oss dette kunne ha ført til et utgangspunkt med negativitet, samt at objekter kunne latt være å møte dersom de hadde hørt rykter om store forsinkelser. I den hensikt gjorde vi også intervju-lokalet så nøytralt som mulig. Alt av forstyrrelser ble fjernet, slik at det bare var et møteroms bord og stoler til stedet. Det var heller ikke noen form for kaffeservering. På døren til rommet ble det festet en lapp med anmodning om å vente på gangen til de ble hentet inn.

Intervjuplanen var med fem objekter per dag i to dager, der intervjuene gikk fortløpende. For at vi skulle få tid til å «hente oss inn» tross tidsregimet, foretok vi annen hvert intervju. Intervjuobjektene ble møtt i døren hvor vi håndhilste. Mens den ene informerte om anonymitet samt bruk av diktafon, administrerte den andre nettopp disse. Gjennom hele intervjuet var det tydelig for objektet hvem informanten skulle forholde seg til. Under intervjuene forsøkte vi å stille spørsmål fra spørsmålsmalen når det passet seg, slik at disse mest mulig ble som en naturlig samtale. Undersøkeren som hadde «fri», passet på at alle spørsmålene ble besvart samt kom med eventuelle tilføyelser til slutt. Her fikk informantene også det åpne spørsmålet *"Er det noe du vil legge til?"*

3.10 Analysering av dybdeintervju

I tillegg til lydopptak, gjorde vi underveis i det intensive undersøkelsesopplegget bemerkninger på hva objektets verbal –og nonverbalitet fordret. Etter intervjuene var ferdige, transkriberte vi dem over i tekstformat (Vedlegg 4) (Jacobsen 2013, s.189), noe som bidrog til at vi fikk god kjennskap til materialet. Deretter ble all informasjon som var av verdi for å besvare problemstillingen kategorisert (Vedlegg 5) (Ibid s.185) i rapporteringssystemer, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og læring, for at det skulle bli enklere å se etter likheter mellom intervjuobjektene (Ibid s.198).

3.11 Kvalitetskriterier kvalitativt opplegg

3.11.1 Intern gyldighet

Gyldigheten som er målt må ses opp mot kildene. Har vi brukt de undersøkelsesenheter som vil gi den beste informasjonen (Jacobsen 2013, s.216), og har kildene uttrykt det de egentlig mener (Ibid s.217)?

Med hensyn på at vi i stor grad søkte informasjon ved direkte reaksjon på stimuli, forsøkte vi å utforme spørsmålene slik at de ikke ledet informantene i noen retning. Av samme hensyn forsøkte vi dessuten å være bevisste vårt kroppsspråk (Ibid s.219). I tillegg kan relasjonen mellom undersøker og enhet påvirke svarene som oppnås (Ibid s.225). Vi hadde derfor bestemt oss for at kun den ene skulle gjennomføre intervjuet dersom den andre ved mottak av intervjuliste drog kjensel på noen navn. Dette var ikke tilfelle. Imidlertid mente den ene undersøkeren å ha sett eller truffet det ene objektet før. Dette ble ikke bemerket i løpet av intervjuet, og det var først noen dager senere undersøkeren kom på å ha hilst på vedkommende tidligere. Siden det ikke var noen øyeblikkelig gjenkjensel og det tidligere møtet var av en ubetydelig art, behandles dette intervjuet på linje med de andre. En sjettemulig påvirkning er at undersøkeren søker informasjon som støtter opp under en teori hun eller han er i ferd med å etablere seg, noe som spesielt ses mot slutten av undersøkelsesperioder (Ibid s.218). Til tross for at vi på forhånd hadde en del fenomener vi ville se nærmere på, forsøkte vi en eksplorerende tilnærming under intervjuene.

3.11.2 Ekstern gyldighet (overførbarhet)

Ekstern gyldighet har med muligheten for generalisering å gjøre (Jacobsen 2013, s.222), noe vi tilstrebet gjennom utvalget. Her fikk vi hjelp av St.Olavs til å finne en klinikk som befinner seg på middelverdien når det gjelder melding av 3-3-hendelser. Av klinikkene, var det for 2014 spesielt en som skilte seg ut med 466 meldte hendelser. Foruten den, er der en variasjon fra 4 til 278, hvorav undersøkte klinikk hadde 158 meldinger (Vedlegg 3).

Under dybdeundersøkelsen ved St.Olavs Hospital, var vi heldige å få intervjuet alle syv seksjonslederne på Barne- og Ungdomsklinikken. Ut over disse, intervjuet vi også tre andre med kjennskap på området uheldige hendelser. Dette være seg klinikkens kvalitetsrådgiver, avdelingssjef sykepleie samt avdelingssjef leger. Siden dette antallet informanter er innenfor et utvalg på maks 20 personer (Ibid s.171), valgte vi å intervju alle.

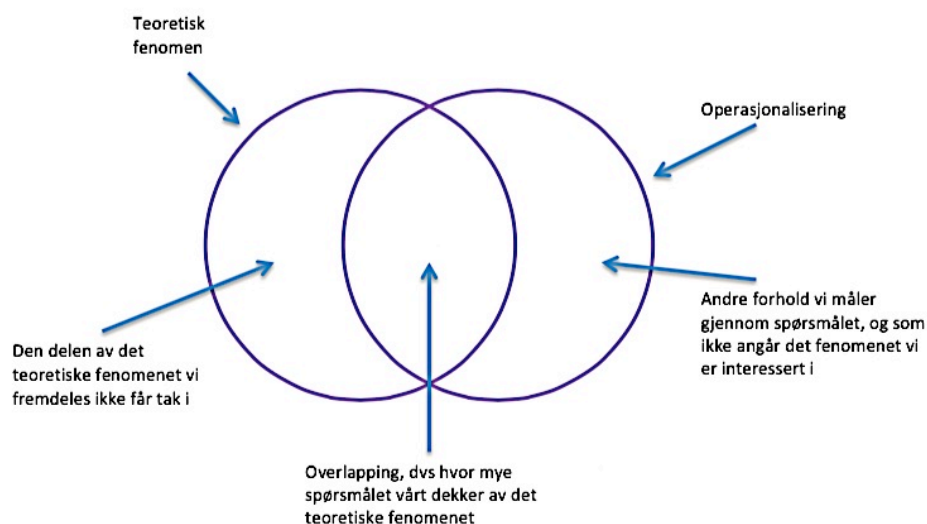
3.11.3 Reliabilitet - Er resultatene pålitelige?

Sammenliknet med observasjonsstudier, er det en svakhet i seg selv at enhetene ved intervju og spørreskjema må svare ut fra hukommelsen (Jacobsen 2013, s. 159). Her spiller nemlig intervjuer- og konteksteffekt inn, selv om vi så av punkt 3.9 at sistnevnte ble forsøkt eliminert ved et minimalistisk rom (Jacobsen 2013, s.167). Med tanke på intervjuereffekt, er en fare at kjennskap mellom undersøkerne og enhet ført til annet resultat enn hva som ville vært tilfelle om partene var nøytrale for hverandre (Ibid s.160). Den ene undersøkeren er imidlertid ansatt i en annen bransje samt er bosatt i en annen landsdel, og har dermed ikke hatt noen påvirkningsmulighet på hverken respondenter eller informanter ut over kontakten under dybdeintervju. Den andre undersøkeren jobber i det samme helseforetaket, men i en annen divisjon enn klinikken hvor undersøkelsene er gjennomført. For ordens skyld er disse geografisk atskilte, og undersøkeren har i undersøkelsesperioden ikke hatt annen kontakt med den aktuelle klinikken. Men selv om partene ikke kjenner hverandre, vil det ved intervju likevel være en sjanse for at svarene svertes av antatt forventet svar fra for eksempel undersøker eller overordnede (Ibid s.160), eller at svarene ikke kommer naturlig på grunn av intervjuguide. Under intervjuene forsøkte vi derfor å opptre på en måte for å forhindre slik intervjuereffekt (Ibid s.167). Ved enkelte spørsmål tillot vi oss likevel å være enige med informanten. Dette skjedde fordi vedkommende nærmet seg synsvinkler som var nye og interessante for studien. I tillegg valgte vi ved ett tilfelle å anta at helsevesenet har noe å lære av luftfart når det gjelder læring av uønskede hendelser. Situasjonen gjorde dette naturlig, selv om vi ved de andre tilfellene presiserte at læringen like gjerne kunne skje den andre veien.

3.12 Kvalitetskriterier kvantitativt opplegg

3.12.1 Begrepsmessig gyldighet

Begrepsmessig gyldighet innebærer hvorvidt man undersøker det man faktisk ønsker å undersøke (Jacobsen 2013, s.345). Fenomenet som undersøkes kalles teoretisk fenomen, mens spørsmålene for å undersøke dette fenomenet kalles operasjonalisering illustrert i figur 3.12.1. (Jacobsen 2013, s.348)



Figur 3.2 Samsvar mellom teoretisk fenomen og operasjonell definisjon ¹⁹

Gjennom utformingen av spørsmål til undersøkelsene, var vi opptatt av at operasjonaliseringen skulle dekke så mye av det teoretiske fenomenet som mulig. Det ville si at spørsmål -og svaralternativene var så konkrete at de målte det vi ønsket å finne svar på. Dette fant vi mest hensiktsmessig ved å lage spørsmål og svaralternativer til spørreundersøkelsen etter å ha gjennomført dybdeintervjuene. Slik fikk vi spørsmål som kunne kontrollere om det var samsvar mellom det lederne på den aktuelle klinikken sier mot hvilken opplevelse deres ansatte har av temaet.

Når vi hadde utformet spørsmål og svaralternativer, ville vi kontrollere den begrepsmessige gyldigheten. Dettets skjedde ved en metode som kalles *gyldighet ved første øyekast*, der vi fikk personer med god kjennskap på området til å komme med innspill (Jacobsen 2013, s.348). I tillegg til veileder, brukte vi da et verneombud fra en annen klinikk enn den vi foretok undersøkelsene på, samt en lege som også er flyger og derfor kjenner begge bransjene godt.

Intern gyldighet har til hensikt å måle om resultatene oppleves riktige. Med riktig menes både at man har undersøkt det man var ute etter (Ibid s.214), samt at resultatet oppleves relevant (Ibid s.19). Om vi hadde fått tak på det vi ønsket, kontrollerte vi underveis i analysearbeidet mot besvarelse av fenomener og forskningsspørsmål. For å sjekke relevansen, benyttet vi oss av veileder. I tillegg var det meningen en doktorgradsstipendiat på uønskede hendelser i kommunal sektor skulle kontrollere resultatene. Da omstendigheter gjorde at denne personen

¹⁹ Hentet fra *Hvordan gjennomføre undersøkelser*, Jacobsen D.I, 2013 s 348

ikke kunne likevel, forsøkte vi å kontakte bok -og masteroppgaveforfatterne Karina Aase og Maria Ravndal uten hell. Kunnskapscenteret ble så sendt forespørsel, men heller ikke de kunne bistå. Vi erkjente da å ha sett oss blinde, siden Kvalitetsrådgiveren på BUK virkelig er personen som kan si noe om resultatene høres riktige ut, noe han var positiv til. Jacobsen (2013) s.214 omtaler dette som respondentvalidering, der hensikten er å sjekke om enkeltpersoner av de vi har undersøkt kjenner seg igjen i funnene. Ut over disse, sammenlignes vår konklusjon med en liknende studie foretatt ved Universitetet i Stavanger (Forskning.no, 2006) og rapporten To Err is Human (Kohn et al. s.70).

På samme måte er funnene fra SAS, kontrollert ved gjennomlesing av organisasjonens Safety-avdeling.

3.12.2 Ekstern gyldighet, utvalg

Ved undersøkelser ønsker man å uttale seg om fenomen som gjelder ulikt antall mennesker. I tilfeller med mange mennesker, som ved ansatte i et helseforetak, er det av praktiske samt økonomiske grunner vanlig å foreta et *utvalg* av disse for å besvare problemstillingen. En utfordring vil selvfølgelig være å finne et utvalg som er representativt (Jacobsen 2013, s.171) for den teoretiske populasjonen, noe som her ville vært alle ansatte i helseforetaket (Ibid s.276). Et vanlig utvalgskriterium er noe som kalles *det typiske*. I dette ligger at utvalget foretas etter mening om hva som er det typiske for en gruppe. Siden kriteriet innebærer subjektive vurderinger, vil det alltid være en usikkerhet knyttet til om utvalget faktisk *er* det typiske (Ibid s.174).

Det heter seg at "*Vi kan aldri generalisere til noe annet enn den populasjonen utvalget er trukket fra, og til det tidspunktet undersøkelsen er foretatt på*" (Ibid s.365). Hele St.Olavs Hospital benytter det samme systemet for melding av uønskede hendelser. For å gjøre utvalget så konsentrert men likevel så presist som mulig, fikk vi hjelp av sentral ledelse i organisasjonene til å finne en klinikk som befinner seg på middelveidien når det gjelder frekvensen for melding av feil og avvikshendelser. Slik håpet vi bredde og variasjonen (Ibid s.173) en hel klinikk representerer ville bidra til å finne verdier som i størst mulig grad kan ha overføringsverdi for hele organisasjonen.

Breddeundersøkelsen ble av praktiske årsaker sendt alt personale på Barne -og Ungdomsklinikken, noe som i tillegg til helsearbeidere med pasientkontakt, også innebærer servicepersonale samt eksterne enheter. I samråd med kontaktperson i St.Olavs ble det gjort

en utregning av hvor mange svar som kan forventes ut fra ansatte i fast stilling samt vikariat på relevante enheter. Det totale antallet er 357 personer. Det er da ikke tatt hensyn til sykemeldinger, permisjoner etc. Av disse svarte 115 respondenter, noe som utgjør en svarprosent på drøye 32 %.

Selv om det i den aktuelle klinikken vil være avvik fra andre steder i organisasjonen, -og visa versa, kan det antas at dette også gjelder de øvrige klinikkene i organisasjonen og at utvalget derfor ville være representativt (Ibid s.171).

3.13 Er resultatene pålitelige?

3.13.1 Utarbeiding av spørreundersøkelsen

Ved den ekstensive spørreundersøkelsen (vedlegg 6) har man ikke den samme påvirkningen av enheten som ved intervju aktuell. Derimot spiller spørsmålsformuleringen samt svaralternativene en viktigere rolle. Siden man ikke har mulighet til å rette opp misforståelser som ved intervju, noe som krever at spørreskjema er utarbeidet så presist at alle respondenter vil ha samme forståelse av hva som menes. En annen faktor som styrker reliabiliteten, er at uavhengige undersøkelser fører til samme resultat (Halvorsen 2012, s.68). Ut over at informantene har mottatt samme spørreundersøkelse som de øvrige ansatte, har vi kun gjennomført en undersøkelse per enhet. Imidlertid fikk vi tilgang til St.Olavs sin undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen, der relevante resultater vil tas med for sammenlikning.

Spørreundersøkelsen ble innledet med en oppfordring om å svare så ærlig som mulig, før den gikk videre med et oversendelsesbrev (Jacobsen 2013, s.265) der vi gjorde rede for;

- bakgrunnen, herunder studiested, grad samt undersøkernes yrkesbakgrunn
- hensikten med masteroppgaven
- begrepsavklaring
- estimert tidsbruk
- anonymitet
- takk til respondentene

(Ibid, s.266)

Spørsmålene til breddeundersøkelsen ble kategorisert etter samme temaene meldingssystem, meldingskultur, organisasjonsstruktur samt læring av tidligere meldte hendelser. Ut over

dette, var det innledningsvis spørsmål om ansettelsesform, alder samt hvor lenge vedkommende hadde jobbet ved klinikken.

Med utgangspunkt i dybdeintervjuene, hadde det dukket opp elementer rundt hvert av temaene som vi hadde lyst å finne ut mer om. Til disse elementene laget vi spørsmål som var spisset for å gi nøyaktige målinger på det vi spurte etter. Dette gjaldt også spørsmål som ble laget for å bekrefte eller avkrefte oppfatninger lederne satt med.

Ved andre spørsmål var vi ute etter å undersøke elementene ved hjelp av påstander. Her ble det listet opp påstander med interesse for oss å finne ut av. En svakhet ved denne formen er dersom det ikke finnes en påstand som passer den enkelte respondenten. Vi laget derfor alternativ om at årsaken ikke var blant de opplistede svaralternativene, men at vi likevel fikk mer generelt svar. For eksempel finner vi dette under årsaker til du har unnlatt å melde, der ett av svaralternativene er at jeg har unnlatt å melde, men ikke av nevnte årsaker.

For å øke troverdigheten av at respondentene tok undersøkelsen på alvor, laget vi spørsmål som kontrollerte hverandre (Vedlegg 7). Med dette mener vi at det ville synes i andre spørsmål dersom respondenten hadde svart vilkårlig. Likevel passet vi på å stadig få ny informasjon til tross for kontrollhensikten spørsmålet hadde. For eksempel kontrollerte det omtalte spørsmålet om årsaker til unnlattelse av melding, spørsmål som gikk på om du noen gang har unnlatt å melde.

3.13.2 Frafall av respondenter

Breddeundersøkelsen ble besvart av drøye 32% av ansatte på Barne- og ungdomsklinikken. (Vedlegg 8) Den ble sendt ut per mail til respondentene. Dette kan være en av grunnene til at svarprosenten ikke ble høyere, da Jacobsen (2013) forteller at man ved den type eksponering enkelte ganger får svarprosent under 10% (Jacobsen 2013, s.262). I tillegg meldte flere frafall gjennom automatisk melding per e-post på grunn av ferie, permisjon og svangerskap. Andre årsaker kan være manglende kompetanse på utfylling, manglende tid, samt skepsis for å åpne mail fra ukjent avsender (Jacobsen 2013, s.262). I tillegg kan det ha spilt en rolle at det i samme tidsperiode også pågikk arbeidsmiljøundersøkelse blant alle ansatte ved St.Olavs Hospital. Der respondenten av ulike årsaker kan ha blitt nødt å velge, er det nærliggende å tro at valget har falt på sistnevnte undersøkelse. På en annen side er avviksrapportering et relevant tema som trolig majoriteten av respondentene har en mening om, og at interessen for deltakelse derfor burde vært høy (Ibid s.263).

Ved alle spørsmålene er det et totalt antall på 113-115 respondenter. Unntakene er bare på følgespørsmål, der frafallet skyldes at det påfølgende spørsmålet ikke blir relevant. Det anses derfor at deltakerne med unntak av en variasjon på 2 respondenter har gjennomført undersøkelsen i sin helhet.

3.13.3 Trekk ved respondentene og dens kontekst

Spørreskjemaet ble distribuert til alle ansatte ved Barne- og Ungdomsklinikken. Mottagere kan derfor også være annet enn helsepersonell. Selv om det ikke var gjennomtenkt på daværende tidspunkt, var det kanskje i henhold til teori om team, da alle stiller på lik linje ved en slik tankegang og følgelig at også annet enn helsepersonell kan melde uønskede hendelser.

I og med at skjemaet ble sendt som link på jobbmail til respondentene, er det grunn til å tro at dette er blitt gjort på jobb. En ulempe ved det er at folk kan ha slurvet på grunn av liten tid, eller har skyndet seg for å «få det gjort». På en annen side kan spørsmålene ha bidratt til diskusjoner blant kolleger, og at svarene derfor er gjennomtenkte.

3.13.4 Analysering av spørreundersøkelsen

Breddeundersøkelsen er gjennomført ved hjelp av spørreundersøkelse gjennom questback. Her ble de fleste spørsmålene laget med hensikt på å kunne kodes. På denne måten fikk vi mulighet å lage spørsmål som kunne fremstilles i egnede diagram (Jacobsen 2013, s.309). På samme måte som ved dybdeintervjuene, ble informasjonen fra undersøkelsen kategorisert etter meldingssystemer, organisasjonskultur, organisasjonsstruktur, analyseverktøy og læring. Slik ble det lettere å oppdage fellestrekk mellom dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen (Ibid s.193). Senere blir denne informasjonen brukt til å drøfte fenomener, som til slutt gir oss grunnlag til å besvare problemstillingen.

3.14 Datakilder og kildekritikk

For å finne historikk om flysikkerhetsarbeidet i SAS samt hvordan SAS driver dette arbeidet i dag ble Head of Safety og sjef for investigeringen på Safety avdelingen intervjuet. I tillegg har vi benyttet dokumenter fra EASA og ICAO hva gjelder flysikkerhetsarbeid.

Hva gjelder sammenlikningen mellom sivil luftfart og helsesektoren finnes der mye utenlandsk litteratur på området som vi har valgt å benytte oss av da vi ikke klarte finne

særlig relevant norsk litteratur. Dette fører til at mye av teorien bærer preg av internasjonale studier gitt de forhold de er gjennomført under og som kanskje ikke er helt i samsvar med de norske forholdene.

Når det kommer til norsk pasientsikkerhetsarbeid, er det begrenset med litteratur å finne, tross forespørsel til Kunnskapssenteret (Vedlegg 9). Det finnes tilgjengelig flere oppgaver og undersøkelser som vi har benyttet oss av. Der de alle sammen stort sett konkluderer med at man har en god vei å gå hva gjelder det å lære av hendelser. Noen av disse er listet opp i punkt 1.4 om tidligere forskning på området. I tillegg til internett, er derfor mye informasjon derfor hentet fra Pasientsikkerhetsprogrammet²⁰ samt Den Norske legeforenings politikk for pasientsikkerhet²¹. Dette kan ha bidratt til ensidig informasjon vedrørende temaet.

For å lære mer om St.Olavs Hospital sitt arbeid rundt pasientsikkerhet, har vi i stor grad brukt informasjon som ligger på helseforetakets intranett med tillatelse fra helseforetakets kvalitetssjef (Vedlegg 10), samt tilgjengelig på internett. Siden dette er informasjon institusjonen kan ha egeninteresse av å fremstille på visse måter, har vi vært kritiske i bruken av disse opplysningene. Vi har da sammenliknet det med opplysninger fra egne undersøkelser og slik vurdert dets troverdighet (Jacobsen 2013, s.183).

Med tanke på egne funn fra intervju og spørreundersøkelse, er disse kontrollert mot resultater fra St.Olavs undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen (Vedlegg 11). I tillegg til foretatte undersøkelser, har vi hatt samtaler og mailkorrespondanse med Barne- og Ungdomsklinikkens kvalitetsrådgiver, Svein Harald Saasen samt St.Olavs kvalitetssjef Merete Blokkum.

Når det gjelder litteratur om metodefag, stammer det meste fra studiets anbefalte litteratur, dette være seg Jacobsen 2013. I tillegg har vi valgt å supplere med metodeboken "*Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*". Denne anbefales i videreutdanning for helse -og sosialfag ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, siden det aktuelle helseforetaket er tilknyttet nettopp denne institusjonen.

²⁰ Nettsiden vi har brukt finnes på <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>

²¹ Kan leses i sin helhet fra følgende link: [http://legeforeningen.no/PageFiles/8346/Den_norske_legeforenings_politikk_for_pasientsikkerhet_\(Pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/8346/Den_norske_legeforenings_politikk_for_pasientsikkerhet_(Pdf).pdf)

4.0 Fly-og pasientsikkerhet

*-en presentasjon fra sanksjon til læring*²²

4.1 Tilsynsmyndigheter

En tilsynsmyndighet er et offentlig, gjerne statlig organ som tilser at det meste gjeldene lover og forskrifter overholdes.

4.1.1 Luftfartstilsynet

I Norge er det i dag Luftfartstilsynet som har tilsynsmyndighet for luftfart og det har i mange ti-år vært jobbet systematisk med flysikkerhet i Norge og resten av store deler av internasjonal Luftfart.

De senere årene har denne jobben blitt betraktelig mer systematisk. Alle luftfartsulykker og -hendelser skal rapporteres til Luftfartstilsynet (LT). Med luftfartshendelse menes et driftsavbrudd, en feil eller en annen uregelmessig omstendighet, som har eller kan ha påvirket flysikkerheten. Rapporteringsplikten er personlig og skal skje innen 72 timer etter at ulykken eller hendelsen har funnet sted. Hendelser og ulykker med norske fly i utlandet skal også rapporteres til Luftfartstilsynet.

Alle flyselskap i Norge er pliktig til å ha et Rapporteringssystem hvor de ansatte selv rapporterer inn hendelser av forskjellige karakterer. Noen alvorlig, andre ikke alvorlig i det hele tatt men man rapporterer likevel inn slik at det kan registreres for å se eventuell utvikling.

De mest alvorlige hendelsene og ulykkene i et flyselskap med driftstillatelse til å drive ervervsmessig luftfart er rapporteringspliktig til Luftfartstilsynet. Og de skal rapporteres av selskapet innen 72 timer til LT.

I følge Avdelingsdirektør i Luftfartstilsynet Karin Myklebust (2012) får de ca 6000 rapporter om ulykker og hendelser hvert år.

All informasjon i disse rapportene sier Myklebust (2012) er taushetsbelagt for å sikre høyest mulig rapportering. I tillegg har Luftfartstilsynet innført forbud mot sanksjoner fra arbeidsgiver ovenfor den som rapporterer og rapportene kan heller ikke brukes som bevismateriale i en straffesak. Dette er unikt for Luftfarten og innebærer at de som gjør feil ikke skal straffes men vi andre skal lære av de feilene som blir begått. Denne læringen

²² Uttrykket er inspirert av Kunnskapssenteret via <http://www.melde.no>

reguleres i stor grad via myndighetene gjennom godkjent treningsopplegg. For SAS sin del er dette treningsmanualen deres OM-D²³

Men som alle andre steder foregår der også underrapporteringer i Luftfarten.

Hvorfor kan ha mange årsaker i følge Myklebust:

- man ikke kjenner til systemet godt nok
- Ledelsen har sviktet i å lære sine ansatte godt nok om viktigheten ved å rapportere
- tungvint system
- de ansatte jobber på kontrakt og er redde for at deres jobb er i fare om de rapporterer inn avvik

(Luftfartstilsynet 1)

4.1.2 Statens havarikommisjon for transport

Statens havarikommisjon for transport (SHT) er en uavhengig undersøkelses kommisjon for transportulykker. Startet i 1989 for luftfart og er i dag videreutviklet til å gjelde jernbane, veitrafikk og sjøfart.

Før 1989 var det ad-hock kommisjoner utnevnt for å undersøke hendelsesforløp, årsaksforhold og ansvarsforhold. Havarikommisjonen for sivil luftfart (HSL) ble opprettet i 1989 i samsvar med ICAOS standard og Annex 13.²⁴

Kommisjonen har som formål å kartlegge hendelsesforløpet og årsaksforhold av betydning for å forebygge ulykker og hendelser for å forbedre flysikkerheten. Undersøkelsen har ikke som formål å fordele skyld og ansvar. (SHT 2015)

I etterkant av undersøkelser vil sikkerhetstilrådingen kunne bli fremmet for å påpeke forhold som bør vurderes å rette på for å forhindre nye tilfeller av samme eller liknende art. Disse tiltakene oversendes mottaker som plikter følge opp og treffe nødvendige tiltak.

Hendelser klassifisert som ulykke eller alvorlig hendelse skal i følge SAS sine internprosedyrer rapporteres via Safety kontoret innen 72t til Statens Havarikommisjon for Transport (SHT).

4.1.3 Statens Helsetilsyn

Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for tilsyn av Helsetjenesten.

²³ Regulerer hva SAS er forpliktet til å trene på. Dette manualverket er godkjent av LT.

²⁴ Annex 13 er tilgjengelig fra: <http://www.airsafety.com.au/trinvbil/C619icao.pdf>

Deres oppgaver er:

- overvåkning av tjenesteyting etter befolkningen sitt behov for tjenester og samfunnets krav til tjenestene
- overordnet faglig tilsynsstyresmakt for de nevnte tjenestene
- behandling av enkeltsaker som handler om alvorlig svikt i helse- og omsorgstjenestene og der det er aktuelt med pålegg mot virksomheter eller reaksjoner mot helsepersonell
- styring av den klagesaksbehandlingen som gjelder rett til tjenester etter blant annet barnevernloven, pasient- og brukerrettsloven og helse- og omsorgstjenesteloven
- formidling av tilsynserfaringer til forvaltningen og tjenestene

(Helsetilsynet 1, 2015)

I tillegg skal Statens Helsetilsyn varsles dersom

“Kunnskapssenteret får opplysninger gjennom meldingene som tyder på alvorlig systemsvikt som krever tilsynsmessig oppfølging. Med alvorlig systemsvikt menes at det på bakgrunn av en eller flere meldinger vurderes at risikoen for at pasienter blir utsatt for betydelig skade i spesialisthelsetjenesten er så stor, at det er behov for at Statens helsetilsyn vurderer å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår i fremtiden.”

(Kunnskapssenteret 4, 2014)

Fra meldingsprosessen er det linket til helseforetakets prosedyre for melding ved pasientskade eller nesten-uhell (Vedlegg 12). I denne finnes blant annet hvem som gjør hva, hva som skal meldes, samt strukturen omkring hvem som behandler, analyserer -og følger opp hvilke meldinger. Videre linkes det til mandat for kvalitets -og pasientsikkerhetsutvalget samt mandat for HMS/kvalitetsgruppe. I tillegg til representanter, finner vi i disse utvalgenes oppgaver og organisering.

4.1.4 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Kunnskapssenteret, er et eksternt lærings -og forbedringsorgan som trådte i kraft 01.07.2012 for å sikre læring av uønskede hendelser oppstått i virksomheter. Deres mål er å forbedre pasientsikkerheten gjennom

- å hjelpe melder med å analysere hendelser og lære av hendelsene
- å identifisere tiltak som er dokumentert effektive gjennom forskning

- å avdekke hittil ukjente risikofaktorer
- å bidra til arbeidet med nasjonale anbefalinger og retningslinjer
- å gjøre internasjonale sammenligninger for å kunne lære av hverandre
- å identifisere områder med behov for mer forskning

(Kunnskapssenteret 1, 2012)



Figur 4.1 Flytskjema for ønsket prosess ved hendelser/avvik²⁵

Kunnskapssenteret skal understøtte helsetjenestens egen håndtering av hendelsen, og har derfor ingen intensjon om å straffeforfølge meldte saker. Både melder og den meldingen gjelder holdes anonyme. Ut fra de rapporterte hendelsene skal organet kartlegge og slik finne årsaker til at uønskede hendelser oppstår. Det er imidlertid den enkelte virksomhets plikt å sørge for at de riktige hendelsene (Kunnskapssenteret 2, 2012) rapporteres Kunnskapssenteret innen 24 timer. Dette for å hurtig kunne iverksette tiltak slik at sjansen for gjentakelse reduseres (Kunnskapssenteret 3, 2012).

Hvilken art hendelsen skal være av før den meldes, gis i ordlyden;

“Helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven har etter loven § 3-3 en plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade ”

(Helsedirektoratet 4, 2012, s.5). Videre fortsettes det med at

“Hendelsen skal sees fra pasientens perspektiv – uavhengig av hvordan hendelsen har oppstått. Vurderingen av om skaden er, eller kunne vært betydelig vil alltid være skjønnsmessig. Det er viktig å melde hendelser som har læringspotensialet. Er man i tvil, skal man som hovedregel melde”

(Kunnskapssenteret 4, 2012).

²⁵ Hentet fra Kunnskapssenteret <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/fra-sanksjon-til-l%C3%A6ring>

Kunnskapssenteret har dog på sine nettsider laget en liste med eksempler på hva som forstås med hendelser som førte til, -eller kunne ha ført til, betydelig personskade, enten forårsaket av ytelse av helsehjelp eller ved at en pasient skader en annen;

- hendelser som førte til død
- hendelser der livreddende behandlingstiltak var nødvendig
- hendelser som førte til mén som varte eller sannsynligvis vil vare mer enn 2 uker
- hendelser som førte til forlenget eller uventet opphold i intensiv-, overvåknings- eller akuttavdeling
- hendelser som førte til forlenget sykehusopphold
- hendelser som førte til behov for ekstra behandling, rehabilitering eller lignende.
- hendelser som medførte annen fysisk eller psykisk skade som vurderes som betydelig.

(Ibid)

Medfører imidlertid saken en alvorlig hendelse der utfallet er dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, er sykehuset pliktig å varsle Statens helsetilsyn. Kunnskapssenteret vil da gi beskjed til meldepliktig virksomhet om at hendelsen bør varsles Statens Helsetilsyn (Lovdata, 2015).

4.2 Historikk sikkerhetsarbeid

For å forstå hvorfor det er forskjell mellom helsevesen og luftfart hva gjelder sikkerhetsarbeid, skal vi se nærmere på historikken til de to bransjene.

4.2.1 Flysikkerhetsarbeid i Norge

For å tydeliggjøre hvordan vi er havnet der vi er i dag innenfor flysikkerhetsarbeid spesielt i de vestlige land, må vi ta et lite tilbakeblikk i luftfartshistorien. Dette vil kunne gi oss indikasjoner på hva Luftfart har gjort tidligere som gjør at de er blitt så gode på området i dag. Og om mulig gi oss noen pekepinner på hva Helsevesenet må ta tak i for å heve seg enda ett hakk opp.

Historisk sett er det tidligere hendelser som hatt en stor betydning for arbeidet med flysikkerhet. Noen av disse hendelsene er listet opp i vedlegg 13 og er av stor betydning for hvordan flysikkerheten er i dag, også i Norge. Kort oppsummert kan man si at i starten fra 1900-1960 var det teknisk svikt som førte til de fleste ulykker og undersøkelses komitéer ble

igangsatt for å finne årsak for å kunne forbedre. På begynnelsen av 1970 tallet hadde man fått opp kvaliteten på teknikken slik at den ikke lenger var en like stor faktor og flysikkerheten hadde forbedret seg kraftig. Ved undersøkelser av ulykker som da hendte, fant man nå ut at flesteparten nå var knyttet til menneskelige faktorer. Store ressurser ble satt i gang for å forbedre dette gjennom blant annet CRM på -80 tallet. I den nyere tid fra 1990 og frem til i dag peker man ofte på organisatoriske forhold som årsak til at mange ulykker skjer. Dette gjennom at man ved ulykker nå fokuserer på organisasjonskulturen i selskapet og hva som ligger til grunn for effektiviteten til selskapets kontroll på egen sikkerhets risiko. (ICAO Doc 9859, s.2-2)

Utvikling av regler og bestemmelser omkring sivil luftfart er en viktig årsak til at man luftfarten i dag er så trygg som den er. Man har gjennom blant annet ICAO²⁶ sitt arbeid satt verdensomspennende standarder for hvordan dette skal gjøres. Bruk av rapporteringssystemer og analyse av tidligere hendelser er en del av dette. Norge er medlem av ICAO og dermed forpliktet til å følge deres vedtekter og anbefalinger. Alle regler og forordninger som styrer luftfarten gjennom blant annet ICAO og EASA²⁷ skal kontrolleres og følges opp av gjeldene nasjons tilsynsmyndighet og i Norge er dette Luftfartstilsynet. I tillegg sier ICAO at en av hovedårsakene til internasjonal sivil luftfarts gode resultater hva gjelder flysikkerhet, er en kontinuerlig læringsprosess basert på utviklingen av fri deling av informasjon hva gjelder temaet. Dette har i hovedsak frem til nå blitt gjort uten å frykte misbruk av denne type informasjonsdeling. (ICAO 2013, s 4-app 5-1)

4.2.2 Pasientsikkerhetsarbeid i Norge

Ved å se internasjonalt, har Norge i løpet av de siste tre tiår satt fokus på pasientsikkerhetsarbeid. I det følgende gis en oppsummering av nasjonalt arbeid, samt tilkommet lovverk og andre offentlige tiltak for å bedre tryggheten i norsk helsevesen.

- Lokal innsats over det ganske land for å bedre pasientsikkerheten, også av eget initiativ fra enkeltpersoner. Dette finnes tilbake til 1985, da det ved nåværende St. Olavs Hospital, ble registrert uønskede hendelser ved anestesi.
- 1990-tallet begynte man å interessere seg for feil og risiko i helsevesenet.

²⁶ International Civil Aviation Organization- regulerer verdensomspennende luftfart.

²⁷ European Aviation Safety Agency- regulerer lover og bestemmelser i Europeisk luftfart

- Legeforeningen oppretter kvalitetssikringsfond i -91 og -92, samt etablerer samarbeid med ledende internasjonale miljøer i 1997, før de påfølgende år driver videre forbedringsarbeid.
- 1999 utga amerikanske Institute of Medicine of the National Academies rapporten «To Err is Human», denne skulle vise seg å også få norsk betydning.
- I Norge er det først og fremst et samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger samt Laerdal Medical.
- Omkring 2000: Lovpålagt forsvarlighet i form av meldeplikt ved uønskede hendelser, internkontrollforskrift, avviksregistrering samt tilsyn med pasientrettet virksomhet fra Helsetilsynet.
- I 2003 bestilte helse og omsorgsdepartementet en rapport om pasientsikkerheten av professoren Peter F. Hjort. Denne godt dokumenterte rapporten fremmer blant annet løsningsforslag om et uavhengig nasjonalt senter som står på siden av helsetjenesten og som ikke har disiplinerende myndighet.
- I 2004 opprettes Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Etablering av hensiktsmessig dataverktøy samt klassifisering av uønskede hendelser.
- 2011: Start for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Denne er fortsatt pågående/videreført under navnet «I trygge hender 24-7».
(Pasientsikkerhetsprogrammet 4, 2010).
- 2012: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtar meldeordningen. Fokus fra sanksjon til læring (Kunnskapssenteret 8, 2012).

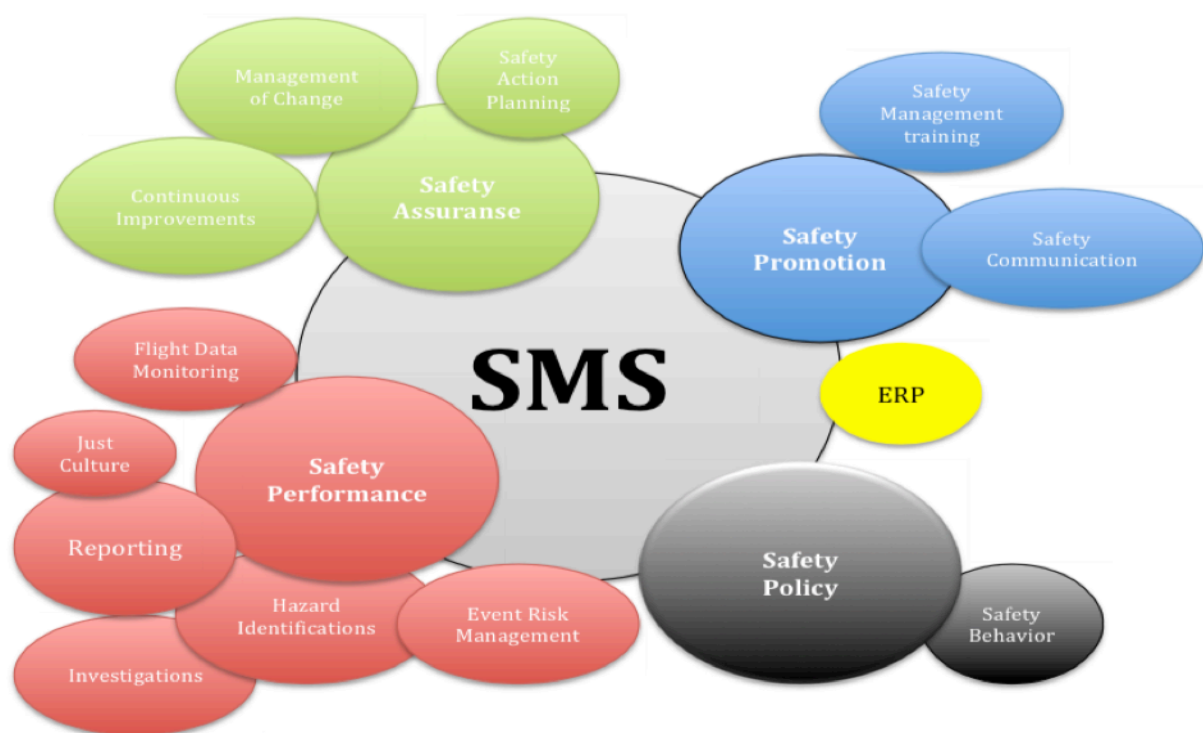
4.3 Dagens fly- og pasientsikkerhetsarbeid

I alle høy risiko bransjer jobbes det i dag kontinuerlig med å forbedre sikkerheten. Og det å holde en høy sikkerhet vil man kunne anta er av vital betydning for både helseinstitusjoner som sykehus hvor pasienter opereres og flyselskaper der konsekvensen av dårlig sikkerhet vil kunne være at flere hundre menneskeliv går tapt. Det sier seg selv at slike selskaper der det skjer ikke vil kunne overleve i dagens samfunn. Vi skal nå presentere det som gjøres av sikkerhetsarbeid i SAS og på St.Olavs.

4.3.1 Flysikkerhetsarbeid SAS

Safety i følge SAS er sikker operasjon av luftfartøy. I lufta eller på bakken. Målet er konstant å fly sikre fly sikkert! Samt holde dette på et stabilt høyt nivå. (Hough 2015) SAS' viktigste prioritet er å sette sikkerheten først. Ledelsen aksepterer fullt ut dens ansvar for sikkerhet samt dens proaktive og systematiske forvaltning.

I SAS brukes Safety Management System²⁸ (SMS) for å sikre at man har alltid et akseptabelt risikonivå og som er satt så lavt det praktisk lar seg gjøre. Dette SMS systemet er basert på ICAO sine retningslinjer hva gjelder oppbygning i hen hold til ICAOs Doc 9859 Safety Management Manual. SAS har en målsetning om null ulykker. Oppsummert gjennom illustrasjon i figur 4.2 kan vi si at Flysikkerhetsarbeidet til SAS ser slik ut:



Figur 4.2 Safety Management i SAS²⁹

²⁸ Safety Management System (SMS) er nærmere beskrevet punkt 2.6.5

²⁹ Hentet fra Power point presentasjon for MBA Luftfartsledelse *Safety Management System i SAS*, T. Linden 2014

Sikkerhetsvedtekter i SAS (Safety Policy):

For å oppå målet om null ulykker og skader jobber man kontinuerlig ved:

- Streben etter den høyeste sikkerhetsstandard i samsvar med myndighetsbestemmelsene, internasjonale standarder og beste praksis.
- å utvikle og forbedre risikovurdering systemet (Risk Management) og sikkerhetsytelses (Safety Performance) system.
- Erkjennelsen av at man ikke kan endre menneskelig natur men man kan endre omgivelsene det jobbes i.
- Sørge for sikkert og operasjonelt arbeidsmiljø med passende ressurser.
- Bibeholde en positiv sikkerhetskultur karakterisert gjennom kunnskap, læring av feil og med tiltro til at alle ansatte og samarbeidspartnere alltid settersikkerhet først.
- Oppmuntre ansatte til å rapportere uten redsel for straff og at de er sikker på at nødvendig tiltak blir iverksatt.
- Bibeholde en rettferdig kultur (Just Culture) der menneskelige feil er akseptert som en del av den menneskelige natur, men grov forsømmelse og/eller bevisst brudd på regler og etablerte prosedyrer ikke aksepteres.

(Fritt oversatt fra SAS AOS³⁰ 2.3.2)

SAS har jobbet strukturert med flysikkerhetsarbeid i mange år og fikk årets rapporteringspris 2013 fra Luftfartstilsynet (LT)

I følge LT egne nettsider deles denne prisen ut hvert år til en:

Organisasjon som har utmerket seg når det gjelder åpenhet og deltakelse i rapportering av hendelser i norsk luftfart. Prisen er på mange måter en kulturpris, der rapportering av hendelser – også egne feil og avvik – blir brukt som grunnlag for egne forbedringer, men også for at andre kan lære og slik at Luftfartstilsynet kan holde et godt oversiktsbilde over sikkerhetssituasjonen i norsk luftfart. En sunn og åpen sikkerhetskultur krever engasjement fra alle – fra ledelse og nøkkelpersoner og ut til den spisseste enden innenfor flyging, flysikring, flyplassdrift og vedlikehold, for å nevne de største gruppene. Innenfor det som kalles ærlige feil og forglemmelser skal det ikke ha

³⁰ AOS - Air Operations System. Deler av SAS sin dokumentasjon. Endret navn fra 1 mai 2015 til SAS Operations Management System. (OMS)

konsekvenser for den enkelte å rapportere om forholdet internt, og til myndighetene.

Luftfartstilsynet begrunner tildelingen av prisen til SAS med at :

Under 2013 revisjon av NF-2007 bidro selskapet på en svært konstruktiv måte. De har lagt ned et stort arbeid i å tilrettelegge rapportering internt, og de har på en god måte tatt inn myndighetskravene til rapportering (NF-2007) i sitt interne system. Selskapet rapporterer åpent hendelser innenfor det flyoperative området, flyvedlikehold, kabinsikkerhet og bakkeoperasjoner. De har oppnådd en rapporteringsfrekvens for hendelser med lav alvorlighet som er svært god, ikke bare i norsk målestokk, men også i europeisk sammenheng.

På SAS sin "Corporate webside", står det at en effektiv sikkerhetskultur er avgjørende for suksess i aktiviteter gjeldene sikkerhetsarbeid. De sier også at SAS jobber systematisk i alle nivåer i organisasjonen for å hele tiden forbedre denne sikkerhetskulturen. Det skal være helt naturlig for både ansatte og kunder å tenke at SAS er et sikkert selskap. For å klare dette anser man det å lære fra positive og negative hendelser som et av de viktigste bidragene.

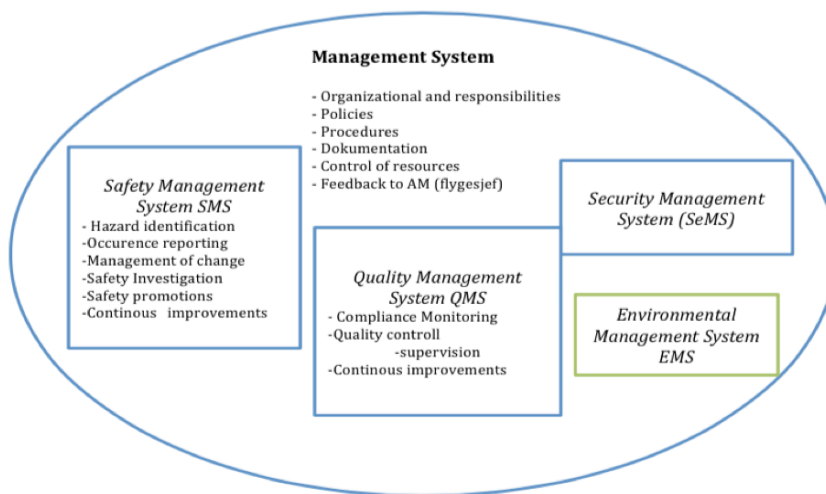
SAS jobber kontinuerlig med utvikling og tilpassing av Safety Management System (SMS) som i følge ny europeiske bestemmelse måtte være implementert i organisasjonen innen 2014. Dette systemet inkluderer alle operative komponenter slik som organisasjonens struktur, ansvarsområde og prosedyrer. Forbedringer i systemet baseres på planlegging, implementering og forhånds tiltak for å unngå ulykker og alvorlige hendelser. (SAS 2015)

4.3.1.1 Safety Management System i SAS

SMS er i dag en del av hele Management systemet til SAS og for å lykkes få til en trygg og sikker flyoperasjon baserer de den på 4 grunn pilarer:

1. Organisasjon og Ansvar (responsibilities)
2. Prosedyrer og trening
3. Safety Management og Sikkerhetskultur
4. Kvalitets sikring (Quality Assurance)

Som man ser i figur 4.3. er rapportering, investigering og kontinuerlig forbedring del av SMS systemet i SAS.



Figur 4.3 Illustrasjon over hvor SMS systemet befinner seg i organisasjonen til SAS³¹

I tillegg til å jobbe aktivt med rapporter som kommer inn bruker SAS Compliance Monitoring (CM)³² som ligger under Quality Management System.

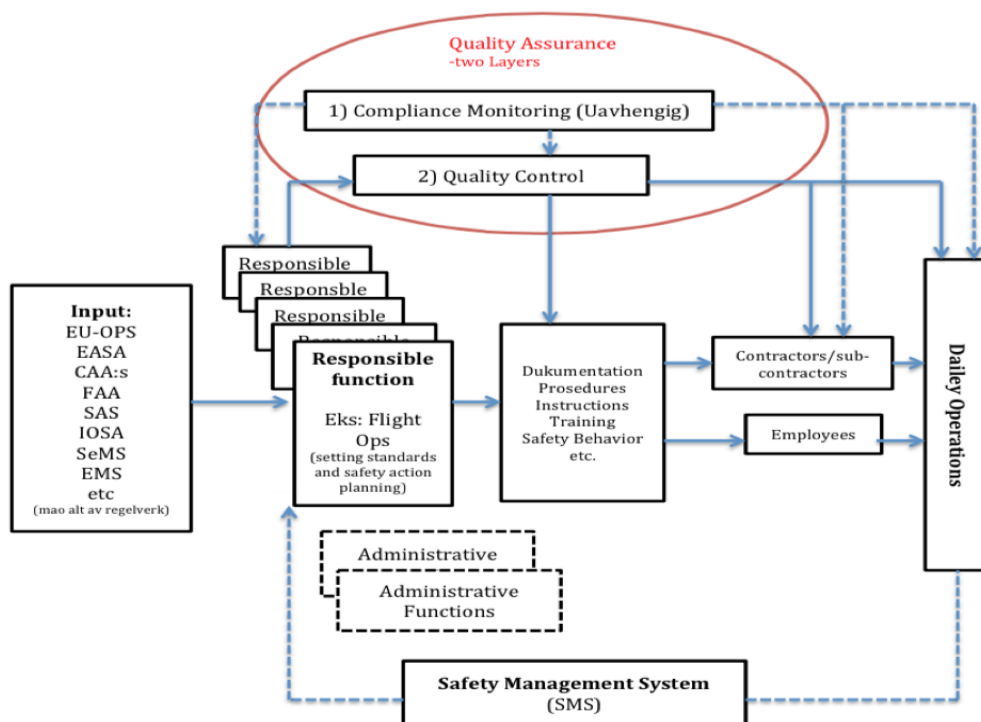
Denne CM er en systematisk og frittstående sammenlikning av måten man gjennomfører operasjonene (som for eksempel flyvningene) på opp mot de publiserte prosedyrer for hvordan dette skal gjøres. Dette skal sikre at man har oversikt over hvilke avvik som finnes og man kan søke ta tak i de før de ender opp som en rapporteringspliktig hendelse.

SAS jobber i tillegg med bevisstgjørelse hos de ansatte for å få opp antallet rapporter hvor rene avvik fra prosedyrer meldes selv om ikke en hendelse har funnet sted. Her er det stort potensiale for forbedring i følge Head of Safety.

Figur 4.4 viser prosessen ved slik overvåking hvor CM og SMS jobber på hver sin kant og man ser at SMS i hovedsak baserer seg på å analysere det man gjør til daglig for så å skape endringer (her kommer rapporteringssystemet inn som et verktøy) mens CM overvåker alt mellom respektive funksjon, fly-, bakke-, eller teknisk vedlikehold og fram til dagens operasjon av en flyvning.

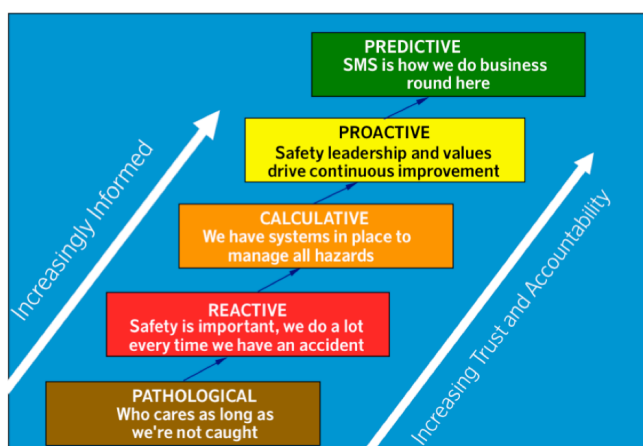
³¹ Hentet fra PowerPoint presentasjon forelesning MBA Luftfartsledelse, SAS- Safety Management, Linden T. 2014

³² Fritt oversatt: overvåking av overholdelse



Figur 4.4 Oversikt over "Compliance Monitoring" i SAS³³

Når det gjelder SMS systemet SAS opererer med i dag har man beveget seg fra å være reaktiv hvor, man i hovedsak kun så på og analyserte hendelser og rapporter, til å bli proaktiv der man nå søker ligge i forkant for å se mulige latente risikofaktorer som gjemmer seg i systemet. (Linden 2014)



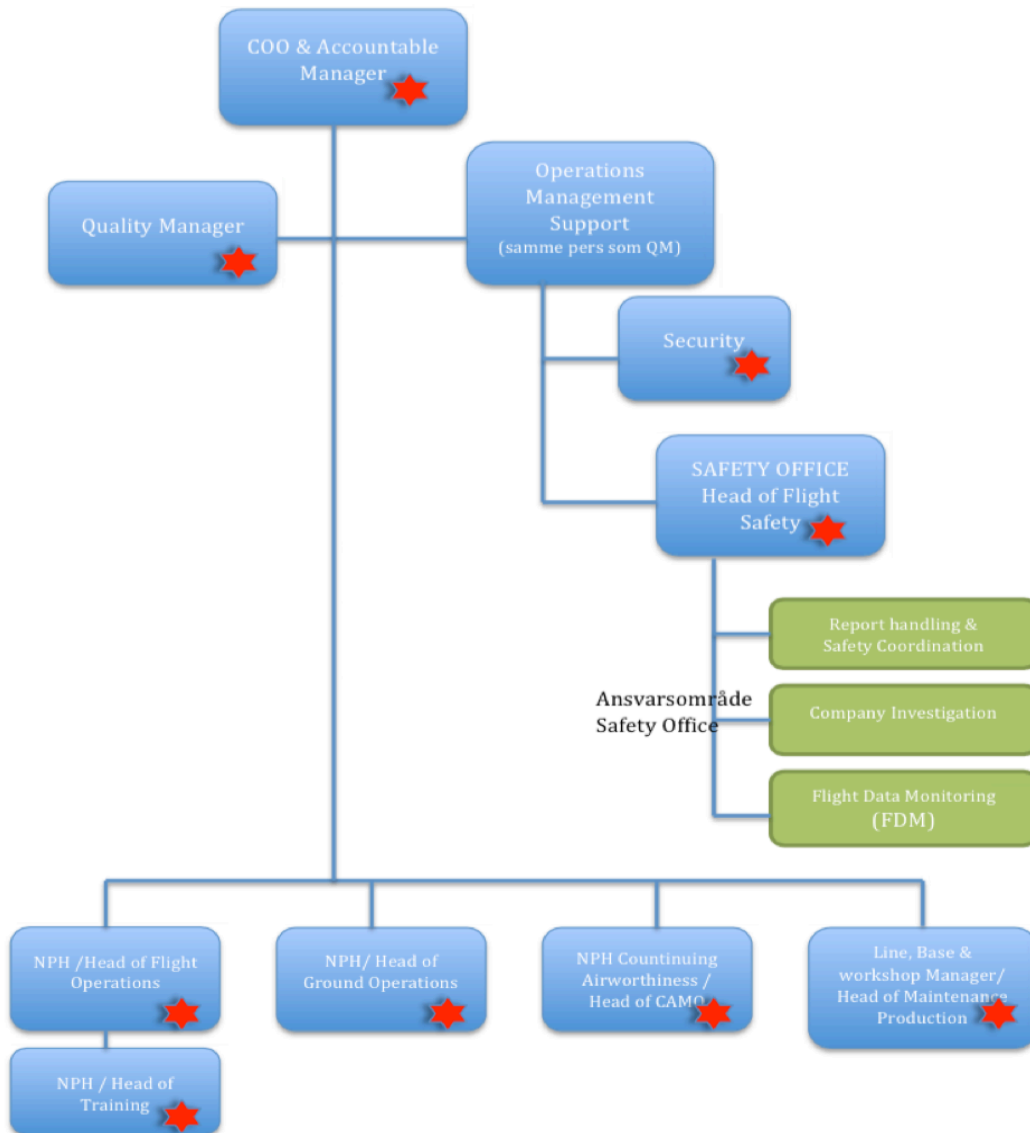
Figur 4.5 Safety Management Stige stige³⁴

³³ Hentet fra PowerPoint presentasjon MBA Luftfartsledelse SAS-Safety Management, Linden T. 2014

³⁴ Hentet fra PowerPoint presentasjon MBA Luftfartsledelse SAS-Safety Management, Linden T. 2014

I SAS søker man hele tiden å redusere risiko så mye som mulig og Safety Systemet må vite hvilke risikoer som finnes. Beste måten å få dette på er gjennom de ansatte som jobber ute i produksjonsområdene. De har oversikt over hva som skjer, hvilke farer (hazards) som finnes og hvilke hendelser som har hendt. Her er rapporteringsverktøyet et uvurderlig hjelpemiddel. (Hough 2015)

Ansvaret for flysikkerheten hos SAS ligger hos COO & Accountable Manager heretter benevnt som AM.



Figur 4.6 Organisasjonskart SAS³⁵ Stjerner deltar på Safety Review Board

³⁵ Hentet fra SAS sin Air Operation System AOS 1.5.1 (2015) (modifisert)

Safety Office er som man ser av organisasjons kartet i figur 4.6 en egen avdeling opprettet for å støtte AM og alle dens Nomenated Postholders (NPHs) i deres arbeid med sikkerheten i SAS. Rollen til Safety Office er å sørge for fungerende verktøy som brukes til å overvåke operasjonen gjennom Safety Performance Index (SPI), Airline Risk Index (ARI), rapporteringssystemet Safety Net, håndtering av rapporter, interne undersøkelser ved avvik samt overvåking av flyvninger via fastsatte parameter gjennom Flight Data Monitoring(FDM) (Hough 2015)

4.3.1.2 Rapporteringssystem

Tidligere hadde hver business unit (BU) sitt eget rapporteringssystem. På begynnelsen av 2000 tallet ble det besluttet å lage ett rapporteringssystem felles for alle BU. Dette het Common Deviation Reporting System (CDRS) og var et egenprodusert rapporteringsverktøy som samlet alle rapporter som kom inn. I 2009 ble dette erstattet med ett hyllevareprogram som heter Sentinel og i 2014 ble dette igjen erstattet av Safety Net da man behøvde et nytt brukergrensesnitt pga iPad implementeringen hos piloten.

Alle hendelser i SAS skal rapporteres.

Disse deles inn i følgende kategorier av rapporter i hen hold til OM-A:

- *Occurrence*- Omhandler alt av flysikkerhet og andre operasjonelle avvik. Rapporteres i Safety Net³⁶
- *Hazard*- Definert av ICAO og har ikke nødvendigvis en umiddelbar effekt på flysikkerheten men kan ved gitte forutsetninger utgjøre en fare. Rapporteres i Safety Net som "Hazard" rapport
- *Cabin service*- Avvik i forhold til kabin servise rapporteres i Cabin Occurrence Reporting System (CORS)
- *Technical deficiencies*- Så lenge denne tekniske feilen ikke får et direkte resultat på flysikkerheten skrives den kun i teknisk bok for flymaskinen. Får det i tillegg en konsekvens for flysikkerheten skal en "Occurrence" Rapport skrives.

³⁶ SAS sitt rapporterings system for hendelser og avvik

- *Information or suggestions for the improvement of the companys operations*- Slik informasjon om mulighet til forbedringer kan enten sendes gjennom Safety Net eller via mail direkte til Safety kontoret til SAS.
- *Occupational health*- Personskade rapporteres via Safety Net
- *Fatigue*- Dersom hendelser oppstår som følge av at man er "fatigued" for eksempel påvirket av en veldig lang dag på jobb under særdeles krevende forhold sendes en slik rapport via Safety Net
- *Unfit for flight due to fatigue*- Denne sendes inn via Safety Net dersom man på grunn av årsak lik nevnt i punkt over må gå av flyvning fordi man anser seg selv for uskikket til å gjennomføre flyvningen på en sikker måte.

Alle slike rapporter er med på å gi et bilde av den daglige driften og hvilke utfordringer man har. Man overvåker trender og utviklinger for å kunne gi innspill til forbedringer. (Hough 2015)

Det å rapportere inn en hendelse/avvik er veldig viktig og en plikt man har som flyger. Denneplikten ligger i arbeidsinstruksen til alle operative. Piloter og kabinbesetning får ikke betalt ekstra for å bli sittende igjen etter arbeidstid for å skrive disse rapportene.

Rapporteringsplikten gjelder også for alt bakkepersonell og fly-teknikere.

Men like viktig som å rapportere inn en feil man har gjort som resulterte i en hendelse er det å rapportere inn når det holdt på å gå feil. Men der denne feilen ikke førte til en hendelse. Dette er viktige opplysninger som man kan bruke til å forhindre at noen andre kommer etter og gjør det samme men som denne gangen blir en hendelse. For å unngå tap av verdifull data, i tillegg til at det er pålagt av EASA, så finnes også muligheten for både anonym rapportering og konfidensiell rapportering. Det påpekes fra SAS sin side at anonyme rapporter ikke er noe de helst ønsker motta da verdifulle detaljer har en tendens til å bli borte fordi den er anonym. Da er konfidensiell et bedre alternativ da man sikrer at all nødvendig informasjon blir tilført rapporten (Hough 2015)

Gjennom bruk av Secure token ³⁷, utdelt til alle ansatte, har man tilgang til intranett hjemmefra eller på hotell når man er på jobb. Dette har vært med på å forenkle muligheten til å sende inn en rapport da man ikke nødvendigvis må befinne seg i kontorlokalene til SAS på flyplassen.

³⁷ Databrikke for å kunne logge på intranet fra ekstern server

Høsten 2014 ble et nytt rapporteringssystem, Safety Net, implementert. Dette innebærer nå en forenkling i muligheten for å rapportere hendelser (dette gjelder foreløpig kun for piloter) sammenliknet med tidligere systemer som Common Deviation Reporting System og Sentinel. Hver pilot i SAS har tidligere fått utdelt en iPad som i dag aktivt brukes i jobben. Nå er også rapporteringssystemet lagt inn på denne slik at man kan skrive en rapport ”off-line”. Dermed er den er klar til å sendes i det øyeblikk man har nett tilgang. Tidligere var all rapportering avhengig av internett tilgang for å skrive og sende rapporten.

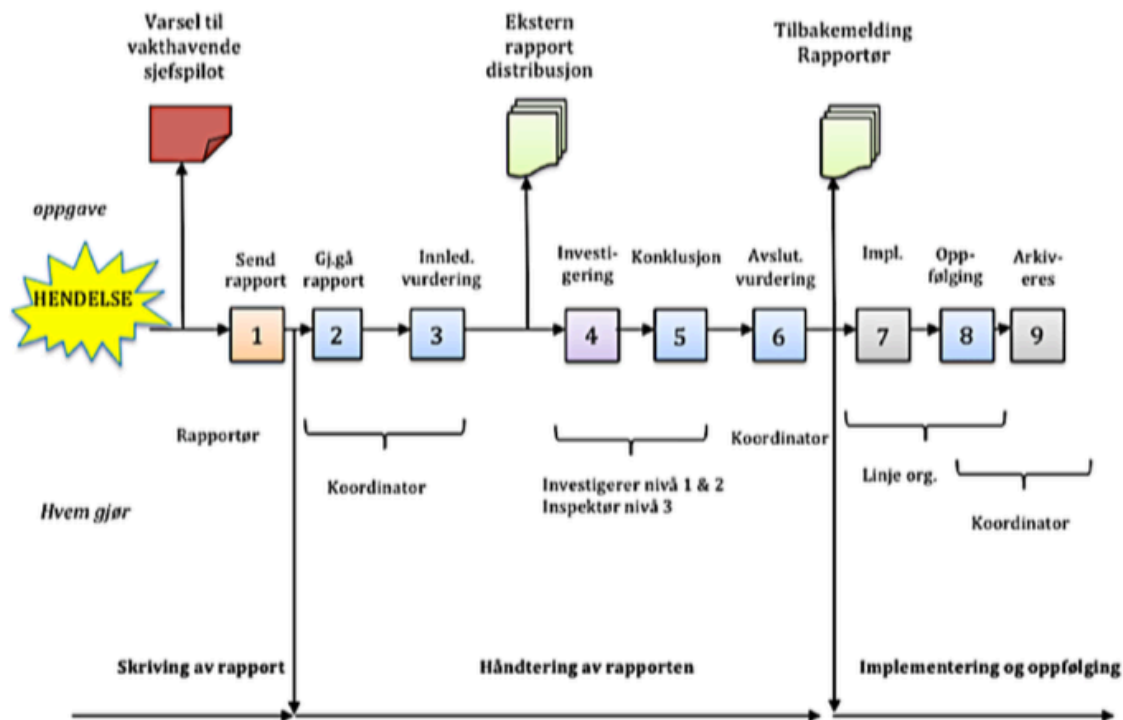
Safety Net er ett hyllevarekonsept fra Vistair. Det er enkelt å bruke, har investerings- og analyse funksjoner. SAS har gjort noen få justeringer i følge lederen på avdelingen for å få det helt tilpasset sin operasjon. Denne prosessen løper fortløpende.

I følge Head of Flight Safety er en viktig funksjon i rapporteringssystemet, for å ha oversikt over trender, er muligheten til å kunne hente statistikk fra SafetyNet. Denne muligheten baseres på drop-down funksjonen i systemet. Hver enkelt drop-down kan brukes som søkerord i dette. I følge Safety avdelingen er systemet enkelt å bruke både for den som rapporterer og den som investigerer. I tillegg brukes Safety Performance Indikators og Airline Risk Index. Der Airline Risk Index baseres på et visst antall Safety Performance Indikatorer. (Hough 2015)

Safety Performance Indikators (SPI) ble implementert i 2011 som en del av sikkerhetsarbeidet. Denne tar i bruk informasjon gjennom blant annet rapporteringssystemet Safety Net for å hente informasjon fra fly operasjonene, crew, teknisk vedlikehold og flysikkerhet før det settes inn i et hierarkisk system av objektive SPIs som da illustrerer den daglige operasjonen i relasjon til målsatte sikkerhets tall (safety targets). (SAS 2015)

SAS mottar ca. 12.000 rapporter hvert år. (Linden 2014) Disse blir mottatt av Safety avdelingen til SAS. Her blir de analysert og behandlet i henhold til ICAO og EASA sine anbefalinger. Avdelingen består av følgende fast ansatte: 1 leder, 1 sjefs investigerer, 4 saksbehandlere, og Safety Analyserer. I tillegg har de ca. 230 investigerere som jobber ad-hock med rapportene etter som de mottar de. Disse som investigerer er spesialister på sine felt i for eksempel flight-operations, teknisk vedlikehold, bakkeoperasjoner osv. Noen av disse har høy arbeidsbalasting mens andre kanskje bare mottar en rapport i året.

Figur 4.7 under beskriver flyten i denne håndteringen av rapporter. Og man ser den samsvarer med ICAO sin anbefaling vist i figur 2.4



Figur 4.7 Flytskjema rapportering SAS³⁸

Saksbehandlerne (koordinatorer) har hvert sitt fagfelt så de utfyller hverandre. De graderer hendelsen i alvorlighetsgrad og behandler de med laveste alvorlighetsgrad. Resterende sendes videre i systemet til aktuell investigerer for behandling. Når saken er ferdig kommer den tilbake til Safety avdelingen før den lukkes og konklusjon sendes tilbake til rapportør. Eventuelle tiltak videre formidles videre til gjeldene organisasjon for implementering.

4.3.2 Pasientsikkerhetsarbeid

Verdens Helseorganisasjon WHO definerer det som: "...the absence of preventable harm to a patient during the process of health care." (WHO, 2004). I tillegg påpeker WHO at essensen i pasientsikkerhet er de koordinerende forsøkene man gjør for å hindre skade på en pasient som følge av behandlingen, og at man i løpet av de siste ti årene ser at pasientsikkerhet i økende grad blir akseptert som et globalt anliggende men at mye arbeid gjenstår på området (Ibid).

³⁸ Hentet fra *Flowchart reportingprosses SAS*, A.Åkeberg STOOB 2015. (Fritt oversatt fra engelsk)

Her til lands defineres pasientsikkerhetsarbeid av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som: *"Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser"* (Pasientsikkerhetsprogrammet 6, 2014). Det nasjonale arbeidet bygger på arbeid om pasientsikkerhet i Australia, Canada, Danmark, England, Skottland, Sverige og USA (Kunnskapssenteret 7, 2014), mens det vi kjenner som Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7", er preget av den amerikanske kampanjemodellen til Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Vedlegg 9). Gjennom denne skal Helse- og Omsorgs departementet bygge varige strukturer for pasientsikkerhet - samt forbedre dens kultur (Helsedirektoratet 1). Sikkerhetskultur i helsesystemet er avhengi av mennesker som både individuelt og som gruppe er villige til å gi av seg selv i jobben med å forhindre at uønskede hendelser finner sted. Pasientsikkerhetsprogrammet påpeker at for å hjelpe behandlingsenheter til å få en bedre pasientsikkerhetskultur, er det viktig at topplerne i organisasjonen støtter forbedringstiltakene³⁹ (Pasientsikkerhetsprogrammet 6, 2014, s.54 og 55).

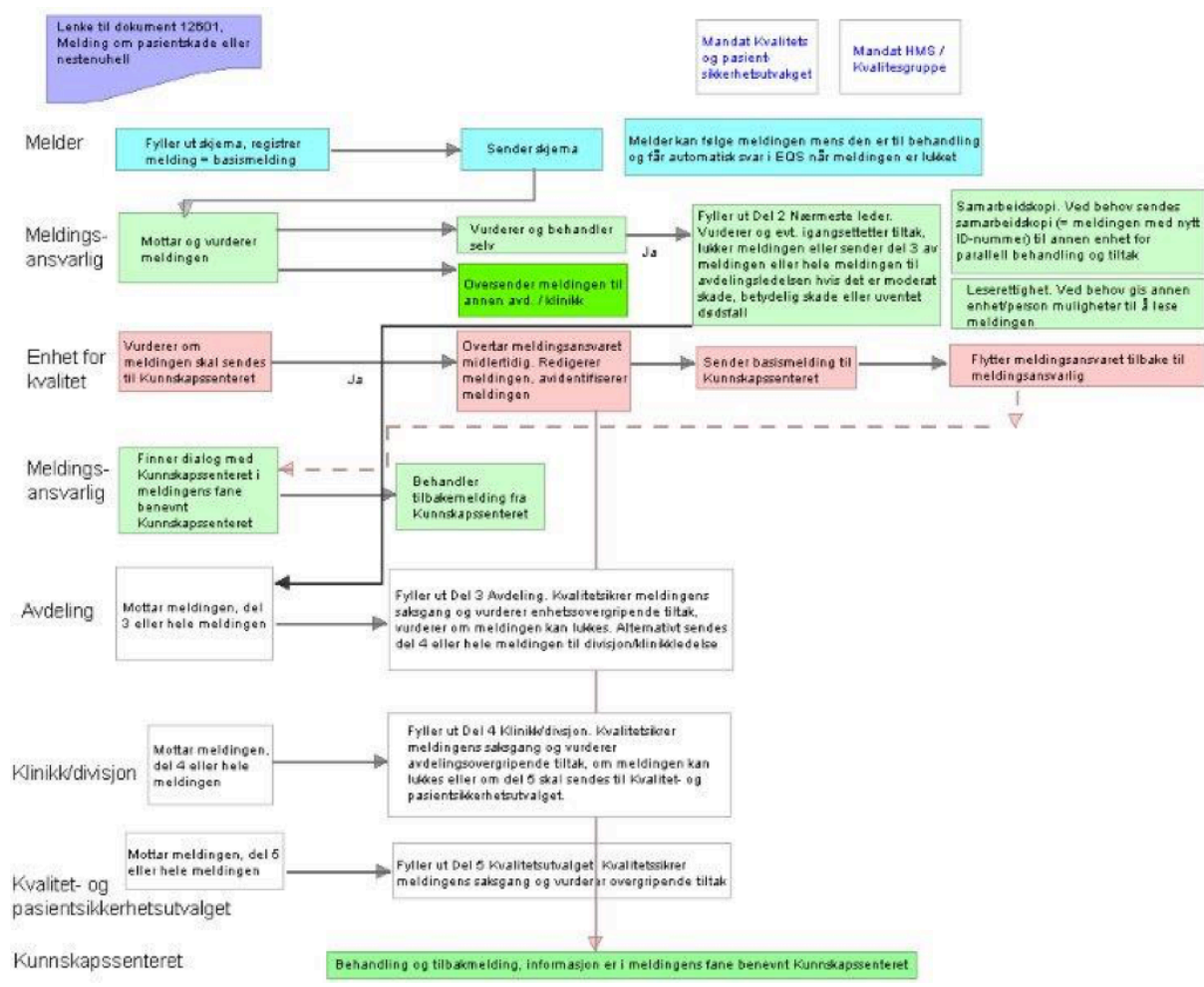
4.3.2.1 Melding uønskede hendelser ved St.Olavs

St.Olavs benytter seg av samme visjon som i den Nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen : *"ingen pasient skal oppleve unødig skade eller negativ følgetilstand som følge av ytelse eller mangel på ytelse av helsehjelp"* (Haugen 4 s.13). De ønsker derfor gjennom sin handlingsplan for pasientsikkerhet å skape en åpenhetskultur for rapportering av uønskede hendelser, der disse registreres, analyseres, rapporteres og benyttes som kilde til læring og forbedring (Helse-Midt, 2014).

For å sikre at uønskede hendelser meldes i St.Olavs, heter det seg i deres rutiner at "Den ansatte som oppdager en uønsket hendelse/konsekvensen av denne eller er involvert i oppfølging av en uønsket hendelse er ansvarlig for å melde og dokumentere hendelsen. Vakthavende overlege er ansvarlig for å varsle politiet og Statens helsetilsyn. Ledere på alle nivåer er ansvarlige for å vurdere årsaker til uønskede hendelser og iverksette tiltak for å forebygge gjentakelse". (EQS dok.12601 "Melding ved pasientskade eller nestenuhell").

St.Olavs Hospital har utarbeidet en prosedyre for hvordan melding og behandling av disse gjennomføres rent praktisk. Den ligger tilgjengelig på deres elektroniske kvalitetssystem, EQS. Meldingsprosessen ved St.Olavs og BUK er som vist i under i figur 4.8

³⁹ Dette omtales i pkt. 2.5.2



Figur 4.8 Flytskjema rapportering St.Olavs Hospital ⁴⁰

Proseduren for meldingsprosessen er tilgjengelig på intranett for alle ansatte i st.Olavs, og etter avtale med organisasjonen om bruk (Vedlegg 10), kan denne ses som vedlegg 12, "Melding om pasientskade eller nesten uhell på pasient".

Her forteller de at hensikten med melding av uønskede hendelser er å kartlegge og analysere risiko og årsaker til at skader oppstår, da formålet er å lære av disse for å hindre gjentakelse. I tillegg sikrer dette at lovpålagt meldeplikt blir overholdt. Videre gis ansvar for melding etter disse føringene;

- Den ansatte som oppdager en uønsket hendelse eller skade på pasient eller er involvert i oppfølging av en uønsket hendelse, skal melde og dokumentere hendelsen.

⁴⁰ Hentet fra EQS St.Olavs, vedlegg 22.

- Hendelser som er varslingspliktige til politi og Statens helsetilsyn skal varsles vakthavende/ansvarlig overlege.
- Ledere på alle nivå er ansvarlige for å vurdere årsaker til uønskede hendelser og iverksette tiltak for å forebygge gjentakelse.
- Enhet for kvalitet sender aidentifiserte meldinger om hendelsen til Kunnskapssenteret.

(Vedlegg 12)

Med tanke på hva som skal meldes, støtter helseforetaket Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3⁴¹ der det heter seg å skal meldes ved “ *betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.* ” (Lovdata). St.Olavs presiserer i sin prosedyre at skaden anses betydelig dersom den innebærer;

- betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet
- skader som medfører reoperasjon
- skader som medfører overflytning til intensiv overvåkning
- skader som medfører forlenget sykehusopphold
- skader som medfører varig funksjonstap

(Vedlegg 12)

I tillegg sier de i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a at det

“straks skal varsles om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlige hendelser menes i denne sammenhengen dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko. I vurderingen skal det særlig legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil eller forsømmelser eller uhell på system og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell.” (St.Olavs Hospital, Prosedyre Pasientskade og nestenuhell, Vedlegg 12)

I tillegg velger st.Olavs i sin prosedyre å nevne at unaturlig dødsfall straks skal meldes politiet (Ibid).

⁴¹ Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Når det gjelder den interne saksbehandlingen, sendes meldingen automatisk til nærmeste leder eller definert meldingsansvarlig. På BUK går alle meldinger til Kvalitetskoordinator som behandler og lukker de enkleste mens de av alvorligere karakter sendes til ansvarlig seksjonsleder. Seksjonsleder vurderer ved mottatt melding årsaksforholdet med fokus på hva som skjedde og hvorfor, ikke hvem som har skylden (Vedlegg 10). Meldingen skal så risiko vurderes i forhold til alvorlighetsgrad etter WHO's kategorisering;

- Ingen/ubetydelig konsekvens (ingen observerbar skade på pasient/nesten-uhell)
- Mindre alvorlig konsekvens - forbigående negativ helseeffekt/skade som ikke krever omfattende behandling.
- Moderat skade - som krever behandlingstiltak.
- Betydelig skade - betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet - skader som medføreroperasjon eller overflytning intensiv overvåkning - forlenget sykehusopphold eller varig funksjonstap.
- Uventet dødsfall - plutselig død som kan ha årsak i behandling/mangel på behandling.

Påfølgende skal nødvendig tiltak for å hindre gjentakelse konkretiseres og tidfestes. Mindre alvorlige hendelser som er ferdigbehandlet kan lukkes lokalt, mens øvrige saker skal sendes overordnede, eventuelt overføres annen ansvarlig enhet. Deretter skal lederen sørge for erfaringsoverføring og presentere forbedringstiltak som fast punkt på alle personalmøter. (Vedlegg 12).

4.3.2.2 Global Trigger Tool

Til å kartlegge pasientskader benyttes et system som heter Global Trigger Tool (GTT). GTT ble utviklet av The Institute of Health Care Improvements (IHI) i 2003 for å gi sykehus en mer effektiv måte å identifisere hendelser som førte til skade på pasienter (Griffin og Resar, 2009). Deretter blir skadene klassifisert i kategorier fra E til I;

- E: forbigående skade som krevde behandling
- F: forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold
- G: langvarig skade som førte til varig mén
- H: skade som krevde livreddende tiltak innen en time
- I: at pasienten døde

(Pasientsikkerhetsprogrammet 5, 2011)

Dette for å kunne finne volum og alvorlighetsgrad samt å velge og teste hvilke tiltak som effektivt reduserer skadeomfanget (Griffin og Resar, 2009). Flere hundretalls sykehus har implementert systemet i følge IHI. St.Olavs Hospital er ett av disse.

GTTs prosedyre ser etter kriterier for pasientskader i et tilfeldig utvalg pasientjournaler (Helsedirektoratet 3, 2014). Hensikten med dette er at det viser seg at kun 5-20% av oppståtte skader blir meldt, mens man ved GTT påviser hele 94% av oppståtte skader (Pasientsikkerhetsprogrammet 3). Ved St.Olavs Hospital ble det i 2013 undersøkt 240 journaler, der 24 av disse viste pasientskade (Vedlegg 18), altså 10%. Til sammenlikning viser nasjonale tall at landsgjennomsnittet for 2013 er på 13% (Pasientsikkerhetsprogrammet 2, 2014). Per februar 2015 er foreløpig kun opplysningene for første tertial 2014 klare. Disse viser en skadeprocent på 16,25%, der 13 av 80 granskede journaler viser skade (Vedlegg 18).

4.3.2.3 Undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen ved St.Olavs Hospital

Pasientsikkerhetskulturen måles ved helseforetak gjennom en elektronisk spørreundersøkelse som er benyttet av over 2000 sykehus i elleve land. I spørreundersøkelsen kartlegges hvordan ansatte opplever at pasientskader og uønskede hendelser håndteres og snakkes om ved sin enhet. Tanken bak dette, er at forskning viser at ansatte ofte har bedre kjennskap til dette enn sin nærmeste leder (Kunnskapssenteret 5).

Pasientsikkerhetskulturen ble ved St.Olavs kartlagt i 2012 samt våren 2014, gjennom medarbeiderundersøkelse om kulturen rundt pasientsikkerhet. Her ble det blant annet undersøkt;

- hvordan uønskede hendelser ble håndtert
- kulturen rundt uønskede hendelser
- ansattes opplevelse av ledelsens pasienthåndtering

(Vedlegg 12)

4.3.2.4 Årsaksanalyse

Avdeling for patologi og medisinsk genetikkk ved St. Olavs Hospital har utarbeidet en veileder for årsaksanalyse etter uønskede hendelser (Vedlegg 14). Denne skal avdekke:

- hva som skjedde – ved å oppnå forståelse og ikke fordele skyld
- hvorfor det skjedde – ved å analysere sammenheng mellom årsak og virkning
- hvordan gjentakelse kan forebygges – ved hjelp av systemforbedring

I veilederen er det utarbeidet hjelpespørsmål for å avdekke om hendelsen skyldes personfeil, systemfeil eller andre bakenforliggende årsaker. Dernest tar den for seg mulige forbedringstiltak, hvorav det listes opp eksempler på meget effektive tiltak, moderat effektive, samt mindre effektive tiltak.

4.4 Formidlingskanaler for læring

4.4.1 SAS

SAS har jobbet i mange ti år med det å forbedre sikkerheten, samt kontinuerlig evaluere hvorvidt dagens situasjon er tilfredsstillende. De har blitt pålagt implementering av Safety Management System (SMS). I følge Head og Flight Safety er dette bare blitt en formalisering av måten SAS har jobbet på de siste 20 årene. Alle NPHer har sine Safety Forumer kalt Safety Action Group (SAG) og hver måned har man ett Flight Safety Quality Board (FSQB)/Safety Review Board (SRB) møte med COO & Accountable Manager, Head of Flight Operations, Head og Ground Operation, NPH Continuing/Airworthiness/ Head of CAMO, Head of Maintenance samt Head of Training (organisasjonskart fig. 4.5) hvor det gjennomgås den situasjonen man befinner seg i. Alle lederne må presentere en rapport fra sin avdeling om hva som rører seg av ting i relasjon til sikkerheten. På denne måten får alle avdelingene et overblikk over hva som hender andre steder i organisasjonen og man kan dra lærdom av hverandre. I dette møtet sitter som nevnt også Head of Training som dermed via Head of Flight Operations får vite kritiske punkter som må løses i form av trening, endrede prosedyrer eller andre tiltak (Hough 2015).

Sivil luftfart har i følge Head og Flight Safety i tillegg fremdeles et unikt fora i verdenssammenheng sett opp mot andre bransjer. Rundt 120 Flight Safety-ledere møtes ca. hvert halve år for å snakke om sine egne utfordringer på området flysikkerhet gjennom IATA samarbeidet. Gjennom å diskutere de ulike selskapers utfordringer og hvilke løsninger de har kommet opp med siden sist, gir dette en unik mulighet til å lære av hverandre.

SAS publiserer informasjon til de ansatte gjennom følgende fora:

- PC/OPC- halvårlig simulator trening for piloter.
- Nød trening- en årlig klasseromsundervisning for både kabinbesetning og piloter.
- Crew Bulletins- publikasjoner om endringer som gis ut før selve hoved manualverket oppdateres.
- Flight Ops info- Utgis elektronisk ca. hver uke med relevant informasjon om dagens situasjon og resyme av hvilke rapporter over hendelser som har kommet inn siste tiden.
- Notams- informasjon til hver flyvning.
- Safety Feedback- årlig utgivelse av elektronisk magasin fra Safety Office.

Vi har fått tillatelse til å publisere følgende fra SAS på en hendelse der læring videre til alle piloter blir viktig og hvordan det gjøres:

En vinter dag under krevende forhold med kraftig snøvær i Nord-Norge lander en maskin og ett av hoved hjulene havner på utsiden av kantlysene på rullebanen. Hendelsen blir rapportert inn via rapporteringssystemet som påkrevd i henhold til prosedyrer for Flight Safety Occurrence.⁴² Ved investigering finner man ut at der er flere forhold som førte til denne hendelsen bl.a. at der kan være en svakhet i systemet og prosedyrene for hvordan man under slike forhold bør gjennomføre flyvningen. På bakgrunn av dette har man vedtatt gjennom FSQB/SRB⁴³ at akkurat denne hendelsen skal trenes på i simulator under vårens simulator trening, samt at man har en briefing om den i forkant. Dette for å sørge for at alle piloter få kjenne på hvor krevende kraftig snøvær og vind fra siden kan være. Og man forventer dermed at slik hendelse skal unngås i framtiden.

4.4.2 St.Olavs Hospital

Det er i St. Olavs prosedyre for melding ved pasientskade eller nesten uhell (Vedlegg 14) oppgitt nivåer for læringshensikt ved meldinger om uønskede hendelser. Disse nivåene følger linje i forhold til saksgang for behandling av slike meldinger.

⁴² Flight Safety Occurrence er det samme som en alvorlig luftfartshendelse definert i vedlegg 2

⁴³ Flight Safety Quality Board

1. Nærmeste leder: Fokus på å dokumentere hva som skjedde -samt hvorfor. Leder skal sørge for erfaringsoverføring og presentere forbedringstiltak etter hendelser som fast punkt på alle personalmøter.
2. Avdelingsnivå: Meldinger som av nærmeste leder er vurdert til moderat skade, alvorlig skade eller uventet dødsfall, skal gjennomgås for avdelingsvis læring.
3. Divisjon/klinikk: Meldinger som er oversendt fra avdelingsnivå, skal på divisjon -/ klinikknivå være gjenstand for læring.
4. HMS -/ kvalitetsgruppen: Meldinger som videre er sendt hit, skal her drøftes med tanke på årsaker og forslag til tiltak.
5. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget: Her analyseres trender og bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser på tvers av klinikker og divisjoner. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget utarbeider tertialvise rapporter som forelegges styret.

I tillegg opplyses det gjennom intervju at Sim-senter, personalmøter og kompetansedager blir benyttet.⁴⁴

⁴⁴ Se punkt 5.4.1

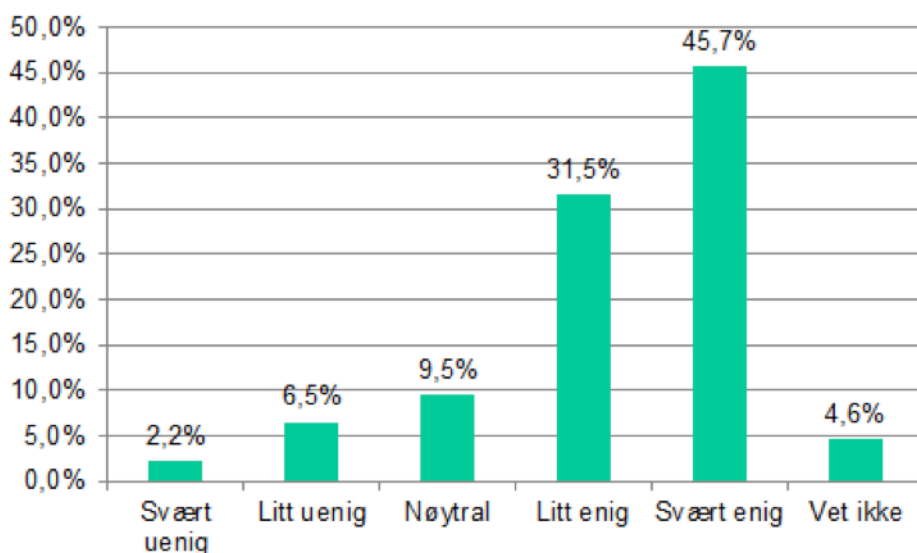
5.0 Drøfting

I samtale med St.Olavs Hospital erfarer vi at de har et potensiale for økt læring av meldte uønskede hendelser. Imidlertid stiller de spørsmål om hvordan dette best mulig oppnås. Sammen med teorigjennomgang samt funn fra undersøkelser, drøfter vi i det følgende utfordringen gjennom sammenlikning med SAS.

5.1 Rapporteringssystem

5.1.1 Hvilke system har St.Olavs Hospital for melding av uønskede hendelser?

“Vi har et system som er innenfor EQS-systemet, eller kvalitetsystemet, og det er et gjennomgående St.Olav-system” (Informant A). *«Tanken her, er at det ikke skal fokuseres på personbeskrivelse, men på avviksbeskrivelse. Person er nesten alltid involvert i avvik»* (Informant K). EQS står for Extend Quality System og er St.Olavs elektroniske system for kvalitet og virksomhetsstyring. Extend, firmaet som leverer EQS, uttrykker på sin hjemmeside at *“EQS kan brukes til å registrere alle hendelser og oppgaver der strukturert etterbehandling eller rapportering trengs”* (Extend 1, 2015) i tillegg til fordeler som fleksibilitet, avpassning i forhold til organisasjonsstruktur samt korrekt utgave av dokumenter, sjekklister, prosedyrer m.m. (Extend 1, 2015). Videre presiseres det at *“klager på person skal ikke i dette systemet, men skal gå per linje”* (Informant I), samt at *“renhold og lignende kan meldes på E-post”* (Informant F). Dette bryter noe med Kalra sin formening om at meldingssystemet skal ha mulighet til å ta imot alt relatert til sikkerhet (kap. 2.3). Likevel tyder resultater, vist i figur 5.1 fra St.Olavs sin undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen, at de fleste vet hvilke kanaler som skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerheten.



Figur 5.1 Svarfordeling på spørsmål 3- Pasientsikkerhetskultur undersøkelsen 2014 ⁴⁵

5.1.2 Hvor brukervennlig oppleves meldesystemet?

Kalra presiserer at meldingssystemet skal være brukervennlig (kap. 2.3). Ledere hos BUK opplever imidlertid Meldingssystemet i EQS komplekst og tungvint. *“Jeg anser at, og det anser jeg bare ikke, det er også tilbakemeldingene som gis, at systemet oppleves komplisert og komplekst i form av den elektroniske variasjonen som krever at du må kunne bruke systemet ganske godt. Og det tror jeg kan være til hinder, da jeg tror folk faktisk kvier seg. Skjønt det har vært en forbedring, det har det.”* (Informant A). Og en av kompleksitetene kan synes å være at det er *«for mye rom for skjønn»* (Informant J, med støtte av B, C, G, H). Særlig erfares det å være uklart under hvilke definerte valg den enkelte hendelsen hører hjemme, da heller ikke meldingssystemet intuitivt gir noe hjelp. Slike valgalternativer gjør det imidlertid egnet for mottakeren å katalogisere hendelsene, samt at det kan hjelpe melderer å huske eller sette ord på hva som har skjedd. Men det påpekes også at systemet er tungvint dersom man har haket av feil eller oppgitt feil type hendelse. En kan ikke da endre dette på et senere tidspunkt, men må starte forfra. I motsatt ytterpunkt ser vi også utfordringen med det kun er fritekst. En kan i så fall anta rom for tolkning, noe som kan føre til et feil bilde av situasjonen. Kanskje kunne det da vært hensiktsmessig med et moderat antall valgmuligheter i

⁴⁵ Hentet fra St.Olav Hospital sin Pasientsikkerhetskultur undersøkelse 2014. Utdrag fra den finnes i vedlegg 11.

kombinasjon med fagkompetente meldingsmottakere som plasserte hendelsen der den hører hjemme.

Også respondentene ble stilt spørsmål om hvor brukervennlig respondentene opplever systemet for melding av feil og avvikshendelser i EQS.

Grad av tilfredshet	Svært lite tilfreds	Lite tilfreds	Nøytral	Tilfreds	Svært tilfreds
%	3,7	33,3	39,8	19,4	3,7

Tabell 5.1 Opplevelse av brukervennlighet EQS

Av tabell 5.1 ser vi at de fleste er nøytral til lite tilfreds med systemet. 18% av de spurte oppgir ved et senere spørsmål at for vanskelig system er en av årsakene til manglende avviksmelding (Vedlegg 8). Sett sammen med usikkerheten om hva som skal meldes, kan det tenkes at der ligger et potensiale for mer intuitivt brukergrensesnitt. På en annen side kan det komme til å fordre definerte svaralternativer, og vi er tilbake på ulempene det medfører. Imidlertid oppgir hele 91% at de har meldt avvik (Vedlegg 8), noe som på en annen side tyder på at systemet beherskes av mange. Kanskje legger en del respondenter også tilgjengelighet i dette spørsmålet. Til forskjell fra SAS hvor pilotene bærer meldingsverktøyet med seg, er meldingsprogrammet hos St. Olavs knyttet til jobb-PC`er (Informant K)⁴⁶.

5.1.3 Har ledere og ansatte tilstrekkelig kunnskap om hva som skal meldes?

Vi hørte under kapittel 2.3 Kalra bemerke viktigheten av at ansatte vet hva rapportpliktige hendelser er. En av utfordringene ser ut å være mangel på felles forståelse av hva som skal meldes (Informant B, C, G, H, J). Her forklarer informant G at det er «*vanskelig å vite hva en skal rapportere, har derfor sammen med overlegen satt opp fire typer hendelser som i alle fall skal meldes*» (Informant G). Slike initiativ har nok kommet i stand i beste hensikt, men en skal passe seg for styrken slike subkulturer kan få mot organisasjonens formelle kultur (pkt. 2.5.4). Dessuten så vi av punkt 2.4.5 hvordan tiltak blir lokalt implementert, men sjelden formidlet til resten av organisasjonen. Det kan antas at det i St.Olavs ikke ligger tilstrekkelig uttalte føringer på hva som skal meldes, i motsetning til hva vi finner hos SAS. Der ser vi at

⁴⁶ Muligheter rundt dette, ses nærmere på i punkt 5.5.2.

flyselskapet gjennom sin Operations Manual A (OM-A⁴⁷) spesifiserer nøyaktig hva som skal meldes, hvor det skal meldes og hvilken type rapport man skriver i Safety Net. Dette samsvarer med hva Kalra forteller om at man i luftfart gjennom ti-år har standardisert hva som defineres som rapportpliktig hendelse, men at dette trolig ikke er tilfelle i helsevesenet (kap. 2.3).

Imidlertid ser vi at helsevesenets tilsynsorgan definerer hvilke typer uønskede hendelser som i samsvar med lovverk i alle fall skal meldes (kap. 4.1.3 og 4.1.4). Likevel finner vi at informantene har manglende kunnskap om rapportpliktige hendelser (Informant A, C, E, I, J). Vi undres derfor om lovverket er tilstrekkelig kjent for ledere og deres ansatte? Sånn sett garderer jo St.Olavs seg gjennom å si at *“er du i tvil, skal det som hovedregel meldes”* (Vedlegg 12). Men en kan forstå frustrasjonen hos meldere dersom disse ikke samsvarer, altså pålegget om å melde mot uvitenhet om hva som skal meldes. Muligens blir utfallet at det meldes mer enn nødvendig. Mottaker får kanskje dermed ikke kapasitet til å behandle alle meldingene på en tilstrekkelig måte, slik vi så av kommunikasjon ved elektroniske systemer at for mye informasjon kan gjøre at mottakeren utsetter å involvere seg i den (kap. 2.4.6). Belastningen kan i så fall være medvirkende årsak til variasjonen av analysens funksjonalitet (Vedlegg 8) En forteller at *“analyseringen fungerer”* (Informant C), mens informant B svarer at den fungerer *“greit”* (Informant B). Tre informanter opplever rom for forbedring (A, D og F), mens øvrige forholder seg nøytrale til hvordan analyseringen fungerer (Informant E, G, H, I, J)⁴⁸.

Ved en svak eller manglende analysering av meldte hendelser, kan en anta at melder ikke føler tilstrekkelig støtte fra sin overordnede (kap. 2.3). Og dersom det viser seg at lederen heller ikke kan gi et godt svar på hva som skal meldes eller ikke, vil mangelen på samsvar dermed tenkes å kunne føre til resignasjon blant ansatte. Videre kan en både for melder -og behandlers del se for seg at situasjonen med mangel på føringer for hva som skal meldes, blir ytterligere stressende gjennom stadige ytringer om at meldingsfrekvensen skal opp.

⁴⁷ OM-A er prosedyrehåndboken for alt flyvende personell i SAS

⁴⁸ Imidlertid synes det ut fra antall årlige meldinger å ikke være noe sammenheng mellom høyt antall og opplevelse av god analyse (Vedlegg 4).

5.2 Rapporteringskultur

5.2.1 Hensikt med melding av uønskede hendelser

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bruker ordet *læring* når det snakkes om formålet med å melde uønskede hendelser (Kunnskapssenteret 6). Gjennom dybdeundersøkelsen fant vi også dette som fellestrekk blant informantene. *“Lære av ting som skjer. Se på hvilke hendelser som går igjen, og lage systemer rundt det så det ikke skjer igjen”* (Informant E). Læring er også den faktoren i spørreundersøkelsen flest angir som grunn til at det meldes, hele 3/4. Like bak kommer at ansatte vil *dokumentere hendelsen*, mens drøyt halvparten av respondentene oppgir *endring av prosedyrer som ikke fungerer* som en av grunnene til at de melder, slik vi ser av tabell 5.2.

Årsak til at man melder	Prosent (%)
Jeg har et ønske om at andre skal lære av de feil som er gjort	76,3
For å dokumentere den uønskede hendelsen	71,9
For å få endring i prosedyrer som ikke fungerer	55,3
Fordi jeg er pålagt i henhold til instruks	41,2
Har aldri meldt avvik	7,0
Jeg ønsker ikke problemer om det oppdages at jeg lar være	4,4

Tabell 5.2 Fordeling av årsak til at man melder i EQS

5.2.2 Finnes der underrapportering?

I dybdeintervjuene ble informantene spurt om de anså meldingskulturen blant ansatte for å være god, -at det som bør meldes blir meldt. *“Nei, jeg tror vi har mer å gå på”* svarer informant A (Informant A) og får sin støtte av flere kolleger (B, C, D, E, F, I og J, Vedlegg 12). Videre sier 77% av respondentene at de har unnlatt å melde eget eller andres avvik (Vedlegg 8). Det optimale vil være om alle uønskede hendelser blir meldt, noe tabell 5.3 viser ikke er tilfelle på BUK.

Hvordan meldingskulturen oppfattes av de ansatte	Prosent (%)
Det meldes mindre enn faktiske feil og avvikshendelser. Underrapportering eksisterer.	75,2
Vet ikke	21,2
Alt som skal meldes blir meldt. Vi har ingen underrapportering	3,5

Tabell 5.3 Oppfattelse av meldingskultur hos de ansatte

Hvor vidt ovennevnte andel tenker på små og/eller store hendelser når de uttaler seg om meldingsunnlatelse, vet vi ikke. Skulle dette være hendelser som førte til en uheldig situasjon, vil det i tillegg komme hendelser som kunne ført til situasjoner, og som dermed også skulle vært meldt. Og nettopp melding av disse små hendelsene så vi bli vektlagt hos SAS (kap. 4.3.1). På denne måten blir det enklere for organisasjonen å holde et overblikk over hva som rører seg med tanke på sikkerheten, samt at det for eksempel blir enklere å endre prosedyrer som ofte har et fravik, før det oppstår en uheldig hendelse. Her sier Kalra at leger har en annen terskel på hva de mener skal rapporteres inn av avvik, kontra det sykepleierne har (kap. 2.2). Dette stemmer for øvrig med at informant J er av oppfattelsen at "*sykepleierne bruker det (rapporteringssystemet) mer, mens legene tar det opp internt*" (Informant J). I prosessen med å øke antall meldinger, kan det være hensiktsmessig at alle yrkesgrupper bidrar til å registrere også mindre avvik. For kanskje er det slik Kalra omtaler i kap. 2.2, at leger melder hendelser der noen ble skadet eller som de oppfatter som sjeldne. En negativ utvikling kan således være at *de sjeldne feilene* blir stadig mer vanlige, med mindre en tar tak i dem. Og kanskje er det da fordelaktig om leger og andre fagpersoner går foran som gode forbilder ved å finne tid til avviksmelding.

I påvente av at dette skjer, eller som et supplement for å fange opp underrapportering, kan GTT nyttes. I følge Kvalitetskoordinator deltar ikke BUK i GTT. Hvorfor ikke, synes uklart. Barnejournalene burde kanskje granskes på lik linje som voksenjournaler. Alternativt vært en egen GTT for BUK, dersom kriterier mellom barn og voksne er for stort. Kunne man i tillegg sammenlikne resultatene fra GTT opp mot statistikk fra avvikssystemet, ville man muligens få ytterligere oversikt over de kritiske områdene hvor man må sette inn tiltak. Spesielt dersom et resultat dukker opp i både GTT og øverste sjikt av statistikken hentet fra EQS.

5.2.3 Føler de ansatte tilstrekkelig tid til å melde?

Den absolutt største delen, både blant administrativt ansatte (Informant: A, B, C, E, H) og de øvrige respondenter (Vedlegg 8), angir mangel på tid som hovedårsak for at det unnlates å melde.

Hovedårsak til unnlattelse av å rapportere	Prosent (%)
Har ikke tid til sånt i arbeidstiden	44,9
Systemet er for vanskelig	18,4
Ser ikke nytteverdien	13,3
Får aldri tilbakemelding	10,2

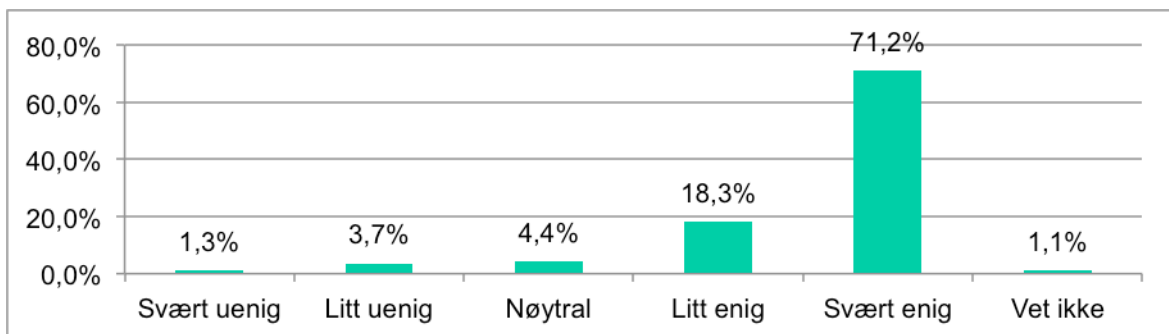
Tabell 5.4 Hovedårsak til unnlattelse av å rapportere i EQS

For eksempel uttaler informant H at ”...alle sier at de ikke har tid” (Informant H). På en side kan dette selvfølgelig ses på som et problem med opphav i kulturen hvor det kan skyldes på at det ikke eksisterer en holdning om at det er lov å fravike andre oppgaver eller plikter for å melde en uønsket hendelse. Kanskje for at dette i så fall kunne gått ytterligere ut over pasientsikkerheten, eller blitt sett på som unnasluntring. På den andre siden kan mangelen på tid ses på som et strukturelt problem. At det ikke eksisterer rom for å melde med mindre man bruker sin pause eller fritid til formålet. Men ikke for det, hos SAS ligger OM-A i bunnen for hvilke føringer som er satt i forhold til jobben som skal gjøres. Å melde om hendelser og avvik er en av disse. Og melding forventes enten i form av at du blir igjen etter jobb eller gjør dette hjemme dersom man ikke rekker det i arbeidstiden. For å kunne melde hjemme via Intranett, har de ansatte fått "secure token" for å få tilgang. Der skrives ikke overtid i noen form. Dette er inkludert i den lønnen man har og en forpliktelse man påtar seg gjennom det yrket man utøver som pilot og kabinansatt.

På samme måte forteller teorien at sikkerhetsarbeid i helsevesenet avhenger av ansatte som, uten pålegg, prioriterer å drive forebyggende arbeid blant annet gjennom melding av uønskede hendelser. Kanskje ville en løsning lik den hos SAS vært løsningen for de 45 prosent respondentene som sier at unnlattelsen skyldes at de "...ikke har tid til sånt i arbeidstiden" (tabell 5.4). Hvordan de ansatte hadde akseptert en slik løsning, kan tenkes å komme an på organisasjonskulturen. Kanskje ville det være lettere å få aksept på melding utenfor arbeidstiden med visse forutsetninger til grunn. For eksempel kunne det føles mer rettferdig dersom pålegget gjaldt hele organisasjonen, og kanskje ytterligere vanskelig ville

det vært å fravike oppgaven dersom man var betalt for det. Så kan man spørre seg om det egentlig er riktig å legge opp til slike jobberelaterte oppgaver utenfor arbeidstiden? La oss i motsatt fall si at alle ansatte fikk daglig tid for melding av uønskede hendelser. Utfordringen ville da kanskje være dårlig utnyttelse av tid ved dager det ikke var noe å melde, eller at man muligens fikk en situasjon med meldinger som strengt tatt ikke skulle vært meldt.

Kalra kommenterer sykepleieres opplevelse av svekket pasientsikkerhet som følge av tidsbelastningen (kap. 2.2). Til tross for opplevelsen av manglende tid, ser det ut til at de fleste ansatte på BUK likevel opplever god pasientsikkerhet; Ville du følt deg trygg dersom du var pasient i egen seksjon?



Figur 5.2 Svarfordeling spørsmål 1- Pasientsikkerhetsundersøkelsen 2014 ⁴⁹

5.2.4 Meldingsunntatelse som følge av uvitenhet om rapporteringspliktige hendelser

På samme måte som ledere ble spurt om 3-3-meldinger (kap. 5.1.3), ble det gjennom spørreundersøkelsen kartlagt om meldingsunntatelse skyldes mangel på kunnskap om rapportpliktige hendelser. Hos 8% var dette tilfellet. Imidlertid vet vi ikke om disse tenker på hendelser i henhold til lovverk, eller om respondentene tilhører de 78% som mer generelt oppgir at helsepersonell har meldeplikt ved uønskede hendelser (Vedlegg 8). For kanskje er det vanskelig for melderens å forholde seg til skilnaden mellom når det skal rapporteres som 3-3-meldinger eller øvrige hendelser. Og kanskje er det vanskelig å avgjøre når en hendelse *kunne ha ført til* pasientskade eller ikke. Det kan da tenkes enklere å melde vel vitende om at

⁴⁹ Hentet fra St.Olav Hospital sin Pasientsikkerhetskultur undersøkelse 2014 (Vedlegg 11)

terskelen for dette er lav. I motsatt fall kan unnlattelse forekomme fordi ansatte ikke opplever situasjonen tilstrekkelig *betydelig* for melding, slik vi så St.Olavs nevne kriterier som tilsier dette (4.3.1). I så fall kan GTT være et nyttig verktøy for å fange opp hendelser som ikke blir meldt (kap. 4.3.2). På den andre siden skal en heller ikke glemme *betydelig-kriterienes* positive funksjon på kulturen gjennom sin standardisering av normer og verdier (pkt. 2.5), noe vi så etterlyst av lederne i kap. 5.1.3.

5.2.5 Meldingsunnlattelse i frykt for fremtidig karriere

Nærmeste leder er gjerne mottager av melding om den uønskede hendelsen. Melding kan derfor tenkes unnlatt i karrierehensikt fordi det nettopp er nærmeste leder som vil kunne bidra til karrieremulighet for den potensielle melder. Eksempler kan være at melder ikke vil fremstå som en person som gjør feil, ikke vil sette sjefen i et lys om at i denne enheten begås feil, eller at den ikke ønsker å lage merarbeid til en allerede overarbeidet leder. Begge undersøkelser viser imidlertid at det ikke foreligger noe frykt for karriereutvikling (tabell 5.5 i kapittel 5.2.7) som følge av melding om uønskede hendelser (Informant A, B, C, D, F, G, H, I, J, Vedlegg 4 og 99%, Vedlegg 8).

5.2.6 Meldingsunnlattelse på grunn av liten nytte

13% unnlater å melde fordi de ikke ser nytteverdien, mens 10% unnlater fordi de aldri får tilbakemelding uansett (tabell 5.4 i kap.5.2.3). Et slikt tankesett vil hemme læringen i samsvar med beskrivelsen av enhetlig kultur. Kanskje har personene det gjelder dårlig erfaring med utbytte av tidligere meldte hendelser, eller at det for eksempel er en episode med meldingssystemet som har gjort at de har fått avsmak på det meste som har med melding å gjøre. Selv om personen i så fall gjør seg selv en bjørnetjeneste ved å «boikotte» melding, kan resignasjonen likevel forstås. Som det kommer frem i dybdeintervjuene, er det et stort påtrykk om at meldingsfrekvensen skal opp, noe som blir utfordrende siden ansatte i utgangspunktet opplever begrenset tid til melding. Til tross for at meldingsfrekvensen ifølge seksjonslederne har steget (Informant A, B, D, E, F, H, I), kan det være demotiverende å ikke se noe resultat av den økte mengden. Men på en annen side er det slik at en må starte et sted, og lite hjelper det at systemene fungerer godt så lenge det ikke kommer inn meldinger om uønskede hendelser. Vinkler vi dette og heller ser på hvorfor folk melder, ser vi at det faktisk er en lang

større andel som melder i ønske om at andre kan lære av hendelsen (76%) samt for å få endring i prosedyrer som ikke fungerer (54%).

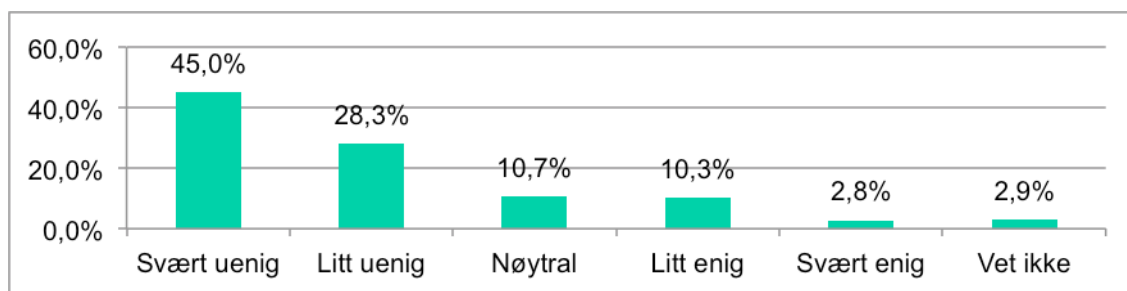
5.2.7 Finnes der en frykt for personlige konsekvenser som følge av meldte hendelser eller unnlattelse av dette?

Vår undersøkelse avkrefter at meldingsunnlattelsen skyldes frykt for personlige konsekvenser som å få fornyet vikariat eller fast stilling. Videre er det et fåtall som unnlater å melde på grunn av at det er ubehagelig, eller i frykt for karriere, personlige represalier og straffeforfølgelse.

Meldingsunnlattelse som følge av:	Prosent (%)
Frykt for fornyet vikariat	0,0
Frykt for fremtidig karriere	1,0
Ubehag	2,0
Frykt for personlig represalie	3,1
Frykt for straffeforfølgelse	4,1

Tabell 5.5 Fordeling av årsak til meldingsunnlattelse som følge av frykt og ubehag.

Vi har sett hvordan SAS gjennom CRM/TRM siden 80-tallet har utviklet en åpenhetskultur på tvers av fagområdene. Det skal være greit å si fra og det skal være greit og melde. På motsatt side fortalte Kalra at sykepleiere kan føle det stressende og ubehagelig å melde uønskede hendelser (kap. 2.2). Kanskje er det innen helsevesenet spesielt vanskelig å melde kolleger som anses å ha «høyere rang» i form av ansiennitet eller utdanning, slik Kalra beskriver i barrieren mellom sykepleiere og leger. Og spesielt vanskelig er det kanskje om disse har en *forståelse* (kap. 2.2) av hvordan tematikken skal omhandles. Imidlertid svarer ansatte gjennom St.Olavs undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen dette på spørsmålet *her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen*;



Figur 5.3 Svarfordeling spørsmål 9- Pasientsikkerhetskultur undersøkelsen 2014⁵⁰

Videre forteller den samme undersøkelsen om et flertall i oppfatning av at legene og de andre ansatte samarbeider som et velkoordinert team (Vedlegg 11). Dette avviker med Gordons uttalelser om teamarbeid i helsevesenet. Sånn sett kan det tenkes at helsearbeiderne legger noe annet i begrepet enn hva som er tilfelle innen luftfart. Vi tenker da sammen med teori om CRMs tilpasning til organisasjonen, at ansatte i sykehus kan ha opplevelse av teamarbeid selv om det ikke eksisterer en like flat kommunikasjonsstruktur.

Gjennom egne funn finner vi overenstemmelse med undersøkelsen i pasientsikkerhetskulturen, at samtlige informanter sier at de ikke er på utkikk etter en syndebukk når avviksmeldinger analyseres (Vedlegg 5). Videre forteller like mange å oppleve en Just Culture ved sin avdeling (Vedlegg 5). Breddeundersøkelsen fastslår at ingen er redde for straffeforfølgelse eller å ikke få fornyet arbeidskontrakt som følge av melding, men viser at et fåtall ikke melder på grunn av ubehag (2%) eller frykter personlige represalier fra kollega eller overordnede (3,1%) (Se tabell 5.5). På motsatt side kan en spørre seg om det er mer riktig å sanksjonere ved meldingsunnlattelse, kontra å melde. Imidlertid melder bare 4% av respondentene for å unngå problemer dersom unnlattelsen oppdages. Informant F forteller at det er *“ingen konsekvenser. Man kan bare la det skli stille forbi om ingen oppdager det. Dersom det blir oppdaget er det ikke noe straff, påtale eller fokus. Det vil bli påpekt”*. (Informant F). En annen informant påpeker imidlertid at *“for meg vil det være viktig å snakke med vedkommende og si at dette er ikke slik vi ønsker. Ingen er feilfri”* (Informant J), mens informant D sier *“nei, ikke som jeg kjenner til”* (Informant D). Grunnen til det, er kanskje at det ikke eksisterer noen retningslinjer for problematikken ved helseforetaket. Eventuelt er det å sanksjonere meldingsunnlattelse en så fremmed tanke at ingen har våget å handle i de baner

⁵⁰ Hentet fra St.Olav Hospital sin Pasientsikkerhetskultur undersøkelse 2014 (Vedlegg 11.)

enda. Kanskje ville dette i så fall vært lettere dersom sanksjonering var nasjonalt- eller internasjonalt pålagt?

5.3 Organisasjonsstruktur

5.3.1 Strukturering

Til forskjell fra Europeisk luftfart, ser det ikke ut til å eksistere tilsvarende bestemmelser for struktur, ansvarsområde og prosedyrer for helsetjenesten. På en side kan dette antas best løst av det enkelte helseforetak ut fra de omgivelsene det befinner seg i. På en annen side kan det være fordeler ved at en overordnet myndighet pålegger krav som har vist gode resultater andre steder. Sistnevnte kan i så fall bidra til at vandrende arbeidskraft treffer kjente systemer og rutiner.

5.3.2 Finnes et savn etter prosedyrer?

Gjennom spørreundersøkelsen fikk vi frem at snaut 1 av 10 ønsket flere prosedyrer (Vedlegg 8). Men det er ikke vanskelig i tråd med integreringsperspektivet å argumentere *for* at St.Olavs har en rekke prosedyrer. For eksempel vil det lette læringen mellom ansatte dersom det eksisterer en «riktig» måte å gjøre ting på. I tillegg kan det være forutsigbart for pasientene når alle handler på samme måte, samt at det er grunn til å tro at prosedyrene kvalitetssikres gjennom å være forankret i kunnskap og erfaringer. Ut i fra den gjeldende prosedyren, kan det med et differensieringsperspektiv derimot lages nyanseforskjeller som gjør prosedyren egnet den spesifikke seksjonen. Denne standardiseringen er med på å sikre stabilitet i adferd (kap. 2.6), slik vi så under kultur og læring at ansatte lot seg styre uten nødvendigvis å være klar over det (kap. 2.5.5). Som det kom frem i samtale med Barne- og ungdomsklinikkens kvalitetsrådgiver, skjer en del uheldige hendelser i forbindelse med medikamenthåndtering. Videre forteller han at de samme feilene gjentar seg, dette til tross for at prosedyre eksisterer (Vedlegg 15). Årsaker til dette kan tenkes å være at prosedyren ikke er tilstrekkelig tydelig, eller at den rett og slett ikke følges. I den forbindelse erfarer den av oppgavens forfattere som er flyger, at det er en enorm disiplin og respekt for prosedyrer innen SAS i henhold til teori om CRM (kap. 2.6.2.4) og Workload Management (kap. 2.6.4), selv på de mest banale ting.

5.3.3 Ville en nøytral meldingsmottaker samt mulighet for anonymitet ha økt meldingsfrekvensen?

Muligheten med å være anonym kan tenkes hensiktsmessig for personer som føler ubehag rundt melding. Dog skal man være obs på at selv anonym rapportering kan være lett å spore, litt avhengig av situasjonen. Derfor tenkes det hensiktsmessig å ikke bare ha mulighet for anonym rapportering, men også og etablere en kultur hvor sykepleiere deler samme perspektiv av at det å melde feil og avvik er et prisverdig bidrag til prosessen om å forbedre pasientsikkerheten. Her viser dybdeintervjuene en opplevelse av Just Culture fra samtlige (Vedlegg 5). For respondentenes del, svarte drøyt ¼ at anonym melding til et nøytralt organ ville økt meldingsfrekvensen (27%). Og kanskje er dette spesielt aktuelt i situasjoner der sykepleiere identifiserer feil gjort av noen de anser høyere oppe i hierarkiet, jamfør punkt 5.2.7. Det at SAS har mulighet til anonym rapportering, er fordi det er lovpålagt gjennom ICAO og EASA. I følge Head of Safety i SAS, foretrekker man konfidensiell rapportering framfor anonym rapportering. Dette fordi viktige detaljer har en tendens til å forsvinne når rapporten er anonym, jamfør figur 2.4 og prosessen ved analysing. BUK har denne muligheten til konfidensiell rapportering gjennom sin Kvalitetsrådgiver. Det som likevel er viktig, i følge ICAO sine retningslinjer nevnt i kapittel 2.4.5, er at alle rapporter blir anonymisert etter at man har sikret all data som behøves til rapporten. Dette for å få en objektiv vurdering under analysen.

5.4 Analyse og læring av hendelser

Til forskjell fra teori om dobbel loop-læring, forteller BUK sin kvalitetsrådgiver at nesten 50% av uønskede hendelser er relatert til medikamenthåndtering. Videre sier han at de samme hendelsene gjentas, selv når det eksisterer prosedyrer. Slike historier vekker interessen i oss for å finne ut hva som kan gjøres for å bedre St. Olavs læring ut av meldte hendelser.

5.4.1 Hvordan er læringen i egen seksjon, samt på tvers av seksjoner, klinikker og helseforetak?

For å svare på dette spørsmålet, kartla vi først hvem som er mottager av meldte hendelser; Det synes å være variasjoner hvem informantene oppgir som meldingsmottaker hos BUK. For eksempel sier informant B at *“alle avviksmeldinger går til kvalitetsrådgiver som sjekker de,*

og sender tilbake til den leder som skal ha det” (Informant B), mens informant A mener “*det er alt etter hvilket nivå vi snakker om i organisasjonen*” (Informant A). Variasjonene bryter med presentert teori om koordineringsfunksjon ved organisasjonsstruktur (kap. 2.6), en strukturering vi finner hos SAS. En annen fordel med sistnevntes måte, er at meldinger fra hele organisasjonen behandles av den samme avdelingen. Kanskje er det da større sjanse for en mer lik behandling av meldinger fra tilsvarende hendelser, samt at den spesialiserte avdelingen kan tilstrebe stabilitet i adferd (kap. 2.6). Dernest kan det tenkes at disse har mer eller mindre standardiserte tilbakemeldinger på hendelser med hyppig forekomst. Per i dag forteller informant H at “*Det gode med EQS-systemet, er at man som leder må behandle meldingen*” (Informant H), der informant I utdyper med at “*systemet skal gi tilbakemelding når ferdigbehandlet, og dette tror jeg de fleste vet. Etter det jeg har forstått, så får de beskjed per E-post de som har meldt*” (Informant I). Informant B mener på sin side at det “*ikke får noe E-post*” (Informant B). Det kan videre virke som at det gis tilbakemeldinger på meldte hendelser, men at der muligens er uvitenhet blant ansatte om hvor i meldingssystemet disse finnes. Denne antakelsen styrkes, når informant K forteller at «*alle ansatte får tilbakemelding dersom de har aktivert «min profil, varsling på E-post» i EQS*». For de ansattes del, viser tallene at litt under halvparten sier å få tilbakemelding av og til, mens drøyt ¼ sier de alltid får tilbakemelding (tabell 5.6). Mer enn halvparten av respondentene sier denne tilbakemeldingen ikke er lett tilgjengelig, eller at man ikke vet hvor man finner den (Vedlegg 8).

Får man tilbakemelding på rapporter man skriver	Prosent (%)
Av og til	44,3
Alltid	27,0
Vet ikke	14,8
Aldri	13,9

Tabell 5.6 Andel tilbakemeldinger på rapporter BUK

Men nå skal det sies at graden av læring ikke bare avhenger tilbakemeldinger i EQS, “*...for det kommer jo også av systemet en mulighet for å gi tilbakemelding i systemet. Fra det, til å ta opp hvordan en best mulig kan lære av det, tror jeg du vil få best mulig svar på av hver seksjon*” (Informant A).

Sett i lys av analyse -og læringsverktøy samt læringsarenaer

I henhold til verktøyene Gordon omtaler TEM gir, svarer informantene om analyseverktøyet at der er opp til den enkelte enhet å avgjøre analysen av den uønskede hendelsen. Det finnes ikke verktøy fra helseforetakets side for hjelp til å fange opp negative trender eller sammenfallende svakheter i systemet (Informant B, C, E, G, H, I, J). Rutiner for dette må i så fall utarbeides i regi den enkelte seksjonsleder eller enhet, der informant E forteller å ha gjort det til en av sine oppgaver å *“se på hvilke hendelser som går igjen, og lage systemer rundt det så det ikke skjer igjen”* (Informant E).

Om lag 90% respondentene forteller at de samme feil –og avvikene gjentar seg (Vedlegg 6). Dette antas å kunne være grunnet mangel på system som kategoriserer de ulike hendelsene, slik at hyppigheten tydeliggjøres. Skulle imidlertid systemet være på plass, kan en tenke seg at utfordringen må løftes til et høyere nivå i hierarkiet. At det må settes større krav til ledere og øvrige ansatte om fokus på problematikken. For kanskje lever disse i en oppfatning om at det ikke finnes noe bedre løsning på problemet, eventuelt at problemet tydelige for mange, - inkludert ledere, men at disse neglisjeres grunnet for eksempel mangel på tid.

Når det gjelder læringsarenaer for lederne, nevnes det av flere informanter at ledermøtene om morgenen kan være en mulighet for deling av informasjon og læring på tvers av seksjonene (Informant A, C, E, J). Innad i seksjonene fortelles det å være opp til den enkelte seksjonsleder hvor mye vekt det legges på læring av uønskede hendelser, og at læringsverktøyene derfor varierer (Informant A). Enkelte forteller at det ikke eksisterer noen verktøy (Informant G og J), mens andre oppgir læringsverktøy -og arenaer som;

- Kolleger snakker med hverandre (Informant C) - E-læring (A,B)
- Personalmøter (B, C, I) - Mail (B)
- Kompetansedager (B, C, E, I) - Vaktskiftet (B,C)
- Workshop (D) - Kurs (A)
- SIM-senter (A, D, F, H, I, J)

I tillegg opplyses det sentralt i helseforetaket å være hendelsesanalyser som finner sted 3-4 ganger i året, før samme informant fortsetter med at slike også kunne vært tatt ned til seksjonsnivå, men at det i så fall ville vært ressurskrevende (Informant K).

På en måte kan det tenkes fordelaktig at den enkelte leder står fritt å tilpasse så det oppnås læringsutbytte i egen seksjon. Når faktorer som at det bare *av og til* læres av meldte hendelser

(Informant B, D, E, F, G, I, samt ca.50% av respondentene (vedlegg 8)), manglende tid til å jobbe med temaet (Informant A, C, E, H) samt savn av et egnet system/rutiner (Informant F) nevnes, er det likevel naturlig å spørre om nødvendigheten av rutiner eller system som øker læringseffekten. Kanskje er det slik som informant I sier, at *“det går nok litt i glemmeboken, at man husker det der og da”* (Informant I). På en måte er det forståelig at det kan være lett for å falle tilbake på den “vanlige” måten å gjøre ting på, så lenge man ikke endrer prosedyre og terper inn denne straks den gamle har vist seg uheldig. Likevel forstås utfordringen med en slik innterping, da det vil kreve tid til læring av ny kunnskap. I de to definisjonene av læring (Illeris 2012b og Jacobsen og Thorsvik 2010 s. 319), finner vi et skille som dreier seg om akkurat dette. Om læringen er varig eller ikke, kan komme an på hvordan den tilegnes. Det mest vanlige er trolig at personen hendelsen gjelder, har en individuell læring. Siden ønsket med melding av uønskede hendelser er å redusere sjansen for at den samme feilen gjøres igjen, må så mange som mulig få kjennskap til den for å kunne forhindre at feilen skjer på nytt. Man behøver en kollektiv, – eller aller helst organisasjonsmessig læring (kap. 2.4.2).

Sett i lys av organisasjonsstruktur

St. Olavs Hospital ivaretar momentet med koordinerende tiltak for å hindre skade gjennom prosedyren “Melding ved pasientskade eller nesten-uhell”, der det heter seg at *“Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved St. Olavs Hospital analyserer trender og bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser på tvers av klinikker og divisjoner og vurderer behov for klinikk - og divisjonsovergripende tiltak”* (Vedlegg 12). Som vi så av formidlingskanalene til helseforetaket (kap.4.4.2), kommer dette utvalget inn på et tidspunkt trolig de færreste meldinger havner. Kanskje hadde det vært en fordel om et større antall, -og gjerne mindre alvorlige meldinger, også var gjenstand for en tilsvarende behandling. På en side kan du si at dette innebærer større arbeidsmengde for Kvalitet- og sikkerhetsutvalget, og en kan spørre seg om det ikke er riktig at saker løses på et tidligere tidspunkt i hierarkiet? Sett at læringsønsket er større enn ønsket om å redusere arbeidsmengde, kan det likevel tenkes fordelaktig med økende koordinerende læringstiltak både lokalt og ikke minst nasjonalt, jamfør punkt 5.5.3. For når det gjelder læring av uheldige hendelser på tvers av ulike sykehus, svarer en informant *“ikke noe system annet enn at vi kjenner og ringer hverandre dersom vi hører om noe i media”* (Informant C). Den samme oppfatningen av at det ikke er noe læring på tvers,

støttes av fire andre informanter (Informant: A, E, G, H), mens to oppgir at nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har en delingsordning eller kommer til å få det (Informant: E og A). Og det kan virke til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har akkurat dette i tankene når de sier; *«På grunnlag av analyser av meldingene kan vi avdekke nasjonale trender og kartlegge mønstre som kan skade pasientsikkerheten. Målet er å bidra til læring og forbedring på tvers både lokalt og nasjonalt for å forebygge at samme uønskede hendelse gjentas»* (Kunnskapssenteret 5, 2012).

6.0 Avslutning og konklusjon

Tema for oppgaven var Læring av uønskede hendelser i helsesektoren, der vi stilte spørsmålet: *"Hvorfor klarer ikke St.Olavs Hospital i større grad dra lærdom av sine avvikrappporter? Hva er årsak til at de ikke lykkes bedre i å lære av egne og andres feil, slik som er tilfelle i SAS?"*.

For å søke svar har vi sett på rapporteringssystemet, deler av organisasjonskulturen, organisasjonsstrukturen og læring.

6.1 Rapporteringssystem

Kun 23% av de som besvarte undersøkelsen er fornøyd med rapporteringssystemet EQS. Ved intervjuene ble det påpekt at ansatte opplever systemet komplekst og komplisert, dette til tross for at kun 18% oppgir dette som årsak til meldingsunnlattelse. For eksempel opplever ansatte det tungvint dersom man har haket av for feil type hendelse, at man ikke kan gå tilbake og endre dette i etterkant.

6.2 Organisasjonskulturen

Når det kommer til organisasjonskulturen, og da tenker vi i hovedsak på rapporteringskulturen, sier 76% at de melder i hensikt læring. Generelt synes det å være lite frykt for personlige represalier eller negative konsekvenser som følge av rapportering. Dette tyder på en sunn kultur der lederne yter Just Culture og "No-Blame"-filosofi.

Likevel sier 75% der finnes underrapportering, og kun 3% mener alt som skal meldes blir meldt. Underrapporteringen kan antas å gjelde frivillig rapportering, man unnlater fordi det ikke utviklet seg til en rapporteringspliktig hendelse i form av 3-3 melding. Årsaker kan også tenkes å være mangel på tid samt mangel på nytteverdi, der henholdsvis 45 og 13% støtter opp om disse.

Ledere sier i tillegg at det kan være vanskelig å vite hva som skal meldes, og det kan se ut til å forekomme individuelle tilpasninger hos de ulike seksjonene. Dette kan i sin tur svekke den formelle kulturen i organisasjonen, og mangelen på kunnskap kan tenkes å føre til resignasjon blant de ansatte. Muligens kunne det her vært fordelaktig med en spesifisering eller eksemplifisering av typer hendelser, slik SAS angir hvor –og hva som skal meldes. I tillegg tror vi opplæring i TRM og TEM ved alle ledd i hierarkiet, kan være hensiktsmessig for å

innarbeide gode meldingsvaner. Dette for at ansatte skal bli trygge på å kunne melde seg selv eller andre, uten å frykte reaksjoner. I sin tur vil fokuset kunne bidra til konsekvenstenkning, slik at uheldige hendelser avverges før de oppstår.

6.3 Organisasjonsstruktur

I St.Olavs Hospital sine retningslinjer for pasientskade og nesten-uhell, står det at behandling av rapportene følger ledelseslinjen. Meldingen sendes automatisk til nærmeste leder eller definert meldingsansvarlig. Disse har ansvar for å ta imot melding og vurdere årsaksforholdet. Fokus skal være på å dokumentere hva som skjedde og hvorfor det skjedde, ikke hvem som har skylden. Alle meldinger risiko-vurderes i forhold til alvorlighetsgrad. Ser man på handlingsforløpet og etterarbeidet, er dette ganske likt hvordan SAS opptrer. Imidlertid er rutinen ikke i tråd med IOM og rapporten To Err is Human sin anbefaling, der de heller ser opprettelse av et eget Pasientsikkerhetssenter (Kohn et al. 2000 s.70). Gjennom Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, er Norge langt på vei i etableringen et slikt senter for pasientsikkerhet. Vi tror likevel at ved å opprette et slikt senter, lokalt på St. Olavs, vil denne for helseforetakets del kunne være en link ned til klinikker og avdelinger samt ut til Nasjonalt Kunnskapssenter. Pasientsikkerhetssenteret tenkes da gitt ansvaret for mottak, analysering, investigering og konkludering av rapporter, samt å komme med anbefalinger og instruksjoner. På denne måten antar vi ved hjelp av ICAO og deres SMS-struktur, å kunne frigjøre tid for seksjonsledere. Disse vil dermed i større grad kunne konsentrere arbeid omkring læring i henhold til foreslåtte tiltak fra det omtalte senteret.

6.4 Analyse og læring

$\frac{3}{4}$ oppgir *læring* som hovedårsak til at de melder uønskede hendelser. Videre forteller over 50 % at dette er for å få endringer som hindrer at liknende skjer igjen. Men ved underrapporteringen som finner sted, er det en fare for at mye lærings-potensiale forsvinner med rapportene som burde vært skrevet. Videre unnlater 10 % å melde fordi de ikke får respons på sine rapporter. Imidlertid kan noen av disse synes å være uvitenhet om hvor i det elektroniske systemet tilbakemeldingene finnes.

Lederne informerer i intervjuene at der finnes flere forum å formidle læring på i BUK. Når 90 % av respondentene forteller at de samme feil -og avvikene gjentar seg, indikerer det forbedringspotensialet.

For å sikre god læring, ble det i kapittel 2.4.5 påpekt at analyseringsprosessen i etterkant av en hendelse samt evalueringsprosessen etter iverksettelse av tiltak, er viktige. Seksjonslederen **må** slik det er i dag behandle alle avviksrapportene i henhold til hva «systemet tolererer». Toleransen oppleves imidlertid i større grad å dreie seg om en datateknisk detalj, enn vurdering av det faktiske tiltak. Når det gjelder analyseverktøy, svarer informantene at det er opp til den enkelte enhet å avgjøre analysen av avvikshendelsene. Det finnes ikke et verktøy fra helseforetakets side for hjelp til å fange opp negative trender eller sammenfallende svakheter.

Det kan synes som at analyseprosessene er svake, og svikter de, er sannsynligheten der for at man ikke lykkes lære av meldte hendelser. Når ledere i tillegg oppgir dårlig tid til analysering og derfor samler opp med sikte på skippertak, kan man stille spørsmålstegn ved om kvaliteten på analyseprosessen blir i tråd med hva Drupsteen anbefaler.

Vi har snakket om det profesjonelle byråkrati i kapittel 2.6. Og at sykehus er en slik organisasjon hvor man har funksjonsbasert spesialisering i form av forskjellige avdelinger. Det blir påpekt at ulempen kan være å lett miste helhetsbilde, samt manglende informasjon. Avdelingene konsentrerer seg i hovedsak om sitt eget, og vet lite av hva som rører seg på andre avdelinger. Dette ble gjennom intervju bekreftet ved at informanter svarte «nei» på direkte spørsmål om de visste om andre avdelinger hadde løsning problemer de sliter med. Det samme gjaldt også ovenfor andre helseforetak. Dette til tross for opplysninger om at man gjennom Kvalitetsnettverket, der alle klinikker/divisjoner har en representant, skal sikre erfaringsoverføring på tvers av enhetene (Vedlegg 21).

Nasjonalt Kompetansesenter for Helsetjenesten har til hensikt å fungerer som en koordinerende enhet innenfor pasientsikkerhet mellom helseforetakene. Men for å kunne få en optimal utnyttelse av dette, kan det tenkes fordelaktig med et sentralisert pasientsikkerhetssenter på St. Olavs Hospital. Denne avdelingen vil da fungere som bindeledd mellom alle interne enheter, samt ut til Nasjonalt Kunnskapssenter. Her vil rapporter som nevnt mottas, analyseres, investigeres og konkluderes av mennesker uten tilknytning til klinikkene, men med kompetanse på alle nødvendige områder. Koordineringsfordelen vil forhindre at flere jobber med ett og samme problem. Dette mener vi å kunne frigjøre tid fra avdelings- og seksjonsledere, samtidig som det gir helseforetakets sentrale ledelse bedre oversikt over hvor nødvendige tiltak bør settes inn. Pasientsikkerhetssenteret kan selv inneha kontrollfunksjonen, eller at den likt med Quality Management i SAS overlates Kvalitetsavdelingen.

6.5 Svakheter ved oppgaven

Svarprosenten på 32% i breddeundersøkelsen kan true generaliserbarheten (UIO 2005). Her ble det heller ikke spurt om respondentenes stilling, noe som gjorde at vi ikke kunne undersøke sammenhenger derimellom. Vi fanget ikke opp i forkant at vi brukte feil navn på Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Dette svekker resultatet til hvor vidt de ansatte kjenner til deres arbeid eller ikke.

Vedrørende dybdeundersøkelsene, ble det skjevfordeling av yrkesgrupper, da vi håpet å få intervjuet flere leger.

I tillegg anser vi det som en svakhet i forhold til opprinnelige ønske, at vi ikke lyktes få en ekstern person med god kjennskap til temaet, til å validere funnene.

6.6 Anbefalinger til videre forskning

Mye av litteraturen vi har vært i gjennom indikerer at mye fra luftfart kan implementeres inn i helsesektoren med noen justeringer.

Videre forskning kan gi bedre innsikt i hvordan utbytte av dette vil være på følgende områder:

- Forenkling av rapporteringssystemet og en bedre presisering av hva som er rapporteringspliktig.
- Implementere Safety Management System på St.Olavs Hospital
- Opprette en egen pasientsikkerhetsavdeling med det overordnede ansvar å drifte rapporteringssystemet og andre systemer rettet mot pasientsikkerhet samt koordinere opp mot Nasjonalt Kunnskapssenter og eventuelt andre helseforetak. Motta, analysere, vurdere risiko, konkludere og komme med anbefaling til forbedring.
- Innføre aktiv bruk av TRM og TEM i alle nivåer i organisasjonen. Fra renholdsarbeidere til kirurger.
- Se på hvordan man skal skape tid til de ansatte for å rapportere. Enten via kompensasjon i noen form av generell avspasering pr. år eller i form av et tillegg. Alternativt endre instruksene slik at dette er en plikt, selv om man ikke har tid eller får betalt.

7.0 Referanseliste

- Anca, Josè M. (2008). *Multimodal Safety Management and Human Factors Crossing the Borders of Medical, Aviation, Road and Rail Industries*.
<http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptiID=438743>
- Benn, J. Koutantji, M Wallace, L. Spurgeon, P. Rejman, M. Healey, A. Vincent, C. (2008) *Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety*.
Hentet fra : <http://qualitysafety.bmj.com/content/18/1/11.full.pdfh>
- Bækken (2009) *Kvalitet* (12.01.2009) Lest 17.04.2015, Tilgjengelig fra:
<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Kontakt-oss/Avdelinger-kontaktinformasjon/Kvalitet/93966/>
- Business jet traveller (2009) *How flight safety has evolved* Lest: 13.02.2015
Hentet fra : <http://www.bjtonline.com/business-jet-news/how-flight-safety-has-evolved>
- Dallan, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave
Gyldendal Akademiske Forlag. Oslo
- Drupsteen, L. Groeneweg, J. Zwetsloot, G.I.J.M (2013) *Critical steps in learning from incidents: Using learning potential in the process from reporting an incident to accident prevention*. Publisert i International Journal of occupational safety and ergonomics (JOSE) 2013, Vol.19 No.1,63-77. Tilgjengelig på:
<http://archiwum.ciop.pl/58225>
- Dagens medisin,(2012) *Utfordringene* (26.01.12) Lest: 16.03.2015 Tilgjengelig fra:
<http://www.dagensmedisin.no/debatt/hvor-mange-skades-i-norske-sykehus/>
- Etzioni, Amitai (1975). *A comparative Analysis of Complex Organizations*
The Free Press
- Extend (2015) *EQS Kvalitetssystem*, Lest: 28.02.2015
Tilgjengelig fra: <http://www.extend.no/eqs-kvalitetssystem/>
- Forskning.no(2006)Helsevesenet lærer ikkje av sine feil (29.09.2006) Lest: 21.03.2015
Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/forebyggende-helse-ledelse-og-organisasjon/2008/02/helsevesenet-laerer-ikkje-av-feil>
- Gisvold, Sven Erik og Fasting, Sigurd *Uheldige hendelser -hvorfor skjer det*
Lest: 11.04.2015, Tilgjengelig fra:
https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/112307/Gisvold_1.ppt
- Gordon S. , Mendenhall P, O'Connor B (2012) *Beyond the Checklist: What else health care can learn from aviation teamwork and safety*. ILR Press
- Griffin, Frances A. og Resar, Roger K (2009) *IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events 2.edition*. Institute for Healthcare Improvements
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx>
- Halvorsen, Knut (2008). *Å forske på samfunnet, 5.utg -en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* J.W. Cappelens Forlag as, Oslo
- Haugen 1, (2014) *Om oss* (22.12.2014) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra:
<http://www.stolav.no/no/Om-oss/83713/>
- Haugen 2, (2014) *Om helseforetaket* (22.12.2014) Lest: 23.01.2015. Tilgjengelig fra:
<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Om-helseforetaket/83730/>
- Haugen 3, (2014) *Nøkkeltall 2013* (01.09.2014) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra:
<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Nokkeltall-for-St-Olavs-Hospital/124118/>

- Haugen 4, (2014) *Mål og strategier* (07.03.2014) Lest 23.01.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Mal-og-strategier/83733/>>Forbedringsprogram St.Olav – handlingsplan 2012 > s.13
- Haugen 5, (2013) *Avdelinger* (24.10.2013) Lest: 09.04.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/83736/h>
- Haugen 6, (2014) *Barne- og ungdomsklinikken* Lest: 09.04.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Barn-og-ungdom/100635/ht>
- Haugen 7, (11.02.2013) *Melding om uønskede hendelser* Lest: 28.04.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Pasient/Uonskede-hendelser/121883/>
- Helmreich Robert L, Klinec James R, Wilhelm John A, (1999) *Models of threat, error and CRM in flight operations* University of Texas Team Research Project The University of Texas at Austin Department of Psychology, Austin, Texas USA http://flightsafety.org/files/models_of_threat_error.pdfh
- Helsedirektoratet 1(2014) *I trygge hender 24-7*(27.01.2015) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Lær+om+programmet/I+trygge+hender+24-7.51.cms>
- Helsedirektoratet 2 (2014) *Pasientsikkerhet* Lest 23.01.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helsedirektoratet 3 (2014) *Slik kartlegges pasientskader i Norge* (02.12.2015) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/GTT/Artikler/Slik+kartlegges+pasientskader+i+Norge.72.cms>
- Helsedirektoratet 4 (2012) *IS 1997 veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3*(01.05.2012) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/464/Veileder-til-spesialisthelsetjenesteloven-IS-1997.pdf>
- Helse-midt, (2014) *Kvalitetsstrategi for helse Midt-Norge 2011-2015*(01.09.2011) Lest: 23.01.2015, Hentet fra: https://ekstranett.helsemidt.no/1001/Sakspapirer/sak_73-11_vedlegg_Kvalitetsstrategi/HMN.pdfh
- Helsetilsynet 1 (2015) *Oppgaver og organisering* (26.01.2015) Lest: 04.02.2015 Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Om-tilsynsmyndighetene/Oppgaver-organisering-Statens-helsetilsyn/>
- Helsetilsynet 2 (2009) *Læring av feil og klagesaker* (2009) Lest 13.02.2015, Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsyn_etrapport7_2009.pdf
- ICAO (2007) *The Just Culture Initiative*, Roderick D.van Dam, ICAO/ASPA Regional Seminar 2007, http://www.icao.int/safety/ism/ASPA_Doc/ICAO-ASPA_Seminar-Mexico-R_D_van_Dam.ppt
- ICAO (2013) *Safety Management Manual (SMM)* Doc 9859, Third edition Tilgjengelig fra: <http://www.icao.int/safety/SafetyManagement/Documents/Doc.9859.3rd%20Edition.alltext.en.pdf>
- ICAO (2014) *Safety report* Lest: 13.02.2015, Hentet fra: http://www.icao.int/safety/Documents/ICAO_2014%20Safety%20Report_final_02042014_web.pdf
- ICAO (2014) *Medlemmer Chicago konvensjonen:* <http://www.icao.int/publications/Documents/chicago.pdf>
- Illeris, Knut (2012) *Læring, 1.utg.* Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2010) *Hvordan Organisasjoner fungerer*, 3.utg

- Fagbokforlaget
- Kalra, Jay ; Medical Errors and Patient Safety *"Strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety*, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, 2011
- Kohn, Linda, Corrigan Janet.M, Donaldson Molla.S (2000) *To Err is Human*
National Academic Press, 2000
<http://ezproxy.uin.no:2071/lib/hbobib/reader.action?docID=10038653>
- Kolb, Alice Y and Kolb, David A (2008) *Experiential Learning Theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development*. Sage Publication, London 2008
- Kunnskapssenteret 1 (2012) *Nasjonale trender* (03.07.2012) Lest: 23.01.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/nasjonale-trender>
- Kunnskapssenteret 2 (2012) *Trygt å sende melding til Kunnskapssenteret?* (06.11.2012) Lest: 11.09.2014 Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/trygt-å-melde>
- Kunnskapssenteret 3 (2012) *Send melding innen 24 timer* (26.06.2012) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/24-timerh>
- Kunnskapssenteret 4 (2012) *Hva skal meldes?* (07.10.2014) Lest: 23.01.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/melde/hva-skal-meldesh>
- Kunnskapssenteret 5 (2012) *Nasjonale trender* (03.07.2012), Lest: 21.01.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/nasjonale-trenderh>
- Kunnskapssenteret 6, (2012) *Pasientsikkerhet* Lest: 17.03.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>
- Kunnskapssenteret 7, (2014) *Hva gjøres for å bedre pasientsikkerheten?* (03.10.2014) Lest: 21.03.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/hva-gjores-for-a-bedre-pasientsikkerheten-satsinger-i-sju-land>
- Kunnskapssenteret 8 (2012) *Fra sanksjon til læring* (02.05.2012) Lest: 22.03.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/fra-sanksjon-til-læring>
- Kunnskapssenteret 9 (2013) *Lærte sykehusansatte å analysere avvik* (18.11.2013) Lest: 10.04.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/aktuelt/lærte-sykehusansatte-å-analysere-avvik>
- Kunnskapssenteret 10 (2012) *Meldeordningen tar sikte på å avdekke systemfeil* (20.06.2012) Lest: 25.02.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/forsiden/hva-er-nytt/avdekke-systemfeil>
- Kunnskapssenteret 11 (2014) *Meldinger om uønskede hendelser femdoblet på to år*, Lest 25.04.15, Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/meldinger-om-uønskede-hendelser-femdoblet-pa-to-ar>
- Lovdata (2006) *Forskrift om varslings- og rapporteringsplikt ved luftfartsulykker og luftfartshendelser mv.* <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-12-08-1393>
- Lovdata (1999) *Lov om Spesialisthelstjenesten m.m, §3-3 og §3.3a Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* (22.06.2012) Lest 24.02.2015 Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3 - KAPITTEL_3h
- Lovdata 2 (1999) *Offentlighetsloven* (01.01.2015) Lest 25.02.2015, Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-05-19-16?q=offentlighetsloven>
- Lovdata 3 (1999) *Ledelse i sykehus Spesialisthelsetjenesteloven §3-9*, Lest: 25.02.2015 Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#§3-3
- Luftfartstilsynet 1 (2014). *Det er lov å gjøre feil* Lest 09.10.2014 Tilgjengelig fra: <http://luftfartstilsynet.no/flysikkerhet/article6385.ece>

- Luftfartstilsynet(2014) *Årets rapporteringspris til SAS 2013* Lest: 18.04.2015
Tilgjengelig fra: <http://www.luftfartstilsynet.no/aktuelt/article9527.ece>
- Luftfartstilsynet (2015) *Rapporterings plikt:*
<http://www.luftfartstilsynet.no/selvbetjening/rapportere/article1253.ece>
- Nemeth, Christopher P (2008) *Improving healthcare team communication: building lessons from aviation and aerospace*, Ashgate publishing England,
- Pasientsikkerhetsprogrammet 1 (2015) *Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram*, Lest: 23.02.2015, Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>
- Pasientsikkerhetsprogrammet 2 (2014) *Pasientskader i Norge* (09.07.2014) Lest: 23.02.2015
Tilgjengelig fra:
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Pasientskader+i+Norge.906.cms>
- Pasientsikkerhetsprogrammet 3 (2015) *Notat om dødsfall* Lest: 24.02.2015, Tilgjengelig fra:
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/attachment/1217?ts=13a04819e6f>
- Pasientsikkerhetsprogrammet 4 (2010) *I trygge hender 24-7* (21.12.2010), Lest: 22.03.2015
Tilgjengelig fra:
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Lær+om+programmet/I+trygge+hender+24-7.51.cms>
- Pasientsikkerhetsprogrammet 5 (2011) *Kvalitetssikring av rapport om GTT-gjennomgang i norske sykehus* (12.2011), Lest: 09.04.2012, Tilgjengelig fra:
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/GTT/Artikler/attachment/678?ts=134eadea141h>
- Pasientsikkerhetsprogrammet 6 (2014) *Kultur for pasientsikkerhet-hvordan påvirke og forbedre ved hjelp av historier*. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram 2014-2018
Lest 18.04.2015, Tilgjengelig fra:
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Nytt+om+programmet/attachment/3025?ts=149614fcc94>
- PedSafe (2015) *ISBAR kommunikasjonsmodell*: Lest 02.04.2015, Tilgjengelig fra:
<http://www.pedsafe.no/hva-er-pedsafe/isbar-kommunikasjonsverktoy/>
- SAS (2015) *AOS- SAS Air Operations System*, Scandinavian Airlines System, Denmark-Norway-Sweeden
- SAS (2015) *OMS- SAS Operations Management System*, Revision 4, Scandinavian Airlines System, Denmark-Norway- Sweeden
- SAS (2015) *Route map 2015* : Tilgjengelig fra: <https://www.sas.no/en/destinations/>
- SAS (2015) *Quality and Safety i SAS* Tilgjengelig fra:
<http://www.sasgroup.net/en/quality-and-safety/>
- SAS (2014) *Flight Operations OM-A*, Revision no.13 SAS, Scandinavian Airline System, Denmark-Norway-Sweeden
- SAS (2014) *SAS trafikk tall 2014*, Tilgjengelig fra:
<http://www.sasgroup.net/en/category/newsroom/press-releases/traffic-figures/?y=2014>
- Schein, Edgar (2010) *Organizational Culture and Leadership 4. utgave* Jossey-Bass Business and Management
- SHT (2015) *Generelt om Statens Havarikommisjon for Sivil Luftfart* , lest 03.03.2015
Tilgjengelig fra: <http://www.aibn.no/Luftfart>
- St.Olavs Hospital 1 (2012) *Hovedprogram for forbedring 2012-2016*, Handlingsplan 2012
Lest: 19.02.2015. Tilgjengelig fra:
<http://www.stolav.no/StOlav/Vedlegg/Handlingsplan%202012.pdf>
- St.Olavs Hospital 2 (2013) *Årsrapport 2013 for St. Olavs Hospital*

- Tilgjengelig fra:
<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Arssrapporter/Arssrapport-2013/129649/>
- St.Olavs Hospital 3 (2014), *Melding om HMS systemavvik og forslag til forbedring* (03.09.2014) Lest: 28.04.2015, Tilgjengelig fra:
http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_2032/index.html
- Vistair (2015) *Safety Net* Aviation Safety Reporting, Tilgjengelig fra:
<http://web.vistair.com/solutions/safety-net/>
- UIO (2005), *Spørreskjema* (03.03.2005) Lest: 04.05.2015 Tilgjengelig fra:
www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/.../psy1010metode-030305.ppt
- Weick Karl E. Sutcliffe Kathleen M. (2007): *Managing the unexpected- Resilient performance in an age of uncertainty*. 2.utgave. Jossey-Bass Publishing, USA
- Wiig, Siri (2014) *Men i all verden, lærer vi aldri?* Power Point presentasjon. Universitetet i Stavanger. Tilgjengelig fra:
http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsområder/_attachment/2901?_ts=14628460c32
- Wikipedia(2015) *Aksjonsforskning* (06.10.2013)
Lest: 19.02.2015, Tilgjengelig fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Aksjonsforskning>
- WHO (2015) *About us* (27.10.2004 Lest: 11.03.2015
Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Dybdespørsmål til forskningsspørsmål

A. Rapporteringssystem

- . Vet ansatte hvorfor det rapporteres?
- . Har ansatte tilstrekkelig opplæring på melding av uønskede hendelser?
- . Er systemet for tungvint?
- . Har de ansatte tid nok til å rapportere små og store hendelser?

B. Organisasjonskulturen

- Er det motstand mot endring?
- Finnes der underrapportering?
- Finnes der en holdning om at vi gjør aldri feil, derfor rapporterer jeg ikke?
- Finnes der en frykt for personlige konsekvenser som følge av feil som meldes?

C. Organisasjonsstruktur

- Blir organiseringen for komplisert og tungrodd? Fører dette til at mange unnlater rapportere og at ledere som sitter med ansvaret for rapportene gjør mye samme jobb på hver sin kant?
- Er arbeidet til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten tilstrekkelig utnyttet?
- Ville en nøytral meldingsmottager ha økt meldingsfrekvensen?

D. Analyseverktøyet

- Fanger analyseverktøyet godt nok opp negative trender under utvikling og sammenfallende svakheter i systemet?

E. Læring

- Gis det tilbakemelding på meldte uønskede hendelser?
- Opplevs det læring som følge av meldte hendelser?
- Har lederne forutsetning for læring av meldte uønskede hendelser?

Vedlegg 2: Begrepsforklaringer

3-3 melding- Melding til Nasjonalt Kunnskapssenter på betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjenesten eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Alvorlig luftfarts hendelse i luftfart- definert i EU Ops EU regulation No 99/2010: en hendelse som involverer omstendigheter der indikerer at en ulykke nesten fant sted. I tidsrommet som nevnt lik det for under ulykker under. En liste finnes tilgjengelig i annexet for forordningen."

Alvorlig hendelse i spesialisthelsetjenesten- dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

BUK- Barne- og Ungdomsklinikken ved St.Olavs Hospital

CRM- Crew Resource Management. I dag også benevnet som Team Resource management.

TRM. Brukes i luftfart og jobber for en flat kommunikasjons kultur der alle blir sett på som verdifulle og viktige for den operasjonen som drives.

EASA- *European Aviation Safety Agency*. EU sin luftfartsorganisasjon. Regulerer luftfarten i Europa gjennom regler og forordninger. Etablert i 2002 og skal sikre alle europeere en trygg luftfart. Alle selskap som opererer i Europa er forpliktet å overholde regelverket.

GTT- *Global Trigger Tool*. Et verktøy for å kartlegge pasientskader.

ICAO - *International Civil Aviation Organisation*. FN sin internasjonale luftfartsorganisasjon.

IHI- *Institute for Healthcare Improvement*. amerikansk Non-profit organisasjon som jobber med pasientsikkerhet i USA. Søker skape dynamiske muligheter for læring og samarbeid med kollega rundt om i verden hva gjelder temaet.

IOM - *Institute of Medicine*. Non-profit orgnisasjon i USA uten tilknytning til myndighetene Har som formål om å komme med blant annet nasjonale anbefalinger i relasjon til helsearbeid og mulighet til forbedringer på området.

Just Culture - Definert av ICAO: "*A culture where front line operators are not punished for actions, omissions or decisions taken by them that are commensurate with their experience and training, but where gross negligence, willful violations and destructive acts are not tolerated.*"

LT- Luftfartstilsynet. Tilsynsorgan hva gjelder overholdelse av gjeldene regelverk i norsk luftfart.

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten- En samlende tjeneste for helsesektoren. Overtok i 2012 ansvaret for å motta og analysere 3-3 meldinger. Summerer forskning, driver helseøkonomiske analyser, forvalter kunnskap og jobber for forbedring av pasientsikkerhet. Driver internasjonalt samarbeid med andre relevante organisasjoner

Uheldig/uønsket hendelse i helsetjenesten- en utilsiktet og uønsket hendelse som følge av behandling og/eller medisinsk undersøkelse eller mangel på sådan. Denne hendelsen kan føre til store, få eller ingen følger for pasienten. I verste fall dens død.

Ulykke i luftfart - definert i EASA OPS EU regulativ No 996/2010: "En hendelse i forbindelse med flyoperasjoner som finner sted i tidsrommet fra noen går om bord i flymaskinen med intensjon av å gjennomføre flyvning fram til alle personer har forlatt flyet.

- a) Der en person dør eller blir alvorlig skadet som følge av å befinne seg i flyet, være i direkte kontakt med hvilken som helse del av flyet inkludert deler som er blitt koblet fra flyet eller eksponert fra jet blast fra motor.
- b) flyet blir påført skade eller strukturell svakhet som påvirker den strukturelle styrken, ytelsen eller fly egenskaper og vil normalt kreve en stor reparasjon (med unntak av motorstans eller skade begrenset til en motor eller andre små skader til diverse deler)
- c) flyet er savnet eller fullstendig utilgjengelig.

Pasientsikkerhets programmet "I trygge hender 24/7": Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge.

Pasientskade- Skade på pasient som følge av behandling og ikke underliggende sykdom.

SHT- *Statens Havarikommissjon for transport*. Offentlig undersøkelseskommissjon for Luftfart, veitrafikk, jernbane og sjøfart. Formål å utrede ulykker som antas ha betydning for forebygging av ulykker. Skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

SMS- *Safety Management System*. Brukes i luftfart for å lette på og systematisere sikkerhetsarbeidet og risikoen i selskapet. De fleste selskap opererer etter ICAOs Doc 9859- Safety Management Manual

SOP- *Standard Operasjonelle Prosedyrer*. Beskriver hvilke prosedyrer som gjelder i et flyselskap og hvordan de skal utføres.
Statens Helsetilsyn- sentrale tilsynsmyndigheten for sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester.

TEM- *Threat and Error Management*. Et virkemiddel for i hovedsak frontlinjepersonell i luftfart for å enkelt klare holde fokus på hvilke trusler som finnes i den daglige operasjonen. Veldig her og nå basert.

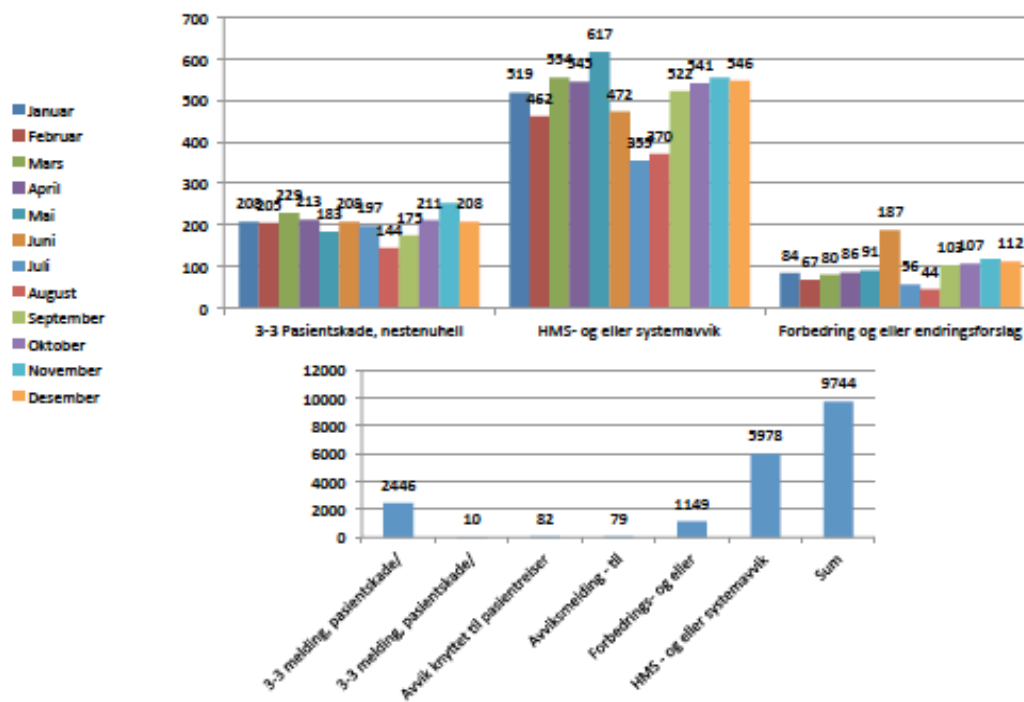
WHO- *World Health Organization*. FN sin helseorganisasjon.

Meldingsoversikt St.Olavs Hospital 2014

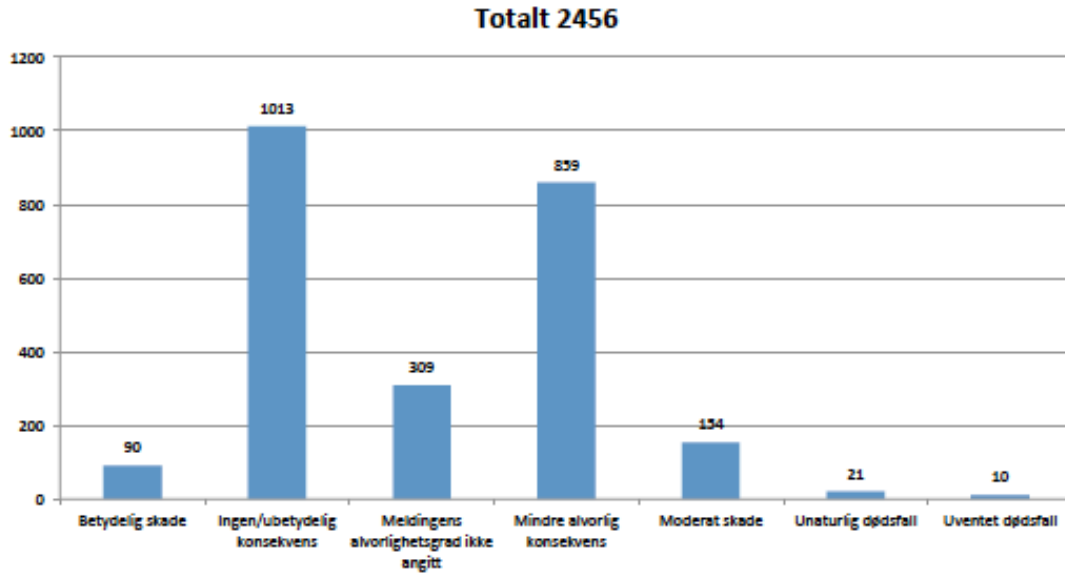
Meldingsoversikt

2014

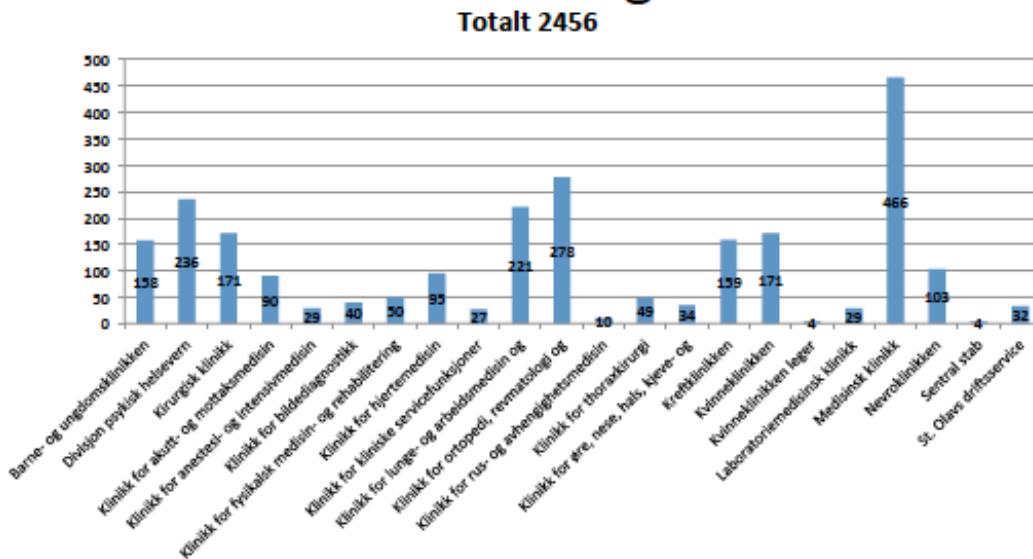
Meldinger, 2014, hver måned, til og med desember, og hele året



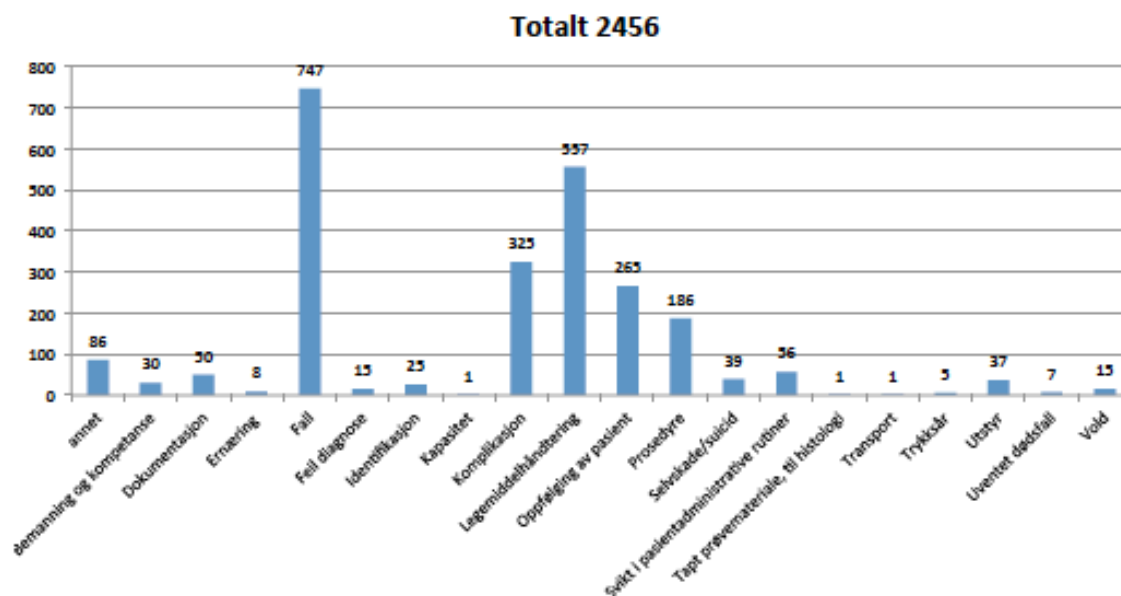
3-3-melding, pasientskade, nestenuhell, Alvorlighetsgrad, 2014, rapport per 12.01.14



3-3 melding, pasientskade, nestenuhell Fordeling

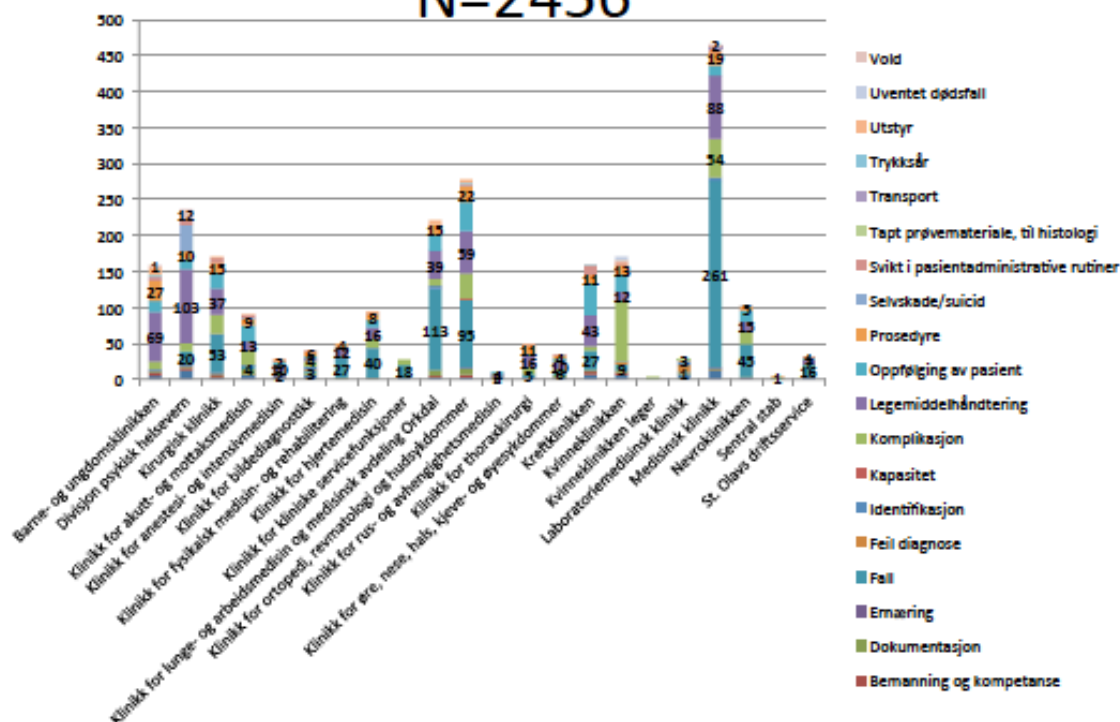


Meldingens innhold 3-3-melding, pasientskade, nestenuhell, 2014



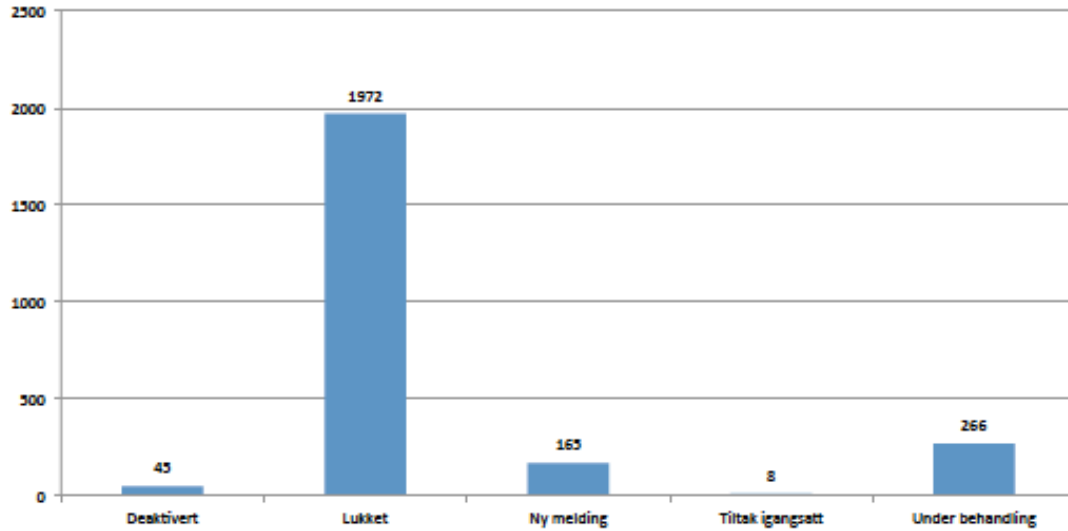
Meldingens innhold, divisjon, klinikk

N=2456

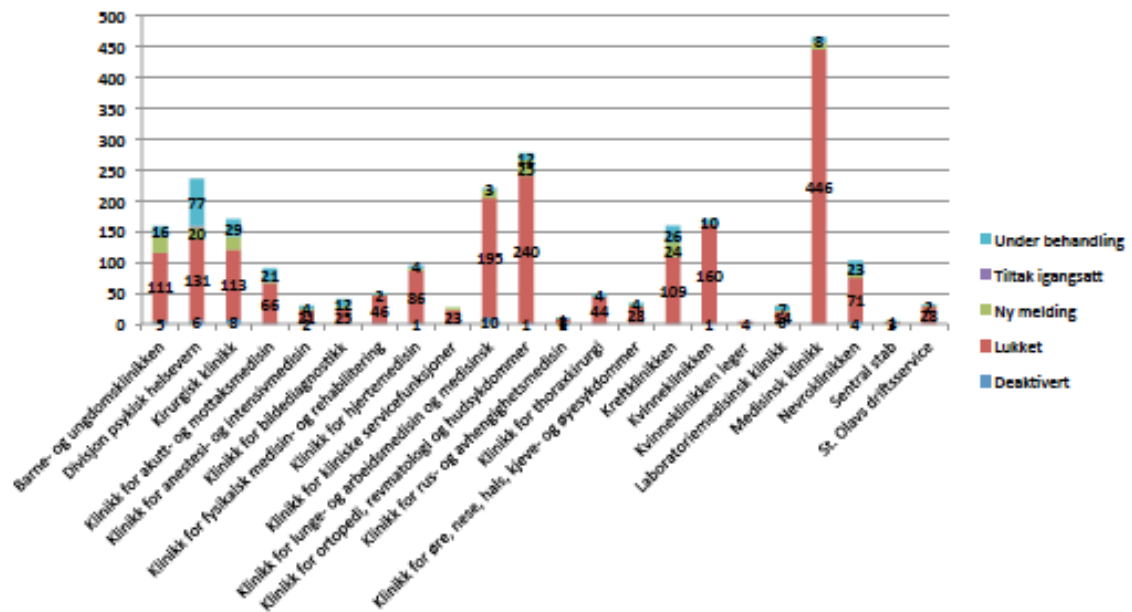


Status

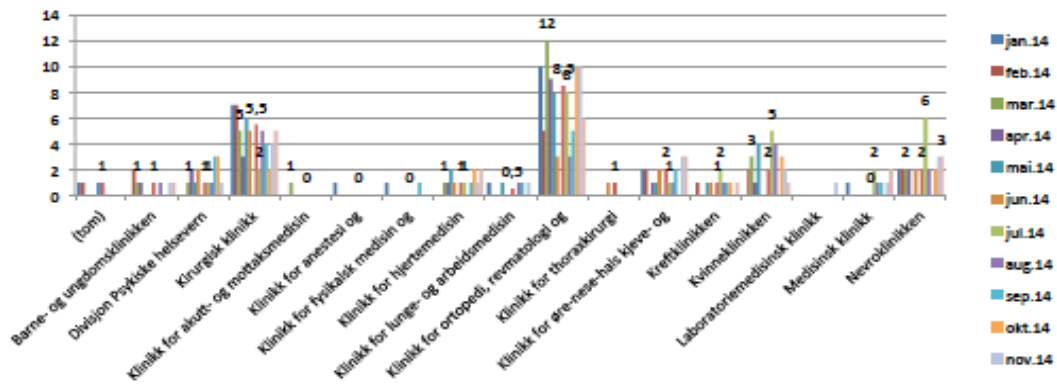
Totalt 2456



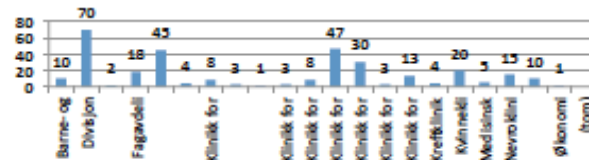
Status, fordeling N=2456



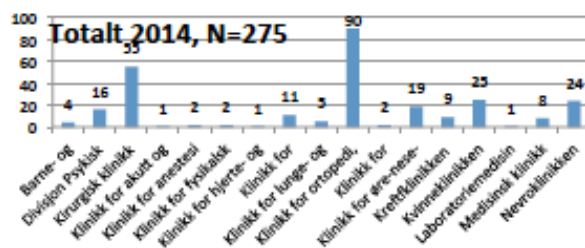
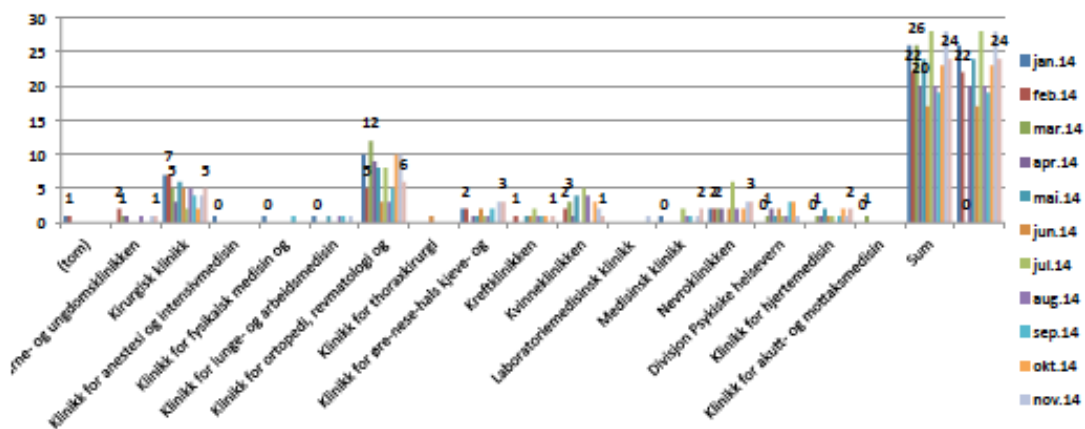
Klagesaker, til og med desember



**Totalt, klagesaker 2014
N=320**



NPE-saker, 2014, til og med desember



Meldinger til Kunnskapssenteret

- Sendte meldinger i 2014:790
- Andel av innmeldte meldinger: 32%

Meldinger til Statens helsetilsyn

- Totalt 2014: 29

Hendelsesanalyse

- Skoliose, februar 2014, avsluttet
- Obstipasjon, mai 2014, avsluttet
- Suicid, oktober 2014, pågår
- Asystoli ved aksidentell overtrykksventilering, juli 2014, pågår

Vedlegg 4: Transkribering Intervju

1. Hva er det som er målet med rapportssystemet?

Intervju 1

Målet er for det første at det primært skal unngås og for at en skal kunne gjøre det, må en forhåpentligvis klare lære noe av det. Målet vårt er at vi kan og bli bedre til å rapportere, det å få opp frekvensen, men alt i alt så er det at vi skal bli bedre i den jobben vi faktisk utfører og det å unngå uønskede hendelser i forhold til pasienter, og i forhold til personalet, ja, så det er innenfor det.

Intervju 2

Synliggjøre hvor feilene ligger og mengden av feil innenfor hver kategori
Lære av det da det da i hovedsak

Intervju 3

Det er for å kartlegge at rutinene er i orden for sikkerheten til pasienten. Forbedring.

Intervju 4

Målet er oversikt over hvilke feil vi gjør og at vi kan lære av feilan vi gjør

Intervju 5

Lære av ting som skjer. Se på hvilke hendelser som går igjen, og lage systemer rundt det så det ikke skjer igjen.

Intervju 6

Det er flere delt 1 få oversikt over feil vi gjør og så lære av det så ikke neste pasient blir berørt
2 pålagt ihht internkontroll system å ha oversikt over feil så det er kanskje det....

Intervju 8

Det er at vi skal unngå at det skjer igjen ta tak i det slik at vi unngår gjentakelse

Intervju 9

Lære av feilene vi gjør.

Intervju 10

Avdekke feil og få oversikt over....

2. Hvilket system har dere for å rapportere og Er det ett system for alle slags hendelser?

Intervju 1

Vi har et avvikssystem som er innenfor EQS-systemet, eller kvalitetssystemet, og det er et gjennomgående st..Olavssystem.

Er det et rent databasert eller har du mulighet å skrive papirversjoner? Det er i all hovedsak rent databasert.

Ja, det er ett system for alle hendelsene. Jo, ja, det er det. Vi har muligheter til å melde avvik som vi sier til internt driftsservice, men vi bruker gjennomgående det samme systemet til å...men jeg tenker veldig sann pasientsikkerhet jeg da, for en kan jo melde avvik på renhold og en kan melde på slike typer aktiviteter, men primært tenker jeg veldig pasient jeg da, det er det systemet jeg har i handen.

Intervju 2

Kan ikke rapporteres inn anonymt sånn som det foreligger nå man må være pålogget elektronisk system som bruker. Kan logge inn som noen andre men det kommer navn

Ett avvikssystem for pasient/hendelser systemfeil og avvikshendelser

Kan kun rapportere anonymt på papir skade på ansatt.

Intervju 3

Elektronisk skjema for å melde avvik, samt muntlig til hverandre.
Ikke mulighet for anonymisering.

Intervju 4

Avviksystem 33 meldinger
HMS meldinger som går mer på rapport av systemer og rutiner
Kan de anonymiseres, Ja
Det er jeg litt usikker på...
Men dersom jeg sender det videre i systemet blir navnet med uansett..

Intervju 5

EQS. Ett system, men flere måter å gjøre det på innen det systemet ettersom hvilken hendelse det er.
Tungvindt system i en travel hverdag. Kan ikke endre kategori som meldingsmottaker. Feks dersom en har valgt systemmelding i stedet for pasientskade, så blir man sendende imellom for å få det inn på riktig avkryssning.
Kan ikke melde anonymt.

Intervju 6

Beggedeler
Elektronisk for pasienter og HMS samt avdelinger
Papirverson for ansatte eller telefonisk til helsetilsynet

Intervju 7

EQS, hvor alt meldes. Renhold o.l. kan også meldes på epost.

Intervju 8

Meldes fra de som har gjort eller sett avviket til nærmeste leder.

Intervju 9

EQS.
Klager på person skal ikke i dette systemet, men skal gå per linje.

Intervju 10

Oppfattelse av hva som er avvik...det kan jo skje en beklagelig hendelse selv om det ikke er gjort noen feil...
Vil disse separeres i systemet? Tør ikke si Men måten å rapportere vil nok variere.
Leger og sykepleiere har nok... Sykepleiere bruker det mer mens leger tar det opp internt.
Hvis det skjer vil vi jo rapportere uansett fordi dette har mye å si for de som tar over. Selve personlig avvik er noe knot ogdet kan nok være man ...

3. Hvem er det som mottar og analysererrapportene som kommer inn? Hvordan er prosessen (flow)? Mener du denne prosessen er bra, eller finnes det rom for forbedring?

Intervju 1

Det er alt etter som hvilket nivå vi snakker om i organisasjonen. I forhold til min rolle og i forhold til vår klinikk, barne -og ungdomsklinikken, så er det jo ni seksjoner med egne seksjonsledere og noen skal dere jo snakke med nå etterpå. Og visst det er et avvik som foregår lokalt, så går ofte den varslinga til den seksjonslederen. Men så er det jo litt ettersom hva det dreier seg om da, hva avvikets innhold er i. Så vi prøver jo i størst mulig grad at det skal løses på lavest mulig nivå. Men det er jo på en måte problemstillingen i det som avgjør hvordan, og så kan det være knyttet til samarbeidende enheter, så det er jo alt etter innholdet i rapporten hvor det går hen.
Så da er det medisinsk kompetanse i alle leddene som mottar hendelsene? Ja, eller pleiefaglig da kan det være, men det er jo stor bredde i hva et avvik kan omfatte, men det vet vel kanskje du at majoriteten av det som er knyttet til avvik er knyttet til medikamenthåndtering, over 40% som er knyttet til det. Å da

kan det være fra at et medikament er gitt for sent, gitt med for stor hastighet, det er avglemt, å da går det både til den som er ansvarlig for sykepleierene, eller det går til lege for å vurdere hvilke konsekvenser nå dette har hatt.

Kan du si litt mer om de forskjellige nivåene? Ja, altså sånn som vi i organisasjonen har det i dag, så blir det neste nivået egentlig klinikkjef, og så har jeg en delegert funksjon av henne å handtere det som er innenfor sykepleie. Vi vil ha en ny organisering fra 01.01.2015 hvor jeg ikke bare vil ha en delegert, men en fullstendig rolle i å være leder for en viss gruppe/seksjoner da. Og så går det også kopi til av disse til kvalitetskoordinator og til meg. Men linjen slik vi har det i dag, så følger det måten slik organisasjonen er bygd opp på. La oss si en tenkt hendelse med et barn som har vært på røntgen hvor det har vært en uheldig situasjon som hender på røntgen da, så går det jo en kopi direkte til den seksjonslederen lokalt, samt at det går til røntgen, lederen på røntgen, så går det kopi til kvalitetskoordinator og til klinikkjef, så er det en god del av oss som har leserettighet til de her avvikene.

Ingen automatikk i at det går til verneombud nei

Intervju 2

Her på klinikken er det (beklager) etter at KS skal ta inn 33 mel av alvorlig grad er det blitt slik at alle avviksmeldinger går til Kvalitetsrådgiver som sjekker de og sender tilbake til den leder som skal ha det Tidligere fikk jeg de direkte men nå går de via han nå siles de, n slags siling for å sikre at de alvorligste går dit de skal.

De fleste lukker jeg men der det for eksempel for dårlig renhold sender jeg den til lederen for renhold. Mener du denne prosessen er bra eller finnes der rom for forbedringer?

Greit. Ja, Jeg får alle uansett selv om de går via han.

Intervju 3

Jeg dersom det bare gjelder min enhet. Dersom det er i større perspektiv må jeg videreformidle til ledelsen over meg.

Analyseringen fungerer. Men det er mer å vite hva en skal melde eller ikke som er vanskelig å avgjøre.

Intervju 4

Kvalitetskoordinator. Kommer til meg eller min medleder. Vi deler jeg tar pasientskade og 33 meld mens hun tar HMS avvikene

Mener du denne prosessen er bra eller finnes der rom for forbedringer?

Tungt system.

Både datasystemet og prosessen. Det med lukking av avviket.

Det anbefales at vi lukker avviket selv om vi ikke har løst det. Så lenge jeg har lagt en plan men ikke rukket så anbefales jeg å gjøre det.

Det handler om lange tunge prosesser mange mennesker og

Intervju 5

Går til meg, som jeg behandler, så går det videre til kvalitetskoordinator, og alt etter alvorligheten så går det til kvalitetsutvalget på sykehuset eller lokalt, så kan også jeg lukke hvis det ikke er noe alvorlige hendelser.

Intervju 6

1.

Hendelser som skjer på seksjonen som ikke har noen alvorlighetsgrad i seksjonen blir behandlet lokalt på seksjonen

Litt alvorligere behandles i i klinikken HMS gruppemøter

Mener du denne prosessen er bra eller finnes der rom for forbedringer?

Masse forbedringer... fokus det man har fokus på blir gjort bedre. Den travle hverdagen gjør at vi ikke ser viktigheten av å se på avvik.

Alt man har fokus på blir bedre i den travle hverdagen vår

Jeg er jo ansatt for å se på det og leter etter fokus områder der jeg kan

Jeg leter etter fokusområder hvor vi kan håndtere dette opp mot ledere. De må ha eierskap til avvik for å gjøre noe med dem.

Intervju 7

Jeg og Svein Harald som analyserer, og skal noen andre dras inn så dras de inn.

Intervju 8

Er det pasientskader går de videre til kunnskapssenteret og vi får påminnelse derfra om at vi må ta tak. Så går det til klinikkledelse og tas opp i HMS møter. NkS har egen analyse på alvorlige hendelser

Intervju 9

Meldingene kommer til meg. Jeg avgjør om det gjelder meg, eller om jeg skal sende videre til der det gjelder. Og Saasen følger med alt da, han har øyer både foran og bak. Er kjempeviktig med en slik koordinator.

Intervju 10

De går til nærmeste leder til den som sender meldingen. Men det kan jo være at det er en annen klinikk som er ansvarlig. Jeg har ikke erfaring til å si det siden jeg er helt ny i denne funksjon.

4. Når en rapport analyseres, er man da på utkikk etter en sydebukk?

Intervju 1

Det er jo noe som man for lenge tilbake hadde fokus på og tenkte, men det oppfatter jeg på en måte er oppgave vi har forlatt for lengst. Vi ser på dette med avvik og avvikshåndtering som en forbedring for måten vi gjør ting på. Og det har også vært slik at av frykt av den som rapporterer, så har leder kunne rapportert for den, for vi er ihvertfall ikke ute etter å uthenge noe folk, så vi ønsker jo ofte at det skrives avvik.

Intervju 2

Det spørres hvilke avvik som er meldt er det systemavvik eller skade på pasient eller et forbedringsavvik I utg pk tenker jeg hva er det som gikk galt ikke hvem... Ikke ute etter å finne sydebukker men Hva var de i situasjonen som skulle vært gjort annerledes for at det ikke skulle skjedd. Ofte kan det være at vi har rutiner som ikke er blitt brukt mens andre ganger finner vi ut at vi må ha nye rutiner.

Intervju 3

Finne ut hva som har skjedd og hva var bakgrunnen, så er det å finne ut om denne situasjonen er betinget for den gangen, eller om den har personen har for dårlig kompetanse, eller om det er noe i rutinene våre.

Intervju 4

Jeg ser på system og prosedyrer. Men jeg ser jo hvem som har gjort avviket. Men jeg ser jo på om vedkommende er ny eller vært her lenge. Mer alvorlig om vedkommende er erfaren eller ny. Dersom en erfaren bryter rutiner er det alvorlig. En ny krever kanskje bedre opplæring i rutiner for å unngå feil.

Intervju 5

Forskjellige feil. Noen ganger så er det uoppmerksomhet eller forglemmelse, at man har rutinene i orden. Og noen ganger vil man høre hvordan melderer har vurdert handlingene for å kunne analysere på en optimal måte.

Intervju 6

For mitt vedkommende...det er alltid på pekt at melder er ubetydelig skulle helst sett at man kunne rapportere anonymt. Det har ingen ting med melder å gjøre.

Jeg ønsker at man skal være så trygg i dette at man melder seg selv.

Jeg tar alltid bort melder

Det kan være menneskelige feil og en engangsfeil

Kan ikke sende anonym rapport i det elektroniske systemet.

Kan kun sende skriftlig rapport til leder om anonymt.

Jeg står for masse avvik for at ansatte skal få rapportere anonymt.

Intervju 7

Skal ikke skrive avvik på person, men på årsak.

Intervju 8

Vi prøver å unngå at noen føler skyld. Prøver jobbe veldig med meg selv med kominkasjon at ikke føler skyld men vi skal se på systeman. Hvordan fungerer systemene våre.

Intervju 9

Skal ikke klage på person, en slik klage skal gå per linje.

Ikke for å finne ut hvem det er, men for å finne årsaken så vi ikke gjøre den samme bommert. Det er for å lære.

Intervju 10

Først og fremst dårlige systemer. Det vil alltid forekomme personlige feil men da ser vi etter systemer for å minimere disse

Dersom det er en som skiller seg ut må man kanskje ta en medarbeidersamtale....

5. Vet du hva som ligger i en 3.3-melding og Er det de samme mottakerene av en slik melding?

Intervju 1

Ja, det er jo den alvorlighetsgraden som krever at man har en rask håndtering, alvorligheten i forhold til skaden, eller hva avviket dreier seg om da, som gjør at du også får kopla på om det blir en granskningssituasjon av det. Og det skal meldes innenfor 24 timer om jeg ikke husker helt feil. En rask håndtering av det i alle fall.

Nei, da går det jo også til klinikkssjef, og slik som vi er vant med å organisere det her nå så går det jo også rett til direktør, kvalitetssjef ja, for å få folk raskt på bane for å finne ut hva det her faktisk er.

Intervju 2

Det sendes inn mange 33 meldinger...men det er stortsett på mindre betydelig skade, vi har ikke sent inn noe på alvorlig skade

Intervju 3

Klarer ikke ta det med en gang nei, da må jeg se etter.

Intervju 4

Da går jeg gjennom meldingen. Ser på hva som er gjort. Har vi gode rutiner. Er det rutinesvikt eller er det gjort menneskelige feil.

Jeg kjenner jo organisasjonen godt.

Jeg tror 3.3 meldingene går til KS

Jeg sender videre til Kvalitetskoordinator og jeg regner med han sender det videre.

Vi sitter i vår lille boble og vet ikke hva som skjer i et større system.

Intervju 5

Dersom man har gjort noe feil i forhold til pasientbehandling.

Går også til Kunnskapssenteret.

Intervju 6

For 1 år siden gjorde vi om men nå er jeg satt som mottaker og fordeler til leder.

Dette for å sikre

Av praktiske grunner er jeg satt som mottaker først for å sikre riktig distribusjon.

AT: er dette bare på BUK eller generelt:

Jeg tror det er generelt. Det er et hierarki i det som hver uttaler seg for om dette er behandlet riktig. Det er noen klinikker som har lik stilling som meg

Er det bare på BUK eller generelt... Jeg tror det er generelt.

Nå er det bygd om litt slik at alle ledere skal kunne uttale seg.

Noen klinikker har en slik stilling som

Intervju 7

Alvorlig skade på pasient (henviser så til de 4 oppsatte punktene de har utarbeidet).

Intervju 9

Nei, det husker jeg ikke.

Intervju 10

Nei...hva de innebærer vet jeg ikke.

KL: hvem mottakeren er, samt i hvilke tilfeller meldingen skal være av en slik art?(rapport pliktige hendelser)

KL: det er jeg usikker på men det er vel HD sin gruppe og avvogtil sendes melding til politiet ved uventetede dødsfall. Htilsynet gjelder også bare dødsfall

6. Hvordan anser du meldingssystemet deres fungerer?

Intervju 1

Jeg anser at, og det anser jeg bare ikke, det er også tilbakemeldingene som gis, at systemet oppleves komplisert og komplekst i form av den elektroniske variasjon som krever at du må kunne bruke systemet ganske godt, og det trur jeg kan være til hinder da jeg tror folk faktisk kvier seg for å bruke det. At det er tungvint enkelt sagt. Skjønt det har vært en forbedring, det har det. Men tenkt sånn enkeltsykepleiere sett da, så kan det være en gang i løpet av veldig lang tid at en bruker det, og da gjør jo den intuitive bruken av det at det gjør at det ikke er like enkelt å bruke det. Men da er det i alle fall sagt at vi vil at folk skal rapportere, og da heller kontakte lederene sine så de får hjelp til å rapportere. Men jeg oppfatter også det at det er på bedring, at der er i ferd med å bli liker. Og systemet forsøker å bli litt mer forenklet når det kommer nye versjoner da.

Intervju 3

Både og. Vanskelig å avklare hva som skal meldes eller ikke. Så oppleves avviksskjemaene veldig tunge og omfattende. Er i tillegg vanskelig å finne tid.

Feil skjema, så makter man ikke starte på nytt igjen. Bare det å finne koden til pasienten.

Intervju 5

Tar tid. Man skal få tilbakemelding, men tiden går no. Man vil jo behandle den lokalt også. Så går man jo gjennom hendelsen. Jeg tenker høyt jeg nå. Det har blitt bedre.

Er komplisert for melder. Blitt enklere å behandle, er fornøyd som behandler, så er det god hjelp å få. Systemet fungerer godt nok for å dra læring ut av det.

Intervju 7

Vanskelig å vite hva en skal rapportere, har derfor sammen med overlegen satt opp fire typer hendelser som i alle fall skal meldes.

Intervju 8

Vet ikke hva som burde vært endret. Har jobbet med holdning om at det å rapportere skal være en selvfølgelighet men vi får det ikke helt til.

Har det oppe på personalmøter om viktigheten

KL: er bruk av rapporteringsystem innbakt i opplæring på skolen. Det jobbes mye med det men det har vært en tidkrevende greie å sette seg ned. Det er blitt enklere men alle sier at de ikke har tid. Det er kombinasjon av ikke tid ser ikke viktigheten av å melde og forståelse for hva som er viktig å melde Vanskelig system. Lite tid. Avbrutt i skrivinga. Dårlige pc'er.

Intervju 9

EQS-systemet har blitt bedre.

Er tungvindt å melde, tror nok det er underrapportering på grunn av dette, samt at de ikke ser resultatet. Det gode med EQS-systemet er at man som leder må behandle meldingen. Men det er enklere nå enn før.

Intervju 10

Nei ikke optimalt. Er for mye rom for skjønn.. ofte litt sånn å hakke på kollega det er så varierende hva man mener skal rapporteres

- svakheter?

Stor forskjell på hva leger mener er viktig og sykepleiere. Men det er ofte den som oppdagere feilen som rapporterer.

Avviksystemet skal ikke brukes til småtteri men hva som oppfattes a....

KL.kan man ha tanken om at man har mange små feil kan føre til en stor

7. Når rapportene er ferdigbehandlet på det nivået de hører til, gis det da noe tilbakemelding på resultatet?

Intervju 1

Ja, altså, svarene på det vil den enkelte seksjonsleder kunne gi deg best. Vi prøver å få til en form for læring ut av det. Men der også, jeg kan være så ærlig å si at vi kan bli bedre, tror jeg. De enkelte seksjonene har jo også sine egne HMS kvalitetsmøter hvor det er fokus på avvikene og hv innholdet har vært. Systemet i forhold til å gi tilbakemeldinger...for det kommer jo av systemet også en mulighet for å gi tilbakemeldinger i systemet. Fra det, til å ta opp hvordan en best mulig kan lære av det, tror jeg du vil få best mulig svar på på hver seksjon.

Intervju 2

Den som skriver har tilgang elektronisk om hvordan det er lukket.

Det tror jeg ikke de gjør men de har muligheten.

De siste 1-2 årene har vi hatt Halvårlig oppsummering hvor vi skjer hvor mange 33meld som er meldt siden sist. Pr. halv 33.system forbedr.avvik, forbedringsforslag.

Stokket om sett hvor mange har vi sent på forhold vi har gjort selv, hvor mange har vi sendt til andre avd til andre og hvor mange har vi fått fra andre avdelinger.

Sortert på en 3. måte- hvor mye handler om medisinskteknisk utstyr medisineringslinje, fra ordinerings til pasient får det. Hele rekka sende det i tema kategorier hva. går igjen store bolker, små bolker hva er tilfeldigheter og hva er ikke det har vi gjort på kompetansedager. I Vår var det mye medikamentfeil i alle bruker ledd og det skal vi se på i høst. Men det må neste leder ta for seg.

Hva handler om medisinsk tek utstyr

Temakategori

Hva går igjen

Det ser vi på under Kompetanse dager

I våres medikament feil i mange forskjellige

De ansatte får tilbakemelding

De ansatte må fysisk gå inn og se

Ofte snakker s det med de ansatte om dette

Får de ansatte tilbakemelding?

Ja skriftlig får de det men de må fysisk gå inn og se De får ikke noe epost men jeg snakker jo med de som har skrevet og informerer.

Intervju 3

Tilbakemelding enten ved å endre rutinene, ellers så går vi tilbake til den personen.

De får beskjed om at meldingen er besvart i EQS, de kan gå inn å se på det.

Intervju 4

Ansatte kan ikke søke på rapporter og lese for å lære kun leder .

Når vi som ledere ser at det er rapporter som går igjen tas det opp på kompetansedager for å sikre at alle får det med seg.

Intervju 6

De slettes ikke.

De ligger i systemet det førers rapporter og statistikker , tertier, årsrapport utdrag av hvilke avvikskategori er størst blir tatt inn dette gir fokusområder.

Legemiddelavvik det meste her.

KL. Blir disse sammenstilt med resten?

Ja ledelsens gjennomgåelse hver Januar om status på klinikken.

KL: samarbeider man mellom avd/klinikk dersom man ser at flere har samme type avvik.

Det er for lite...sammordning av dette. Jeg kan se på antall men ikke spesifikk.

Sammarbeider klinikker om manser at andre har samme type avvik...njaaa i hvertfall for lite. Jeg vet ikke hva som rører seg på medisinsk avdeling av tilsvarende avvik.

Kan søke men får kun sine egne. Kan kun få lese sine egne rapporter. Ikke tilgang fordi man ikke ønsker at andre oppover i systemet skal snoke...

Personvern trer inn.

Intervju 9

Systemet skal gi tilbakemelding når ferdigbehandlet, og dette tror jeg de fleste vet. Etter det jeg har forstått, så får de beskjed (per epost) de som har meldt.

Intervju 10

Nei men det kan godt hende hun jeg vikarierer for vet det.

8. Da kommer det noen spørsmål som går på dette med rapporteringskultur. Just Culture?

Intervju 1

Jeg opplever ikke at folk synes det er farlig å rapportere. Det må i så fall være år tilbake. Jeg mener fokuset på å lære av det er der. Og der føler jeg vi har blitt veldig bevisst, at vi ønsker ikke at det skal rapporteres på person.

Intervju 2

At man kan melde uten å værer redd for represalier- ja det er god kultur.

Intervju 3

Ja.

Intervju 4

I aller høyeste grad. Det fikk vi ved bruk av mye vikarer en periode. Da hadde vi ikke noen gode rutiner for å gjøre dette. Men de ansatte merket at flere feil ble gjort. Derfor fokus på å melde hele året for å kunne se at man har en økning om sommeren

Intervju 5

Ja, men jeg tror enkelte kvier seg for å melde, at det er litt tap av ansikt.

Intervju 6

Nei, men jeg vet at luftfart har det. Men ikke det her nei.

KL: trur du de ansatte er redd for represalie?

Men jeg har forstått det indirekte at noen er bekymret for å melde

KL: gjennom LT er vi frifratt...

Mot argumentet- diskusjon...jamen da kan vi melde og så kan vi ikke straffefølges.

KL: da henger det i at de ansatte er litt redd for sin egen rygg.
Opplever ikke at det er et problem men jeg har hørt at noen er det.
Kan gå på at om noen tenker seg to ganger om fordi de tenker på straffeforfølgelse.

Intervju 7

Ja, tror ikke noen er redd for å melde noe nei.

Intervju 8

Har en gang vært med på straffeforfølgelse men det har ikke noe med avviksmelding. Har det vært en som har gjort en grov feil så tar vi tak og ser hva trenger opplæring

Intervju 9

Enkelte avdelinger (andre) synes det er enkelt når vi klager på dem, som de sier, men vi prøver jo å se på dette som læring når andre melder oss.

Intervju 10

Om vi ikke kaller det det så er det jo overskriften i alle systemene at man skal ikke ikke være det. Men jeg tror mange er det.

KL hadde det vært noe for seg at det kom inn i "SOP"

Vi har utrolig mange vikariater, vikar for vikar. Jeg tror ikke at noe slikt skriftlig vil kunne få disse vikarenen til å føle mindre på at de får neste vikariat. Dersom de rapporterer inn sensitive Jeg vet at det har vært kollega som ikke får stillingen igjen om de oppleves som vanskelig med å rapportere for mye.

9. Anser du at rapporteringskulturen blant de ansatte er god, at det som bør rapporteres blir rapportert?

Intervju 1

Nei, jeg tror vi har mer å gå på. Og på de seksjonene vi har, så er det ulike rapporteringsfrekvenser. Og der tror jeg vi har mer å gå på, og da oppleves det både tilgjengelighet til værktøy og hvor vanskelig det er å bruke det. Det andre er et tidsspørsmål. Så er det på en måte å greie å innarbeide å se nytten av det. At det ikke bare er noe som blir til plunder og heft, men som er noe som blir til et levende redskap. At en ser at en kan lære noe av det.

Intervju 2

Det har blitt bedre .

Vi har en pasientsikkerhetsvisitt med pdirektøren det var da vi begynte med de halvårlige gjennomgangene

Etter det har jeg sakt at meld selv om det er i feil kategori men gjør det i stedet for å la vær Ymse om hva som blir meldt. Noe ser jeg ikke nødvendigvis som avvik for det kunne vi ordnet opp i uansett eller det var tilfeldigheter eller menneskelig svikt ikke nødvendigvis noe som går under avviksbegrepet.

Men vi har fått betydelig mer avviks meldinger etter at vi har begynt snakke med det

Intervju 3

Vi er ikke helt sikker på hva som skal meldes eller ikke, om feks for sen antibiotika med 4 timer skal meldes eller ikke. Dessuten har vi mange lister vi fører i forbindelse med giing av cellegift, da det er det vi driver med, som da fungerer som sjekklister. Dette kan være med å sørge for lav frekvens av meldinger.

Skal diskutere holdinger til melding.

Intervju 4

Ja det tror jeg der vi ser at enkelte har gjort feil der det ikke fikk konsekvenser. I tilfellene der vi nesten gjøre feil.

Men det er tidkrevende å rapportere og man vil ikke sitt å jobbe overtid for å skrive rapport.

Intervju 5

Kan bli bedre og hyppigere.

Intervju 6

God og åpen men det fortelles at de har ikke tid. Vanskelig å fylle ut skjema.

Ønske og åpenheten er det men de har ikke tid for da tar det ikk

KL: de alvorligste må du melde, men de mindre...er systemet så komplisert at de velger lavvæ.

Kanskje...spør du meg sier jeg det er enkelt. Men spør du de ansatte så sier de det er vanskelig.

Endringer i behandling etter 1.9 hvor den hopper over en del ledd dersom det er liten skade .Så det har blitt enklere men noen dekker seg bak at det fremdeles er vanskelig.

Er systemet så komplisert for mindre avvik at det tar tid, eller er det umulig: jeg synes det er enkelt men de ansatte synes det er vanskelig. Det er gjort forbedringer på behandlingen når ingen eller mindre konsekvens hopper den over noen ledd mens dersom man velger moderat-alvorlig må man gjennom mer.

Blitt enklere men likevel dekker de seg bak at det blir så vanskleig

Intervju 7

Synes det er åpenhet, og jeg snakker også med sykepleierstudenter om at en før eller siden vil komme bort i situasjoner som er vanskelig.

Intervju 8

Avvik...tror på at den er riktig. Det er en måte å se hva som rører seg på avdelingen

KL: der kan være underrapportering,

se hva er et avvik

nødvendighet

hva blir gjort med det?

Intervju 9

Er sikkert litt å hente, det er det som sies, og det forholder jeg meg til.

Intervju 10

Ganske bra. Ikke perfekt vi er forskjellig og noen sterke personligheter her. Og hva som oppfattes som

...

Det er så kompleks virksomhet at den listen vil bli lang som ett vondt år.

KL: ved tvilstilfeller...rapporterer de eller ikke?

Noen vil og noen vil ikke. Det er vanskelig for de ingen oppfatter det likt.

10. Har du i hodet ca hvor mange rapporter det er snakk om årlig, samt om det er et økende antall?

Intervju 1

Det har jeg ikke.

Ja, det er økende, og det er det fokuset vi har hatt, ved at vi gjennomfører månedlige møter på seksjonene hvor det settes fokus på det med avvik og avvikshåndtering. Og kvalitetskoordinatoren har også en sentral rolle i å være en pådriver.

Intervju 2

Økning i antall rapporter som følge av økt fokus men ikke nødvendigvis fordi vi gjør mer feil

Vi melder mer de feilene vi har gjort før

Intervju 3

6 stk., ledelsen over meg synes det er for lite.

Frekvensen har gått ned da vi gikk fra papirversjon til elektronisk.

Intervju 4

33 meldinger 5-10 pr mnd

Er dette økende antall? Anser du økningen være fordi flere feil blir gjort eller at man er blitt flinkere til å rapportere? Flinker

Intervju 5

Ca 20, økende pga økt melding ikke pga flere feil.

Intervju 6

250-400 Er dette økende/synkende antall? Litt økende Anser du økningen være fordi flere feil blir gjort eller at man er blitt flinkere til å rapportere? Har satt måltall for antall rapporter på seksjon nyfødt intensivt er best. Noen klarer det andre klarer det ikke.

Hva er forventet. Jeg spør om de synes det forventede er lite eller mye .

Intervju 7

For få, stabilt lavt.

Intervju 8

Kanskje 10-15 pr år, statistisk lavt. Kanskje økende etter opplæring som følge av at man ser nødvendigheten av å rapportere.

Intervju 9

Nei. Er nok økende, da vi holder på å bli flinkere til å melde samt at det er lettere nå enn før. Økninga skyldes høyere frekvens, ikke flere avvik.

Intervju 10

Vet ikke

11. Hva legger du i begrepet rapporteringskultur?

Intervju 5

At det skal være kultur for åpenhet når en har gjort feil.

Intervju 6

Ønsker å melde om avvik og at det blir behandlet og at man lærer av det.

Jeg leter etter systemer for å få det tilbake inn i organisasjonen.

Hvorfor hva er avvik og hva er årsak. Det kan være mange årsaker til hvorfor du gjorde avviket.

Intervju 7

For å finne egne og andres feil. For å få en oversikt for å bli bedre, og da er det jo positivt.

De ulike faggruppene har ulik oppfatning av hva som er småtteri eller ikke.

Intervju 10

At man prøver å avdekke de feil som har vært gjort for å gjøre pasientsikkerheten bedre.

12. Er det noe konsekvens for de som unnlater å melde 3.3-melding?

Intervju 1

Jeg har ikke opplevd det har vært unnlatt å melde 3.3-meldinger.

Intervju 2

Gjør kanskje ikke det.

”selv om det blir avdekket i etterkant at det skulle vært gjort”

Det viktigste er kanskje ikke at det blir meldt elektronisk men det er viktigst å si hva som har hendt ikke forsøke skjule sine spor. Konsekvensen ved å ikke melde avvik men heller en konsekvens av å ikke si det har hendt noe galt.

Da må man snakke om det

Intervju 3

Ja, det mener jeg. Vi har aldri hatt en slik situasjon på avdelingen.

Intervju 4

Nei ikke som jeg kjenner til

Intervju 5

Det har jeg ikke vært borti. Det skjer ikke, da en får påminnelse dersom man er treg.

Intervju 6

Ingen konsekvenser... man kan bare la det skli stille forbi om ingen oppdager dt. Dersom det blir oppdaget er det ikke noe straff, påtale eller fokus. Det vil bli påpekt .

Jeg prøver påengtere at leder er ansvarlig for alle avvik som skjer om tilsynet kommer og de ansatte sier at her er det mange avvik men de er ikke dokumentert.

Ingen straff, fokus...det vil bli påpekt og man kan få

Kan være interessant å ha det.

Ved gjentagende handlinger i

Leder er ansvarlig over avvik som skjer. Dersom tilsyn kommer og ansatte sier at vi har avvik og leder ikke har det dokumentert har de et problem.

Intervju 7

Ingen retningslinjer fra st.olavs men en må jo snakke med personen. Kan jo eventuelt være at det blir notert i en mappe dersom det er en personalsak.

Intervju 9

Det gjør det nok, det vil jeg tro skjer. Det skjer i så fall via helsemyndighetene. St.olavs har samtale med de involverte.

Intervju 10

Ikke umiddelbart. Vernet av den ansatter er ganske sterkt. Men for meg vil det være viktig å snakke med vedkommende og si at dette er ikke slikt vi ønsker. Ingen er feilfri. Men skuler du det er tilgivelsen langt unna.

13. Kjenner du til tilfeller der det har vært unnlatt å melde av kollegiale årsaker?

Intervju 1

Nei.

Intervju 2

Nei. Ikke som jeg har oppdaget.

Intervju 3

Håper ikke det, kjenner ikke til det.

Intervju 4

Nei det kjenner jeg ikke til.

Det er vel noen som oppdager når man tar over vakta før at man sier til vedkommende at de må melde fra.

Men jeg tror ikke noen er redd for å rapportere.

Intervju 6

Kjenner ikke til det. Det er mulig at det diskuteres noen gang men kan ikke komme på noen eks. Helt konkret Det diskuteres... ofte mellom sykepleier og lege hvor sykepleier mener det skal meldes men legen gjør ikke det. Kjenner ikke noen sak alvorlig sådan.

Forskjell på hva man mener skal meldes.

Sykepleier er bedre på å melde små avvik i forhold til Leger de skal ha en liste over hva som skal meldes.

Leger vil ha en definisjon på hva som skal meldes.

Intervju 7

Nei.

Intervju 8

Tenker seg om...dersom jeg som leder sier jeg kjenner til det har jeg gjort en dårlig jobb. Kan ikke si jeg kjenner til det men jeg aner at det kan skje.

Det er vanskelig å vite hva skal meldes og hva skal tas opp ansikt til ansikt. Hva skjedde her og hva skal vi gjøre med det. Ikke bestandig jeg klarer formidle at det også må meldes som avvik

Intervju 9

Nei.

Intervju 10

Ikke personlig her på avdelingen men har hørt fra andre steder at dette har skjedd.

Når man får de største konfliktene så er det fordi man forsøker unngå sannheten.....

14. Føler du som leder at læringsutbyttet av tidligere rapporterte hendelser er til stede?

Intervju 1

Jeg føler det er til stede. Jeg er jo medlem av klinikkens HMS kvalitetsvalg og vi tar det jo inn der, og vi ser jo både litt på leger og sykepleiere, så da snakker jeg litt på det ståstedet. Og det er ofte de mest komplekse da vi tar inn der. Og da trekker vi også inn den seksjonen som er konkret berørt, og at vi i neste omgang kanskje også tenker at her må det til noen nye tiltak, at det må gjøres noe med være seg en retningslinje eller en ny prosedyre.

Intervju 2

I sånn passelig grad.

Litt avhengig av hva som meldes hvis det for eksempel er ei seng som ikke er vasket godt nok så er det litt vanskelig å vite nøyaktig hva som skal til for at den senga blir vasket godt nok.

Vi lærer ikke godt nok når veske regnskapsfeil er en gjenganger der vi klarer sette inn støtet Tror vi har funnet svar men så fungerer det ikke.

Intervju 3

Ja, dersom det er gjentagende, er det mye læring av det. Så er det å se på rutine.

Intervju 4

Ja..hva skal jeg si... av og til føles det ikke sånn når det skjer i gjen. Når vi har gode rutiner og systemer og det skjer igjen da stiller jeg spm med om vi lærer.

De ansatte rapporterer ofte tid som årsak til at feil gjøres.

Systemsjekk beskrivelse

Intervju 5

Vi tar opp alle meldte hendelser på personalmøter.

Vi legger til rette for å oppnå læring, men det er noen feil som går igjen, feks legemiddelhåndtering, selv etter at vi tok ibruk delta og selv om vi fortsatt bruker dobbeltkontrollering.

Intervju 6

Litt ja...men samtidig masse å gå på. Ved å hatt både bedre system på tilbakemeldinger og lære av de og fokus så har man kunne fått bedre bilde og kunne sett tydeligere forbedringene.

Samtidig har vi jo tilbakemeldinger hvor vi kommer med tilbakemeldinger.

KL: kategoriseres de enkelt eller må dere gjøre det selv.

Det er interessant at du spør...jeg hadde som målsetning at jeg ikke skulle lage eget system kun bruke EQS men for et år siden måtte jeg lage eget system på XL ark for å få oversikt det får du ikke i REQS litt bedre, veldig uensartet det er så grovt. Hver klinikk lager derfor sitt eget og dermed blir det ikke sammenliknbart forde grunnlaget er annerledes.

Vi kan det innenfor en 7-8 kategorier. Eks Behandling er omfattende.

Vi kan det på frisøk men da er du avhengig av at de ansatte bruker....

Søker jeg bemanning så kan noen bruke annet ord enn bemanning og dermed blir søket feil.

Intervju 7

Vanskelig å følge opp alle ansatte, da de jobber til så ulik tid samt at folk slutter og nye kommer, så det er vanskelig å ha oversikt på hvem som er på hvilket ståsted til enhver tid.

Intervju 8

Ja det synes jeg.

KL: er der svakheter?

Utfordring å nå alle

Intervju 9

Ja, men over hvor lang tid... det går nok litt i glemmeboken, at man husker det der og da.

Intervju 10

Jeg er ny og har litt dårlig grunnlag. Jeg har konkret hendelse fra annet sted at feilen var fordi prosedyren var uklar. Dette ble fikset.

På helt konkrete hendelser greit. Men på vurderingshendelser er det vanskelig å si at den vurderingen som ble gjort var feil der og da selv om det viser seg i ettertid at det skulle vært gjort annerledes (behandling) Hvis ikke er der svakheter i systemet, organisasjonen eller kulturen som er årsak? Eller annet.

Du kan aldri være 100% sikker på at å gjøre det annerledes ville vært bedre for pasienten. Ingen rapporteringsystem vil kunne hjelpe her. Noen er veldig uheldige... immunforsvar gjør at noen tåler det dårlig og det vet du ikke før etterpå.

15. Har dere noe form for systematisert trening basert på feil som gjøres?

Intervju 1

Ja og Nei. I forhold til det så er det det med legmiddelhåndtering. Om vi kaller det systematisert trening, men folk går på infusjonskurs, oppfriskingskurs. Vi prøver å ha det i fokus da, men når vi ser at behovet er der så kan en kjøre gjennom program knyttet til det.

Intervju 2

Legemiddelregning feil_ tar opp på kompetansedager. Vi øver og regne på det. Praktiske øvelser

Vi snakker mye om det, prøver endre på rutinene.

Det finnes ikke andre måter å informere ansatte på ? Sender du ut info?

Eks:

Venefloner: her ser vi mye forskjellig, så snakker vi om det og nå snakker vi om det rutiner skjerpes og vi snakker om det i vakt skifter sender ut info om det og hint. Får det i flere kanaler

Sender ut mail om hint pass på ...

Intervju 3

Dersom gjentakende går vi gjennom rutiner på avdelingen, og dersom endring på det, har vi opplæring på de nye rutinene.

Intervju 4

Vi har øvinger på sim sentret her to gang i året i tillegg lager vi workshop på kvelder som er rolige og ber de ansatte sette opp utstyr.

Ønsker selv lage enkle øvelser

Sim sentret legger opp til øvelser i samråd med lege fra avd.

Vet ikke om rapporter legges til grunn der. Skal undersøke det.

Prosedyrer, litteratur, sjekklister, rutiner for den enkelte ansatte når vedkommende kommer på jobb.

Når vi ser at det er problemområder så har vi også ett blad hver 14d hvor vi kan komme med info og tips.

Intervju 5

Tar opp feil på kompetansedagene, f.eks medikamentregning.

Intervju 6

Ikke trening basert på feil... snakker litt utenfor det jeg har peiling på men vi har sim senter som driver opplæring og trening i situasjoner så det ville vært rart om de ikke har det. Jeg har ikke vært i forum som plukker ut dette...

Intervju 8

Ingen systemisert trening. Sim sentret (intensivavdelinger)...

Hvis vi ser rapporter om at her er det svakheter... ikke noe systematisk om at vi skal ta opp noe men er der så tar vi det med

Intervju 9

Trening i form av simulering, men denne er ikke linket opp mot avvik som meldes, de tar opp ting som vi føler er viktig, føler at vi har litt påvirkningskraft. HLR, medikamenthåndtering.

Intervju 10

Nei det har vi ikke. Vi har sim trening for å øve på sjeldne situasjoner. Men det er o ikke oftest at feil skjer i de veldig akutte situasjonen fordi man er mange tilstede og man korrigerer hverandre. Vi må hatt helt annen bemanning for å kunne trene på alt. Hvis ikke, hvordan informeres de ansatte for å kunne lære av tidligere feil?

Nei man tar ikke inn avvik da de som arrangerer dette ikke har kontakt med leder på klinikk. Det tror jeg ikke man får til. Det er ikke lederene som gjør det. Men de som lager disse spør oss jo så indirekte kan vi få det til men ingen systematikk.

16. Hvem som bestemmer hvilke rapporter som er interessent for avdelingen og finnes det noe måte å informere de ansatte om erfaring fra allerede meldt hendelse?

Intervju 1

Jeg trekker inn den konkrete saken i de møtene jeg har med dem. Det kan være seg handelser som kan være aktuelle for andre enheter, de trekker jeg inn der. Og da blir det lederene sin oppgave å ta det videre ned til sine ansatte.

Intervju 2

Jeg, men jeg viser jo alle på de halvårlige gjennomgangene. Vises tydelig når jeg kategoriserer de . I vår er alle enige om at nå er det medikamentfeil. Det blir det veldig synlig.

Intervju 4

Til syvende og sist er det meg som har ansvaret. Men jeg får innspill fra 120 ansatte og undervisningssykepleiere.

Ansatte kan på eget initiativ skrive innlegg men jeg bestemmer om det skal trykkes.

Intervju 5

Jeg som bestemmer det.

Intervju 7

Ledelsen.

Intervju 9

Meg.

Intervju 10

Denne internundervisningen deles i store tema. Endag er dette gitt andre dagen lager vi kase studier på det. Vi lager egne møter for våre egne for å se hva som er interessant. Taushetsplikt.

Hvordan presenteres de for de ansatte?

Morgenmøte. Tar opp hva vi har og hvilke utfordringer som ligger.

Bruker nærliggende tilfeller men bruker ikke avvikssystemet mer det som er i hodet. Er det store ting kan klinikksjef påpeke at man skal passe på å gå gjennom slik og sånn men ikke vanlig

17. Finnes det noe læringsverktøy?

Intervju 1

E-læring. Selv om det ikke nødvendigvis knyttes opp mot uønskede hendelser, så har vi jo sånn SIM-trening.

Intervju 2

Ikke som vi har laget basert på de hendelsene vi har.
Men vi har e-læring som kan benyttes for å friske opp. Ting som ligger der fra før som vi kan friske opp. Avvik kan knyttes opp til e-verktøy.
Vanskelig å kontrollere at de ansatte gjør det.
Vi snakker ofte om det å bli enige om å endre rutinene men vi klarer like vel ikke få det til.
E-verktøyene er slik at du printer og signerer men ingen ser at du men ingen elektronisk registrering for at en modul i e-verktøyet er gjort.
Føler du disse er tilstrekkelig? Nei, savner på kontroll på hvem som har gjort. Finnes kanskje på miljøsertifisering men ikke i mitt fagfelt.

Intervju 3

Ikke annet enn at vi har undervisning til hverandre.
E-læring er et langt lerret, og med de datamaskinene vi har i dag, så vil det ta en evighet, så det er ikke noe alternativ.
Kompetansedager. Personalmøter. Rapporter mellom skiftene.

Intervju 5

Kurs, kompetansedager, refleksjoner på personalmøter.

Intervju 6

St.Olavs har gått over til hendelsesanalyse 3-4 i åre hvor alvorlig hendelse analyseres for å se hva som ikke...
Vi kan selvfølgelig starte det selv men da er det det her med fokus...og ressurser
Fokusområder: det er mye litt min jobb. Komme med forslag fremgi rapporter statistikker og bilde vi har i klinikken. Det er også leder som behandler de på seksjonsnivå ...her er et avvik som gjentas og vi må ha det inn i kompetansedager og ha undervisning om for eksempel legemiddelhåndtering og dobbeltsignering...
KL. Elæringsverktøy...finnes det system som basert på avvik kan gi den ansatte beskjed om at de må gå inn og friske opp kunnskapene sine.
Mei...vi har snakket om det i 10 år. Der er det voksne kontra barn. Det gjøres feil
Vi har organisert opplæring i perioder basert på kompetansedager. I år er det økning på legemiddelfeil så da må vi se på det.

Intervju 7

Bli i så fall tilfeldig, ikke noe organisert.

Intervju 8

Ikke elektronisk læring som er systematisert. Men jeg kan ikke si at det avviket henger sammen med dårlig e-læring.

Intervju 9

Snakke om det på personalmøte eller fagutviklingsdag.

Intervju 10

Det tror jeg ikke. Ikke som jeg kan komme på nå.

18. Finnes det måter å dele hendelser mellom de ansatte og Hvordan oppfatter du at de ansatte er villig å dele informasjon mellom seg?

Intervju 1

Debriefing dersom det er en stor hendelse som skjer i dag. Noen har møter på seksjoenene. Noen tar det forløpende, noen på personalmøtet, så der vil dere nok oppleve å få litt ulike svar, det er på en måte opp til de enkelte enhetene. Også avhengig av alvorlighetsgraden og innholdet.

Opplever ikke at det er noe frykt for det.

Intervju 2

Dem er uavhengig av avvik en gjeng som er god til å snakke om det og dele det med sine kollega.

Veldig trygg på sine kollega til å

Men det er det å få den overført i praksis som er vanskelig i det daglige livet.

Intervju 3

Ja, føler det er en åpenhet mellom de ansatte. Er vanskeligere å nå alle, når det jobbes 24 timer i døgnet med forskjellige skift. Så ser vi jo at jo mer erfaring man har, jo lettere er det å ta opp ting.

Intervju 4

De fleste er opptatt av at man må snakke om det de snakker om det med de rundt seg. Tar det opp med lege for å vite konsekvenser. De er redd for å gjøre feil.

Intervju 5

Føler det er ganske åpent blant sykepleierne.

Ja, folk er villig til å dele erfaringer.

Mitt ansvar å dele informasjonen videre, og det har vi egne fora for.

Intervju 6

Ja.. jeg opplever at avvikskulturen er åpen. Jeg har hold på med det i 30 år og enda er vi der at vi skal øke meldingsfrekvensen. Og vi kommer sikkert ikke ut av det.

Hvordan håndterer vi avvik.

Terskel for avvik vil kunne gjøre at legene blir mer med.

KL: der finnes ikke noe flyt mellom klinikker og avd. Dersom andre avdelinger bruker feil på utstyr så snakker man ikke om det sammen. Ikke noe konstruktivt.

KL. Kommer det noen rapporter via kunnskapsenteret

Ja en to ganger. Jeg synes ikke tilbakemeldingene fra KS fungerer greit. Blitt bedre men det er bare svada.

KL: er det fordi de ikke har kompetanse?

jo men jeg tror det er organiseringen. Bare standard svar ligger i databasen. Nå er det litt mer fornuft men rom for forbedring.

Tror nok det vil være en sak på de nasjonale for å se tilbakemeldingene.

KL: Metrotrexat TOS. Ikke automatikk at andre kan ta læring. Kun Nyhetsbildene som gjør at det ble tatt inn.

Er man kreativ kan man kanskje finne noe men ikke noe system som jeg kjenner til for å se hva som rører seg i resten hos andre foretak.

Har du noe å tilføye:

Handler mye om fokus og at man kjører st.Olavs sammen og har felles plattform. Det må ligge føringer i bunn.

KL. Jeg ser på luftfart. Har vi hendelser det går jo nasjonalt og verdensomspennende. Har vi problemer så går meldingen videre til Boeing så går dette videre til de og videre til andre operatører.

Jeg blir forundret over at man snakker så lite sammen på st.Olavs

Vi har 15000prosedyrer på st.Olav. Løsningen på ting er å lage nye. Prosedyrer.

Gjøres et arbeid der og rydde opp.

Intervju 7

Det er for hver morgen der en kan diskutere avvikshendelser. Så er det personalmøter med referat, men der er det jo ikke sikkert alle er. Fagdager.

Intervju 8

Stor grad villig til å dele. Vi skårer god på AMU nder de e er stor takhøyde for å spørre om ”hjelp”

Intervju 9

Det føler jeg folk er villig til.

Intervju 10

Ja det gjør det. Via internundervisning på morgenmøtet. Noen ganger kan vi ta eks på en vanskelig pasient for å vise at i slike tilfeller gjør vi sånn og sånn. Viktig del av internundervisningen av barneleger: F.eks når tenker man ta videre utredning. Og da er det viktig å doukumenter hvorfor man velger f.eks å vente. Har man ikke tenkt tanken er det litt verre.

Bruke pasientene for alt det er verdt.....

De er villige. Vi prøver fokusere på det særlig når det er uvventet. For å snakke gjennom om hva kunne vi gjort andeledes. Noen gangenr loggføres det men ikke alltid. Vi har ikke noe godt system for det. Vi føler at det skal være åpent og fritt fram. Viktigere enn dokumenteringen slik at ikke noen skal føle at man er ute etter det. Men som sakl en senere anledning er ikke helt lik

18b. Hva med mellom seksjonene?

Intervju 1

Da er du tilbake på de møtene jeg er med på, og vi har møter hver morgen. Dersom det er noen hendelser som krever litt kjapp handling, så tar vi det opp der, for det kan godt være at de enkelte lederene sitter med andrehåndsinfo. Samt ukentlige møter.

Intervju 3

Ingen informasjonsdeling mellom avdelingene nei. Enest på ledernivå, men ikke alt der heller.

Intervju 5

Deling på ledermøtene, kunne sikkert vært bedre.

Intervju 7

Vet ikke om kvalitetskoordinatorer møtes i fora.

Intervju 8

Deler ikke noe

Intervju 9

Når en legger inn meldingen kan man huke av for om dette har læringsverdi for andre. Tror dette blir innen barneklubben.

18c. Hva med mellom de enkelte helseforetakene?

Intervju 1

Nei.

Intervju 3

Ikke noe system annet enn at vi kjenner og ringer hverandre dersom vi hører om noe i media.

Intervju 5

Får enkelte rapporter fra Kunnskapssenteret via kvalitetskoordinator som henges opp på avdelingen. Opp til den enkelte, ikke noe systematisert for st.olavs.

Intervju 7

Vet ikke om kvalitetskoordinatorer møtes i fora.

Intervju 8

Deler ikke noe

Intervju 9

Det tror jeg det er dersom veldig alvorlige hendelser, det kommer jo til og med på nyhetene. Når det gjelder småfeil vil jeg tro at helsetoppene følger med på dette.

Kristin forteller om SAS sitt system, før objektet fortsetter

Intervju 1

Men det som er nytt nå da, er at det rapporteres direkte til nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, så det kan jo være at det blir noe nytt der da. Hvor det bør settes inn tiltak.

Intervju 3

Annet?: Frekvensen har gått ned da vi gikk fra papirversjon til elektronisk (har skrevet dette inn i spm om hyppighet).

Feil skjema, så makter man ikke starte på nytt igjen. Bare det å finne koden til pasienten. (skrevet inn i spm om system).

Ekstra

Intervju 2

Det er veldig opp til meg som leder. Alt er veldig opp til hvilken type leder man er. Ingen trenger vite noe om jeg velger lukke alle avvik uten å gjøre noe.

Ingen standard for avdelingene

Standard er hvordan det meldes og behandling av meldingen men hva som gjøres etter er veldig individuelt.

Hva som skjer etter at meldingen er behandlet er veldig opp til den

Ofta skriver man at årsak var at det var travelt.

Kan ikke gjøre noe der og da.

Er det travelt så er det travelt.

Kanskje må vi jobbe med å se er det andre årsaker enn at det er travelt.

Hva kan man gjøre for å se hva man sikrer at ting går rett for seg men at man kanskje må bortprioritere andre ting.

Når jeg får en avviksmelding der det begrunnes i at det er travelt da vet jeg ikke hvordan jeg skal håndtere det. Da er det ikke trening det er snakk om eller at de ikke vet hvordan de skal håndtere det.

Jeg kan ikke si at det aldri er travelt på jobb.

Kan føle frustrasjon at det kommer inn mange avvik men at det er ingen uten for avdelingen som bryr seg annet enn at de blir telt.

Sammarbeide med andre BUK i landet:

Ikke tenkt på det.

Men får nå fra KS en 33melding om hvordan man varmer opp hæl til baby for å unngå brannskade. Sånt er fint å få tilbakemelding på .

Har ikke te

Vi kan kanskje begynne innen for egen klinikk.

Ja men jeg vet enda ikke hvilke typer avvik som meldes i de andre avdelingene engang.

Det er ingen som vet hvilke avvik som er på min avdeling.

Det finnes ikke noe struktur på det.

Vi samarbeider på tvers dersom det direkte innenfor avviket.

Vi behandler kanskje ordrett de samme feil på hver vår tue uten at vi snakker om det. Jeg tror ikke at vi er noe spesiell i type avvik i forhold til de andre avdelingene

Intervju 4

Største svakhet ressurser til å håndtere avvikene. Jeg rekker ikke det hver dag. Vi har for lite kapasitet til å håndtere det.

Så lenge vi ikke har gode systemer på hvordan vi kommuniserer ut avvikene til hverandre bør ledere ha det i iallfall deler av det for å ha oversikt.

Noen velger å få en ansatt til å gjøre det men som leder har du ansvaret men det er tiden.

Intervju 10

Ekstra: Når jeg er mer medarbeider og ikke leder så er det slik at det er så travelt at det å rapportere videre muntlig og journal er viktigere enn avvik elektronisk. Det blir glemt i travelt. Å gå tilbake og gjøre det kan man gjøre men blir aldri det samme. Hadde avviksmeldingene vært enklere hadde det nok lettgjort det. Det blir litt bøyg som å søke offentlig støtte det føles som uoverkommelig. Man er trøtt etter vakt og dagen etter har du glemt det....

Det er det sentrale i hendelsen som er viktig. Det skal følges opp på alt og man blir litt frustrert.

Alle gode planer kan bli forstyrret det er ikke så lett å lage planer.

Det dukker opp så mye nytt hele tiden. Du blir løpende i mellom og siden det svinger sånn så trenger vi bemanning men vi vet aldri når vi trenger det. Å sørge for at vi har tilstrekkelig bemanning med tilstrekkelig kompetanse blir for dyrt.

Beredskapsvakt: dersom vi vet at noe kan komme lager vi det. Beredskapsordning skal kompenseres for tapt fritid. Spekter ønsker at det ikke skal koste noe. Vi ringer om vi må og får vi tak i noen så er villigheten til å stille opp stor.

22.juli ringte folk og sa trenger dere oss.

Vedlegg 5: Funn fra dybdespørsmål-punktvis framstilling

Presenteres fra hfra dybdespdespfra hfra dybframstillingingssystemer, organisasjonskultur, organisasjonsstruktur, analyseverktingsss Irganisa
Meldingssystemer

Hensikten er:

- Læring og forbedring
- Unngå at det skjer igjen
- Registrere feil
- Pålagt ihht internkontroll

Hvilke system eksisterer for melding av uønskede hendelser?

- EQS
- Mail / telefon til den eller de det gjelder
- Melde fra til nærmeste leder

Mottaker av meldinger

- Seksjonsleder
- Kvalitetsrådgiver
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Systemets funksjonalitet

- Komplekst og tungvint
- Vanskelig å vite hva som skal meldes og hva det skal meldes som
- For mye rom for skjønn
- Systemet er blitt bedre
- Enkelt system for mottaker
- Bra at der må gis tilbakemelding

Med tanke på analysering

- 5/10 er nøytrale til systemets funksjonalitet
- 3/10 opplever rom for forbedring
- 1/10 synes analyseringen fungerer tilstrekkelig
- 1/10 synes analyseringen fungerer greit

Ledernes kompetanse på meldingssystemet

- 5/10 informanter oppgir mangelfull kunnskap på meldingssystemet
- 5/10 oppgir mangelfull kunnskap om rapportpliktige hendelser
- 3/10 uttaler mangel på felles forståelse av hva som skal meldes

Rapporteringskultur

Hva som legges i begrepet rapporteringskultur

- 5/10 forteller om en åpenhet om feil som er begått
- Læring
- Bedre pasientsikkerheten

Meldingsfrekvens

- 8/10 tror det burde vært meldt flere uønskede hendelser enn hva som faktisk er tilfelle
- 10/10 tror ikke det forekommer meldingsunntatelse av kollegiale årsaker, men en aner at det skjer
- 10/10 tror ikke det forekommer meldingsunntatelse pga at dette kan ødelegge fremtidig karriere
- 5/10 antar mangel på tid er hovedårsak til meldingsunntatelse
- Økende
- Påtrykk ovenfra om at frekvensen skal opp

Just Culture

- 10/10 sier det ses etter systemfeil kontra personfeil
- 6/7 seksjonsledere opplever Just Culture i sin avdeling

3-3-meldinger

- 5/10 vet hva en 3-3-melding innebærer
- Ingen vet med sikkerhet om det eksisterer konsekvenser for den som unntater å melde 3- 3- melding.

Rapporteringsstruktur

- Liten kjennskap til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens arbeid
- Svært mange prosedyrer innen St.Olavs Hospital
- Ingen systematisert trening fra organisasjonens side som følge av uønskede hendelser

Analyseverktøy

- Ikke noe eget analyseverktøy. Blir veldig opp til den enkelte.
- Variasjoner hvem informantene oppgir som mottaker av meldinger
- Det gis tilbakemelding, men ikke sikkert alle vet hvor disse finnes

Læring

Føler du det er læringsutbytte av meldte uønskede hendelser?

- 6/7 seksjonsledere opplever læringsutbytte
- Størst læringsutbytte nært i tid til hendelsen før fokuset så faller bort igjen
- Vanskelig å nå alle med ny læring
- Savn av system for å lette jobben med læring av meldte hendelser

Læringsverktøy

- Opp til den enkelte seksjonsleder
- E-læring
- Eksisterer ikke
- Hendelsesanalyse 3-4 ganger i året sentralt for st.Olavs

Læringsarenaer

- Opp til den enkelte seksjonsleder
- Kompetansedager etc.
- Personalmøter
- Vaktskifter
- Kurs
- Mail
- Workshop
- SIM-senter
- Opplever ikke at disse tar utgangspunkt i meldte hendelser, men at de er lydhør for forslag

Læring mellom ansatte?

- Opp til den enkelte seksjon
- Kolleger snakker med hverandre
- Ansatte tar opp hendelsen med lege

Læring mellom seksjoner?

- Kan forekomme på ledermøtene som finner sted hver morgen

Læring mellom helseforetakene

- Majoriteten opplever ikke læring mellom helseforetakene
 - Via media
 - Kunnskapssenteret
 - Ufiltrert
 - Rom for forbedring
 - E. Læring
-

Vedlegg 6: Spørsmål Quest Back

Spørreundersøkelse vedrørende rapportering og læring ved Barne- og Ungdomsklinikken på St.Olavs Hospital

Undersøkelsen gjennomføres av to masterstudenter ved Universitetet i Nordland, hvorav en jobber som flyger og den andre som sykepleier.

Oppgaven har til hensikt å kartlegge meldesystemet for feil - og avviksmeldinger, meldingskultur samt læringsutbytte av meldte hendelser. Slike hendelser omtales også som uønskede hendelser, og kan relateres til både pasientbehandlig, feil på utstyr og/eller systemer/prosedyrer.

Underveis i oppgaven vil funnene bli sammenliknet opp mot et av Norges store flyselskap for å se om der finnes noen åpenbare forskjeller i måten de jobber på hva gjelder avviksmelding og læringsutbytte av disse.

Undersøkelsen vil ta om lag 8 minutter og du vil være anonym. Din identitet vil holdes skjult.
Les om retningslinjer for personvern. (Åpnes i nytt vindu)

1) Kjønn

- Mann
- Kvinne

2) Alder

- under 30
- 30-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- over 70

3) Ansettelses forhold

- Fast ansatt
- Deltids ansatt
- Vikar/tilkallingsvikar/ekstravikar

4) Hvor lenge har du jobbet ved Barne- og Ungdomsklinikken

- under 1 år

- 1-5 år
- 5-10 år
- 10-15 år
- 15-20 år
- 20-25 år
- mer enn 25 år



De neste spørsmålene tar for seg **Meldekultur**. Med meldekultur mener vi deg og din avdelings holdning til å rapportere inn og håndtere avvik.

5) Har du noen gang meldt et avvik?

- Ja
- Nei

6) Hvorfor melder du? (velg gjerne flere alternativer)

- Fordi jeg er pålagt i henhold til instruks
- Jeg har et ønske om at andre skal lære av feil som er gjort
- Jeg ønsker ikke problemer om det oppdages at jeg lar være
- For å dokumentere den uønskede hendelsen
- Har aldri meldt avvik
- For å få endring i prosedyrer som ikke fungerer

7) Hvor ofte melder du feil og avvikshendelser?

- Ukentlig
- Månedlig
- Årlig
- Sjeldnere
- Aldri

8) Hender det du unnlater melde inn eget eller andres avvik?

- Ukentlig
- Månedlig
- Årlig
- Sjeldnere
- Aldri

9) Hvis du har unnlatt rapportere avvik ,eget eller andres, hvorfor? (Velg gjerne flere)

- Frykt for personlig represalie fra kollega eller overordnede
- Redd det vil ødelegge fremtidig karriere
- Frykt for straffeforfølgelse
- Vet ikke hvordan man melder
- Ser ikke nytteverdien
- Ønsker ikke rapportere kollega eller meg selv. Det er ubehagelig
- Har vært så store omstruktureringer i det siste. Har ikke kapasitet.
- Frykt for ikke å få fornyet vikariat eller fast stilling
- Jeg vet ikke hva som er meldepliktig
- Ikke aktuelt, jeg melder alt som skal meldes.
- Har unnlatt å melde men ikke av overnevnte årsaker
- Systemet er for vanskelig
- Har ikke tid til sånt i arbeidstiden
- Får aldri tilbakemelding så nå gidder jeg ikke mer

10) Ville det vært lettere å melde dersom meldingen gikk direkte til et nøytralt organ og at du kunne være anonym?

- Ja
- Nei
- Jeg melder alt uansett

11) Hvordan føler du meldingskulturen er på din avdeling?

- Alt som skal meldes blir meldt. Vi har ingen underrapportering.
- Det meldes mindre enn faktiske feil og avvikshendelser. Underrapportering eksisterer
- Vet ikke

12) Har helsepersonell meldeplikt ved uønskede hendelser?

- Ja
- Kun ved pasientskade av upåregnelig risiko
- Nei
- Nei, Helsepersonelloven forventer at en handler ihht retningslinjer og beste skjønn. Uønskede hendelser vil derfor være påregnelig.
- Vet ikke



De neste spørsmålene vil ta for seg

Rapporteringssystemet. Med dette mener vi EQS eller andre metoder dere bruker for å rapportere inn feil og avvik.

13) Hvor brukervennlig opplever du systemet for feil og avviksmeldinger (EQS)?



14) Kjenner du til saksgangen når et avvik meldes? Altså hvem som mottar og behandler de ulike meldingene?

- Ja
- Nei
- Bryr meg ikke

15) Kjenner du til Nasjonalt Kompetansesenter for helsetjenesten?

- Ja, kjenner deres arbeid
- Hørt navnet, men kjenner ikke til deres arbeid
- Nei

16) Jeg foretrekker at min rapport går til:

- Min nærmeste leder
- Ett nøytralt organ
- Vår kvalitetsrådgiver



De neste spørsmålene tar for seg **læringsutbytte** av meldte uønskede hendelser.

17) Blir meldte avvik tatt tak i?

- Ja
- Nei
- Av og til
- Jeg blir debriefet, men det skjer aldri endringer av rutiner/prosedyrer

18) Har du inntrykk av at de samme feil og avvikene gjentar seg?

- Ofte
- Av og til
- Aldri
- Vet ikke

19) Har din avdeling sjekklister på prosedyrer for å forhindre at man gjør feil?

- Ja
- Nei
- Delvis, på enkelte prosedyrer
- Ja, men jeg kunne tenke meg flere
- Ja, alt for mange
- Vet ikke

20) Kommer det endrede prosedyrer som følge av avviksrapporter?

- Av og til
- Ofte
- Aldri
- Vet ikke
- Hver gang

21) Får du tilbakemelding på rapporter du har skrevet?

- Alltid
- Av og til
- Aldri
- Vet ikke

22) Dersom du får tilbakemelding, er denne tilbakemeldingen lett tilgjengelig?

- Ja
- Nei
- Vet ikke hvor jeg finner den

23) Føler du at du lærer noe av tilbakemeldingen?

- Alltid
- Av og til
- Aldri
- Får aldri tilbakemelding på mine rapporter
- Vet ikke

24) Trenes det jevnlig på kompliserte prosedyrer som følge av gjentatte avviksmeldinger?

- Ja
- Av og til
- Aldri
- Vet ikke

25) Har du forslag til hvordan forbedre muligheten for å lære av tidligere feil-og avviks rapporter?

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Vedlegg 7: Validering av spørsmål i Quest Back

Validering av resultat spørreundersøkelse

Validering av breddeundersøkelsen Svarprosent $115 \times 100\% = 32,21\%$ 357 Undersøkelsen ble besvart av drøye 32% av ansatte på barne -og ungdomsklinikken. Dette er noe lavere enn vår målsetning om 40% svar, da vi ville vært godt fornøyde med svarprosenten. I tillegg til

naturlige årsaker til frafall av deltakelse som manglende kompetanse på utfylling, manglende tid, samt skepsis for å åpne mail fra ukjent avsender (Jacobsen s.262), kan det ha spilt en rolle at det i samme tidsperiode også pågikk arbeidsmiljøundersøkelse blant alle ansatte ved St.Olavs Hospital. Der respondenten av ulike årsaker kan ha blitt nødt å velge, er det nærliggende å tro at valget har falt på sistnevnte undersøkelse. Dette blant annet fordi St.Olavs promoterer sin undersøkelse gjennom ulike kilder der de presiserer dens viktighet. På en annen side er avviksrapportering et relevant tema som trolig majoriteten av respondentene har en mening om, og at interessen for deltakelse derfor burde vært høy (Jacobsen s.263). Hvorvidt frafallet likevel skyldes personer som ikke er interesserte eller ser meningen med undersøkelsen, blir bare spekulasjoner. Ved alle spørsmål er det et totalt antall på 113-115 respondenter. Unntakene er bare på følgespørsmål, der frafallet skyldes at det påfølgende spørsmålet ikke blir relevant. Det anses derfor at deltakerne med unntak av en variasjon på 2 respondenter har gjennomført undersøkelsen i sin helhet.

5.Har du noen gang meldt et avvik?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 113

Dette spørsmålet er validert mot det senere svaralternativ "har aldri meldt avvik" samt "hvor ofte melder du". Sammenlikningen viser 0,8% forskjell med 1 respondent forskjell fra spørsmålene. Resultatet anses troverdig.

6. Hvorfor melder du?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 98

Frafallet av respondenter skyldes trolig personer som i forrige spørsmål svarte at de aldri har meldt eget eller andres avvik. Her legges merke til at mangel på tid er en hyppig årsak til underrapportering.

10. Ville det vært lettere å melde dersom meldingen gikk direkte til et nøytralt organ og du kunne være anonym?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 113

Sammenliknet med spørsmål 16 der det spørres om en foretrekker at avviksrapporten går til nærmeste leder, et nøytralt organ eller

kvalitetsrådgiver, kan det se ut til at de spurte er delt omtrent på halvparten om de ønsker at meldingen først og fremst skal gå til nærmeste leder.

10,2% unnlater å melde grunnet ubehag, personlige represalier eller frykt for karriere

(Vedlegg 9). Dette er et stykke fra den 1/4 som ønsker å melde anonymt til et nøytralt organ, spesielt med tanke på at det var et flervalgsspørsmål og samme respondent kan dermed stå bak flere avkryssninger. Så hva kan da grunnen til at de resterende ønsker å melde anonymt til et nøytralt organ være? En av grunnene kan være at respondenter ikke har svart i tråd med hva de gjorde tidligere i undersøkelsen. Med dette mener vi at de tidligere har tenkt at det ikke gjør dem noe å melde til nærmeste leder, men dersom det var en mulighet å melde til et nøytralt organ hadde jeg foretrukket det. Det kan også tenkes disse tenker i et videre perspektiv, for eksempel at det ville gitt økt fokus og spisskompetanse på håndtering av melding om uønskede hendelser dersom disse ble behandlet av et eksternt organ. En annen mulighet er at denne svarprosenten stammer fra seksjonsledere som gjerne skulle vært foruten arbeidsoppgaven.

11. Hvordan føler du meldingskulturen på din avdeling er?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 113

Sammenliknet med spørsmål 8 der 22,8% svarer at de aldri unnlater å melde eget eller andres avvik, kan det se ut til at det høye tallet for underrapportering ser ut til å stemme. Variasjonen mellom 22,8% fra spørsmål 8 til 3,5% i dette spørsmålet som sier at de ikke har underrapportering, kan skyldes at noen antar underrapportering finner sted selv om det ikke gjelder dem selv. Andre muligheter kan være at respondenter enten feil opplyser om at de aldri unnlater å melde.

12. Har helsepersonell meldeplikt ved uønskede hendelser?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 112

I dette spørsmålet kan det ha vært vanskelig å tolke forskjellen på svaralternativ 1 og 2, men begge innebærer "ja". Det ser derfor ut til at 85% svarer "ja", og resterende svarer "vet ikke", da bare et ubetydelig antall svarer "nei". Resultatet anses troverdig.

13. Hvor brukervennlig opplever du systemet for feil og avviksmeldinger i EQS?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 108

Her er et frafall av 7 respondenter i forhold til de andre spørsmålene. Dette kan være personer som aldri har meldt, og derfor heller ikke har noen forutsetning for å svare. På en skala med lite tilfreds, middels tilfreds og svært tilfreds, havner gjennomsnittet litt under middels tilfreds. Resultatet anses troverdig.

14. Kjenner du saksgangen når et avvik meldes, altså hvem som mottar og behandler meldingene?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 115

2/3 av respondentene kjenner saksgangen når et avvik meldes. Resultatet anses troverdig.

15. Kjenner du Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 113

Her har undersøker brukt feil navn, kompetansesenter i stedet for kunnskapssenter.

16. Jeg foretrekker at min rapport går til:

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 114

Sammenliknet med spørsmål 10 der det spørres om en ville foretrukket at meldingen gikk til et nøytralt organ og en kunne være anonym, stemmer det bra at om lag halvparten her svarer nærmeste leder. Resultatet anses troverdig.

17. Bli meldte avvik tatt tak i?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 113

Sett opp mot spørsmål 21, om man får tilbakemelding på avviksrapporter, føler over halvparten manglende handling eller oppfølging av meldte avvikshendelser. Resultatet anses troverdig.

18. Har du inntrykk av at de samme feil og avvik gjentar seg?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 115

Spørsmål 18 tyder på at de samme feilene gjøres. Resultatet anses troverdig.

19. Har din avdeling sjekklister på prosedyrer for å forhindre at man gjør feil?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 112

Resultatet tyder på at sjekklister på en god del prosedyrer eksisterer. Resultatet anses troverdig.

20. Kommer det endrede prosedyrer som følge av avviksrapportene?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 114

Her virker det til at litt over halvparten opplever at det av og til skjer endringer i prosedyrer som følge av avviksrapporter. Noen få sier dette skjer ofte eller aldri, mens 1/3 svarer at de ikke vet. Resultatet anses troverdig.

21. Får du tilbakemelding på rapportene du har skrevet?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 115

22. Dersom du får tilbakemelding, er denne lett tilgjengelig?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 108

23. Føler du at du lærer noe av tilbakemeldingene?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 114

Når det gjelder spørsmål om tilbakemelding på avviksrapporter (spm 21, 22 og 23), virker det til at litt under halvparten opplever at de "av og til" får tilbakemelding på -samt lærer av rapportene, mens omtrent halvparten opplever tilbakemeldinger vanskelig tilgjengelig. Dette kan skyldes at tilbakemelding ikke gis, eller at vedkommende ikke vet hvor den finnes. En annen faktor er hva som legges i tilbakemelding. Det forstås at det i St.Olavs EQS-system gis tilbakemelding om hvor vidt meldingen er behandlet eller ikke. Som i "til behandling" eller "ferdig behandlet". Vi vet ikke om respondentene viser til dette når de svarer på spørsmålene om tilbakemelding. Resultat med usikkerhet.

24. Trenes det jevnlig på kompliserte prosedyrer som følge av avviksmeldingene?

TOTALT ANTALL RESPONDENTER 113

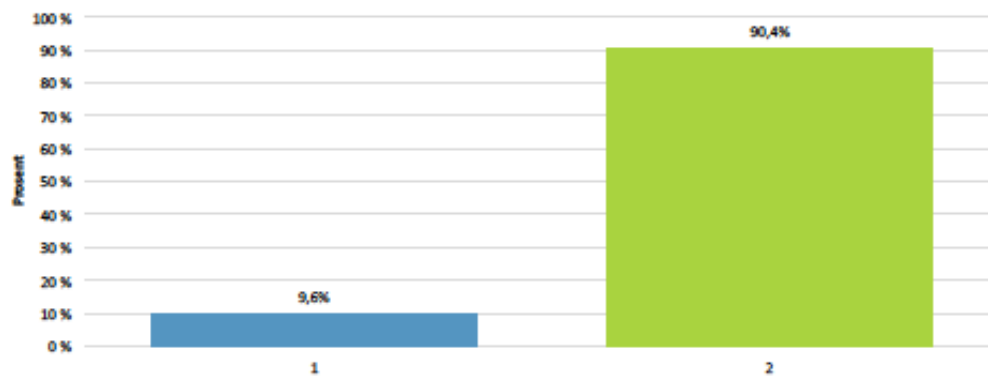
Her svarer et likt antall enten at de "ikke vet", eller at de "av og til" trener på kompliserte prosedyrer som følge av avviksmeldingene. Dette antallet ligger på 37%. Det kan se ut til at drøye halvparten trener på kompliserte prosedyrer, men at en del av disse ikke vet om det er som følge av avviksrapporter eller ikke. Resultat med egne tolkninger.

Vedlegg 8: Resultat Quest Back

Spørreundersøkelse vedrørende rapportering og læring ved Barne- og Ungdomsklinikken på St.Olavs Hospital

29.01.2015 13:35

1. Kjønn



Navn	Prosent
1	Mann
2	Kvinne

Spørreundersøkelse vedrørende rapportering og læring ved Barne- og Ungdomsklinikken på St.Olavs Hospital

29.01.2015 13:35

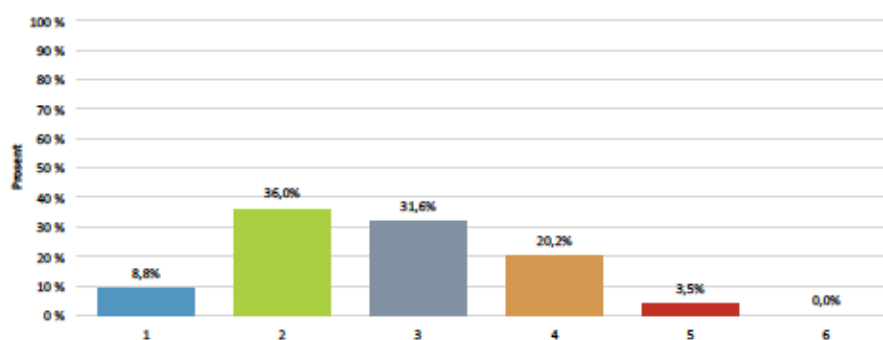
1. Kjønn

Navn	Prosent
Mann	9,6%
Kvinne	90,4%
N	114

Spørreundersøkelse vedrørende rapportering og læring ved Barne- og Ungdomsklinikken på St.Olavs Hospital

29.01.2015 13:35

2. Alder

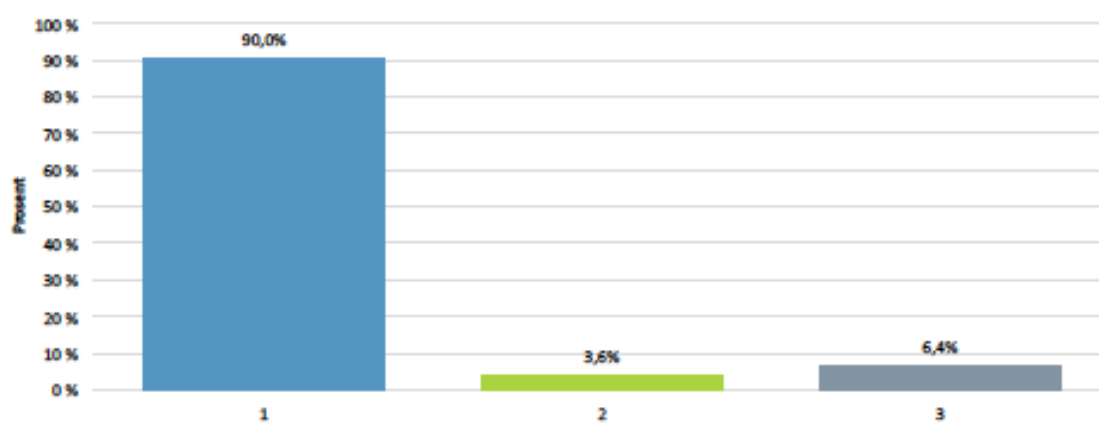


Navn	Prosent
1	under 30
2	30-40
3	41-50
4	51-60
5	61-70
6	over 70

2. Alder

Navn	Prosent
under 30	8,8%
30-40	35,0%
41-50	31,6%
51-60	20,2%
61-70	3,5%
over 70	0,0%
N	114

3. Ansettelses forhold

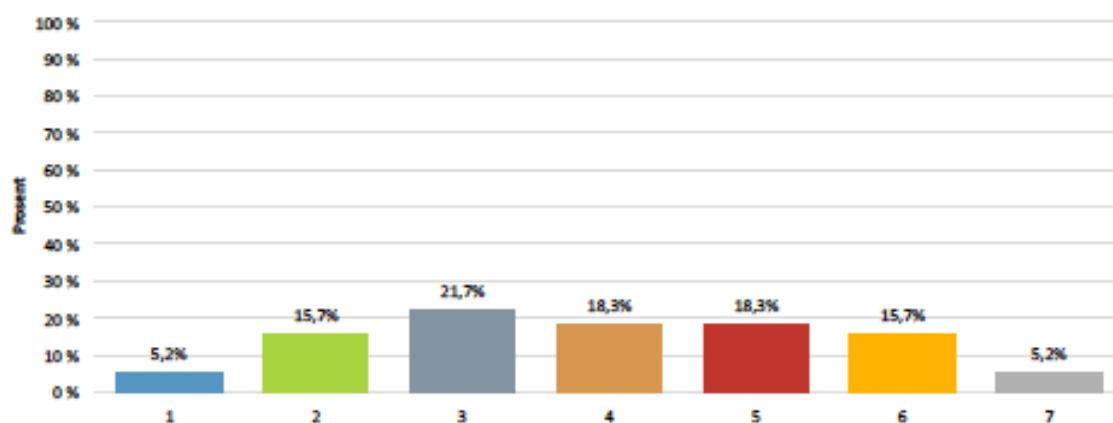


	Navn
1	Fast ansatt
2	Deltids ansatt
3	Vikar/tilkallingvikar/ekstravikar

3. Ansettelses forhold

Navn	Prosent
Fast ansatt	90,0%
Deltids ansatt	3,6%
Vikar/tilkallingvikar/ekstravikar	6,4%
N	110

4. Hvor lenge har du jobbet ved Bame- og Ungdomsklinikken



	Navn
1	under 1 år
2	1-5 år
3	5-10 år
4	10-15 år
5	15-20 år
6	20-25 år
7	mer enn 25 år

4. Hvor lenge har du jobbet ved Bame- og Ungdomsklinikken

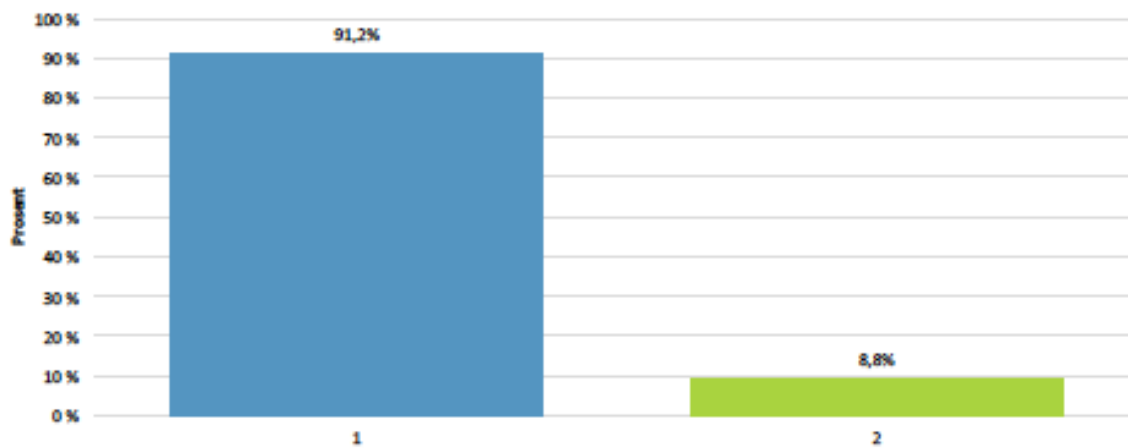
Navn	Prosent
under 1 år	5,2%
1-5 år	15,7%
5-10 år	21,7%
10-15 år	18,3%
15-20 år	18,3%
20-25 år	15,7%
mer enn 25 år	5,2%
N	115

5. Har du noen gang meldt et avvik?

Navn	Prosent
Ja	91,2%
Nei	8,8%
N	113

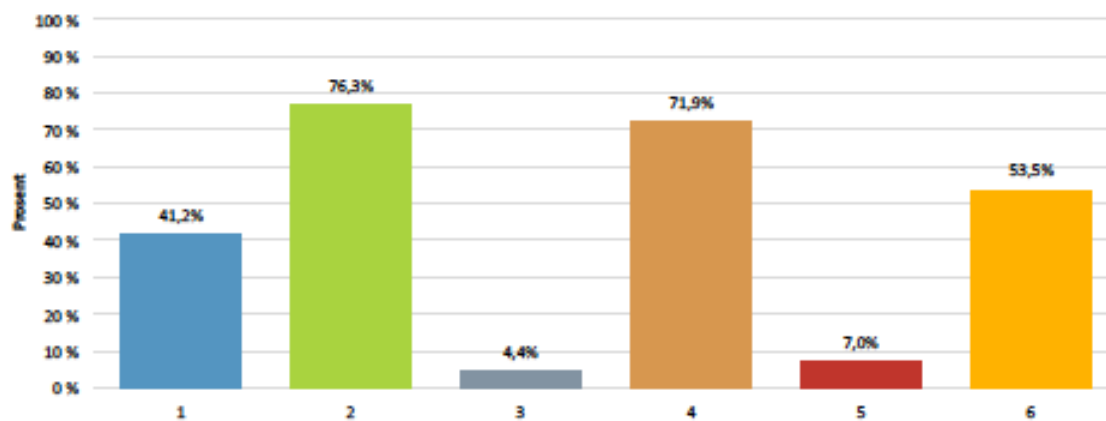
5. Har du noen gang meldt et avvik?

De neste spørsmålene tar for seg Meldekultur. Med meldekultur mener vi deg og din avdelings holdning til å rapportere inn og håndtere avvik.



	Navn
1	Ja
2	Nei

6. Hvorfor melder du? (velg gjerne flere alternativer)

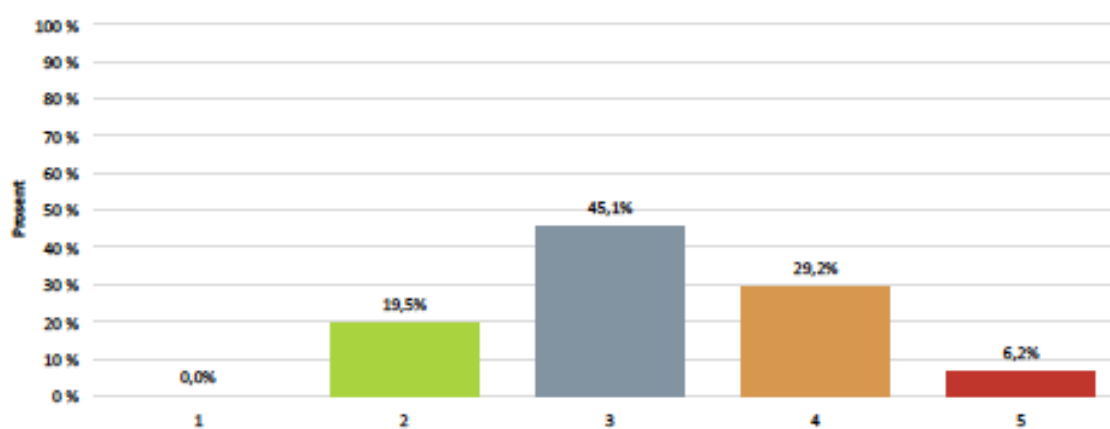


	Navn
1	Fordi jeg er pålagt i henhold til instruks
2	Jeg har et ønske om at andre skal lære av feil som er gjort
3	Jeg ønsker ikke problemer om det oppdages at jeg lar være
4	For å dokumentere den uønskede hendelsen
5	Har aldri meldt avvik
6	For å få endring i prosedyrer som ikke fungerer

6. Hvorfor melder du? (velg gjerne flere alternativer)

Navn	Prosent
Fordi jeg er pålagt i henhold til instruks	41,2%
Jeg har et ønske om at andre skal lære av feil som er gjort	76,3%
Jeg ønsker ikke problemer om det oppdages at jeg lar være	4,4%
For å dokumentere den uønskede hendelsen	71,9%
Har aldri meldt avvik	7,0%
For å få endring i prosedyrer som ikke fungerer	53,5%
N	114

7. Hvor ofte melder du feil og avvikshendelser?

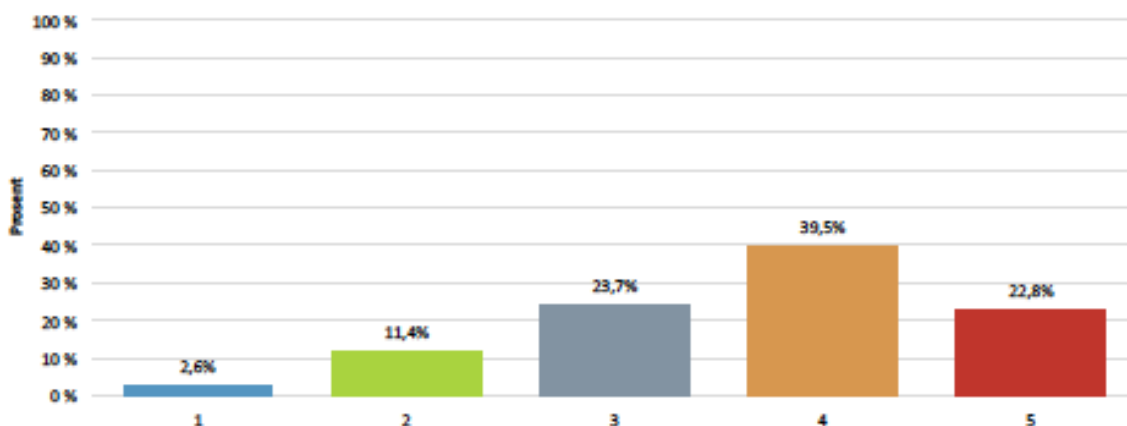


	Navn
1	Ukentlig
2	Månedlig
3	Årlig
4	Sjeldnere
5	Aldri

7. Hvor ofte melder du feil og avvikshendelser?

Navn	Prosent
Ukentlig	0,0%
Månedlig	19,5%
Årlig	45,1%
Sjeldnere	29,2%
Aldri	6,2%
N	113

8. Hender det du unnlater melde inn eget eller andres avvik?



Navn	Prosent
1	Ukentlig
2	Månedlig
3	Årlig
4	Sjeldnere
5	Aldri

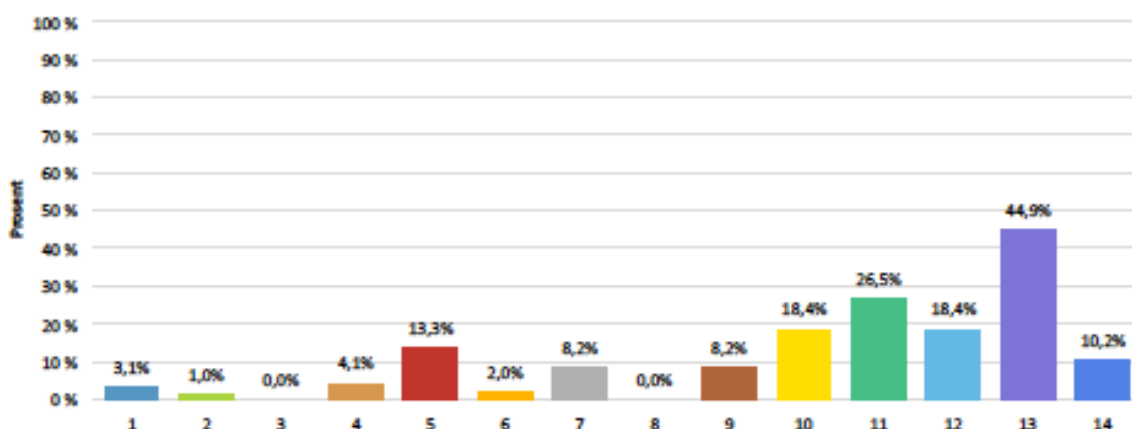
8. Hender det du unnlater melde inn eget eller andres avvik?

Navn	Prosent
Ukentlig	2,6%
Månedlig	11,4%
Årlig	23,7%
Sjeldnere	39,5%
Aldri	22,8%
N	114

9. Hvis du har unnlatt rapportere avvik ,eget eller andres, hvorfor? (Velg gjerne flere)

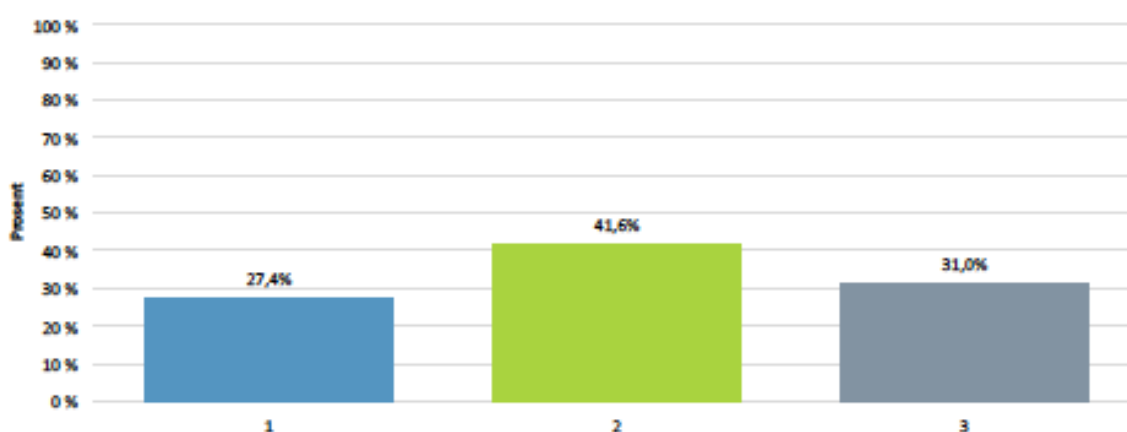
Navn	Prosent
Frykt for personlig represalie fra kollega eller overordnede	3,1%
Redd det vil ødelegge fremtidig karriere	1,0%
Frykt for straffeforfølgelse	0,0%
Vet ikke hvordan man melder	4,1%
Ser ikke nytteverdien	13,3%
Ønsker ikke rapportere kollega eller meg selv. Det er ubehagelig	2,0%
Har vært så store omstruktureringer i det siste. Har ikke kapasitet.	8,2%
Frykt for ikke å få fornyet vikariat eller fast stilling	0,0%
Jeg vet ikke hva som er meldepliktig	8,2%
Ikke aktuelt, jeg melder alt som skal meldes.	18,4%
Har unnlatt å melde men ikke av overnevnte årsaker	26,5%
Systemet er for vanskelig	18,4%
Har ikke tid til sånt i arbeidstiden	44,9%
Får aldri tilbakemelding så nå gidder jeg ikke mer	10,2%
N	98

9. Hvis du har unnlatt rapportere avvik , eget eller andres, hvorfor? (Velg gjerne flere)



Nummer	Navn
1	Frykt for personlig represalie fra kollega eller overordnede
2	Redd det vil ødelegge fremtidig karriere
3	Frykt for straffeforfølgelse
4	Vet ikke hvordan man melder
5	Ser ikke nytteverdien
6	Ønsker ikke rapportere kollega eller meg selv. Det er ubehagelig
7	Har vært så store omstruktureringer i det siste. Har ikke kapasitet.
8	Frykt for ikke å få fornyet vikariat eller fast stilling
9	Jeg vet ikke hva som er meldepliktig
10	Ikke aktuelt, jeg melder alt som skal meldes.
11	Har unnlatt å melde men ikke av overnevnte årsaker

10. Ville det vært lettere å melde dersom meldingen gikk direkte til et nøytralt organ og at du kunne være anonym?

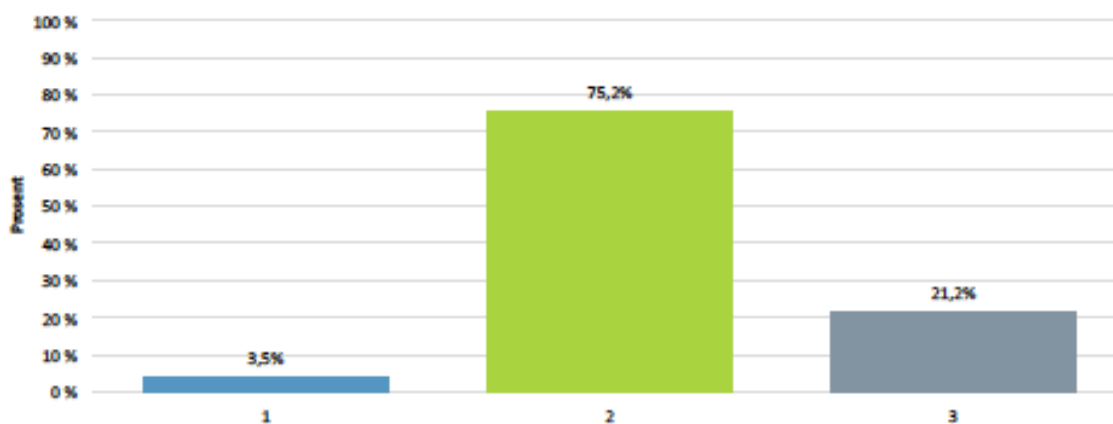


Nummer	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Jeg melder alt uansett

10. Ville det vært lettere å melde dersom meldingen gikk direkte til et nøytralt organ og at du kunne være anonym?

Navn	Prosent
Ja	27,4%
Nei	41,6%
Jeg melder alt uansett	31,0%
N	113

11. Hvordan føler du meldingskulturen er på din avdeling?



Navn	Prosent
1	Alt som skal meldes blir meldt. Vi har ingen underrapportering.
2	Det meldes mindre enn faktiske feil og avvikshendelser. Underrapportering eksisterer
3	Vet ikke

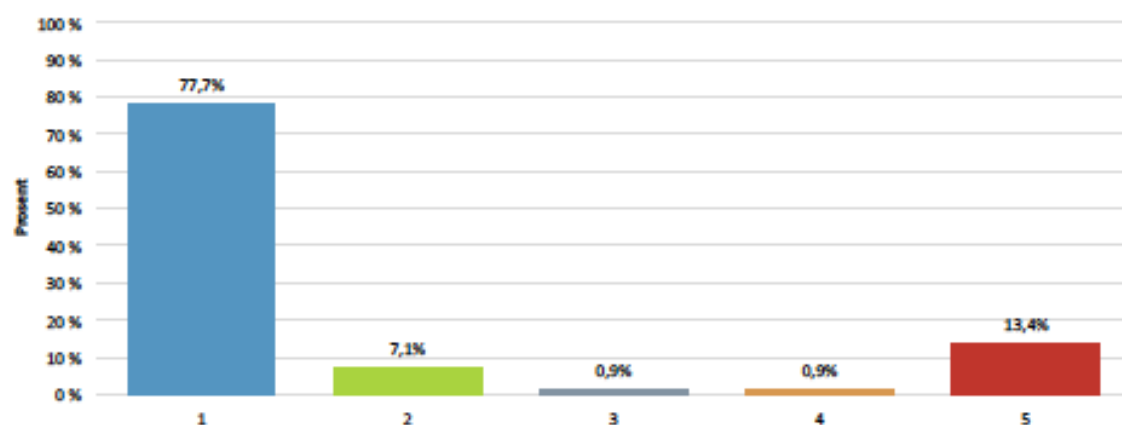
11. Hvordan føler du meldingskulturen er på din avdeling?

Navn	Prosent
Alt som skal meldes blir meldt. Vi har ingen underrapportering.	3,5%
Det meldes mindre enn faktiske feil og avvikshendelser. Underrapportering eksisterer	75,2%
Vet ikke	21,2%
N	113

12. Har helsepersonell meldeplikt ved uønskede hendelser?

Navn	Prosent
Ja	77,7%
Kun ved pasientskade av upåregnelig risiko	7,1%
Nei	0,9%
Nei, Helsepersonelloven forventer at en handler ihht retningslinjer og beste skjønn. Uønskede hendelser vil derfor være påregnelig.	0,9%
Vet ikke	13,4%
N	112

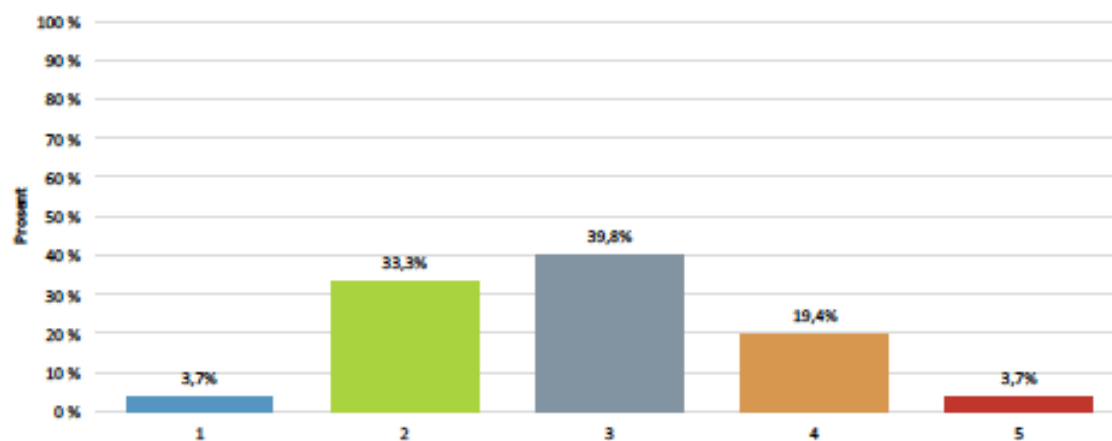
12. Har helsepersonell meldeplikt ved uønskede hendelser?



Navn	Besvarelse
1	Ja
2	Kun ved pasientskade av upåregnelig risiko
3	Nei
4	Nei, Helsepersonelloven forventer at en handler iht retningslinjer og beste skjønn. Uønskede hendelser vil derfor være påregnelig.
5	Vet ikke

13. Hvor brukervennlig opplever du systemet for feil og avviksmeldinger (EQS)?

De neste spørsmålene vil ta for seg Rapporteringssystemet. Med dette mener vi EQS eller andre metoder dere bruker for å rapportere inn feil og avvik.

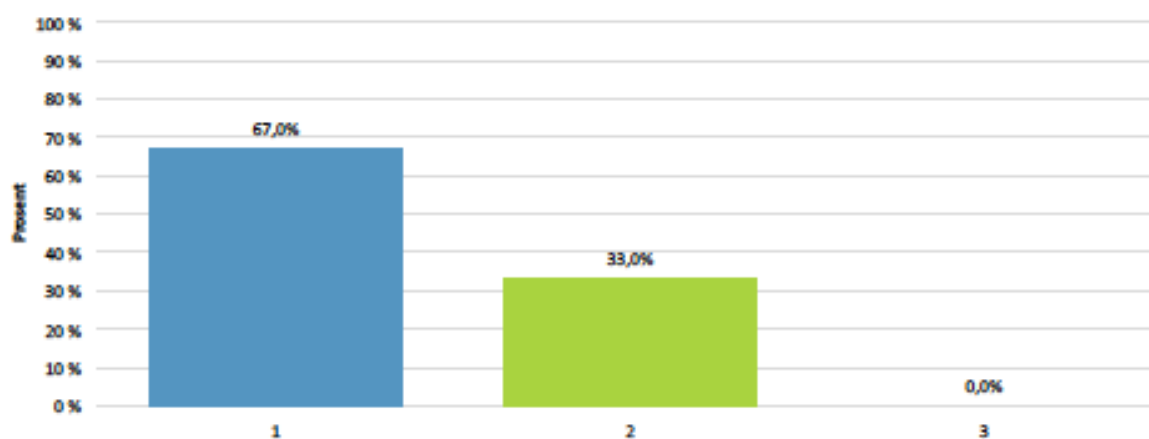


Navn	Besvarelse
1	Svært lite tilfreds
2	Lite tilfreds
3	Nøytral
4	Tilfreds
5	Svært tilfreds

13. Hvor brukervennlig opplever du systemet for feil og avviksmeldinger (EQS)?

Navn	Prosent
Svært lite tilfreds	3,7%
Lite tilfreds	33,3%
Nøytral	39,8%
Tilfreds	19,4%
Svært tilfreds	3,7%
N	108

14. Kjenner du til saksgangen når et avvik meldes? Altså hvem som mottar og behandler de ulike meldingene?



	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Bryr meg ikke

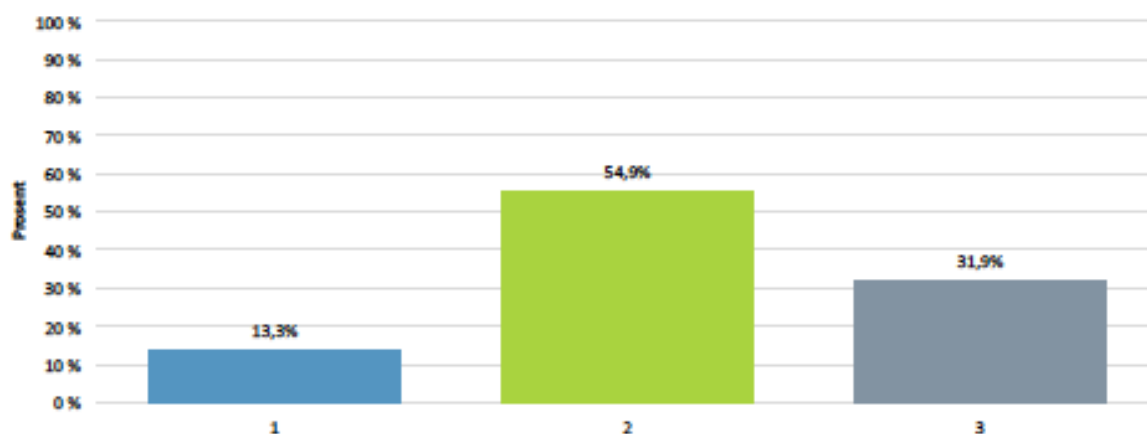
14. Kjenner du til saksgangen når et avvik meldes? Altså hvem som mottar og behandler de ulike meldingene?

Navn	Prosent
Ja	67,0%
Nei	33,0%
Bryr meg ikke	0,0%
N	115

15. Kjenner du til Nasjonalt Kompetansesenter for helsetjenesten?

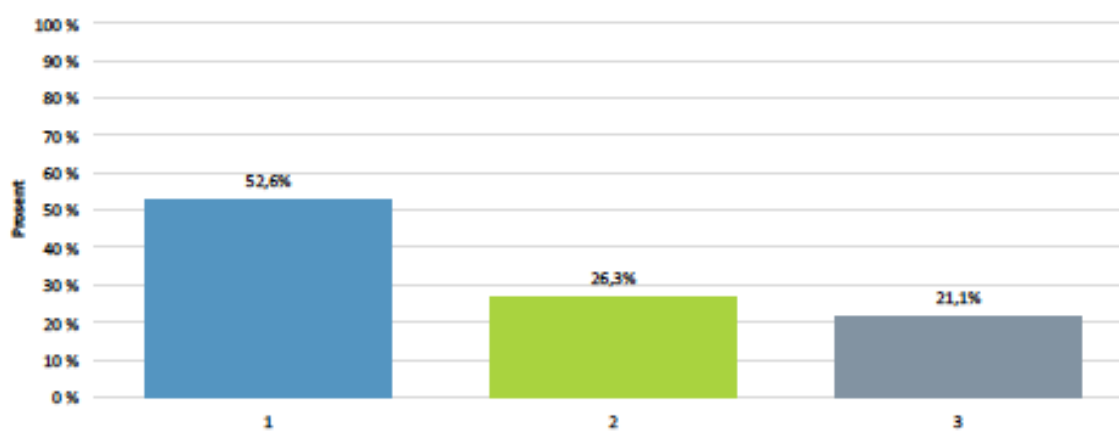
Navn	Prosent
Ja, kjenner deres arbeid	13,3%
Hørt navnet, men kjenner ikke til deres arbeid	54,9%
Nei	31,9%
N	113

15. Kjenner du til Nasjonalt Kompetansesenter for helsetjenesten?



Navn	
1	Ja, kjenner deres arbeid
2	Hørt navnet, men kjenner ikke til deres arbeid
3	Nei

16. Jeg foretrekker at min rapport går til:



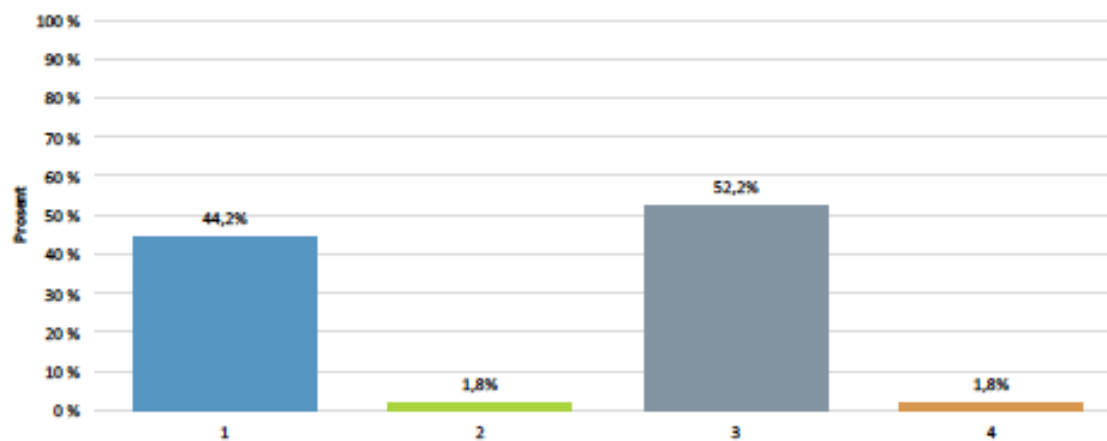
Navn	
1	Min nærmeste leder
2	Ett nøytralt organ
3	Vår kvalitetsrådgiver

16. Jeg foretrekker at min rapport går til:

Navn	Prosent
Min nærmeste leder	52,6%
Ett nøytralt organ	26,3%
Vår kvalitetsrådgiver	21,1%
N	114

17. Blir meldte avvik tatt tak i?

De neste spørsmålene tar for seg læringsutbytteav meldte uønskede hendelser.



	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Av og til
4	Jeg blir debriefet, men det skjer aldri endringer av rutiner/prosedyrer

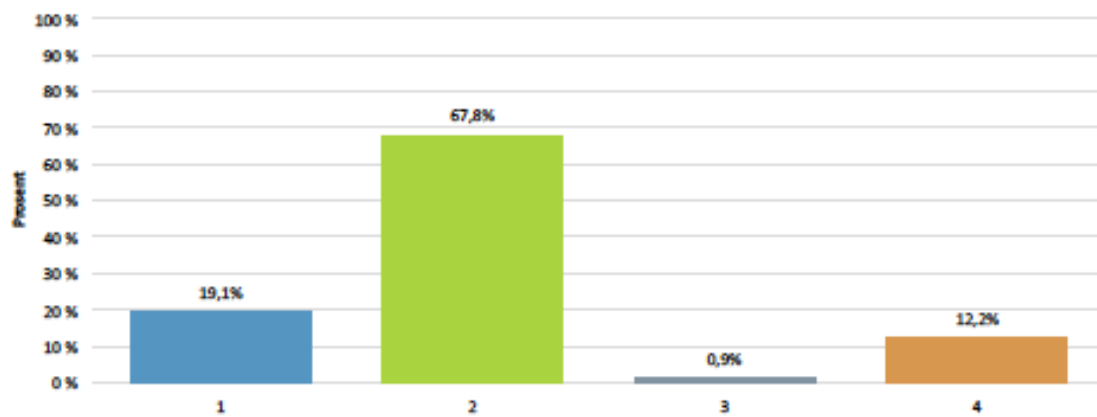
17. Blir meldte avvik tatt tak i?

Navn	Prosent
Ja	44,2%
Nei	1,8%
Av og til	52,2%
Jeg blir debriefet, men det skjer aldri endringer av rutiner/prosedyrer	1,8%
N	113

18. Har du inntrykk av at de samme feil og avvikene gjentar seg?

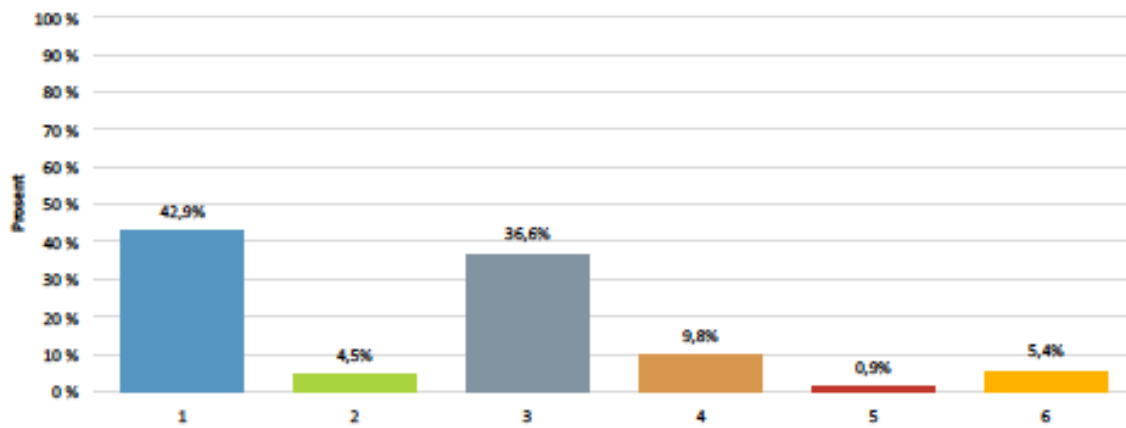
Navn	Prosent
Ofte	19,1%
Av og til	67,8%
Aldri	0,9%
Vet ikke	12,2%
N	115

18. Har du inntrykk av at de samme feil og avvikene gjentar seg?



	Navn
1	Ofte
2	Av og til
3	Aldri
4	Vet ikke

19. Har din avdeling sjekklister på prosedyrer for å forhindre at man gjør feil?

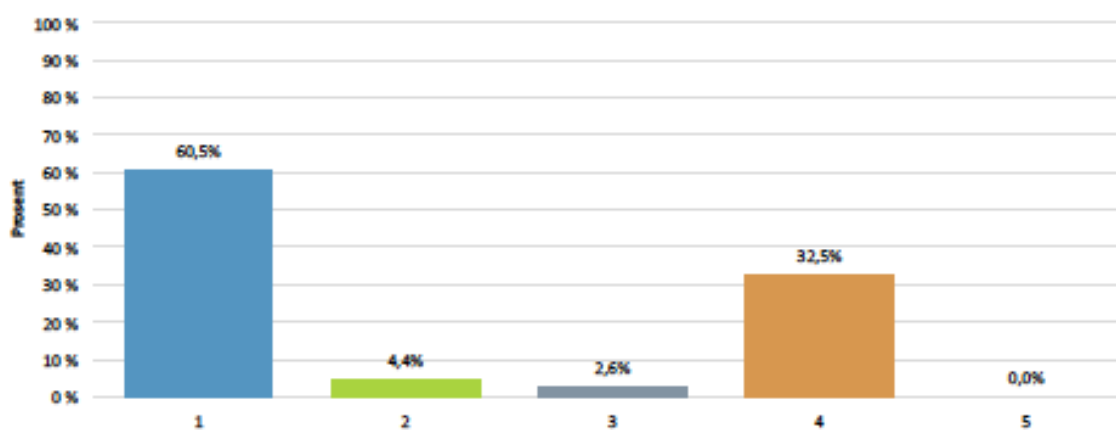


	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Delvis, på enkelte prosedyrer
4	Ja, men jeg kunne tenke meg flere
5	Ja, alt for mange
6	Vet ikke

19. Har din avdeling sjekklister på prosedyrer for å forhindre at man gjør feil?

Navn	Prosent
Ja	42,9%
Nei	4,5%
Delvis, på enkelte prosedyrer	36,6%
Ja, men jeg kunne tenke meg flere	9,8%
Ja, alt for mange	0,9%
Vet ikke	5,4%
N	112

20. Kommer det endrede prosedyrer som følge av avviksrapporter?

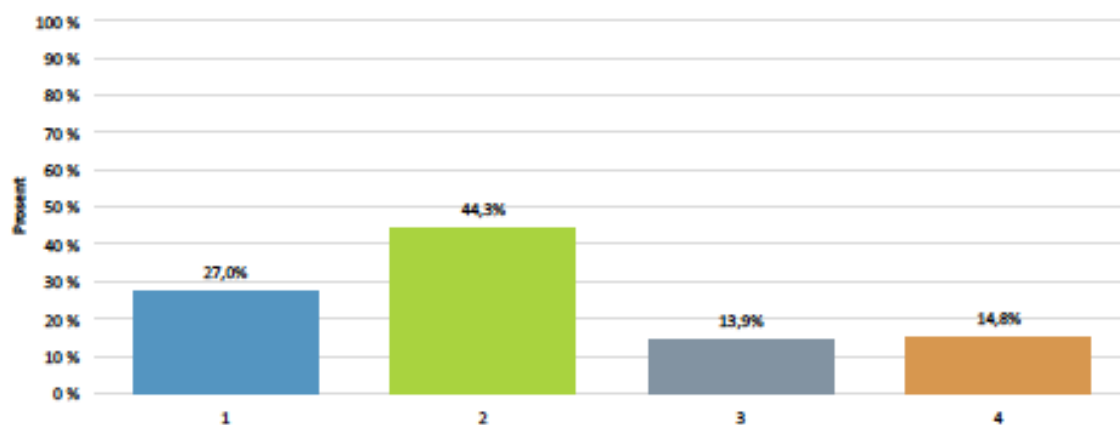


Navn	Prosent
1	60,5%
2	4,4%
3	2,6%
4	32,5%
5	0,0%

20. Kommer det endrede prosedyrer som følge av avviksrapporter?

Navn	Prosent
Av og til	60,5%
Ofte	4,4%
Aldri	2,6%
Vet ikke	32,5%
Hver gang	0,0%
N	114

21. Får du tilbakemelding på rapporter du har skrevet?

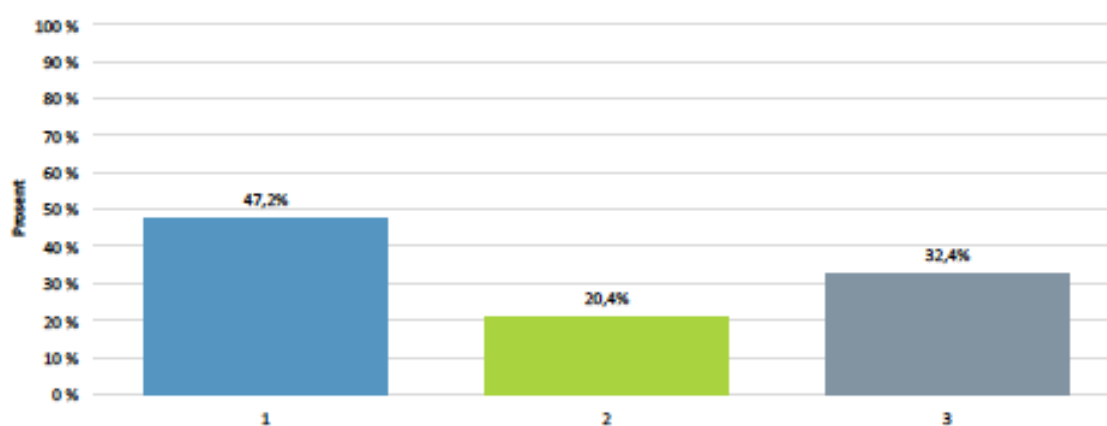


Navn	Prosent
1	27,0%
2	44,3%
3	13,9%
4	14,8%

21. Får du tilbakemelding på rapporter du har skrevet?

Navn	Prosent
Alltid	27,0%
Av og til	44,3%
Aldri	13,9%
Vet ikke	14,8%
N	115

22. Dersom du får tilbakemelding, er denne tilbakemeldingen lett tilgjengelig?

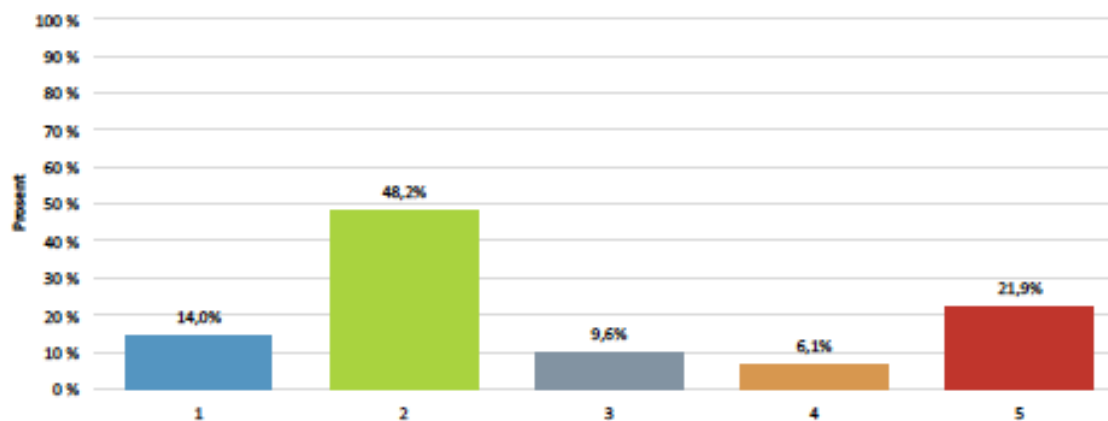


Navn	Prosent
1	47,2%
2	20,4%
3	32,4%

22. Dersom du får tilbakemelding, er denne tilbakemeldingen lett tilgjengelig?

Navn	Prosent
Ja	47,2%
Nei	20,4%
Vet ikke hvor jeg finner den	32,4%
N	108

23. Føler du at du lærer noe av tilbakemeldingen?



Navn	Prosent
1	14,0%
2	48,2%
3	9,6%
4	6,1%
5	21,9%

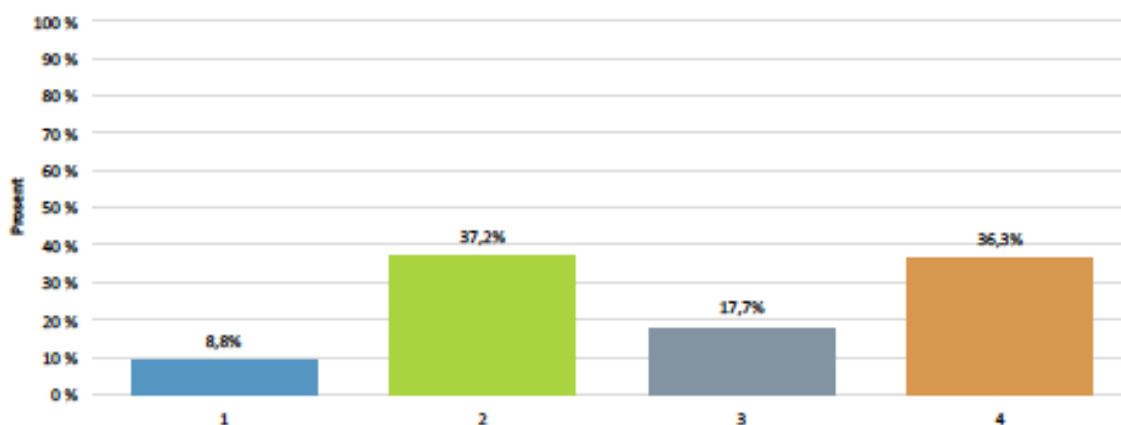
23. Føler du at du lærer noe av tilbakemeldingen?

Navn	Prosent
Alltid	14,0%
Av og til	48,2%
Aldri	9,6%
Får aldri tilbakemelding på mine rapporter	6,1%
Vet ikke	21,9%
N	114

24. Trenes det jevnlig på kompliserte prosedyrer som følge av gjentatte avviksmeldinger?

Navn	Prosent
Ja	8,8%
Av og til	37,2%
Aldri	17,7%
Vet ikke	36,3%
N	113

24. Trenes det jevnlig på kompliserte prosedyrer som følge av gjentatte avviksmeldinger?



Navn	Prosent
1	8,8%
2	37,2%
3	17,7%
4	36,3%

Spørreundersøkelse vedrørende rapportering og læring ved Barne- og Ungdomsklinikken på St.Olavs Hospital

29.01.2015 13:35

25. Har du forslag til hvordan forbedre muligheten for å lære av tidligere feil-og avviks rapporter?

Mer/bedre dialog blant ansatte og ledelse med muligheter for diskusjon og innspill .

Lavere terskel for melding, og bedre kultur for at det er til alles beste. Liker systemt cde har bl ai Danmark hvor alle meldinger er anonyme. Ser ikke poenget med at det ikke er det er i landet, når det er så høy underrapportering som det er i helsevesenet.

Vi har kompetansedager - kan taes inn som en del av undervisningen. Få direkte tilbakemelding fra nærmeste leder på rapporter jeg har skrevet med eventuelle endringer i prosedyre og hvordan informasjonen skal ut i avdelingen.

Virker som om det er ulike oppfatninger internt på St. Olavs for hva man melder som avvik. Bør skille ut pas. relaterte avvik og andre avvik. Man blir målt på avvik og virker som om noen seksjoner produserer avvik.....

At det kan gjøres anonymt, og enklere. Vi får konkrete meldinger om hva som gjøres

Meldesystemet må bli enklere og ta kortere tid

Gå igjennom avvik på evt møter. Ansvarshavende som iverksetter ulike tiltak kan lage evt en mal/opskrift slik at det blir lettere å iverksette tiltak

Anonymisert register over avvik som alle har tilgang til.

lettere tilgang til avviksmelding. Enklere å skrive avviksmelding, eksempelvis ikke å skulle kategorisere den enkelte melding. Det enkleste var at man bare kunne skrive meldingen på "frihånd". Veldig viktig å få direkte og rask tilbakemelding.

At flere avvik tas opp i plenum på personalmøter, kompetansedager osv. Anonymisert selvfølgelig.

Når det gjelder spørsmålet om frykt/ubehag for å melde seg selv eller kollega opplever jeg at dette er to ulike forhold, det er verre å "angi" andre enn seg selv. Bør ikke stå i samme spørsmål...

lagre alle avvik som kommer, med tilhørende løsninger i en søkbar fil / database; ikke ulikt nettsiders QA (questions and answers). På den måten kan man hvis man lurer på noe, søke på problemstillingen og få opp en løsning/prosedyre.

Mye av avvikene går på teknisk utstyr. Datasystemer og registrering av data. Picis system som er komplett opp til pumper osv. Disse feilene er vanskelig å lære av da det er et teknisk problem. Derfor jeg har svart som jeg har gjort. Føler generelt at det er mulig å lære av feilene, men at det godt kunne vært tatt opp andre sine feil slik at flere kan lære av dem.

Diskusjon, samtale med involverte.

Enklere tilgjengelighet når vi skal melde feil. Det tar alltid for lang tid å finne fram selv om man har gjort dette før...og da hender det at det ikke er nok tid til å melde om mindre feil i en travelt hverdag.

Synes at det hadde vært på sin plass å gå gjennom feil (i alle fall de som gjentas tilstadighet) i plenum, dette gjøres ikke i dag. Kun den som har meldt feilen får tilbakemelding (i alle fall av og til)

25. Har du forslag til hvordan forbedre muligheten for å lære av tidligere feil-og avviks rapporter?

Anonymiserte rapporter/oversikter sendes til samtlige ansatte for bevisst gjøring av hyppige avvik
Simuleringstrening
Mere ressurser til undervisning av ansatte

Vi skal være flinkere å melde og sende avviks oftere.

Mer lettilgjengelig og lettvint er en fordel.

Hos oss har det etablert seg en god kultur for avviksmeldinger blant pleiepersonalet, der en har lav terskel for å melde avvik, og en opplever at avviksmeldinger blir tatt tak i og tiltak iverksatt for å unngå at avviket skal gjenta seg. Avviksmeldinger blir også brukt som et "politisk virkemiddel" for å synliggjøre ressursmangel - at feil blir gjort fordi man er for lite folk på jobb/har for lav kompetanse, eller på grunn av mangel på andre ressurser som tekniske hjelpemidler. Før ble avviksmeldinger opplevd som litt "ave maria" - en slags "straff" man utførte for feil som var gjort. Opplever nok litt at legene henger igjen i i gamle holdninger om at en ikke vil melde avvik fordi man ikke vil innrømme feil. For å få god nytte av avviksmeldinger må en etablere en positiv kultur rundt det, der man oppfordres til å melde, og meldinger fører til tiltak. At man opplever at man bidrar til kvalitetsheving.

De fleste avvik jeg melder, blir besvart med at saken lukkes. Jeg vet ikke om avviket fører til noe endring, eller hvilken betydning det har. Enkelte konkrete ting blir det gjort noe med, men ikke alle. Savner å vite hva som blir gjort, men skjønner uansett at det er viktig å melde alle avvik.

Mail til Kunnskapssenteret

Hva bygger det norske pasientsikkerhetsprogrammet på?

Til: _____ Kopi: Anne Karin Lindahl, Unni Krogstad, Øystein Flesland, Postmottak

Fra: Ingrid Sperre Saunes (Ingrid.Sperre.Saunes@kunnskapssenteret.no) Du flyttet meldingen til dens nåværende plassering.

Sendt: 27. februar 2015 10:23:02 Til:

Kopi: Anne Karin Lindahl (Anne.Karin.Lindahl@kunnskapssenteret.no); Unni Krogstad (Unni.Krogstad@kunnskapssenteret.no); Øystein Flesland (Oystein.Flesland@kunnskapssenteret.no); Postmottak (Postmottak.NAKS@kunnskapssenteret.no)

Hei _____, Det høres ut som et spennende prosjekt dere har gitt dere i kast med.

Når det gjelder det norske pasientsikkerhetsarbeidet er det mange aktører, og her får du kun et kort svar som dekker noe av det vi har jobbet med.

Svaret på spørsmålet ditt om det norske pasientsikkerhetsarbeidet bygger på en amerikansk studie/modell.

Svaret på det er Ja og Nei.

Den norske kampanjen som nå er blitt et pasientsikkerhetsprogram er preget av den amerikanske kampanjemodellen til Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Nærmere omtale av dette finner dere i en rapport om valg av innsatsområder i kampanjen:
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/valg-av-innsatsomrader-i-den-nasjonale-pasientsikkerhetskampanjen>

Meldeordningen for uønskede hendelser som er lokalisert i Kunnskapssenteret står i en noe annen tradisjon.

Om forskjellige aspekter ved pasientsikkerhet kan dere se i en annen rapport.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/hva-gjores-for-a-bedre-pasientsikkerheten-satsinger-i-sju-land>

Lykke til med arbeidet! Ingrid Ingrid Sperre Saunes|seniorrådgiver

Vedlegg 10: Tillatelse fra Kvalitetssjef ved St.Olavs Hospital

From:
Merete.Blokkum@stol
av.no To:
atilseth@hotmail.com
CC:
Svein.Harald.Saasen
@stolav.no
Subject: RE: Masteroppgave uheldige hendelser. Spm om
tillatelse. Date: Fri, 10 Apr 2015 09:44:03 +0000

Ja, dere kan bruke dette materialet i oppgaven.

St. Olavs Hospital har en strategi på åpenhet og transparens om våre resultater innen kvalitets og pasientsikkerhetsarbeidet.

Vi er også takknemlig for alle bidrag som kan gjøre oss bedre. Vi ser frem til å lese oppgaven deres når den er ferdig.
Mvh

Merete Blokkum
Kvalitetssjef
St. Olavs Hospital -
Universitetssykehuset i Trondheim
Telefon: 922 54 635

merete.blokkum@stolav.no | www.stolav.no

From: Arnstein Tilseth [mailto:atilseth@hotmail.com]
Sent: Friday, April
10, 2015 10:42 AM
To: Blokkum, Merete
Cc: Saasen, Svein
Harald
Subject: Masteroppgave uheldige hendelser. Spm om
tillatelse.

kopi sendes ven kontaktperson po BUK, Saasen.

Hei.

Vi har tidligere vært i kontakt, da jeg sammen med min kollega jobber med en masteroppgave basert på læring av uheldige hendelser, hvorpå vi sammenlikner St.Olavs og SAS.

I den forbindelse har vi fått tilsendt resultat av GTT, undersøkelser av pasientsikkerhetskulturen samt oversikt over 3-3-meldinger. I tillegg har jeg hentet retningslinjer og prosedyrer som "Melding ved pasientskade eller nestenuhell (v. 3.2)" fra intranett.

Vi lurte derfor på **om vi får tillatelse til å bruke dette i oppgaven**, da det tenkes lagt som vedlegg. En eventuell tillatelse kan i så fall skje ved svar på denne mail.



Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014

Resultat St. Olavs Hospital HF

 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM



Besvarelse, 17 spørsmål

- Spørsmål 1-4, 6-8, 10-16: 6 svaralternativer
 - Svært enig (tallverdi 5)
 - Litt enig (tallverdi 4)
 - Nøytral (tallverdi 3)
 - Litt uenig (tallverdi 2)
 - Svært uenig (tallverdi 1)
 - Vet ikke (tallverdi 0)
- Spørsmål 5 og 9: 6 svaralternativer
 - Svært enig (tallverdi 1)
 - Litt enig (tallverdi 2)
 - Nøytral (tallverdi 3)
 - Litt uenig (tallverdi 4)
 - Svært uenig (tallverdi 5)
 - Vet ikke (tallverdi 0)
- Spørsmål 17, Hvor lenge har du arbeidet i enheten/fagområdet:
4 svaralternativer
 - Mindre enn 1 mnd
 - 1 mnd – 2 år
 - 3-4 år
 - Mer enn 4 år

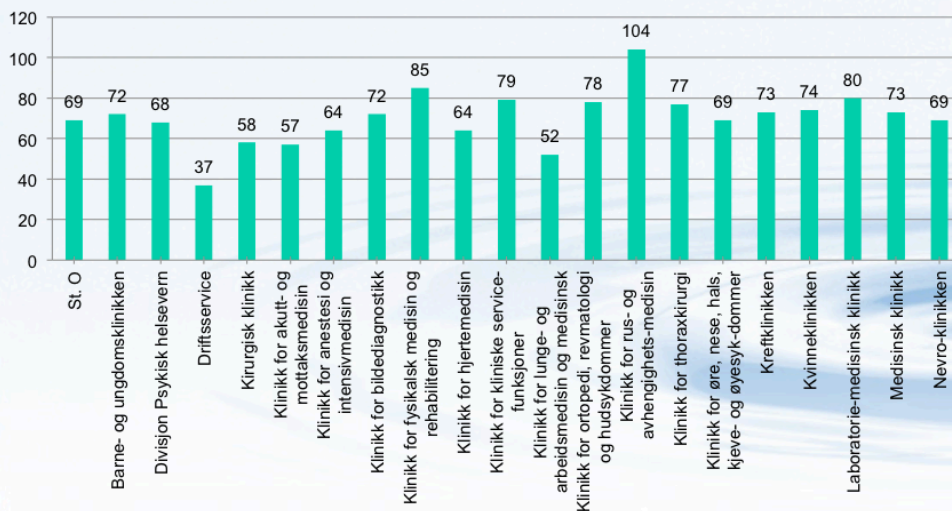
 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Deltakelse

- Antall inviterte: 6860
- Antall divisjoner/klinikker: 22*
- Svarprosent St. Olavs hospital: 69 %
 - Intern variasjon:
 - Median: 72 %
 - Maksimum: 104 %
 - Minimum: 37 %

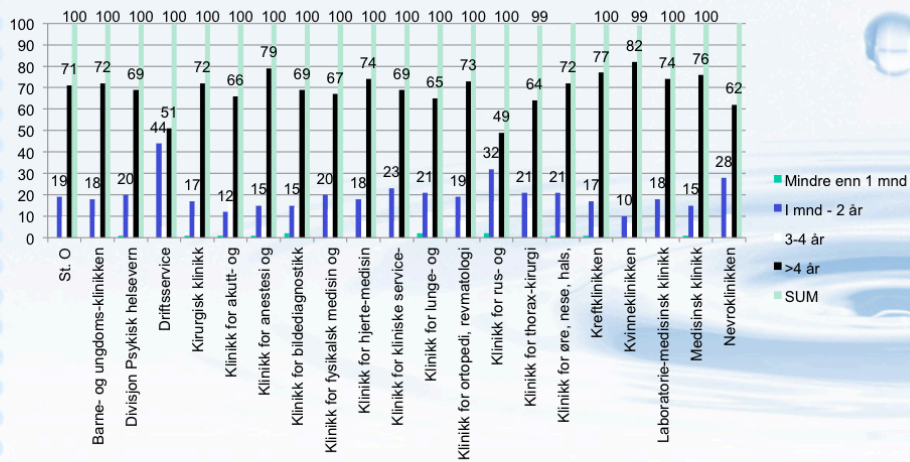
*)Det er utarbeidet rapporter for 146 underenheter

Deltakelse, i %



Resultat spørsmål 17

Hvor lenge har du arbeidet i enheten/ fagområdet



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Resultat spørsmål 1

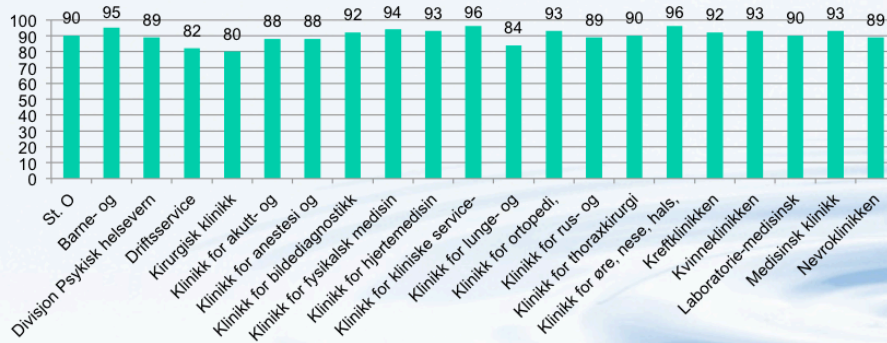
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her

Gjennomsnitt verdier

- St. Olavs hospital: 4,6
 - Median, enheter: 4.8
 - Maksimum, enheter: 4.8
 - Minimum, enheter: 4.1

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

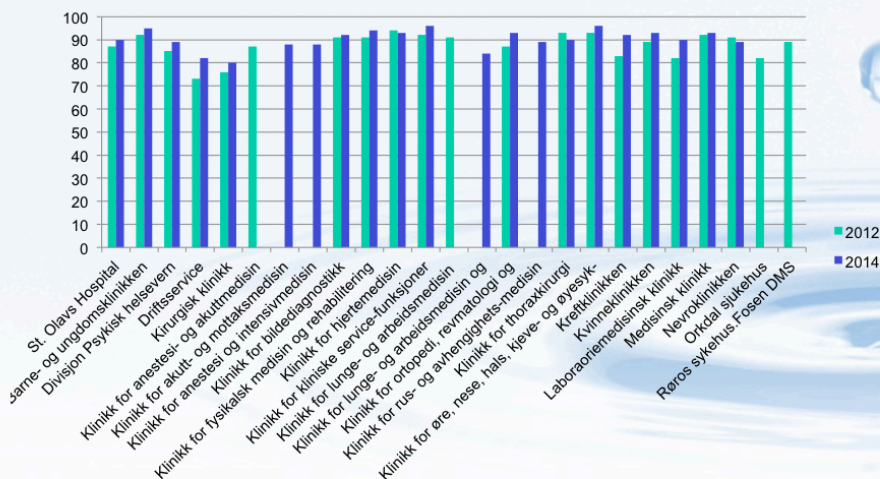
Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 1
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

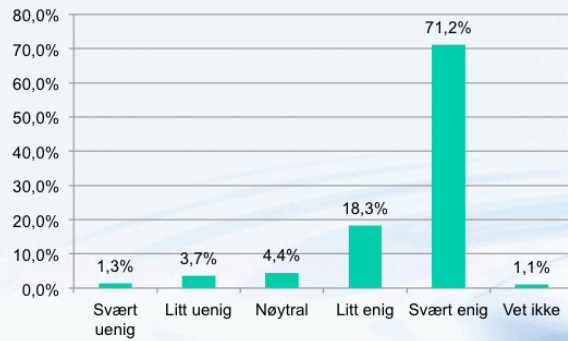
Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 1
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Svar i %, fordeling av svar, spørsmål 1:
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her

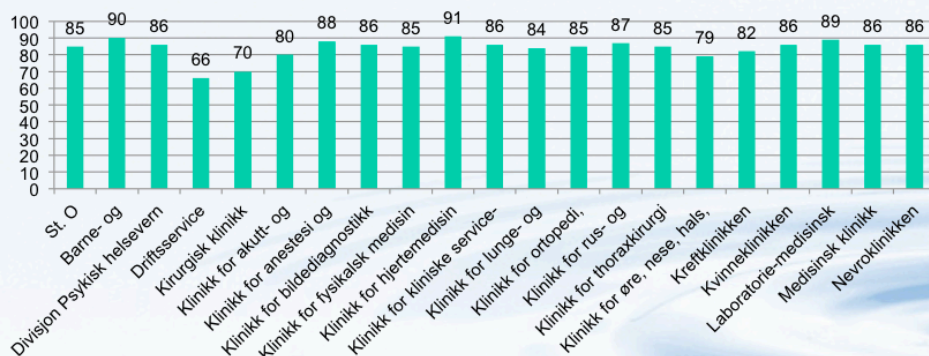


Resultat spørsmål 2
Her blir medisinske feil håndtert riktig

Gjennomsnitt verdier

- St. Olavs hospital: 4,4
 - Median, enheter: 4,4
 - Maksimum, enheter: 4,6
 - Minimum, enheter: 3,8

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 2 Her blir medisinske feil håndtert riktig*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 2 Her blir medisinske feil håndtert riktig*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

Resultat spørsmål 3

Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her

Gjennomsnitt verdier

- St. Olavs hospital: 4,2
 - Median, enheter: 4,2
 - Maksimum, enheter: 4,4
 - Minimum, enheter: 3,6

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 3
Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her*



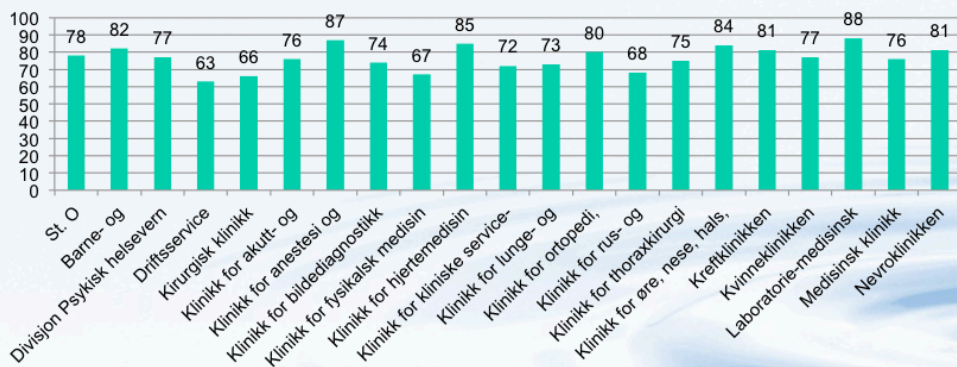
*((Antall svært enig + antall litt enig)/ antall respondenter) x 100))

Resultat spørsmål 7 Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil

Gjennomsnitt verdier

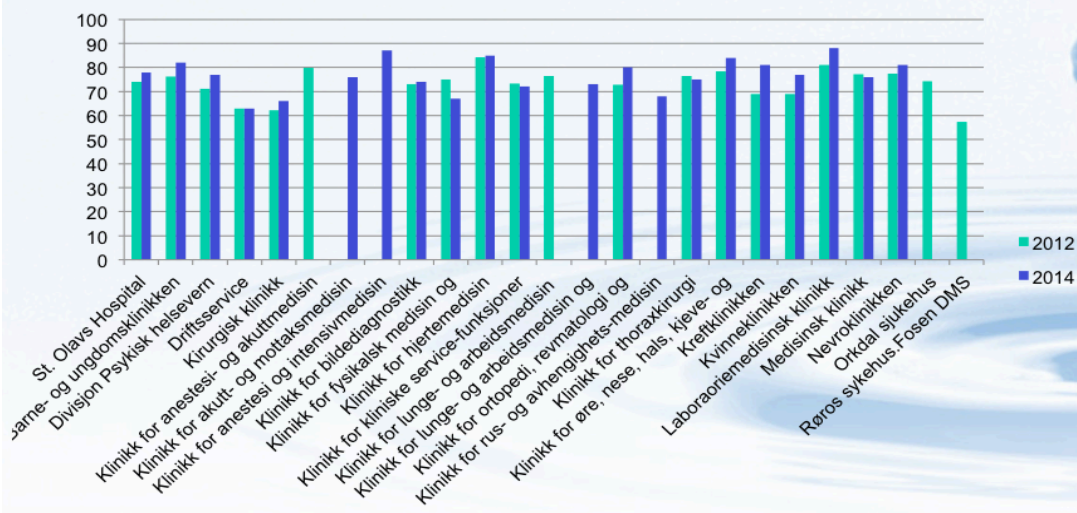
- St. Olavs hospital: 4,1
 - Median, enheter: 4,0
 - Maksimum, enheter: 4,3
 - Minimum, enheter: 3,6

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 7 Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 7 Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil*

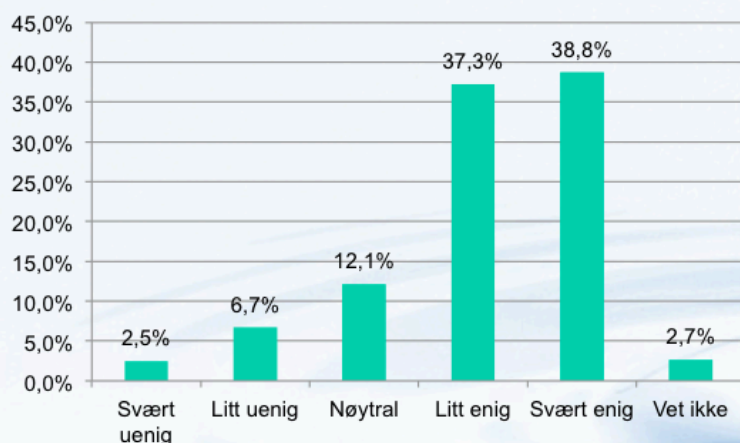


*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))



Svar i %, fordeling av svar, spørsmål 7:

Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil



Resultat spørsmål 9

Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen

For dette spørsmålet er svarene vektet motsatt, dvs. svaret helt enig har verdien 1

Gjennomsnitt verdier

- St. Olavs hospital: 4,1
 - Median, enheter: 4,0
 - Maksimum, enheter: 4,4
 - Minimum, enheter: 3,1

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 9

Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen

For dette spørsmålet er svarene vektet motsatt, grafen viser antall svært uenige og litt uenige



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

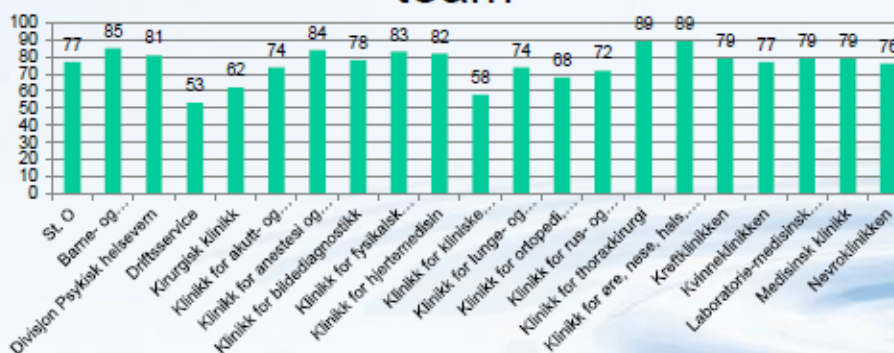
Resultat spørsmål 13

Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team

Gjennomsnitt verdier

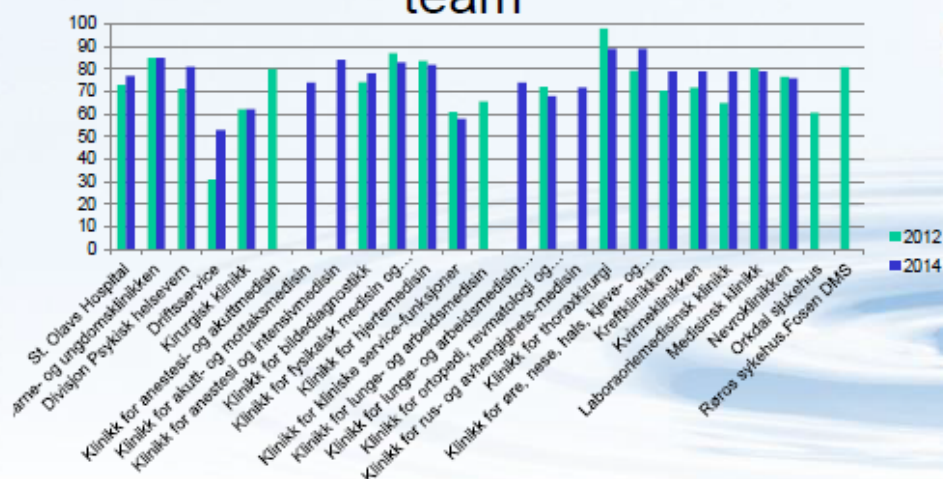
- St. Olavs hospital: 4,0
 - Median, enheter: 4,1
 - Maksimum, enheter: 4,4
 - Minimum, enheter: 3,4

Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 13 Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
antall respondenter) x 100))

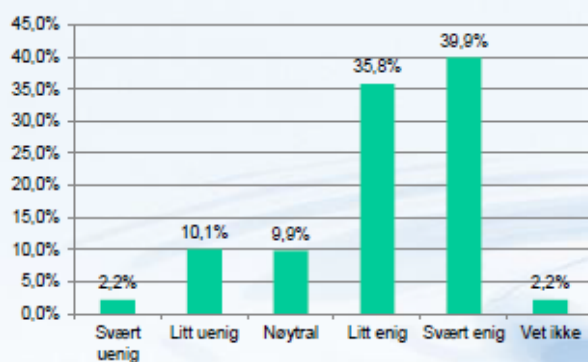
Svar i %, litt enig eller svært enig på spørsmål 13
 Legene og de andre ansatte her
 samarbeider som et velkoordinert
 team*



*((Antall svært enig + antall litt enig)/
 antall respondenter) x 100))

Svar i %, fordeling av svar, spørsmål 13:

Legene og de andre ansatte her
 samarbeider som et velkoordinert team



EQS-dokument 12601, melding ved pasientskade eller nestenuhell

Innledning

Et viktig ledd i arbeidet for å sikre pasientskade eller nestenuhell i Hospital og til trener og plusskomplissiko og hendelser som har ført til pasientskade.

Meldingene skal brukes for å kartlegge og analysere risiko og årsaker til at skader oppstår. Hendelsene skal analyseres, og formålet er å lære av hendelsene og skadene for å hindre gjentakelse eller at lignende hendelser skjer.

Hensikt og omfang

Prosedyren skal sikre at lovpålagt meldeplikt blir ivaretatt, og at uønskede hendelser som har ført til eller kunne ha ført til pasientskade blir meldt og dokumentert i avvikssystemet.

Prosedyren gjelder for alle som oppdager eller er involvert i oppfølging av uønskede hendelser som har ført til eller kunne ha ført til pasientskade.

Arbeidsbeskrivelse

Ansvar

- Den ansatte som oppdager en uønsket hendelse eller skade på pasient eller er involvert i oppfølging av en uønsket hendelse skal melde og dokumentere hendelsen.
- Hendelser som er varslingspliktige til politi og Statens helsetilsyn skal varsles av vakthavende/ansvarlig overlege
- Ledere på alle nivå er ansvarlige for å vurdere årsaker til uønskede hendelser og iverksette tiltak for å forebygge gjentakelse.
- Enhet for kvalitet sender aidentifiserte meldinger om hendelsene til Kunnskapsenteret.

Hva skal meldes?

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 "...betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade."

Med ytelse av helsetjeneste menes forebygging, veiledning, undersøkelse, diagnostisering, forsøk, donasjon, behandling, tilsyn, pleie og omsorg eller mangel på dette.

Skaden anses betydelig dersom den innebærer betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet- skader som medfører reoperasjon eller overflytning til intensiv overvåkning – forlenget sykehusopphold eller varig funksjonstap

Vurderingen av hvorvidt hendelsen har medført betydelig skade eller kunne ha det, vil alltid være preget av medisinsk skjønn. Dersom man er i tvil, bør man som hovedregel melde hendelsen.

Hvis meldingen kategoriseres som betydelig skade eller uønsket dødsfall skal meldingen behandles på et høyere nivå før meldingen kan lukkes. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a Varsling til Statens helsetilsyn:

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

Med alvorlige hendelser menes i denne sammenheng dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko.

I vurderingen skal det særlig legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil eller forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell.

Helsepersonelloven § 36:

”unaturlig dødsfall skal meldes politiet straks”

Meldeplikt til tilsynsmyndigheter

Hva	Hvor	Når	Hvordan	Hvem
Uventet dødsfall	Politiet Statens helsetilsyn Internt avvikssystem Kunnskaps- senteret	Straks (innen 24 timer)	Telefon; 73 89 90 90 E-post varsel@helsetilsynet.no Internt avvikssystem	Vakthavende overlege Vakthavende overlege Ansatt som oppdager hendelsen eller konsekvensen Kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg
Alvorlige hendelser (uventet dødsfall eller betydelig skade hvor utfallet var særlig uventet i forhold til påregnelig risiko)	Statens helsetilsyn Internt avvikssystem	Straks (innen 24 timer)	E-post varsel@helsetilsynet.no Internt avvikssystem, Skjema for melding om pasientskade/ nesten-uhell	Vakthavende overlege Ansatt som oppdager hendelsen eller konsekvensen Kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg
Betydelig skade eller forhold som kunne ha ført til betydelig skade	Internt avvikssystem	Straks (innen 24 timer)	Skjema for melding om pasientskade/ nesten-uhell	Ansatt som oppdager hendelser eller konsekvensen Kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg

Hva	Hvor	Når	Hvordan	Hvem
Uventet dødsfall	Politiet Statens helsetilsyn Internt avvikssystem Kunnskaps- senteret	Straks (innen 24 timer)	Telefon; 73 89 90 90 E-post varsel@helsetilsynet.no Internt avvikssystem	Vakthavende overlege Vakthavende overlege Ansatt som oppdager hendelsen eller konsekvensen Kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg
Alvorlige hendelser (uventet dødsfall eller betydelig skade hvor utfallet var særlig uventet i forhold til påregnelig risiko)	Statens helsetilsyn Internt avvikssystem	Straks (innen 24 timer)	E-post varsel@helsetilsynet.no Internt avvikssystem, Skjema for melding om pasientskade/ nesten-uhell	Vakthavende overlege Ansatt som oppdager hendelsen eller konsekvensen Kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg
Betydelig skade eller forhold som kunne ha ført til betydelig skade	Internt avvikssystem	Straks (innen 24 timer)	Skjema for melding om pasientskade/ nesten-uhell	Ansatt som oppdager hendelser eller konsekvensen Kvalitetsutvalgets

Intern saksbehandling

Nærmeste leder

Ansvar for å behandle meldinger om pasientskade eller forhold som kunne ha ført til pasientskade, følger ledelseslinjen. Meldingen sendes automatisk til nærmeste leder eller definert meldingsansvarlig.

Seksjonsleder har ansvar for å ta imot melding og vurdere årsaksforholdet. Fokus skal være på å dokumentere hva som skjedde og hvorfor det skjedde, ikke hvem som har skylden.

Alle meldinger skal risikovurderes i forhold til alvorlighetsgrad jf WHO's kategorisering:

- Ingen/ ubetydelig konsekvens (ingen observerbar skade på pasient/ nesten-uhell)
- Mindre alvorlig konsekvens – forbigående negativ helseeffekt/ skade som ikke krever omfattende behandling
- Moderat skade – skade som krever behandlingstiltak
- Betydelig skade – betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet- skader som medfører reoperasjon eller overflytning til intensiv overvåking – forlenget sykehusopphold eller varig funksjonstap
- Uventet dødsfall – plutselig og uventet død som kan ha årsak i behandling/ mangel på behandling

Nødvendige tiltak for å hindre gjentakelse skal konkretiseres og tidfestes. Mindre alvorlige hendelser som er ferdigbehandlet, kan lukkes lokalt. Øvrige saker skal sendes til overordnede, evt. overføres annen ansvarlig enhet.

Leder skal sørge for erfaringsoverføring og presentere forbedringstiltak etter hendelser som fast punkt på alle personalmøter.

Oppgavefordeling

1. Melder.

Melder fyller ut skjemaet Registrer melding (=Basismelding), og sender skjemaet automatisk til nærmeste leder. Melder kan følge meldingen mens den er til behandling og får svar i EQS når meldingen er lukket

2. Meldingsansvarlig.

Meldingsansvarlig mottar og vurderer meldingen. Meldingsansvarlig behandler meldingen selv, alternativt oversender meldingen til annen enhet. Hvis meldingsansvarlig behandler meldingen selv er framgangsmåten å gjennomgå meldingen, informere ansatte om meldingen og iverksetter nødvendige tiltak. Hvis meldingen innebærer moderat skade, betydelig skade eller uventet dødsfall kan ikke meldingsansvarlig lukke meldingen. Meldingen, eventuelt meldingens del 3, sendes da til overordnede, til avdelingsledelsen.

Noen ganger innebærer hendelsen at berørte, samarbeidende enheter, bør behandle meldingen isolert. Da sender meldingsansvarlig en kopi av meldingen som Samarbeidskopi, samarbeidene enhet får da meldingen med nytt ID-nummer og kan behandle og gjøre sine tiltak.

Der det er hensiktsmessig kan meldingsansvarlig gi enheter og/eller enkeltpersoner Leserrettighet til meldingen.

3. Avdeling.

Meldinger med pasientskade som er vurdert av meldingsansvarlig som moderat skade, betydelig skade eller uventet dødsfall gjennomgås for avdelingsvis læring og eventuelt avdelingsovergrepene tiltak. Avdelingsledelsen vurderer om meldingen kan lukkes. Alternativt sendes meldingen, evt. Del 4, til Divisjon/klinikkledelsen.

4. Divisjon/klinikk.

Meldinger oversendt fra avdeling gjennomgås for divisjon/klinikkvis læring og eventuelt overgrepene tiltak. Divisjonen/klinikken vurderer om meldingen kan lukkes. Alternativt sendes meldingen, evt. Del 5, til Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget.

Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget. Meldinger oversendt fra divisjon/klinikk gjennomgås for kontrollere meldingens saksgang og tiltakene.

HMS-/ kvalitetsgruppen

Meldinger som er sendt eksterne instanser, skal være gjenstand for behandling i klinikkenes/ divisjonens HMS/ kvalitetsgrupper.

Gruppen skal drøfte hendelsen, årsaker og forslag til tiltak. Videre skal gruppen bidra til å kvalitetssikre gjennomføring og evaluering av tiltak.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget St. Olavs Hospital

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved St. Olavs Hospital analyserer trender og bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser på tvers av klinikker og divisjoner og vurderer behov for klinikk – og divisjonsovergrepene tiltak.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget utarbeider også tertialvise rapporter som forelegges Styret for St. Olavs Hospital HF.

Referanser

Helsepersonelloven
Spesialisthelsetjenesteloven
Lov om medisinsk utstyr
Strålevernforskriften
Legemiddelforskriften
Blodforskriften
Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten

Melding ved
pasientskade eller
nestenuhell

Forfatter: Merete Blokkum (Kvalitetsjef), Anne Mari Selven
Kvam (Kvalitetsrådgiver), Brit Lillian Melheim
(Kvalitetsrådgiver), Erik Solligård (FoU leder), Frode Strømman
(Kvalitetsrådgiver)

Gyldig fra:
24.11.2

Godkjent av: Merete Blokkum (Kvalitetsjef) Revisjonsfrist 23.11.2016 ID: 12601

Revisjonsfrist: 23.11.2016

Vedlegg 13: Oversikt over flyhistorikk

Punkt vis oversikt flyhistorikk:

Store deler hentet fra <http://www.bjtonline.com/business-jet-news/how-flight-safety-has-evolved> og rapporten To Err is Human.

- 1908- Første alvorlige ulykke med fatale følger skjedde i USA. Feil førte til at Orville Wright mistet kontroll på sitt Wright Flyer mens han demonstrerte flyet for militære ledere.
- 1926 fikk ett departement i den Amerikanske Kongressen ansvaret for Luftfarten som var under utvikling. Til nå hadde mange fatale ulykker skjedd.
- 1938 – alt ansvar for sivilluftfart blir flyttet over til et eget departement og fikk navnet Civil Aeronautics Authority. Senere splittet i to til Civil Aeronautic Administration (CAA) og Civil Aeronautics Board (CAB) Forløperen til dagens FAA Federal Aviation Agency I USA.
- 1939- Antoine de Saint-Exupéry påstår at feil med fly og ulykker er så vanlig at sendte man ett fly med post måtte man sende ett ekstra for å plukke opp posten og fly den videre etter at det første hadde krasjet.
- 1944 forløperen til ICAO (International Civil Aviation Organization) blir opprettet under FN og signering av den såkalte Chicago konvensjonen. Dette for å søke en fredfull forståelse mellom partene og forhindre misbruk som kan være en trussel mot sikkerheten til mennesker og verdensfred. Ved å signere avtalen godtok man å operere sivil luftfart på like vilkår samt operere trygt og økonomisk. I dag signert av ca. 190 medlemsland. Et av deres fundamentale fokus er flysikkerhet (Safety) og de lager i dag standarder og anbefalinger som flyselskaper forholder seg til på global basis gjennom 18 forskjellige annekser. Flysikkerhet jobbes det kontinuerlig med gjennom regelverk og standardiserings initiativer. Monitorering av nøkkel sikkerhets trender og indikatorer, sikkerhets analyser og implementering av programmer for å påpeke sikkerhets spørsmål. (<http://www.icao.int>)
- 1945 IATA (International Air Transport Assosiation) opprettes. Har i dag nærmere 300 flyselskap knyttet til seg og medlemmene representerer 84% av total trafikken. Har som formål å blant annet lage standarder for en trygg pålitelig og økonomisk luftfart for konsumentene. (<http://www.iata.org>)

- 1947 Norge signerer Chicago Konvensjonen og blir medlem av ICAO som formelt ble stiftet samme år.
 - 1956 – United Airlines DC-7 krasjet med ett Trans World Airlines Super Constellation da begge fly fløy lavt over Grand Canyon for å gi passasjerene en spektakulær utsikt. 128 mennesker døde. Myndighetene begynte snakke om kontrollering av luftrom uten at de kom videre. Men dette er starten på kontrollsoner i luften slik vi har de i dag.
 - 1958- Ny alvorlig ulykke der to fly krasjet i luften. 61 døde. Kongressen i USA fikk nok og søker gjøre luftfart tryggere ved å etablere Federal Aviation Act av 1958 og overfører funksjoner fra CAA til nyetablerte Federal Aviation Agency. (FAA) Som opererer den dag i dag.
 - 1972 – er det 3.214 mennesker som dør som følge av luftfart på verdensbasis. Det tilsvarer 8 personer om dagen. I 2008 var tallet nede i 876 mye takket være overvåking fra myndigheter og regelverk som kontrollerer luftfarten.
 - 1980 tallet. Man går bort fra å se på hvem som gjorde feil til hva er årsaken til at feil ble gjort.
 - 1990 SAS innfører rapporteringssystemet FLISIS
 - 2003- EASA blir etablert under EU og er i dag den organisasjonen i EU/ Europa som er ledende i sitt arbeide for en trygg og sikker luftfart. De søker kontinuerlig i å forsterke arbeidet gjennom samarbeid med Europeiske og andre nasjoners lovgivere. Som Luftfartstilsynet i Norge. Regulerer i dag luftfart i Europa gjennom regelverket i EASA-Ops og andre forordninger. Legger til grunn bl.a. ICAO sine standarder. Siden Norge ikke er EU medlem har vi ikke stemmerett men vi har møterett. Norge samarbeider derfor mye med Danmark og Sverige som er EU medlemmer i følge tidligere luftfartsdirektør Heine Richardsen.
 - 2015 - Et fly krasjer i alpene. Foreløpige undersøkelser antyder at dette er gjort med vilje mens ene piloten var på toalettet. Bestemmelser om at går en ut skal en inn blir innført slik at man unngår situasjon der døren blokkeres innenfra av den ene som er igjen i cockpit.
-

Vedlegg 14: Årsaksanalyse St.Olavs Hospital

Hensikt og omfang

Dokumentet er en veileder for årsaksanalyse etter uønskede hendelser.

Dokumentet gjelder for Avdeling for patologi og medisinsk genetikk.

Ansvar:

Kvalitetskoordinator, Avdelingssjef og seksjonsledere ved Avdeling for patologi og medisinsk genetikk har hovedansvar for å avdekke årsaker til uønskede hendelser.

Alle ansatte har ansvar for å bidra til å avdekke årsaker til uønskede hendelser.

Referanser:

Metoden for årsaksanalyse er hentet fra: <http://www.pasientsikkerhet.no/category/verktoy/arsaksanalyse>

Årsaksanalyse:

Årsaksanalyse etter uønskede hendelser skal avdekke:

- hva som skjedde – ved å oppnå forståelse og ikke fordele skyld
- hvorfor det skjedde – ved å analysere sammenheng mellom årsak og virkning
- hvordan gjentakelse kan forebygges – ved hjelp av systemforbedring

For å kunne arbeide med konstruktive forbedringstiltak, er det nødvendig å løfte blikket fra evt. personlig skyld for uønskede hendelser, og flytte fokus over på hvordan forbedring kan skje ved å tilrettelegge teknologi og organisering slik at den enkelte ansatte kan yte tryggest mulige helsetjenester.

1. Bruk hjelpespørsmålene for å avdekke årsak:

Vedlagte skjema har en rekke hjelpespørsmål for å avdekke:

- Var det en personfeil eller systemfeil?
- Bakenforliggende årsaker?

2. Formuler systemårsaken:

Systemårsakene bør tilpasses 5 grunnleggende råd for systemårsaker.

Råd nr. 1: Det skal være beskrevet en logisk kjede mellom årsak og virkning som knytter årsaken til den uønskede hendelsen. Denne sammenhengen skal fremstå klart, også for utenforstående. For eksempel: GALT: "Legen var uerfaren." RIKTIG: "Legen hadde ikke fått opplæring i det aktuelle arbeidsverktøyet. Dette økte sannsynligheten for at verktøyet ble brukt på gal måte."

Råd nr. 2: Negative formuleringer benyttes ikke i en årsaksbeskrivelse. En detaljert og nøytral beskrivelse av de faktiske forhold har større sjanse til å bidra konstruktivt i forbedringsarbeidet. For eksempel: GALT: "Inkompetent sykepleier." RIKTIG: "Sykepleieren var ikke tilstrekkelig informert om bivirkninger av den aktuelle behandlingen, noe som økte sannsynligheten for å feilvurdere pasientens tilstand."

Råd nr. 3: Enhver menneskelig svikt skal ha en bakenforliggende systemårsak. Det vil alltid kunne finnes systemårsaker dersom menneskelig svikt (en ”enkelt-barriere feil”) utløser en alvorlig uønsket hendelse. Imidlertid er det ikke gjennomførbart å fjerne alle slike systemårsaker. For eksempel: GALT: ”Sykepleieren var uoppmerksom og tok feil medikament som ble gitt pasienten.” RIKTIG: ”Medikamentet som feilaktig ble gitt har liknende forpakning og ble dessuten oppbevart ved siden av medikamentet som skulle vært gitt. Dette økte sannsynligheten for at de to medikamentene ble forvekslet.”

Råd nr. 4: Brudd på prosedyrer / retningslinjer er ikke systemårsaker i seg selv. Det vil alltid finnes bakenforliggende årsaker til avvik fra prosedyrer. Slike årsaker kan for eksempel være manglende opplæring i prosedyren, forstyrrelser, tidspress eller at brudd på prosedyren er akseptert praksis (=systemfaktorer). For eksempel: GALT: ”Sykepleierne ga feil dose av medikamentet fordi de ikke utførte tilstrekkelig nøye dobbeltkontroll.” RIKTIG: ”Dobbelkontroll av det aktuelle medikamentet ble i enheten ofte utført ved at den andre sykepleieren ”så over” utregningen, til tross for at prosedyren krevde at den andre sykepleieren skulle utføre hele utregningen på selvstendig grunnlag. Den avvikende praksisen var likevel akseptert i enheten, noe som økte sannsynligheten for at feil i utregningen ble oversett.”

Råd nr. 5: Manglende handling kan bare være en årsak hvis det foreligger en velbeskrevet og velkjent plikt til å handle. For eksempel: GALT: ”Legen ordinerte ikke at det skulle tas prøver av pasienten, slik de andre legene pleier å gjøre.” RIKTIG: ”Det finnes ingen prosedyrer for eller beslutningsstøtte for å avgjøre hvorvidt denne typen prøvetaking skal foretas. Dette øker sannsynligheten for at prøvetakingen utelates.”

3. Finn mulige forbedringstiltak:

Effektive forbedringstiltak – hva virker?

Meget effektive tiltak er:

- Teknologiske barrierer
- Prosessforenkling, fjerning av unødige prosesstrinn
- Standardisering av utstyr, prosesser og journaler
- Brukertestning av nytt utstyr før anskaffelse
- Massivt engasjement for pasientsikkerhet i ledelsen
- Endringer i enhetens fysiske utforming Moderat effektive tiltak
- Redusere arbeidsbelastning
- Forbedring av IT-systemer
- Redusere forstyrrelser
- Sjekklistor og andre støtteverktøy
- Eliminere produkter med navn / forpakninger som blir forvekslet
- Bekreftelse av muntlige beskjeder –tilbakelesing til avsender
- Styrket dokumentasjon av prosedyrer
- Redundante systemer Mindre effektive tiltak
- Dobbelkontroll
- Advarsler og merking
- Nye retningslinjer
- Undervisning
- Ytterligere observasjoner / analyser

Implementering av forskrift om legemiddelhåndtering

FOR-2008-04-03-320

Rundskriv IS-9/2008

Det viktigste ved ny forskrift

1. Systemforskrift
2. Virksomhetsleder har det helhetlige ansvaret
3. Fokus på forsvarlighet og kompetanse
4. Kan tilpasses ulike lokale behov

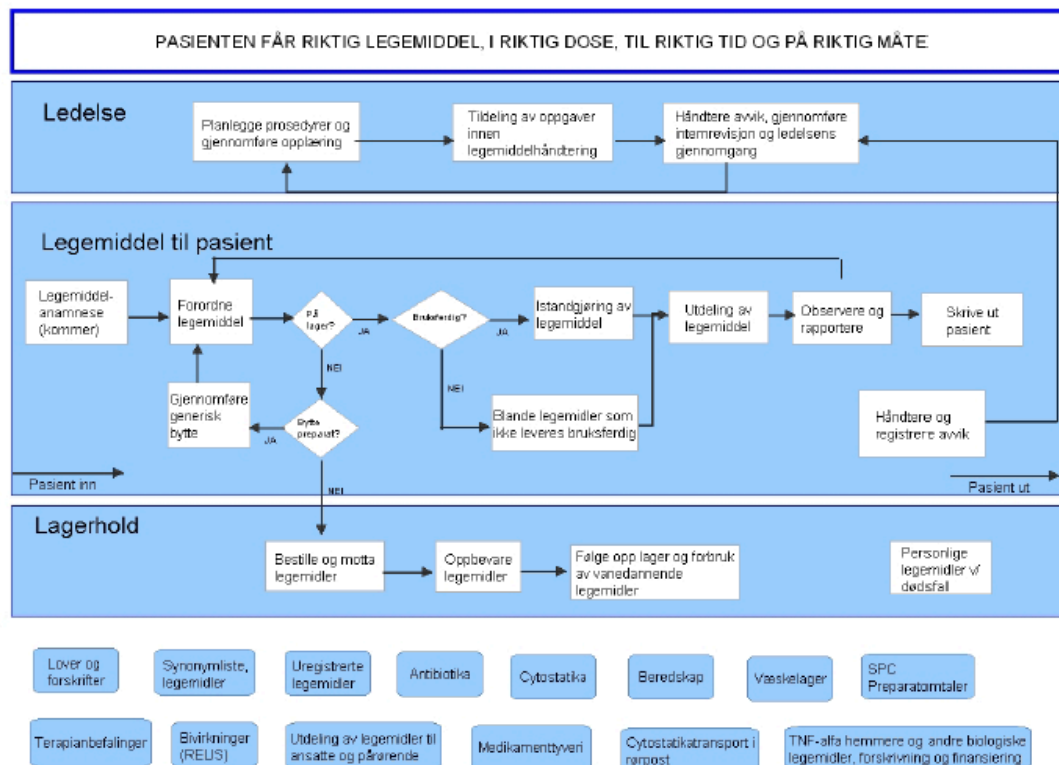
Vedtak i Helse Midt-Norge om samordnet implementering

- Ønske om felles regional fortolkning fra legemiddelkomiteene i regionen
- Vedtatt gjennomført på fagdirektørmøte
- Håndbok (perm) er utarbeidet med:
 - Bakgrunnsinformasjon
 - Overordnede tolkninger i Helse Midt-Norge
 - Føringer for implementering i de lokale helseforetakene

Arbeidsgruppe ved St. Olavs Hospital

- Olav Spigset, leder i legemiddelkomiteen (leder)
 - Lisbeth Dahlhaug, EPJ-ansvarlig, Fagavdelingen (sekretær)
 - Kirsti Forså/Liv Johanne Wekre, Sykehusapoteket
 - Janne K. Sund, Sykehusapotekene i Midt-Norge
 - Aud Olsen, avd.sykepleier, Avdeling for geriatri
 - Merete Blokkum, kvalitetssjef, Fagavdelingen
- Resultat: I alt 17 nye/reviderte retningslinjer

Legemiddelhåndteringsprosessen i EQS



Krav om kunnskap og ferdigheter

- Krav til individuell vurdering og dokumentasjon ved tildeling av oppgaver
 - Ikke lenger oppgaver delegert fra lege
 - Skal tildeles navngitte personer – ingen automatikk
 - Ikke lenger krav om å være autorisert helsepersonell
- Tildelingsoppgaven skal ligge hos leder på operativt nivå, dvs. nivå 3-4
- Oppgaver skal tildeles ut fra en vurdering av den enkelte ansattes formelle og reelle kompetanse
 - Ved vurdering av realkompetanse skal operativ leder ta utgangspunkt i virksomhetens liste over relevante kunnskapskrav for de aktuelle oppgaver
- Skal dokumenteres
- Skjema er utarbeidet



Dokumentasjon av individuell vurdering og tildeling av oppgaver innen legemiddelbehandling

Ansettels navn:	
Grunn- og videreutdanning:	

Tema:	Kryss av når vurdert som ok:
Formell kompetanse tilfredsstillende	
Realkompetanse	
• Konkrete kunnskapskrav i følge sjekkliste	
• Evidente arbeidsprosedyrer	
Kunnskapsnivå i praksis for legemiddelbehandling (L2) for å kunne utføre oppgaven	

..... er individuelt vurdert og har myndighet til å utføre følgende oppgaver innen le gemiddelbehandling i (sted):

Oppgave	Kryss av for tildele oppgaver/ gjennomført opplæring:
Forordne legemidler	
Bytte mellom byttbare synonymer legemidler	
Gjøre i stand (fremstilling av fortløpende legemidler)	
Tilberede (falsgering av ikke-brudeferdige legemidler)	
Dele ut legemidler	
Personale legemiddelformer	
Rektale legemiddelformer /svagitorer	
Hudmidler	
Pflaster med legemidler	
Øye-tese-legemidler	
Inhalasjoner	
Injektjoner	
Infusjoner	

Denne tabellen er gyldig til

Oppføring gjennomført, dato/sign ansett:	
Dato/sign. /Innlegg:	



SJEKKLISTE KONKRETE KOMPETANSEKRAV:

Sjekklisten viser generelle krav til kompetanse for å kunne utføre ulike oppgaver innen legemiddelbehandling uavhengig av typen legemiddel. Leder skal ta utgangspunkt i denne liste når en persons reelle kvalifikasjoner skal vurderes. Det forventes at helsepersonell som får tildele oppgaver har nødvendig kunnskap om det enkelte legemidlets virkning og bivirkning til å kunne utføre oppgaven forsvarlig.

OPPGAVER:	KOMPETANSEKRAV:	OK
Forordne legemidler	Forordne for forordning av legemidler (nivå 1) Kjenne til korrekt bruk av kasse Kjenne til og kunne bruke behørige prosedurer fra utførelse av håndledningsplaner Kjenne bruke Helsedirektoratets legemiddelliste (bytteliste) Kjenne anv. foringer fra Legemiddelkomiteen for å begrense bruk av tilsvarende preparater.	
Bytte mellom byttbare legemidler	Forordne for bytte mellom byttbare legemidler (nivå 1) Kjenne bruke Helsedirektoratets legemiddelliste Kjenne til hvilke krav som skal over oppfylt for at to legemidler skal kunne byttes Kjenne bruke ATC-registret i Felleskatalogen Kjenne foringer fra Legemiddelkomiteen for å begrense bruk av tilsvarende preparater.	
Gjøre i stand legemiddelkasser	Forordne for utregning (nivå 1/2) Kjenne lese og forstå en kurve Vite hvilke krav som stilles til en oppløsning, en suspensjon og en emulsjon Kjenne set midtinstyret således brukes til flytende perorale legemidler og fremstilt utredde doser merkes. Kjenne anvendelse rutiner for dille-kontroll Ha et bevisst forhold til egenkontroll Kjenne praktisere forsvarlig melding av istandgjorte legemidler. Beherske aseptiske teknikk Beherske relevant legemiddelregning. Kjenne brukte ulike legemidler Kjenne håndtere helsefarlige legemidler forsvarlig for å unngå eksponering. Kjenne dokumentasjon på kursen	
Tilberede legemidler som ikke leveres brukfærdige (Eks. smaltiddelegemidler som skal gis som injeksjon)	Forordne for tilberedning (nivå 1/2) Beherske legemiddelregning Ha kjennskap til begrensninger mht. bløddrøst Ha et bevisst forhold til egenkontroll Vite hvordan legemidler og utledningsprodukter som skal brukes skal kontrolleres.	

Opptak av legemiddelanamnese

- Viktig for kvalitetssikring av legemiddelinformasjon
 - Dette gjelder under innleggelse og ved utskrivning
- ”Det skal etableres rutiner for opptak av legemiddelanamnese og overføring av legemiddelinformasjon fra anamnese til kurve”
 - Innhenting av bakgrunnsdata
 - Hva er det spurt om/hva er det ikke spurt om?
 - Hvor stammer informasjonen fra? (dvs. hvor sikker er den?)
 - Er det tatt kontakt med sykehjem, hjemmesykepleie etc.
 - Eget skjema – separat høringsrunde
 - Kurvføring skal utføres av leger

Generelle direktiver

- Bruk av generelle direktiver tillates ikke lengre
- Utdeling av legemidler skal skje på grunnlag av ordinerer gjort av lege til den enkelte pasient
 - Nåværende bruk av generelle direktiver må endres - kan ikke som tidligere gi midler til pasientgrupper
- "Standardpakker" kan fortsatt brukes, men skal i så fall ordineres til hver enkelt pasient
 - Ved bruk av "standardpakker" skal det være en rutine for dette i virksomheten

Bytte mellom synonympreparater

- Skal ha rutiner som sikrer forsvarlig bytte
- Det anbefales at det kun er leger, sykepleiere og vernepleiere som kan utføre bytte
- Byttet utføres på grunnlag av foretakets bytteliste, som er basert på Legemiddelverkets bytteliste

Kurveføring

- Ved bytte mellom synonympreparater
 - Det skal dokumenteres hvilket preparat pasienten faktisk har fått
- Ved forordning over telefon
 - Preparat og dosering gjentas av sykepleier i telefonen
 - Dokumenteres av sykepleier i kurven med "Tlf: legens initialer / spl. initialer"
 - Signeres på kurve av lege i etterkant

Bestilling til lager

- Alle avdelinger skal ha ei basisliste som er godkjent av ansvarlig lege
- Legemidler på basisliste bestilles til faste dager
 - Signeres av avd.spl./stedfortreder *eller* lege
- Legemidler utenfor basisliste
 - Kan bestilles ut fra pasientens kurve
 - Signeres av avd.spl./stedfortreder *eller* lege
 - Forskriften sier: Et begrenset antall sykepleiere bør ha denne adgangen
- A-preparater bestilles inntil videre som før på egen narkotikarekvisisjon
 - Signeres av lege

Kontroll av A- og B-preparater

- A-preparater:
 - Som før
- B-preparater:
 - Forskriften sier:
 - Skal sammenholdes med innkjøpsstatistikk
 - Ved mistanke om uregelmessigheter skal regnskap føres på samme måte som for A-preparater
 - Anbefaling fra regional gruppe:
 - Alle skal føre regnskap uansett

Utskrivning av pasient

- Systematisk legemiddelinformasjon i epikrisen
 - En god legemiddelanamnese danner grunnlaget
 - To deler:
 - Legemidler ved utskrivelse
 - Hva er endret underveis
- Tilpasning til kommende KMF

Avvik vs. bivirkninger – hva er hva?

Egne prosedyrer for rapportering av avvik

Bivirkninger skal meldes til RELIS (www.relis.no)

Hva gjør jeg nå???

- Informasjon om forskriften til egne ansatte
- Gjennomgå eventuelle nivå 2-prosedyrer
- Vurdere formell og reell kompetanse for aktuelle ansatte
- Utarbeide basislister
 - Apoteket kan være behjelpelig med statistikk etc.
- Definere "standardpakker" til bruk i egen enhet

Farmasøytisk tilsyn

- Ikke lenger et krav
- Det generelle kravet om internrevisjon gjelder
 - § 4 i forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten
- Skal ha med fagrevisor med legemiddelkompetanse
- Behov for evt. ekstern revisjon skal vurderes og dokumenteres

Reviderte/nye retningslinjer

- Legemiddelhåndteringsprosessen
- Styring av legemiddelhåndtering
- Tildeling av oppgaver innen legemiddelhåndtering
- Ta opp legemiddelanamnese
- Bytte mellom byttbare legemidler
- Forordning av legemiddel til pasient
- Istandgjøring av legemiddel til pasient
- Utdeling av legemiddel til pasient
- Tilberedning og håndtering av antimikrobielle midler (antibiotika)
- Intravenøs injeksjon og infusjon av legemidler
- Intramuskulær, subkutan og intrakutan injeksjon av legemidler
- Vaksinerings
- Utskrivning av pasienter
- Epikriser – opprettelse og ferdigstilling i EPJ
- Informasjon om videre legemiddelbehandling etter utskrivning
- Rekvirering, mottak, oppbevaring, kontroll og retur av legemidler
- Utdeling av legemidler til ansatte og pårørende
- Utlevering av legemidler til pårørende/arvinger etter dødsfall

Oppsummering

- Legemiddelhåndtering er ikke lenger delegert ansvar fra lege, men fra direktør via enhetsleder
- Legemiddelhåndtering er en profesjonsuavhengig oppgave
 - Bortsett fra forordning, som er legens ansvar
- Krav til vurdering av kompetanse
 - Skal dokumenteres – eget skjema
 - Fungerer som fullmakt
- Generelle direktiv er ikke lenger tillatt
 - "Standardpakker" kan brukes
- Avd.spl./stedfortreder *eller* lege kan rekvirere legemidler
 - Unntak: A-preparater
- Eget skjema for legemiddelanamnese
 - Separat høringsrunde – kommer senere

Vedlegg 16: Deltagere intervju BUK

Deltagere dybde intervju

Informantliste

Informant A: Administrativ stilling

Informant B: Seksjonsleder

Informant C: Seksjonsleder

Informant D: Seksjonsleder

Informant E: Seksjonsleder

Informant F: Seksjonsleder

Informant G: Seksjonsleder

Informant H: Administrativ stilling

Informant I : Seksjonsleder

Informant J : Administrativ stilling

Informant K: BUK's Kvalitetsrådgiver. Samtale ang. BUK's håndtering av uønskede hendelser. Foretatt på senere tidspunkt enn dybde -og breddeundersøkelser.

Vedlegg 17: Forespørsel til Kvalitesrådgiver BUK

Epost sendt til Saasen

Til

Svein Harald Saasen
Takk for sist og Godt Nytt år.

Sofiemyr, 08.januar 2015

I forbindelse med oppgaven vår og det som er gjennomført av spørreundersøkelse og intervjuer så sitter jeg igjen med et spørsmål som egentlig går på hele St. Olavs hospital og da også dere på BUK.

Fagfolk innen organisasjonslære påstår at for å få til et godt læringsutbytte i en organisasjon er det viktig at det i organisasjonens ledelse utvikles en bevisst læringsstrategi for hele organisasjonen, forankret i systemtenkning. (*Med Systemtenkning mener de at "man forstår helheten og sammenhenger i egen organisasjon og den situasjon organisasjonen befinner seg i. Derved kan man se sammenhenger mellom de ulike hendelser og aktiviteter slik at man kan avdekke årsaker bak de effekter man observerer".*) Dette for å klare forløse læring blant medarbeidere i alle funksjoner og på alle nivåer i organisasjonen samt klare å kanalisere den enkeltes læring på en slik måte at alle bidrar til å ivareta og fremme de overordnede helhetsinteresser i organisasjonen.

Og for St.Olavs og BUK snakker vi i dette tilfellet om forbedret pasientsikkerhet som følge av at alle er i en kontinuerlig læringsprosess hvor bruk av avviksmeldinger er en del av dette.

Har dere på BUK og St.Olavs noe tilsvarende for å klare nyttiggjøre det potensialet som ligger i blant annet rapporteringsverktøyet?

Er denne strategien i så fall forankret fra toppledelsen på St.Olavs og spredt uti organisasjonen eller er det slik at hver klinikk eller avdeling lager sin egen?

Mvh
Kristin Lund

.....

Til Kristin Lund
Fra Svein Harald Saasen 09.01.2015

Hei
Og godt nytt år.
Her er et utdrag fra prosedyre om Kvalitetssystemet ved St Olavs Hospital. Den beskriver noe av det som du etterlyser.

Kontroll og korrigerende tiltak Overvåking og måling Samsvarsvurdering

Aktiviteter, produkter eller tjenester skal være i samsvar med lov, forskrift eller egne bestemmelser. Metoder som brukes for å bekrefte samsvar er:

- kartleggingsskjema
- interne revisjoner
- utslippsmålinger
- HMS vernerunder

Resultatene fra samsvarsvurderingene dokumenteres, og inngår i underlaget for ledelsens gjennomgåelse.

 [Vurdering av virksomhetens miljøaspekter](#)

Avvik og uønskede hendelser

Kunnskap om avvik og uønskede hendelser er en viktig kilde til læring. Meldingene brukes for å kartlegge og analysere risiko og årsaker til at avvik og uønskede hendelser oppstår.

Hendelsene skal analyseres i et systemperspektiv og formålet er å forebygge gjentakelse.

Alle ansatte skal registrere avvik i henhold til prosedyrer.

Avvik og uønskede hendelser registreres både ved pasientskader, nestenuhell, systemavvik og skade på ansatt. I tillegg registreres forbedringsforslag.

Det jobbes kontinuerlig med å opprettholde god meldekultur ved St. Olavs Hospital. Kvalitetsnettverket hvor alle klinikker/divisjoner har en representant, er et sentralt verktøy for å sikre erfaringsoverføring på tvers i organisasjonen.

 [Melding ved pasientskade eller nestenuhell](#)


 [Meldingsprosessen ved melding om pasientskade, nestenuhell på pasient Melding om systemavvik og](#)

 [forslag til forbedring](#)

 [Avvik/ uønskede hendelser som berører ansatte.](#)

Interne revisjoner


Interne revisjoner gjennomføres for å vurdere om kvalitetsstyringssystemet fungerer tilfredsstillende, oppfyller kravene i ISO 14001, er ordentlig iverksatt og vedlikeholdt. Interne revisjoner gjennomføres i henhold til en årlig fastlagt plan på foretaks-, divisjons og klinikknivå.

 [Intern revisjon - planlegging, gjennomføring og oppfølging](#)

Ledelsens gjennomgåelse

Foretakets øverste ledelse gjennomgår årlig kvalitetsstyringssystemet for å sikre at det er velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt.

Beslutninger om satsingsområder med målsetninger og tiltak dokumenteres.

 [Ledelsens gjennomgåelse av kvalitets- og HMS-systemet ved St. Olavs Hospital HF](#)

St Olavs hospital utfører Hendelsesanalyser av utvalgte alvorlige hendelser og GTT som standard for voksne pasienter.

I tillegg er det slik at hver klinikk utarbeider sine egne strategier for interne rapport/læringsprosesser.

Mvh Svein

H

Vedlegg 18: GTT St.Olavs Hospital

GTT ved St.Olavs Hospital

Hei

Beklager sent svar.

St. Olavs Hospital deltar i GTTmålinger som del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Vedlagt funnene fra GTT i 2013 og 2014.

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014 (til og med 2. tertial)	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<p>Antall alvorlige pasient skader GTT (alvorlighetsgrad F-I)</p> <p>Kommentar amsk:</p> <p>F1 betyr Forbigående skade som førte til lengre sykehusopphold pga allergisk reaksjon</p>	GTT-team	<p>Skade nummer 1:</p> <p>Alvorlighetsgrad G, langvarig skade, varig mén. Skadetype 10, annen infeksjon.</p> <p>Skade nummer 2:</p> <p>Alvorlighetsgrad G, langvarig skade, varig mén. Skadetype 14, organskade.</p> <p>Skade nummer 3:</p> <p>Alvorlighetsgrad H, livreddende behandlingstiltak var nødvendig. Skadetype 10, annen infeksjon.</p> <p>Skade nummer 4:</p> <p>Alvorlighetsgrad H, livreddende behandlingstiltak var nødvendig. Skadetype</p>	<p>Skade nummer 1:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 12, postoperativ blødning/hematom</p> <p>Skade nummer 2:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 16, annen kirurgisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 3:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 20, trombose/emboli.</p>	<p>For 2013 viser 10% av undersøkter journaler skader</p> <p>Antall skader : 24</p> <p>Antall undersøkter journaler: 240</p> <p>Totalt antall pasient opphold som de undersøkter journalene</p>

	<p>11, reoperasjon.</p> <p>Skade nummer 5: Alvorlighetsgrad H, livreddende behandlingstiltak var nødvendig. Skadetype 14, organskade.</p> <p>Skade nummer 6: Alvorlighetsgrad H, livreddende behandlingstiltak var nødvendig. Skadetype 16, annen kirurgisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 7: Alvorlighetsgrad G, langvarig skade, varig mén. Skadetype 10, annen infeksjon.</p> <p>Skade nummer 8: Alvorlighetsgrad G, langvarig skade, varig mén. Skadetype 11, reoperasjon.</p> <p>Skade nummer 9: Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 3, fallskade.</p> <p>Skade nummer 10: Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 5, UVI.</p> <p>Skade nummer 11: Alvorlighetsgrad E,</p>	<p>Skade nummer 4: Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 7, nedre luftveisinfeksjon.</p> <p>Skade nummer 5: Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 11, reoperasjon.</p> <p>Skade nummer 6: Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 16, annen kirurgisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 7: Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 5, UVI.</p> <p>Skade nummer 8: Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 16, annen kirurgisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 9: Alvorlighetsgrad F, forbigående skade</p>	<p>er trukket fra: 40150 Man jobber nå med gransking av journaler fra 1.tertial 1 2014 5.9.2014 Rapport for 1. tertial 2014 16,25% skader i undersøkte journaler Antall skader: 13 Antall undersøkte journaler 80 Totalt antall pasientopphold som de undersøkte pasientoppholdene er</p>
--	--	---	---

	<p>forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 5, UVI.</p> <p>Skade nummer 12:</p> <p>Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 12, postoperativ blødning/hematom.</p> <p>Skade nummer 13:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 12, postoperativ blødning/hematom.</p> <p>Skade nummer 14:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 14, organskade.</p> <p>Skade nummer 15:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 2, blødning.</p> <p>Skade nummer 16:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 11, reoperasjon.</p>	<p>som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 16, annen kirurgisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 10:</p> <p>Alvorlighetsgrad G, langvarig skade, varig mén. Skadetype 10, annen infeksjon.</p> <p>Skade nummer 11:</p> <p>Alvorlighetsgrad I, pasienten døde. Skadetype 2, blødning.</p> <p>Skade nummer 12:</p> <p>Alvorlighetsgrad I, pasienten døde. Skadetype 10, annen infeksjon.</p> <p>Skade nummer 13:</p> <p>Alvorlighetsgrad I, pasienten døde. Skadetype 12, postoperativ blødning/hematom.</p> <p>Skade nummer 14:</p> <p>Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 23, øvrige skader.</p> <p>Skade nummer 15:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold.</p>	<p>trukket fra: 13975. Selve metoden for GTT innebærer at pasienter skal være utskrevet før man kan gjøre uttrekk. Dette medfører at årsresultatet for 2014 først vil være klart mars 2015.</p>
--	---	--	---

		<p>Skade nummer 17:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 12, postoperativ blødning/hematom.</p> <p>Skade nummer 18:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 13, postoperativ respiratorisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 19:</p> <p>Alvorlighetsgrad G, langvarig skade, varig mén. Skadetype 16, annen kirurgisk komplikasjon.</p> <p>Skade nummer 20:</p> <p>Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 21, trykksår.</p> <p>Skade nummer 21:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 3, fallskade.</p> <p>Skade nummer 22:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 11,</p>	<p>Skade type 11, reoperasjon.</p> <p>Skade nummer 16:</p> <p>Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 5, UVI.</p>
--	--	--	--

		<p>reoperasjon.</p> <p>Skade nummer 23:</p> <p>Alvorlighetsgrad F, forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold. Skadetype 12, postoperativ blødning/hematom.</p> <p>Skade nummer 24:</p> <p>Alvorlighetsgrad E, forbigående skade som krevde behandling. Skadetype 21, trykksår.</p>	
--	--	---	--