

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK353H

Navn på kandidat: 1 og 2

Norske systemer for melding av
leiringsskade- et viktig arbeidsredskap i
perioperativ sykepleie

Dato: 15.05.2017

Totalt antall sider: 53

Innhold

.....	0
FORORD.....	1
SAMMENDRAG.....	2
KAPITTEL 1 INNLEDNING.....	3
Studiens hensikt.....	3
Problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
Oppgavens avgrensinger.....	5
Oppgavens oppbygning.....	5
KAPITTEL 2 TEORETISK GRUNNLAG FOR STUDIEN.....	6
Perioperativ sykepleie.....	6
Faglig-etisk ansvar for å forebygge skader.....	8
Omsorg når pasientens liv er i våre hender.....	9
Kirurgisk leiring og leiringskader.....	11
Meldesystemer.....	14
KAPITTEL 3 REDEGJØRELSE FOR METODEVALG.....	16
Kvalitativt design.....	17
Søkefaser.....	18
Dokumentformer.....	20
Utvalgte dokumenter.....	21
Dokumentanalyse som forskningsmetode.....	23
Beskrivelse av datamaterialet.....	25
Analyseprosessen.....	26
Validitet, overførbarhet og troverdighet.....	26
KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV FUNN.....	27
Avviksmelding er en plikt.....	28
Melde for å lære.....	30
Meldesystemenes samfunnsmessige konsekvenser.....	33
Meldesystemenes tilgjengelighet.....	34
KAPITTEL 5 DRØFTING.....	36
KAPITTEL 6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	45
REFERANSER.....	47

FORORD

Vi er to nyutdannede operasjonssykepleiere som baserer denne oppgaven på egne erfaringer fra kliniske studier i utdanningstiden. Etter en dag med operasjoner hørte vi ved en tilfeldighet en av kirurgene nevne at en operasjonspasient fra tidligere i uken hadde fått påført en nerveskade og opplevde lammelser som følge av leiringen på operasjonsstuen. Dette syntes vi var veldig trist, og spurte om hvilke systemer de hadde på avdelingen for å oppdage slike skader. Vi fikk da beskjed om at det ikke var et slikt system, og det var tilfeldig hvis operasjonssykepleieren fikk beskjed om skader som oppstod på operasjonspasienten. Men hvis det var en skade som vi som operasjonssykepleiere hadde påført pasienten, følte vi jo på et ansvar i å finne ut hva som var årsaken til at skaden oppstod. Vi reflekterte da over hvis vi ikke vet når operasjonspasienten blir påført en skade, vet vi heller ikke når den uønskede hendelse oppstod. Kanskje risikerer vi å gjøre det samme igjen på andre pasienter, da vi ikke får vite om at noen har blitt påført en leiringsskade. Kanskje er det en negativ faktor i leiringsprosedyren som ikke blir oppdaget, og i verste fall vil den bli videreført gjennom opplæring av nye ansatte. Vi følte på mangelen av et system som kunne fange opp slike skader, og som kunne bidra til å forebygge fremtidige leiringsskader.

Vi ønsker med denne oppgaven å kartlegge hvilke meldesystemer vi har i Norge som bidrar til å forebygge leiringsskader. Et mål med denne kartleggingen er å finne hvilke meldesystemer som bidrar til forebyggingen av leiringsskader på operasjonsstuen, og utforske hvordan optimalt bruk av meldesystemer kan bidra til å forbedre praksis å bedre pasientsikkerheten.

Som ferske operasjonssykepleiere følte vi at vi kunne se praksisfeltet med nye øyne. Vi kunne reagere og se kritisk på ting som de mer erfarne kanskje ikke så lengre på grunn av rutiner og erfaring. I følge studieplanen skal spesialsykepleieren kunne analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder innenfor avansert spesialsykepleie og medisinsk behandling (Profesjonshøgskolen, 2014).

Gjennom våre observasjoner i praksis kunne vi følge studieplanen ved å starte en refleksjon rundt et viktig tema, og kanskje bidra til nytenkning og innovasjonsprosesser i klinisk praksis, og benytte relevante metoder for forskning og utviklingsarbeid på en selvstendig måte innenfor spesialsykepleieområdet (Profesjonshøgskolen, 2014). Siden vi er relativt nye operasjonssykepleiere kan vi se med nye øyne på en hverdag som kanskje er blitt «normal»

for de mer erfarne. Vi kan kanskje se mer kritisk på hvordan ting blir utført, og reflektere over situasjoner som er fremmede og ukjente. Idealet er å gå inn i forskningen med åpent sinn, men samtidig ha nok kunnskap til å kunne nærme seg feltet på en hensiktsmessig måte.

Disse fortjener en takk: Vi ønsker først og fremst å takke hverandre for god støtte og forståelse. Vi har gjennom godt samarbeid motivert hverandre til å ferdigstille denne studien.

Takk til familie og venner for oppmuntring og tålmodighet underveis. Takk til Anne for korrektur og tilbakemelding.

Til slutt vil vi takke våre veiledere Betty-Ann Solvoll og Eli Jensine Eliassen som hele veien har vært en engasjert, klok og ikke minst tålmodig støtte. Gjennom dyktig veiledning har de fått oss til å strekke oss lengre og etablere forståelse som har gjort det mulig å ferdigstille denne masteroppgaven.

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven omhandler temaet meldesystemer som forebygger leiringskader i norske operasjonsavdelinger, og oppgavens hensikt er å kartlegge hvilke meldesystemer som fins i Norge som er med på å forebygge leiringskader på operasjonsstuen. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling utarbeidet:

Hvilke systemer finnes i Norge for å melde uønskede hendelser om leiringskader?

Oppgavens teoretiske tilnærming baseres på at omsorgen for operasjonspasienten er vårt hovedfokus. Gjennom en studie kan man være med på å forbedre praksis, noe som igjen vil føre til den beste pleien for operasjonspasienten. Basert på dette støtter vi oss på Kari Martinsens omsorgsteori. I vårt valg av problemstilling ønsket vi å fokusere på å finne frem til et resultat som kan være med på å forbedre praksis i operasjonssykepleien.

I denne studien benyttet vi oss av en kvalitativ forskningsmetode. Vi benytter analyse som bygger på systematisk gjennomgang av dokumenter med sikte på kategorisering av innholdet, og registrering av data som er relevant for problemstillingen i den aktuelle studien. Gjennom dokumentanalyse samler vi inn data som skal analyseres for å få frem viktige sammenhenger og relevant informasjon om de forholdene vi ønsker å studere.

Resultatene av innholdsanalysen vil bli presentert i et funn-kapittel. Som svar på spørsmålet som ble stilt i utgangspunktet har studien vist oss først og fremst fire hovedfunn: operasjonssykepleierens meldeplikt, man melder for å lære, meldesystemenes tilgjengelighet og samfunnsmessige konsekvenser.

Vi har videre i studien diskutert hvordan funnene fungerer i praksis og hvilken påvirkning de har på pasientsikkerheten til operasjonspasienten. Avslutningsvis har vi konkludert hvordan funnene fra studien samsvarer med problemstillingen.

KAPITTEL 1 INNLEDNING

Studiens hensikt

Hensikten med dette dokumentet er å beskrive en forskningsstudie om meldesystemer i forhold til kvalitetssikring av leiring slik at skader forebygges på operasjonspasienter. Forebygging er noe man bygger opp over lang tid, men alle endringer vil kunne påvirke prosessen og resultere i endring av praksis. Grunnen til at vi valgte dette temaet er at vi ønsker å øke oppmerksomheten rundt meldesystemene, og forske på hvordan bruken av meldesystemene kan bidra til å forebygge leiringsskader på lang sikt. Vi mener meldesystemene har en viktig rolle i pasientsikkerheten, og gjennom å belyse flere dimensjoner av meldesystemene kan studien kanskje bidra til en endring av praksis. En opplevd situasjon i praksis resulterte i interessen for temaet. Som sykepleiere er vi opptatt av pasientens behov, og har en grunnleggende omsorg for at pasientbehandlingen skal være best mulig. Leiringsskader er et problem som rammer mange i operasjonsforløpet. Vi opplevde at det var tilfeldig om, og når operasjonssykepleieren fikk tilbakemelding om leiringsskader som hadde oppstått på operasjonsstuen. Vi reflekterte over at det ikke var et tilbakemeldingssystem som kvalitetssikret at slike skader ble oppdaget, og at denne skaden ble rapportert videre.

Problemstilling og forskningsspørsmål

Som sykepleiere er vi opptatt av pasientens behov, og har en grunnleggende omsorg for at pasientbehandlingen skal være best mulig. Leiringsskader er et problem som rammer mange i operasjonsforløpet. Bare i 2014 mottok Norsk Pasientskadeerstatning(NPE) 5217

erstatningskrav fra pasienter som hadde blitt påført skade etter kirurgiske inngrep. I perioden 2001- 2013 har NPE behandlet 163 skader som omhandler feil leiring under operasjon (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Leiringsskader er et problem som har et stort potensiale for forbedring. Gjennom forebygging av slike skader kan man redusere omfanget av skader som blir påført operasjonspasienter, og man vil oppleve en forbedring av praksis. Når vi snakker om å forebygge leiringsskader er dette en tidkrevende prosess, forebygging er noe som vil skje over lang tid. Men små endringer kan være med på å endre praksis, noe som kan resultere i reduksjon av leiringsskader. Feil leiring kan gi nerveskader og trykkskader i forskjellig alvorlighetsgrad, og å bli påført en slik leiringsskade kan få alvorlige konsekvenser for menneskets liv og livskvalitet. En fysisk skade kan hindre pasienten i sitt daglige hverdagsliv, arbeidsliv, og påvirke pasientens autonomi i hverdagen, og eventuelt utvikle seg til en psykisk skade også.

Forebygging av leiringsskader er et tema som er viktig for alle parter i et operasjonsforløp. For operasjonssykepleieren er det viktig å være oppdatert på nyere forskning for å kunne tilby den beste pleien for operasjonspasienten på operasjonsstuen. Forebygging av leiringsskader vil også ha en økonomisk gevinst for et helseforetak. Man kan redusere liggedøgn på operasjonspasienter gjennom å unngå unødvendige postoperative komplikasjoner. Ved forebygging kan man også redusere pasientskadeerstatning, noe som vil gi samfunnsøkonomisk gevinst. Gjennom å bruke meldesystemene aktivt i arbeidshverdagen kan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten bidra til å forebygge leiringsskader, og spare pasienten og samfunnet for unødige konsekvenser som en leiringsskade kan medføre.

Spørsmålet som stilles i denne studien er:

Hvilke systemer finnes i Norge for å melde uønskede hendelser om leiringsskader?

Med denne studien ønsker vi å se nærmere på hvilke meldingssystemer som finnes i dag, og hvor tilgjengelige de er. Bidrar de meldesystemene vi har i Norge med å forebygge leiringsskader på operasjonspasienten? Gjennom å forske på hvilke meldesystemer som finnes i Norge og hvordan man kan bruke de i arbeidshverdagen vil man kunne oppnå et høyere kompetansenivå.

Som yrkesaktive operasjonssykepleiere kan vi gjennom «yrkesetiske retningslinjer» bruke noen moralfilosofiske tilnærminger som retningslinjer i vårt arbeid. Leiringsskader kan

sammenfalle under «ikke-skade prinsippet» i retningslinjene. Det er allment akseptert at helsepersonell skal tilstrebe å handle til det beste for pasientene. Underliggende skal vi også beskytte pasienten mot behandling eller dårlig omsorg som kan være til skade (Brinchmann, 2012). Som operasjonssykepleiere i en leiringssituasjon vil «ikke skade prinsippet» være veldig relevant. Gjennom kunnskap og omsorg for pasienten har man den beste forutsetningen for å ikke påføre pasienten en leiringsskade postoperativt. Ut fra problemstillingen og funnene vil vi drøfte om meldesystemene i Norge kan bli bedre, og reflektere over mulige endringer i bruken av meldesystemene.

Oppgavens avgrensinger

Denne studien begrenses til å undersøke norske systemer for å melde uønskede hendelser. Det norske pasientsikkerhetsprogrammet har mange forskjellige satsningsområder (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017), men vi avgrenser pasientskadene til leiringsskader som har oppstått under operasjonen. Vi utelukker med dette andre uheldige hendelser som kan oppstå under en operasjon, som for eksempel komplikasjoner ved anestesi eller andre anatomiske skader på pasienten. Vi har avgrenset datasøkene våre til de siste 10 årene, dette for å få tak i oppdatert og relevant litteratur. Gjennom studien benytter vi oss av «perioperativ sykepleier» når vi omtaler operasjonssykepleieren. Lindwall og von Post omtaler den perioperative sykepleien som både den jobben anestesi- og operasjonssykepleieren gjør gjennom hele operasjonsfasen (Lindwall & von Post, 2008). I denne studien mener vi med bruk av den perioperative sykepleier den jobben man gjør i forkant av operasjonen, underveis og i etterkant av operasjonen. Vi avgrenser den perioperative sykepleieren til operasjonssykepleierens arbeid, og utelukker med dette anestesiens rolle i operasjonsforløpet.

Oppgavens oppbygning

Vi starter i teorikapittelet med en innføring i de viktigste begrepene og teoriene vi benytter i vår studie. Videre vil vi gi en begrunnelse for våre valg av teoretikere, og hvordan disse valgene påvirker vår studie. I metodekapittelet redegjør vi for valg av metode, og hvordan vi gikk frem i forskningsprosessen. Deretter vil vi redegjøre for dokumentene i vår analyse, og hvilke funn disse dokumentene resulterte i. I funnkapittelet presenterer vi funnene fra dokumentanalysen. Videre drøfter vi funnene og ser kritisk på de forskjellige dimensjonene av meldesystemene. Drøftingen gjøres i lys av Martinsen omsorgsteori, og vi benytter oss av

Aases litteratur om pasientsikkerhet. Til slutt skriver vi en konklusjon hvor vi oppsummerer hovedfunnene fra analysen, og ser hvordan funnene svarer på problemstillingen. Med dette går vi nå over til å gi et teoretisk grunnlag for studien.

KAPITTEL 2 TEORETISK GRUNNLAG FOR STUDIEN

Kapittelet belyser sentrale begreper og sider ved den perioperative sykepleierens arbeid. For å få et teoretisk grunnlag ønsker vi å forklare noen av de viktigste begrepene innenfor operasjonssykepleie, da dette kan bidra til økt forståelse av resten av studien. Perioperativ sykepleie, kirurgisk leiring, leiringsskader og meldesystemer er begreper som er mye brukt i en operasjonssykepleiers arbeidshverdag, og som er med på å skape en helhetlig forståelse av hva jobben innebærer. Omsorgsteorien danner det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget for operasjonssykepleierens omsorg for operasjonspasienten. Vi vil i denne studien vise til Kari Martinsens beskrivelse av profesjonell omsorg, og hvordan hun mener omsorg er en forutsetning for å utøve sykepleie. Som en redegjørelse for konteksten i denne studien, vil vi nå gå over til å beskrive perioperativ sykepleie.

Perioperativ sykepleie

Perioperativ sykepleie er den sykepleien som utføres til pasienter før, under og etter en operasjon (Rothrock, McEwen & Alexander, 2015). Frem til nå har ordet «operasjonssykepleier» vært den dominerende måten å titulere på, men nå er «perioperativ sykepleier» under utvikling. Teorien viser til at ved å bruke «perioperativ sykepleier» i stedet for «operasjonssykepleier» viser det til en større bredde i kompetansen, og viser til arbeidsoppgaver langt utenfor selve operasjonen. Store deler av tiden pasienten er på operasjonsstuen går med til forberedelser til selve inngrepet, Det er viktig å belyse at operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver begynner før pasienten kommer på operasjonsstuen. Stuen skal klargjøres, utstyr skal være til stede, pasientjournalen skal være lest og man skal være kjent med pasientens anamnese og være oppdatert på den aktuelle diagnosen. Dette er viktig å belyse, da selve operasjonen bare er en liten del av operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver. Vi vil gjennom resten av studien benytte oss av perioperativ sykepleier når vi omtaler operasjonssykepleieren.

Konteksten problemstillingen er relatert til er alt som skjer på en operasjonsstue i forbindelse med leiring/ skadeforebygging. Operasjonsbordet er det første utstyret pasienten er i direkte kontakt med. Et operasjonsbord kan oppleves hardt og lite behagelig. Det viktigste trykkavlastende tiltaket er en god madrass på operasjonsbordet (Rothrock et al., 2015). Det finnes mange forskjellige madrasser som for eksempel temperaturfølsomme, vakuummadrass, madrass med sirkulerende luft eller vann som kan redusere trykkskader. Her må den perioperative sykepleieren velge den madrassen som passer best til pasienten og operasjonstypen pasienten skal i gjennom. Temperaturen på madrassen har også innvirkning på risikoen for trykkskader. Bruk av for varm madrass øker oksygenbehovet til vevet og risikoen for trykkskader øker (Hansen et al., 2009). Gjennom gode forberedelser kan den perioperative sykepleieren optimalisere forholdene ved operasjonsbordet.

Gjennom å leire pasienten (legge til rette på operasjonsbordet) før start av narkose, kan han selv gi uttrykk for om han ligger behagelig. Ved ubehag kan man tilpasse leiet med trykkavlastende puter for å gjøre det best mulig for pasienten. Selv om den perioperative sykepleieren tror pasienten ligger i et godt leie, kan skader likevel oppstå. Pasienter kan ha varierende anatomi som kan gi utfordringer til leiringen. Dette må individualiseres og tilpasses slik at pasientens integritet er ivaretatt. Fordi pasienten er i en sårbar situasjon og er avhengig at den perioperative sykepleieren utfører handlinger på hans vegne, vil valg av handlinger og utførelsen være avgjørende (Hansen et al., 2009). Anestesipersonell er også en viktig del av leiringen. Deres ansvar er å tilse at pasienten er godt ivaretatt både sirkulatorisk og respiratorisk. Anestesi kan føre til lavt blodtrykk, noe som igjen fører til at sirkulasjonen til vevet blir dårligere. Dette gir økt risiko for utvikling av trykkskader (Hansen et al., 2009). Ved langvarige operasjoner er det viktig å påse at en leiringsendring blir gjennomført. Trykkbelastning og tid er to faktorer som har en viktig sammenheng. Hvis pasienten ligger i samme leie i over 2 timer doubles risikoen for utvikling av trykkskader (Hansen et al., 2009). Det er derfor viktig at den perioperative sykepleieren tar ansvar i å endre leiet ved langvarige operasjoner.

Konteksten problemstillingen er relatert til omhandler også alt som har med å oppdage en leiringsskade og melde denne. Etter selve operasjonen fjernes leiringsutstyret, og pasientens hud observeres etter rødhet og andre tegn til leiringsskader. Den perioperative sykepleieren er med på forflytningen av pasienten fra operasjonsbordet til en seng. Her har man god mulighet til å kontrollere pasientens funksjonsnivå, og vil være i stand til å oppdage eventuelle endringer. Når pasienten er våken kommuniserer man også med pasienten, og spør etter

smerter og andre plager. Hvis noe oppdages dokumenteres dette av den perioperative sykepleieren i pasientjournalen, og beskrives både med utseende på skaden og hvor den er.

Når pasienten forlater operasjonsstuen rapporteres en eventuell leiringsskade videre til sykepleiere som har den postoperative pleien, og må observeres videre av dem. Dette skjer gjennom en muntlig rapport hvor man forklarer hvilken operasjon som er gjennomført, og hvilken skade som eventuelt er oppstått. Denne muntlige rapporteringen blir ikke dokumentert skriftlig noe sted (Reine, 2015). Her kan den perioperative sykepleieren risikere å glemme å rapportere om en eventuell skade og hvilke observasjoner som må gjøres videre. Det er også en risiko for at den postoperative sykepleieren glemmer informasjonen om leiringsskaden, og at den ikke observeres videre. Det er svakheter med muntlige rapporter som kan være med på at uønskede hendelser som leiringsskader ikke blir meldt (Reine, 2015). Det er data med tilgang til internett og interne nettsider på hver operasjonsstue. Dataen er et viktig hjelpemiddel i å finne informasjon om meldesystemer og eventuelt melde inn en uønsket hendelse.

Faglig-etisk ansvar for å forebygge skader

Gjennom «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» har Norsk sykepleierforbund utarbeidet retningslinjer som omhandler etisk akseptabel atferd i yrkesutøvelsen. Dette er retningslinjer som er utviklet slik at samfunnet skal vite hva man kan forvente seg av en sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

«Operasjonssykepleier skal utøve individuell og profesjonell sykepleie som bygger på kunnskapsbasert praksis og ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet. Operasjonssykepleier skal fremme helse, forebygge sykdom og skader, lindre lidelse, behandle og utføre rehabiliterende og miljøterapeutiske tiltak» (NSFLOS, 2008).

I funksjonsbeskrivelsen for operasjonssykepleiere (NSFLOS, 2008) deles ansvarsområdet inn i fire forskjellige funksjoner : terapeutisk, pedagogisk, administrativt og fagutvikling- og forskningsansvar. Terapeutisk ansvar er en pasientnær funksjon som får direkte konsekvenser for pasienten. Denne deles igjen opp i fire funksjoner: forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende ansvar. Et av underpunktene her går direkte på forebygge ytterligere skade og lidelse enn det behandlingen utgjør i seg selv, gjennom blant annet «-forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk-, og nerveskader» (NSFLOS, 2008). Denne funksjonen er relevant for

vår problemstilling, og viser tydelig den perioperative sykepleierens ansvarsområde når det kommer til å forebygge leiringsskader.

Når det gjelder fagutvikling- og forskningsansvar er dette aktuelt da vi nå befinner oss i en forskningssituasjon, hvor målet med studien er å få resultater som kan være med på å utvikle faget. Gjennom forskning kan studien belyse meldesystemene, og gjennom dets styrker og svakheter kan den perioperative sykepleieren videreutvikle og styrke sin praksis. Dette vil også ha betydning for pasientene som den perioperative sykepleieren har et profesjonelt ansvar for. Som en redegjørelse for det sykepleieteoretiske grunnlaget for denne studien, vil vi nå gå over til å beskrive omsorgsteorien vi har benyttet oss av.

Omsorg når pasientens liv er i våre hender

Det som ligger som et grunnlag for all sykepleie, og som også vi baserer vår studie på, er den omsorgen en sykepleier har ovenfor pasienten. Den norske sykepleieteoretikeren Kari Martinsen mener omsorg er en forutsetning for å utøve god sykepleie. Alt vi gjør som perioperative sykepleiere er basert på omsorgen for pasienten og våre handlinger skal gjøres til pasientens beste. Møtet med pasienten, og det å sette seg inn i dennes situasjon på en omsorgsfull måte, fordrer både fagkunnskap og praktiske ferdigheter (Martinsen, 2003b).

Martinsens omsorgsteori omhandler 3 hovedelementer (Kirkevold, 2009). Det første elementet er omsorg som et relasjonelt begrep. Dette omhandler et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker som er nært og åpent, og er basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Ved å gjøre pasienten til en deltaker i relasjonen med sykepleier, er den perioperative sykepleier med på å gjøre situasjonen trygg (Martinsen, 2003). Som perioperativ sykepleier har man en relasjon til pasienten, ofte gjennom hele operasjonsforløpet. Ved operasjoner som krever narkose har man kortere tid med pasienten, og dermed kortere tid til å skape en trygg og god relasjon. Den perioperative sykepleieren er med i mottaket av pasienten ved ankomst i operasjonsstuen, og det er nå relasjonen må opparbeides. Her bidrar den perioperative sykepleieren til å skape tillitt og trygghet for pasienten fra det første møtet med den fremmede og kanskje skremmende operasjonsstuen. Ved operasjoner som ikke krever narkose og pasienten er våken under hele operasjonen, har man bedre tid til å skape en god relasjon. Gjennom å skape trygghet hos pasienten kan man få en rolig og medgjørlig operasjonspasient, vil dette kunne ha innvirkning på leiringen. En rolig og trygg væremåte kan smitte over til pasienten. En stresset pasient kan få en ansent

liggestilling og kanskje ikke kjenne hvis noe er ubehagelig med leiet. I motsetning til en rolig og avslappet pasient som gjennom trygghet kan gi uttrykk om leiet er behagelig.

Det andre elementet i Martinsen teori er at omsorg er et moralsk begrep. Hun skriver i boken «Fenomenologi og omsorg» hvordan alle relasjoner er et maktforhold, og kommunikasjonen mellom partene er avgjørende for at det skal være en god maktbalanse (Martinsen, 2003a). Pasienten er avhengig av den perioperative sykepleierens kompetanse til å handle, noe som gjør at pasienten blir den svake part. Dette skaper en ubalanse i relasjonen mellom operasjonspasienten og den perioperative sykepleieren (Hansen et al. 2009). På operasjonsstuen er man svært avhengige av at balansen mellom makt og avhengighet blir balansert helt riktig for å skape trygghet for operasjonspasienten. Operasjonspasienten legger livet sitt i hendene på den perioperative sykepleieren, og er fullstendig avhengig av at vi handler til det beste for pasienten. Hvis den perioperative sykepleieren er for autoritær kan dette resultere i at pasienten ikke våger å si fra hvis noe er ubehagelig. I leiringssituasjonen kan dette resultere i at pasienten for eksempel ikke tør å si fra om at liggestillingen er ubehagelig, og sjansene for at leiringsskader kan oppstå øker. Den perioperative sykepleierens faglige ansvar for at pasienter, som legger sine liv i deres hender, faktisk blir ivaretatt på en faglig forsvarlig måte er en viktig side med Martinsens moralske dimensjon.

Det siste elementet i omsorgsteorien omhandler hvordan omsorgens handlinger utføres konkret og situasjonsbetinget, og baseres på en forforståelse av hva som er til den andres beste. Denne delen av omsorgsteorien baseres på omsorgen som praktisk handling.

Martinsen sier i boken «Fenomenologi og omsorg» (2003):

«Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk».

Gjennom å se pasientens kropp og verne om pasientens integritet kan en forsterke den gode relasjonen mellom pleier og pasient. I hele operasjonsforløpet er det viktig å ta hensyn til individuelle forskjeller. Pasientens anatomi kan variere stort og være utfordrende i forhold til leiringen. Her må operasjonssykepleieren være oppmerksom på behovene til hver enkelt pasient, og tilpasse pleien etter forholdene. Noe som Martinsen beskriver gjennom tredje element i omsorgsteorien, hvordan omsorgens handlinger utføres situasjonsbetinget tilpasset hver enkelt pasient. Den relasjonelle-, moralske-, og praktiske side av Martinsens omsorgsbegrep er medvirkende når pasienten skal leires. Pasienten bør ikke påføres lidelse eller skade ut over det som er forventet i forhold til inngrepet. Gjennom å gjøre selvstendige

vurderinger ut i fra kunnskap, ferdighet og erfaringer, skal operasjonssykepleieren være i stand til å blant annet forebygge skader som kan oppstå ved leiring (Hansen, Eide & Dåvøy, 2009).

Operasjonspasienten må sees på som et helhetlig individ og ikke bare som en diagnose som skal opereres. Denne helhetlige omsorgen beskriver Martinsen som avgjørende for at pleien for pasienten skal være optimal, da gjennom relasjonen, maktbalansen og situasjonsbetinget pleie. Som perioperativ sykepleier er alle delene av Martinsens teori svært aktuell for å kunne gi optimal behandling av operasjonspasienten. Den perioperative sykepleieren må ha fokus på hele pasientens kropp, og ikke bare den defekte delen. Hele kroppen må kontrolleres etter operasjonen etter tegn til leiringsskader, hvis man bare fokuserer på den reparerte delen kan man fort overse skader som kan ha oppstått på andre deler av kroppen.

Den perioperative sykepleieren har gjennom et moralsk aspekt ansvar for at leiringen av operasjonspasienten skjer trygt og riktig. Man ønsker å gi den beste pleien, da med tanke på trygghet, god kunnskap og operasjonstekniske ferdigheter, men også at pasienten skal forlate operasjonsstuen i best mulig «tilstand». Det er også den perioperative sykepleierens ansvar å ha tilstrekkelig kunnskap om meldesystemene og bruken av disse. Hvis da en uønsket hendelse har oppstått er det omsorgen for pasienten som skal få den perioperative sykepleieren til å rapportere dette videre. Man har et ansvar for at det finnes meldesystemer som fungerer godt, og at man melder den uønskede hendelsen videre slik at pasienten kan få beste mulig behandling etter at skaden har oppstått. Også omsorgen for fremtidige pasienter er i fokus, og gjennom melding kan man luke ut eventuelle faktorer som kan ende i leiringsskader.

Kirurgisk leiring og leiringsskader

En av den perioperative sykepleierens arbeidsoppgaver er å legge pasienten på operasjonsbordet. I følge Hansen og Brekken (2014) er kirurgisk leiring hvordan man legger pasienten til rette for en operasjon, ikke bare teknisk slik at operasjonene kan gjennomføres, men også slik at man forebygger trykk- og nerveskader og reduserer pasientens integritetstap. I en leiringssituasjon kan man benytte seg av ytre hjelpemidler for å optimalisere operasjonspasientens liggestilling. Dette i form av trykkavlastende geleputer, diverse støtter, vakuummadrass, remmer og andre puter. Det er klare retningslinjer for hva som er målet med kirurgisk leiring. De kan kort oppsummeres som:

- Uproblematisk respiratorisk funksjon.
- Opprettholde adekvat blodsirkulasjon.
- Ingen nerver utsettes for kompresjon.
- Jevn fordeling av kroppsvekt.
- Optimal kirurgisk tilgang uten å overskride kroppens fysiologiske og anatomiske grenser.
- Uhindret administrasjon av anestesi.
- Minimalisert fare for postoperative plager.
- Å anerkjenne og ta hensyn til pasientens behov og egenskaper.

(Rothrock et al., 2015).

I hovedsak er det den perioperative sykepleieren som er ansvarlig for å planlegge og iverksette tiltak som ivaretar pasientens sikkerhet under leiringen. I 2009 presenterte «Worlds Health Organization» (WHO) en sjekkliste som skal være et hjelpemiddel for å redusere forekomst av skader og komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep (WHO, 2009). Denne listen, kalt Trygg Kirurgi, er en sjekkliste som skal gjennomgås muntlig med hele operasjonsteamet til stede, hvor man forsikrer seg at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Det er en tredelt liste hvor man gjennomfører del 1 når pasienten ankommer operasjonsstuen. Del 2 gjennomføres rett før operasjonsstart, og del 3 som en avslutning før operasjonen er ferdig. I Norge har man tilført et sjekkpunkt om pasienten er i riktig leie i del 2 før operasjonsstart, og på den nylig reviderte utgaven er det på dette punktet tilføyd om faren for trykkskader er kontrollert. Legen som har det kirurgiske hovedansvaret for inngrepet skal her bekrefte at pasienten er riktig leiret før det kirurgiske inngrepet starter. Den perioperative sykepleier og anestesisykepleier følger så med underveis i inngrepet, at pasienten fortsatt ligger forsvarlig leiret. Etter innføringen av sjekklisten fra WHO ble det gjort en multi-nasjonal studie med sykehus som benyttet seg av sjekklisten. Det viste seg at dødeligheten var redusert fra 1,5% til 0,8% (Rothrock et al., 2015). I tillegg var postoperative komplikasjoner gått ned fra 11% til 7%. Pasientens leie under inngrepet dokumenteres elektronisk av den perioperative sykepleieren. Dersom det er forhold som er viktig for pasienten videre i forløpet, eller eventuelle tiltak gjort underveis, er det viktig at dette kommer med i dokumentasjonen. Dette skal være i henhold til dokumentasjonsplikten for helsepersonell (Helsedepartementet, 1997).

Det oppstår dessverre ofte leiringsskader under en operasjon, dette kan være på grunn av at forbyggende tiltak ikke var optimalisert (Hansen et al., 2009). De vanligste skadene er trykkskader og nerveskader. En trykkskade skyldes vedvarende trykk som medfører skade på underliggende vev (Hansen et al., 2009). Dette kan komme av manglende bruk av hjelpemidler som for eksempel trykkavlastende puter på pasienten. Det kan også oppstå ved feil bruk av hjelpemidler, eller at pasienten har beveget seg uoppdaget underveis i operasjonen. En trykkskade kan variere i alvorlighetsgrad fra lokal rødhet i huden til nekrotisert vev, muskler og knokler. En nerveskade skyldes enten trykk, avklemming, vridning eller strekk i ekstremitetene. Cirka 81% av leiringsskader er en skade på over- eller underekstremitet (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Alvorlighetsgraden til en nerveskade kan variere fra lokal nummenhet til permanente lammelser. Også nerveskader kan oppstå ved manglende, eller feil bruk av hjelpemidler som den perioperative sykepleieren administrerer. Årlig utbetales det ca 3,5 millioner kroner fra NPE i erstatning til pasienter som har fått skader etter feil leiring. Dette er en økonomisk belastning for samfunnet. Men for pasienten som er påført en leiringsskade som kunne ha vært forhindre, vil belastningen være betydelig større. Dette er noe som kan påvirke livet på mange måter. En fysisk skade kan hindre pasienten i sitt daglige hverdagsliv, arbeidsliv, og påvirke pasientens autonomi i hverdagen, og eventuelt utvikle seg til en psykisk skade også.

Et begrep man ikke kommer utenom når en snakker om leiring og leiringsskader, er pasientsikkerhet. Regjeringen fremmet i desember 2014 den første årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet (Kunnskapsdepartementet, 2014). Meldingen gir en overordnet beskrivelse av status og utfordringer innen kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsrapportene fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning i 2013. Pasientsikkerhet som fag betoner viktigheten av åpenhet om feil og utilsiktede hendelser. Uten denne åpenheten er det ikke mulig å forebygge og lære av feil.

I 2014 mottok Norsk Pasientskadeerstatning 5217 erstatningskrav av pasienter som har blitt påført skade etter et kirurgisk inngrep. Flesteparten av erstatningssøkerne fikk utført ortopedisk eller gastroenterologisk kirurgi da skaden oppstod (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Armer og ben ble hyppigst utsatt for skade. I perioden 2003- 2013 har NPE behandlet 163 skader som handler om feil leiring under operasjonen. Av disse fikk 132 medhold, og 31 fikk avslag. Det viser seg å være store mørketall i antall innmeldte avvik i spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at avvik blir registrert på et nasjonalt nivå, men ikke

hos det enkelte sykehus. Dette vil gi en stor feilmargin i innmeldte avvik hos sykehusene. Dette vil resultere i et nasjonalt resultat som ikke samsvarer med de lokale avvikene (Norsk Pasientskaderstatning, 2016).

Meldesystemer

I en travel arbeidshverdag vil det alltid kunne oppstå uønskede hendelser. God utdanning med praksisperioder er en forutsetning for å få dyktige og kunnskapsrike medarbeidere. Lover og forskrifter gir oss rammer og jobbe innenfor, samtidig som arbeidsplassens prosedyrer setter standarder for hvordan vi skal utføre jobben vår. På tross av dette oppstår det leiringskader på pasientene. Med stadig økende fokus på pasientsikkerhet, prøver helsetjenesten å gjøre systemer så gode at risikoen for uønskede hendelser blir så liten som mulig. Vi har meldesystemer som skal bidra til økt pasientsikkerhet ved å lære av hendelser som førte til, eller kunne ført til betydelig pasientskade (Aase & Wiig, 2015). Man må melde for å lære, og meldesystemer omtales også som læringssystemer (Aase & Wiig, 2015). Gjennom å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen, kan fungerende meldesystemer bidra til å gi videre kunnskap til andre, slik at man kan lære av sine feil. Meldesystemer ses på som et viktig arbeidsredskap for å øke pasientsikkerheten. Det at meldesystemer er lett tilgjengelig og sanksjonsfri for alle involverte vil være av betydning for antall innmeldte hendelser. På bakgrunn av innmeldte hendelser, blir det publisert læringsnotater for å avdekke årsaker til hendelser, og for å fremme læring (Helsedirektoratet, 2017a). I dagens meldesystemer er det lite til ingen brukerinvolvering (Storm & Wiig, 2015). Allerede i 2005 utga Verdens Helseorganisasjon (WHO) en rapport «Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems», her fastslås det at rapporteringssystemer for uønskede hendelser muliggjør en *«forbedring av pasientsikkerhet gjennom læring av feil i helsesystemet»* (WHO, 2005). Videre i den rapporten fremheves det at ren rapportering av hendelser har liten verdi uten analyser av materiale (Aase & Wiig, 2015).

De fleste helseforetak har rutiner og systemer for å rapportere uønskede hendelser, blant annet hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Myndighetene er klare på at det er helseinstitusjonene selv som har ansvar for å analysere, iverksette tiltak og lære av uønskede hendelser. Det foreligger få anbefalinger om hvordan analyser og læring kan foregå (Aase & Wiig, 2015). Ofte fremstilles læring av uønskede hendelser som en rasjonell, lineær prosess

der man kan tilegne seg kunnskap, som igjen kan bidra til forbedringer i praksis. Vanligst er en tilnærming som foregår gjennom en trestegs prosess:

1. Etablere system og prosedyrer for innsamling av informasjon om uønskede hendelser og nestenhendelser (Hva skjedde? Hvem var involvert? Når og hvor? Årsaker og bidragsytende faktorer)
2. Analysere informasjonen for å finne underliggende årsaksforhold (betydningen av hendelsen, kjerneårsaksanalyse- forstå underliggende faktorer og direkte årsaksmekanismer som skal informere forbedringstiltak)
3. Ledere utnytter informasjonen og initierer sikkerhetsforbedringer (organisering og styring av ressurser og tverrfaglig samarbeid osv.).

Det blir i tillegg vektlagt at det skal benyttes en systemtilnærming i forebygging, analyse og læring og en åpen kultur for å rapportere og diskutere uønskede hendelser. Dette innebærer analyser av underliggende årsaker, og at man har systemer som fanger opp uønskede hendelser. En åpen kultur for rapportering innebærer at melder skal være trygg på at det skal være sanksjonsfritt og ikke utløse negative reaksjoner fra ledelse eller kollegaer.

I følge WHO er det ved utforming av systemer for rapportering av uønskede hendelser, noen nøkkelspørsmål som må besvares; som hva skal rapporteres?, hvem skal rapportere?, hvordan skal det rapporteres?(WHO, 2005). Mange systemer har også et klassifikasjonssystem som skal bidra til å lette analysen av hendelsene. WHO har videre utarbeidet et sett med kriterier for hvordan rapporteringssystemer for uønskede hendelser kan fungere best mulig:

1. Klare målsettinger
2. Klarhet i hvem som skal rapportere
3. Klarhet i hva som skal rapporteres
4. Mekanismer for å motta rapporter og behandle data
5. Kompetanse for analyse av hendelser
6. Kapasitet til tilbakemeldinger på rapporterte hendelser
7. Metode for klassifisering og forståelse av rapporterte hendelser
8. Kapasitet for spredning av resultater
9. Teknisk infrastruktur og datasikkerhet

(Aase & Wiig, 2015).

Institusjoner i spesialisthelsetjenesten skal etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven 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 (Helsedepartementet, 1997). Per dags dato er det ikke etablert noe tilsvarende meldesystem for uønskede hendelser for kommunehelsetjenesten (Braut & Holmboe, 2015). Dette gjør at leiringsskader som har oppstått i spesialisthelsetjenesten, kanskje ikke blir oppdaget før pasienten eventuelt er i en kommunal institusjon. Da vil ikke denne uønskede hendelsen bli meldt som en skade innenfor spesialisthelsetjenesten, selv om et var der den oppstod. Den vil heller ikke bli meldt i etterkant da kommunen ikke har lignende meldesystemer.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for meldeordningen fra Helsetilsynet 1. juli 2012. Meldeordningen for uønskede tjenester i spesialisthelsetjenesten, heretter kalt Meldeordningen, ble 1.1.2016 overført til Helsedirektoratet, divisjon spesialisthelsetjenester, avdeling sykehustjenester (Aase, 2015). På bakgrunn av innmeldte uønskede hendelser utvikler Helsedirektoratet læringsnotater som tilbakemelding på enkeltmeldinger. Her kommer Helsedirektoratet med konkrete tiltak til hva som kan endres for å unngå at lignende hendelser skjer igjen.

Nå har vi redegjort for det sykepleiefaglige teorigrunnlaget, og vil i neste kapittel gå over til å beskrive den metodiske fremgangsmåten.

KAPITTEL 3 REDEGJØRELSE FOR METODEVALG

Studiens hensikt er å utforske og kartlegge hvilke systemer som finnes i Norge når det gjelder melding av uønskede hendelser i form av leiringsskader. For å oppfylle hensikten med forskningsspørsmålet, har vi valgt å søke i allerede eksisterende dokumenter som kan si noe om meldesystemer som er i bruk. Kvalitativt design, og nærmere bestemt innholdsanalyse, er egnet til å svare på spørsmålet vi har stilt, og gir grunnlag for detaljerte dokumentanalyser som vil passe godt til vår problemstilling (Malterud, 2017). Vi vil redegjøre for våre dokumenter, og analysere disse for å finne frem til resultater som er med på å besvare vår

problemstilling. I dette kapitlet vil vi også gå nærmere inn på tilnærmingen vi har hatt, og gi en beskrivelse av veien vi har fulgt.

Kvalitativt design

Dokumentanalyse som forskningsdesign tar i bruk dokumenter, noe vi benytter oss av i vårt forskningsarbeid. Vi har i hovedsak benyttet oss av offentlige dokumenter som rapporter og lovverk. Den informasjonen vi trenger for å besvare forskningsspørsmålet i denne studien kan hentes fra ulike informasjonskilder eller datakilder, og vi har valgt å gjøre det ved å lese forskjellige former for skriftlig materiale. Hvilke dokumenter vi har basert analysen på kommer vi tilbake til senere i metodekapitlet. Dokumentene vil være våre kilder til å samle data om problemstillingen, og dokumentanalyse vil være forskningsdesignet. En slik kvalitativ forskningsstrategi kan være basert på få enheter og informanter, og egner seg også godt til undersøkelser av fenomener og forhold der det har vært lite forskning. Dette passer vår studie godt da det er gjort lite tidligere forskning på meldesystemer innenfor operasjonsfaget. Kvalitativ forskningsmetode gir oss muligheten til å se på problemstillingen fra flere vinkler (Grønmo, 2016). Gjennom å analysere dokumenter som er basert på innmeldte klager fra operasjonspasienten, kan vi se dimensjonene av meldesystemene fra pasientens vinkel. Ved å bruke lovverket kan vi se lovens dimensjon av hvordan meldesystemene skal brukes. Rapportene i vår analyse har gitt oss mulighetene til å se hvordan helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten bruker meldesystemene. Gjennom vår studie ønsker vi å se på de forskjellige dimensjonene av meldesystemene i Norge. Det vil også være forskjellige perspektiver i bruken av meldesystemene, ut fra hvem som melder den uønskede hendelsen. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver (Malterud, 2017). Når det kommer til å melde en uønsket hendelse som en leiringsskade skjer dette per nå bare ut fra den perioperative sykepleierens perspektiv. Verken pasient, kirurg eller kommunehelsetjenestens perspektiver er aktuelle i bruken av meldesystemene.

I følge Gadamer er de individuelle forutsetninger og erfaring som mennesker har med seg det man kaller forforståelse (Malterud, 2017). Vår forforståelse av forskningsfeltet består av våre tidligere erfaringer og perspektiver som perioperative sykepleiere, og vil derfor være både en betingelse og en begrensning i den videre forforståelsen. Gjennom dokumentanalyse tar vi for oss våre valgte dokumenter som vi analyserer systematisk. Resultatet av analysen vil også være avgjørende for hvilken vi tar utgangspunkt i og hvordan vi analyserer tekstene

(Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Siden vi er relativt nye perioperative sykepleiere kan vi kanskje se mer kritisk på hvordan ting blir utført, og reflektere over situasjoner som er nye og ukjente. Idealet er å gå inn i forskningen med åpent sinn, men samtidig ha nok kunnskap til å kunne nærme seg feltet på en hensiktsmessig måte (Malterud, 2017). Det påvirker også vår forforståelse at vi er uerfarne i operasjonsfaget. Vi kan mangle kunnskap som kreves for å nærme oss fagfeltet på en hensiktsmessig måte. Det er vårt ansvar, å tilegne oss den kunnskapen som er nødvendig for at vi har forståelse for temaet, slik at vi kan forske videre på et relevant tema. Dette er en krevende utfordring, men poenget er å ha bevissthet rundt vår egen forkunnskap og hva som har ledet oss frem til forskningsspørsmålet (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

Søkefaser

Vi startet tidlig med å få en oversikt over tidligere studier rundt samme tema, og tidligere forskning innenfor operasjonssykepleiefaget. Vi benyttet oss av universitetets database, og brukte søkemotorene Cinahl og Pubmed. Vi benyttet engelske søkeord som: Patient positioning, reporting systems, patient safety og surgery. Ved å kombinere søk og avgrense søkene til aktuelt materiale innenfor de siste 10 år, ønsket vi å finne studier og artikler som ville være relevant for vår problemstilling. Søkeordene våre gav få treff, og vi fant lite relevant informasjon. Dette gjorde datasøkene våre begrenset, og gav dessverre et lite grunnlag av datamateriale. Grunnet dårlige resultater etter gjentatte søk i databasene, valgte vi i samråd med våre veiledere en annen fremgangsmåte for å finne det teoretiske grunnlaget.

Videre samlet vi relevant material angående de systemene vi har i Norge, og hvordan disse fungerer i forhold til å melde leiringsskader. Siden vi ikke fant tilstrekkelig internasjonale forskningsartikler med relevans til vår problemstilling, valgte vi ett sykehus innenfor hver av de fire helseregionene i Norge, og gjorde aktive søk på deres hjemmeside i søk etter relevant informasjon angående diverse meldeordninger. Vi benyttet de norske søkeordene:

Meldesystem, meldeordningen, leiringsskade, pasientsikkerhet og kvalitetssikring. Vi søkte systematisk gjennom de valgte sykehusenes hjemmesider med samme søkeord som vi brukte på universitetets databaser. Resultatene etter søkene gav ingen relevante treff. Vi ble overrasket over at det ikke var noen relevante treff på våre søkeord, da vi mener det er en viktig del av sykehusenes daglige drift. Hvis man lette manuelt på hjemmesidene til de valgte sykehusene fant man etter litt leting informasjon om de forskjellige meldesystemene, og

hvordan man skal gå videre med innmeldinger av diverse skader. Informasjonen er kanskje vanskeligere å finne for personer som ikke er videre kjent i helsevesenet, og ikke vet hvilke databaser som kan brukes for å finne den informasjonen de leter etter. Kanskje er det ikke fokus på meldesystemene på de offentlige hjemmesidene som er ment for offentligheten. Det foreligger kanskje mer informasjon om meldesystemene på sykehusenes interne nettsider, hvor informasjonen er tilpasset de ansatte i sykehuset som er ansvarlige for å melde.

Fra 1. november 2016 ble en implementering av en felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten komplett. Dette skulle føre til at uansett hvilket sykehus man besøkte ville nettsiden ha samme struktur, design, funksjonalitet og langt på vei gi den samme informasjonen (Dagens Medisin, 2016). Dette ble iverksatt etter våre tidligere datasøk på hjemmesidene til de valgte sykehusene. Etter et nytt søk på de nye hjemmesidene viser det ingen forandring i treff på våre søkeord, det er heller ikke noen endringer om informasjon om meldesystemene.

Videre søkte vi gjennom lovverket for å finne hva lovene sa om meldesystemene. Vi brukte samme søkeord som vi brukte på sykehusenes hjemmesider. Det var under søkeordet «pasientsikkerhet» vi fikk treff på spesialisthelsetjenesteloven, som inneholder §3-3 (Helsedepartementet, 1997), et dokument i vår dataanalyse.

Vi har som en del av innsamling av databasen sett på årsrapporter hos Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Kunnskapssenteret for de siste 5 årene. Vi brukte samme søkeordene som tidligere i studien, og gikk systematisk gjennom de forskjellige årsrapportene. Da vi ikke fikk noen søketreff, lette vi manuelt gjennom overskriftene og hovedpunktene etter noe som var relevant for vår problemstilling. En overordnet opplevelse av å ha sett gjennom disse rapportene er at det er stor fokus på pasientsikkerhet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Det nevnes i de fleste årsrapportene fra Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret at pasientsikkerhet er viktig, og gir generell informasjon om dette temaet og beskrivelser av disse i praksis. Årsrapportene fra Helsetilsynet ga ingen relevant informasjon utover den informasjonen vi allerede hadde funnet på deres hjemmesider. Ingen av rapportene nevner leiringsskader, eller skader som kan oppstå i operasjonsforløpet (Helsedirektoratet, 2014), (Helsedirektoratet, 2015), (Helsedirektoratet, 2016), (Helsetilsynet, 2012), (Helsetilsynet, 2013), (Helsetilsynet, 2014), (Helsetilsynet, 2015b), (Helsedirektoratet, 2016), (Saastad, Flesland & Lindahl, 2014) (Saastad & Flesland, 2015), (Saastad, 2016).

Når vi skulle finne informasjon om skader som oppstår på operasjonspasienten, var det naturlig for oss å undersøke på Norsk Pasientskade erstatning (NPE) hjemmesider. Her søkte vi på ordene leiringsskade og meldesystem. Her fant vi de to faktaarkene vi har brukt i vår dokumentanalyse (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Gjennom tips fra vår veileder fikk vi vite om Sintef-rapporten som var svært relevant for vår problemstilling, og er et av dokumentene vi har analysert i vår studie. Vi gikk direkte på Sintefs hjemmeside og brukte søkeordet meldeordningen. Her fant vi den nevnte rapporten (Sintef, 2014).

Dokumentformer

Da søkene på sykehusenes hjemmesider heller ikke førte frem, begynte vi å se i lovverket, hva er allerede bestemt når det gjelder meldesystemer? I Norge er lover rettsregler som er fastsatt av Stortinget, forskrifter er utdypninger eller presisering av loven, som blir fastsatt av departement eller direktorat (Lovdata.no, 2017). Statlig tilsyn er ett av flere virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket. Lovene forteller oss hva vi har å forholde oss til av regelverk, dersom det skulle oppstå skade på pasient. De inneholder regler om ansvar, plikter, rettigheter og organisering for virksomheter og spesialister som yter spesialhelsetjeneste. Lovene fungerer og som en konkret «bruksanvisning» på hvordan, hva, hvem og hvorfor man skal melde inn uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. I lovverket nevnes ikke leiringsskader ordrett, men omtales som en mer generell skade under «uønskede hendelser». Kort forklart forteller lovene og forskriftene oss hva man skal gjøre.

I motsetning til lover og forskrifter som kan si oss hva vi skal gjøre, sier de valgte rapportene våre mer om hvordan meldesystemene fungerer i praksis. Rapportene forteller oss om hvordan de forskjellige meldesystemene fungerer, og felles for dem er at de beskriver detaljert hvordan man kan bruke meldesystemer som et aktivt redskap i arbeidshverdagen.

Meldesystemene nevnes ikke direkte i fakta og informasjonsskrivene i vår database, men de gir oss en oversikt over uheldige hendelser/leiringsskader/erstatningssaker som følge av kirurgiske inngrep. Disse dokumentene viser statistikker og summer som er utbetalt gjennom erstatning.

Norsk Pasientskade Erstatning(NPE) har på sine hjemmesider publisert forskjellige dokumenter om pasientskader innen utvalgte medisinske temaer, som de har kalt faktaark. NPE har gått gjennom erstatningssaker som er ferdig behandlet, og utarbeidet statistikk og eksempler som viser de mest typiske skadene og hva som har gått galt (NPE, 2017b).

I hovedsak kan vi dele våre dokumenter inn i to forskjellige dokumentformer. Lovene forteller hva som skal gjøres, og rapportene beskriver hvordan det skal gjøres. Lovene og rapportene gir informasjon om hva man skal forholde seg til, og hvordan det fungerer. En kan gjennom å se på disse dokumenttypene sammen se hvilke konsekvenser det får hvis helsepersonell ikke gjør som de skal. Noen av dokumentene som beskriver hvordan det faktisk gjøres er motstridene til dokumentene som sier hva som skal gjøres. Gjennom å velge dokumenter fra de forskjellige dokumenttypene får vi se begge sider av meldesystemene i Norge. Vi kan se hva som skal gjøres, og hvordan det faktisk gjøres. Dette er relevant for vår problemstilling, da vi er ute etter å finne meldesystemer som er med på å forebygge leiringsskader på operasjonspasienten. Da kan vi se i noen dokumenter hvordan vi skal forholde oss til meldesystemene, og hvordan disse skal brukes til å melde leiringsskader. Andre dokumenter beskriver hvordan meldesystemene fungerer i praksis, og er med på å vise et helhetlig bilde av hvordan meldesystemene er viktige i forbindelse med forebygging av leiringsskader.

Vi benyttet oss både av nettsider og utgitte dokumenter i papirform. Forskjellen på å hente informasjon fra en nettside i forhold til et papirdokument er blant annet at en nettside kan endres kontinuerlig. En nettside kan oppdateres jevnlig, og det kan tilføyes eller endres informasjon hele tiden. I vår studie er våre dokumenter som er fakta/informasjonsark basert på nettsider. Dette kan gjøre at informasjonen kan endres kontinuerlig, og at det kan være endringer i dokumentene etter vår dokumentanalyse. Et papirdokument er fastsatt i den utgaven den er utgitt. I vår studie er lovverket fastsatt. Her er informasjonen lik, og vil ikke endres uten videre.

Utvalgte dokumenter

Et av stedene der vi fant dokumenter som kunne svare på vår problemstilling var Helsedirektoratet. Helsedirektoratet er faglig rådgiver, iverksetter av vedtatt politikk og forvalter av lov og regelverk innenfor helsesektoren (Helsedepartementet, 1997). Helsedirektoratet skal behandle meldinger for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten. Helsedirektoratet er ansvarlige for å gi tilbakemelding på uønskede hendelser, og komme med konkrete tiltak til endring av praksis, slik at man unngår at lignende hendelser skjer igjen. Her finner vi nasjonale faglige retningslinjer og statistikk som er svært aktuelle i vår studie. Dokumentet «Meldeordningen

etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven» er et viktig dokument fra denne kilden. Her beskrives det i klartekst hva som skal meldes, hvem som skal gjøre det, hvordan man gjør det, og andre detaljer rundet meldeordningen (Helsedirektoratet, 2017b). Dette dokumentet er med på å klargjøre og hjelpe helsearbeideren til å melde inn uønskede hendelser riktig. Dette kan beskrives som en brukermanual for helsearbeidere om hvordan man skal gå frem i en situasjon når en uønsket hendelse har oppstått i spesialisthelsetjenesten.

Et annet sted der vi fant dokumenter som kunne svare på vår problemstilling var Sintef. Sintef er en ikke-kommersiell forskningsstiftelse som selger forskningsbasert kunnskap og tilhørende tjenester i blant annet medisin (Sintef, 2017). «Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» (2014) er en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet har fått utarbeidet, som ser på hvordan meldeordningen fungerer og om det har skjedd noen endringer siden meldeordningen trådte i kraft i 2012. Denne rapporten er svært aktuell for vår studie, og er med på å støtte opp om våre refleksjoner om meldeordningen. Den viser til klare tall og statistikker, og er til stor hjelp for oss til å evaluere viktigheten med meldeordninger.

Vi fant også dokumenter som kunne svare på vår problemstilling hos «Kunnskapssenteret». Nasjonalt kunnskapssenter er et forvaltningsorgan underlagt Helsedirektoratet. De summerer forskning, gjør helseøkonomiske analyser, måler kvalitet på utvalgte tjenester, forvalter kunnskap, arbeider for bedre pasientsikkerhet, fremmer bruk av forskningsresultat, utvikler metoder og underviser (Kunnskapssenteret, 2017). Kunnskapssenteret overtok i 2012 ansvaret for meldeordningen fra Helsetilsynet. Helsetilsynet har det overordnede tilsyn med all helsetjeneste i Norge, og ivaretar forvaltningsoppgaver knyttet til utøvelse av tilsynet (Helsetilsynet, 2017). Gjennom helsefaglig rådgivning har Helsetilsynet hovedansvar for å tilse at forvaltningen gjennomføres på forsvarlig måte, og i 2016 ble dette ansvaret overført til Helsedirektoratet, divisjon spesialisthelsetjenester, avdeling sykehustjenester (Helsetilsynet, 2017). Kunnskapssenteret har utarbeidet den første årskontrollen av Meldeordningen. Rapporten beskriver driftsmessige resultater og oversikt over antall meldte hendelser i ulike hendelsestyper med alvorlighetsgrad for skade på pasient. Gjennom dokumentet «Årsrapport 2015 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» (Saastad, 2016) får vi informasjon om viktigheten med innmelding av avvik, og hvordan dette meldesystemet har fungert.

Ved å bruke Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som kilde fant vi dokumenter som kunne være med på å svare på studiens problemstilling. NPE er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og i tillegg til å være en aktiv informerende virksomhet, skal opplysninger og oversikter gjøres tilgjengelig i skadeforebyggende arbeid i helsetjenesten (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. De har utviklet et faktaark «Skader etter feil liggestilling ved operasjon» (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Her finner vi informasjon og statistikk over registrerte skader i leiringssituasjoner nasjonalt, og videre informasjon rundt klagesaken

Nå har vi redegjort for søkeprosessen, og hvordan denne ble gjennomført. Vi vil nå gå over til å forklare metoden vi har benyttet i denne studien, og hvorfor vi mener den er passende for å finne resultater som kan besvare vår problemstilling.

Dokumentanalyse som forskningsmetode

Studiens hensikt er å utforske og kartlegge hvilke systemer som finnes i Norge når det gjelder melding av uønskede hendelser i form av leiringsskader. Det har tidligere vært lite forskning på dette fagfeltet innen operasjonssykepleie. I vårt valg av problemstilling ønsket vi å fokusere på å finne frem til et resultat som kan være med på å forbedre praksis i den perioperative sykepleien. Kanskje kan resultatene av vår studie bidra å reise nye spennende forskningsspørsmål. I følge Ringdal (2014) er tidligere forskning og teori de viktigste hjelpemidlene når problemstillingen skal utarbeides. Ved å ha god oversikt over forskningsfeltet, og tidligere forskning, kan vi tilspisse problemstillingen til der hvor forskningen er mangelfull.

Ved å se nærmere på dokumentasjon som allerede finnes, vil vi i denne studien benytte oss av dokumentanalyse som metode da det er den metoden som best vil kunne hjelpe oss å besvare problemstillingen i denne studien. Denne formen for analyse bygger på systematisk gjennomgang av dokumenter med sikte på kategorisering av innholdet, og registrering av data som er relevant for problemstillingen i den aktuelle studien (Grønmo, 2016). Gjennom å systematisk gå gjennom hvilke systemer som finnes i Norge for å melde uønskede hendelser som leiringsskader, kunne vi få en oversikt over hvilke systemer som finnes. Gjennom analyseprosessen vår fant vi frem til kategorier som senere i prosessen skulle utgjøre funnene i studien. Ordet «dokument» kan brukes om alle skriftkilder som er relevant for forskeren

under sin analyse. Alt fra offentlige dokumenter som stortingsmeldinger til årsrapporter, til dokumenter av mer privat karakter som dagbøker og brev. Ved bruk av dokumentanalyse må faglitteraturen vurderes gjennom den konteksten de settes i (Grønmo, 2016).

Dersom vi som forskere har et begrenset perspektiv kan utvelgelsen av tekster bli skjev, og tekstene kan være ensformige. Tekster som er relevante for problemstillingen kan bli utelatt fordi vi ikke synes tekstene passer inn i vår oppgave. Tolkingsmuligheter kan derfor bli utelatt fordi de ikke stemmer overens med vårt perspektiv (Grønmo, 2016). For å få en bredde i vårt utvalg av tekster benyttet vi oss av forskjellige måter å innhente data på. Vi søkte først etter internasjonale forskningsartikler gjennom bibliotekets søkemotorer, uten å finne relevant informasjon. Dernest ble problemstillingen redusert til «i Norge». Så begynte vi å søke på helseforetakenes hjemmesider, men her ble også grunnlaget for snevert å gjøre analyse på. Helseforetakenes hjemmesider var ikke hensiktsmessige å analysere, da vi ikke fant noe informasjon om meldesystemer eller leiringsskader. Det er naturlig å tenke at helseforetakene har lagt info om «meldesystemer» på de interne nettsidene, og vi vil dermed ikke få tilgang til de gjennom de offentlige hjemmesidene. Derfor gikk vi videre og søkte i offentlige dokumenter som kunne fortelle noe om meldesystemer. Da ble lovene aktuelle, fordi de gir påbud om hvordan melding skal gjøres. Så fant vi rapporter som viser oss hvordan ulike helseforetak har meldt fra om uheldige hendelser, også andre skader enn leiringsskader. Vi har lest årsrapporter fra de siste 5 årene hos Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Kunnskapssenteret. Gjennom å innhente datamaterialet fra forskjellige kilder, som offentlige etater, lovverk og direktorater ønsket vi å få et bredt utvalg i tekstene som vi skulle analysere. Ved å søke gjennom dokumenter med forskjellige dokumentformer kan man belyse forskjellige sider av samme sak. I denne studien gav de forskjellige dokumentene oss forskjellig informasjon. Gjennom å benytte oss av nettsider vil vi hele tiden ha den nyeste oppdaterte versjonen av dokumentet. Lovverket vil kunne gi informasjon som er fastsatt uten variasjoner. Rapporter og faktaark viser oss hvordan meldesystemene faktisk fungerer i praksis, og hvilke følger meldesystemene har. Ved å bruke forskjellige kilder vil vi kunne komme frem til de dimensjonene med meldesystemene vi etterspør i problemstillingen.

Vi vil nå gå over til å presentere dokumentene vil har basert vår innholdsanalyse på. Videre vil vi beskrive analyseprosessen og redegjøre for troverdigheten til studien.

Beskrivelse av datamaterialet

I tabellen under er dokumentene vi har basert vår dataanalyse på. Da vi ikke fant relevant informasjon på regionssykehusenes hjemmesider, valgte vi å utelukke disse i analysen. Vi har valgt 8 forskjellige dokumenter i vår database for analysen. Disse dokumentene har vi sortert i 3 grupper: Lover/forskrifter, rapporter og faktaark. Grunnen til at akkurat disse dokumenter ble brukt i vår analyse er at vi syntes de kunne bidra til å besvare vår problemstilling.

Tittel	Årstall	Forfatter/utgiver	Dokumenttype/kilde
Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten	2014	Lippestad, Melby, Kilskar og Øren. SINTEF Teknologi og samfunn.	Rapport
Lov om spesialisthelsetjenesten §3-3	1999	Helse- og omsorgsdepartementet	Lover og forskrifter
Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven	Sist oppdatert februar 2017	Helsedirektoratet	Lover og forskrifter
Årsrapport 2015 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten	Mai 2016	Saastad. Kunnskapssenteret	Rapport
Meldeordninger	Februar 2013	Tinnå. Helsebiblioteket	Faktaark
Skader etter feil liggestilling ved operasjon	Sist oppdatert oktober 2016	Norsk pasientskadeerstatning	Faktaark
Meldesystemer: sammenligning av NPE saker og saker meldt til sykehusene	Sist oppdatert september 2016	Norsk pasientskadeerstatning	Faktaark
Slik varsler spesialisthelsetjenesten alvorlig hendelser til Statens helsetilsyn	Oktober 2015	Helsetilsynet	Lover og forskrifter

(Sintef, 2014), (Helsedepartementet, 1997), (Tinnå, 2013), (Helsetilsynet, 2015), (Helsedirektoratet, 2017c),(Saastad, 2016), (Tinnå, 2013),(Norsk Pasientskadeerstatning, 2016), (Helsetilsynet, 2015).

Analyseprosessen

I analyseprosessens første fase leste vi nøye gjennom det innsamlede datamaterialet for å få en oversikt. Vi utarbeidet i den andre analysefasen en mal for analyseringen av datamaterialet, og her tok vi for oss hvert enkelt dokument, og stilte systematisk de samme spørsmålene til hvert dokument. Vi ønsket å stille noen spørsmål angående dokumentets egenskaper, som hva slags type dokument er dette? Hva er hensikten med dokumentet? Hvem er dokumentet skrevet for? Vi stilte også spørsmål angående dokumentets substans, som hva er hovedinnholdet i dokumentet? Hvordan omtales meldesystem i dokumentet? Hva er budskapet om meldesystemet? Hvordan beskrives meldesystemet?

Noen av temaene som utgjør funnene i studien var veldig fremtredende og viste seg tydelig i flere av dokumentene. Andre var mer subtile, og stod ikke frem som et klart funn før sent i analyseprosessen. Måten vi fant frem til temaene som utgjør funnene i studien var at vi leste nøye gjennom dokumentene hvor vi så at enkelte ord, setninger, og kategorier som kunne være med på å svare på problemstillingen gikk igjen i flere av dokumentene. Ved å se likheter mellom flere av dokumentene, kunne vi ha et større fokus på å gjenfinne disse i de resterende dokumentene.

I siste del av analyseprosessen lagde vi overordnede kategorier av alle de kategoriene som kom frem under fase to av analyseprosessen. Det er disse kategoriene som utgjør våre funn, og skal besvare problemstillingen i denne studien.

Validitet, overførbarhet og troverdighet

I kvalitativ forskning blir gyldighet, om forskningen vurderes som dokumenterbar og holdbar vurdert ut fra forskerens klokskap i den praktiske utførelsen. Et kvalitativt studie skal bedømmes ut fra sin vitenskapelige kvalitet, og i forskningsvurderingen vil validiteten være sentral. Validitet betyr i denne sammenheng at forskningen vurderes som gyldig, dokumenterbart eller holdbart. Validiteten og troverdigheten vil påvirke studiens overførbarhet. Datamaterialet skal være relevant for problemstillingen. Dersom datamaterialet er lite treffende i forhold til problemstillingen og vi faktisk undersøker noe annet enn det problemstillingen tilsier, vil validiteten være lav (Grønmo, 2016).

Vår problemstilling etterspør konkrete systemer som gjennom melding er med på å forebygge leiringsskader på operasjonspasienten. Datamaterialet vårt er offentlige dokumenter som er

utarbeidet for å hjelpe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med å melde uønskede hendelser. Dette er dokumenter som er tilgjengelige for alle, og styrker troverdigheten med studien da andre forskere kan oppnå de samme resultatene ved å bruke det samme undersøkelsesopplegget og de samme data.

Vi har i denne studien vektlagt å synliggjøre alle stadier av forskningsprosessen. Vi har forklart begynnelsen av datasøkene, beskrevet hvilke søkemotorer vi benyttet oss av, og hvilke søkeord vi brukte. Vi har forklart hvordan vi endret fremgangsmåte for å finne det teoretiske grunnlaget for vår studie, da datasøkene ikke var tilstrekkelig. Gjennom å gå systematisk gjennom dokumentene i databasen synliggjorde vi analyseprosessen. Gjennom å være åpen om forskningsprosessen og synliggjøre prosessen, kan man styrke troverdigheten. Åpenhet og synlighet bidrar også til at studien kan være etterprøvable (Grønmo, 2016). I presentasjonen av funn og i diskusjonsdelen vil leseren kunne bedømme om studien har troverdighet. Studien kan vise til et lite steg mot ny kunnskap. Det er gjort lite tidligere forskning på om norske meldesystemer er med på å forebygge leiringsskader hos operasjonspasienten, og i diskusjonen viser vi hvordan funnene kan inspirere til videre forskning og reiser nye spørsmål.

Nå har vi redegjort for valget av metode, og hvordan søke- og analyseprosessen ble gjennomført. Som svar på spørsmålet som ble stilt i utgangspunktet har studien vist oss fire hovedfunn: operasjonssykepleierens meldeplikt, man melder for å lære, meldesystemenes tilgjengelighet og samfunnsmessige konsekvenser. Disse vil vi gå nærmere inn på i neste kapittel.

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV FUNN

Forskningsspørsmålet som ble stilt i utgangspunktet lød:

Hvilke systemer finnes i Norge for å melde uønskede hendelser om leiringsskader?

I analysen av dokumentene har dette spørsmålet vært førende. Gjennomgangen og fortolkningene har resultert i fire funn. For det første handler en dimensjon av meldesystemet i Norge om plikt: Det er en plikt å melde ifra om avvik. En annen dimensjon med meldesystemet i Norge er begrunnelsen for å melde: Det skal meldes om avvik fordi helsepersonellet skal lære av det. Et tredje funn handler også om begrunnelse for å melde: De

uønskede hendelsene som skjer får store samfunnsmessige konsekvenser. Til slutt viser data at systemene for å melde uønskede hendelser i Norge er lite tilgjengelige. I dette kapittelet skal vi gå inn på hver av disse funnene, og utdype disse.

Avviksmelding er en plikt

Analysene viser at en dimensjon ved systemet som finnes i Norge er at det er nedfelt både i lovsform, men vises også i rapporter at det er en plikt melde fra om skader, også leiringsskader. Meldeplikten er et viktig funn i denne studien, og systemet som finnes i Norge hviler på at helsepersonell tar denne plikten på alvor. Man er også som sykepleier gjennom Helsepersonelloven pliktig til å melde ifra om uønskede hendelser til nærmeste leder. Det er opp til hver enkelt virksomhet å bedømme hva som er uønskede hendelser som skal meldes videre. Dette kan skape store individuelle variasjoner på hva som blir meldt. Forskning viser at det er store forskjeller på hva som blir meldt inn lokalt og nasjonalt (Norsk Pasientskaderstatning, 2016). Som oftest blir det registrert i de nasjonale meldesystemene, men ikke lokalt. Kanskje er det mangel på tilstrekkelig kunnskap om meldesystemene som bidrar til underrapportering av uønskede hendelser.

En aktuell lov for vår studie er «Lov om spesialisthelsetjenesten» (Helsedepartementet, 1997). Dette er en lov utviklet av Helse- og Omsorgsdepartementet, og inneholder regler om ansvar, plikter, rettigheter og organisering for virksomhet og spesialister som yter spesialisthelsetjeneste. §3-3 og §3-3a omhandler meldeplikten til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

Hensikten med meldeplikten i spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak:

- Å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming
- Bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet
- Bidra til et likeverdig tjenestetilbud
- Bidra til at ressursene utnyttes best mulig
- Bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov
- Bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Plikten har en vesentlig rolle i lovene og forskriftene vi har analysert. Plikten til å melde avvikshendelser blir omtalt i nesten alle dokumentene vi har analysert i denne studien. I «Lov

om spesialisthelsetjenesten» er det en paragraf som heter «Meldeplikt til Helsedirektoratet». I §3-3 står det at formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. I Helsedirektoratets forskrift «Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesten» står det at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, private og offentlige, er meldepliktige virksomheter og skal sende melding til meldeordningen (Helsedirektoratet, 2017c). I praksis er det ansatte i institusjonen som må melde i henhold til institusjonens avviksprosedyrer og avvikssystemer.

I «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» står det at institusjoner innen spesialisthelsetjenesten er pliktige etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven å melde om betydelige pasientskader som følge av ytelse av helsetjeneste (Saastad, 2016).

Faktaarket fra NPE «Skade etter feil liggestilling ved operasjon» nevner ikke plikten helsearbeideren har, men gir oss en oversikt over hva som er meldt inn gjennom meldesystemene som finnes i Norge (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Faktaarket «Meldeordninger» fra Helsebiblioteket nevner heller ikke plikten direkte, men består av diverse informasjon. Denne informasjonen er opprettet på bakgrunn av at man allerede er i ferd med å utføre plikten man er pålagt gjennom de forskjellige meldeordningene (Tinnå, 2013). Det betyr at «plikt» kommer både direkte og indirekte til uttrykk i ulike dokumenter. Heller ikke i Helsetilsynets faktaark «Slik varsler spesialisthelsetjenesten alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn» nevnes plikten direkte. Det foreligger derimot flere henvisninger og linker direkte til lovverket som omhandler meldeplikt og skade på pasienter (Helsetilsynet, 2015). De overnevnte faktaarkene er basert på at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten allerede har utført sin meldeplikt, og har meldt inn uheldige hendelser. Faktarkene et utarbeidet på registrerte hendelser som er meldt, og tar utgangspunkt i at helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten er lovpålagte til å melde uønskede hendelser, og går ut fra at alle følger disse lovene.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen (Helsedepartementet, 1997). Helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten er lovpålagt under spesialisthelsetjenesteloven §3-3 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 ført til betydelig personskade (Helsedepartementet, 1997). Dette er svært aktuelle lover for vår studie. Når man leser og reflekterer over innholdet i disse lovene, er det helt tydelig hvilke forpliktelser vi har som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke noe uklarhet i meldesystemet, og hvordan systemet fungerer.

Alle rapportene legger vekt på viktigheten med å melde uønskede hendelser, og hvordan vi som helsepersonell er pliktige til å gjøre dette. Rapportene viser også hvordan meldesystemene fungerer i praksis gjennom å vise til konkrete tall og statistikker over antall innmeldte hendelser, ulike hendelsestyper, alvorlighetsgrad og lignende. Meldeplikten gjelder den enkelte innmelder, og det er opp til hver enkelt virksomhet å bedømme hva som er uønskede hendelser som skal meldes videre. Dette kan skape store individuelle variasjoner på hva som blir meldt.

De forskjellige dokumentene gir oss forskjellig informasjon angående meldeplikten. Lovverket er tydelig og forteller oss hva vi skal gjøre. Konsekvensen med å ikke følge disse retningslinjene er lovbrudd. Rapportene tar utgangspunkt i meldeplikten, og forteller oss om hva som er gjort. Hvordan meldeplikten fungerer i praksis, og om plikten er oppfylt eller ikke. Det er opp til hver enkelt virksomhet å bedømme hva som er uønskede hendelser som skal meldes videre. Dette kan skape store individuelle variasjoner på hva som blir meldt. Så etter lovverket er man pliktige, men i praksis er det store individuelle forskjeller på hva som blir meldt inn som uønskede hendelser.

Melde for å lære

En side ved systemene når det kommer til å melde uønskede hendelser er viktigheten med å melde inn uønskede hendelser for å fremme læring. Meldesystemer blir også omtalt som læringssystemer. Gjennom å melde kan man øke kunnskapen og fremme kompetansen hos helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, og kunne forebygge at lignende hendelser skjer igjen. Gjennom å se på uønskede hendelser som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker, og hvordan konkrete arbeidsoppgaver fungerer kan man fremme læring. Det er menneskelig å feile, men gjennom velfungerende meldesystemer vil man kunne gi videre kunnskap til andre slik at man kan lære av sine feil, og forebygge at feilene skjer

igjen

I lov om spesialisthelsetjenesten §3-3 står det at meldinger skal brukes for å avklare saker og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Det står at Helsedirektoratet skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten (Helsedepartementet, 1997) .

I Helsedirektoratets forskrift «Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesten» er det en underoverskrift som heter «Lære av feil og avdekke systemfeil». Her står det at tilbakemeldingen fra Helsedirektoratet vil være en enkel svarmelding, et svar med en lenke til læringsressurser eller en individuell tilbakemelding (Helsedirektoratet, 2017c). Forskriften beskriver hvordan det er menneskelig å feile, og at hensikten med å melde er at helsetjenesten skal lære av sine feil, og forebygge at det skjer igjen. Meldeordningen gir tilbakemelding til melderens blant annet om effektive tiltak for å forhindre at tilsvarende skjer igjen.

Meldeordningen utgir læringsnotater. Dette er publikasjoner som omhandler et risikoområde innen et gitt område og tidsrom, basert på en gjennomgang av meldte hendelser.

Læringsnotatene inneholder forbedringsforslag basert på innrapporterte meldinger.

Meldeordningen skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om risikoområder og tiltak, som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten.

I «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» står det at meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldeordningen publiserte 7 læringsnotater i 2015 med forskjellige temaer. I årsrapporten for 2015 står det at hensikten med meldeordningen er læring, ikke telling og måling (Saastad, 2016). De har som mål å drive undervisning, opplyse om alle deler av meldeordningen og påpeke læringspotensial som identifiseres gjennom mottatte meldinger om uønskede hendelser.

Sintef rapporten «Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» fra 2014 beskriver hvordan læring handler om endring av praksis, eller å tilføye nye kunnskaper, holdninger og/eller ferdigheter(Sintef, 2014). Rapporten viser at det ikke er et entydig svar på spørsmålet om meldeordningen bidrar til at meldingene

brukes for å avklare årsaker til hendelser og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Informantene som er brukt i rapporten er entydige i at tilbakemeldingene fra den gang Kunnskapssenteret på enkeltmeldinger har liten til ingen nytteverdi. Deres hovedinnvending er at Kunnskapssenteret verken har faglige forutsetninger eller tilstrekkelig kapasitet til å sette seg inn i årsaken til eller bakgrunnen for enkelthendelser (Sintef, 2014).

I faktaarket «Skader etter feil liggestilling ved operasjon» fra NPE nevnes det ikke noe om det å melde for å lære, her er det oversikt over leiringsskader, utbetalinger som følge av medhold og eksempler på medholdsaker (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). I NPEs faktaark «Meldesystemer: sammenligning av NPE-saker og saker meldt til sykehusene» ønsker de å vise helsetjenesten hva pasientene selv opplever som et problem eller en skade. De kartlegger hvor ofte medholdsaker i NPE har blitt registrert lokalt på sykehusene. Her er det fokus på sentrale områder innenfor pasientsikkerhet. Det nevnes også at det lokale forbedringsarbeidet bør rette seg mot hva som er viktig sett fra pasientens ståsted (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). I faktaarket «Meldeordninger» fra Helsebiblioteket nevnes ikke noe når det gjelder å melde for å lære (Tinnå, 2013). Det samme gjelder Helsetilsynets informasjon «Slik varsler Spesialisthelsetjenesten alvorlige hendelser» (Helsetilsynet, 2015).

Sintef rapporten stilte spørsmål om hvorvidt dagens meldeordninger bidro til å forbedre pasientsikkerheten. Ved innmelding av en enkeltmeldinger gir Kunnskapssenteret en tilbakemelding med medisinskfaglige vurderinger, som informanter sier har liten nytteverdi. Det etterlyses kompetanse og kapasitet til gode forløpsanalyser for å avklare årsaker til enkelthendelser på en tilfredsstillende måte (Sintef, 2014). Ved å gi tilbakemeldingen i et organisasjonsperspektiv kan man spre kunnskapen til flere enn bare innmelder, og gjennom dette bidra til økt pasientsikkerhet. Kunnskap om pasientskade som oppstår i forbindelse med kirurgi er helt vesentlig for å kunne gjøre noe med problemet, og dermed bedre pasientsikkerheten. Vi ser at selv om meldesystemene finnes, går det store summer som følge av medhold på erstatningssaker til pasientene. I følge faktaarket «Meldesystemer...» fra NPE ser meldesystemene nasjonalt ser ut til å ha større tillit enn lokale (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Mange av sakene som blir meldt på nasjonalt nivå, har ikke vært registrert i sykehusenes lokale avvikssystemer. Dette bidrar til å vanskeliggjøre tilbakemeldingene lokalt, med tanke på melde for å lære. Det kan være med på å forlenge tiden til endring av praksis, og forebygging av leiringsskader.

De forskjellige dokumentene gir oss forskjellig informasjon angående melde for å lære. Hensikten i «Lov om spesialisthelsetjenesten §3-3» er at meldinger skal brukes for å avklare saker og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen(Helsedepartementet, 1997). Så gjennom å forholde seg til lovverket kan man fremme kunnskap gjennom å melde uønskede hendelser. Rapportene derimot sier hvordan informantene som er brukt i rapporten er entydige i at tilbakemeldingene fra den gang Kunnskapssenteret på enkeltmeldinger har liten til ingen nytteverdi. Deres hovedinnvending er at Kunnskapssenteret verken har faglige forutsetninger eller tilstrekkelig kapasitet til å sette seg inn i årsaken til eller bakgrunnen for enkelthendelser. Man må melde for å lære er i teorien med på å fremme kunnskap, men i praksis vider det til varierende resultater.

Meldesystemenes samfunnsmessige konsekvenser

Et viktig funn i studien er samfunnsmessige konsekvenser som følge av de nåværende meldesystemene i Norge. En uønsket hendelse påvirket ikke bare operasjonspasienten fysisk, men kan ha en større innvirkning på personenes hverdag. Det kan også ha store økonomiske konsekvenser for samfunnet med tanke på forlenget sykehusopphold, og eventuelle erstatningskrav.

I Sintef rapporten står det at meldeordningen ikke bidrar til brukerinvolvering. Brukerne er viet lite til ingen oppmerksomhet i meldeordningen til Kunnskapssenteret (Sintef, 2014).

I Helsedirektoratets forskrift «Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesten» står det at antallet innmeldte hendelser sier noe om helseinstitusjonenes evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser, ikke nødvendigvis om forekomsten av uønskede hendelser. Antallet kan heller ikke brukes til å si noe om kvaliteten på virksomheten (Helsedirektoratet, 2017c). Dette bekreftes også i «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» (Saastad, 2016).

I «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» står det at de innmeldte hendelsene fikk store menneskelige og økonomiske konsekvenser på ulike nivå og områder; for den involverte pasienten, for andre pasienter behandlingsforløp og på organisasjonen (Saastad, 2016). Årsrapporten viser at uønskede hendelser har store menneskelige og økonomiske konsekvenser. Totalt mottok meldeordningen 10386 meldinger i

2015 (Saastad, 2016). 679 av disse var meldinger som ikke ble inkludert i analysen, en av grunnene er at meldingen er sendt fra institusjoner som ikke reguleres av spesialisthelsetjenesteloven. Noen hendelser oppdages nødvendigvis først på et senere tidspunkt enn da hendelsen fant sted. I årsrapporten står det også at det reflekteres over hvem som skal registrere hendelsen, er det den avdelingen pasienten tilhører, eller er det hvor hendelsen oppstod. Meldeordningen får i dag informasjon om melderens avdelingstilhørighet, ikke hvor pasienten var innlagt når hendelsen skjedde (Saastad, 2016).

NPEs faktaark «Skader etter feil liggestilling ved operasjon» forteller oss om store summer gjennom erstatningsutbetalinger som følge av medholdsaker ved oppståtte leiringsskader, og hvilke økonomiske følger det kan ha for pasientene gjennom både nedsatt funksjon i daglige gjøremål og i arbeidslivet (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Hverken faktaarkene fra NPE eller Helsebiblioteket går inn på det samfunnsøkonomiske aspektet når det gjelder leiringsskader eller uheldige hendelser. Sistnevnte viser derimot til en artikkel som omhandler pasientskader ved et norsk sykehus som førte til medhold i erstatningssaker (Tinnå, 2013). Faktaarket fra Helsetilsynet «Slik varsler spesialisthelsetjenesten alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn» går ikke inn på det samfunnsøkonomiske ved meldinger angående uheldige hendelser (Helsetilsynet, 2015).

Meldesystemenes tilgjengelighet

Enda en side ved meldesystemene er hvor tilgjengelige de er. Et overordnet funn av studien er at kunnskapen om de forskjellige meldesystemene er for dårlige i spesialisthelsetjenesten, noe som igjen påvirker tilgjengeligheten til meldesystemene. Mangel på kunnskap om meldesystemene resulterer i at helsepersonellet ikke vet hvilke meldesystemer de kan benytte seg av hvis en uønsket hendelse oppstår. Dette kan føre til at mange uønskede hendelser ikke blir meldt, da melderer ikke vet hvordan han skal gå frem i meldeprosessen.

Meldeordningen ble overført fra nasjonalt kunnskapssenter til Helsedirektoratet i 2016 da man ønsket at den sentrale helseforvaltningen skulle samles i færre etater. Færre bindeledd kunne kanskje gjøre meldesystemene mer tilgjengelige for de som skal bruke dem aktivt. I Helsedirektoratets forskrift «Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesten» står det at du skal melde ut fra institusjonens rutiner, ofte gjennom et elektronisk avvikssystem (Helsedirektoratet, 2017c). Dersom det ikke finnes et slikt meldesystem på din arbeidsplass,

kan du melde på webskjemaet. Det ligger direktelenke til meldeskjemaet i dette dokumentet (Helsedirektoratet, 2017c).

I «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» står det at det er definert gjennom spesialisthelsetjenesteloven at det er virksomhetene som er ansvarlige for at melding om uønskede pasienthendelser blir sendt (Saastad, 2016). Dette har ført til at innmelding skjer på forskjellige måter, og kan skape store individuelle variasjoner på hva som blir meldt (Saastad, 2016).

I Sintef rapporten «Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» fra 2014 står det at de fleste ledere kjenner til meldeordningen, men at ikke alle i realiteten kjenner den «godt nok» (Sintef, 2014). Når det gjelder de ansatte, pekes det på at det er en del manglende kunnskap om meldeordningen, noe som spesielt er en utfordring når det er den enkelte kliniker som skal sende melding. Evalueringen viste at de var svært opptatte av å melde avvik i deres interne avvikssystemer, men at de var usikre når det angikk å melde til Kunnskapssenteret (Sintef, 2014). Totalt sett viser rapporten til at den generelle meldekulturen er bedre i betydningen at det meldes mer, og det er sett en generell økende oppmerksomhet omkring pasientsikkerhet ved sykehusene. Rapporten avdekker at meldekriteriene oppleves som uklare og gir rom for tolkning. Dette igjen betyr at det utøves skjønn med hensyn til hva som meldes (Sintef, 2014).

Ingen av faktaarkene fra vår database nevner noe om tilgjengeligheten på meldesystemene. Helsebibliotekets faktaark «Meldeordninger» (Tinnå, 2013), og Helsetilsynets faktaark «Slik varsler spesialisthelsetjenesten alvorlig hendelser til Statens helsetilsyn» (Helsetilsynet, 2015) viser derimot til lenker direkte inn på skjema til bruk ved melding om uønsket hendelse, og til de forskjellige meldeordninger.

Lovverket nevner ikke tilgjengelighet, men er en faktor som bidrar til meldesystemenes tilgjengelighet. I Helsedirektoratets forskrift «Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesten» står det at du skal melde ut fra institusjonens rutiner, ofte gjennom et elektronisk avvikssystem (Helsedirektoratet, 2017c). Dette er noe de fleste sykehusene har tilgjengelig på alle datamaskiner med internettilgang. Forskriften legger også med en direktelenke til et webskjema for innmelding av uønskede hendelse, noe som bidrar positivt

på tilgjengeligheten (Helsedirektoratet, 2017c). I Sintef-rapporten står det at det er manglende kunnskap både hos lederne og de andre ansatte om meldeordningen, noe som spesielt er en utfordring når det er den enkelte kliniker som skal sende melding (Sintef, 2014). Uten kunnskap om meldesystemene er det uvesentlig hvor tilgjengelige de er. Hvis man ikke har kjennskap til de forskjellige meldesystemene, har man heller ikke kunnskap til å benytte seg av dem.

I dette kapittelet har vi gjennomgått hvilke funn vår dokumentanalyse resulterte i. Vi vil nå videre i studien drøfte rundt funnene våre, og reflektere hvordan funnene samsvarer med vår problemstilling.

KAPITTEL 5 DRØFTING

Spørsmålet som ble reist i denne studien har vist oss at den perioperative sykepleieren er pliktig til å melde uønskede hendelser som leiringskader, man melder uønskede hendelser for å lære av dem og unngå at de samme skjer igjen, meldesystemene er tilgjengelige for alle men det er manglende kunnskap som påvirker bruken, og at leiringskader og manglende bruk av meldesystemene kan få store samfunnsmessige konsekvenser. Når vi skal diskutere funnene skal vi gjøre dette i lys av Martinsen omsorgsteori, og benytte oss av Aases litteratur om pasientsikkerhet.

Flere spørsmål reiser seg fra funnene som er presentert. I følge lovverket er det ingen tvil, helsepersonell har en overordnet plikt til å rapportere inn uønskede skader på pasienter. Det er ingen rom for misforståelser angående meldeplikten, og både lovverket og rapportene er veldig tydelige på dette. Plikten er også sentral i Aases litteratur om pasientsikkerhet (Braut & Holmboe, 2015). I følge lovverket skal meldeplikten være en selvfølgelighet, likevel forteller faktaarket «Meldesystemer: sammenlikning av NPE-saker og saker meldt til sykehusene» fra NPE oss at det er store mørketall i innmeldte hendelser (Norsk Pasientskaderstatning, 2016). Dette er to viktige faktorer som ikke samsvarer med hverandre. Når lovverket ikke gir noen mulighet for misforståelser angående meldeplikten, viser mørketallene fra rapporten utgitt av Sintef til en menneskelig svikt i meldesystemene (Sintef, 2014). Dette kan tyde på store individuelle forskjeller på hva som blir meldt inn som en uønsket hendelse. I «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» står det at det er

definert gjennom spesialisthelsetjenesteloven at det er virksomhetene som er ansvarlige for at melding om uønskede pasienthendelser blir sendt (Saastad, 2016). Dette har ført til at innmelding skjer på forskjellige måter. Årsaker til dette kan være at ulike foretak definerer uønskede hendelser forskjellig da «uønskede pasienthendelser» er et vagt og utydelig begrep. En annen årsak kan være at virksomheten ikke holder en høy kvalitet på praksis, eller bevisst ønsker å skjule dårlig praksis. Nok en årsak kan være at leiringsskaden ikke oppdages før pasienten er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. At helsepersonellet har «lettvinne» holdninger til problemet kan føre til at innmelding av uønskede hendelser skjer på forskjellige måter.

Foretakene gjør det ulikt og det blir gjort individuelle vurderinger på hva som er en uønsket hendelse og hva som skal meldes videre. Kanskje syntes det ene foretaket at en uønsket hendelse er svært viktig å melde, mens et annet foretak ikke melder samme type hendelse. At man ikke følger samme retningslinjer er med på å skape unødig forvirring rundt meldeprosessen, og hva som skal meldes. Å unnlate å melde en uønsket hendelse står i konflikt med den omsorgen den perioperative sykepleieren skal ha for pasienten. Helsepersonellet skal ha pasienten i fokus, og handle ut fra hva som er best for hver enkelt pasient (Martinsen, 2003b).

Det står i en forskrift fra Helsedirektoratet at man skal forholde seg til institusjonens melderutiner når man skal melde inn uønskede hendelser (Helsedirektoratet, 2017b). Etter gjennomgang av de 5 regionssykehusenes hjemmesider er det svært liten til ingen informasjon om sykehusenes meldesystemer. En kan tenke seg til at det kanskje er mer informasjon om systemene for melding av uønskede hendelser på de interne nettsidene til sykehusene, da det gjelder ansatte i spesialisthelsetjenesten mer enn allmennheten. I Helsedirektoratets forskrift står det «Hvis man ikke har elektroniske meldesystemer...» (Helsetilsynet, 2017). Det er kritikkverdig at Helsedirektoratet kan gå ut fra at noen sykehus ikke har et elektronisk meldesystem. Dette skal være et nødvendig redskap som alle sykehus skal ha og bruke aktivt i arbeidshverdagen. Hvis Helsedirektoratet kan gå ut fra at noen ikke har slike meldesystemer, kan det heller ikke komme som en overraskelse at uønskede hendelser ikke bli innmeldt.

I «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten» står det at hensikten med meldeordningen er læring, ikke telling og måling (Saastad, 2016). Helsedirektoratet har som mål å drive undervisning, opplyse om alle deler av meldeordningen og påpeke læringspotensial som identifiseres gjennom mottatte meldinger om uønskede

hendelser (Helsedirektoratet, 2016b). Dette er noe som går igjen i de fleste dokumentene i denne studien. Hovedmålet er at meldinger skal brukes for å avklare saker og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Det står at Helsedirektoratet skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten. I følge Aase er rapportering og læring av uønskede hendelser et av de mest utbredte virkemidlene for pasientsikkerhet (Aase & Wiig, 2015). I Sintef-rapporten «Evaluering av meldeordningen...» evalueres hvordan meldeordningen har fungert i praksis, og viser hvordan et utvalg av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten opplever bruken av meldeordningen (Sintef, 2014). Gjennom intervjuer av informantene viser Sintef-rapporten at læringsutbyttet av læringsnotatene som kommer fra den gang Kunnskapssenteret har liten til ingen nytteverdi. Kunnskapssenteret er ansvarlige for å gi tilbakemelding på enkeltmeldinger, og har utviklet skriftlige tilbakemeldinger i form av «læringsnotater». Her gir de tilbakemelding til melderens om hva som kan gjøres for å unngå at lignende hendelser skjer igjen. Informantene i Sintef-rapportens hovedinnvending er at Kunnskapssenteret verken har faglige forutsetninger eller tilstrekkelig kapasitet til å sette seg inn i årsaken til eller bakgrunnen for enkelthendelser (Sintef, 2014). Så det er uvisst i hvilken grad melding er med på å påvirke læring hos helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Kanskje bør Helsedirektoratet som nå har ansvaret for tilbakemeldingen og utvikler læringsnotatene finne en annen tilbakemelding som kan bidra mer til læring, og kanskje nå ut til flere enn bare den som har meldt inn en uønsket hendelse. Ved å utvikle læringsnotater som spres helt ut i organisasjonen, og gjennom en større inkludering av de ansatte ved endringsprosesser, kan velfungerende meldeordninger bidra til å forebygge at uheldige hendelser gjentar seg. Kanskje kan Helsedirektoratet bruke andre kommunikasjonskanaler for å få ut sin informasjon? Kanskje kan de sende ut mail med leserbekreftelse av leseren. Det kan henges opp en papirversjon av læringsnotatet på pauserommet. Kanskje kan de også bruke internundervisningen til de ansatte, hvor lederen legger frem eksempler på innmeldte saker, og gjennomgår læringsnotatene.

Etter flere uønskede hendelser som resulterte i betydelig pasientskade og et dødsfall kom Helsedirektoratet med et læringsnotat som kunne være med på å forebygge at lignende hendelser skjer igjen (Helsedirektoratet, 2016a). Under elektive dagkirurgiske inngrep, der pasienter i starten av inngrepet fikk flere luftemboli resulterte det i et dødsfall og i store skader på en annen pasient. Helsetilsynet gransket hendelsene med mistanke om at skadene var et resultat av det medisinske utstyret og leiringen. Rapporten fra Helsetilsynet er ikke

ferdigstilt. Men i forbindelse med melding som følge av disse uønskede hendelsene kom Helsedirektoratet med et læringsnotat med spesifikke endringer som går på leiringen av operasjonspasienten (Helsedirektoratet, 2016a). Prosedyren for det aktuelle sykehuset ble endret i etterkant av læringsnotatet fra Helsedirektoratet. Dette læringsnotatet er det eneste notatet vi har funnet i denne studien hvor det viser til konkrete tilbakemeldinger på leiringen av operasjonspasienten. Men gjennom læringsnotatet fra Helsedirektoratet ser man at leiringen av pasienten er viktig og kan ha alvorlige konsekvenser for utfallet av operasjonen. Dette viser viktigheten med et velfungerende meldesystem, og hvordan det kan øke kompetansen gjennom å melde uønskede hendelser. Gjennom å lese dette læringsnotatet fra Helsedirektoratet syntes vi det var konkret og gav god faglig innsikt i problemet. I tillegg viste Helsedirektoratet til konkrete forslag til endringer som kan bidra til at lignende hendelser ikke skjer igjen. Dette står i kontrast til hva informantene i Sintef-rapporten syntes om læringsnotatene fra den gang Kunnskapssenteret (Sintef, 2014). De så ingen nytteverdi i læringsnotatene, og følte at det bidro lite til økt kunnskap. Kan det ha skjedd endringer i tilbakemeldingene når Helsedirektoratet overtok for Kunnskapssenteret?

Meldesystemene skal brukes som et verktøy, og er ment for at helsepersonell kan lære av tidligere uheldige hendelser for å unngå at lignende skjer igjen (Aase & Wiig, 2015). Kan det tenkes at meldesystemer kan gi uønskede virkninger? Kanskje kan en tenke seg at argumentet om å lære av sine feil, kan bidra til å redusere alvorret i det å gjøre feil. Det er svært uheldig og ikke intendert, om helsepersonell ikke tar oppgaven med riktig leiring på alvor, men lener seg på det faktum at man jo kan lære av sine feil. For en pasient med en leiringsskade som kan få konsekvenser for resten av livet, vil det være en fattig trøst at det skal være til læring for andre. Hvor mye har man lært når man ser at innmeldte klagesaker til NPE bare øker? (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Hvor mye læring oppnår man da egentlig med de meldesystemene vi har i dag? I tillegg til pasientens frustrasjon om at helsepersonellet har lært av den skaden han er påført, viser en nylig sak i media at bare 30% av pasienter som søker erstatning fra NPE ikke får den støtten de trenger (Moland & Solli, 2017). Dette vil være enda en påkjenning for operasjonspasienten som er utsatt for en uheldig hendelse. At man må kjempe mot det systemet der skaden oppstod vil være ytterligere en belastning for operasjonspasienten som er påført en leiringsskade. Dette står i stor kontrast mot omsorgen for pasienten, og at systemet ikke alltid fungerer for pasientens beste.

Meldeordningene bør være lett tilgjengelige for brukerne, som i denne studien er ansatte i spesialisthelsetjenesten. Et av hovedpunktene ved å flytte Meldeordningen, fra Kunnskapssenteret til Helsedirektoratet 1.januar 2016, var nettopp å gjøre det mer tilgjengelig for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Funn fra rapportene i analysen vår viser at det er lite fokus på meldesystemene i arbeidshverdagen, og at store deler av helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten ikke er godt kjent med meldesystemene. Rapportene peker på at det er en del manglende kunnskap hos de ansatte om meldesystemene og hvordan disse fungerer, noe som spesielt er en utfordring når det er den enkelte kliniker som skal sende melding. Nok en gang viser det til individuelle forskjeller og vurderinger på hva som skal meldes videre, noe som er med på å skape unødig forvirring rundt meldeprosessen, og hva som skal meldes. Her mener vi at ledelsen må ta mer ansvar. God styring forutsetter at ledelsen også har inngående kjennskap til de tjenestene som ytes, og ikke minst hvilke problemer som opptrer i det kliniske arbeidet (Braut & Holmboe, 2015).

Hvordan kan man melde inn en uønsket hendelse når man ikke vet at meldesystemet eksisterer? Kanskje bør man legge mer fokus på informasjon om meldesystemene, og kanskje vil denne kunnskapen bidra til at flere benytter seg av meldesystemene. Våre opplevelser fra praksis er at når vi nevner ordene meldesystemer og meldeordning, har de ansatte lite kunnskap om hva dette er. De viser til kunnskap om å melde uønskede hendelser lokalt, i de interne avvikssystemene, men de vet ikke at skaden også skal meldes nasjonalt.

Manglende kunnskap om meldesystemene hos de ansatte er et problem for ledelsen på sykehuset, og de må være ansvarlige for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap om meldesystemene. Velfungerende meldesystemer avhenger av at det foreligger gode informasjonssystemer (Braut & Holmboe, 2015). Dagens sykehus har intern opplæring og kurs av alle sine ansatte, i alt fra førstehjelp til håndhygiene. Dette er obligatoriske kurs som de ansatte kontinuerlig må være oppdatert i. Her burde ledelsen ved sykehusene kunne utvikle lignede kurs om meldesystemene og bruken av disse. Gjennom å synliggjøre meldesystemene kan de ansatte få den kunnskapen de trenger for å bruke systemene på riktig måte. Dette vil være en kvalitetssikring for sykehusets ledelse om at de ansatte er oppdaterte på meldesystemene, og har den kunnskapen som skal til for å bruke dem aktivt i hverdagen.

Dagens meldesystemer har liten til ingen brukerinvolvering (Sintef, 2014). Det vil si at pasienten som er utsatt for en uønsket hendelse som leiringsskade ikke er involvert i meldeprosessen. Det fremkommer ikke gjennom vår dataanalyse om hvorvidt pasienten får

informasjon dersom en leiringsskade blir oppdaget på operasjonsstuen. Kanskje i fremtiden kan systemene for å melde uønskede hendelser bli tilgjengelige for alle parter i operasjonsforløpet, alt fra pasient, pårørende, kirurg, spesialsykepleiere i alle faser av operasjonen og lignende. Da kan alle involverte parter melde inn en uønsket hendelse. Forskningslitteraturen innen brukerinvolvering viser til positive resultater knyttet til å utvikle helsepersonellens kunnskaper (Repper & Breeze, 2007). Brukerinvolvering krever mer informasjon og kunnskap om meldesystemene og bruken av disse. Informasjonen må nå ut til alle involverte i en uønsket hendelse, og vil kreve mer informasjon om melding både på de offentlige hjemmesidene til sykehusene, og på de interne nettsidene til all helsepersonell. Gjennom å involvere pasienten i meldesystemet kan en eventuell leiringsskade rapporteres direkte fra den som er involvert i den uønskede hendelsen. Kanskje kan dette være med på å fange opp flere leiringsskader, ikke bare av den perioperative sykepleieren i spesialisthelsetjenesten. Omsorgen for operasjonspasienten kommer til syne gjennom å inkludere pasienten i situasjonen, og dette kan bidra til at pasienten føler seg sett å hørt av helsepersonellet.

Hittil har NPE utbetalt 42 millioner i erstatning til pasienter som er påført forskjellige leiringsskader (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Dette er en økonomisk belastning for samfunnet, men for pasienten som er påført en leiringsskade som kunne ha vært forhindre vil belastningen være betydelig større. En leiringsskade er noe som kan påvirke livet til pasienten på mange måter. En fysisk skade kan hindre pasienten i hverdagslivet, arbeidslivet, og påvirke pasientens autonomi i hverdagen, og eventuelt utvikle seg til en psykisk skade. I tillegg viser forskning at Staten anker flere pasientklagesaker enn tidligere. At fortvilede skadde personer må holde på i rettsaker mot en så stor aktør, tar knekken på mange (Moland & Solli, 2017). Dette viser hvor viktig det er å ha omsorgen for pasienten i fokus. Små detaljer i leiringen av operasjonspasienten vil kunne få enorme innvirkninger på pasientens liv, og det er den perioperative sykepleierens ansvar å gjøre leiringen riktig.

Vi har nevnt hvordan en leiringsskade kan påvirke livet til operasjonspasienten på mange måter, men en leiringsskade kan også påvirke samfunnet økonomisk. En faktor kan være ekstra liggedøgn på sykehus, og behov for ekstra ressurser som for eksempel smertestillende, fysioterapeut, hjelpemidler og lignende. Også etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten kan pasienten ha behov for videre oppfølging på grunn av den påførte leiringsskaden. Pasienten kan ha behov for å få dekket økte utgifter i form av legetimer, fysikalsk opptrening og

medikamenter. Samfunnet vil også påvirkes med tanke på tapt arbeidskraft og eventuelle trygdeutbetalinger. Forskning viser også at Staten anker flere pasientklagesaker til Pasientklagenemnda enn tidligere, i 2016 anket Staten hele 30% av innmelde pasientskader (Moland & Solli, 2017). Tall fra Pasientskadenemnda viser at Staten vinner 77% av ankesakene. I 2016 brukte Staten 3,8 millioner på rettsaker mot pasienter (Moland & Solli, 2017). Dette viser hvor store konsekvensene kan bli både for pasienten med en påført leiringsskade og samfunnet, og viser viktigheten med fokus på leiringsskader og velfungerende meldesystemer.

Kun 20% av de totalt 167 medholdsakene hos NPE som var inkludert i en studie, hadde blitt rapportert inn i sykehusets meldesystem. Det vil si at hele 80% av leiringsskadene som fikk erstatning av NPE ikke engang var meldt inn av helsepersonell lokalt som en uønsket hendelse. Dette er store tall som viser til en svikt i systemet når det kommer til melding av uønskede hendelser. Det tyder på at noe må endres på for at systemene skal fungere optimalt, og leiringsskader kan forebygges. En av konklusjonene er at underrapportering er et problem, på tross av at helsepersonell er forpliktet til å melde uønskede hendelser (Norsk Pasientskaderstatning, 2016). Det kan vise seg at det er et problem for pasienten og samfunnet som ikke sykehusene tar alvorlig, eller via underrapportering bidrar til å forverre. Når NPE kan vise til at det hittil er utbetalt 42 millioner til pasienter som har opplevd en leiringsskade i operasjonsforløpet, hvor blir disse rapportert da man ikke kan se at de er registrert hos sykehusene? Pasienter kan uavhengige om sykehusene har meldt en uønsket hendelse melde inn en pasientskade til NPE. På deres nettside ligger direktelenke til et skademeldingsskjema som er tilgjengelige for alle (NPE, 2017a).

Sintef-rapporten som evaluerer meldeordningen viste at 679 meldinger gjennom Meldeordningen ikke er med i årsrapporten fra Helsedirektoratet, da de ikke er meldt fra institusjoner som er regulert under spesialisthelsetjenesteloven som for eksempel kommunale sykehjem og rehabiliteringssentre (Sintef, 2014). Som nevnt tidligere i studien kan noen av leiringsskadene bli oppdaget etter utskrivelse fra sykehuset, eller når operasjonspasienten ligger på en annen institusjon som ikke faller under spesialisthelsetjenesten. Det viser seg at leiringsskader ikke nødvendigvis blir oppdaget av personalet på operasjonsenheten, selv om skaden oppstår på operasjonsavdelingen. Hvis da skaden blir meldt av noen andre som ikke tilhører spesialisthelsetjenesten vil den ikke bli tatt med i «Årsrapport 2015 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten». Det står attpåtil skrevet i årsrapporten at

noen hendelser ikke nødvendigvis blir oppdaget før ved et senere tidspunkt enn da hendelsen fant sted (Saastad, 2016). Pasientskaden har oppstått i spesialisthelsetjenesten, men blir ikke registrert som en skade i spesialisthelsetjenesten. Dette vil gi unøyaktige resultater, og man vil få flere pasientskader i spesialisthelsetjenesten som ikke blir registrert. Kanskje burde registreringen av leiringsskader ikke stoppe etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, da kommunen per dags dato ikke har et tilsvarende meldesystem. Samhandlingsreformen er et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten når det kommer til å tilrettelegge for god pasientflyt mellom sykehus og kommunale helseinstitusjonene (Laugaland & Aase, 2015). En løsning vil kunne være å videreutvikle Samhandlingsreformen, hvor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider om å oppdage og melde uønskede hendelser som leiringsskader. På denne måten vil leiringsskadene kunne meldes som en uønsket hendelse uansett hvor i forløpet den ble oppdaget.

NPE viser til store avvik mellom innmelde avvik lokalt og nasjonalt (Norsk Pasientskaderstatning, 2016). Dette tyder på at når uønskede hendelser oppstår meldes dette bare inn til helsedirektoratet og ikke til det aktuelle sykehuset hvor skaden oppstod. Dette gjør det vanskelig for lokalsykehuset å endre rutinene hvor uhellet har oppstått, fordi det er ikke registrert et problem i utgangspunktet. Dette er med på å vanskeliggjøre endringer innad i sykehusene som kan bidra til videre læring, og eventuelt en endring i praksis som resulterer i at uønskede hendelser som leiringsskader reduseres. Kunnskap er vesentlig for å kunne gjøre noe med problemet. Og tilbakemeldingene fra den gang Kunnskapssenteret er ikke med på å gi videre læring og eventuelt endre praksis ifølge informanter (Sintef, 2014). Da må man se etter andre måter å kunne gi kunnskap til helsepersonell på.

Vi mener det mangler oppmerksomhet rundt meldesystemet i praksis, og mener bruken av systemet blir påvirket av at man ikke får beskjed om oppståtte leiringsskader postoperativt. Da det involverte helsepersonellet ved operasjonsenheten ikke får vite om pasientens tilstand i etterkant av operasjonen, kan de heller ikke oppdage eventuelle leiringsskader og melde disse videre. En manglende kommunikasjon mellom alle avdelingene pasienten er innom postoperativt og operasjonsavdelingen, er med på å vanskeliggjøre meldeprosessen. Dette gjør at den perioperative sykepleieren mister muligheten for å oppdage og melde en eventuell skade. Det er viktig at sykepleieren som følger pasienten postoperativt også har kunnskap om meldesystemene og hvordan oppdage og melde inn forskjellige leiringsskader. For den

perioperative sykepleieren er meldesystemene tilgjengelig, men meldeprosessen kan vanskeligjøres av at pasienten ikke lengre er tilgjengelig.

Fra 1. november 2016 ble det innført at alle regionssykehusene skal ha samme hjemmeside (Dagens Medisin, 2016). Dette ble iverksatt etter våre tidligere søk som ikke ga noen god informasjon om meldesystemene. Vi tenkte at siden de nye nettsidene nå skulle bli lik hos alle sykehusene, kanskje ble noe av den tidligere informasjonen endret på. Vi hadde kanskje sett for oss litt mer fokus på leiringsskader, og mer informasjon om systemene som brukes for å melde inn uønskede hendelser. Etter ny undersøkelse av de nye nettsidene viser det ingen forandring i treff på våre søkeord. Hvem utformer og godkjenner informasjonen som publiseres på hjemmesidene? Kanskje er dette en utfordring for ledelsen i sykehusene. Ledelsen må ta ansvar for den informasjonen som sykehusene publiserer til offentligheten.

I Norge har vi et overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS). NOIS skal gi en nasjonal oversikt over forekomsten av noen utvalgte typer helsetjenesteassosierte infeksjoner og bruk av antibiotika i helseinstitusjoner. Overvåking er viktig for å få oversikt over forekomsten av helsetjenesterelaterte infeksjoner, identifisere risikofaktorer, og sette i verk forebyggende tiltak (NOIS, 2016). Dette fremmer kunnskapen og bevisstheten om forebygging av sykehusinfeksjoner. Et slikt velfungerende meldesystem burde kanskje kunne videreføres til et annet tema som for eksempel leiringsskader. Gjennom å registrere oppståtte leiringsskader kan man synliggjøre behovet for et meldesystem som fokuserer på forebygging. Noe som vanskeligjør å systematisere leiringsskader i et tilsvarende meldesystem er at en leiringsskade ikke er like lett å oppdage som en infeksjon kan være. En infeksjon kan måles konkret gjennom for eksempel en blodprøve, mens en leiringsskade kan være diffus og vanskelig å oppdage. I tillegg kan leiringsskaden oppdages utenfor spesialisthelsetjenesten, og kommunehelsetjenesten har ingen tilsvarende meldesystemer hvor man rapporterer uønskede hendelser. Dette gjør at det kanskje er utfordrende å måle og systematisere i et tilsvarende overvåkingssystem. Men for fremtidens forebygging av leiringsskader kan man kanskje se til slike systemer og kanskje videreutvikle noe som kan bidra til å forebygge leiringsskader på operasjonspasienten.

Hvordan kan meldesystemene utvikles videre slik at de blir mer tilgjengelig, og blir brukt mer av helsepersonellet? Som resten av samfunnet kan Helsedirektoratet tenke at teknologi er fremtiden. I stortingsmelding 16 kapittel 6 hevder Helse- og omsorgsdepartementet at spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer

(Kunnskapsdepartementet, 2006). Kanskje må Helsedirektoratet og sykehusene se til teknologiens verden når det kommer til meldesystemer. Alle operasjonsstuer har en trådløs telefon med nettilgang tilgjengelig. Kanskje kan det lages et hjelpemiddel for helsepersonellet som vil gjøre meldesystemene mer tilgjengelig i hverdagen. Kan det utvikles en app, eller et annet virkemiddel som vil påvirke meldesystemet i en positiv retning? Vil en app på jobbtelefonen gjøre meldesystemet mer tilgjengelig, og kanskje bidra til at flere melder inn uønskede hendelser.

KAPITTEL 6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I Norge finnes mange forskjellige systemer når det gjelder å melde uønskede hendelser, men ingen av disse meldesystemene omtaler leiringsskader direkte. De fleste meldesystemene er godt egnet for å melde inn en uønsket hendelse som leiringsskade, men kunnskapen hos helsepersonellet som skal melde et begrenset. Manglende kunnskap om meldesystemene resulterer i mindre innmeldte hendelser. Kun 20% av de totalt 167 medholdsakene hos NPE som var inkludert i en studie, hadde blitt rapportert inn i sykehusets meldesystem (Norsk Pasientskaderstatning, 2016). Det vil si at hele 80% av leiringsskadene som fikk erstatning av NPE ikke engang var meldt inn lokalt som en uønsket hendelse.

Helsepersonell er gjennom lovverket pliktige til å melde inn uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Det er ingen rom for misforståelser angående meldeplikten, og både lovverket og rapportene er veldig tydelige på dette. Likevel viser det seg at det er forvirring rundt meldesystemene som skaper individuelle forskjeller som medfører til underrapportering. Det er opp til hver enkelt ansatt å bedømme hva som skal meldes som uønsket hendelse, og mørketallene kan tyde på store individuelle forskjeller på hva som blir meldt inn som en uønsket hendelse.

Meldesystemene er utviklet for å bedre kunnskapen til helsepersonell og for å forhindre at tilsvarende hendelser skjer igjen. I praksis viser det seg at læringsnotatene fra Helsedirektoratet er lite nyttige for den som har meldt inn en uønsket hendelse, og at læringsnotatene ikke fremmer læring.

Alle meldesystemene er tilgjengelige for alle. Det kan vise seg at problemet er for lite kunnskap blant de ansatte i spesialisthelsetjenesten om meldesystemene og hvor man finner

dem. For lite kunnskap og fokus på meldesystemene i arbeidshverdagen fører til at det er opp til hver enkelt ansatt hvor mye meldesystemene blir brukt. Funn fra rapportene viser at det er lite fokus på meldesystemene i arbeidshverdagen, og at store deler av helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten ikke er godt kjent med meldesystemene. Rapportene peker på at det er en del manglende kunnskap hos de ansatte, noe som spesielt er en utfordring når det er den enkelte kliniker som skal sende melding. Meldesystemene er utviklet for å få en oversikt over innmeldte uønskede hendelser, og skal fungere som et hjelpemiddel for å unngå at lignende hendelser skjer igjen. Likevel har NPE betalt 42 millioner i pasientskadeerstatning etter klager hvor leiringskader har oppstått (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Dette viser et stort forbedringspotensial på bruken av meldesystemene.

Resultatene av vår studie samsvarer i stor grad med vår forforståelse. Vi har blitt oppmerksomme på hvordan vi, som nyutdannede, kan utgjøre en forskjell for pasientsikkerheten. Da spesielt når det kommer til å få økt kunnskap om meldesystemene som finnes i Norge når det gjelder å melde uønskede hendelser, og bruken av disse systemene. Vi mener det vil være av stor betydning at det rettes mer fokus på en god opplæring om meldesystemene. Vi mener dette er et ledelsesansvar, og gjennom opplæring og kurs kan ledelsen kvalitetssikre seg at deres ansatte i spesialisthelsetjenesten har den kunnskapen som er nødvendig for å melde inn uønskede hendelser.

Endringer av praksis er avhengige av alle ansatte i hele organisasjonen. Helsedirektoratet vil være tjent på å spre læringsnotatene til alle ansatte i hele organisasjonen, og kanskje bidra til å forebygge lignende hendelser på lang sikt.

REFERANSER

- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet Teori og Praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiig, S. (2015). Læring og uønskede hendelser. I: K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (s. 98-112). Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet-dagens strukturer. I: K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (s. 47-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dagens Medisin. (2016). *Nå har alle sykehusene felles nettsider*. Hentet 08012017 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/01/na-har-alle-sykehusene-nye-nettsider/>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hansen, I., Eide, P. H. & Dåvøy, G. A. M. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedepartementet, S.-o. (1997). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet 0606 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Gassemboli ved hysteroskopisk kirurgi*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gassemboli-ved-hysteroskopisk-kirurgi>

Helsedirektoratet. (2016b). *Årsrapport for 2015* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1185/%C3%85rsrapport%202015%20for%20Helsedirektoratet.pdf>

Helsedirektoratet. (2017a). *Læringsnotater og annen tilbakemelding*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven#læringsnotater-og-annen-tilbakemelding>

Helsedirektoratet. (2017b). *Meld uønsket hendelse*. Hentet 24.05 fra <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse>

Helsedirektoratet. (2017c, 28.02.2017). *Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven*. Hentet 28.03.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven>

Helsetilsynet. (2015). *Slik varsler spesialisthelsetjenesten alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn*. Hentet 22.01.2017 fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Undersokelsesenheten/Slik-varsler-spesialisthelsetjenesten-alvorlige-hendelser-til-Statens-helsetilsyn/>

Helsetilsynet. (2017). *Helsetilsynet.no*. Hentet 15.03.2017 fra <https://www.helsetilsynet.no/>

Kunnskapsdepartementet. (2014). *Stortingsmelding nr. 11*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id234564>

Laugaland, K. A. & Aase, K. (2015). Sikkerhet i sykehusutskrivelse av eldre. I: K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (s. 141-154). Oslo: Universitetsforlaget.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård - att förena teori og praxis*. Sverige: Studentlitteratur.

Lovdata.no. (2017). *Sentrale forskrifter*. Hentet 10.05.2017 fra

<https://lovdata.no/register/forskrifter>

<https://lovdata.no/register/lover>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Moland, A. & Solli, H. J. (2017). *Staten mobiliserer i retten- vinner oftere mot pasienter*.

Hentet 24.04.2017 fra https://www.nrk.no/norge/staten-mobiliserer-i-retten_-vinner-oftere-mot-pasienter-1.13422070

NOIS. (2016). *Norsk Overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner*. Hentet 15.03.2017

Norsk Pasientskadeerstatning. (2016). *Skadar etter feil liggjestilling ved operasjon*. Hentet

0606 fra <http://www.npe.no/no/pasientsikkerhet-og-statistikk/pasientsikkerhet2/Temaark/Skader-etter-feil-leiring/>

Norsk Pasientskaderstatning. (2016). *Meldesystemer: Sammenligning av NPE- saker og saker*

meldt til sykehusene. Hentet 0606 fra <http://www.npe.no/no/pasientsikkerhet-og-statistikk/pasientsikkerhet2/kvalitetsforbedring/sammenlikning-av-saker-meldt-til-npe-og-sykehusenes-egne-meldesystemer/>

- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NPE. (2017a). *Erstatningssøker*. Hentet 10.05.2017 fra <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/>
- NPE. (2017b). *Pasientsikkerhet og statistikk*. Hentet 06.05.2017 fra <https://www.npe.no/no/pasientsikkerhet-og-statistikk/>
- NSFLOS. (2008). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 08.01.2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2645178/10511/Operasjonssykepleierens-ansvar-og-funksjonsbeskrivelse>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017). *Forebygging av trykksår*. Hentet 05.04.2017 fra file:///C:/Users/Elisabeth/Downloads/Tiltakspakke%20for%20forebygging%20av%20trykks%C3%A5r.pdf
- Profesjonshøgskolen. (2014). *Studieplan for Spesialsykepleie Master*. Hentet 03.03.2017 fra https://www.nord.no/no/studier/tidligere-studieplaner/Documents/PHS%202014H/H%C3%B8st%202014%20-%20Spesialsykepleie%20-%20Master_v1.pdf
- Reine, E. (2015). Postoperative pasientoverføringer. I: K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (s. 155-167). Oslo: Universitetsforlaget.
- Repper, J. & Breeze, J. (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature. *International journal of Nursing Studies*, 44(3), 511-519.
- Rothrock, J. C., McEwen, D. R. & Alexander, E. L. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, Mo: Elsevier Mosby.

- Saastad, E. (2016). *Årsrapport 2015. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1190/Aarsrapport_2015_Meldeordningen.pdf
- Sintef. (2014). *Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten* oslo: Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-a26547_sluttrapport_meldeordning.pdf
- Storm, M. & Wiig, S. (2015). Pasientperspektivet og sikkerhet. I: K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (s. 62-73). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tinnå, M. (2013). *Meldeordninger*. Hentet 22.01.2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/alle-meldeordninger>
- WHO. (2005). *WHO Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning* Hentet fra <http://www.who.int/management/resources/information/en/index2.html>
- WHO. (2009). *WHO` s sjekkliste for trygg kirurgi*. Hentet fra <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>