



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

av
Anne-Marit Engås

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi

Juni 2010

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
Universitetet i Bergen

Forord

Denne masteroppgaven er en del av det erfaringsbaserte masterstudiet ved Senter for etter- og videreutdanning, SEVU, ved Universitetet i Bergen. Jeg har opplevd de ulike delene av studiet som inspirerende og lærerike. Helseledelse-, helseøkonomi- og kvalitetsforbedringsfagene har gitt utvidet kunnskap og skapt nysgjerrighet omkring spennende emner i helsevesenet. Takk for engasjert undervisning og god oppfølging.

Først og fremst vil jeg takke min veileder, psykolog Kim Rand-Hendriksen. Takk for tilbakemeldinger i skriveprosessen og for gode innspill og hjelp. Jeg vil også takke førsteamanuensis Benedicte Carlsen som gjennom undervisning har gitt gode råd i prosessen med masteroppgaven. Videre er jeg takknemlig for all støtte og tilrettelegging fra ledelsen og alle som har bidratt i psykiatrisk avdeling ved helseforetaket. Uten deres velvillighet og ekstraarbeid kunne ikke prosjektet blitt gjennomført. Takk også til informantene som engasjert delte sine erfaringer med meg om læringsprosessen etter uheldige hendelser i avdelingen. Jeg ønsker også å rette en takk til min arbeidsgiver for muligheten til å fullføre masterprogrammet. Og til slutt en stor takk til min familie for tålmodig støtte og oppmuntring.

Juni 2010

Anne-Marit Engås

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	
1.1	Valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemformulering	2
1.3	Teoretisk bakgrunn og begrepsavklaringer	3
1.3.1	Litteratur om læring av uheldige hendelser	4
1.3.2	Internkontroll og avvikshåndtering som læringsprosess	6
1.3.3	Uheldig hendelse, uønsket hendelse, avvik og feil	8
1.3.4	Person- og systemtilnærming i håndtering av uheldige hendelser	10
1.3.5	Aktive og latente feil som årsak til den uheldige hendelsen	13
1.3.6	Læring og lærende organisasjoner	15
1.3.7	Læringsprosessen	17
2.0	METODE	
2.1	Valg av metode	26
2.1.1	Sykepleieres opplevelse av læringsprosessen	26
2.1.2	Individuelle intervju	27
2.2	Utvalg	28
2.2.1	Førstegangskontakt	28
2.2.2	Utvalg	29
2.2.3	Uheldige hendelser som bakgrunn for intervjuene	30
2.3	Datainnsamling	32
2.4	Analysemetode	33
2.5	Etiske aspekt	35
2.5.1	Avviksmeldinger og pasientdata	35
2.5.2	Informasjon og samtykke	35
2.5.3	Anonymisering	36
3.0	RESULTAT	
3.1	Planleggingsarbeidet for kvalitetsforbedringer etter meldte uheldige hendelser	38
3.2	Iverksetting av forbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser	40

3.3	Evaluering og vurdering av effekt av tiltak etter meldte uheldige hendelser	41
3.4	Forankring og oppfølging av kvalitetsforbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser	42
3.5	Forbedringer i læringsprosessen	43
4.0	DISKUSJON	
4.1	Planleggingsarbeidet for kvalitetsforbedringer etter meldte uheldige hendelser	45
4.1.1	Identifisering av læringsområder	45
4.1.2	Refleksjon og årsaksanalysering	47
4.1.3	Personfeil – systemfeil	49
4.1.4	Oppsummering av planleggingsarbeidet	51
4.2	Iverksetting av forbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser	52
4.3	Evaluering og vurdering av effekt av tiltak etter meldte uheldige hendelser	55
4.4	Forankring og oppfølging av kvalitetsforbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser	56
4.4.1	Forankring	57
4.4.2	Informasjonsutveksling	58
4.4.3	Tilbakemelding	59
4.5	Forbedringer i læringsprosessen	61
4.6	Diskusjon metodologiske problem	63
4.6.1	Validitet	63
4.6.2	Reliabilitet	64
4.6.3	Generaliserbarhet	65
5.0	KONKLUSJON	
5.1	Oppsummering av de viktigste konklusjonene	67
5.2	Praktiske og teoretiske implikasjoner	67

Referanseliste

Vedlegg - Intervjuguide



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Sykepleieres opplevelse av læringsprosessen i organisasjonen etter meldte uheldige hendelser – en intervjustudie.				
Forfatter Anne-Marit Engås				
Forfatterens stilling og arbeidssted Avdelingssykepleier				
Dato for godkjenning av oppgaven			Veileder Psykolog Kim Rand-Hendriksen Førsteamanuensis Benedicte Carlsen	
Antall sider 68	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag <p>Bakgrunn: God kvalitet i helsetjenesten handler blant annet om å levere tjenester som reduserer risiko for skader til et minimum. Læring og organisatorisk læring er nødvendig for å redusere feil etter meldte uheldige hendelser. Nasjonale føringer uttrykker at meldte uheldige hendelser skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.</p> <p>Hensikt: Den sentrale hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleiere opplever læringsprosessen i avdelingen etter meldte uheldige legemiddelhendelser. Målet er å få økt kunnskap om system- og personfokuset i håndteringen av hendelsene, og synliggjøre de ulike elementene i læringsprosessen i organisasjonen. Teoretisk ramme for beskrivelsen av læringsprosessen er Demings PDSA-lærings sirkel med fire faser. Organisatorisk læring vektlegges. Person- og systemtilnærmingen utdypes med utgangspunkt i Reasons systemteori.</p> <p>Materiale: Studien bygger på data fra voksenpsykiatrisk avdeling ved et helseforetak. Informasjon om læringsprosessen ved avdelingen er innhentet fra syv sykepleiere.</p> <p>Metode: Innsamling av data er gjort gjennom individuelle intervju. Data er innhentet og analysert kvalitativt.</p> <p>Resultat: Sykepleierne beskriver at de opplevde bruk av enkeltelement fra alle fasene i læringsprosessen. Samtidig gav de uttrykk for en opplevelse av at lite ble gjort etter de uheldige legemiddelhendelsene. Resultatene viser også at sykepleierne opplever en vektlegging av et personfokus både i årsaksanalyseringen i planleggingsfasen og ved iverksetting av tiltak.</p> <p>Konklusjon: Resultatene viser at enkeltelementer i læringsprosessen blir gjennomført, men en mer systematisk og strukturert tilnærming til læring som prosess kunne vært gjennomført. Graden av involvering og tid til refleksjon var viktig for opplevelsen av å være delaktig i læringsprosessen etter uheldige hendelser. Dette kunne gitt økt organisatorisk læring. Vektlegging av systemfokus kunne vært styrket i læringsprosessen etter uheldige hendelser.</p>				
Nøkkelord læring, organisatorisk læring, læringsprosess, PDSA, uheldige hendelser, uheldige medikamenthendelser, person- og systemtilnærming.				



**Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management,
Quality Improvement and Health Economics
in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation Nurses' experience of the process of learning in the organization after reported adverse events - An interview study				
Author Anne-Marit Engås				
Author's position and address Nurse				
Date of approval		Supervisor Kim Rand-Hendriksen, Psychologist, Benedicte Carlsen, Associate professor		
Number of pages 68	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Background: Good quality in health care includes giving services that reduces the risk of harm to a minimum. Learning and organizational learning from reported adverse events is essential in reducing future adverse events. National guidelines states that adverse events shall be followed up from a system- and learning perspective.</p> <p>Purpose: The central purpose of the study is to examine how nurses experience the process of learning after reported adverse drug events (ADE). The aim is to achieve increased knowledge about the system- and person approach in the events, and to highlight the different elements in the learning process within the organization. Theoretical framework for the description of the learning process is Deming's PDSA learning-cycle with four phases. Organizational learning is emphasized. The person- and system approach is elaborated on the basis of the system theory of Reason.</p> <p>Material: The study is based on data from the adult psychiatric department in a hospital. Information regarding the learning process in the department was obtained from seven nurses.</p> <p>Method: Collection of data is done through individual interviews. Data is collected and analyzed qualitatively.</p> <p>Results: The nurses described that they experienced use of some elements from all phases of the learning process. At the same time, they expressed a feeling that little was done after the reported adverse drug events. The results also show that the nurses are experiencing an emphasis on a person approach, both in the analyzing and the planning phases as well as in the implementation phase.</p> <p>Conclusion: The results show that some elements in the learning process are implemented, but a more systematic and structured approach to learning as a process is useful. The level of involvement and time for reflection was important for the experience of being involved in the learning process after adverse events. This can also enhance organizational learning. The emphasis on system approach could have been strengthened in the learning process after adverse events.</p>				
Key words learning, organizational learning, learning process, PDSA, adverse events, adverse drug events, person approach, system approach				

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Valg av tema

”Trygge og sikre tjenester” er en av dimensjonene i Sosial- og helsedirektoratets (2005) beskrivelse av god kvalitet i helsetjenesten. Verdens helseorganisasjon (WHO) knytter også kvalitetsbegrepet til trygge tjenester. God kvalitet handler om å levere helsetjenester som reduserer risiko for skader og bivirkninger til et minimum (WHO, 2006). Ulike internasjonale studier viser en forekomst av uheldige hendelser i sykehus på omkring 5-10 % (Department of Health, 2000; Hjort, 2004; Olsen, 2007; Alberti, 2001). Uheldige legemiddelhendelser (ADE/Adverse Drug Events) beskrives av flere som den vanligste kategorien uheldige hendelser i helsevesenet (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Leape, 1995; Morath & Turnbull, 2005).

Hvordan skal en så komme nærmere trygge helsetjenester som har minimalt av risiko og skader? Ut fra tallene er det tydelig at det å redusere uheldige hendelser er nødvendig for å skape trygge og sikre helsetjenester. I følge Reason (1990) er mange uheldige hendelser forebyggbare fordi de er gjentagende og dermed kan forutses. Grunnlaget for å kunne redusere uheldige hendelser er nettopp denne forebyggbarheten. Muligheten for å redusere uheldige hendelser betinger at en lærer noe av de avvik og feil som gjentar seg, og at endring skjer. For å oppnå pasientsikkerhet må rapportering og analysering av uheldige hendelser resultere i læring og endret praksis (Bird, 2003).

Læring etter uheldige hendelser er et tema som er forankret i oppdragsdokumentene for de regionale helseforetakene. Om pasientsikkerhet sies blant annet dette:

Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er avgjørende med velfungerende meldesystemer for å redusere antall feil og uønskede hendelser. Dette innebærer systematisk analyse av årsakene til hendelsene i systemet og læring slik at tilsvarende hendelser ikke skjer igjen. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 10).

Læring er en forutsetning for å redusere uheldige hendelser og slik øke kvaliteten i helsetjenesten (Department of Health, 2000; WHO, 2005). Derfor ble jeg nysgjerrig på hvordan læringsprosessen etter meldte uheldig hendelser er i helsevesenet. Hvordan opplever helsepersonell denne læringsprosessen?

1.2 Hensikt og problemformulering

Jeg ønsker gjennom studien å frembringe kunnskap om læringsprosessen i avdelingen etter meldte uheldige hendelser. Jeg vil sette fokus på hvordan sykepleiere opplever håndteringen av uheldige legemiddelhendelser sett ut fra et lærings- og systemperspektiv og hvilke faktorer de opplever som viktige. Opplever sykepleierne at det skapes en læringsprosess etter en uheldig hendelse, og hvordan vektlegges system- og persontilnærmingen i håndteringen?

For å innhente kunnskap om læringsprosessen etter uheldige hendelser har jeg i datainnsamling og analyse brukt Demings PDSA-sirkel som utgangspunkt, fordi de fire fasene i læringssirkelen gir en strukturert måte å beskrive en læringsprosess på. I tillegg bruker jeg utfyllende teori fra helsetjenesten om enkeltelementene i læringssirkelen. De fire fasene jeg bruker for å beskrive læringsprosessen er: Planlegging, iverksetting, vurdering og evaluering, forankring og oppfølging. Jeg fant det også sentralt å bruke Reasons teori om person- og systemtilnærming for å forstå sykepleiernes erfaringer. Jeg har valgt å vektlegge organisasjonens læringsprosess fordi dette beskrives som særlig viktig i arbeidet med å redusere uheldige hendelser (Kohn et al., 2000). Studien omhandler læringsprosessen etter medikamentavvik på avdelingsnivå, og omhandler ikke toppledernivået i organisasjonen. For å få kunnskap om sykepleieres opplevelse av læringsprosessen er innsamling av data gjort gjennom individuelle intervju ved voksenpsykiatrisk avdeling i et middels stort helseforetak. Hensikten med studien er også å bidra til økt fokus på kvalitetsforbedring ved helseforetaket.

Tittel:

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

Problemformulering:

”Hvordan opplever sykepleiere læringsprosessen i organisasjonen etter meldte uheldige hendelser? Intervjustudie ved voksenpsykiatrisk avdeling, hvor læringsprosessen studeres gjennom bruk av lærings- og systemteori og hvor uheldige hendelser ved legemiddelhåndtering fokuseres.”

Forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever sykepleiere planleggingsarbeidet for kvalitetsforbedringer etter meldte uheldige hendelser?
- Hvordan opplever sykepleiere iverksettingen av forbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser?
- Hvordan opplever sykepleiere evalueringen og vurderingen av effekten av tiltak etter meldte uheldige hendelser?
- Hvordan opplever sykepleiere at kvalitetsforbedringstiltak blir forankret og videre fulgt opp i organisasjonen etter meldte uheldige hendelser?

Problemformuleringen og forskningsspørsmålene danner grunnlaget for strukturen av innsamling og drøfting av dataene i studien. Oppgaven inneholder fem kapitler. Videre i introduksjonskapittelet gjennomgår jeg teoretisk bakgrunn og begrepsavklaringer knyttet til læring og uheldige hendelser. I kapittel to presenteres metoden som er brukt til innsamling og behandling av data. Hovedfunn i intervjuene vil bli gjengitt i kapittel tre, resultater. Videre vil jeg i kapittel fire diskutere de funn som er gjort, sammenholdt med valgte teori og annen forskning på området. I slutten av kapittel fire vil også metodologiske problem bli drøftet. Oppgaven avsluttes med et femte kapittel med konklusjoner og praktiske og teoretiske implikasjoner.

1.3 Teoretisk bakgrunn og begrepsavklaringer

I dette delkapittelet vil jeg først gi en oversikt over litteratur knyttet til læring av uheldige hendelser. Jeg beskriver videre nasjonale føringer knyttet til avvikshåndtering, fordi disse signaliserer nødvendigheten av en læringsprosess etter uheldige hendelser. Den største delen av kapittelet bruker jeg til å definere og drøfte sentrale begrep og teori som jeg videre benytter i analysedelen i oppgaven. Begrepet uheldig hendelse, person- og systemfokus i håndteringen av uheldige hendelser, læring og organisatorisk læring samt innholdet i læringsprosessen, vil bli fokusert.

1.3.1 Litteratur om læring av uheldige hendelser

Læring av feil er særlig forsket på innenfor høypålitelighetsorganisasjoner som flybransje og kjernekraft. Innenfor disse områdene finnes ulike artikler som presenterer faktorer som har betydning for læring av feil, hentet fra lærings- og systemteori (Reason, 1997). Konsekvensene av uheldige hendelser i disse organisasjonene er ofte store og kan involvere mange. Overføringsverdien til helsevesenet kan diskuteres på grunn av ulike typer uheldige hendelser, omfang og konsekvenser, og at organisasjonene har ulik kompleksitet og variasjon i arbeidsoppgaver. En kan ikke gjøre direkte overføring av funn gjort andre steder i forskning, men en kan lære av erfaringene ved å ha en generell utforskende tilnærming til kunnskapen (Morath & Turnbull, 2005; Macrae, 2008). Mange system har de samme egenskapene og har underliggende likheter (Toft & Reynolds, 1997). Forskning kan gi nyttige erfaringer til bruk innenfor nye områder. Det er vist at erfaringer fra ulykker i høyrisikovirksomheter har gitt økt forståelse for de bakenforliggende årsakene til at ulykker inntreffer, også i helsevesenet (Rutberg, Ahlberg, & Forsberg, 2007).

I følge Bauer og Mulder (2007) er det politisk drevne kravet om en åpen og læringsorientert kultur i helsevesenet en nyere debatt. Det finnes en stor og voksende mengde rapporter som beskriver og kvantifiserer kvalitetsproblemer i helsetjenesten. Ulike internasjonale studier viser at forekomsten av uheldige hendelser i sykehus kan ligge på omkring 5-10 % (Wilson et al., 1995; Department of Health, 2000; Hjort, 2004; Olsen, 2007; Alberti, 2001; Brennan et al., 1991). Flere uttrykker at det ikke er noen grunn til at tall fra Norge skal skille seg vesentlig fra internasjonale tall (Olsen, 2007; Hjort, 2004). Det uttrykkes i tillegg en underrapportering av uheldige hendelser både i Norge og internasjonalt. (Hjort, 2000; Grasso, Rothschild, Genest, & Bates, 2003b; Tamuz, Thomas & Franchois, 2004; Cullen et al., 1995; Leape 2005 i Morath & Turnbull, 2005). Årsaker til underrapportering som nevnes er lav opplevd nytteverdi, frykt, uklare definisjoner, tidspress og lite tilbakemelding (Wiig et al., 2005; Olsen, 2007).

I følge Øvretveit og Hofoss (2004) er uønskede legemiddelhendelser (ADE) antakelig de best undersøkte uheldige hendelsene innenfor helsevesenet. Noen studier viser også at de er de mest vanlige (Kohn et al., 2000; Leape, 1995; Morath & Turnbull, 2005). Leape (1991) fant i en amerikansk studie at 19 % av alle uheldige hendelser var uønskede legemiddelhendelser. Feil knyttet til bestilling og administrering av medikament oppgis

som hyppigste årsak til medikamentfeilene (Grasso, Genest, Jordan, & Bates, 2003a; Bates et al, 1995). Tallmaterialet fra psykiatrien er mer begrenset, men det gis uttrykk for et lignende bilde (Hjort, 2004; Nath & Marcus, 2006; Grasso et al., 2003a; Ito & Yamazumi, 2003). Noen uttrykker også at feilmedisinering kanskje skjer oftere i psykiatri enn for andre innlagte pasienter (Nath & Marcus, 2006; Bates, 2003). Litteraturen presenterer ulike tall på omfanget av medikamenthendelser, alt avhengig av pasientmateriale og definisjoner. Hensikten med å presentere tallene her er å sette fokus på at dette er et stort problem som har store konsekvenser for pasient og samfunn, ikke å komme frem til nøyaktige tall.

Mange artikler og rapporter beskriver *nødvendigheten* av organisatorisk læring etter uheldige hendelser (Knudsen, P., Herborg, Mortensen, Knudsen M., & Hellebek, 2007; Department of Health, 2000; WHO, 2005; Kohn et al., 2000; Department of Health, 2001a og b). Rapporten "An organisation with a memory" (Department of Health, 2000: s. 28) peker på nødvendigheten av en "lærings-loop" i arbeidet med å redusere slike hendelser. Modellen er hentet fra industrien. Denne læringsloopen har likhetstrekk med Demings PDSA-lærings sirkel som vil bli brukt senere i oppgaven.

Gjennom de litteratursøk jeg har gjort finner jeg likevel lite systematisk strukturert arbeid på *hvordan* læringsprosessen etter meldte uheldige hendelser i helsevesenet bør være for å redusere fremtidige hendelser. Jeg finner heller ikke et felles begrepsapparat for å vurdere læringsprosessen etter disse hendelsene. Litteratursøk gir mellom annet beskrivelser av avvikhåndteringssystemet som sådan, omfanget av ulike hendelser og erfaringskunnskap knyttet til læring av uheldige hendelser. Det er gjort flere studier i helsevesenet av ulike tiltak, enkeltfaktorer og barrierer som har betydning for læring av feil, også knyttet til medikamentfeil. Eksempler er betydningen av fokuset på latente systemfaktorer, tilbakemelding og refleksjon (Nichols, Copeland, Craib, Hopkins, & Bruce, 2008; Leape et al., 1995; Bauer & Mulder, 2007; Mikkelsen, Sokolowski, & Olesen, 2004; Kroll, Singleton, & Jones, 2008; Benn et al., 2009). Disse enkeltfaktorene vil bli trukket inn i drøftingen under de ulike fasene i læringsprosessen. En viktig utfordring knyttet til det å vurdere effekten av kvalitetsforbedringstiltak, er å skjelle mellom resultat som er støttet av empirisk forskning, og generelle utsagn. Mangel på felles begrepsforståelse kan også gjøre det vanskelig å sammenligne resultat (Alexander & Hearld, 2009).

Hjort (2004), Øvretveit og Hofoss (2004) viser at mye av forskningen på området er gjort innenfor anestesi, operasjon og akuttmedisin. Flere beskriver at det finnes lite forskning knyttet til medikamentfeil i psykiatrien (Nath et al., 2006; Grasso et al., 2003 b), noe mine egne søk bekrefter. Siden materialet knyttet til læringsprosessen etter uheldige medikamenthendelser i psykiatrien er begrenset, vil jeg også bruke forskning knyttet til læring av feil innenfor andre områder i helsevesenet og i tillegg forskning hentet fra andre organisasjoner. Der kunnskapen er fremskaffet fra organisasjoner som kan avvike fra helsesektoren på forskjellige måter, vil jeg diskutere grunnlaget for mulig generalisering i hvert tilfelle. Kunnskapen vil likevel kunne brukes som sammenligning og som referanse i diskusjonen omkring læringsprosessen etter uheldige hendelser.

I søk etter litteratur har jeg benyttet flere databaser og mange ulike kombinasjoner av søkeord. De søkeord jeg har brukt mest er: learning, organizational learning, PDSA, adverse events, adverse drug events, medication error, medical error, incidents, risk management, error management. Av databaser, har jeg brukt disse flittigst: PubMed, SveMed+, Web of Science, PsycINFO, Ovid Nurcy, Norart og Bibsys biblioteksbasen. I Juni 2009 foretok jeg et søk på Web of Science med søkeord "(learn* OR organizational learning) AND adverse event*", dette gav 509 treff som jeg gikk igjennom. Begrenset jeg søket til å gjelde adverse drug event*, ble resultatet 138 treff. Jeg har ikke avgrenset søk til en bestemt tidsepoke, men jeg har i hovedsak sett på litteratur etter 1990. Videre har jeg også brukt snøballmetoden, hvor referanselister og henvisninger i en tekst har vært utgangspunkt for nye tekster.

1.3.2 Internkontroll og avvikshåndtering som læringsprosess

Nasjonale føringer vektlegger betydningen av læring etter uheldige hendelser. Jeg vil her beskrive lovgrunnlaget og diskutere formålet med avvikshåndteringssystemet.

I "lov om statlig tilsyn med helsetjenesten" §3 (1984) heter det at "enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter." Hensikten er å forebygge svikt i helsetjenesten. Helsetjenesten er derfor pålagt å etablere system for internkontroll. Forskrift om internkontroll (2002) er også hjemlet i andre lover, for eksempel i lov om helsepersonell

§16 (1999) og lov om spesialisthelsetjenester §3-4 (1999). Ulike tilsynsområder krever internkontroll for sitt område. Fokuset i denne oppgaven er knyttet til utførelse av helsetjenester og pasientsikkerhet.

Internkontroll handler om å bruke systematiske tiltak som sikrer at oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lovgivningen. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige tjenester. Forskriften beskriver ikke detaljerte standarder for nivået på tjenesten, men beskriver hvilke elementer som skal ivaretas. To av punktene retter seg særlig inn mot håndtering av uheldige hendelser:

- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen. (Internkontrollforskriften, 2002, § 4)

I veileder til internkontrollforskriften, utgitt av Sosial og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, uttrykkes det at uønskede hendelser bør brukes til læring og forbedring. De nasjonale føringene beskriver element som bør iverksettes etter slike hendelser:

- Årsaker og konsekvenser av hendelsen bør gjennomgås med de involverte og ledelsen.
- Tiltak må settes i verk ved gjentakende hendelser og hendelser av en viss betydning.
- Videre bør effekten av tiltak evalueres. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 22).

Det signaliserer at styresmaktene ønsker å fremheve nødvendigheten av en læringsprosess etter uheldige hendelser. Spesialisthelsetjenestesteloven §3-3 (1999) og helsepersonelloven §38 (1999) stiller krav om meldeplikt til helsetilsynet i fylket ved blant annet ”betydelig personskade som voldes pasient som følge av ytelse av helsehjelp eller hendelser som kunne ført til betydelig personskade”. De nasjonale føringene beskriver også betydningen av å gjøre bruk av mindre alvorlige hendelser i lærings og forbedringsøyemed. Dette gjelder også hendelser som ikke omfattes av lov- og forskriftsbrudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

De sentrale føringene viser at avvikshåndteringssystemet skal være et rapporteringssystem, men også et verktøy i kvalitetsforbedringen. Oppdragsdokumentene til foretakene uttrykker det samme: ”Meldte uheldige hendelser skal følges opp ut fra et

system- og læringsperspektiv.” (Helse- og Omsorgsdepartementet 2010, s. 8). Utformingen av systemet er avgjørende for i hvilken grad en oppnår dette. Berwick (1996) uttrykker en tankevekkende sammenheng mellom utforming av systemet og resultatene på denne måten: ”every system is perfectly designed to achieve the results it achieves.” (s. 1). Dette synes jeg understreker nødvendigheten av å være opptatt av utformingen av avvikshåndteringssystemet for at målet om læring og forbedring skal nås.

Noen stiller seg kritisk til avviksrapportering som et egnet verktøy i kvalitetsforbedring, og mener at det gjør mer skade enn nytte og at det øker fokuset på å vokte ryggen i stedet for å gjøre en god jobb (Salter, 2003; Clarke, 2008). Andre mener at det bør anerkjennes som et viktig verktøy for å redusere feil (Department of Health Social Services and Public Safety, 2003, s. 1). Til tross for debatt om avvikssystemets egnethet i kvalitetsforbedringsarbeid, har det betydning at det legges nasjonale føringer i helsevesenet på å bruke uheldige hendelser til læring og forbedring (Sosial og Helsedirektoratet, 2004). Hvordan håndteringen av uheldige hendelser skal skje for å oppnå dette blir derfor viktig. Morath og Turnbull (2005) sier at målet med å melde uheldige hendelser, ikke er å holde regnskap med antall feil for å ha en oversikt over om dette endrer seg. Det viktige er historien bak, vurderingen, analysen for å kunne gjøre forbedringer. Kvalitetssystemet skal romme mer enn kontroll og dokumentasjon, også en forbedringssløyfe (Vabø, 2002, s. 55). Jeg mener avvikssystemet er et godt redskap i kvalitetsforbedringsarbeidet dersom en tilrettelegger systemet, slik at en kan nå målet om at avvikshåndteringen skal være en læringsprosess.

1.3.3 Uheldig hendelse, uønsket hendelse, avvik og feil

I arbeidet med læring etter uheldige hendelser, ser jeg tydelig et behov for å avklare begreper knyttet til hendelsen. I noen grad finnes det nyanser i oversettelser, og til dels overlapper begrepene hverandre. Definisjonene styrer hva som blir rapportert og dermed hvilke forbedringsområder en avdekker.

WHO (2005) definerer ”adverse event” slik: ”An injury related to medical management, in contrast to complications of disease .” (s. 8).

”Adverse events” kan oversettes med ”**uønsket hendelse**” (Øvretveit & Hofoss, 2004). Hjort (2004) oversetter begrepet med ”**uheldig hendelse**”. Begge oversettelsene

understreker det ugunstige ved hendelsen. Flere norske uttrykk brukes parallelt for å forklare det engelske begrepet (Kvalvik, 2009). Jeg velger hovedsakelig å benytte ”uheldig hendelse” videre i oppgaven, men ”uønsket hendelse” vil også bli brukt for å beskrive det samme. WHO’s definisjon vektlegger at hendelsen ikke knytter seg til pasientens sykdom, men til hjelpen som gis. Også andre definisjoner vektlegger det samme. En uønsket hendelse er knyttet til undersøkelser, behandling, pleie eller utilsiktet komplikasjon og påfører pasienten ubehag, skade, forlenget sykehusopphold, uførhet eller død (Wilson et al., 1995; Øvretveit & Hofoss, 2004; Øvretveit & Toft, 2009).

Fokuset i oppgaven er uheldige hendelser knyttet til legemiddelhåndtering. En ”**uheldig legemiddelhendelse**” (eng. adverse drug events/ADE) defineres som en skade relatert til bruk av legemiddel (Leape, 1995, s. 380).

WHO beskriver at uheldige legemiddelhendelser kan være både forebyggbare og ikke-forebyggbare (WHO, 2005). Forebyggbare hendelser er hendelser som med stor sannsynlighet kunne vært unngått ved utnyttelse av tilgjengelig kunnskap og teknologi. I følge en gjennomgang av internasjonal litteratur om uheldige hendelser, er ca 50% av hendelsene forebyggbare (Øvretveit & Hofoss, 2004, s. 4; Hjort, 2004, s. 22). Resultatene varierer i ulike studier, for eksempel på grunn av ulike definisjoner av uønsket hendelse og hva en rapporterer inn. De ikke-forebyggbare hendelser er blant annet medikamentreaksjoner som ikke kan forutses. Jeg velger derfor å definere disse hendelsene utenfor fokuset i oppgaven.

Alle forebyggbare ADE kommer fra ”medikamentfeil” i følge Leape (1995). Medikamentfeil er en feil på hvilket som helst steg i prosessen fra ordinering, utlevering til administrering, uavhengig av om det får uheldige konsekvenser for pasienten eller ikke. Definisjonen på en ”**feil**” er at den planlagte handlingen ikke ble fullført etter intensjonen, for eksempel på grunn av forglemmelse eller glipp, eller at en gjør bruk av feil plan for å nå målet (Reason, 1990, s. 9). Det negative med å bruke begrepet ”feil” er at det har innebygd et fokus på enkeltpersonen som knyttes til feilen som blir gjort, noe som kan oppleves som en personlig belastning (Hjort, 2000; Kroll et al., 2008).

Jeg har valgt å bruke definisjonen på uheldig hendelse fra WHO som er beskrevet over. Denne knytter seg til faktiske konsekvenser for pasienten, som skade og ubehag (WHO,

2005; Wilson et al., 1995). Hjort (2000) forklarer definisjonen til også å omfatte hendelser som ikke førte til negative konsekvenser for pasienten, men som *kunne* gjort det. I studien har jeg valgt å bruke hendelser som har hatt konsekvenser for pasienten fordi jeg regner med at disse hendelsene gir mest informasjon om hvordan håndteringen i etterkant har vært. I læringsprosessen opplever jeg det ikke som det sentrale å skille mellom uhell eller nestenuhell. Men det er viktig at en er tydelig på hvordan en definerer uheldig hendelse, slik at en vet hvilke episoder en legger til grunn i læringsprosessen.

Internkontrollforskriften (2002) sier at helsetjenesten skal skaffe oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. **Avvik** defineres som ”mangler i forhold til spesifiserte krav.” (Kvamme, Mjell, & Hjortdahl, 1997). Avviksbegrepet knytter seg her til mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, og trenger ikke nødvendigvis å ha direkte konsekvenser for pasienten. En ser også i forskriften betydningen av fokus både til områder hvor det har skjedd svikt og hvor det er fare for svikt. En må da være oppmerksom på at avvik også kan være et uklart begrep om en ikke definerer det i forhold til et konkret krav, for eksempel krav i lover eller nedfelte kvalitetsmål i organisasjonen.

Jeg velger å bruke flere begrep videre i oppgaven. ”Uheldig hendelse”, ”feil” og ”avvik” vil bli brukt noe om hverandre alt etter informantenes kjennskap til dem. De vil også ha overlappende meningsinnhold. Wakefield et al. (2005) beskriver at begreper knyttet til pasientsikkerhet defineres ulikt i litteraturen. Det har likevel betydning å vurdere nyansene i begrepene, for å kunne forstå at samme hendelse kan bli oppfattet ulikt om en bruker ulike begreper eller legger ulikt innhold i begrepene.

1.3.4 Person- og systemtilnærming i håndtering av uheldige hendelser.

Læringsprosessen etter uheldige hendelser blir påvirket av hvilket perspektiv en benytter som forklaringsmodell til hendelsen. Flere uttrykker at menneskelig svikt er en hovedårsak til uheldige hendelser, til tross for helsepersonells kompetanse, konsentrasjon og ønske om å gjøre vel (Reason, 1997; Nichols et al., 2008). I følge Reason (1997) er den menneskelige faktor årsak til mange organisasjonsulykker. Utsagnet bygger på data fra store ulykker utenfor helsevesenet som for eksempel i flyindustri og kjernekraft og viser at kanskje 80 % av de utløsende årsakene til disse ulykkene er menneskelig svikt (Reason, 1997, s. 42). Nichols et al. (2008) uttrykker at det finnes relativt få tilsvarende

studier knyttet til medikamentfeil i sykehus, men at en kan se lignende resultater også her. I deres studie ved et australsk sykehus hvor helsepersonell av ulike faggrupper ble intervjuet, kom det frem at de fleste medikamentfeil som ble gjort var knyttet til ”slips in attention” (oppmerksomhetsglipp) i foreskriving, tillaging og administrering av medikament (Nichols et al., 2008).

Forskjellen i tilnærming til den uheldige hendelsen viser seg i måten en analyserer den menneskelige svikten. Menneskelig feil eller svikt kan bli sett fra to synsvinkler; en snakker om person- eller systemtilnærming (Reason, 2000):

Persontilnærmingen fokuserer på at personene som utfører usikre handlinger er skyld i problemet, og beskylder disse for moralsk svakhet, uoppmerksomhet, sløvheter, glemskhet m.m. For å øke sikkerheten må en derfor fokusere på å bedre den individuelle adferden. *Systemtilnærmingen* konstaterer at individ er feilende og at feil vil forekomme. Men svært ofte lar det seg gjøre å identifisere bakenforliggende systemårsaker til hendelser, altså omstendigheter rundt de ansatte som har bidratt til å gjøre hendelsen mulig. Rotårsakene til de uheldige hendelsene ligger i systemet og i prosessene i organisasjonen, ikke bare hos individet (Reason, 2000; Vaughan, 1996). Morath og Turnbull (2005) sier at systemtanken handler om å se person, teknologi og organisasjon som avhengig av hverandre og ikke isolert hver for seg.

Det personlige ansvar for forsvarlig utøvelse av helsetjenesten har tradisjonelt stått sentralt (Reason, 2000). Reason (2000) fremhever nødvendigheten av systemfokus for å redusere uheldige hendelser. Opprinnelig kommer tanken om systemfeil som årsak til ulykker, fra arbeid etter store ulykker som ved kjernekraftverk, flyulykker, brannkatastrofer og lignende (Reason, 1997). De senere år har det også innen pasientsikkerhet skjedd en vridning fra individorienterte feilmodeller til systemiske feiltilnærminger (Morath & Turnbull, 2005, Nath & Marcus, 2006; Lewis et al., 2005). Teorier som tidligere ble brukt i industrien er også vurdert som nyttige i helsevesenet. Litteratur om temaet knyttet til helsevesenet er økende, hvor boken ”To err is Human” av Kohn et al. (2000) er et eksempel på dette. Forskningsresultat viser at feil i medikamenthåndteringen ofte er et resultat av komplekse underliggende systemårsaker (Leape et al, 1995; Bates et al., 1995). Også nyere forskning viser samme resultat. Systemfaktorer som øker sannsynligheten for medikamentfeil er for eksempel

kommunikasjonsproblemer og mangel på relevant informasjon (Nichols et al., 2008; Leape, 1995).

De individorienterte modellene beskrives likevel fortsatt som fremtredende i helsevesenet (Leape & Berwick, 2005; Wiig et al., 2005). Nichols et al. (2008) viser videre i sin studie at det er vanlig å foreslå utøvelse av større personlig årvåkenhet som forbedringstiltak etter uheldige medikamenthendelser. Eksempel som gis er ”sjekke og dobbeltsjekke igjen.” At personfokuset er vanlig i helsevesenet understreker også Tucker og Edmondson (2003). Gjennom en kvalitativ studie beskriver de observasjoner og opplevelser hos sykepleiere i USA knyttet til læring av uheldige hendelser.

Det sterke systemfokus som Reason representerer blir også kritisert. Dette fordi det kan undervurdere potensialet for individuell utvikling og læring som redskap for å redusere feil (Bauer & Mulder, 2007). I noen tilfeller kan det også være viktig å gi uttrykk for at en uheldig hendelse er en enkeltpersons ansvar. Eksempelvis ved overlagt skadelig adferd. Bauer og Mulder (2007) uttrykker at person- og systemperspektivene i noen grad kan komplettere hverandre. Det å fokusere for eksempel på kompetanseheving for den enkelte handler også om systemforbedring.

Reasons beskrivelse av person- og systemmodeller utvider perspektivet på årsakssammenhenger for menneskelig svikt. Leape (2009) gir eksempel på at systemfokus gir kvalitetsforbedringer i helsevesenet. Andre understreker også nødvendigheten av ikke å skylde på individet for dårlig kvalitet (Rutberg et al., 2007; WHO, 2005). Ved et ensidig personfokus kan en av frykt for reprimander la være å melde feil, nestenuhell og uheldige hendelser (Kroll et al., 2008). Paul S. Weingart (i Department of Health, 2001a) sier det slik:

Improvement strategies that punish individual clinicians are misguided and do not work. Fixing dysfunctional systems on the other hand is the work that need to be done (s. 32).

Jeg opplever det vesentlig etter uheldige hendelser å drøfte hvordan person- og systemtilnærming påvirker læringsprosessen. Dette har grunnleggende betydning for hvordan en ser på arbeidet med å redusere uheldige hendelser. Hvilken vektlegging en har påvirker alle fasene i læringsprosessen, og vil derfor være et gjennomgående tema i

diskusjonen. Jeg tror det er nødvendig å ha fokus på helhet og system for at organisasjonen skal lære, da personfokus kan føre til endring hos personen, men ikke nødvendigvis til endring i organisasjonens adferd som helhet (Tucker & Edmondson, 2003; Reason, 2000). Videre i oppgaven vil systemforståelsen stå sentralt, men individ og systemfokus henger også nøye sammen, og det vil finnes tangeringspunkter mellom perspektivene.

1.3.5 Aktive og latente feil som årsak til den uheldige hendelsen

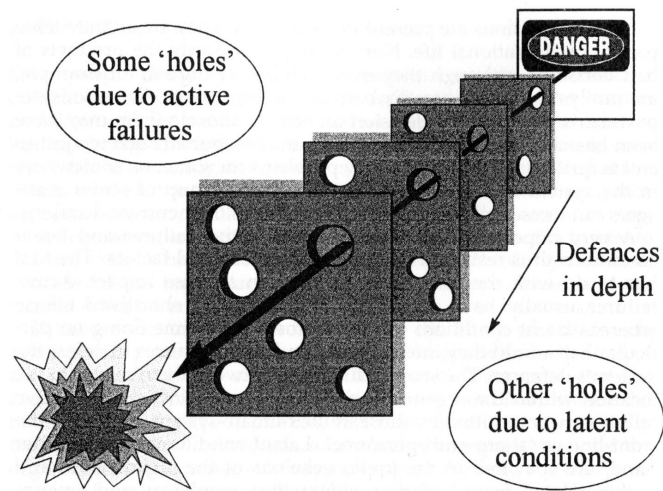
Å studere hvorfor uheldige hendelser og feil oppstår har betydning for arbeidet med å redusere fremtidige hendelser. Tanken om mulig gjentakelse av samme type feil ligger til grunn for ønsket om å finne de bakenforliggende årsakssammenhengene. I følge Reason (1990) er uheldige hendelser forebyggbare fordi de er gjentakende og derfor forutsigbare. En analyse av årsakssammenhenger vil inngå i en læringsprosess, og jeg vil derfor se nærmere på ulike faktorer som fører til en uheldig hendelse.

Den utløsende faktor til en uheldig hendelse er ofte lett synlig i umiddelbar nærhet av hendelsen, og beskrives som den **aktive feilen**. Dette er usikre handlinger begått av mennesker i direkte kontakt med pasient eller system, hvor konsekvensene kommer til uttrykk nesten umiddelbart. Eksempler er glipp, uoppmerksomhet og fomling (Reason, 1997, s. 10, og 2000). I Persontilnærmingen fokuseres det på disse aktive feilene som begås.

Modellen av "Sveitserosten" (Reason, 1997, s. 12) viser hvordan risiko oppstår i komplekse system (Figur 1). Her spiller både aktive og latente feil en rolle. I komplekse system blir aktive feil i følge Reason (1997) sett på som konsekvenser mer enn hovedårsaker. Dette skiller også person- og systemmodellen.

Latente feil beskrives som uheldige faktorer som kan ligge sovende i systemet i lang tid. Latente feil er adskilt fra helsepersonellens utøvelse både i tid og rom, og kan knytte seg til beslutninger tatt av ledere og planleggere (Reason, 1990). Bakenforliggende årsaker finnes latent i organisasjonene og kan være knyttet til blant annet organisering, kommunikasjon, opplæring og tilgjengelighet av utstyr og prosedyrer. Latente faktorer kan ligge i systemet uten å gi konsekvenser før en kombinasjon av flere faktorer fører til en uheldig hendelse (Reason, 1997, s. 10, og 2000; Leape et al., 1995; Thomas et al.,

2000). En uheldig hendelse kan være forårsaket av feil i system eller prosess (Kohn et al., 2000). Den aktive feilen kan være den ”siste brikken” som fører til den uheldige hendelsen.



Figur 1: Sveitserostmodellen (Reason, 1997, s. 12).

Ser en på ”sveitserosten” kommer de latente og aktive feil til uttrykk som huller i forsvarsbarrierene i systemet (Morath & Turnbull, 2005; Reason, 2000). Ved et godt forsvar trenger ikke farene igjennom barrierene. Barrierer kan mellom annet være knyttet til organisering, ledelse, person, kontrollmekanismer, struktur og utstyr. Det er viktig å forsøke å bygge sikrere forsvar i systemet, ved å gjøre de enkelte ledd mer robuste, for å hindre at feil fører til skadelige konsekvenser. Til vanlig fører ikke ”hull” i barrieren til dårlig resultat eller uheldig hendelse. Men når alle lag har svakheter kan det føre til mulige skader som når pasienten (Reason, 1990, 1997, 2000). Uheldige konsekvenser blir synlige når de sammen med andre faktorer bryter systemets forsvar.

Modellen om aktive og latente feil bygger på data utenfor helsevesenet. Resultatene kan ikke overføres direkte til andre sammenhenger. Men ved å ha en generell utforskende tilnærming til kunnskapen kan det utvide forståelsen for årsakssammenhenger også i helsevesenet. Begrepene aktiv og latente feil blir også brukt i forskning i helsevesenet (Nichols et al., 2008). Sveitserostmodellens styrke er at den gir en forståelig og praktisk beskrivelse av faktorene som er involvert når det oppstår en uheldig hendelse. Ensidig fokus på modellen kan likevel begrense perspektivet, da det også kan være andre måter og andre modeller å forklare hendelsen ut fra. På grunn av komplekse årsakssammenhenger vil det alltid være nye kombinasjoner av faktorer som kan være årsak til neste uheldige

hendelse. Derfor er en ikke garantert å redusere fremtidige feil ved å redusere kjente årsaksfaktorer. Det kan også være at det som blir tolket i etterkant av en episode, blir overforenklet. En står i fare for å se tydeligst den utløsende årsaken, aktive feilen, og ikke de systemfaktorer som til sammen gir det uønskede resultatet. Dette beskrives av Reason (1990) som "Hindsight bias". Resultatet kan også bli farget av den subjektive erfaringen hos de som analyserer (Toft & Reynolds, 1997; Clarke, 2008). Jeg velger å vektlegge sveitserostmodellen på grunn av den tydelige praktiske nytten den gir i å analysere årsaksfaktorer etter en uheldig hendelse. Selv om det ikke alltid er mulig å få en fullstendig forståelse av årsakssammenhenger, kan det være faktorer som går igjen, som kan fjernes og gjøre systemet mer robust mot risiko. Læringsprosessen omhandler refleksjon og årsaksanalysering som elementer i planleggingsfasen. Modellen kan brukes for å beskrive og vurdere hvordan en analyserer årsaker til hendelser i avdelingen.

1.3.6 Læring og lærende organisasjoner

Før jeg beskriver innholdet i en læringsprosess, er det nødvendig å avklare hva jeg legger i begrepet læring. Det finnes ulike måter å definere begrepet på, alt etter hvilket perspektiv en inntar. I dette delkapittelet vil jeg reflektere over begrepet læring knyttet til individ og organisasjon. Begrepene bruker jeg videre for å vurdere hvordan læringsprosessen i voksenpsykiatrisk avdeling oppleves.

En definisjon på læring som fokuserer på resultat og endring, og som blir beskrevet som ofte brukt (Hustad, 1998; Irgens, 2007) er: "Læring er en vedvarende endring i adferd, eller i kapasitet til å handle på en bestemt måte, som et resultat av praksis eller andre former for erfaring." (Shuell, 1986, s, 412, oversatt fra eng.). Jeg opplever definisjonen som god fordi den fokuserer på varig endring. Læring kan sees fra et individperspektiv, men også fra et sosialt og kontekstuellet perspektiv, hvor læring skjer i samspill med kollegaer og brukere (Irgens, 2007).

Siden tidlig på nittitallet har begrepet lærende organisasjon blitt brukt i økende omfang. Individuell læring har langt på vei lagt grunnlaget for forskning om organisasjonslæring (Hustad, 1998). Peter Senge (1990) har hatt stor betydning for at begrepet *lærende organisasjoner* har fått gjennomslag. Han definerer lærende organisasjoner slik:

Organisasjoner der mennesker kontinuerlig utvikler sine evner til å skape de resultatene de egentlig ønsker, der nye og ekspansive tankemåter blir oppmuntret, der kollektive ambisjoner får fritt utløp, og der mennesker stadig blir flinkere til å lære i fellesskap (Senge, 1990, s. 3).

En lærende organisasjon er den som har læring som en kjerneverdi og som investerer i den profesjonelle utviklingen til sine arbeidere (Bird, 2003). Det sosiale samspillet, der en lærer sammen gjennom refleksjon, drøftinger og dialog omkring felles handlemåter, blir av Senge beskrevet som viktig for en lærende organisasjon (Senge, 1990).

Vektleggingen av refleksjon knyttet til praksis finner en også igjen fra andres beskrivelser av organisasjonslæring. Organisasjonslæring innbefatter i følge Argyris og Schön (1996) oppdagelse av feil, og refleksjon over prosessen og hva som gikk galt. Deretter handler det om å finne nye strategier for å rette opp feilen. En må siden evaluere og generalisere resultatene. Denne "feilrettelsen" er en beskrivelse av en kompleks *læringsyklus* (Hustad, 1998). En oppnår organisatorisk læring når oppdagelsene, refleksjonene og endringene forankres i organisasjonens minne, gjennom felles kart, struktur, prosedyrer, rutiner, og felles oppfatninger (Argyris & Schön, 1996, s.16; Argyris, 1999, s. 9). En kan beskrive dette som læring som går fra individnivå til organisasjonsnivå.

Senge (1990), Argyris og Schön (1996) fokuserer på at læring i all hovedsak er sosial, også når den er individuelt orientert. Det sosiale aspektet hvor refleksjon står sentralt, opplever jeg som et viktig fokus i læringsprosessen etter uheldige hendelser. Organisatorisk læring handler også om at den enkelte utvikler seg og gis mulighet til dette (Hustad, 1998). Det kan synes som om definisjonene på lærende organisasjon og organisasjonslæring tar utgangspunkt i individuell læring, og at en er avhengig av individet for organisatorisk læring. Men de gir også uttrykk for at organisasjonslæring er mer enn summen av læring som oppnås av det enkelte individ. Når blant annet rutiner, system, prosedyrer og felles oppfatninger blir endret, kan læringen bli værende i organisasjonen. Slik gir læring ikke bare endringer i den enkelte person, men resulterer i en endret organisasjon.

I følge Grol, Wensing og Eccles (1995) er det ulike meninger knyttet til om en organisasjon kan lære. For eksempel rettes det kritikk mot å tillegge intelligens og læringsevne til en ikke-menneskelig størrelse som en organisasjon er (Argyris, 1999).

Noen stiller også spørsmål ved om begrepet organisatorisk læring er et godt begrep å bruke (Roald, 2004). Jeg tror begrepene individuell læring og organisasjonslæring er gjensidig avhengig av hverandre. For å få organisatorisk læring er en avhengig av individuell læring. Jeg opplever at perspektivene til Senge (1990) og Argyris og Schön (1996) er nyttige for forståelsen av læringsprosesser etter uheldige hendelser i organisasjoner. For eksempel tror jeg deres vektlegging av det sosiale samspillet med refleksjon og dialog er sentral, i tillegg til det å forankre endringer i organisasjonen for å forebygge nye uheldige hendelser. En læringsprosess må ha organisatorisk læring som målsetting. Jeg har derfor valgt å fokusere på avdelingens læringsprosess, den organisatoriske læring mer enn det enkelte individs læring og utvikling.

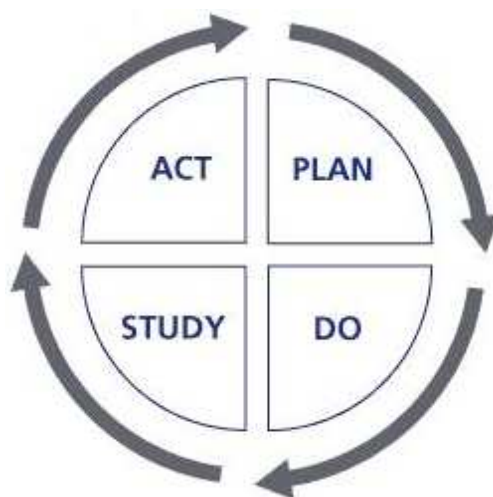
1.3.7 Læringsprosessen

Jeg har valgt læringsprosessen etter uheldige hendelser som tema i studien. Dette utelukker ikke at også andre faktorer, for eksempel rammefaktorer, har betydning for å redusere slike hendelser. Men oppgaven avgrenses til fokus på læringsprosesser i avdelingen fordi det er dette som er relevant i forhold til problemformuleringen. I dette kapittelet vil jeg drøfte nærmere teori knyttet til innholdet i en læringsprosess. Jeg har valgt å kombinere flere teoretiske rammeverk som utfyller hverandre, men som også har store likhetstrekk.

Argyris og Schöns (1996) beskrivelser av organisasjonslæring, legger vekt på læringen som en prosess eller syklus som inneholder ulike element. Andre benytter begrepet lærings sirkel og knytter det til en lærende organisasjon. Handy (1990 i Holford et al., 1998) definerer en lærende organisasjon på denne måten: "Organisations which encourage the wheel of learning, which relish curiosity, questions and ideas, which allow space for experiment and for reflection, which forgive mistakes and promote self-confidence." (s. 38).

Det å fokusere på læring etter uheldige hendelser som en prosess med flere faser, gir en beskrivelse av nødvendige element samtidig som det viser helheten. Det gir også en praktisk og pedagogisk hjelp i arbeidet med å redusere uheldige hendelser. I studien av de ulike elementene i læringsprosessen har jeg valgt noen teoretiske rammeverk til bruk i analysen. Hovedutgangspunktet mitt har vært William Edwards Demings (2000) beskrivelse av en læringsprosess. Han er kanskje mest kjent for sitt arbeid i Japan med

kvalitetsledelse innen industri. Sentrale element i hans arbeider er fokuset på prosesskontroll og betydningen av å se helheten i systemet. Demings lærings sirkel blir også kalt erfaringslæring eller PDSA-sirkelen (Wig, 1996). Han bygger sin modell på Shewharts tidligere arbeid, hvor lærings sirkelen ble kalt en PDCA-sirkel. Flere sykehus har de siste tiårene gjort bruk av PDSA-sirkelen med god effekt i arbeidet med å redusere uheldige hendelser (Leape et al., 2000; Leape, 2005 i Morath & Turnbull, 2005). Dette viser nytten lærings sirkelen har i ulike organisasjoner. De fire fasene i Demings lærings sirkel (Figur 2) beskrives som P- Plan (Planlegging), D- Do (Gjøre) S- Study (Studere, sjekke) og A- Act (Handle) (Deming, 2000), og viser nødvendige aktiviteter i læringsprosessen satt inn i en helhet (Wig, 1996):



Figur 2: Demings lærings sirkel (forenklet fra Deming, 2000, s. 131).

Plan: I planleggingsfasen gjør en først valg i forhold til hvilke produkt eller prosesser en ønsker å forbedre. Videre skjer en analyse av situasjonen og prosessene, og en planlegger det videre arbeidet.

Do: Gjennomføre i liten skala de tiltak som en i steg én bestemte seg for å gjøre.

Study: Studere resultatene og vurdere om de samsvarer med det en hadde satt som mål.

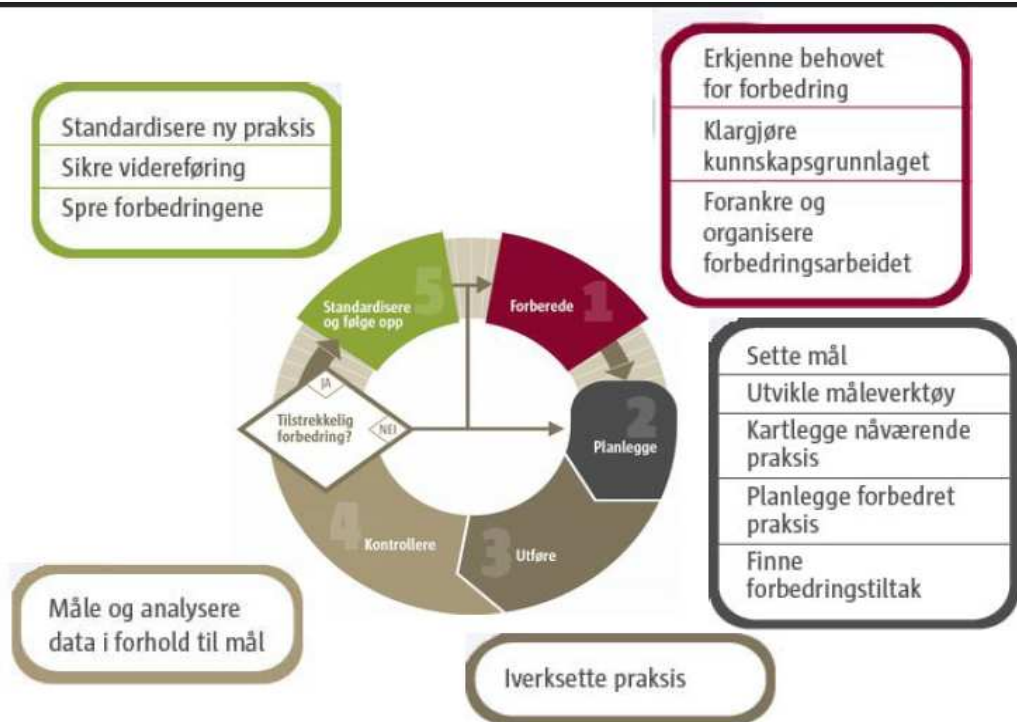
Act: I steg fire setter en i verk endringer, og systemet tar opp i seg endringene som fungerte. (Deming, 2000, s. 131).

Jeg velger å bruke Demings fire faser som et utgangspunkt videre i oppgaven når læringsprosessen etter uheldige hendelser beskrives. En kritikk av å beskrive læring gjennom slike faser, er at det overforenkler virkeligheten der mange faktorer påvirker læringsprosessen. Jeg mener likevel at PDSA-sirkelen beskriver læringsprosessen på en

god måte. Den er anerkjent og har vist seg å ha effekt i kvalitetsforbedringsarbeid. Styrken ligger i at den tydelig viser at læring er en prosess som følger strukturerte faser. Den beskriver også de overordnede element, og sammenhengen mellom dem.

For å utdype innholdet i de ulike fasene i læringsprosessen, vil jeg i tillegg benytte kunnskapssenterets ”metode for kvalitetsforbedring” (Figur 3), og også trekke inn annen litteratur om emnet. I arbeidet med nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015; ”... og bedre skal det bli”, har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), seksjon for kvalitetsutvikling, (GRUK) beskrevet metode for kvalitetsforbedring som bygger på Demings PDSA sirkel. Helsedirektoratets nettsider (2009) beskriver kvalitetsforbedringsmetoden gjennom fem faser: forberede, planlegge, utføre, kontrollere og standardisere og følge opp. Kvalitetsforbedringsmodellen forklarer gjennom disse elementene innholdet i en forbedringsprosess.

Figur 3: Metode for kvalitetsforbedring (Kunnskapssenteret, 2008)



Jeg har valgt å komplettere Demings beskrivelse av en læringsprosess med andre synsvinkler, fordi Demings arbeid i stor grad var knyttet til industri- og produksjonsbedrifter (Deming, 2000). Ved å benytte faktorer som beskrives i litteraturen som viktige ved læring av uheldige hendelser, vil jeg få et utdypende perspektiv som kan

være med på å forklare innholdet til elementene i de ulike fasene. For å avgrense oppgaven velger jeg og ikke gå like mye i dybden på alle element. Planleggingsfasen blir beskrevet som en svært viktig fase (Deming, 2000; Kunnskapssenteret, 2008). Derfor ønsker jeg å vektlegge denne noe mer enn de andre fasene.

Med bakgrunn i Demings PDSA-sirkel og Kunnskapssenterets metode for kvalitetsforbedring kaller jeg fasene i læringsprosessen for: **A) Planlegging, B) Iverksetting, C) Vurdering og Evaluering og D) Forankring og oppfølging.** Demings beskrivelse av innholdet i fasene i tillegg til Kunnskapssenterets metode ligger til grunn når jeg utdyper innholdet i disse fire fasene under. PDSA-sirkelen blir slik konkretisert gjennom de ulike element i læringsprosessen. Disse elementene vil jeg så senere bruke for å beskrive hvordan læringsprosessen etter uheldige medikamenthendelser ved psykiatrisk avdeling oppleves. De innsamlede data er analysert med utgangspunkt i disse fire fasene.

A) Planlegging

Planleggingsfasen er den første fasen i PDSA-sirkelen. Gjennom den valgte teori og litteratursøk finner jeg noen sentrale elementer i planleggingsfasen etter uheldige hendelser. Det jeg derfor har valgt å fokusere på er: definering av forbedringsområde, refleksjon og årsaksanalysering.

Deming (2000) fremhever at det **å definere områder for forbedring** er grunnleggende i læringsprosessen. For å finne forbedringsområder har jeg valgt å se på avvikshendelser meldt i avvikssystemet. Avvikshendelser blir da lagt til grunn for beskrivelsen av nå-situasjonen i organisasjonen (Wig, 1996; Morath & Turnbull, 2005). Mulige forbedringsområder kan også finnes gjennom å gjøre risiko- og sårbarhetsanalyser, eller ta i bruk andre kvalitetsforbedringsverktøy som pasientundersøkelser, kvalitetsparametre og kvalitetsindikatorer. Morath og Turnbull (2005) uttrykker at en lærende kultur er en kultur der gap blir gjort synlige slik at en kan lære av det og eliminere dem, eller bygge bro over gapet (Morath & Turnbull 2005).

Læring skjer i følge Fagermoen (1993) og Schön (2001) gjennom de erfaringer som gjøres til gjenstand for **refleksjon**. Bauer og Mulder (2007) har gjort en kvalitativ studie i Tyskland rettet mot betydningen av ulike læringsaktiviteter hos erfarne sykepleiere etter at en feil eller uheldig hendelse har skjedd. De fant at sosialt orienterte læringsaktiviteter

opplevdes som særlig viktige for å unngå å gjøre samme feil igjen. Eksempler på slike aktiviteter er årsaksanalysering, diskusjon og refleksjon. Også andre studier knytter formell diskusjon omkring feil, til mulighetene for læring og endring (Kroll et al., 2008; Engel, Rosenthal, & Sutcliffe, 2006). Å involvere alle som er knyttet til hendelsen i refleksjonen og analysen, uttrykkes av flere som viktig for å skape organisatorisk læring (Blumenthal & Kilo, 1998; Macrae, 2008).

Refleksjon vurderes altså som viktig i læringsprosessen. Hvordan mine informanter opplever refleksjonen etter uheldige hendelser vil jeg derfor se nærmere på. Andre studier beskriver også hvordan refleksjon etter uheldige hendelser oppleves i organisasjoner. Kroll et al. (2008) viser gjennom en kvalitativ studie legers opplevelse av analysering og refleksjon av uheldige hendelser. Av 38 leger i 10 sykehus i England, var det bare en respondent som uttrykte at han diskuterte en alvorlig feil med kollegaene som var involvert. I en tilsvarende undersøkelse i USA av 26 leger, ble det i motsetning identifisert både formelle og uformelle muligheter for å diskutere feil med medisinske kolleger (Engel et al., 2006). Begge studiene omhandler nyutdannede leger, men en ser likevel tydelig ulikheter mellom studiene knyttet til det å reflektere over og analysere uheldige hendelser.

Årsaksanalysering handler om kontinuerlig å spørre ”hvorfors”, for å finne skjulte underliggende årsaker (roten) til problemet (Morath & Turnbull, 2005). En rotårsaksanalyse kan defineres som en strukturert metode som identifiserer bakenforliggende årsaker og anbefalte tiltak i forebygging av gjentakende uheldige hendelser (Andersen & Fagerhaug, 2006, s. 12).

Ikke alle hendelser trenger å bli analysert like dypt. Det er nødvendig å se på alvorlighetsgrad, hvordan det påvirker pasienten, og hyppighet av hendelsen. Cannon og Edmondson (2001) sier likevel at en organisasjons evne til å lære av feil kan måles etter hvordan en håndterer både små og store feil. Grunnen til dette er at noen av de samme bakenforliggende årsakene ligger til grunn i både alvorlige hendelser og ved mindre feil (Morath & Turnbull, 2005). Litteraturen gir mange gode argumenter for også å gjøre bruk av ”nestenuhell”. Gjennom analyse av nestenuhell kan en få kunnskap om hva som gjorde at det *ikke* skjedde en alvorlig uheldig hendelse. Nestenuhell skjer dessuten oftere enn uheldige hendelser, og gir derfor et bredere analysemateriale og utvidede

læringsmuligheter. I tillegg kan følelsen av skyld hos individet reduseres når en ikke utelukkende fokuserer på de hendelser som har gitt uheldige konsekvenser for pasient (Morath & Turnbull, 2005, s. 135; Cannon & Edmondson, 2001; Barach & Small, 2000 a og b; Tucker & Edmondson, 2003).

Reasons (1997) beskrivelse av aktive og latente feil som årsaksforklaring til uheldige hendelser er viktig for å bli bevisst de bakenforliggende årsakssammenhenger. I kapittel 1.3.5 utdypet jeg dette.

B) Iverksetting

Læringssirkelen innbefatter å sette i verk forbedringstiltak for å hindre gjentakelse av uheldige hendelser (Deming, 2000; Kunnskapssenteret, 2008). I rapporten "an organisation with a memory" (Department of Health, 2000) beskrives det at "passiv læring" ikke er nok for å forbedre pasientsikkerheten. Kunnskapen en tilegner seg må settes ut i praksis. "Passiv læring" handler om å ha kunnskap om hvordan en kan forbedre tjenestene, mens "aktiv læring" dreier seg om å ha kunnskapen og i tillegg handle etter det (Toft & Reynolds, 1997). Aktiv læring knytter jeg til iverksettingsfasen i læringsprosessen hvor tiltak gjøres for å hindre nye uheldige hendelser.

Wig (1996) understreker nødvendigheten av å forankre arbeidet både i ledelse og hos de ansatte for å få gjennomført forbedringstiltak. For å få til endring etter uheldige hendelser er en helt avhengig av en god samhandling mellom ledelse og ansatte. Ledelsens involvering har betydning for implementering og for et vedvarende resultat. Videre er kunnskapen hos de ansatte verdifull fordi de ser hva som fungerer lokalt. Initiativ fra ansatte må derfor både oppmuntres og verdsettes. Det er avgjørende å involvere alle medarbeidere. Denne involveringen er nødvendig gjennom hele læringsprosessen for å lykkes med å forbedre helsetjenesten (Stump, 2000; Garside, 1998, 1999 i Grol et al., 2005). Å forstå mellommenneskelige forhold, kommunisere effektivt, samhandle og handle kollektivt, blir dermed viktig i tiltakene for å bygge sikkerhet (Leape, 2005 i Morath & Turnbull, 2005).

C) Evaluering og Vurdering

Evaluering og vurdering er en nødvendig del av læringsprosessen etter uheldige hendelser (Clarke, 2008; Woodward, 2005; Deming, 2000; Kunnskapssenteret, 2008). I

læringsprosessen må en reflektere over effekten av de tiltak som settes i verk. Dette er med på å hindre gjentakelse av uheldige hendelser (Edmondson, 2004). I denne fasen må det vurderes om det er overensstemmelse mellom planer som er lagt og de mål som nåes (Wig, 1996). Hvordan målene er satt har betydning for hvordan evalueringen blir. Å ha mål som er realistiske, gjennomførbare, pålitelige, gyldige og målbare er viktig (Wig, 1996; Grol et al., 2005). I tillegg har det betydning at alle i organisasjonen deler de samme målene (Edmondson, 2004). Deming (2000) beskriver denne fasen som studeringsfasen, hvor det handler om å studere resultatene og prosessen, og analysere disse.

D) Forankring og Oppfølging

Siste fase i læringsprosessen knytter seg til den videre oppfølgingen og forankring av endringer i systemet (Deming, 2000). Implementering og standardisering, informasjonsutveksling og tilbakemelding fremheves som viktige element her, og jeg velger derfor å utdype disse for å bruke dem i analysen av læringsprosessen i psykiatrisk avdeling.

Når iverksatte tiltak gir effekt, må endringene og forbedringene **implementeres** i organisasjonens prosesser og system (Wig, 1996; Deming, 2000; Kunnskapssenteret, 2008). Rapporten "An organisation with a memory" (Department of Health, 2000, s. 28) beskriver at den fasen hvor læringssirkelen oftest blir brutt er i implementering og opprettholdelse av endringene. Rapporten poengterer at for å vedlikeholde langvarige endringer er en avhengig av at tiltak blir sikkert forankret i kultur og praktiske rutiner i organisasjonen. Dette kan mellom annet gjøres gjennom utvikling av rutiner, prosedyrer og opplæringsplaner. Organisasjonen **standardiserer** slik de endringene som er gjort, for å sikre videreføring.

For at ny kunnskap skal spre seg og forankres, er det nødvendig med god **informasjonsutveksling** (Kunnskapssenteret, 2008). Wig (1996) understreker at det i læringsprosessen er viktig at kunnskapen blir tilgjengelig for andre. Erfaringene kan ha overføringsverdi, og være nyttige også for andre avdelinger og organisasjoner. Leape (i Morat & Turnbull, 2005) sier at sikkerhet skapes ved å kommunisere effektivt, samhandle og handle kollektivt. Helsepersonells erfaringer er verdifulle i arbeidet med å lære fra uheldige hendelser (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Å

gjøre bruk av både forskning og erfaringer omfattes av begrepet ”kunnskapsbasert praksis”: ”Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.” (Nortvedt & Jamtvedt, 2009, s. 65).

God informasjonsflyt kan også knyttes til den informasjonen som formidles innad i avdelingen og organisasjonen. Wig (1996) peker på **tilbakemelding** som et viktig element i læringsprosessen. Det er gjort flere studier de siste årene som går på effekt av tilbakemelding. Tilbakemelding viser forbedring i praksis, men med stor variasjon i resultatene. Resultatene er ikke entydige, mellom annet på grunn av variable forskningsmetoder (Alexander & Hearld, 2009). Forskningen viser begrenset kunnskap om effekt på forbedring av praksis ved bruk av tilbakemelding i seg selv, fordi mange faktorer innvirker sammen og har betydning for optimal effekt av tilbakemelding. Det vil derfor ha betydning for resultatene blant annet hvordan tilbakemeldingen gis for at det skal kunne forbedre praksis (Benn et al., 2009; Grol et al., 2005; Kunnskapssenteret, 2008). Dette viser at tilbakemelding har betydning dersom samtidig andre viktige suksessfaktorer og forhold ligger til rette.

I en studie gjort av Benn et al. (2009) beskrives anbefalinger for effektiv tilbakemelding etter uheldige hendelser innenfor ulike organisasjoner, deriblant helsevesenet. Erfaringene viser at tilbakemelding bør skje på flere nivå i organisasjonen og på tvers av ulike organisasjoner fordi andre organisasjoner kan lære av andres feil selv om de ikke er helt like. Tilbakemelding bør også skje på ulike måter gjennom ulike format. I tillegg er det viktig med rask tilbakemelding til melder fordi en da ser at det har betydning at en melder og at det blir handlet. Disse resultatene bygger på praktisk erfaring gjort fra ulike områder som en kan dra nytte av i møte med læring etter uheldige hendelser, selv om det ikke er evaluerbare bevis (Benn et al., 2009).

Også andre peker på betydningen av raske tilbakemeldingsmekanismer for at alle skal få nødvendig informasjon (Morath & Turnbull, 2005). I følge Moss (2002) har muligheten til å gå tilbake til feilen som er gjort og undersøke hvorfor det skjedde, betydning for å redusere uheldige hendelser. Han så dette i forbindelse med forbedring av feilratene ved et sykehus i USA. Ved at den enkelte lege fikk tilbakemelding på sitt arbeid og hadde mulighet til å analysere hendelsene, kunne en redusere antall feil.

Erfaringer knyttet til informasjonsutveksling og tilbakemelding i helsevesenet i Norge er beskrevet av Olsen (2007) i en studie av sikkerhetskulturen ved Stavanger universitetssykehus. Resultatene viser lav grad av erfaringsoverføring og samarbeid mellom avdelinger ved uheldige hendelser. Studien er gjort gjennom data innhentet fra ulike faggrupper, i hovedsak ulike typer helsepersonell. Under halvparten av de spurte opplevde god tilbakemelding og kommunikasjon om feil etter uheldige hendelser.

Organisatorisk læring og elementene i læringsprosessen vil sammen med teorien om person- og systemfokus være utgangspunkt for analysen av læringsprosessen etter de uheldige medikamenthendelsene ved voksenpsykiatrisk avdeling.

2.0 METODE

Dette kapittelet inneholder en presentasjon av valgt metode for studien. Jeg beskriver mine vurderinger og valg, innsamling av data og analysemetode, i tillegg til etiske aspekt knyttet til metoden. Diskusjon omkring studiens metode har jeg plassert i kapittel 4.6.

2.1 Valg av metode

2.1.1 Sykepleieres opplevelse av læringsprosessen

Gjennom studien ønsker jeg å få innsikt i hvordan sykepleieren selv opplever læringsprosessen i organisasjonen etter et meldt avvik i legemiddelhåndteringen. De ansattes og ledes perspektiver, tanker og oppfatninger omkring håndteringen av avvik kan gi viktig kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever situasjonen. Studien er begrenset til å samle inn data fra bestemte enkeltpersoner, og gir oss derfor et bilde av virkeligheten sett fra deres ståsted, med de begrensninger som medfølger hva angår generaliserbarhet av funnene. Slike beskrivelser av enkeltpersoners perspektiv kan likevel gi oss nyttig kunnskap (Kvale, 1996; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007). Den enkeltes formidling av egen forståelse gir innblikk i hva de har erfart i konkrete situasjoner, og sier noe om hvordan avvikshåndteringen oppleves i deres daglige jobbsammenheng. For å utdype temaet jeg undersøkte, ønsket jeg dybdeinformasjon fra noen som var involvert i læringsprosessen. Derfor ble data innhentet og analysert kvalitativt. Slik kan prosjektet defineres som en beskrivende kvalitativ studie.

Gjennom studien søker jeg kunnskap om hvordan håndtering av avvik skjer i lys av en læringsprosess. Studien har også som mål å fremskaffe utvidet kunnskap om læringsprosesser etter meldte uheldige hendelser i legemiddelhåndteringen. Avvikshåndteringen belyses ved hjelp av læringsteori og systemteori, noe som er gjenspeilet både i datainnsamling og tolkning av resultatene. Det har ikke vært et ønske eller mål i studien å innhente data uten et teoretisk rammeverk. Dette kunne skapt en friere tilnærming til temaet og gitt en mer utforskende vinkling, selv om det nærmest vil være umulig og ikke la seg prege av tidligere erfaringer og teorier som finnes. I følge Ringdal (2007, s. 35), stiller vitenskapsfilosofen Popper seg kritisk til den logiske empirismen hvor generelle teorier eller lovmessigheter dannes etter slutninger fra

observerte regelmessigheter (induksjonsprinsippet). Han mener at det å basere vitenskap på rene observasjoner uten noen form for teori er absurd. Valget av en mer deduktiv tilnærming er gjort på bakgrunn av ønsket om å belyse tilgjengelig teori ved hjelp av erfaringer fra informantene.

2.1.2 Individuelle intervju

I oppgaven valgte jeg å bruke individuelle intervju for å innhente kunnskap om læringsprosesser etter meldte avvik. Jeg kunne ha valgt andre metoder for innhenting av data, blant annet gjennom spørreskjema, gruppeintervju eller direkte observasjon. De ulike metodene har både fordeler og ulemper (Kitzinger, 1995; Ringdal, 2007). Spørreskjema er egnet til å fremskaffe kvantitativ informasjon fra et større antall personer. Gjennom bruk av spørreskjema kunne jeg fått tallfestet hvordan læringsprosessen i avdelingen var, ut fra respondentenes svar. En svakhet er at en ikke har mulighet til å improvisere og følge opp uventede og interessante tråder, og gå i dybden på tema. Gruppeintervju er spesielt egnet til å studere holdninger og erfaringer og hvordan disse utvikles innenfor en kontekst. Fordelen er også at en har mange informanter samtidig, men det er en utfordring å få fram enkeltindividets tanker og historie upåvirket av gruppedynamikken. Direkte observasjon har sin styrke i det å studere sosiale roller. En direkte observasjon kunne for eksempel vært å observere kvalitetsrådets håndtering av uheldige hendelser. Svakheten med denne metoden er blant annet at en ikke har mulighet til å få utdypende synspunkt eller handlingsvalg ved bruk av oppfølgingsspørsmål i situasjonen.

Individuelle intervju har også sine svakheter. Dette knytter seg naturligvis til andre metoders styrker. I individuelle intervju blir mengde data begrenset av hvor mye en kan greie å analysere, i tillegg til at det er tidkrevende. Intervjuerens rolle er også sårbar i et intervju i forhold til påvirkning av intervjuobjektet. Dette kan påvirke reliabiliteten til studien. Individuelle intervju ble likevel valgt fordi jeg ønsket dybdeinformasjon om enkeltpersoners opplevelse av læringsprosessen i organisasjonen. En fordel med å intervju respondentene enkeltvis er at det kan være lettere å snakke om sensitive tema når en er på tomannshånd enn for eksempel i en gruppe. Individuelle intervju er også fleksible i form, og en kan ta tak i nye vinklinger underveis (Kvale, 1996; Ringdal, 2007). Jeg valgte derfor individuelle intervju fordi jeg opplever dette best egnet i forhold til min problemstilling.

Innhenting av data er gjort gjennom delvis strukturert intervju ved hjelp av en intervjuguide. Ved å ha noen sentrale spørsmål ferdig på forhånd sikret jeg at jeg husket de ulike temaer jeg ønsket utdypet i intervjusituasjonen, samtidig som jeg var fri til å velge å gå mer inn i enkelte tema på bakgrunn av ting som kom frem i de bestemte intervjuene (Ringdal, 2007, s. 217). For å innhente kunnskap om læringsprosessen etter uheldige hendelser ble Demings PDSA-sirkel brukt som utgangspunkt. Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring beskriver utdypende de ulike elementene i PDSA-sirkelen. Intervjuguiden inneholder spørsmål som er en operasjonalisering av PDSA-sirkelen, og i tillegg spørsmål om betoningen mellom systemfokus og individfokus i læringsprosessen (Intervjuguiden og de konkrete spørsmålene er å finne i vedlegg).

Det er lettere å få frem gode beskrivelser ved vurdering av faktiske situasjoner enn ved vurdering av hypotetiske situasjoner. For å sikre at dataene som ble samlet ved intervjuene i størst mulig grad viste den reelle læringsprosessen, valgte jeg å bruke reelle avvikshendelser fra legemiddelhåndteringen ved voksenpsykiatrisk avdeling som tema i intervjuene. Disse er beskrevet nærmere i del 2.2.3.

2.2 Utvalg

Under dette delkapittelet beskriver jeg utvalget av informanter og hvordan jeg opprettet kontakten med dem. Videre presenteres vurderingene knyttet til valget om å benytte avvikshendelser som bakgrunn for intervjuene.

2.2.1 Førstegangskontakt

Kontakten med psykiatrisk avdeling fikk jeg gjennom mitt arbeid som avdelingssykepleier ved annen avdeling i foretaket. Ledelsen ved psykiatrisk avdeling ønsket å arbeide med utfordringer knyttet til læring av avvik, og ønsket derfor masterprosjektet velkommen. Avdelingsledelsen så på studien som et bidrag i det pågående kvalitetssikringsarbeidet og pasientsikkerhetsarbeidet ved foretaket.

2.2.2 Utvalg

Voksenpsykiatrisk avdeling består av flere sykehusseksjoner, som sammen har et felles kvalitetsråd. Studien omfatter disse sykehusseksjonene. I tillegg består voksenpsykiatrisk avdeling mellom annet av poliklinikk og distriktpsikiatriske sentere som har egne kvalitetsråd. De eksterne avdelingene er ikke inkludert i studien. Studien omhandler ikke foretaksnivå eller toppledernivået og systemet omkring dette. Fokuset er på klinikk, avdelingsnivå og læringsprosessen etter medikamentavvik på dette nivået.

Kvalitetsrådgiver ved voksenpsykiatrisk avdeling forespurte høsten 2009 aktuelle personer om de ønsket å bli kontaktet for deltagelse i prosjektet. De som samtykket til dette fikk jeg tilbakemelding om, og de ble videre kontaktet av meg gjennom e-post eller på telefon, og vi avtalte tid for intervju. Noen tok også kontakt med meg umiddelbart etter informasjon fra kvalitetsrådgiver. I samarbeid med avdelingen, og med råd fra veileder, var det jeg som student som gjorde de ulike valg med hensyn til informasjonskilder og utvalg.

Informantene ble valgt strategisk på basis av kjennskap til håndtering av avvik i avdelingen for å få mest mulig informasjon om hvordan læringsprosessen etter avvik i legemiddelhåndteringen har foregått. Inklusjonskriteriet var at de måtte ha arbeidet ved aktuelle seksjoner innen psykiatrisk avdeling fra 2009, og de måtte ha arbeidet i perioden de aktuelle avvikene hendte. Erfaring over tid var et krav, da det er nødvendig for å opparbeide egne erfaringer med læringsprosessene i organisasjonen. Intervjuobjektene ble valgt ut med tanke på å innhente informasjon fra helsearbeidere med ulike funksjoner i seksjonene. Jeg ønsket representasjon av både ledere og ansatte. Ved å velge mennesker med ulike funksjoner og roller i håndteringen av avvik kan en få et utdypende og mer helhetlig bilde av hvordan læringsprosessen på avdelingsnivå er. Andre føringer var at jeg ønsket at medlemmer fra avdelingens kvalitetsråd var representert, da disse har inngående kjennskap til håndtering av avvik. Personer som hadde varslet om avvik i medikamenthåndteringen ble også forespurt, men det var ikke et nødvendig kriterium for inklusjon.

Totalt ble åtte personer intervjuet: syv sykepleiere og en fra en annen helsefaggruppe. Videre i behandlingen av data er et av intervjuene utelatt, da informanten under intervjuet gav uttrykk for ikke å ha kjennskap til legemiddelhåndtering og prosessen etter meldt

legemiddelhendelse. Jeg kunne valgt å inkludere også dette ene intervjuet for å få informasjon fra en ekstern observatør om læringsprosessen sett utenfra. Men denne informasjonen ville være av begrenset nytte siden dette bare var en person. Jeg valgte å benytte intervjuobjekter med mer lik bakgrunn. De syv respondentene som ble inkludert i studien hadde alle sykepleieutdannelse. Alle sykehusseksjonene i voksenpsykiatrisk avdeling ble representert gjennom de syv. Blant de som ble intervjuet var fire ledere fra ulike ledernivå i seksjonene, og tre medarbeidere uten lederansvar. Gruppen var sammensatt av seks kvinner og en mann. Valget av antall intervjuobjekt ble gjort fortløpende på bakgrunn av behov for nødvendig mengde data for å besvare forskningsspørsmålene, samt tilgjengelig tid til rådighet for bearbeiding av data.

2.2.3 Uheldige hendelser som bakgrunn for intervjuene

For å øke sannsynligheten for at dataene som samles ved kvalitative intervju viste den reelle læringsprosessen, ble to anonymiserte aktuelle avvikshendelser fra sykehusseksjonene benyttet som bakgrunn for intervjuene. Begge er avvik i legemiddelhåndteringen, registrert i kvalitetssystemet fra 1.1.09 til 29.05.09. Jeg opplevde det som en fordel at hendelsene ikke lå så langt tilbake i tid, da det m.a. gjør det lettere for informantene å huske hendelsene. Begge avvikene hendte før elektronisk meldeordning ble innført ved avdelingen sommeren 2009. Da vet en at de utsagn en får gjennom intervjuene med større sannsynlighet dreier seg om erfaringer fra det samme systemet, og ikke en blanding av et elektronisk og et ”papir” avvikssystem.

Det var en utfordring i startfasen å bestemme hvilke type avvikshendelser som var meningsfulle å bruke som bakgrunn i undersøkelsen. I studien har jeg valgt å gjøre bruk av uheldige hendelser som har hatt konsekvenser for pasienten, selv om argumentene for å fokusere på ”nestenuhell” er stor (Morath & Turnbull, 2005; Cannon og Edmondson, 2001; Barach & Small, 2000b ; Tucker & Edmondson, 2003). Valget av disse hendelsene har praktiske årsaker. Jeg regner med at det er disse hendelsene som gir mest informasjon om hvordan håndteringen i etterkant har vært. En av utfordringene ved å gjøre bruk av nestenuhell i læringsøyemed, er nettopp faren for ikke å få tilstrekkelig eller god nok informasjon om hendelsen (Morath & Turnbull, 2005). I oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i hendelser meldt i avvikssystemet i avdelingen. Avvikene er meldt som betydelig personskade eller fare for betydelig personskade.

Valget omkring hvilken kategori avvikshendelser studien skulle omfatte har også betydning. Aktuelle kategorier kunne vært fallskader og ulike typer feilbehandlinger. Å benytte flere ulike typer avvikshendelser kunne bidratt til å gjøre funn omkring læringsprosessen mer generaliserbare på tvers av avvikstyper, forutsatt at materialet var stort nok. Jeg valgte å gjøre begrensninger for å få en håndterlig informasjonsmengde. En mulighet var å gjøre en forundersøkelse hvor jeg kategoriserte alle avvik ved avdelingen, for så å ta tak i en bestemt type avvik ut fra funn. En slik forundersøkelse ble for omfattende i rammene av den aktuelle studien. Jeg har derfor i hovedsak valgt å la kunnskap og litteratur avgjøre hvilke kategorier som kunne være aktuelle.

Helsetilsynets årlige rapporter inneholder informasjon om omfanget av ulike typer avvikshendelser. De melder at en stor prosentandel av meldte avvik gjelder legemiddelhåndtering, og at avvik med personskaade og fare for betydelig personskaade ofte er knyttet til legemiddelavvik (Helsetilsynet, 2008). Internasjonal forskning viser også høy forekomst av legemiddelhendelser, og særlig til fasene bestilling og administrering av medikament (Nath & Marcus, 2006; Leape, 1995; Øvretveit & Hofoss, 2004; Ito & Yamazumi, 2003; Grasso et al., 2003). Videre undersøkte kvalitetsrådgiver avvikene ved avdelingen i det aktuelle tidsrommet med tanke på hyppighet og alvorlighetsgrad, og fant at avvik relatert til legemiddelhåndtering var en viktig gruppe. Det var totalt 90 innmeldte avvikshendelser på de fem første månedene i 2009, og 15 av disse hendelsene var knyttet til legemiddelavvik.

Som bakgrunn i studien valgte jeg i samråd med veileder to medikamenthendelser meldt i avvikssystemet med fare for personskaade av en viss alvorlighetsgrad. Ved å benytte flere saker blir det mulig å trekke mer generelle linjer på tvers av saker. Det er også mulig å få mer informasjon om læringsprosessen ved at flere kan kjenne igjen ulike typer saker. Ulike personer vil også ha mer å si om den ene enn den andre saken. En potensiell svakhet ved å gjøre bruk av to saker er at jeg ikke kan være sikker på om informantene reflekterer omkring samme sak. Imidlertid ville jeg ikke kunne være sikker på det, selv om jeg bare tok utgangspunkt i én avvikshendelse. De to sakene er 1. "Pasient skulle få medikament per oralt. Dersom han ikke ville ha dette kunne han få det som injeksjon. Han fikk begge deler." 2. "Pasient fikk annen pasients morgenmedisiner."

2.3 Datainnsamling

Før oppstart av intervjuene ble intervjuguiden og den planlagte gjennomføringsmåten av datainnsamlingen gjennomgått av veileder og godkjent. Avdelingsledelsen samtykket skriftlig i gjennomføringen av studien. Videre ble Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) kontaktet. De vurderte studien til å tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven. De etiske aspektene er videre behandlet i del 2.5. Før innsamling av data fant sted, foretok jeg et pilotintervju med en medarbeider, med påfølgende finjusteringer på spørsmålsstilling. Dette gjorde meg tryggere i intervjusituasjonen og i forholdt til utfordringer som kunne komme i forhold til spørsmålsstilling eller utdyping av spørsmål.

Intervjuene fant sted fra oktober til desember 2009. Hvert intervju tok mellom 45 min og 1 time, de fleste nærmere en time. Det var gitt informasjon på forhånd om hvor lenge intervjuet skulle ta, og denne tiden ble overholdt. Jeg foretok alle intervjuene selv, og det var bare meg og informant til stede. Generelt kan det være en fordel å være to intervjuere til stede, da kan man være sikrere på at minst én får med seg både verbal og non-verbal kommunikasjon. I tillegg har en noen å konferere med i etterkant i forhold til det som ble sagt under intervjuene. Valget om å være der alene ble gjort av praktiske grunner, og etter en vurdering om at informant kanskje kunne oppleve en tryggere ramme dersom det bare var en annen tilstede. Jeg brukte lydopptaker for å sikre at alt som ble sagt ble fanget opp. På denne måten kunne jeg som intervjuer være mer tilstede i samtalen og ikke være så bundet til å skrive ned alt som ble sagt. Jeg gjorde meg likevel noen notater underveis, både i forhold til det som ble sagt direkte og det som ble kommunisert non-verbalt. Jeg noterte også kommentarer knyttet til hva jeg opplevde som viktig for informanten å få formidlet. Jeg forsøkte hele tiden å skille mellom det som faktisk ble sagt og det som var min opplevelse av situasjonen. Intervjuene foregikk på samtalerom eller kontor ved voksenpsykiatrisk avdeling, uforstyrret fra den daglige driften. De fleste samtalene ble gjennomført uten avbrudd. Ved tre av samtalene banket det på døren, uten at dette opplevdes som en forstyrrelse av det videre intervjuet.

I datainnsamlingen gjorde jeg bruk av en intervjuguide og delvis strukturert intervju. Jeg hadde en ramme å gå ut i fra, noen spørsmål som jeg brukte i alle intervjuene. I tillegg var

jeg fri til å ta tak i de tema som ble naturlig å komme inn på, eller som informant fokuserte på. Rekkefølgen på spørsmålene ble heller ikke alltid fulgt slavisk, men jeg kom innom alle spørsmålene i intervjuguiden i løpet av samtalen. Oppbyggingen av intervjuguiden var slik at det først ble stilt mer generelle spørsmål om arbeidsplassen og yrket for å bli litt kjent og skape trygghet. I følge Ringdal (2007) kan dette være en god måte å starte et intervju på. Videre kom vi inn på mer sensitive tema, før jeg til slutt stilte oppsummerende og avsluttende spørsmål. For å oppnå godt datamateriale, er det viktig å være bevisst betydningen av spørsmålsstillingen (Kvale, 1996). Jeg prøvde gjennom intervjuet å stille åpne spørsmål, for at informant ikke skulle bli unødig påvirket av min spørsmålsstilling. Videre stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å få oppklarende svar. Ved å be informant forklare svaret gjennom bruk av eksempler opplevde jeg at samtalen hadde en god flyt. En utfordring var å stille tydelige nok spørsmål, og ikke stille sammensatte spørsmål som var vanskelige å svare på. En annen utfordring var å ta seg god nok tid til å vente på svaret, og i flere situasjoner stilte jeg et nytt spørsmål før informant rakk å svare på det forrige. Dette var noe jeg var bevisst på fra første intervju, og som jeg arbeidet med å unngå gjennom alle intervjuene.

I etterkant av alle intervjuene gjorde jeg meg egne notater i forhold til min opplevelse av intervjusituasjonen. I tillegg skrev jeg ned hvilke tema jeg opplevde som sentrale i intervjuet og hvilken vektlegging jeg opplevde informant hadde i forhold til temaet. Videre transkriberte jeg alle intervjuene. Transkripsjonene innebar flere gjennomhøringer av intervjuene, og jeg forsøkte å skrive ned ordrett det som ble sagt, inkludert pauser og ord som "hm" og "eh", som også uttrykker mening i situasjonen.

2.4 Analysemetode

I analysen av dataene tok jeg utgangspunkt i Mays og Pope "Framework approach" (Pope, Ziebland, & Mays, 2000). Dataanalysen beskrives som en 5-trinns rammeanalyse av kvalitative data.

Etter at dataene var samlet inn og transkribert, gjorde jeg meg kjent med all informasjonen ved å lese hvert intervju flere ganger. Så identifiserte jeg et tematisk

rammeverk ved å lete etter felles tema i datamaterialet. Det var nødvendig å gjennomgå tekstene mange ganger for å finne relevante kategorier. Dette kan også knyttes det Kvale (1996) beskriver som meningskategorier. I tillegg ble intervjuguide og forskningsspørsmål brukt som utgangspunkt. Slik ble nøkkeltema identifisert og kodet med et tall. På denne måten laget jeg en liste på totalt 14 ulike tema/ kategorier, hver med et tilhørende tall.

Videre gikk jeg gjennom hele intervjuteksten og kodet den mot det tematiske rammeverket. For hvert intervju samlet jeg så alt som tilhørte samme kategori under hovedoverskrifter, og jeg laget ekstrakter for hver kategori. Dette innebar mer enn bare å gruppere tekst, ved at jeg samlet den, gjorde den ”tettere” (kondensering). Jeg etterstrebet hele tiden ikke å endre meningsinnholdet i teksten. Tekstdeler og sitater som omhandlet temaet ble lagt inn under hver hovedoverskrift. På denne måten komprimerte jeg det skriftlige materialet fra ca 130 sider til 20 sider.

Etter at dette var gjort så jeg de ulike intervjuene i sammenheng innenfor hvert hovedtema eller kategori. Jeg laget ikke en matrise, men valgte å lage en oppstilling av de ulike kategoriene for hele datamaterialet. Slik fikk jeg oversikt over hele datamaterialet kategorisert gjennom hovedtema. Jeg valgte så å gruppere de ulike kategorier/temaer i fem hovedtema i samsvar med forskningsspørsmål og problemstilling. Dette fordi det gjorde det lettere å se hvordan det innsamlede datamaterialet forholdt seg til problemstillingen og forskningsspørsmålene i studien. Denne måten å gruppere på er ikke beskrevet i fremgangsmåten for ”framework approach” (Pope et al., 2000).

Jeg brukte så tid på hvert tema for seg, og beskrev funnene i de innsamlede data. Målet var også å søke forklaringer på det som kom frem. Egne resultat ble sammenlignet med andres funn og relevant teori. Mulige forklaringer i forskjellige i resultat ble drøftet. Hensikten var å gjennomgå egne resultat kritisk, og å finne konklusjoner ut fra materialet.

Analyseprosessen ble påvirket både av de forskningsspørsmål jeg satte på forhånd og av problemformuleringen, men også av tema som ble funnet i datamaterialet.

2.5 Etske aspekt

Dette kapitlet inneholder etske aspekt knyttet til valget om å gjøre bruk av pasientdata fra avviksmeldinger. Spørsmålet om meldeplikt til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Samfunnstjeneste) blir behandlet. I tillegg beskriver jeg hvordan informasjon og samtykke fra informantene, samt anonymisering, ble gjort.

2.5.1 Avviksmeldinger og pasientdata

Før prosjektstart vurderte jeg om det var tilstrekkelig bare å studere de innsendte avviksmeldinger for å få den nødvendige kunnskapen om læringsprosessen etter meldt avvik. Jeg tror at avviksmeldingene kan gi viktig informasjon om læringsprosessen. Men jeg ønsket også å få sykepleieres opplevelse og dypere erfaringer med håndtering av avvikene. I tillegg vurderte jeg det slik at det ikke var nødvendig for problemstillingen min å gå spesifikt inn i pasientdataene som avviksmeldingene representerte. Særlig av etske hensyn var det en god løsning å innhente aggregerte avviksdata fra avdelingsledelsen. Jeg ønsket ikke å få tilgang til detaljerte opplysninger om psykiatriske pasienters behandling, da dette ikke er nødvendig for problemstillingen. Fokuset for oppgaven er ikke selve avvikshendelsen, men hvordan sykepleiere opplever at avvik brukes til læring i organisasjonen.

Helsepersonell og kvalitetsrådgiver gjennomgikk avvikshendelser ved avdelingen og anonymiserte avvikshendelsene knyttet til legemiddelhåndtering før disse ble utlevert. Legemiddelhendelsene og iverksatte tiltak ble kort beskrevet. Jeg fikk tilgang til ikke-personidentifiserbare data, data uten pasientnavn eller dato for hendelsen eller andre data som kunne knytte person til hendelse. Disse ble så brukt som bakgrunn i intervjuene for å knytte spørsmål omkring læringsprosessen etter avvikshendelser til reelle avvikshendelser.

2.5.2 Informasjon og samtykke

Før studiens start var jeg i kontakt med avdelingssjef ved psykiatrisk avdeling som gav meg skriftlig tilgang til å innhente data fra de ulike seksjonene, etter at det var innhentet samtykke fra de ulike seksjonslederne i voksenpsykiatrisk avdeling. Fagavdelingen ved foretaket har også gitt tilslutning til prosjektet gjennom økonomisk støtte.

Kvalitetsrådgiver ved voksenpsykiatrisk avdeling satte meg i kontakt med aktuelle informanter, og gav meg navn på de som ønsket å bli kontaktet for deltagelse i prosjektet. På denne måten hadde alle en mulighet til å takke nei til å være med i prosjektet uten å oppleve det vanskelig overfor meg. Jeg opplevde det som en fordel at det var avklart at de ønsket å være med i prosjektet før jeg tok kontakt første gangen.

Alle hadde fått utdelt informasjonsskriv om prosjektet før intervjuet, som inneholdt informasjon om bakgrunn, formål og gjennomføring av prosjektet, i tillegg til hvordan konfidensialiteten skulle sikres. Noen hadde sendt inn samtykkeerklæring på forhånd, mens andre skrev under ved starten av intervjuet. Det ble gitt både skriftlig og muntlig informasjon om frivillighet og mulighet for å trekke seg når som helst i prosjektet. De fikk også forespørsel om jeg kunne bruke lydopptaker, noe alle syntes var greit.

2.5.3 Anonymisering

Studien ble meldt til NSD (norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) i forhold til behandling av personopplysninger om de intervjuede sykepleierne. Personvernombudet vurderte prosjektet meldepliktig i forhold til personopplysningsloven § 31. Videre vurderte NSD behandlingen av personopplysninger i studien til å tilfredsstillende i forhold til kravene i personopplysningsloven. De anonymiserte uheldige hendelsene gitt til student fra avdelingsledelsen, og min behandling av disse opplysningene, innebar ikke en behandling av personopplysninger i følge NSD.

Alle data i forbindelse med studien ble registrert og oppbevart på isolert privat PC. I tillegg brukte jeg lydopptaker til intervjuene. Får å beskytte uvedkommende innsyn i opplysninger ble disse oppbevart privat i låsbart rom. PC er privat, passordbeskyttet og ikke tilknyttet internett.

Ved intervjuene ble det registrert direkte personidentifiserbare opplysninger for å kunne gå tilbake og innhente utfyllende opplysninger ved behov. De direkte personidentifiserbare opplysningene ble etter intervjuet erstattet med et referansenummer som viste til en manuell navneliste som ble oppbevart atskilt fra det øvrige datamaterialet. Nøkkellisten ble lagret avlåst hvor bare jeg som student hadde tilgang. Båndopptaker ble også lagret i avlåst rom. Senest innen prosjektslutt 31. desember 2010, vil datamaterialet

bli anonymisert ved at navneliste/ koblingsnøkkel og lydopptak slettes, samt at indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Da vil alle data i oppgaven og intervjuobjektene være anonymisert slik at de ikke inneholder personidentifiserbare opplysninger, verken direkte eller indirekte.

Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg vært oppmerksom på utfordringen ved at det kan bli identifiserbare grupper som blir synlige. Ettersom jeg har intervju av personer med ulike roller innenfor håndtering av avvikshendelser har jeg måttet legge vekt på anonymisering også av deres roller, ikke bare personene. På grunn av muligheten for gjenkjennelse av respondentene, ble alle dialektord og uttrykk i sitater fra intervjuene omskrevet til bokmål. Jeg valgte også å bruke "hun" konsekvent, uavhengig av faktisk kjønn der hvor utsagn viser tilbake til en av respondentene. Jeg har forsøkt å være oppmerksom på belastningen ledere, medlemmer i kvalitetsråd og meldere av avvikshendelser kan oppleve. Målet med studien har ikke vært å fokusere på enkeltpersoners håndtering, men å få økt kunnskap om læringsprosessen i avdelingen.

3.0 RESULTAT

I dette kapitlet gjennomgår jeg hovedfunnene fra intervjuene. Jeg legger forskningsspørsmålene og studiens problemstilling, samt de kategorier av tema som kom fram i gjennomgangen av data, til grunn for strukturen i kapitlet. Resultatkapitlet er inndelt i de fire fasene i læringsprosessen; planleggingsarbeidet, iverksetting av forbedringstiltak, evaluering og vurdering av effekten av tiltak, oppfølging og forankring av forbedringstiltak. Jeg vil beskrive hvordan sykepleierne opplever læringsprosessen etter de aktuelle hendelsene med utgangspunkt i disse fasene. I tillegg blir respondentenes egen refleksjon rundt hva en læringsprosess er, og hvordan en kan forbedre denne etter meldte uheldige hendelser, presentert i det siste delkapitlet.

3.1 *Planleggingsarbeidet for kvalitetsforbedringer etter meldte uheldige hendelser*

Under dette delkapitlet beskriver jeg resultatene som omhandler første fase i læringsprosessen, og starter med respondentenes forståelse av begrepet uheldig hendelse og deres opplevelse av omfanget av disse. Videre beskriver jeg respondentenes svar knyttet til opplevelsen av refleksjon og årsaksanalysering, samt person- og systemfokus som årsak til de uheldige hendelsene.

Begrepet ”avvik” var et mer brukt og kjent uttrykk enn ”uheldig hendelse” blant de forespurte, men flere brukte disse begrepene noe om hverandre. Noen vurderte ”uheldig hendelse” som et videre begrep enn ”avvik”: *”Uheldig hendelse innbefatter også noe som kunne gått galt, men som kanskje gikk bra.”* *”Uheldig hendelse kan også være noe helt uforutsigbart, som vi ikke kan kontrollere.”* Mens andre derimot beskrev ”uheldig hendelse” som: *”Det som på en måte går så langt at det når pasienten av våre feil.”* En av sykepleierne uttrykte også at begrepet ”avvik” høres mer skremmende ut enn ”uheldig hendelse”, og at fokuset i begrepet ”uheldig hendelse” er knyttet til det uforskyldte.

Respondentene vurderte omfanget av medikamentfeil ulikt. Noen trodde det var få feil knyttet til medikamenthåndtering på deres avdeling, mens andre hadde erfaring med flere avvik:

”Det er ikke første gang noen får feil medisin i avdelinga, det vet jeg da veldig godt om.”

”Vi har vel ikke hatt så mange feilmedisineringer... Jeg har ikke fått noen bekymringsmelding på avvik, da.”

Flere sa at mange hendelser ikke ble meldt inn. Noen uttrykte at det bare var alvorlige feil som ble meldt. Forklaringer som ble gitt var blant annet at de hadde en opplevelse av at *”det ikke er vits å melde”*. Noen sa også at på grunn av ulik definisjon på *”avvik”* og hva som skal meldes, var det ulikt hvor mye som ble meldt av medikamentfeil.

Respondentene beskrev at de opplevde at det ble lagt planer for å forbedre kvaliteten etter alvorlige uheldige hendelser, men at slike hendelser er sjeldne. Hendelser som medikamentsvinn ble gitt som eksempel her. Planer ble lagt også dersom mindre uheldige hendelser gjentok seg. Det var én sykepleier som viste til at det ble lagt planer for kvalitetsforbedring etter de uheldige hendelsene som ble presentert i intervjuet. De andre sa at etter disse hendelsene, opplevde de ikke at det ble lagt noen planer for endring. Slik uttrykte sykepleierne det:

”Da kommer vel det ærlige svaret; ingenting”

”Det var glemt dagen etterpå”

”Det blir fylt ut avviksskjema. Og så får du denne rapporten via mail....Og noe mer opplever jeg nå kanskje ikke at det skjer, da.”

Avvikshendelsene ble årsaksanalyisert i kvalitetsrådet, ifølge ledere som er med der. De opplevde likevel ikke at en gikk veldig i dybden for å finne bakenforliggende årsaker til hendelsen. I følge lederne setter avdelingen i gang analyse av hendelsen ved alvorlige eller gjentatte feil. De ansatte opplevde at refleksjonene som ble gjort i kvalitetsrådet ikke ble formidlet videre til de ansatte i avdelingen. Flere uttalte at de ikke opplevde at det ble satt av møter i personalgruppen til årsaksanalysering og refleksjon etter disse uheldige hendelsene med medikament. *”Det blir aldri tatt opp på f.eks. avdelingsmøte og snakket om hva kunne vi gjort annerledes eller slike ting.”* Men flere sa også at det ble reflektert *uformelt* omkring hendelsen i etterkant. De som hadde opplevd situasjonen ble spurt om å

forklare hva som skjedde, og hva som var grunnen til at det skjedde. *”Jeg tror at vi reflekterer rundt hva som var grunnen til at dette skjedde”*.

Flere av sykepleierne sa at de opplevde at de uheldige hendelsene ble sett på som personlige feil, ikke systemfeil. Derfor ble den bakenforliggende årsaken ikke reflektert mer rundt, sa de. De uttrykte at det var den enkeltes ansvar for å gi riktig medisin til riktig pasient som var i fokus:

”Det er bare en menneskelig feil.”

”Det er bare å sjekke medisinene”

”En må bare rett og slett være bevisst på hvem en gir medisin til, at det er rett person”

Flere sa at dette var den beste måten å analysere disse hendelsene på. I datamaterialet beskrev de også andre årsaker til medikamentfeilen, uten at dette ble knyttet opp mot systemfeil eller personlige feil. Eksempler var dårlig kommunikasjon eller mangel på kommunikasjon og informasjon, måten en organiserte medikamentutdelingen på og forveksling med like navn.

Det var ulik oppfatning av om håndteringen i etterkant av medikamentavvikene satte fokus på personen som utførte handlingen, eller om fokuset ble satt på systemet. Meningene omkring dette var *uavhengig* av om sykepleieren var leder eller ansatt. Noen sa at fokuset var på rutiner, prosedyrer, og på systemet. De fleste opplevde et personfokus i etterkant av disse hendelsene, et ønske og krav om at en måtte *”skjerpe seg”* og *”være mer konsentrert”*. Én ansatt uttrykte at dette personfokuset ikke opplevdes som negativt, mens flere sa at de syntes personfokuset var *”vondt og belastende”*. Flere sa at alvorlige feil og gjentakende feil må analyseres mer i systemvinkling enn det som ble gjort etter disse aktuelle avvikene.

3.2 Iverksetting av forbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser

Når sykepleierne skulle svare på hvordan de opplevde iverksetting av tiltak etter de aktuelle medikamentavvikene, svarte mange at det ikke ble satt i gang tiltak. *”Vi deler ut medisiner på akkurat samme måte som før den uheldige hendelsen.”* Det var én ansatt som sa at det ble iverksatt tiltak: *”Det ble endrede rutiner i tillaging og utdeling av*

medikament”. Noen sa at det ble iverksatt tiltak bare ved alvorligere hendelser. Likevel gav flere eksempler på at de opplevde tiltak rettet mot personen som utførte handlingen, at denne personen (og andre) sjekket medisinene bedre en periode. Her var utsagn som:

”Vi blir jo mer påpasselig de nærmeste dagene etterpå.”

”Altså, en blir litt mer årvåken en periode....Men jeg tror den årvåkenheten dabber litt av, en går inn i den hverdagslige rytmen. En blir litt vekket etter en slik episode, men jeg tror det er bare midlertidig.”

”Det er mer individuelt tiltak at en dobbeltsjekker seg selv. Det er tvangspreget en periode etterpå.”

Det ble også sagt at det ikke var nødvendig med andre tiltak enn at ”denne personen måtte skjerpe seg”. Dersom rutiner for medikamenthåndtering fantes, var det hver enkelt som måtte passe på å gi rett medisin til pasienten.

Som begrunnelse for at det ikke skjedde noen endring etter disse legemiddelavvikene, ble det sagt at det ikke var de ”på gulvet” som gjorde endringene i retningslinjer og prosedyrer. Sykepleieren sier at det var ledelsen som gjorde endringene, selv om de ansatte selv så svakheter i systemet.

3.3 Evaluering og vurdering av effekt av tiltak etter meldte uheldige hendelser

På spørsmålet om hvordan det ble satt mål i arbeidet etter de uheldige hendelsene, svarte sykepleierne at de opplevde at det ble snakket om at en måtte ha minst mulig feil, og at en måtte unngå å gjøre samme feil igjen. Men de opplevde ikke at det ble satt mål som en del av arbeidet for å hindre at det skjedde igjen.

”Jeg har aldri vært med på å sette noe mål etter en slik hendelse. Det blir nok mer at en selv husker det med litt grøss og gru at det skjedde.”

”En har ikke satt noe mål i forhold til det. En ønsker jo at det er så lavt som overhode mulig. Men en vet jo at det skjer igjen.”

”Ikke annet enn at vi snakker om det og har som mål at vi skal prøve å unngå at slike situasjoner skjer igjen da.”

I et av intervjuene beskrev sykepleieren at rutiner som ble endret etter medikamentavvikene, ble tatt opp på personalmøter, og at de ble evaluert gjennom samtale der. Ingen eksempel ble gitt på at en gjorde målinger av effekt av tiltak, eller for å

se om antallet medikamentavvik endret seg. Flere sa at om en ønsket det, kunne en gått inn i referatene etter behandling av saker i kvalitetsrådet og talt antall rapporterte saker. Slik kunne en telle om det skjedde en økning eller reduksjon i antall saker. *”For jeg har ikke noe målbart anna enn at det ligger i referatene fra kvalitetsrådet da. Og selvfølgelig i om med at en mottar disse her, så har en en viss peiling på om, skjer det ofte eller skjer det sjelden.”* Noen sa også at en kunne ha en *”følelse”* av om det ble flere saker, selv om en ikke aktivt gikk inn og telte.

3.4 Forankring og oppfølging av kvalitetsforbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser.

Den fjerde fasen i læringsprosessen omhandler oppfølging og forankring av de iverksatte tiltak. Respondentenes utsagn knyttet til forankring av endringstiltak i organisasjonen, informasjonsflyt og tilbakemelding blir presentert her.

Alle uttrykte at endringer som ble satt i verk ble forankret i kvalitetssystemet EQS, gjennom prosedyrer. De opplevde også at personalet ble orientert om endringer via mail og oppslag. Det var én som sa at prosedyrer var endret etter disse meldte medikamentavvikene. Hun uttrykte: *”Prosedyrer og rutiner i medikamenthåndtering ble justert etter hvert som nye moment kom til, også etter denne uheldige hendelsen.”* Andre sa at endringer av prosedyrer fant sted ved mer alvorlige hendelser.

Det var varierende opplevelse av hvordan informasjonsutvekslingen med andre var underveis i håndteringen av medikamenthendelsene. Noen opplevde at de utvekslet erfaringer med andre innenfor psykiatrisk avdeling. Sykepleierne sier at alle ansatte mottok referat fra kvalitetsrådet som omfattet sykehusseksjonene i psykiatrisk avdeling. De opplevde mindre utveksling av informasjon om medikamentavvik med somatiske avdelinger og heller ikke konkret informasjonsutveksling utover sykehusets grenser.

Flere opplevde at det ikke ble innhentet forskningsresultater i arbeidet i etterkant av de uheldige hendelsene. Noen uttrykte at erfaringer fra personalet og erfaringer fra andre avdelinger ble innhentet for eksempel ved endring av prosedyrer. *”En bruker vel ikke,*

sånn at en innhenter informasjon i fra andre plasser, utenom de erfaringene en har ifra andre, altså erfaringskunnskapen personalet har i fra andre arbeidsplasser da. Av og til kan det hende at vi henter prosedyrer fra andre.”

Etter at medikamentavvikene var behandlet i kvalitetsrådet opplevde de å få tilbakemelding om hendelsene. *”Alle ansatte får referat fra møtet på mail.”* Andre sa at de får informasjon på personalmøter. Innholdet i tilbakemeldingen var informasjon om *hvilke* avvik som hadde vært den siste tiden. Flere sa at en ikke opplevde at det ble gitt tilbakemelding om *hva* som skjedde videre med avvikene.

”Vi får ikke noe tilbakemelding på hva som skjer med alle avvikene. Hva er da hensikten med å skrive avvikene? Det føles litt nytteløst ut av og til å skrive avvik, da.”

”Hvorfor skal en skrive avvik, det skjer aldri noe likevel. En hører aldri noe, en ser ikke noen forandringer.”

En av sykepleierne hadde forespurt ledelsen om hva som skjedde videre med avviket, og hadde fått til svar at *”hendelsen var personlig svikt, så det var tatt opp med den det gjaldt.”* Eksempel på annen tilbakemelding som var gitt ifølge informantene, var mellom annet tilbakemelding om at *”rutiner må følges”*. Når det gjaldt tilbakemelding til melder, kommenterte tre av sykepleierne at det ikke hadde blitt gitt tilbakemelding til melder i de aktuelle sakene eller i lignende saker med medikamentavvik. Det ble også sagt at de ikke opplevde at medikamenthendelsene ble tatt opp igjen ved senere kvalitetsråd eller i avdelingen for å vurdere om endringer hadde effekt eller at forbedringer ble opprettholdt.

3.5 Forbedringer i læringsprosessen

Når de intervjuede sykepleierne skulle beskrive hva de la i begrepet *”læringsprosess”* i forbindelse med medikamentavvik, uttrykte de det på flere måter. De sa at det handlet om *”endring”, ”om å utvikle oss”, ”om å forbedre tjenestene”*. Sykepleierne uttrykte at i en læringsprosess, må en gå igjennom hendelsen, og bruke tid på den. En må snakke sammen i gruppa om hendelsen, og det må være et samspill mellom ledelse og ansatte. *”En må på en måte sette seg ned å gjennomgå hva som skjedde og hva en skulle ha gjort annerledes, og hva på en måte alternativene hadde vært, altså handlingsalternativene.”*

Flere kom med forslag til forbedringer i håndteringen av medikamentavvikene. Eksempel på dette var at en kunne reflektert, årsaksanalysert, snakket om hendelsen og kommet med forslag til plan og tiltak. Og også gjort vurderinger om hvordan tiltak ble fulgt opp. Én sa at dette burde skje etter hver uheldig hendelse.

”Vi lærer best av å snakke om ting, - ofte nok, - strukturert nok.”

”Vi kunne nok sikkert vært mye flinkere på å diskutere i etterkant om årsak, om det er ting vi kunne gjort annerledes for å unngå feil. ”

”Det optimale hadde vel kanskje vært at en etter hver enkelt hendelse hadde satt seg sammen da en gruppe, altså uavhengig av kvalitetsrådet, i seksjonene og jobbet igjennom disse tingene her. Hver gang.”

Andre mente at det ikke burde være mer behandling av hendelsene, enn at de går til kvalitetsrådet. *”Ved alvorlige hendelser må en ta mer tak i det ved avdelingen. Eller dersom det skjer ofte.”* Sykepleierne sa at det kunne være viktig at noen satte seg inn i hendelsene og analyserte avvikene også dersom samme mindre feil skjedde ved flere avdelinger. Flere mente også at alt burde meldes for å finne trender.

Lederne sa at de var med i håndteringen av avviket fra det ble meldt og i behandlingen i kvalitetsrådet. De opplevde å være med i læringsprosessen etter de uheldige hendelsene. Sykepleierne som ikke var i en lederstilling sa at de var med der og da, når hendelsen skjedde, og eventuelt i etterkant om noe skulle endres. De fikk referat om de ulike hendelsene og hvilke tiltak som var satt i verk. Flere sa at de ikke opplevde å være med i hele læringsprosessen etter slike uheldige hendelser.

Det var ulike meninger om avvikshåndteringen etter medikamenthendelser var et godt verktøy for læring slik det fungerte i dag. Alle hadde både positive og negative erfaringer med ordningen. Noen årsaker til at det opplevdes negativt var:

”Fokus på den som har gjort medikamentavviket, personbelastningen.”

”Mangel på tilbakemelding. Mellom annet til melder og personalet på avdelingen. Om f.eks. hva som blir gjort videre i kvalitetsrådet. Om det blir flere eller færre uheldige hendelser. ”

Det uttryktes også at en burde lære av andres feil, gjøre en gjennomgang av slike hendelser for å lære. Flere ledere sa at avvikshåndteringssystemet var et godt verktøy.

4.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg gjennomgå egne resultater sett i forhold til annen aktuell forskning og teori på området. Jeg bruker samme inndeling og struktur som i beskrivelsen av hovedfunnene i resultatkapitlet. I diskusjonen av resultatene benytter jeg teori presentert i det innledende kapitlet. Jeg drøfter dataene knyttet til planleggingsarbeidet, iverksetting av forbedringstiltak, evaluering og vurdering av effekt av tiltak og oppfølging og forankring av tiltakene. Respondentenes utsagn om læringsprosessen som helhet og mulige forbedringer diskuteres under kapittel 4.5. Det siste delkapitlet inneholder en diskusjon av de valg jeg har gjort angående metoden i studien.

4.1 *Planleggingsarbeidet for kvalitetsforbedringer etter meldte uheldige hendelser*

Deming (2000) omtaler første fase i læringsprosessen som planleggingsfase. En stor del av læringssirkelen beskrives som planleggingsarbeid (Department of Health, 2000). Her dannes grunnlaget for den videre læringsprosessen. Dette kapitlet inneholder diskusjon knyttet til elementene; identifisering av læringsområder, refleksjon og årsaksanalysering etter uheldige hendelser og vektleggingen av person- systemfeil som årsak.

4.1.1 Identifisering av læringsområder

Å identifisere problemområder og få en felles forståelse for hvilke problemer en står overfor, er et viktig utgangspunkt i en læringsprosess (Morath & Turnbull, 2005). I min studie ble læringsmuligheter knyttet til medikamenthåndtering identifisert gjennom avviksmeldingene i avdelingen. Avviksmeldingene gir et bilde av situasjonen og er et utgangspunkt for læring. Kunnskapen en får gjennom meldte avvik er bare en av flere måter å få informasjon om situasjonen og prosessene i avdelingen.

Ulike definisjoner vil kunne påvirke hva som blir meldt og hvilke problemområder en avdekker. Når avviksmeldinger brukes for å identifisere kvalitetsforbedringsområder, vil det derfor ha betydning hvordan en definerer "uheldig hendelse" og "avvik". Intervjuene viste at sykepleierne definerte og beskrev disse sentrale begrepene ulikt. "Avvik" var et

mer kjent begrep enn uheldig hendelse for sykepleierne, men de fleste brukte begrepene om hverandre. Noen uttalte at ”nesten-uhell” omfattes av begrepet ”uheldig hendelse”, mens andre mente at bare de feil som når frem til pasienten kan beskrives som uheldige hendelser. I følge Wakefield et al. (2005) er det også i litteraturen om pasientsikkerhet en mangel på felles definisjoner av de ulike begrepene. Det er derfor forståelig at informantene hadde ulikt syn på hva som omfattes av de ulike begrep. utfordringene omkring ulik forståelse av begrepene dreier seg blant annet om å avklare hvilke typer hendelser som skal meldes. En vil kunne oppleve at det er ulik praksis på hvilke episoder som rapporteres dersom ulike definisjoner legges til grunn. Dette kan igjen være med å påvirke hvilke type hendelser en lærer fra.

Informantenes forståelse av ”uheldig hendelse” samsvarer med WHO's (2005) definisjon. En uheldig hendelse gir konsekvenser for pasienten og kommer som *følge av medisinsk behandling* (WHO, 2005). En sykepleier utaler det slik: ”*Det som på en måte går så langt at det når pasienten av våre feil.*” I følge informantene omfatter også begrepet ”uheldig hendelse” hendelser som en ikke kan forutse eller forebygge.

Uklarhet omkring definisjoner og hva som skal meldes kan være årsaken til at det ikke var en felles oppfatning av omfanget av medikamentfeil i avdelingen. Enkelte sa at det var få *alvorlige* feil. Flere av sykepleierne uttrykte at de trodde det var få medikamentfeil i avdelingen. Mens andre igjen hadde en annen oppfatning:

”Det er ikke første gang noen får feil medisin i avdelingen, det vet jeg da veldig godt om.”

Noen av sykepleierne visste om hendelser som ikke ble meldt i avvikssystemet i avdelingen. Både internasjonal og nasjonal forskning viser at ikke alle hendelser blir meldt (Grasso et al., (2003b; Hjort, 2004; Morath & Turnbull, 2005; Wiig et al., 2005, Cullen et al., 1995). Årsaker til underrapportering som nevnes er blant annet lav opplevd nytteverdi (Wiig et al., 2005; Olsen, 2007), noe som også oppgis som årsak av mine informanter. En sykepleier uttrykte det slik: ”det er ingen vits å melde”. Dette viser at den opplevde nytteverdien er viktig for at hendelser skal meldes, og slik kunne skape læringsmuligheter. Uklar oppfattelse av hva som skal meldes og ulike definisjoner på avvik uttrykkes også som årsaker til underrapportering. Dette viser betydningen av å

avklare innholdet i definisjonene. Både under- og overrapportering kan være en konsekvens dersom en er usikker på hva som skal meldes (Tamuz et al., 2004).

4.1.2 Refleksjon og årsaksanalysering

Bauer og Mulder (2007) fremhever at refleksjon, diskusjon og analyse er viktige faktorer i læringsprosessen etter uheldige hendelser. I mine intervjuer fant jeg at medikamenthendelsene ble årsaksanalyser i avdelingens kvalitetsråd, men at sykepleierne ikke opplevde at det ble gjort noen formell analyse av hendelsene med personalet i avdelingene. Det ble uttalt:

”Det blir aldri tatt opp på f.eks avdelingsmøte og snakket om hva kunne vi gjort annerledes eller slike ting.”

Behandlingen av de uheldige hendelsene i kvalitetsrådet viser at avdelingen setter av tid til refleksjon og analyse omkring hendelsene. Men sykepleierne opplever at det bare var noen få personer i avdelingen som tok del i denne *formelle* refleksjonen etter den uheldige hendelsen. Flere sa likevel at det foregikk en *uformell* refleksjon i avdelingen. De som var i situasjonen ble delaktige i analysen uten at den ble gjort i formelle møter med personalet.

At det reflekteres uformelt omkring hendelsene kan signalisere et behov for å bearbeide hendelsene for den enkelte. Sykepleierne i min studie uttrykte at avvikshåndteringen kunne oppleves personlig belastende for de involverte i hendelsen. En slik belastning kan skape et behov for å bearbeide opplevelsen. Uformelle samtaler gir følelsesmessig styrke i følge Kroll et al. (2008), og kan brukes til debriefing av stress (Morath & Turnbull, 2005).

I studiene til Kroll et al. (2008) og Engel et al. (2006), beskrives ulik grad av bruk av refleksjon etter uheldige hendelser. Fra undersøkelsen i England (Kroll et al., 2008), var det bare en respondent som uttrykte at han diskuterte en alvorlig feil med kollegaene som var involvert. I den tilsvarende undersøkelsen i USA (Engel et al., 2006), ble det i motsetning identifisert både formelle og uformelle muligheter for å diskutere feil med medisinske kolleger. Studiene viser tydelige ulikheter i det å reflektere over og analysere uheldige hendelser. En mulig forklaring kan være at studien fra USA, der det var vanlig med refleksjon etter hendelser, var gjort ved et undervisningssykehus og at de dermed kanskje var ekstra bevisste slike læringsmuligheter. Disse undersøkelsene er gjort utenfor

Norge og blant leger og ikke sykepleiere, og vil derfor ikke være mulig å sammenligne helt opp mot min studie. En kan likevel gjøre seg noen refleksjoner over ulikheter i svar og mulige årsaker.

Alvorlighetsgrad og type uheldige hendelser kan ha betydning for hvor mye en diskuterte hendelsen. Respondentene i min studie gav uttrykk for at dersom hendelsene var alvorlige, ville en gjort en større årsaksanalysering. I studiene fra England og USA er ikke alvorlighetsgraden av hendelsene oppgitt, og ulikhet her kan derfor være en grunn til forskjell i grad av refleksjon og diskusjon. Kanskje er alvorlighetsgraden også en av grunnene til at uformell refleksjon i motsetning til den formelle vektlegges av respondentene mine.

Lite tid til refleksjon oppgis som begrunnelse for mangel på diskusjon med kollegaer etter alvorlige feil i studiet fra England (Kroll et al., 2008). I mitt materiale uttaler flere at det ”ikke blir satt av møter” i personalgruppa til årsaksanalysering. Dette kan være et uttrykk for at en opplever at det ikke prioriteres bruk av møtetid til refleksjon omkring temaet.

Den *formelle* refleksjonen rundt årsaker opplevdes i følge mine respondenter å være forbeholdt kvalitetsrådet. De to refererte studiene poengterer at formell diskusjon omkring feil er nært knyttet til mulighetene for læring og endring (Kroll et al., 2008; Engel et al., 2006). I diskusjon med andre lærte en hva som kunne vært gjort annerledes og hvordan lignende feilsituasjoner kanskje kunne forebygges i fremtiden. Senge (1990) uttrykker at i en lærende organisasjon er det sosiale samspillet hvor en lærer sammen gjennom refleksjon omkring felles handlemåter viktig. Refleksjon og dialog bidrar til organisasjonslæring (Argyris og Schön, 1996). Det er derfor overraskende at ikke sykepleierne opplever at det legges til rette for formelle diskusjoner etter en uheldig hendelse. Dette kan redusere læringsmulighetene for avdelingen som helhet. Moss (2002) understreker i sin studie betydningen av at den som står nær pasienten, der uheldige hendelsene skjer, får mulighet til å delta i refleksjonsgrupper hvor uheldige hendelser og systemsvikt blir analysert. Dette bidrar også til bredde i refleksjonen. Det er viktig at de som er med i episoden også er med i analysen (Macrae, 2008).

4.1.3 Personfeil – Systemfeil

”Det er bare en menneskelig feil”, er utsagn gitt fra flere av sykepleierne i min studie om årsaken til feilmedisineringen. Forskning gjort utenfor helsevesenet, viser at kanskje 80 % av større ulykker begrunnes med menneskelig feil (Reason, 1997, s. 42). Også forskning innenfor medikamentfeil viser at ”slips in attention” er den utløsende hovedårsaken til de feil som skjer (Nichols et al., 2008). I den australske studien av Nichols et al. (2008) var en stor andel av de undersøkte uheldige hendelsene situasjoner hvor det ble gitt feil medikamentdose eller feil medikamenttype. Samme type medikamenthendelser er også utgangspunktet i min studie.

Reason (1997) beskriver de glipper som begås av frontlinjepersonell som ”aktive feil”. De har umiddelbar effekt og konsekvens. Der fokuset ensidig er knyttet til de aktive feil som begås av helsepersonellet, snakker en om en persontilnæringsmodell som årsaksforklaring til de menneskelige feil (Reason, 2000). Fra intervjuene i studien min ser jeg at oppmerksomheten er knyttet mot glipper og forglømmelser som skaper en uheldig hendelse, og som den enkelte er ansvarlig for selv. Sykepleierne uttrykte at de feil som ble begått i medikamenthåndteringen ble sett på som personlige feil. Dette viser et personfokus i forklaringen av hendelsene. Det sterke personfokuset er noe overraskende, fordi det i litteraturen fokuseres mye på betydningen av bakenforliggende systemfaktorer som årsak til uheldige hendelser (Leape et al, 1995; Bates et al., 1995; Reason, 2000).

Historisk har medisinfaget vært opptatt av det enkelte helsepersonells ansvar for å unngå feil, og den enkeltes skyld dersom feil ble gjort. Persontilnærmingen har vært den dominerende i medisin (Reason, 2000). For flere av de spurte opplevdes det individorienterte fokuset i håndteringen av uheldige hendelser som belastende. Kun en uttrykte at det ikke opplevdes slik. Også annen forskning viser lignende erfaringer, knyttet til personbelastning i avvikshåndtering (Kroll et al., 2008). I følge Leape (2009) er det vanskelig å dreie fokuset i helsevesenet vekk fra den enkeltes skyld ved uheldige hendelser. Dette ser jeg også i min studie. Sykepleierne opplevde et fokus på den enkeltes ansvar for hendelsen. Jeg fant også en stor grad av tro på den enkeltes mulighet til å ta riktige valg for å unngå medikamentfeil. En av respondentene sa dette:

”En må bare rett og slett være bevisst på hvem en gir medisin til, at det er rett person”

Personfokuset i håndtering av uheldige medikamenthendelser ved psykiatrisk avdeling er altså tydelig. Men når jeg går inn i datamaterialet, finner jeg også eksempel på at sykepleierne opplevde at hendelsen *ikke* ble forklart som personfeil. Sykepleierne sa at mangel på kommunikasjon, dårlig kommunikasjon og måten utdelingen av legemiddel er organisert på, ble gitt som forklaring på de uheldige hendelsene. Menneskelig svikt og feilhandlinger kan i følge Reason (2000) sees på fra to synsvinkler; person og system. Eksemplene som ble gitt av sykepleierne og som knyttet seg til kommunikasjon og organisering, defineres av Reason (1997, 2000) som systemårsaker eller latente faktorer.

Uheldige hendelser oppstår som resultat av både aktive og latente feil. I følge Reason (1997, s. 126) er aktive feil mer en konsekvens av latente systemfaktorer enn en hovedårsak til hendelsen. I studien fra Australia hvor årsaker til medikamentfeil ble undersøkt, fant en at det var vanlig at latente tilstander økte sannsynligheten for feil. Disse latente faktorene var for eksempel kommunikasjonsproblemer og mangel på relevant informasjon (Nichols et al., 2008). Jeg ser at dette er noen av de samme systemproblemene også sykepleierne i min studie opplevde diskutert. Latente faktorer fører ikke i seg selv nødvendigvis til skade, men kan være underliggende grunner som kan øke sannsynligheten for at det gjøres feil (Reason, 1997; Morath & Turnbull, 2005; Leape et al., 1995; Nichols et al., 2008; Thomas et al., 2000).

Reason (1997) beskriver sammenhengen mellom de latente og aktive feil, gjennom bildet av en Sveitserost med huller i. Når en ser denne modellen i sammenheng med dataene fra min studie, kan det virke som om respondentene ikke opplevde at de latente feil var like viktige som de aktive feil. De personlige handlingene ble sett på som hovedårsak til at feilmedisineringen skjedde. I følge Reason (1997) er det for lett å begrunne uheldige hendelser med menneskelig feil. Fokuset bør heller ligge på å forklare og begrunne årsaken til den menneskelige feilen. Rutberg et al. (2007) uttrykker at en ikke må spørre hvem som gjorde feilen, men hvorfor. Dersom en vil oppnå læring og redusere uheldige hendelser er det nødvendig å fokusere på systemfaktorene (WHO, 2005).

Av mine respondenter ble det uttrykt og gitt konkrete eksempel på at en opplevde både systemfokus og personfokus etter uheldige hendelser. De fleste uttrykte likevel en opplevelse av at hovedfokuset på årsaken til hendelsen var knyttet til enkeltpersonene som utførte feilen. En grunn til at personfokuset dominerte kan være at de oppfattet

spørsmålet angående fokuset på system eller person, som et enten eller. Det kan også komme av at systemårsaker, som for eksempel organisering av medikamentutdelingen, ble knyttet mot et personlig ansvar for organiseringen. En annen grunn til at informantene opplevde at hovedfokuset var på de aktive feil utført av personene, kan være at en i etterpåklokskap setter fokus på enkelte årsaker, selv om årsakssammenhengen er kompleks. En ser tydeligst den utløsende årsaken, den aktive feilen, og ikke de systemfaktorer som til sammen gir det uønskede resultatet (jmf. Hindsight bias, Reason, 1990).

Sykepleierne uttrykte at dersom hendelsene hadde vært av alvorligere karakter eller mer gjentakende, burde analysen vært mer mot system enn det som ble gjort. Jeg tolker også dette som en forklaring på hvorfor personfokuset er vektlagt i utsagnene. Det finnes likevel grunner for også å analysere ut fra en systemvinkel, selv ved mindre alvorlige hendelser. Noen av de samme bakenforliggende årsakene kan finnes både i alvorlige og mindre alvorlige hendelser (Morath & Turnbull, 2005). Cannon og Edmondson (2001) sier at en organisasjons evne til å lære av feil kan måles etter hvordan en håndterer både små og store feil. Når en ikke identifiserer og analyserer små feil, er det også vanskelig å forebygge større feil (Tucker & Edmondson, 2003). Ut fra dette kan en begrunne viktigheten av å analysere i systemperspektiv også mindre alvorlige hendelser. Dersom bare store uheldige hendelser blir lagt til grunn i forbedringsarbeidet, mister en nyttig informasjon om faktorer som kan ha vært med i utviklingen av den uheldige hendelsen.

Selv om flere beskriver at det har skjedd en gradvis dreining fra individorienterte feilmodeller til systemiske feiltilnærminger i helsevesenet (Morath & Turnbull, 2005), viser svarene som jeg har fått, at de personlige feil opplevdes som hovedårsaken til de uheldige hendelsene. Andre peker også på at individorienterte modeller fortsatt er fremtredende (Leape & Berwick, 2005; Wiig et al., 2005).

4.1.4 Oppsummering av planleggingsarbeidet

Flere av respondentene i studien uttrykte at det ble lagt planer for forbedring etter *alvorlige* uheldige hendelser. Eksempel som ble gitt er medikamentsvinn. Når slike hendelser skjedde ble det også gjort en årsaksanalysering. Likevel var det bare én av respondentene som direkte viste til at det ble lagt planer for kvalitetsforbedringer etter de aktuelle hendelsene som ble tatt opp i intervjuene. De andre sa at det ikke ble gjort noe:

”Da kommer vel det ærlige svaret; ingenting.”
”Det var glemt dagen derpå.”

Selv om de fleste opplevde at det ikke ble lagt planer for forbedringer etter de aktuelle hendelsene, ble det likevel gitt flere eksempler på at element fra planleggingsfasen skjedde. I etterkant av hendelsen ble det i kvalitetsrådet gjort en årsaksanalysering og det ble samtalt omkring tiltak. Resultatene viser at personalet i avdelingen ikke opplevde å bli involvert i noen formell analyse etter de uheldige hendelsene. Sykepleierne sier likevel at det ble reflektert uformelt omkring hendelsen i avdelingene. Refleksjon og dialog omkring felles handlemåter beskrives som viktig for en lærende organisasjon (Senge, 1990).

Selv om oppfatningen om at ingenting ble gjort ser ut til å være rådende blant sykepleierne, ser jeg fra materialet at respondentene altså likevel gav flere eksempler på at planleggingsarbeid skjedde. Respondentene opplevde også at håndteringen etter en uheldig hendelse vektla mer personen som årsak til hendelsen enn systemet. De aktive feil som ble begått av personalet var lengre fremme i bevisstheten enn de latente systemfaktorene ved analysering av hendelsen. Opplevelsen av at *”ingenting”* skjedde, kan kanskje ha sin årsak i et ubevisst forhold til planlegging som fase i håndteringen av de uheldige hendelsene. Andre årsaker kan være at denne fasen ikke er synlig for flere på grunn av manglende informasjon eller involvering.

4.2 Iverksetting av forbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser

For å kunne redusere avvik knyttet til medikamenthåndteringen må en sette i verk planlagte tiltak. Når det her er snakk om iverksetting av forbedringstiltak er det viktig å presisere at dette ikke er de tiltak som rettes mot pasienten og den aktuelle situasjonen for å følge opp dette eller begrense skadene. Forbedringstiltak i denne sammenheng er de tiltak som settes i verk for å hindre lignende hendelser fra å skje igjen. Respondentenes utsagn knyttet mot hvilke tiltak de opplever iverksatt vil bli diskutert videre.

I intervjumaterialet registrerte jeg én person som beskrev at det ble endrede rutiner i tilordning og utdeling av medisiner etter de aktuelle medikamentavvikene. Årsaken til at

hun skilte seg ut fra de andre, kan komme av at hun fortalte at seksjonen var i en omorganiseringsfase og derfor var spesielt oppmerksom på endringer som burde iverksettes. Nyansatte kom med sine nye ideer og erfaringer for å forbedre medikamenthåndteringen når uheldige hendelser skjedde.

På spørsmål om det ble iverksatt forbedringstiltak etter medikamenthendelser svarte alle de andre overraskende at de ikke opplevde at det skjedde noen endring:

”Vi deler ut medisiner på akkurat samme måte som før den uheldige hendelsen.”

Respondentenes utsagn om at det ikke ble iverksatt forbedringstiltak, tyder på at kunnskapen en tilegner seg kanskje ikke settes ut i praksis. Gjennom refleksjon og analyse har en fått kunnskap om faktorer det er nødvendig å endre for å hindre gjentakelse av de uheldige hendelsene. Å vite om hva som kan være grunnen til problemene uten å gjøre noe med dem, beskrives som ”passiv læring” (Toft & Reynolds, 1997). For å forbedre pasientsikkerheten må handling til. Utsagnene fra sykepleierne viser at de ikke opplever en ”aktiv læring”.

Selv om de fleste intervjuobjektene var veldig tydelige på at ingen tiltak igangsettes, kom likevel utsagn som: *”vi blir jo mer påpasselig...”*. Å være mer påpasselig er tiltak den enkelte arbeidstaker iverksetter mot seg selv. Det ble uttrykt at de som utførte feilen, og også andre etter slike hendelser, *”sjekket bedre medisinene”*. Derfor synes jeg det likevel i datamaterialet kom frem eksempel på iverksatte tiltak. Tiltakene har tydelig personfokus. Årsakene kan være flere til at respondentene sa at det ikke ble satt i gang noe tiltak, mens det samtidig ble uttrykt en forventning til den enkelte om *”å skjerpe seg”*. Kanskje tenker en at begrepet tiltak handler om iverksettelse av større aktiviteter, eller at tiltak kun settes i sammenheng med systemendringer.

Nichols et al. (2008) viser gjennom studien av helsepersonell i Australia at det er vanlig å foreslå utøvelse av større personlig årvåkenhet som forbedringstiltak etter uheldige hendelser. Eksempel som gis er *”sjekke og dobbeltsjekke igjen”*. At denne personvinklingen er vanlig i helsevesenet understreker også Tucker og Edmondson (2003) i studien gjort blant sykepleiere i USA. Dataene mine viser noe av det samme resultatet. Flere av respondentene mine sa at når rutinene finnes, er det et personlig ansvar å følge disse. Det eneste nødvendige tiltaket en da så var at: *”denne personen må skjerpe*

seg”. Fokuset på individuell årvåkenhet oppmuntrer helsepersonell til å ta personlig ansvar for å løse problemet når det dukker opp. Dette kan skape individuelle læringsmuligheter og være viktig for å redusere feil (Bauer og Mulder, 2007).

Jeg finner ut fra svarene at økt personlig årvåkenhet er det forbedringstiltaket sykepleierne opplever som rådende. Men tiltaket oppleves som tidsavgrenset av respondentene. Flere uttrykker at denne personlige årvåkenheten gjaldt *”de nærmeste dagene”* før en gikk tilbake til *”den hverdagslige rytmen”*. Uttrykk som: *”jeg tror det er bare midlertidig”* og *”det er tvangspreget en periode etterpå”*, kom frem her. Det er tydelig at de mente at en ikke oppnådde læring som varer. Personfokuset og fokuset på den aktive feilen heller enn de latente faktorene, reduserer slik muligheten for en varig endring av systemet, og hindrer kollektive læringsmuligheter (Tucker & Edmondson, 2003). Dette kan vi se i sammenheng med begrepet organisatorisk læring (Argyris & Schön, 1996). En oppnår organisatorisk læring først når tiltak blir varige gjennom å bli en del av felles rutiner og systemer. Betydningen av å rette fokuset mot endring av systemet beskriver Reason (1997) slik: *”Vi kan ikke endre menneskelige forhold, men vi kan endre forhold som mennesker arbeider under.”* (s. 15, fra eng.).

Respondentene i studien formidlet en opplevelse av at det ikke ble satt i gang tiltak etter de aktuelle medikamenthendelsene. Sykepleierne begrunnet dette på ulike måter. Flere trodde årsaken til mangel på tiltak var at hendelsene ikke var alvorlige nok. En annen begrunnelse hadde å gjøre med forholdet mellom ledelse og ansatte. Respondentene sa at det er de ansatte som kjenner og vet hva som er svakheter, men at det ikke er de som gjør endringer i prosedyrer og retningslinjer. Det er ledelsen som setter i gang disse endringene. I dette utsagnet kan det ligge en opplevelse av mangel på samhandling og kommunikasjon. Det er avgjørende å involvere alle medarbeidere, og en er avhengig av god samhandling mellom ledelse og ansatte. En kombinasjon av bottom-up og top-down tilnærming vil derfor være mest fruktbar. I følge Leape (i Morath & Turnbull, 2005) må en bryte ned barrierer for å skape sikkerhet. Dette handler for eksempel om å øke tverrfaglighet og samhandling. Da er det også viktig å redusere den hierarkiske naturen i relasjoner i systemet som skiller mellom grupper.

4.3 *Evaluering og vurdering av effekt av tiltak etter meldte uheldige hendelser*

Neste steg i læringsprosessen handler om å evaluere effekten av de tiltak en setter i verk. Da må en ha et mål eller en standard å vurdere det opp imot. På spørsmål om hvordan det settes mål i arbeidet for å hindre nye medikamenthendelser, var det ingen i intervjuene som opplevde at det ble satt mål etter de aktuelle hendelsene som ble fokusert. Jeg har registrert utsagn som:

”Jeg har aldri vært med på å sette noe mål etter en slik hendelse.”

Flere opplevde at det ble snakket om at en må gjøre minst mulig feil, og unngå å gjøre den samme feilen igjen. Men ikke at en satte seg konkrete mål i arbeidet. Wig (1996) sier at målene en setter seg må være realistiske, gjennomførbare og målbare. Om en definerer utsagnet *”å gjøre minst mulig feil”* som et mål, ser en at det vil være vanskelig å gjøre en konkret evaluering av om en har nådd dette målet. Helsearbeidere generelt har vært opptatt av å unngå å gjøre feil (Reason, 2000). Respondentene påpekte også målsettingen om å gjøre minst mulig feil. Reason (2000) beskriver viktigheten av å se på mennesket som feilbarlig, og at feil derfor er forventet. En sterk vektlegging av at feil *ikke* skal skje, vil i stedet kunne dreie fokuset vekk fra de mange bakenforliggende årsaker som har betydning i arbeidet med å redusere uheldige hendelser. Edmondson (2004) snakker i tillegg om betydningen av at alle deler det samme målet for å lære av feil i helsevesenet. I mitt datamateriale beskrives ikke setting av mål som et felles anliggende etter medikamenthendelsene. Flere uttrykte likevel at det var en felles oppfatning at en har som mål å ha minst mulig feil.

En av sykepleierne opplevde at rutiner som var endret etter medikamentavvikene ble tatt opp på personalmøter, og at de ble *evaluert gjennom samtalen* der. For å lære av feil i helsevesenet må en reflektere over resultatene av de tiltak og endringer som settes i verk (Edmondson, 2004; Clarke, 2008; Woodward, 2005). Deming (2000) beskriver denne fasen som *”studering-”* eller *”sjekkfase”*. Sykepleierne i studien gav et eksempel på samtale omkring effekt av igangsatte tiltak, men de opplevde ikke at det ble gjort konkrete *målinger*. Om en legger svarene til informantene i studien til grunn, er

evaluering av effekt av tiltak et lite fokusert område etter de uheldige medikamenthendelsene i avdelingen.

I den tyske studien av Bauer og Mulder (2007) blir det undersøkt hvilke læringsaktiviteter sykepleiere synes er viktig etter at en feil har skjedd. Her er det interessant at ingen oppgir evaluering av iverksatte tiltak som en læringsaktivitet. I følge Bauer og Mulder (2007) kan årsaken til dette være at informantene ikke knyttet evaluering til selve læringsprosessen, men til *resultatene* av læringsprosessen. Denne undersøkelsen er ikke knyttet til feil i legemiddelhåndteringen spesielt, men mer generelt til utførelse av sykepleie. Selv om en ikke kan gjøre direkte sammenligninger med de data som kommer frem i min undersøkelse, kan en gjøre seg generelle refleksjoner. Informantene i min studie ble direkte spurt om de opplevde at det ble gjort evaluering av tiltak i forhold til måloppnåelse. Et stort flertall uttrykte at dette ikke ble gjort etter de aktuelle hendelsene. I den tyske undersøkelsen begrunnes manglete evaluering med at denne kan oppfattes som en aktivitet utenfor selve læringsprosessen, og derfor ikke blir nevnt. Sett i forhold til mine data, kan en si at sykepleierne her opplevde at evaluering ikke skjedde som en læringsaktivitet i det hele tatt.

Selv om respondentene sa at de ikke opplevde at evaluering av iverksatte tiltak ble gjort, sa flere at det var mulig å gjøre det ved å telle endring i meldte avvik. Noen sa også at en kunne ha en *"følelse av om det blir flere saker, selv om en ikke aktivt går inn og teller"*. Litteraturen beskriver betydningen av å ha mål som er målbare, gyldige og pålitelige (Wig, 1996; Grol et al., 2005), det kan derfor være vanskelig å få pålitelige resultat ved å måle kvaliteten på iverksatte tiltak ut fra den foreslåtte metoden.

4.4 Forankring og oppfølging av kvalitetsforbedringstiltak etter meldte uheldige hendelser

Deming (2000) omtaler den fjerde fasen i læringsprosessen som "handlingsfasen", hvor tiltak som har dokumentert effekt blir satt i verk og forankret i organisasjonens system. Først ved forankring av endringer i felles rutiner, oppfatninger og modeller kan en i følge Argyris og Schön (1996) snakke om organisatorisk læring. I det første delkapittelet vil jeg

diskutere respondentenes opplevelse av forankring av iverksatte tiltak. Å sikre videreføring av ønsket praksis beskrives av kunnskapssenteret også som en del av det å forankre forbedringstiltak (kunnskapssenteret, 2008). Dette handler blant annet om å spre forbedringskunnskap gjennom informasjonsutveksling og tilbakemelding etter uheldige hendelser. Disse temaene vil bli drøftet i delkapitlene 4.4.2 og 4.4.3.

4.4.1 Forankring

Å forankre ny praksis kan innebære å standardisere endringer i rutiner og prosedyrer (Kunnskapssenteret, 2008). En av sykepleierne i studien opplevde at det aktuelle medikamentavviket førte til at prosedyrer ble endret og lagt til i avdelingens kvalitetssystem. De fleste av respondentene sa likevel at de ikke registrerte prosedyreendringer etter de aktuelle medikamenthendelsene.

Sykepleierne rettet fokus i svarene sine mot å følge de prosedyrer som finnes i forhold til medikamenthåndtering. Flere uttrykte at gjeldende prosedyrer opplevdes som gode nok i de aktuelle hendelsene, men at de ikke ble fulgt. For å forbedre dette foreslo de blant annet oppslag i avdelingen som minner de ansatte om gjeldende rutiner og standarder. Jeg opplever at svarene til sykepleierne viser en bevissthet i forhold til det å forankre endringer i kvalitetssystemet gjennom nye prosedyrer og rutiner, men at det for flere ikke opplevdes som nødvendig i de aktuelle uheldige hendelsene.

I rapporten "an organisation with a memory" (Department of Health, 2000) gir eksperter uttrykk for sin erfaring med læring av uheldige hendelser i helsevesenet i England. Implementering, forankring og opprettholdelse av endringer oppleves av disse som den fasen hvor læringssirkelen oftest blir brutt, også etter alvorlige uheldige hendelser. I mine intervjuer ble det uttrykt at forankring av tiltak i kvalitetssystemet bare ble gjort ved mer alvorlige hendelser, og at det da ble innført nye eller endrede prosedyrer. Eksempel som respondentene gav på alvorlige hendelser er medikamentsvinn. I rapporten fra England blir ikke prosedyreendringer nevnt spesielt, så det kan vanskelig sammenlignes direkte mot utsagnene i min studie. Likevel kan endring av prosedyrer være et eksempel på det å standardisere tiltak.

Det kan synes som om mine respondenter opplever at endringer forankres i kvalitetssystemet når dette er nødvendig. På den andre siden uttrykte flere at det ikke

skjedde noen prosedyreendringer etter de aktuelle hendelsene. Utsagnene beskriver derfor både at det skjer en forankring av iverksatte tiltak, men også at denne forankringen kan være mangelfull.

4.4.2 Informasjonsutveksling

Leape (i Morat & Turnbull, 2005) sier at sikkerhet skapes ved å kommunisere effektivt, samhandle og handle kollektivt. Etter uheldige hendelser må en sikre god informasjonsutveksling dersom dette skal være mulig. Her gjelder et gjensidig ansvar i det å spre egne erfaringer i håndteringen etter uheldige hendelser, og samtidig bevisst hente inn andres erfaringer.

Intervjuene i studien avdekket ulik opplevelse av erfaringsutveksling mellom avdelingene ved foretaket etter uheldige hendelser i medikamenthåndteringen. Ser vi til annen forskning knyttet til erfaringsutveksling, beskriver Olsen (2007) lav grad av erfaringsoverføring og samarbeid mellom avdelinger ved uheldige hendelser ved Stavanger universitetssykehus. Respondentene i min studie bekrefter til en viss grad dette resultatet. De opplevde lite erfaringsutveksling på tvers av ulike fagfelt, eller mellom ulike sykehus. De opplevde ikke at det ble etablert gode kanaler for informasjonsutveksling, slik at flere nyttiggjorde seg erfaringene en tilegnet seg i avdelingen ved de uheldige hendelsene. I følge Benn et al. (2009) viser resultater bygd på praktiske erfaringer at tilbakemelding bør skje på flere nivå i organisasjonen og på tvers av ulike organisasjoner fordi andre organisasjoner da kan lære av andres feil selv om de ikke er helt like. I min studie opplevde sykepleierne noe erfaringsutveksling mellom de psykiatriske seksjonene ved sykehuset (ved f.eks. prosedyreendringer). En grunn til dette kan være at disse er organisert innenfor samme kvalitetsråd og derfor naturlig blir involvert i hverandres behandling av meldte uheldige hendelser.

Erfaringskunnskap er en viktig del av den kunnskapsbaserte praksis som må ligge til grunn for forbedringsarbeidet. Den kompetansen de ansatte har bygd opp gjennom arbeidserfaring bør bli brukt i arbeidet med forebygging av uheldige hendelser. Når en skal forbedre kvaliteten vil en nødvendigvis måtte reflektere over hva som legges til grunn for vurderingen av ønsket praksis. Det vil være av betydning at forbedringsarbeidet i tillegg til å bygge på erfaringskunnskap også bygger på forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Definisjonen på ”kunnskapsbasert praksis” er nettopp å ta avgjørelser på

bakgrunn av disse elementene. På spørsmålet om det innhentes forskning i arbeidet etter uheldige hendelser sa respondentene i studien at det *”ikke letes etter forskningsresultater i arbeidet etter uheldige hendelser.”* Det er imidlertid både viktig og nødvendig at en også gjør bruk av vitenskaplig dokumentert forskning i arbeidet med å lære fra hendelsene (Department of Health, 2000).

4.4.3 Tilbakemelding

Å spre forbedringskunnskap er ikke bare knyttet til utveksling av informasjon mellom ulike avdelinger. En god informasjonsflyt innenfor egen avdeling er også nødvendig i læringsprosessen etter uheldige hendelser. I dette delkapittelet vil jeg drøfte respondentenes opplevelse av tilbakemelding og dens betydning i læringsprosessen.

Forskning viser begrenset kunnskap om effekt på forbedring av praksis ved bruk av tilbakemelding i seg selv, fordi mange faktorer virker sammen og har betydning for optimal effekt av tilbakemelding. Det vil derfor ha betydning for resultatene blant annet hvordan tilbakemeldingen gis for at det skal kunne forbedre praksis (Benn et al., 2009; Grøl et al., 2005; Alexander & Hearld, 2009). Olsen (2007) viser at tilbakemelding og kommunikasjon har betydning for om en rapporterer uheldige hendelser. God tilbakemelding sikrer at uheldige hendelser blir rapportert, noe som er nødvendig for å skape læringsmuligheter.

Sykepleierne i min studie gav eksempel på at de opplevde at tilbakemelding ble gitt etter de uheldige hendelsene:

”Alle ansatte får referat fra møtet på mail.”

Møtet det her vises til er kvalitetsrådsmøtet hvor alle meldte avvikssaker fra avdelingen blir behandlet. Andre beskrev at tilbakemelding på hendelsene ble gitt gjennom informasjon på personalmøter. Tilbakemelding ble gitt på ulike måter og gjennom ulike format, noe som beskrives som viktig for effektiv tilbakemelding etter uheldige hendelser (Benn et al., 2009).

I studiet fra universitetssykehuset i Stavanger (Olsen, 2007) opplever under halvparten av de spurte at tilbakemeldingen og kommunikasjonen var god etter uheldige hendelser. I min studie spurte jeg ikke om tilbakemeldingen var god, bare om de opplevde at det ble

gitt tilbakemelding. Når sykepleierne i min studie skulle beskrive innholdet i tilbakemeldingen, vises det til ulike eksempler. De opplevde å få tilbakemelding som beskrev informasjon om hvilke avvik/uheldige hendelser som var behandlet i kvalitetsrådet. Respondentene gav noen eksempler på at tilbakemeldinger var gitt på hvilke tiltak en måtte sette i verk, men flere uttrykte likevel at en ikke opplevde å få tilbakemelding om hva som skjedde videre med avvikene. En beskrev det slik:

”Vi får ikke noe tilbakemelding på hva som skjer med alle avvikene. Hva er da hensikten med å skrive avvikene? Det føles litt nytteløst ut av og til å skrive avvik da.”

Jeg opplever slike utsagn dit hen at selv om det gis tilbakemelding etter uheldige hendelser, så oppleves ikke innholdet i tilbakemeldingen som god nok i forhold til det sykepleierne ønsker. Slik kan en også se en likhet i resultatene fra Stavanger knyttet opp mot opplevelsen av hvor god tilbakemeldingen er etter uheldige hendelser.

Videre kommenterer flere i min studie noe overraskende at de ikke opplever at det er gitt tilbakemelding til de som melder i de aktuelle sakene eller lignende saker med medikamentavvik. En sa det slik:

”Hvorfor skal en skrive avvik, det skjer aldri noe likevel. En hører aldri noe, en ser ikke noen forandringer.”

Også andre studier beskriver lignende resultater. Tucker og Edmondson (2003) fremhever sykepleieres frustrasjoner over hvorfor ikke sykehus lærer av feil som skjer: ”I don't feel that my voice is heard” og ”nothing ever changes around here” (s. 69).

Det er viktig med rask tilbakemelding til melder, fordi denne da ser betydningen av å melde, og en opplever at det blir handlet. Utsagnet til sykepleieren i min studie viser tydelig at manglende tilbakemelding reduserer opplevelsen av nytte. Selv om det beskrives at alle får tilbakemelding gjennom ”mail”, kan det oppleves om generell informasjon. Grol et al. (2005) påpeker at individualisert tilbakemelding er mer effektiv enn tilbakemelding til en gruppe. Dersom en tenker i systemperspektiv vil det likevel ikke være nok å gi tilbakemelding til den det gjelder. Dersom ikke andre i organisasjonen blir involvert og får informasjon om hendelsen og refleksjonen, skjer det en læring bare i den enkelte. En får da ingen organisatorisk læring (Firth-Cozens, 2001). For å få

organisatorisk læring er en avhengig av at læringen løftes fra individnivå og forankres i organisasjonen (Argyris & Schön, 1996).

4.5 Forbedringer i læringsprosessen

Dette kapittelet inneholder en oppsummering av respondentenes forslag til forbedringer av læringsprosessen etter uheldige hendelser. De ble i intervjuene spurt om hvilke forbedringstiltak de opplevde som nødvendige. Drøftingen videre beskriver også respondentenes opplevelse av om avvikssystemet er et egnet verktøy i kvalitetsforbedringen i avdelingen.

Sykepleierne kom med mange forslag til forbedringer av læringsprosessen, selv om også noen mente at den behandlingen av uheldige hendelser som gjøres i dag er tilstrekkelig. Eksempler på forbedringer er knyttet til alle elementene i PDSA-sirkelen. Men det området informantene rettet mest fokus mot, er planleggingsfasen. Flere sa at en kunne reflektert, årsaksanalysert og snakket mer om hendelsen.

”Vi kunne nok sikkert vært mye flinkere på å diskutere i etterkant om årsak, om det er ting vi kunne gjort annerledes for å unngå feil.”

Informantene opplevde at det var uformell refleksjon i etterkant av hendelsene. Men flere gav uttrykk for at de savnet en mer systematisk og strukturert måte å samtale på i analysen rundt hendelsene. Dette samsvarer med studien til Kroll et al. (2008) som viser at læring ble maksimert når feil ble formelt diskutert. Betydningen av felles refleksjon understrekes også hos Argyris og Schön (1996) og Senge (1990) i deres beskrivelse av en lærende organisasjon.

Når sykepleierne skulle beskrive hva en læringsprosess etter uheldige hendelser var, knyttet de det til en aktivitet som skjer felles i avdelingen: *”om å utvikle oss”*. Dette peker i retning av det sosiale aspektet av en læringsprosess som både Senge (1990) og Argyris og Schön (1996) vektlegger. På den andre siden kom de også med utsagn som knyttet læringsprosessen til enkeltpersoners endringsprosess. Dette kan bety at de spurte opplever at dette er knyttet sammen, og at både individuell læring og organisasjonslæring er nødvendig. Det var ulik oppfatning om håndteringen av aktuelle medikamenthendelser

rettet for mye fokus mot personene som gjorde feilen. Men flere av sykepleierne uttrykte at en kunne hatt en sterkere systemvinkling i arbeidet etter de uheldige hendelsene.

En grunn til at sykepleierne kom med mange forslag til forbedringer knyttet til planleggingsfasen kan være at de opplever et stort forbedringspotensial her. Det kan også være at de opplever denne fasen som særlig viktig i arbeidet med uheldige hendelser, og derfor fokuserer på denne fasen. Deming (2000) poengterer viktigheten av å bruke god til med planleggingsfasen, da grunnlaget for læringsprosessen legges her.

Informantene brukte også begreper som "*endring*" og "*forbedring av tjenestene*" for å beskrive hva en læringsprosess var. I definisjonen på læring blir *endring av adferd* vektlagt (Shuell, 1986, s. 412). Utsagnene viser en felles oppfatning av at en læringsprosess er knyttet mot handling. Dette kan settes i sammenheng med uttrykket "aktiv læring" (Toft & Reynolds, 1997). Jeg opplever derfor at informantene setter fokus på betydningen av at læringsprosessen er mer enn å vite hva som må forbedres, men også å gjøre nødvendige endringer i organisasjonen.

Alle sykepleierne så både positive og negative sider knyttet til det aktuelle avvikshåndteringssystemet. Det var ulike meninger om det er et godt verktøy i forbedringsarbeidet. Lederne var de som opplevde avvikshåndteringssystemet som best egnet. En av grunnene til dette kan være at lederne beskriver at de er mer delaktig enn de andre sykepleierne i selve læringsprosessen etter uheldige medikamenthendelser. Lederne var med i flere forum hvor de arbeidet med håndtering av avvikene, mens de andre sykepleierne sa at de ikke opplevde å være med i hele læringsprosessen. Flere uttrykte manglende oppfølging og tilbakemelding på medikamentavvikene. Å involvere ansatte i læringsprosessen helt fra starten i forbedringsarbeid er nødvendig for å skape en sikkerhetskultur og endring i helsevesenet (Stump, 2000; Blumenthal & Kilo, 1998; Garside, 1998 og 1999 i Grol et al., 2005; Macrae, 2008). Når det beskrives at lederne er mer med i hele prosessen, ser de også mer av helheten i håndteringssystemet. Ved at de er mer involvert i læringsprosessen, kan det føre til at de også lettere ser hensikten og betydningen av systemet.

4.6 Diskusjon metodologiske problem

4.6.1 Validitet

Begrepet validitet kan oversettes med gyldighet (Kvale, 1996). Formålet i studien har vært å undersøke sykepleieres opplevelse av læringsprosessen etter uheldige hendelser. Jeg valgte å gjøre individuelle intervju. For å få en annen tilnærming til læringsprosessen, kunne jeg ha valgt en observerende metode i tillegg, ved for eksempel å være til stede i kvalitetsrådet der de uheldige hendelsene blir behandlet. Dette ser jeg i ettertid kunne gitt meg god informasjon om læringsprosessen etter uheldige hendelser. Det er ikke sikkert jeg hadde fått andre data, men kanskje hadde det gitt meg mer detaljer om enkelte trinn i læringsprosessen. Likevel er det sykepleiernes opplevelse av læringsprosessen som var formålet med studien, og dette opplever jeg ble belyst gjennom den metoden jeg brukte og de data jeg fikk. Validitet sier noe om hvorvidt en metode undersøker det den har til formål å undersøke (Ringdal, 2007, s. 86). Gjennom de data jeg samlet inn opplever jeg å ha fått svar på problemstilling og forskningsspørsmålene jeg satte. Jeg kunne også gjort gruppeintervju og fått en annen type informasjon enn den jeg har fått ved individuelle intervju. En slik metode kunne gitt utfyllende informasjon om relasjoner og samhandling som er nyttige data knyttet til læringsprosessen. Utfordringen her kan være at uheldige hendelser kan oppleves som et sensitivt tema, og at samtalen kunne bli begrenset på grunn av informantenes ulike roller i organisasjonen. Med personer på samme nivå i gruppen kunne samtalen gått lettere, men også her med fare for at gruppedynamikken hadde styrt retningen i samtalen. Valget av individuelle intervju tror jeg var hensiktsmessig, da jeg fikk belyst temaet fra ulike vinkler og fikk frem den enkeltes opplevelse og meninger.

En skjevhet i studien kan være at kvaliteten på dataene er ulik alt etter hukommelsen til informantene. Jeg forsøkte å være bevisst dette ved ikke å gå for langt tilbake i tid i forhold til de hendelsene som ble brukt. Jeg har valgt hendelser som lå fra 4 til 9 måneder før tidspunktet for intervjuet. Jeg gjorde også et valg om at hendelsene skulle gjelde før innføring av elektronisk meldeordning. Dette gjorde at jeg ikke kunne bruke hendelser nærmere i tid. I tillegg er det også en utfordring at en ikke kan være sikker på om intervjuobjektene snakker om de samme sakene. Jeg opplevde at enkelte av intervjuobjektene raskt knyttet sin erfaring til lignende saker, dersom de var usikre på om de kommenterte den konkrete saken i intervjuet. Dette er ikke nødvendigvis noe problem,

da det er læringsprosessen jeg undersøker. Slik fikk en også bredde i de uheldige hendelser som ble brukt som bakgrunn, og det gav økt innsikt i læringsprosessen. Men det kan begrense sammenligningen i de konkrete sakene.

Det kan være en svakhet at jeg har valgt ut uheldige hendelser fra bare et halvt års registrering, og ikke ut fra en langsiktig trend i avdelingen. Slik kunne jeg fått et bedre grunnlag for å velge type hendelser, og vært sikrere på å knytte læringsprosessen opp mot hendelser som jeg visste var av betydning for avdelingen. Men valget ble ikke gjort på bakgrunn av meldte hendelser alene, men også etter anbefalinger fra fagseksjonen ved avdelingen, og gjennomgang av litteratur om temaet.

Et omfangsrikt materiale fra intervjuene har vært analysert. I analysen av data har jeg også lagt vekt på å søke forskning om temaet slik at studien skal bygge på dokumenterte forskningsresultater. Dataene ble analysert i lys av teori om læringsprosesser og teori om systemperspektiv. Valget av teori opplever jeg har vært relevant i forhold til problemstillingen. Teorien har gitt en strukturert inndeling av elementene i læringsprosessen. På denne måten fikk en tydelig beskrevet respondentenes opplevelse av hvordan prosessen var i avdelingen. Systemteorien bidro til oversikt og klarhet i forståelsen av de sammensatte mekanismer knyttet til årsakene til uheldige hendelser. Utfordringen har vært å begrense innholdet, da mange vinklinger og perspektiv har vært interessante og hatt relevans for de forskningsspørsmål og problemstilling jeg hadde.

4.6.2 Reliabilitet

I følge Ringdal (2007, s. 86) er reliabilitet en studies pålitelighet. Andre beskriver begrepet reliabilitet med ord som stabilitet, metodens konsistens og nøyaktighet (Polit & Hungler, 2004 s. 443; Lorensen, 1998). Jeg har prøvd å være bevisst på nøyaktighet, med blant annet ordrett transkribering av intervjuene, systematisk analysearbeid og bruk av direkte sitat når innhold fra intervjuene presenteres. Jeg har prøvd å få frem informantenes stemme, og ikke gjøre subjektive fortolkninger av data. Av hensyn til anonymitet har jeg omsatt sitater til bokmål. Jeg opplevde dette nødvendig, selv om det kan innebære en tolkning fra min side, og at nyanser i uttalelsene kan bli borte. Arbeidet vil også være påvirket av min bakgrunn og av litteratur som jeg har lest. Måten dataene er analysert og systematisert på, vil være påvirket av de valg jeg har gjort i forhold til utvelgelse og kategorisering. Intervjusituasjonen er også krevende på flere måter. Det kan

gå på begrepsforståelse, nødvendighet av spontane omformuleringer av spørsmålene og oppklaring av misforståelser. For å klargjøre et spørsmål kan en lett stille flere ulike spørsmål og på denne måten forvirre intervjuobjektet. Jeg opplevde det som en utfordring ikke å være ledende i spørsmålsstillingen. Og i motsatt grøft, at jeg i redsel for å påvirke, stilte utydelige spørsmål som var vanskelig å oppfatte, og at jeg slik ikke fikk svar på det jeg spurte om. Det har vært en utfordring at respondentene var ulike i hvor mye de responderte under hvert spørsmål. Noen ganger måtte begrep forklares. Dette kunne lede informantene i en bestemt retning. Men ved å omforme spørsmål eller gjenta spørsmål fikk jeg også et rikere datamateriale som utdypet beskrivelsen av læringsprosessen.

Jeg hadde en detaljert og strukturert intervjuguide som jeg fulgte. Dette gav en god hjelp til å kunne spørre om det samme i hvert intervju og kunne sammenligne svar. I tillegg gjorde jeg et pilotintervju for å kunne evaluere intervjuguiden på forhånd. Jeg endret denne noe, og trengte derfor ikke forandre denne underveis senere. Jeg tror ikke svarene ville blitt veldig annerledes om jeg skulle gjort intervjuene om igjen. Jeg føler jeg har fått sammenlignbare svar på grunn av at spørsmålene var forholdsvis like.

Min rolle kan ha betydning for innholdet i respondentenes svar. På grunn av at jeg arbeidet innen samme foretak var kanskje noen av intervjuobjektene skeptisk til at jeg skulle bruke informasjonen ufordelaktig for dem i andre sammenhenger i helseforetaket. I tillegg kan mine oppfatninger av håndteringen av uheldige hendelser i organisasjonen ha farget informantenes utsagn. På den andre side er kjennskap til organisasjonen en fordel da jeg slik vet hvilket begrepsapparat som er kjent. Dette kan bedre kommunikasjonen i intervjusituasjonen. Jeg opplevde det også som en fordel ikke å være ansatt i samme avdeling og slik ikke kjenne personer eller saker fra denne avdelingen.

4.6.3 Generaliserbarhet

Statistisk generalisering er ikke målet i denne studien. Jeg søker ikke å oppfylle kravet til tilfeldig utvalg, og studien har også for lite omfang for å kunne generalisere statistisk. Måten utvalget er rekruttert på er gjennom et strategisk utvalg av de som jeg vurderte hadde kunnskap om læringsprosessen. Disse respondentene ble valgt for å få den nødvendige informasjonen. Det er ikke benyttet selvrekuttering i utvelgelsen, men det er likevel et utvalgsbias at det er administrasjonen som har kommet med forslag til informanter, noe som kan begrense bredden i utvalget. Samtidig er det viktig at

informantene er engasjerte og ønsker å bidra i studien. Kunnskapen studien gir er begrenset til å gjelde for sykepleiere i den avdelingen studien er gjort og for læringsprosessen etter medikamenthendelser der. En kan ikke direkte overføre det til andre avdelinger, faggrupper eller læringsprosessen etter andre uheldige hendelser.

Selv om resultatene ikke kan generaliseres, kan likevel resultatene brukes for å belyse temaet i andre sammenhenger. Kvale (1996) uttrykker dette som at funn kan brukes som en rettledning på hva som kan komme til å skje i en annen situasjon. Andre avdelinger kan bruke resultatene selv om en ikke kan overføre funnene. For å kunne si at dette er opplevelsen av læringsprosessen i hele avdelingen burde også andre faggrupper vært representert, for eksempel leger, miljøterapeuter eller ufaglærte, for å få ulike synsvinkler til temaet. De som ble valgt var de som stod til rådighet for intervju i avdelingen, og som ønsket det. Jeg valgte og ikke inkludere et av intervjuene i studien på grunn av at denne skilte seg ut i forhold til de andre med henblikk på manglende delaktighet i medikamenthåndtering og læringsprosessen. En kunne fått et større bilde av læringsprosessen i avdelingen, sett med øyne fra utsiden av prosessen. Men jeg opplever at det da måtte være mer enn en informant med noe av den samme bakgrunnen. Mulighetene til å sammenligne direkte blir mindre der det er store variasjoner mellom intervjuobjektene (Ringdal, 2007).

Alle sykehusseksjonene innen voksenpsykiatri ble representert i studien, noe som gav en bredde i innsamlingen av data. Dette opplevde jeg som positivt for studien, selv om få informanter fra hver seksjon begrenser muligheten for å generalisere. Jeg valgte å intervju sykepleiere på avdelingen, og sykepleiere som er ledere på team og seksjonsnivå. Informantene hadde derfor ulike roller i forhold til håndteringsprosessen etter uheldige hendelser. Dette kan gjøre det vanskelig å sammenligne uttalelser hvor noen har god kjennskap til prosessen, mens andre har mindre. Likevel er målet å få økt kunnskap om hele læringsprosessen, og da trengs det kunnskap fra ulike nivå i organisasjonen. Jeg opplevde at de aller fleste hadde tanker om hvordan læringsprosessen var, selv om det var ulik refleksjon omkring temaet. Informasjonen vil selvsagt ha begrenset generalisering til andre typer avvikssaker enn de vi har fokusert på i oppgaven. Likevel vil en kunne si at det gir en pekepinn på håndteringen av uheldige hendelser og læringsprosessen i denne avdelingen, og også antyde tendenser som har overføringsverdi til andre situasjoner.

5.0 KONKLUSJON

5.1 Oppsummering av de viktigste konklusjonene

Sykepleiernes beskrivelse av læringsprosessen i organisasjonen etter de uheldige hendelsene, viser at de opplevde bruk av enkeltelement fra alle de ulike delene av læringsprosessen. Samtidig gav de uttrykk for en opplevelse av at lite ble gjort. En av årsakene kan være mangel på involvering. Funnene viser at det foregikk uformell refleksjon blant personalet etter hendelsene, men at refleksjonen og analysen i avdelingen opplevdes lite systematisk og strukturert utenom behandlingen i kvalitetsrådet. De personlige feil blir vektlagt som hovedårsak til de uheldige medikamenthendelsene. Selv om det i litteraturen beskrives at det har skjedd en dreining mot systemiske feiltilnærminger i helsevesenet, viser forskning at personfokuset etter uheldige hendelser fortsatt er fremtredende. Resultatene mine viser at sykepleierne opplever at det både i årsaksanalysen i planleggingsfasen og ved iverksetting av tiltak vektlegges et personfokus. De tiltak som ble satt i verk var særlig rettet mot personlig årvåkenhet, men opplevdes ikke å gi varig læring. Evaluering av tiltakene knyttet seg til samtale omkring effekten av tiltak. Sykepleierne opplevde ikke at det ble gjort konkrete målinger av effekten av iverksatte tiltak etter de uheldige hendelsene. Når det gjelder forankring og oppfølging av forbedringstiltak gav sykepleierne eksempel på forankring av tiltak gjennom prosedyreendringer, noe som kan være med på å løfte læringen fra individuell læring til organisatorisk læring. Noe erfaringsoverføring og tilbakemelding ble beskrevet, men flere opplevde ikke tilbakemeldingene som gode nok. Manglende kommunikasjon og tilbakemelding beskrives også i andre studier fra helsevesenet.

Jeg synes resultatene viser et fokus på læring som aktiviteter mer enn en prosess. Ulike enkelttiltak og elementer i læringsprosessen beskrives, men det gis ikke uttrykk for en helhetlig tenkning der de ulike element er avhengig av hverandre.

5.2 Praktiske og teoretiske implikasjoner

Resultatene bygger på et lite antall informanter og har derfor begrenset generaliserbarhet. En kan likevel peke på viktige moment som kan ha gyldighet også utover studien.

Respondentene kom selv med tanker om mulige forbedringsområder i læringsprosessen etter uheldige hendelser, noe som viser at refleksjonen i intervjusituasjonen skapte nye ideer. Analysen av dataene, sett sammen med annen forskning og teori, gir grunn til å tro at det er forbedringspotensiale i arbeidet med læring av feil. Med relativt enkle midler kan en oppnå mye.

Sykepleierne uttrykte manglende inkludering i læringsprosessen etter uheldige hendelser. Å involvere alle i refleksjon og analyse gir økt mulighet for erfaringsutveksling, læring og endring. En lærende organisasjon kjennetegnes av det sosiale samspillet hvor en lærer sammen. Et tiltak kan være å skape møtepunkt for refleksjon i avdelingen. Det fremmer også organisatorisk læring. Resultatene mine viser at graden av involvering også kan ha betydning for om avvikshåndteringssystemet oppleves som et godt verktøy eller ikke. Forskning peker på betydningen av systemfokus i håndteringen av uheldige hendelser. Ut fra de data som er samlet kan det synes som om vektleggingen av systemfokus kunne vært styrket for å gi økt organisatorisk læring. En forbedring kunne være å sette av tid til å lete etter systemårsaker og at tiltak rettes mot systemet. Å gjøre større bruk av konkrete målinger av effekten av iverksatte tiltak kan også være en praktisk implikasjon av funnene i studien. Resultatene viser at enkeltelementer i læringsprosessen blir gjennomført, men en mer systematisk og strukturert tilnærming til læring som prosess for alle involverte kunne ha forbedret læringsprosessen.

Læring etter uheldige hendelser kan studeres fra mange vinkler. På enkelte områder finnes mye forskning, mens det mangler andre steder. For å skape tryggere tjenester for pasientene må vi stadig lete etter ny kunnskap. I videre studier hadde det vært interessant å se på forskjeller i læringsprosessen før og etter innføring av elektronisk meldeordning ved foretaket, eller å gjøre sammenligninger mellom ulike avdelinger i bruk av læringssirkelen. I en mer omfattende studie kunne en ha kartlagt effekten av bruken av en læringssirkel. Det hadde også vært interessant å studere hvordan erfaringsoverføringen etter uheldige hendelser er mellom ulike organisasjoner. I tillegg til fortsatt forskning knyttet til læring av uheldige hendelser er det nødvendig å nyttiggjøre seg kunnskapen forskningen gir. Slik kan pasientene oppleve trygge og sikre helsetjenester.

Referanseliste

- Alberti, K. G. (2001). Medical errors: A common problem. *BMJ*, 322, 501-502.
- Alexander, J. A., & Hearld, L. R. (2009). What can we learn from quality improvement research? *Medical Care Research and Review*, 66(3), 235-271.
- Andersen, B., & Fagerhaug, T. (2006). *Root cause analysis; Simplified Tools and Technique*. 2. utg. Milwaukee: American Society for Quality, Quality Press.
- Argyris, C. (1999). *On organizational learning*. 2. utg. Malden: Blackwell publishing.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II Theory, Method, and Practice*. Massachusetts: Addison-Wesley publishing company.
- Barach, P., & Small, S. D. (2000a). How the NHS can improve safety and learning. *BMJ*, 320, 1683-1684.
- Barach, P., & Small, S. D. (2000b). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, 320, 759-763.
- Bate, D. W. (2003). Evidence of a Problem. *Psychiatric services*, 54(12), 1599.
- Bates, D. W., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A. Small, S. D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B. J., Shea, B. F., Hallisey, R. et al. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA*, 274(1), 29-34.
- Bauer, J. & Mulder, R. H. (2007). Modelling learning from errors in daily work. *Learning in Health and Social Care*, 6(3), 121-133.
- Benn, J., Koutantji, L., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A., & Vincent, C. (2009). Feedback form incident reporting: information and action to improve patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 11-21.
- Berwick, D. M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, 312, 619-622.
- Bird, D. (2003). Adverse health-care events: Part 3. Learning the lessons. *Professional nurse*, 18(11), 621-625.
- Blumenthal, D., & Kilo, C. M. (1998). A report card on continuous quality improvement. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 625-648.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weile, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study 1. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.

- Cannon, M., & Edmondson, A. (2001). Confronting failure: antecedents and consequences of shared beliefs about failure in organizational work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 161-177.
- Cannon, M. D., & Edmondson, A. M. (2005). Failing to Learn and Learning to Fail (Intelligently): How Great Organizations Put Failure to Work to Innovate and Improve. *Long Range Planning*, 38, 299-319.
- Clarke, I. (2008). Learning from critical incidents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(6), 460-468.
- Cullen, D. J., Bates, D. W., Small S. D., Cooper, J. B., Nemeskal, A. R., & Leape L. L. (1995). The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 21(10), 541-548.
- Deming, W. E. (2000). *The new economics for industry, government, education*. 2. utg. Cambridge: The MIT Press.
- Department of Health. (2000). *An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: Stationery Office. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf
- Department of Health. (2001a). *Building a safer NHS for patients. Implementing an organisation with a memory*. London. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098565.pdf
- Department of Health. (2001b). *Doing Less Harm. Improving the safety and quality of care through reporting, analysing and learning from adverse incidents involving NHS patients – Key requirements for health care providers*. London. Hentet 10. mai 2010, fra <http://www.health.vic.gov.au/clinrisk/downloads/nhsrisk.pdf>
- Department of Health Social Services and Public Safety. (2003). *Risk management*. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.dhsspsni.gov.uk/risk_03.doc
- Edmondson, A. C. (2004). Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl II), 3-9.
- Engel, K. G., Rosenthal, M., & Sutcliffe, K. M. (2006). Residents' Responses to Medical Error: Coping, Learning, and Change. *Academic Medicine*, 81(1), 86-93.
- Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care*, 10(Suppl II), 26-31.
- Grasso, B. C., Genest, R., Jordan, C. W., & Bates, D. W. (2003 a). Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54(5), 677-681.
- Grasso, B. C., Rothschild, J. M., Genest, R., & Bates, D. W. (2003 b). What do we know About medication errors in inpatient psychiatry? *Joint Commission journal on quality and safety*, 29(8), 391-400.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving Patient Care: The implementation of change in clinical practice*. London: Elsevier.
- Helsedirektoratet. (2009). *Verktøy for kvalitetsforbedring*. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/metoder_verktoy/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Oppdragsdokument 2009 Helse Midt-Norge RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 12. mai 2010, fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bestillerdokumnet/Oppdragsdokument%20Helse%20Midt-Norge.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Oppdragsdokument 2010 Helse Midt-Norge RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Oppdragsdokument_2010/Oppdragsdokument%20Helse%20Midt%20-%20Norge%20RHF.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet 12. mai 2010, fra Lovdata http://www.lovdatabase.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&
- Helsetilsynet. (2008). *Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001-2007*. Rapport fra helsetilsynet 5/2008. Hentet 12. mai 2010, fra Helsetilsynet www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport5_2008.pdf
- Hjort, P. F. (2004). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Hjort, P. F. (2000). Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(26), 3184-3189.
- Holford, J., Jarvis, P., & Griffin, C. (1998). *International perspectives on lifelong learning*. London: Kogan Page.
- Hustad, W. (1998). *Lærende organisasjoner: Organisering for kunnskapsutvikling*. Oslo: Det Norske Samlaget.

- Internkontrollforskriften. (2002). *Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten*. Fastsett ved kgl. res. 20. de. 2002 med hjemmel i diverse lover. Hentet 10. mai 2010, fra Lovdata
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20021220-1731.html&emne=internkontroll*%20forskrift*&
- Irgens, E. (2007). *Profesjon og Organisasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ito, H., & Yamazumi, S. (2003). Common types of medication errors on long term Psychiatric care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 207-212.
- Kitzinger, J. (1995). Education and debate. *Qualitative Research: Introducing focus groups*. *BMJ*, 311, 299-311.
- Knudsen, P., Herborg H., Mortensen, A. R., Knudsen, M. & Hellebek, A. (2007). Preventing medication errors in community pharmacy: frequency and seriousness of medication errors. *Quality and Safety in health Care*, 16, 291-296.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. red. (2000). *To Err Is Human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kroll, L., Singleton, J. C. & Jones, I. R. (2008). Learning not to take it seriously: junior doctors' accounts of error. *Medical Education*, 42(10), 982-990.
- Kunnskapssenteret. (2008). *Verktøy for kvalitetsforbedring*. Hentet 12. mai 2010, fra kunnskapssenteret
http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: Sage Publications.
- Kvalvik, A. G. (2009). *Melding om uønskede hendelser: Hva, hvem, hvor og hvorfor?* Foredrag 2009, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 12. mai 2010, fra
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/6199.cms>
- Kvamme, O. J., Mjell, J., & Hjortdahl, P. (1997). Hvilke medisinske kvalitetsbegreper bør vi bruke i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 117(26), 3823-3826.
- Leape, L. L. (1995). Preventing adverse drug events. *American journal of health-system pharmacy*, 52(4), 379-382.
- Leape, L. L. (2009). Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*, 404(1), 2-5.

- Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., Hallisey, R., Ives, J., Laird, N., Laffel, G., Nemeskal, R., Petersen, L. A., Porter, K., Servi, D., Shea, B. F., Small, S. D., Sweitzer, B. J., Thompson, T., & Vander Vliet, M., (1995). Systems Analysis of Adverse Drug Events, *Journal of the American Medical Association*, 274(1), 35-43.
- Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2005). Five Years After To Err Is Human. What Have We Learned? *JAMA*, 293(19), 2384-2390.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weile, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study 2. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384.
- Leape, L. L., Kabacene, A. I., Gandhi, T. K., Carver, P., Nolan, T. W., & Berwick, D. M. (2000). Reducing adverse drug events: Lessons from a breakthrough series collaborative. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 26(6), 321-331.
- Lewis, R. Q., & Fletcher, M. (2005). Implementing a national for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Quality and Safety in Health Care*, 14, 135-139.
- Lorensen, M. red. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov om statlig tilsyn med helstjenesten. (1984). Lov om statlig tilsyn med helstjenesten av 30. Mars 1984 nr. 15. Hentet 12. mai 2010, fra Lovdata http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19840330-015.html&emne=lov*%20om*%20statlig*%20tilsyn*&
- Macrae, C. (2008). Learning from patient safety incidents: Creating participative risk regulation in healthcare. *Health, Risk & Society*, 10(1), 53-67.
- Mikkelsen, T. H., Sokolowski, I., & Olesen, F. (2006). General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: Results from a survey. *Skandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(1), 27-32.
- Morath, J. M., & Turnbull, J. E. (2005). *To do no harm: ensuring patient safety in health care*. 1. utg. San Francisco, Jossey-Bass.
- Moss, M. (2002, 28. juni). Mammogram team learns from its errors. *The New York Times*, Hentet 12. mai 2010, fra <http://www.nytimes.com/2002/06/28/us/mammogram-team-learns-from-its-errors.html>
- Nath, S. B., & Marcus, S. C. (2006). Medical errors in psychiatry. *Harvard review of psychiatry*, 14(4), 204-211.

- Nichols, P., Copeland, T., Craib, I. A., Hopkins, P., & Bruce, D. G. (2008). Learning from error: Identifying contributory causes of medication errors in an Australian hospital. *MJA*, 188(5), 276-279.
- Nortvedt, M. W., & Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og provoserer. *Sykepleien*, 7, 64-69.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise Kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsen, E. (2007). Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(20), 2656-2660.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. 7. utg. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Pope, C., Ziebland, N., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320, 114-116.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accident*. Hants: Ashgate.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. 18th. printing 2007. New York: Cambridge university press.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roald, K. (2004). *Organisasjonslæring i skolar – teoretiske og praktiske perspektiv*. Notat nr.15, Avdeling for lærerutdanning og idrett, Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- Rutberg, H., Ahlberg, J., & Forsberg, C. (2007). Fråga inte vem – fråga varför. *Läkartidningen*, 104(4), 218- 219.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. MC., Muir Gray, M. J., Haynes, R. B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't? *BMJ*, 312, 71-72.
- Salter, M. (2003). Serious incident inquiries: a survival kit for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 27, 245-247.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. London: Century business.
- Shuell, T. J. (1986). Cognitive conceptions of learning. *Review of Educational Research*, 56(4), 411-436.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. 15-1183, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Veileder 15-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesteloven m.m. av 2. Juli 1999 nr. 61. Hentet 12. mai 2010, fra Lovdata
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenestelov*&
- Statens helsetilsyn. (2001). *Kvalitetsforbedring I psykisk helsevern. Prosessforbedring i klinisk virksomhet*. Utredningsserie 5/2001. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stump, L. S. (2000). Re-engineering the medication error-reporting process: Removing The blame and improving the system. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 57(4), 10-17.
- Tamuz, M., Thomas, E. J., & Franchois, K. E. (2004). Defining and classifying medical error: Lessons for patient safety reporting systems. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 13-20.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R, Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., Howard, K. M., Weiler, P. C., & Brennan, T. A. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 261-271.
- Toft, B. & Reynolds, S. (1997). *Learning from disasters: a management approach*. 2. utg. Leicester: Perpetuity Press.
- Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: organisational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45, 55-72.
- Øvretveit, J., & Hofoss, D. (2004). *Sikkerhetsproblemer i helsetjenesten- en Forskningsoversikt over problemenes omfang og kostnader*. John Øvretveit, 19. februar, 2009, Universitetet i Bergen.
- Øvretveit, J., & Toft, S. (2009). *The costs of poor quality and adverse events in health care – A review of research*. Karolinska Institutet, Medical Management Centre, Stockholm.
- Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. Rapport 18, Oslo: Nova.
- Vaughan, D. (1996). *The challenger launch decision: risky technology, culture, and deviance at NASA*. Chicago: University of Chicago Press.

- Wakefield, A., Attree, M., Braidman, I., Carlisle, C., Johnson, M., & Cooke, H. (2005). Patient safety: Do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Education Today*, 25(4), 333-340.
- Walley, P., & Gowland, B. (2004). Completing the circle: from PD to PDSA. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17(6), 349-358.
- Wig, B. B. (1996). *Kvalitetsforbedring som håndverk: Håndbok for praktikere*. 2. utg. Stavanger: Faggruppen for kvalitetsforbedring.
- Wiig, S., Aase, K., Thomassen, R., Olsen, E., Høyland, S., & Røstøen, A. M. (2005). *Pasientsikkerhet: håndtering av feil i helsesektoren*. UiS rapport nr. 7/2005. Stavanger, Universitetet i Stavanger
- Wilson, R., Runiciman, W., Gibberd, B., Harrison, B., Newbury, L. & Hamilton, J. (1995). The quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-71.
- Woodward, S. J. (2005). Will the future continue to repeat the past? *Quality & Safety in Health Care*, 14(2), 74.
- World Health Organization. (2005). *World alliance for patient safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From information to action*. Geneve: WHO Document Production Services. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
- World Health Organization. (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. Geneve: WHO Press. Hentet 12. mai 2010, fra http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

Intervjuguide

Presentasjon av studien og bakgrunnsopplysninger om informantene.

Læring av uheldige hendelser

-Hvordan definerer du begrepet uheldig hendelse/avvik i medikamenthåndteringen, eksemplifiser.

Intervjuer beskriver to uheldige hendelser med legemiddelhåndtering

1. "Pasient skulle få medikament per oralt. Dersom han ikke ville ha dette kunne han få det som injeksjon. Han fikk begge deler."
2. "Pasient fikk annen pasients morgenmedisiner."

-Hva skjedde etter at den uheldige hendelsen fant sted. (Din **erfaring og opplevelse** av tiltak i avdeling og organisasjon)

-På hvilken måte lærte avdelingen av den uheldige hendelsen?

-Hva legger du i begrepet læringsprosess?

Konkretisering av læringsprosessen i avdelingen etter uheldige hendelser

Plan:

-Hvordan blir den uheldige hendelsen benyttet som grunnlag for å finne kvalitetsforbedringsområder i organisasjonen?

-Ble det gjort årsaksanalysering etter hendelsen? Hvordan og av hvem?

-Hvordan opplever du at det fokuseres på personsvikt og systemsvikt ved den uheldige hendelsen?

-Hvordan ble det satt mål i arbeidet med den uheldige hendelsen?

-På hvilken måte benyttes kunnskapsbasert erfaring i arbeidet med den uheldige hendelsen?

-Ble det lagt planer for eventuelle tiltak for å hindre gjentakelse av hendelsen? Hva, hvordan og av hvem? Fokus system eller person?

Do:

-Ble planlagte tiltak iverksatt etter at den uheldige hendelsen hadde skjedd?

Study:

-På hvilken måte ble iverksatte tiltak evaluert?

-Ble det gjort målinger for å vurdere oppnådd effekt av tiltak?

Act:

-Justeres eventuelle iverksatte tiltak etter evaluering?

-Hvordan implementeres og forankres endringene i avdeling og organisasjon?

-Hvordan er den videre oppfølging for å sikre den oppnådde kvaliteten og få kontinuerlig forbedring?

-Hvordan standardiseres endringer i avdelingens system?

-Hvordan er informasjonsflyt mellom avdelinger/fag/sykehus i forhold til læring av den uheldige hendelsen?

-Hvordan ble det gitt tilbakemeldinger i arbeidet etter meldt uheldig hendelse?

Avslutning:

-Hvor var din rolle i prosessen i håndtering av den uheldige hendelsen?

-Har du tanker om hvordan organisasjonen best kan legge tilrette for en god læringsprosess etter en uheldig hendelse.

-Er avvikshåndteringen et godt verktøy/ redskap i kvalitetsforbedringsarbeidet?