

# En tryggere vei inn i sykehuset?

*Helsepersonells opplevelse av  
pasientsikkerhet i et akuttmottak*

Jens Christian Holmberg



Masteroppgave

Avdeling for Helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

# En tryggere vei inn i sykehuset?

En kvalitativ studie av helsepersonells oppfatninger av pasientsikkerhetsrisiko i et akuttmottak.

© Forfatter

2013

En tryggere vei inn i sykehuset?

Pasientsikkerhet ved akuttmottak

Jens Christian Holmberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Pasientsikkerhet er nå etablert som et eget fagfelt innenfor helsetjenesten og i forskningen. De senere årene er det fremkommet mye ny kunnskap om dette fagfeltet. En pasients opphold i akuttmottaket er ofte pasientens første møte med sykehuset. Det er der mange av premissene for det videre oppholdet blir lagt. Pasientsikkerhet i et akuttmottak er fremdeles et felt der forskningen i Norge er begrenset. I denne oppgaven vil jeg derfor undersøke følgende:

- Når opplever de som arbeider i akuttmottaket at en pasients sikkerhet truet?
- Hva mener de ansatte kan være årsaker til at pasientsikkerheten trues i akuttmottak?

## Metode

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg benyttet kvalitative metoder i denne studien. Til innsamlingen av data er det benyttet fokusgruppeintervjuer, supplert med dybdeintervjuer med. Data er transkribert og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

## Teoretisk rammeverk

Mye av kunnskapen vi har i dag om pasientsikkerhet er hentet fra andre høyrisikoindustrier, som for eksempel atom-, luftfart- og petroleumsvirksomhet. Et sentralt faktum i pasientsikkerhetsteori er at det er menneskelig å feile. Derfor er det viktig å bygge opp systemer rundt mennesket som sørger for sikkerhet. Kjerneelementer innen pasientsikkerhet er antatt å være gode meldesystemer og avvikshåndtering. Det er viktig å etablere en god pasientsikkerhetskultur, som er preget av åpenhet til å lære av sine egne og andres feil. Ved hjelp av denne læringen kan vi etablere systemer og standarder som skal sørge for sikkerhet både for pasient og behandler. Disse systemene og standardene skal i dermed virke som barrierer som forhindrer feil.

## Funn

Informantene beskrev flere områder i et akuttmottak der de opplevde at en pasients sikkerhet kan være truet. Disse områdene knyttet seg til samtlige aktuelle faser en pasients går gjennom i et akuttmottak. Det kan oppstå feil under registrering, ved første møte med helsepersonell, under behandling og observasjon samt ved utskrivelse. Bakgrunnen for feil og nesten

hendelser var knyttet til kommunikasjonsrelaterte-, organisatoriske-, samt kapasitetsavhengige årsaker.

## **Konklusjon**

Studien avdekker og bekrefter flere alvorlige risikoområder for pasientsikkerheten. Den antyder at det kan være en motsetning mellom kulturen i et akuttmottak og god pasientsikkerhetskultur. Det må arbeides konkret med de avdekkede risikoområdene for å finne gode tiltak for å redusere risikoen og sette inn barrierer som hindrer at det skjer feil som får konsekvenser for pasientene. Studien kan bidra til å øke bevisstheten om pasientsikkerhetsutfordringene i et akuttmottak.



# Forord

Jeg vil takke alle ansatte og ledelsen ved akuttmottaket Oslo universitetssykehus, Ullevål for deres samarbeid og velvillighet i forbindelse med denne oppgaven.

Jeg vil også takke min veileder Anne Karin Lindahl for hennes støtte og gode innspill.

Takk også til Henning Jakobsen for gjennomlesning og kommentarer.





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Forsknings spørsmål .....	2
1.2	Begreper, definisjoner og lover .....	3
1.2.1	Kvalitet .....	3
1.2.2	Pasientsikkerhet.....	3
1.2.3	Juridisk grunnlag .....	5
2	Akuttmottak og akuttmedisin .....	7
3	Pasientsikkerhet.....	12
3.1	Pasientsikkerhet - utvikling .....	12
3.2	Pasientsikkerhet i Norge .....	13
3.3	Pasientsikkerhet og risiko .....	15
3.4	Pasientsikkerhet i akuttmottak.....	17
4	Avklaringer og metodiske valg .....	24
4.1	Innledning.....	24
4.2	Valg av metode .....	24
4.3	Bakgrunn og forforståelse .....	25
4.4	Informanter og utvalgsavklaring .....	26
4.5	Intervjuguide.....	28
4.6	Intervjuer .....	28
4.7	Analyse .....	30
4.8	Refleksivitet og validitet.....	31
4.9	Etikk og personvern.....	33
4.10	Kilder .....	34
4.11	Avgrensninger.....	34
4.12	Metodediskusjon .....	35
5	Resultater.....	37
5.1	Innledning.....	37
5.2	Funn kategorisert etter ulike faser .....	38
5.2.1	Tverrgående funn .....	38
5.2.2	Registeringsfasen .....	39
5.2.3	Triagefasen .....	40

5.2.4	Undersøkelse/behandling av pasienter .....	43
5.2.5	Overflytning/utskrivning .....	47
5.3	Hovedkategorier av årsaker til potensiell svikt i pasientsikkerhet .....	48
5.3.1	Årsaker knyttet til kommunikasjon og samarbeid.....	49
5.3.2	Årsaker knyttet til systemer og kultur .....	50
5.3.3	Årsaker knyttet til kapasitet.....	52
6	Diskusjon.....	55
6.1	Innledning .....	55
6.2	Diskusjon knyttet til årsak .....	55
6.2.1	Kommunikasjon og samarbeid.....	55
6.2.2	Systemer og kultur .....	57
6.2.3	Kapasitet.....	58
6.3	Diskusjon knyttet til hendelser .....	60
6.3.1	Innledning.....	60
6.3.2	Registering .....	60
6.3.3	Triage .....	60
6.3.4	Undersøkelse og behandling .....	61
6.3.5	Forsinket behandling og feildiagnostisering .....	62
6.3.6	Overganger .....	63
6.3.7	Oppsummering .....	63
7	Konklusjoner .....	64
7.1	Innledning .....	64
7.2	Når opplever de som arbeider i akuttmottaket at en pasients sikkerhet truet .....	64
7.3	Hvilke årsaker er det til at pasientsikkerheten i et akuttmottak blir truet? .....	65
7.4	Oppsummering .....	66
8	Etterord.....	67
	Litteraturliste .....	68
	Vedlegg .....	75
	Vedlegg 1 Samtykkeerklæring og Informasjon om deltagelse .....	76
	Vedlegg 2 Intervjuguide.....	78
	Vedlegg 3 Triageskjema MTS .....	80
	Vedlegg 4 Godkjenning NSD .....	81





# 1 Innledning

De siste ti årene har jeg arbeidet med akuttmedisin i akuttmottaket Oslo universitetssykehus, Ullevål. I den perioden har jeg hatt flere roller, både sykepleier, fagansvarlig og leder. I akuttmottaket har vi alltid vært opptatt av kvalitet og forsvarlighet, og arbeidet systematisk med å forbedre kvaliteten på tjenestene vi tilbyr. Men vi har gjort lite for å kartlegge hvordan status er for pasientsikkerheten. Jeg har i akuttmottaket vært involvert i mange situasjoner der det har gått galt. Jeg har også observert og vært deltagende i situasjoner der det bare var tilfeldigheter som gjorde at det ikke gikk galt. På vaktrommet etter en hendelse er det kommet utsagn som: «Der hadde vi flaks» eller «lykken er bedre enn forstanden». I flere av tilfellene har det vært grunnet høyt arbeidspress, men ikke alltid. Det har fått meg til å undre meg over hva som faktisk skjer i situasjoner der noe går galt, og pasienten blir den skadelidende.

Det har vært en rivende utvikling de siste ti årene, både innenfor akuttmedisin, pasientbehandling, systematisering av pasientforløp og tjenester, men også innen pasientsikkerhet. Da jeg begynte å arbeide i akuttmottaket for ti år siden var pasientsikkerhet et tema vi sjeldent nevnte. Vi var dog opptatt av å hindre feilmedisinering og at pasientene ikke skulle falle ut av sengen. Det eksisterte ikke noe avvikssystem med en forpliktende oppfølging. Dersom en utilsiktet hendelse skjedde, hadde man håndskrevne lapper som ble levert til nærmeste leder, som ofte behandlet dem noe tilfeldig. Da en pasient ankom akuttmottaket på Oslo universitetssykehus, Ullevål for ti år siden, var det ingen triage eller prioriteringssystemer som kvalitetssikret at pasientene som var dårligst eller det hastet mest med ble undersøkt av lege og sykepleier først. Pasientene ble mottatt av sykepleier og lege i den rekkefølgen de ankom – med unntak de åpenbart kritisk syke, som rett ble prioritert.

I dag har vi et elektronisk avvikssystem som krever og plikter en systematisk oppfølging. Vi har triagesystemer som avgjør hastegrad på pasienten ved ankomst. Pasientsikkerhet er i dag et tema som blir diskutert daglig, ofte sammen med kvalitet og forsvarlighet.

Pasientsikkerhet har i de siste årene blitt et fokusområde, både internasjonalt og her i Norge. Til tross for mye ny kunnskap og forskning de siste årene, er det lite forskning gjort i akuttmottak i Norge. Noe av kunnskapen vi har stammer fra Statens helsetilsyns landsdekkende tilsyn med av landets akuttmottak i 2007. Internasjonalt eksisterer det mer kunnskap om pasientsikkerhet i akuttmottak, blant annet i boken «Patient Safety in

Emergency Medicine» (Croskerry 2009). Men et akuttmottak i Norge er organisert annerledes enn akuttmottak i USA og EU. I Norge er majoriteten av pasienter som kommer til et akuttmottak allerede sjekket av helsepersonell, enten av fastlege, legevaktslege eller ambulanspersonell. I Norge har vi sjelden faste leger i akuttmottak, men leger i ulike vaktordninger som er ansatt i andre klinikker.

Pasientsikkerhet i et akuttmottak er et meget omfattende og sammensatt tema. For å skape forbedring må en først kartlegge situasjonene og finne ut «hvor skoen trykker», og det er det jeg vil kartlegge. Oppgaven kan dermed utgjøre et utgangspunkt for videre arbeid og studier for å bedre pasientsikkerheten i akuttmottak.

Det må påpekes at denne studien forsøker å avdekke det som ikke fungerer, der det potensielt er en svikt i pasientens sikkerhet, og der det går an å forbedre. Derfor er det en mengde eksempler på hva som kan gå galt. Oppgaven fokuserer i liten grad på det som fungerer og er trygt, dette må man ha med seg når man leser. Det vil være en feil slutning å trekke at norske akuttmottak kun er preget av utrygghet og mange feil.

## **1.1 Forskningsspørsmål**

Målsetning for denne oppgaven er å undersøke hvilke oppfatninger og erfaringer helsepersonell har om pasientsikkerhetsrisiko i et akuttmottak. Forskningsspørsmålene vil da være:

- Når opplever de som arbeider i akuttmottaket at en pasients sikkerhet truet?
- Hva mener de ansatte kan være årsaker til at pasientsikkerheten trues i akuttmottak?

Dersom studien kan besvare disse spørsmålene, vil vi få mer kunnskap om pasientsikkerhet i akuttmottak. Studien vil da kunne peke på områder som kan utgjøre et betydningsfullt pasientsikkerhetsproblem for pasientene.

## **1.2 Begreper, definisjoner og lover**

### **1.2.1 Kvalitet**

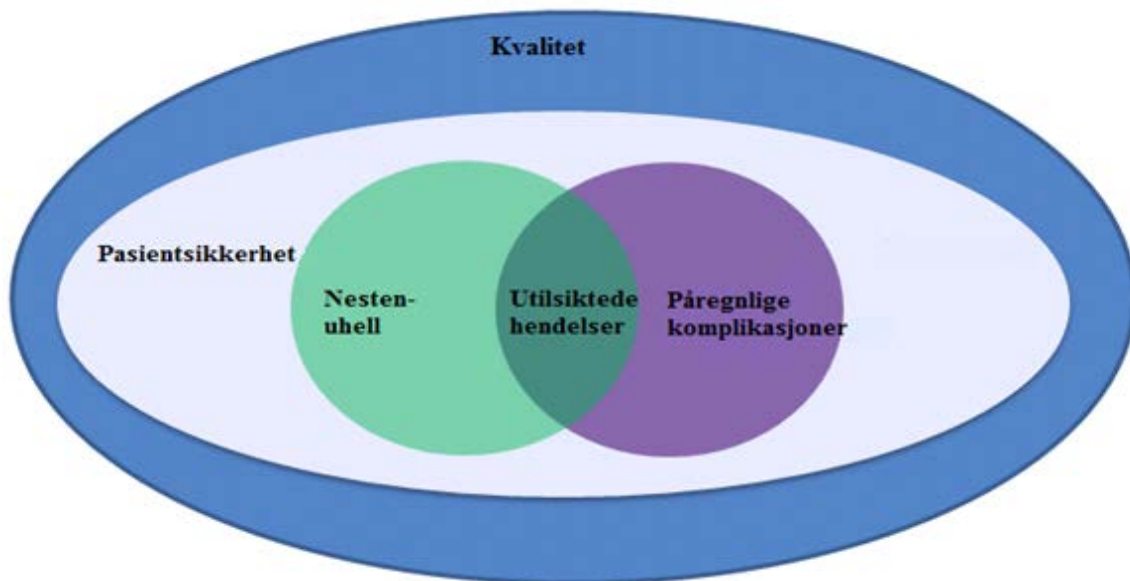
Kvalitet er et ord som stammer fra latin, der en betydning av ordet er «egenskap». I norske ordbøker beskrives kvalitet ofte som en beskaffenhet, egenskap eller art som er positivt vinklet. Det foreligger utallige definisjoner på kvalitet. Kvalitet innen helsetjenesten er omfattende og vanskelig å definere konkret (Grepperud 2009). Norsk standard og ISO 9000 definerer kvalitet som, i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav» (NS-EN ISO 9000: 2005). Kvalitet innen helsetjenesten derimot blir ofte definert over flere dimensjoner, som i den nasjonale kvalitetsstrategien (...og bedre skal det bli, 2005), og Stortingsmelding nr.10 2012/2013 «God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Her fremgår det at kvalitet i helsetjenesten vil si at tjenestene skal være preget av følgende egenskaper:

- Tjenesten skal være virkningsfulle
- Tjenesten skal være trygge og sikre
- Tjenesten skal involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Tjenesten skal være samordnet og preget av kontinuitet
- Tjenesten skal utnytte ressursene på en god måte
- Tjenesten skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Således kan det sies at pasientsikkerhet er en av seks dimensjoner av kvalitet, og at begrepet kvalitet er mer enn bare forsvarlighet og sikkerhet. Denne definisjonen er igjen sterkt påvirket av Institute of Medicines kvalitetsdefinisjon fra publikasjon «Envisioning the National Health Care Quality Report» (Corrigan et al. 2001).

### **1.2.2 Pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhet som vitenskap har vært i rask utvikling de siste 10 år. Det er etablert en rekke begreper og definisjoner av ulike aktører. De fleste lands myndigheter og institusjoner har egne definisjoner på pasientsikkerhet og beslektede begreper for eksempel «utilsiktede hendelser» og «nesten-uhell».



**Figur 1. Et venn-diagram som illustrerer forholdet mellom pasientsikkerhet, nesten-uhell, utilsiktede hendelser og skader og kvalitet. <sup>1</sup>**

Som figuren illustrer, er det en mengde begreper som blir benyttet som angår pasientsikkerhet. Mange av disse grenser opp mot hverandre, dog er grensene ofte overlappende og uklare. I noen tilfeller er hendelser som skjer med pasienter forventede og derfor påregnlige komplikasjoner, knyttet opp til en kjent risiko. Andre ganger er det skader som skyldes feil eller forsømmelse.

I denne oppgave har jeg i stor grad benyttet meg av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) sine definisjoner. En generell definisjon av pasientsikkerhet, som også er benyttet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, underlagt Kunnskapssenteret, er:

*«Vern mot at pasienter utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Saunes, Svendsby et al. 2010)*

Andre begreper som er hyppig benyttet innen feltet pasientsikkerhet er som nevnt utilsiktede hendelser, uønskede hendelser og nesten-uhell. I lovverket blir dette omtalt som «...hendelser som fører til betydelig personskaade» eller «...hendelser som kunne ha ført til betydelige personskaader» jmf lov om spesialisthelsetjenester (1999) § 3-3.

<sup>1</sup> Basert på Croskerry (2009) oversatt og tilpasset norske forhold.



## **Utilsiktede hendelse**

De norske begrepene «utilsiktede hendelse» eller «uønsket hendelse» blir ofte benyttet synonymt med det begrepet engelske «adverse event». Dersom man oversetter dette engelske begrepet, vil i følge Oxford Dictionary adverse være noe negativt, skadelig som virker mot sin hensikt, mens event er en type hendelse. Kunnskapssenteret definerer utilsiktet hendelse som:

*«En utilsiktet hendelse (adverse event) er en ikke-intendert skade som har sin årsak i helsetjenestens ytelser og ikke sykdomsprosesser. Skaden må være så alvorlig at den fører til forlenget sykehusopphold eller midlertidig/varig svekkelse eller funksjonsevne» (Saunes, Svendsby et al. 2010)*

## **Nesten-hendelse/nesten-uhell**

Andre begreper som jeg vil benytte i denne oppgaven er «nesten-hendelse» og «nesten-uhell». Dette er basert på det engelske «near misses», og vil i denne oppgaven være en hendelse som kunne vært potensiell skadelig for pasient, men som ble oppdaget i tide og avverget.

## **Pasientsikkerhetskultur**

Pasientsikkerhetskultur er også et element i vurdering av pasientsikkerheten.

Pasientsikkerhetskultur har blitt definert som: «Verdier, holdninger, oppfatninger, kompetanse og adferdsmønstre til individer og grupper av individer i helsetjenesten som får betydning for hvordan sikkerhet prioriteres og gjennomføres i pasientbehandlingen» (Deilkås 2010). Pasientsikkerhetskultur kan måles ved hjelp av spørreskjemaer og andre verktøy. En god pasientsikkerhetskultur er kjennetegnet av at kommunikasjonen bygger på gjensidig tillit, man har felles oppfatninger om betydningen av sikkerhet og har en tiltro til nytten av forebyggende tiltak (Deilkås 2010).

### **1.2.3 Juridisk grunnlag**

I den norske helselovgivningen er den rettslige standarden «faglig forsvarlighet» sentral. Den går igjen som en rød tråd i både lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999), lov om helsepersonell (helsepersonelloven) (1999), lov om

spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) (1999) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011).

*«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»*

#### *Helsepersonelloven § 4*

Det fremgår her at tjenester som ytes skal være både forsvarlige og omsorgsfulle. Det fremgår videre at når en skal vurdere forsvarligheten til en tjeneste, tar man også hensyn til forhold rundt enkeltsaker. Her blir både arbeidets karakter og situasjonen forøvrig tatt med i vurderingen. Det er en selvfølge at kravet til sikkerhet også omfatter kravet til forsvarlighet (Aase 2010). I tillegg til forsvarlighetskravet har pasientsikkerhet også blitt lovhjemlet.

*«Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet»*

#### *Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2*

Det er også en rekke andre lover og forskrifter som regulerer pasientsikkerheten i norske sykehus, eksempelvis autorisasjonsordningen for helsepersonell, internkontroll-systemer og reglene for ulike tilsynsmyndigheter.

I tillegg til de tradisjonelle tilsyn og sanksjonsmyndighetene, er det også lovbestemt når helsepersonell er pliktig til å melde i fra om hendelser. I følge spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 har virksomheter som driver spesialisthelsetjenesten en plikt til å melde om «betydelig personskaade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen». Denne loven ble endret i 2011, og fra 01/07-2012 fikk Kunnskapssenteret ansvaret for meldeordningen.

## 2 Akuttmottak og akuttmedisin

### Innledning

Både å arbeide i et akuttmottak og være pasient der er annerledes enn mange andre steder i helsetjenesten. Det er et sted der det uforutsette ofte skjer, og et sted en som pasient sjelden planlegger å besøke. I dette kapitlet vil jeg forsøke å redegjøre kort for akuttmottak i Norge, og internasjonalt. Så vil jeg fokusere på akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, der data er innsamlet. Jeg vil også beskrive de ulike fasene en pasienten går gjennom under sitt opphold i et akuttmottak.

### Historie

Dersom en går 30 til 40 år tilbake i tid, var en av hovedfunksjonene til akuttmottakene i Norge å være et sorterings- og administrativt kontaktpunkt for pasienter som ankom sykehuset. De tradisjonelle oppgavene, som var knyttet til det som ofte ble kalt «mottakelsen», var å vaske og registrere pasienter. Derfor var det i mottakelsen også ansatt bademestere som hadde dette som hovedoppgave. I flere akuttmottak lever betegnelsen «lege i badet» fremdeles i beste velgående. Dette var en betegnelse for dårlige pasienter, der man trengte at en lege var til stede når pasienten ankom mottaket. Akuttmottak kunne ligge i en underetasje og kun ha noen få tilgjengelige behandlingsrom. Det var tidligere ikke tradisjon for å starte så mye aktiv behandling i «mottakelsen» som i dag. Men i løpet av de siste 30 årene har «mottakelsen» gått til å bli et akuttmottak. Nå er situasjonen en annen, et akuttmottak er i dag en avdeling med både spisskompetanse og en generell kunnskap på et stort antall fagområder.

### Akuttmottak i Norge og internasjonalt

Akuttmottak i Norge er organisert på ulike måter, dette er igjen knyttet opp mot befolkningsgrunnlag og plassering. Noen akuttmottak er organisert sammen med legevakt, i et felles akuttmottak (FAM). Dette betyr at legevakten i vertskommunen og eventuelt nærliggende kommuner er samordnet med sykehusets akuttmottak (Stortingsmelding nr. 43 2000/2001). Det vil si at det fungerer både som legevakt og akuttmottak, pasienten har da kun

ett sted å forholde seg til. Andre steder driftes akuttmottak og legevakt separat. Det medfører at pasienten først henvender seg til legevakt, og blir henvist videre til et akuttmottak.

Internasjonalt er det mer vanlig at akuttmottak også har en legevaktfunksjon. Andre forhold, som hvor godt primærhelsetjenesten er bygd ut, vil også bidra til ulikheter. For eksempel i USA er det mange som benytter akuttmottak både som fastlege og legevakt. Dette er en av flere årsaker til at antallet pasienter er høyere i akuttmottak internasjonalt enn i Norge. Dette gjenspeiles også i andelen pasienter i et akuttmottak som blir innlagt på sykehuset for videre behandling. På akuttmottaket på Oslo universitetssykehus, Ullevål ble i 2012 89 % av pasientene innlagt. Tall fra USA og Nederland viser at andelen innleggelser er mye lavere, der varierte dette fra cirka 20 % i USA til 32 % i Nederland (Paul and Lin 2012, van der-Linden, Reijnen et al. 2013).

## **Bemanning**

I et akuttmottak i Norge i dag arbeider sykepleiere, leger i ulike spesialisering, bioingeniører, portører, radiografer med flere. Men det er få som er ansatt i selve akuttmottaket. En gjennomgang av de største akuttmottakene i Norge viser at det i hovedsak er sykepleiere som er ansatt i mottaket.<sup>2</sup> Dette er da en blanding av vanlige sykepleiere og spesialsykepleiere innen anestesi, intensiv og operasjon. Legene som driver pasientbehandlingen i mottakene er i hovedsak tilknyttet en annen avdeling, men har vaktordninger i akuttmottaket. At sammensetning av bemanning og behandlingsteam varierer fra dag til dag, krever velkjente og veletablerte systemer å arbeide etter. En utfordring er også at sykepleierne som arbeider i akuttmottak samarbeider med en rekke leger av ulike spesialisering, samt en rekke andre yrkesgrupper som radiografer og bioingeniører. Det eksisterer da nyanser i kultur og arbeidsspråk mellom de ulike spesialitetene, noe som utgjør en ekstra utfordring.

## **Kompetanse**

I Norge har vi per i dag ingen spesialisering innen akuttmedisin for leger. Dette medfører som nevnt at det er få akuttmottak i Norge som har egne ansatte leger. Det er mest utbredt at leger er ansatt i en moderavdeling, mens de har vakter i akuttmottaket. Tradisjonelt har vært turnusleger som undersøker og behandler i et akuttmottak. I en kartlegging foretatt av Akuttmedisinsk fagavdeling på St. Olavs Hospital fremgikk det i 2012 at det ved 84 % av

---

<sup>2</sup> På bakgrunn av samtaler med ledere og nettsider til de største akuttmottakene i Norge.

Norges akuttmottak var turnuskandidater som tilså pasientene først (Storvik 2012). Et prioritert område de siste årene har vært fremskutt kompetanse i akuttmottak. Med dette menes at man ønsker å flytte erfarne leger tilbake til akuttmottaket for å tilse pasienter tidligere i forløpet og ha en «supervisor-funksjon» ovenfor uerfarne leger. På denne måten ønsker man å gå bort fra at et akuttmottak er et sted der uerfarne leger får hjelp av erfarne sykepleiere til å fordele pasienter på sykehuset. For sykepleiere er det de siste årene er kommet en egen spesialisering innen akuttsykepleie for å styrke kompetansen.

### **Akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus, Ullevål**

Akuttmottaket Oslo universitetssykehus, Ullevål tar årlig imot cirka 30 000 pasienter, og har både lokal- og regionssykehusfunksjon. Det er et somatisk akuttmottak, med de fleste grenspesialiteter utenom øye og gynekologi. Pasientene som legges inn ved akuttmottaket er i all hovedsak konferert inn av fastlege eller legevakt, eller ankommer med ambulanse. Omtrent 60 % av pasienten er medisinske, de resterende er fordelt på ulike kirurgiske spesialiteter. Av alle pasientene som ankom akuttmottaket i 2012 ble 89 % lagt inn til videre behandling på sykehuset, mens 11 % ble behandlet poliklinisk. Gjennomsnittlig liggetid i akuttmottaket ligger i 2013 an til å bli cirka 170 minutter.<sup>3</sup>

På Oslo universitetssykehus, Ullevål er det kun ansatt en lege i halv stilling i akuttmottaket. De resterende leger som arbeider i akuttmottaket, er som på de fleste andre akuttmottak i Norge, ansatt i andre avdelinger og klinikker. De har derimot sine vakter i akuttmottak, omtrent en vakt per uke, der de har ansvaret for pasienter innen for sine spesialiteter. Det er 78 stillingshjemler for sykepleiere i akuttmottaket. I tillegg til dette er det en stor gruppe med helsesekretærer som utfører administrativt arbeid.

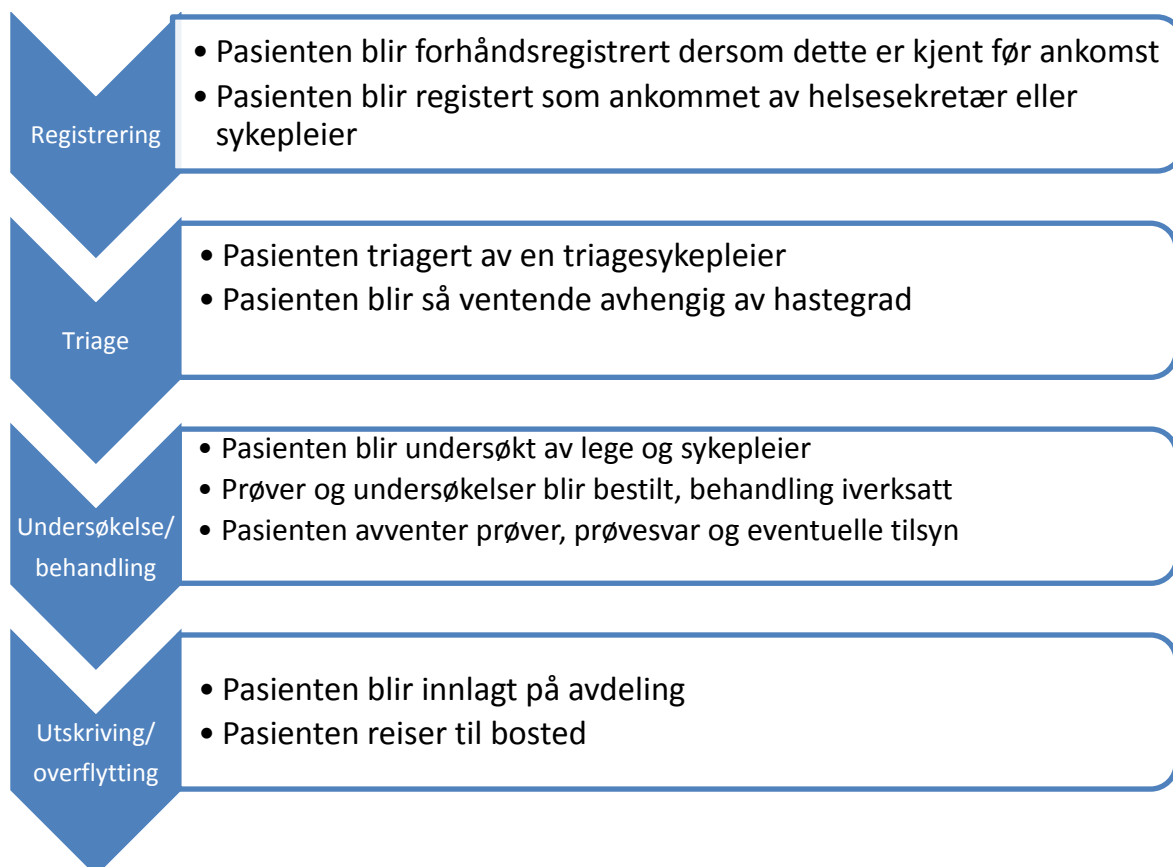
Det er stor grad av variasjon i kompleksiteten til pasienter som blir innlagt akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Det kan være fra enkle og isolerte lidelser, som beinbrudd og blodpropp, til mer avansert behandling av hjertestans og multitraumatiserte pasienter fra ulykker. Dette stiller store krav til de ansatte og deres kompetanse. Mens legetjenesten her er delt og spesialisert i fagområder, skal sykepleiertjenesten derimot ha bred kunnskap om alle aktuelle fagområder.

---

<sup>3</sup> Tall hentet fra styringsdata per august 2013, akuttmottaket Oslo universitetssykehus, Ullevål

Avdelingen ledes av en avdelingsleder og en seksjonsleder. I tillegg er det tre teamledere som har et daglig drift og personalansvar. Ledelse av et akuttmottak er preget av hvor kompleks og sammensatt resten organisasjonen er. Det er en mengde avdelinger og personell som har sitt virker i et akuttmottak som man som leder ikke har ansvar eller råderett over. Dette medfører at man må samhandle med en rekke andre aktører for å gjennomføre endring og prosjekter.

## En pasients gang gjennom akuttmottaket



**Figur 2: Ulike faser en pasient gjennomgår i et akuttmottak, forenklet med de viktigste hendelsespunkter**

Pasienter som skal tilses i akuttmottaket, blir først konferert om og deretter meldt inn av innleggende instans, dette kan være fastlege, legevakt eller prehospital tjeneste.

Konfereringen foregår ved at en lege ved sykehuset snakker med lege som ønsker innleggelse av pasienten, de blir enige om pasienten trenger innleggelse eller om vedkommende best kan få behandling et annet sted. Ved innleggelse blir en pasientmappe med relevante dokumenter forberedt av helsesekretærer og pasienten blir registrert som ventende i avdelingens IKT-systemer. Når pasienten ankommer blir vedkommende registrert i det pasientadministrative systemet og deretter triagert/hastegradvurdert av vakthavende triagesykepleier.

På akuttmottaket Oslo universitetssykehus, Ullevål brukes Manchester Triage Scale (MTS), som er et av de vanligste triagesystemer i Norge (Engebretsen, Roise et al. 2013). Et triagesystem er definert som «...et klinisk risikostyrings- og prioriteringssystem som kan brukes innen akuttmedisin for å styre pasientflyten når behovene/etterspørselen overstiger kapasiteten» (Sandvik 2011). Med andre ord, et system for å sortere pasienter i hastegrad basert på pasientens tilstand. Målsetningen med systemet er at rett pasient får tilsyn og behandling til rett tid. MTS i Norge består av 51 flyt-diagrammer over fem nivåer.<sup>4</sup> Triagesykepleier benytter seg da av det flytdiagrammet som passer best til pasientens symptomer og tilstand. Dette vil igjen avgjøre hvilken hastegrad vedkommende får. Hastegradene er knyttet opp til en forhåndsdefinert maksimal ventetid. I MTS er denne ventetiden satt til 0 minutter (ingen ventetid) i nivå en (eller «rød»), og til 240 minutter i nivå fem (eller «blå»). Pasienten blir gitt tilsyn så raskt som mulig, men i høyaktivitetsperioder og ved stor pågang, vil triagegraden være styrende for å prioritere hvem som skal tilses først.

Pasienter blir etter hastegradvurderingen undersøkt av sykepleiere og lege etter gitt prioritet. Etter legetilsyn, prøvebestilling, videre undersøkelser, oppstart av behandling og eventuelt annet aktuelt, blir pasienter enten flyttet videre inn i sykehuset eller utskrevet til bosted. Det er etablert rutiner som sier at alle pasienter skal tilses minimum en gang per time, eller oftere ved høy triagegrad.

Denne prosessen er unik for hver enkelt pasient. Den kan vare i 10 minutter for noen pasienter og opp til 10 timer for andre. Fasene som er beskrevet over, går også igjen i internasjonale klassifiseringer og taksonomier for pasientsikkerhet i akuttmottak, dog med visse nasjonale variasjoner (Vinen 2000, Cosby 2003, Fordyce, Blank et al. 2003).

---

<sup>4</sup> Se vedlegg 3.

## 3 Pasientsikkerhet

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for pasientsikkerhet, dens utvikling internasjonalt og i Norge. Deretter vil jeg utdype utfordringer knyttet til pasientsikkerhet i et akuttmottak.

I oppgaven bruker jeg Kunnskapssenterets definisjon på pasientsikkerhet: «Vern mot at pasienter utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Saunes, Svendsby et al. 2010). Denne definisjonen er også liknende med definisjoner benyttet i de skandinaviske landene, samt av verdens helseorganisasjon (WHO) (Mainz, Bartels et al. 2011). WHO definerer pasientsikkerhet som: «freedom for a patient from unnecessary harm or potential harm associated with healthcare».

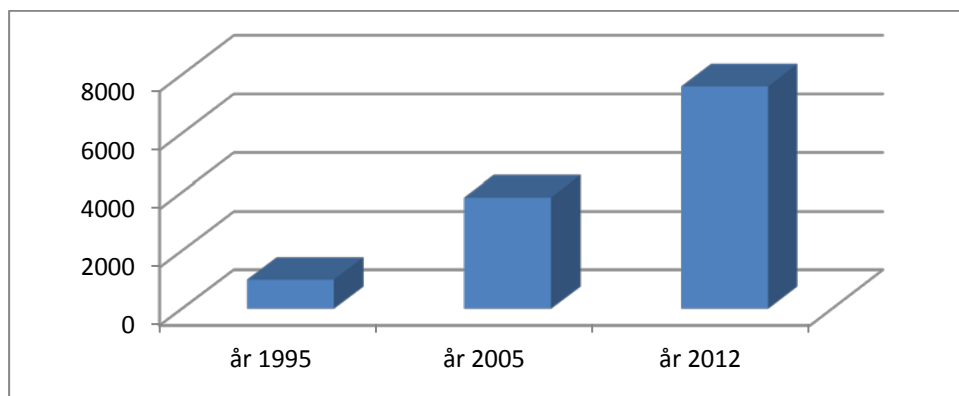
Kunnskapssenterets og WHO's definisjon setter søkelyset noe bredere enn mange av de tradisjonelle definisjoner, der fokuset ofte har vært på feilbehandling og skader. De har en bredere tilnærming til pasientsikkerhet som også inkluderer utelatelse av handling.

### 3.1 Pasientsikkerhet - utvikling

Dersom en går tilbake i historien kan en finne en rekke eksempler på at både utilsiktede hendelser og skader på pasienter er nevnt. Tidsmessig favner eksemplene vidt, fra Hammurabis lov fra 1760 før Kristus, via Semmelweis erfaringer rund håndvask og Nightingale sin organisering av sykehus på 1800-tallet til hendelser i moderne tid (Mainz 2011). I nyere tid førte den banebrytende publikasjonen «To Err is Human» at pasientsikkerhet virkelig kom i fokus (Donaldson, Kohn et al, 2000). Det var denne publikasjonen som for første gang klarte å overbevise både helsetjenesten og offentligheten om hvor omfattende hyppigheten av utilsiktede hendelser var. Her fremkommer det at mellom 44 000 til 98 000 personer døde i USA hvert år grunnet feil som kunne vært unngått i helsetjenesten. I denne publikasjonen ble budskapet gjort tilgjengelig for alle, ved at det ble benyttet «tabloide bilder» for å få frem budskapet. Antallet som døde grunnet utilsiktede hendelser i den amerikanske helsetjeneste, ble her sammenlignet med en jumbojet full av passasjerer som styrtet daglig.

Noe som også illustrer utviklingen godt er at begrepet «patient safety» ble eget MeSH-term (Medical Subject Headings), eller søkbart emneord, først i 2012 i databasen PubMed.





**Figur 3. Antall publiserte artikler om pasientsikkerhet i databasen PubMed.<sup>5</sup>**

Diagrammet over vil således være en god illustrasjon på det økte fokuset det har vært på dette temaet internasjonalt siste 10 til 20 årene.

## **3.2 Pasientsikkerhet i Norge**

### **Innledning**

Pasientsikkerhet i Norge er et ganske nytt fagområde. For 10 år siden var begrepet pasientsikkerhet noe en sjelden hørte i sykehuskorridorer eller på en operasjonsstue. I dag er det på vei til å bli et hverdagsbegrep, som er en del av helsepersonells daglige arbeid. For å illustrere dette kan man lese Helsedirektoratets veileder «Og bedre skal det bli!» (Sosial- og 2007). Her er begrepet pasientsikkerhet kun nevnt en gang i veilederen, mens begrepet kvalitetsforbedring er nevnt 15 ganger. Dette sier noe om hvor fokuset i helsetjenesten var midt på 2000-tallet. Siden den tid har det skjedd en stor endring både i befolkningen, hos myndigheter og blant helsepersonell.

### **Utvikling**

I 2007 publiserte Peter F. Hjort sin bok «Uheldige hendelser i helsetjenesten» (Hjort 2007). Hjort skapte en nasjonal diskusjon med sin publikasjon, der han hevdet at cirka 10 % av alle pasienter som ble lagt inn på norske somatiske sykehus ble utsatt for en utilsiktet hendelse. I denne boken fremgikk det at utilsiktede hendelser medførte en ekstra kostnad for samfunnet på cirka to milliarder kroner per år. Halvparten av disse utilsiktede hendelser i helsetjenesten

<sup>5</sup> PubMed juni 2013 Artikkelsøk med MeSH "patient safety"

kunne vært unngått hvis man lærte av feilene som ble gjort, ble det hevdet (Hjort 2007). Det kan påstås at dette var startskuddet både på økt fokus, samt debatt om temaet i Norge. Denne publikasjonen hadde på mange måter den samme effekten i Norge som «To Err i Human» hadde i USA.

Noe som også bidro til utviklingen var opprettelse av «Nasjonal enhet for pasientsikkerhet» i 2007. Denne ble underlagt Kunnskapssenteret, og enheten startet et systematisk arbeid for å kartlegge og utvikle pasientsikkerheten i Norge. I 2008 utførte de en intervju-undersøkelse med pasientsikkerhetsansvarlige på 28 helseforetak. Denne undersøkelsen konkluderte med at begrepet «pasientsikkerhet» var på vei inn i helseforetakene men det var store variasjoner mellom de forskjellige helseforetakene (Krogstad and Saunes 2009).

### **Pasientsikkerhetskampanjen**

I 2011 lanserte den daværende helseministeren pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Det er en kampanje som i løpet av perioden 2011 til 2013 har tre hovedmål:

- Å redusere pasientskader
- Å skape varige strukturer for pasientsikkerhet
- Å forbedre pasientsikkerhetskulturen i den norske helsetjenesten

I forbindelse med denne kampanjen ble det gjort en «Global Trigger Tool», eller en strukturert journalundersøkelse, på 7 819 tilfeldig valgte pasienter ved norske sykehus i 2010. I denne undersøkelse fremkom det at ved 16 % av pasientoppholdene oppstod det minst en skade, og at det ved 7 % av oppholdene oppstod det en skade som forlenget sykehusoppholdet (Deilkås 2011). Tallet for 2012, der 47 lokale GTT team gikk gjennom 11 728 tilfeldig utvalgte pasientopphold, var at det ved 14 % av pasientoppholdene oppstod en skade (Delikås 2013).

Som et ledd i nevnte pasientsikkerhetskampanje er det også gjort befolkningsundersøkelser om pasientsikkerhet i norske sykehus. Her fremkom det at befolkningen har stor tillit til den norske helsetjenesten, 82,8 % av 1 074 respondenter vurderte kvaliteten på helsetjenester i Norge som veldig god eller ganske god. Men 41,5 % av respondentene oppga at de selv eller noen i deres familie hadde opplevd en skadelig hendelse i kontakt med helsetjenesten (Haugum M 2013).

## **Avvik og meldeordning**

I 2009 gjennomførte Kunnskapssenteret en kartlegging av pasientsikkerhet i norske helseforetak. Der fremgikk det at innføring av elektroniske meldesystemer lokalt hadde ført til flere meldte hendelser (Krogstad and Saunes 2009).

Fra 1. juli 2012 tok Kunnskapssenteret over saksbehandling av alvorlige utilsiktede hendelser fra Statens helsetilsyn. En av målsetningene med dette var et ønske om bedre læring av feil og avvik. For å gjøre dette var det et behov for å skape et system som ikke er knyttet opp mot Statens helsetilsyns, som også har funksjon som sanksjonsmyndighet. De første erfaringene herfra viser at flere hendelser blir meldt til Kunnskapssenteret enn til Statens helsetilsyn, anslagsvis fem ganger så mange (Saastad, Flesland et al. 2012). Å skifte fokus fra å fordele skyld til læring av feil er essensielt. Dette er et grunnleggende prinsipp for forbedret pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Donaldson, Kohn et al. 2000, Hjort 2007, Reason 2000).

## **Stortingsmelding nr. 10 – Kvalitet og pasientsikkerhet**

I 2013 utkom en stortingsmelding om kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (Meld. St. 10 - 2012–2013), her fremgår det at regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er:

- Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud
- Økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring
- Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

Man kan dermed si at i løpet av kort tid har begrepet pasientsikkerhet gått fra å stå i skyggen til å komme frem i lyset. Det er på vei til å bli et av kjernebegrepene innen den norske helsetjenesten.

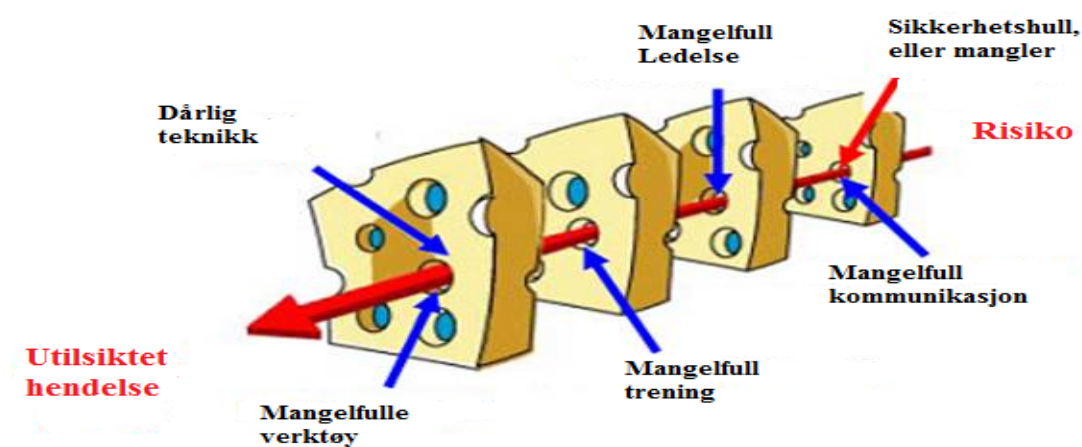
## **3.3 Pasientsikkerhet og risiko**

Årsakene til at utilsiktede hendelser, feil og skader oppstår er mange. Mye av kunnskapen som eksisterer på dette området, er hentet fra andre høyrisikoindustrier, som for eksempel luftfartsindustri, atomindustri og petroleumsindustri (Vincent 2010). Disse industriene har arbeidet aktivt med risiko og sikkerhetsarbeid i tiår før dette ble vanlig i helsetjenesten. Et

sentralt faktum i pasientsikkerhetsteori er at det er menneskelig å feile (Reason 1997). Derfor er det viktig å bygge opp systemer rundt mennesket som sørger for sikkerhet.

Kjerneelementer innen pasientsikkerhet er antatt å være gode meldesystemer og avvikshåndtering (Vincent 2006, 2010). Det er da viktig å etablere en god pasientsikkerhetskultur, som er preget av åpenhet til å lære av sine egne og andres feil. Ved hjelp av denne åpenheten å etablere systemer og standarder som skal sørge for sikkerhet både for pasient og behandler. Disse systemene og standardene skal i følge teorien virke som barrierer som forhindrer feil (Vincent 2006).

En modell som er mye brukt og som godt illustrer hvordan feil kan oppstå er James Reasons «Swiss Cheese Model» (Reason 1990). Som figuren nr. 4 viser, er hvert lag (osteskive) i modellen et forsvarsverk eller barriere, med et potensielt sikkerhetshull eller svikt. Dersom det oppstår svikt i flere av barrierene samtidig, oppstår muligheten for en utilsiktet hendelse. I følge Reason eksisterer det både aktive og latente feil som da er årsaken til hendelsen, og mye av sikkerhetstenkningen er konsentrert rundt dette.



Figur 4. Reasons «Swiss Cheese Model» med eksempler på barrierer og hvorfor det kan gå galt. Her tilpasset helsetjenesten.<sup>6</sup>

De aktive feilene er ifølge Reason direkte handlinger som blir utført av personale i «den skarpe enden». Dette kan være direkte feil, slurv eller at det brytes med etablerte retningslinjer. Latente feil, derimot, er som navnet antyder feil som ligger latent i et system. Disse kan ligge latent i flere år, og fører til utilsiktede hendelser kun dersom de blir kombinert

<sup>6</sup> Figur hentet fra Reason (2000) oversatt og tilpasset norske forhold.

med en aktiv feil. Eksempler på dette kan være knyttet til utdatert design eller gammelt utstyr som bryter sammen (Reason 2000).

For et sykehus eller en akuttavdeling vil barrierene (eller osteskivene) være eksempelvis sjekklister, standardisering, retningslinjer og metoder for kommunikasjon. Disse er da etablert som en barriere eller et hinder som skal motvirke utilsiktede hendelser.

*«We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work»*

*Reason (2000)*

Sitatet gjenspeiler en kjerne i sikkerhetstenkningen. Det er menneskelig å gjøre feil. Det er noe vi ikke kan endre. Men vi kan endre og forbedre forholdene og omgivelsene rundt mennesket, herunder bygge strukturer og kontrollsystemer som optimaliserer sikkerheten.

### **3.4 Pasientsikkerhet i akuttmottak**

I 2007 gjorde Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn av norske akuttmottak. Resultatet var nedslående. I rapporten «Mens vi venter... – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?» (2008) fremgikk det at i mer enn halvparten av de 27 akuttmottakene der tilsyn ble utført, var det usikkert om pasientene fikk forsvarlig pasientbehandling og diagnostisering. Andre konklusjoner var:

- Mange akuttmottak manglet et prioriteringssystem (triagesystem)
- I flere virksomheter måtte pasienter vente i flere timer før man fikk tilsyn av helsepersonell
- Pasienter ble ikke fulgt opp godt nok i ventetiden etter det første tilsynet
- Manglende lederstøtte for å styre personal og kompetanse rundt pasienten

Mye er selvsagt skjedd siden 2007. Men en gjennomgang av tilsynsrapporter og meldinger som angår akuttmottak hentet fra Statens helsetilsyns nettsider,<sup>7</sup> kan gi inntrykk av at mange av problemstillingene fremdeles er aktuelle. Et tilsyn fra fylkesmannen i Rogaland på Stavanger universitetssykehus i 2013, viser at mange av utfordringene som ble påpekt i 2007, fremdeles er aktuelle fem år senere. Dette gjelder blant annet mangel på tilsyn og observasjon, lang ventetid og samtidighetskonflikter.

---

<sup>7</sup> Gjennomgang av tilsynssaker på helsetilsynet.no i mai 2013.

Det er mange årsaker til at pasientsikkerheten er viktig i et akuttmottak. Oppholdet i et akuttmottak er det første møte pasienten har med sykehuset. Det kan være på grunn av en kritisk lidelse, der det er viktig å handle rett og til riktig tid. Pasientene er også ekstra sårbare, fordi de ikke vet hva som er årsaken til sin lidelse eller hva som er behandlingen. I tillegg til dette er et akuttmottak ofte preget av:

- Stor gjennomstrømning av pasienter
- Bredt fagfelt
- Tidspress
- Stor avhengighet av støttetjenester som radiologi- og laboratorietjenester
- Mange distraksjoner og avbrytelser
- Ukjente pasienter og lidelser
- Turnus og vaktarbeid
- Tilfeldig sammensatte team
- Uforutsette og raskt endrede situasjoner

Dette er faktorene som både enkeltvis og samlet er med på å skape utfordringer for god pasientsikkerhet (Bleetman, Sanusi et al. 2012). Internasjonalt finnes det klassifikasjoner som beskriver faktorer som bidrar til feil i et akuttmottak. Disse klassifikasjoner beskriver hva slags feil som kan oppstå, i hvilken fase det går galt og faktorer som bidrar til feil (Vinen 2000, Cosby 2003). Disse modellene fokuserer på prosesser som ligner de prosesser som foregår i et norsk akuttmottak. Faktorer som bidrar til feil i følge disse modellene er ofte knyttet opp mot kommunikasjon, samarbeid, akuttmottakets miljø og den akutte pasienten.

## **Organisatoriske forhold**

Strukturer og rutiner etablert av ledelsen er viktig med tanke på både å sørge for pasientens sikkerhet, men også for etablere en god pasientsikkerhetskultur (Vincent 2010). For å etablere og følge opp pasientsikkerhetskultur er det viktig med god og synlig ledelse. Manglende ledelse er også noe som Statens helsetilsyns rapport om forsvarlig behandling i akuttmottak (2008) etterlyser i norske akuttmottak. Faktorer som etablering av sjekklister, kommunikasjonsteknikker, forhindre avbrytelse, teamtrening og opplæring blir ofte nevnt som grunnleggende for å få dette til (Dhingra, Elms et al. 2010). Dette må også følges opp i det daglige, slik at etablerte systemer også blir til velfungerende systemer. For å legge til rette for en god pasientsikkerhetskultur er det også viktig at man har en åpen og tillitsfull kultur, der ansatte er trygge og kan lære av hverandres feil (Vincent 2010).

Et akuttmottak er en avdeling som samhandler med en rekke andre avdelinger, deriblant sengeposter og intensivavdelinger, samt en rekke andre støttefunksjoner. Det er viktig at et akuttmottak har et godt samarbeid med disse avdelingene, og har etablerte gode rutiner for å sikre en god pasientstrøm inn i sykehuset. Like viktig er det å sørge for god tilførsel av støttefunksjoner som for eksempel laboratorie- og radiologiske tjenester.

Stadige effektiviseringskrav i helsetjenesten har også ført til et økt press på akuttmottakene. Fra 2007 til 2011 har det vært en reduksjon på 10 prosent i antall somatiske senger i drift i Norge.<sup>8</sup> I 2011 var det totalt 11 246 disponible effektive senger i somatisk spesialisthelsetjeneste. I Statens helsetilsyns rapport om forsvarlig behandling i akuttmottak (2008) fremgikk det også at overflytning ofte tok tid. En årsak som ble beskrevet var for få tilgjengelige senger på sykehuset. Økte krav til effektivitet er også en årsak til at pasienter blir liggende lenge i akuttmottak. Erfaringsvis foretrekker man å behandle pasienter poliklinisk og dermed unngå at pasienten opptar en seng i sykehuset. Dette medfører igjen et større press på akuttmottaket, da liggetiden for denne pasientgruppen blir lenger.

### **Akuttmottakets uforutsigbarhet**

En grunn til at pasientsikkerhet i akuttmottaket er en stor utfordring ligger i selve navnet akuttmottak, nærmere bestemt den uforutsigbarheten som kan kjennetegne akutte hendelser. Dette er en avdeling der det er drift 24 timer i døgnet, og man aldri vet hva som vil skje, eller i hvilket omfang. Dette medfører at de som arbeider der må være beredt på det meste og de fleste. Akuttmottaket er en av få avdelinger på et sykehus som kan sies å ha «elastiske» vegger. Det er en del av hverdagen og kulturen i et akuttmottak at man skal ivareta de pasientene som kommer, uansett antall.

*«Når det er mange pasienter i mottaket samtidig, har verken sykepleier eller leger oversikt over hvor alvorlig pasientenes tilstand er til enhver tid.»*

Sitatet over er hentet fra Statens helsetilsyns rapport om forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket (2008). Her påpekes noe som er vanlig i både norske og utenlandske akuttmottak: I perioder er det flere pasienter enn det er kapasitet til. I en amerikansk undersøkelse der 2 500 akuttleger ble bedt om å vurdere sin oppfatning om pasientsikkerhetsrisiko, sies det at «crowding» eller fortetning i akuttmottak er den faktoren

---

<sup>8</sup> Tall fra Samdata, Helsedirektoratet.no hentet september 2013.

som skaper størst bekymring (Sklar, Crandall et al. 2010). I tillegg til plassmangel fører et høyt antall pasienter, og at man dermed i liten grad kan kontrollere egen driftsituasjon, til en rekke utfordringer som hektiske hverdager og tidspress. En konsekvens av dette blir stor grad av multitasking og opplevelse av stress, fordi både leger og sykepleiere har ansvar for mange pasienter og oppgaver samtidig. Av personlig erfaring vet jeg at dette er meget utbredt i Norge i 2013. Internasjonal blir dette også påpekt som en stor utfordring (Croskerry 2009).

## **Kommunikasjon og distraksjoner**

For å sikre god samhandling og pasientbehandling, er god kommunikasjon mellom aktørene i et akuttmottak viktig. Fordi miljøet er hektisk og til tider uoversiktlig, er det viktig å ha gode kommunikasjonslinjer og metoder (Cosby 2003). En australsk studie fra 2001 viste at ansatte i et akuttmottak ble avbrutt i sitt virke mellom 11,2 og 14,4 ganger per time (Spencer, Coiera et al. 2004). Det vil si at man i løpet av en arbeidsdag blir avbrutt over 100 ganger. Samtidig fremgår det i en analyse av 144 nesten-uhell som ble utført i USA i 2013 at en hovedgrunn til disse, var stadige avbrytelser og forstyrrelser i arbeidet (Speroni, Fisher et al. 2013).

For å kvalitetssikre kommunikasjonen i et team, samt det som er beskrevet som «ikke-tekniske team-ferdigheter», har helsetjenesten lært fra luftfartsindustrien, som har arbeidet med sikkerhet og kvalitetssikring en årrekke (Pruitt and Liebelt 2010). Såkalt «Crew Resource Management» har begynt å bli utbredt på mange sykehus, også i Norge. Via denne kommunikasjonsformen sikrer man da at kommunikasjon blir mottatt og effektivt i akutte situasjoner. Metoden er en åpen kommunikasjonsform, alle blir hørt og beslutninger er en prosess der alle team-medlemmene inkluderes (Cosby and Croskerry 2004). Gjennom metodikken trenes det blant annet på koordinering, kommunikasjon, beslutningstaking og håndtering av stress.

Det eksisterer også andre kommunikasjons-modeller som for eksempel SBAR (Situation – Background - Assessment - Recommendation) som er etablert og implementert en rekke steder for å sikre god kommunikasjon (De Meester, Verspuy et al. 2013). Denne metoden har vist seg å være effektive når flere aktører, med ulik bakgrunn og forståelse, samarbeider.



## **Teamarbeid**

Et klinisk mikrosystem (KMS) er ofte definert som «...en liten gruppe mennesker som arbeider regelmessig sammen om en avgrenset gruppe pasienter» (Mainz, Bartels et al. 2011). Det er vist at KMS kan bedre både pasientsikkerhet og pasient-tilfredstillelse (von Plessen and Gäre 2012). Det kan diskuteres hvor faste og regelmessige team i et akuttmottak er. Ofte er de tilfeldig sammensatt, men av en rekke faste aktører. Årsaker til dette er både at det ikke er faste leger i akuttmottak, og at man jobber vaktordninger, slik at det vil være tilfeldig hvem som er deltagere i teamene fra dag til dag. Dette stiller større krav til etablerte systemer og kommunikasjon, samt deltagernes kjennskap og lojalitet til systemene.

### **«Den akutte pasienten»**

Pasienten selv bidrar også til utfordringer rundt pasientsikkerhet. For de fleste av oss er et besøk til et akuttmottak ikke noe en planlegger. Når pasienten ankommer, har de derfor ikke alltid med seg en liste over medikamenter de bruker. Ofte eksisterer det lite informasjon, både om pasienten, sykehistorien og hva som har skjedd. Det kan være en pasient i krise, eller som ikke klarer å kommunisere adekvat. Dette medfører ofte en rekke utfordringer, både med henhold til kommunikasjon, riktig diagnostikk og behandling til rett tid (Croskerry 2009).

## **Kultur**

Alle avdelinger har en egen kultur som nærmest sitter i veggene. Med kultur menes her overleverte mønster av meninger og etiske koder for adferd, som danner grunnlag for identitet og dannelse av sosiale grupper (Jacobsen, Thorsvik 2013). Kultur er vanskelig å endre, det må arbeides målrettet og systematisk for å få dette til. Kan det påstås at kulturen i et akuttmottak er unik? Og er alle akuttmottak like? Som nevnt har akuttmottakene utviklet seg i løpet av 30 år fra å være enkle mottakelsesavdelinger, med en forholdsvis liten og uskolert bemanning, til store og spesialiserte avdelinger. I dag er hverdagen preget av lite forutsigbarhet i arbeidet. De som arbeider der er vant til å improvisere, da de i løpet av kort tid ofte må ta raske beslutninger. I en amerikansk undersøkelse om pasientsikkerhetskulturen på 92 amerikanske sykehus, scoret leger og sykepleiere med sitt daglige virke i akuttmottaket vesentlig dårligere enn resten av sykehusene på spørsmål om pasientsikkerhetskultur (Singer, Gaba et al. 2009). I et akuttmottak er det også store krav til effektivitet, fordi det til tider er et stort pasientvolum. Det medfører at det kan oppstå et spenningsforhold mellom effektivitet og god kvalitet. Det er

i litteraturen beskrevet at i høyaktivitetsperioder kan det medføre at effektiviteten går foran kvaliteten i et akuttmottak (Nugus and Braithwaite 2010). Det er også beskrevet at behovet for raske avgjørelser kan føre til at ansatte i et akuttmottak er mer tilbøyelige til å bryte med rutiner og retningslinjer (Croskerry 2009).

Det kan dermed virke som et akuttmottaks kultur og god pasientsikkerhetskultur lett kan komme i konflikt. Et resultat av denne konflikten er at man i akuttmottak er tilbøyelig til å bryte retningslinjer og etablerte systemer dersom målet er effektiv og rask behandling av pasienten (Raghunathan 2012).

### **Insidenstall utilsiktede hendelser**

Det er gjort en rekke undersøkelser om frekvensen på utilsiktede hendelser i sykehus både i Norge og internasjonalt, og det forekommer stor variasjon i resultatene. Undersøkelsene er ofte gjort via en strukturert journalundersøkelse, der GTT er det vanligste redskapet.

Variasjonen i insidenstallene på utilsiktede hendelser på sykehus varierer mellom 3 % og 16 %.

Land	År	Insidenstall
USA	1991	3,7 %
USA2	1999	3,3 %
Australia	1994	13 %
Storbritannia	2000	11 %
New Zealand	2001	13 %
Danmark	2001	9 %
Frankrike	2004	8,9 %
Canada	2008	7,5 %
Sverige	2008	12,6 %
Norge	2010	16 %
Norge	2012	14 %

**Tabell 1: Insidens av utilsiktede hendelser på sykehus i ulike land.<sup>9</sup> Fra Norge er tall fra undersøkelse både i 2010 og 2012 tatt med.**

<sup>9</sup> Tabell hentet fra Mainz, J. et al (2011) supplert med norske data fra Delikås E, (2011, 2013)

Tallene i tabellen over har store variasjoner, og populært konkluderes det med at cirka hver tiende pasient som blir behandlet, blir utsatt for en utilsiktet hendelse. Dette er som nevnt tall for hele sykehusopphold, men hvor mange av disse hendelsene oppstår i et akuttmottak? Det er konsensus om at et akuttmottak er en type avdeling der det er en stor risiko for utilsiktede hendelser (Croskerry 2009).

Studier som er gjort på insidenstall av utilsiktede hendelser og nesten-uhell i akuttmottak varierer også. En årsak kan være at tallene er knyttet til ulike typer av studier. Det foreligger både studier gjort med GTT eller andre verktøy, observasjonsstudier, intervjuer av pasient og pårørende eller en kombinasjon av de nevnte. Insidenstallene her for utilsiktede hendelser i akuttmottak varierer fra 5-10 %.

Land	År	Insidenstall	Type studie	Forfatter
Canada	2008	5 %	Intervju pasienter	Freidman et al.
Canada	2009	8,5 %	Journalundersøkelse	Calder et al.
Frankrike	2012	10 %	Journalundersøkelse	Freund et al.

**Tabell 2: Insidenstall utilsiktede hendelser i et akuttmottak**

Studiene som er nevnt i tabell nr. 2 er noe begrenset dersom de sammenlignes med studiene i tabell nr. 1, men de kan bidra til å gi et inntrykk av omfanget av utilsiktede hendelser som oppstår i et akuttmottak. I den første studien, der 201 pasienter og pårørende ble intervjuet 24 timer etter opphold i akuttmottaket om utilsiktede hendelser og nesten-uhell fremgikk, det at fem prosent av pasientene som var innom akuttmottaket, ble utsatt for en utilsiktet hendelse. Fire prosent ble utsatt for et nesten-uhell (Friedman, Provan et al. 2008). Studie nr. 2 i tabellen er en kanadisk studie med kombinerte journalundersøkelser og intervjuer av 503 pasienter. Den viste at 8,5 % av alle pasienter i akuttmottak var utsatt for en utilsiktet hendelse (Calder, Forster et al. 2010). Den tredje studien i tabell nr. 2, en fransk studie som analyserte 197 pasientforløp gjennom et akuttmottak, viste at hos 19 pasienter kunne man kategorisere 34 hendelser som utilsiktede hendelser (Freund, Goulet et al. 2013).

En svensk undersøkelse, som systematisk gjennomgikk alle meldte avvik, anslo at 15 % av de totale utilsiktede hendelsene hadde sitt utspring i akuttmottaket (Kallberg, Gøransson et al. 2013). Med kjennskapen vi har til hyppighet av utilsiktede hendelser både i sykehus og akuttmottak, kan man konkludere at pasientens sikkerhet er en stor utfordring i akuttmottak.

# 4 Avklaringer og metodiske valg

## 4.1 Innledning

Bakgrunnen for denne oppgaven var å identifisere i hvilke situasjoner helsepersonell mener pasienter har risiko for å bli utsatt for utilsiktede hendelser og neste-uhell i akuttmottaket. I de neste kapitlene vil jeg gjøre rede for bakgrunnen for valget av metode, gjennomføringen av studien og en gjennomgang av enkelte etiske vurderinger. Jeg forsøker å beskrive de metodiske valgene grundig så det skal være transparent for leseren hvilke metodiske valg og refleksjoner jeg har gjort i prosessen. Jeg har brukt prosjektlogg igjennom hele prosjektet. Denne har jeg notert i fortløpende, både spørsmål og refleksjoner som angikk metodiske valg samt andre faglige spørsmål.

## 4.2 Valg av metode

Jeg har brukt kvalitativ metode for å belyse mitt tema. Bakgrunnen for dette var at jeg ønsket mest mulig dybdekunnskap om det temaet jeg vil undersøke. Jeg ønsket å bidra til økt kunnskap om pasientsikkerhet i akuttmottak i Norge, sett fra personalets synsvinkel. Jeg mener at de som arbeider der har god kunnskap om dette og vil egne seg som informanter. En annen interessant mulighet ville være å intervju pasienter og pårørende om det samme temaet, men dette ville være en annen studie.

I følge Kirsti Malterud (2011) er kvalitative metoder godt egnet der problemstillingen som skal utforskes er kompleks og sammensatt. Hun definerer kvalitative metoder som en forskningsstrategi for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Pasientsikkerhet i et akuttmottak er et stort tema, og årsaker til eventuelt svikt kan være meget sammensatte og komplekse. Jeg mener derfor at metoden godt sammenfaller med min problemstilling og vil være egnet.

Jeg har valgt å ha både fokusgruppe- og dybdeintervjuer med nøkkelpersoner. Fokusgrupper blir i litteraturen beskrevet som noe som er egnet dersom en vil lære av erfaringer, holdninger eller synspunkter i miljøer der mange mennesker samhandler (Malterud 2012). Jeg valgte også fokusgrupper, da jeg mente at diskusjon og gruppedynamikken i en fokusgruppe ville berike både data og oppgaven. Etter fokusgruppeintervjuene foretok jeg semistrukturerte

intervjuer med nøkkelpersoner som ble plukket ut på bakgrunn av deres funksjoner og roller i akuttmottaket. På grunn av arbeidsformen i akuttmottaket var det vanskelig å få disse med i fokusgrupper, så dette var den måten jeg kunne få innhentet informasjon fra dem på.

Jeg valgte systematisk tekstkondensering (Malterud 2012), da denne metoden både ble anbefalt av utdanningsinstitusjonen, og var betraktet som en egnet metode for gjennomføring av et kvalitativt forskningsprosjekt for første gang.

Jeg kunne også ha anvendt andre metoder, for eksempel analyse av avviksmeldinger og registrering av faktiske pasientskader ved retrospektiv journalgjennomgang. Dette ble vurdert initialt i prosjektet, men lagt bort til tross for at dette kunne ha vært en berikelse for oppgaven. Bakgrunnen for dette var at jeg i stor grad også var opptatt av personalet opplevelse, samt årsakene til fenomenene, og dette ville komme bedre frem ved valgt metode.

### **4.3 Bakgrunn og forforståelse**

Da jeg selv har arbeidet en årrekke i et akuttmottak, har jeg god kjennskap til både organiseringen og kulturen der. Som nevnt har jeg innehatt ulike stillinger i akuttmottaket, og har i dag jeg en lederrolle. Jeg har også selv mange oppfatninger om pasientsikkerhetsutfordringene i akuttmottaket. En utfordring har dermed vært ikke å la denne forforståelse sette begrensninger eller prege datainnsamling og analyse. Min lederrolle vil bidra til en ekstra utfordring ved fremskaffelsen av valide data. For å motvirke dette gjorde jeg to ting. Jeg hadde først et testintervju med en informant. Dette intervjuet ble transkribert og analysert. Hovedfokuset her var å finne ut hvor mye min person og forforståelse hadde preget intervjuet. I etterkant av intervjuet ba jeg informanten om å vurdere meg og hvordan intervjusituasjonen hadde vært. Elementer som fremkom i denne vurderingen var blant annet: Informanten hadde i liten grad tenkt over min rolle under intervjusituasjonen. Vedkommende hadde sett intervjuet som et forbedringsprosjekt der informanten ønsket å bidra sannferdig. Data fra dette intervjuet er ikke inkludert videre i datasamlingen eller oppgaven.

Jeg hadde også en observatør til stede på det første fokusgruppeintervjuet. Vedkommende gjorde da en evaluering av min intervjuform og hvordan jeg preget intervjusituasjonene. Observatøren ga uttrykk for at det var god flyt i diskusjon og samtale, samt at stemningen i gruppen virket god og trygg. Observatøren ga uttrykk for at min rolle og bakgrunn ikke virket

hemmende for å få fram informasjon og meninger, men at jeg måtte være observant på om informantene hadde baktanker med informasjonen de ga, da jeg hadde en lederstilling i avdelingen. Dette er betraktninger som jeg har hatt med meg i både bearbeiding og analyse av data, og jeg kommer tilbake til i punkt 4.7.

## **4.4 Informanter og utvalgsavklaring**

Jeg planla å ha fire til seks fokusgruppeintervjuer, og avholdt fire da jeg mente jeg hadde oppnådd informasjonsmetning. Da jeg kun hadde muligheter til å samle sykepleiere i fokusgrupper, valgte jeg å supplere med fire dybdeintervjuer, der tre var med leger og et med en sykepleier.

Initialt intervjuet jeg tjue sykepleiere i fire fokusgrupper. Det er antatt at fire til seks deltakere er ideelt i fokusgrupper (Malterud 2012). Følgende inklusjonskriterier ble satt for deltagelse i fokusgruppene:

- Informantene skulle være sykepleiere som hadde sitt daglige virke i akuttmottak
- De skulle arbeide full stilling i tre-delt turnus, det vil si arbeide både dag-, aften- og nattevakter
- Kun ansatte jeg ikke hadde et direkte personal- og lederansvar for

Informantene ble rekruttert ved det ble sendt invitasjoner til et utvalg av de ansatte. Det ble sendt ut 30 invitasjoner, der 27 takket ja. Av disse ble 20 intervjuet. Årsakene til at disse ble plukket ut var praktiske. Eksempelvis var flere av de potensielle informantene ikke tilstede av ulike årsaker i intervjuperioden. Det bød også på utfordringer å få samlet gruppene i en travel hverdag.

I følge Malterud (2011) er et strategisk utvalg sammensatt fra målsetningen til oppgaven det som har best potensiale til å belyse problemstillingen. Utvalgsstrategien jeg benyttet i denne oppgaven var at informantene skulle gjenspeile akuttmottaket best mulig. Årsaken til dette var at jeg ønsket et representativt utvalg ut fra avdelingen jeg benyttet til datasamling, for dermed både å få valide data, samt å få innblikk i alle fenomener jeg ønsket å undersøke. Derfor var både uerfarne og erfarne sykepleiere rekruttert som informanter. Disse hadde arbeidet i akuttmottak fra ett til tretti år. Median ansettelsestid i akuttmottaket for disse sykepleiere var seks år. Blant disse informantene var det fire mannlige sykepleiere og resten kvinnelige, noe

som også gjenspeiler kjønns sammensetningen i avdelingen. Av informantene var det syv som hadde videreutdanning enten innen anestesi- eller intensivsykepleie. Jeg forsøkte å fordele informantene i grupper så man kunne ivareta spennet i både ansiennitet, kjønn og videreutdanning, men av praktiske grunner, som for eksempel sykdom på intervjudagen, lot dette seg ikke alltid gjøre. Resultatet ble at det var en gruppe der sykepleiere med videreutdanning ikke var representert.

Gruppe	Kjønn	Alder	Spesialisering	Erfaring
1	1 mann	26 år-59 år	2 spes-spl	2 år – 30 år
	4 kvinner	Median 36 år		Median 9 år
2	1 mann	29 år – 49 år	0 spes-spl	3 år – 12 år
	4 kvinner	Median 38 år		Median 8 år
3	1 mann	24 år – 55 år	2 spes-spl	1 år – 20 år
	4 kvinner	Median 29 år		Median 5 år
4	1 mann	29 år . 51 år	3 spes-spl	3 år – 11 år
	4 kvinner	Median 34 år		Median 6 år
Summert	4 menn	24 år – 59 år	7 spes-spl	2 år – 30 år
	16 kvinner	Median 34 år		Median 9 år

**Tabell 3. Informanter, fordelt per gruppe på kjønn, alder, spesialisering og erfaring, med minimum, maksimum og median tid der dette er aktuelt.**

En hovedårsak til at jeg valgte fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og individuelle intervjuer med leger (og en sykepleier) var tilgjengelighet. Det var ikke mulig å samle det antall leger jeg ønsket på samme tidspunkt. Årsaken til at jeg valgte sykepleiere med ulik arbeidserfaring og leger med forholdsvis lang erfaring var både for å få mer bredde, samt å utdype dataene fra fokusgruppene. At jeg kun valgte leger i under spesialisering i indremedisin hadde sin bakgrunn at de er den legegruppen som kjenner akutt mottaket best, og dermed hadde best forutsetninger til å belyse problemstillingene. Dataene fra fokusgruppene er det som utgjør hovedtyngden av dataene i den påfølgende analysen.

Jeg vurderte også å intervju andre yrkesgrupper som for eksempel radiografer, bioingeniører eller portører. Jeg valgte likevel ikke å gjøre dette da jeg ønsket å fokusere på gruppene som hadde størst kjennskap til akutt mottaket.

## **4.5 Intervjuguide**

Jeg utarbeidet en intervjuguide.<sup>10</sup> Denne ble utarbeidet på bakgrunn både av teori og egne erfaringer om pasientsikkerhet og gjennom arbeide i akuttmottak. Før utarbeidelse leste jeg aktuell litteratur. Dette var både et artikkelsøk i databasen PubMed med søkeord: «patient safety» og «emergency medicine», samt en gjennomgang av avvik som var rapportert avdelingen. Jeg hadde så et testintervju der jeg forsøkte denne ut. I etterkant av dette intervjuet ble intervjuguiden revidert. Årsaken til dette var at under testintervjuet fremkom det en mengde svar /informasjon som ikke var relevante for problemstillingen, men mer relaterte seg til driftsproblematikk i akuttmottaket. Disse spørsmålene ble fjernet. Det fremkom ved analyse av data at intervjuguiden likevel ble for omfattende i forhold til problemstillingen, og at for oppgavens del kunne den med fordel ha vært smalere.

Et eksempel på dette var at jeg i begynnelsen av prosjektet ønsket i større grad enn det som ble gjort å inkludere avvik som var registrert, som datagrunnlag. Men både ved gjennomgang av avvik, samt med årsak i informantenes besvarelser vedrørende avvik, ble dette brukt i mindre grad. Det var av flere grunner til dette. Det ble av informantene sagt at det var en underrapportering av avvik. En annen grunn var at jeg ved gjennomgang av avvikene så at majoriteten av avvikene var skrevet av en liten gruppe personer i avdelingen. Da jeg dermed ikke klarte å se om avvikene representerte avdelingens faktiske hendelser valgte jeg ikke å ta med dette videre i oppgaven. Avvikene ble derimot benyttet som en av flere kilder til intervjuguiden.

Intervjuguiden var todelt, der første side var spørsmål jeg ønsket fokusgruppen skulle diskutere. Side to ble utarbeidet etter fokusgruppeintervjuene, og var et hjelpemiddel inn i de individuelle intervjuene, der jeg i ønsket en annen yrkesgruppes synspunkt på funnene. Denne side var basert på funn i fokusgruppeintervjuene.

## **4.6 Intervjuer**

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en periode på fire uker. Årsaken til dette var et ønske om at endringer i for eksempel arbeidspress og arbeidsmiljø skulle prege dataene så lite som mulig. Alle intervjuene var preget av god stemning og var preget av god og trygg stemning.

---

<sup>10</sup> Se vedlegg 2



Dette ble bekreftet i etterkant av informantene. I fokusgruppeintervjuene var det lite struktur og jeg fungerte som en moderator. Innledningsvis ble bakgrunnen for studien repetert. Alle fokusgruppeintervjuene ble så startet med spørsmålet: «Har dere opplevd situasjoner der pasientsikkerheten er blitt svekket?» Informantene fikk deretter stor frihet til å gi uttrykk for det de mente var viktig. Årsaken til dette var at jeg ville favne bredt så jeg ikke glipp av fenomener eller hendelser. Informantene kom med mange konkrete eksempler på situasjoner og årsaker. Det var en god flyt i diskusjonene i gruppene. Som moderator forsøkte jeg å få informantene til utdype i hvilke ulike faser i et mottak av en pasient de opplevde at pasientsikkerheten ble svekket.

I en av fokusgruppene artet diskusjonen seg litt annerledes enn i de andre tre. Dette var gruppen som ikke hadde noen spesialsykepleiere. Diskusjonen og samtalen i denne gruppen hadde like god flyt som de andre gruppene, men bar preg av å være fokusert på enklere problemstillinger, som for eksempel pasienter som faller ut av seng. Denne ene gruppen var preget av lite diskusjoner, og det kunne virke som informanten ønsket å bekrefte hverandre. De andre gruppene nevnte også disse problemstillingene, men diskuterte dette mer opp til årsaker knyttet til både organisering og system. Om dette var tilfeldig eller et resultat av sammensetningen i fokusgruppen er vanskelig å bedømme.

I fokusgruppene var det et tema som gjennomgående førte til diskusjon. Dette var knyttet til behov og etterlevelse av systemer og sjekklister. Det var en tendens at informantene med lang erfaring fra et akutt mottak så en mindre verdi av sjekklister og skriftlige rutiner enn informantene med kortere erfaring. Dette førte til uenighet og diskusjoner innad i fokusgruppene. I disse diskusjonene forsøkte de erfarne sykepleierne å argumentere og få støtte for sine synspunkter, noe de ikke lyktes med. Dette var en tendens i alle fokusgruppene, men mer utpreget i en, som hadde en majoritet av erfarne sykepleiere. Dette førte til en god dynamikk og diskusjon. Det var også en tendens til at sykepleiere med videreutdanning tok ledelsen og forsøkte å dominere diskusjonene, samt at de søkte bekreftelse fra resten av gruppen.

De individuelle intervjuene var mer strukturerte, fordi jeg der ønsket å belyse og utdype data som allerede var innsamlet i fokusgruppene. Også her ble intervjuene startet med det samme spørsmålet som i fokusgruppene. Det var her større variasjon i flyten i intervjuene. I et av intervjuene pratet informanten kontinuerlig tilnærmet uten avbrytelser. De andre intervjuene

bar mer preg av spørsmål og svar. Her ble første side av intervjuguiden mer aktivt brukt enn i fokusgruppeintervjuene. Analyse av fokusintervjuene ble gjort før de individuelle intervjuene ble utført. Etter fire fokusgruppeintervjuer med sykepleiere følte jeg at jeg hadde nådd et metningspunkt, da det ikke fremkom noen nye vesentlige data. Jeg gjennomførte da individuelle intervjuer med leger.

Alle intervjuene ble avsluttet med en oppsummering der jeg repeterte kort hva informanten hadde sagt. Dette førte til ytterligere informasjon fra informantene.

## **4.7 Analyse**

Alle intervjuer er transkribert av meg kort tid etter intervjuene. Malterud (2011) fremhever at gevinsten forskeren har ved å utarbeide egne transkripsjoner er stor, da forskeren får en detaljert og tidlig tilgang til datamaterialet.

Alle intervjuene ble analysert ved hjelp av «systematisk tekstkondensering». Dette er en metode som i følge Malterud er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av forfatteren (Malterud 2011).

Analysen ble gjennomført i fire trinn som også blir beskrevet av Malterud (2011). I trinn en ble det transkriberte råmaterialet lest igjennom. Deretter fant jeg noen temaer som jeg merket meg intuitivt. De foreløpige temaene jeg fant i dette trinnet var:

- Feil prioritering
- Manglende samarbeid
- Dokumentasjon
- Arbeidspress
- Medikamenthåndtering
- IKT-systemer

I andre trinn av analysen gjorde jeg en systematisk gjennomgang av dataene for å identifisere meningsbærende enheter. I følge Malterud (2011) er dette tekst som bærer med seg kunnskap om temaene fra første trinn eller problemstillingen. Disse meningsbærende enhetene ble så kodet ved at de ble klassifisert i temaene/kodene nevnt over. Dette førte til at de intuitive temaene ble endret, samt at det dukket opp flere temaer/koder. Praktisk ble dette gjort ved hjelp av ulike fargekoder i et tekstdokument. Eksempler på koder som fremkom i dette trinnet

av analysen var at temaet «arbeidspres» ble til kodene «for mange pasienter» og «samtidigskonflikter» og «manglende samarbeid» ble endret til «kommunikasjon». Dette ble så organisert i kodegrupper. Det var tre store kodegrupper som hadde flere subgrupper. Disse kodegruppene var «kommunikasjon og samarbeid», «System og kultur» og «kapasitet».

I tredje trinn av analysen skal man hente ut mening fra de kodede meningsbærende enhetene. Jeg gjennomgikk hver kodegruppe gjennomgått, og delt i subgrupper. Kodegruppen «kommunikasjon og samarbeid» ble her delt i subgruppene «diskontinuitet», «stress» og «samarbeid». I de ulike subgruppene laget jeg så kondensater. Et eksempel på et kondensat i subgruppen «diskontinuitet» er:

*«Jeg blir avbrutt i det jeg gjør hele tiden. Jeg må hele tiden gå vekk fra pasientene for å besvare på henvendelser og andre ting. Da jeg kommer tilbake er det ikke alltid like lett å plukke opp tråden der jeg var. Stadige avbrytelser fører til at jeg glemmer ting. Jeg tror det fører til feil. Det fører også til at jeg ikke får den kontakten jeg ønsker å ha med pasienten.»*

I analysens siste del rekontekstualiserte jeg. Det vil si at jeg sammenfattet kunnskapen fra de enkelte kode- og subgruppene og på bakgrunn av de kondenserte tekstene lagde en analytisk tekst. I denne analytiske teksten forsøkte jeg å trekke ut data som var knyttet til forskningsspørsmålene.

Under analyseprosessen stilte jeg meg kontinuerlig et spørsmål om besvarelsen ville vært annerledes dersom jeg ikke hadde en lederrolle i avdelingen. Betragtninger rundt dette ble fortløpende registrert i prosjektloggen, og ble brukt til både å evaluere data og analysen i de ulike trinnene.

Sitater benyttet i oppgaven er noe omskrevet fordi de ble gitt i en muntlig form. Dette er gjort uten at budskapet eller mening i sitatene er forringet.

## **4.8 Refleksivitet og validitet**

I følge Malterud (2011) er studiens refleksivitet, relevans og validitet grunnlagsbetingelsene for en vitenskapelig studie. Refleksivitet blir av Malterud definert som forskerens forutsetninger og tolkningsrammer. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til, om den er relevant. Validitet handler om gyldigheten til det forskeren forsøker å finne ut av

(Malterud 2012). Jeg vil i dette avsnittet drøfte disse begrepene i lys av til mitt metodevalg og min undersøkelse.

## **Refleksivitet**

Refleksivitet har paralleller til det vitenskapelige kravet om objektivitet. Dette knyttes til nøytralitet i forhold til det som skal studeres. Da jeg har god kjennskap til temaet for denne oppgaven fra tidligere, har refleksiviteten i oppgaven vært en utfordring. Som nevnt tidligere har jeg benyttet assistanse i innledningen til datasamlingen for å redusere påvirkningen av min forforståelse. Jeg valgte også etter analyse av alle data å ta en pause på fire uker. Etter dette gikk jeg på nytt igjennom rådata som var innsamlet samt de ulike analysetrinnene for å forsikre meg om at min forforståelse preget analysen så lite som mulig. Dette førte ikke til vesentlig endring av analysene. Min kunnskap og forforståelse har vært positiv i den form at den har drevet prosjektet fremover. Jeg har også til enhver tid vært klar over min stilling i prosjektet, og at den nærhet og kjennskap jeg har til materialet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. For å kunne være objektiv har jeg derfor i hele prosessen vært observant hva mitt utgangspunkt var og hvilke «briller» jeg har hatt på når jeg har lest og analysert data. Jeg har også vært bevisst på at jeg ved min kjennskap til temaet kan ha ført til «blind spots», der jeg grunnet min forforståelse har vært blind for visse fenomener, som kan føre studien inn i et bestemt løp. Dette har jeg vært bevisst på, og prosjektlogg ble brukt aktivt i hele prosessen for å avhjelpe dette.

## **Relevans**

Relevans er sterkt knyttet til validitet. I følge Malterud (2011) går spørsmål om relevans igjen i hele den kvalitative forskningsprosessen. Er metoden som er benyttet en relevant vei til kunnskap? Da denne studien intervjuet informanter med god kjennskap til problemstillingen, vil jeg anta at utvalget ga et relevant grunnlag for svar på spørsmålene studien undersøkte. Som begrunnet er også metoden relevant i forhold til oppgaves problemstilling og gjennomføring.

## **Validitet**

Validiteten omhandler gyldigheten på dataene. Ofte skiller man mellom intern og ekstern validitet. Med intern validitet menes i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og

det fenomenet som er undersøkt. Med ekstern validitet menes om resultater er overførbare, er data valide også utenfor den konteksten der de er undersøkt (Malterud 2011). Den interne validiteten er preget av at det er ansatte i akuttmottak som her ble spurt om når en pasients sikkerhet ble truet og årsaker til dette i egen avdeling. Ved påfølgende analyse stilte jeg de samme spørsmålene til den transkriberte teksten. Ved vurdering av dataenes validitet fokuserte jeg på at utvalgskretsen hadde god innsikt i problemstillingene og virket engasjert i problemstillingen. Underveis i fokusgruppene forsøkte jeg å gjenta spørsmålet på noen ulike måter, blant annet ved at jeg ba om eksempler. Svarene som ble gitt var entydige, men konsensus er ikke et mål på validitet. Det kan stilles spørsmål om min rolle i intervjuene kan ha påvirket validiteten på dataene, særlig det som angår stress og arbeidspress i hverdagen. Hadde informantene noen baktanker med dataene de oppga? Det er vanskelig å vite, og kan ha påvirket validiteten negativt.

Den eksterne validiteten sier noe om data og resultater er overførbare. Hvor stor grad funn og konklusjoner er generaliserbare, og dermed overførbare til andre akuttmottak i Norge og resten av verden, kan være diskutabelt. En utfordring er at akuttmottak i Norge på mange måter er forskjellige og kan dermed være vanskelige å sammenligne. Likevel er det også mange likheter med hensyn til funksjon, ressurser og oppgaver og min hypotese er at funnene i oppgaven vil kunne være relevante også for andre akuttmottak i Norge.

## **4.9 Etikk og personvern**

NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og personvernombudet ved Oslo universitetssykehus er på forhånd søkt om tillatelse til dette prosjektet<sup>11</sup>. All deltagelse har vært frivillig, og informantene kunne når som helst trekke seg. Informantene fikk tilbud om å lese gjennom det transkriberte materialet og komme med kommentarer. Alle data ble oppbevart forsvarlig og innlåst under arbeidet, og blir destruert etter ferdigstillelse av oppgaven. Alle data er anonymisert.

Å utføre en studie i egen er også knyttet til særlige utfordringer vedrørende etikk og personvern. At informantene er trygge på sin anonymitet er et eksempel på dette. Dette diskutert i innledningen til alle intervjuer, så informantene skulle være trygg på at informasjon

---

<sup>11</sup> Se vedlegg 4

som ble gitt ble behandlet rett og at de hadde mulighet til å uttrykke hva de ville uten eventuelle konsekvenser.

## **4.10 Kilder**

Majoriteten av kildene i denne oppgave er hentet fra USA, EU og Australia. Årsakene var at det var begrenset hva som er publisert med bakgrunn i norske forhold om dette temaet. Der det foreligger norske kilder eller data, har jeg benyttet disse.

Av databaser ble PubMed, Cinahl og Web of Science brukt til artikkelsøk. Det ble gjort flere søk disse databasene i periodene mai og oktober/november 2013. Som søkeord ble termene «patient safety», «emergency medicine», «emergency department» brukt innledningsvis. Resultatet av dette var en stor mengde artikler og publikasjoner. Abstraktene til disse ble gjennomgått, for å finne artikler som var relevante i forhold til problemstillingen. Publikasjonene ble gjennomlest kritisk for vurdering av både kvalitet og relevans for norske forhold. I tillegg vurderte jeg følgende:

- Om artikkelen hadde en god og relevant problemstilling
- Om metoden i artikkelen var egnet til å svare på problemstillingen
- Om utvalg, datainnsamling og analyse i artikkel var gode

I tillegg til artikler ble fagbøker skrevet om temaet lest og benyttet. Disse ble fremskaffet ved hjelp av bibliotekar, samt anbefalinger fra veileder. Senere i prosessen, der det hadde fremkommet data jeg ikke hadde dekket, søkte jeg mer spesifikt opp mot funnet jeg ville belyse, for eksempel «patient safety» og «handover».

## **4.11 Avgrensninger**

Målsetningen med oppgaven er å kartlegge personalets erfaringer med pasientsikkerheten i akuttmottak, og høre deres oppfatning av årsaken til at pasientsikkerheten noen ganger er truet. Dette er et stort felt, da et akuttmottak tar i mot pasienter innen de fleste grenspesialiteter og samhandler med en rekke aktører.

Jeg har valgt å fokusere på sykepleieres oppfatninger av pasientsikkerhetsrisiko, da det er de som har det daglige virke i et norsk akuttmottak. For å se på gyldigheten av deres svar, samt å få mer dybde i dataene, er dette supplert av intervju med noen leger. Jeg valgte her

indremedisinere. I forhold til en masteroppgaves omfang var det nødvendig å avgrense datainnsamlingen. Selvsagt kunne jeg ha valgt å intervjuer en større gruppe leger, eventuelt leger fra andre spesialiteter, eller andre yrkesgrupper som bioingeniører eller portører som også har deler av sitt virke i akuttmottaket. Det ville ført til en større bredde i oppgaven, men den ville igjen bli for omfattende.

## **4.12 Metodediskusjon**

I denne studien var de fleste av informantene sykepleiere, supplert med noen få leger. At det kun var to yrkesgrupper inkludert i utvalget var en svakhet. Min mening er at det ville vært en større bredde i dataene dersom utvalgskretsen hadde blitt utvidet til å gjelde andre yrkesgrupper og leger fra andre spesialiteter enn indremedisin som har sitt virke i et akuttmottak. Det samme gjelder at studien kun ble foretatt på ett akuttmottak. Dersom studien hadde vært større og blitt foretatt på flere ulike lokalisasjoner ville det styrket dataene som ble samlet inn.

En annen svakhet ved studien er at det ble foretatt både fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Grunnen til jeg mener dette er en svakhet er at det gjorde analysen av dataene vanskeligere og mer omfattende. Samtidig var fokusgruppeintervjuer en berikelse for oppgaven, da god diskusjon og en interessant gruppedynamikk fremkom. Sammensetningen av fokusgruppene var tilfeldig med tanke på videreutdanning og erfaring. Etter analysen så jeg at det kunne vært spennende å ha delt inn gruppene annerledes, for å se om dataene hadde blitt annerledes dersom fokusgruppene var mer homogene. Men dette kunne også ha ført til mindre berikende diskusjoner og dynamikk i gruppene.

For å styrke oppgaven ønsket jeg initialt en kildetriangulering, ved at jeg også undersøkte avvik i tillegg til intervjuer og teori. Dette lot seg ikke gjennomføre.

Vedrørende min egen forforståelse og kjennskap til temaet, kunne dette være både en styrke og svakhet for studien. At intervjuformen med majoriteten av informantene var fokusgrupper, med åpne spørsmål og god diskusjon i gruppene, førte etter min mening til at jeg preget dataene som ble innsamlet i mindre grad. Min kunnskap til fagfeltet vil jeg anse som en styrke særs i analyseprosessen og for vurderingen av dataene.

Et mål ved kvalitative studier og intervjuer av informanter er at man skal komme til et metningspunkt der det ikke fremkommer nye data. Både under intervjuer og i analyseprosessen mente jeg at jeg hadde nådd dette metningspunktet. Men i etterkant ser jeg at jeg kunne ha gjennomført flere intervjuer med leger, for å være sikker på at metningspunktet for nye data ble nådd også for denne gruppen.

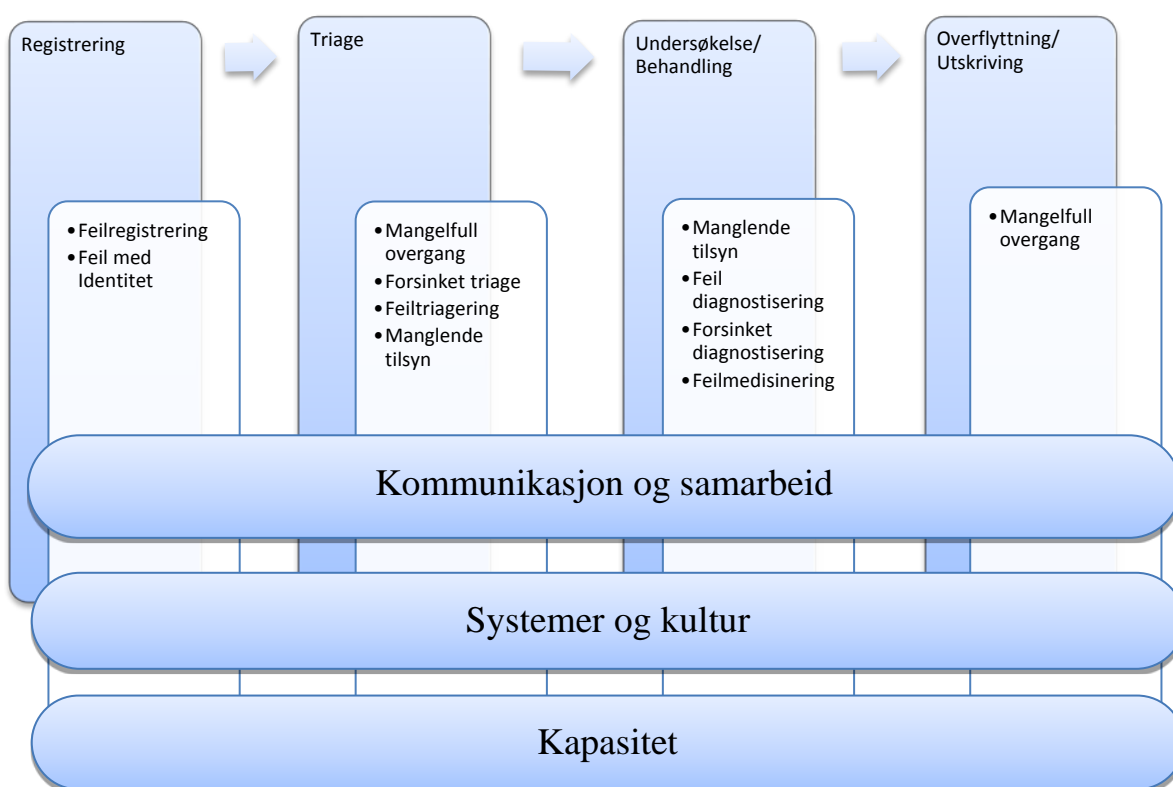
At studien ble foretatt på egen arbeidsplass der jeg selv har en lederrolle vil anses som en svakhet. Jeg valgte dette fordi jeg i den posisjonen kunne få tilgang til å bruke personalets tid på studien, noe som ellers er vanskelig i et travelt sykehus. En følge av dette kunne vært at informantene holdt tilbake informasjon. Etter min oppfatning var diskusjonene og samtalene i fokusgruppene så gode at jeg ikke anser dette å være tilfellet. I etterkant av intervjuer spurte jeg flere av informantene om hva de syntes om intervjusituasjonen, og hva de mente om svarene og diskusjonene. De ga uttrykk for at det som fremkom var et godt bilde på virkeligheten. Flere uttrykte at de hadde snakket «rett fra levra».



# 5 Resultater

## 5.1 Innledning

For å systematisere resultatene vil jeg i dette kapittelet først utdype hendelsene knyttet til det første forskningsspørsmålet: «Når opplever de som arbeider i akuttmottaket at en pasients sikkerhet truet?». Dette er kategorisert etter hvilken fase i pasientmottaket de oppstår. Både faser og hendelser er representert ved de vertikale linjene i figur nr. 5. Noen funn går igjen i alle nevnte faser. Deretter vil jeg gjøre rede for det andre forskningsspørsmålet: «Hva mener de ansatte kan være årsaker til at pasientsikkerheten trues i akuttmottak?» Dette er de horisontale linjene i figur nr. 5.



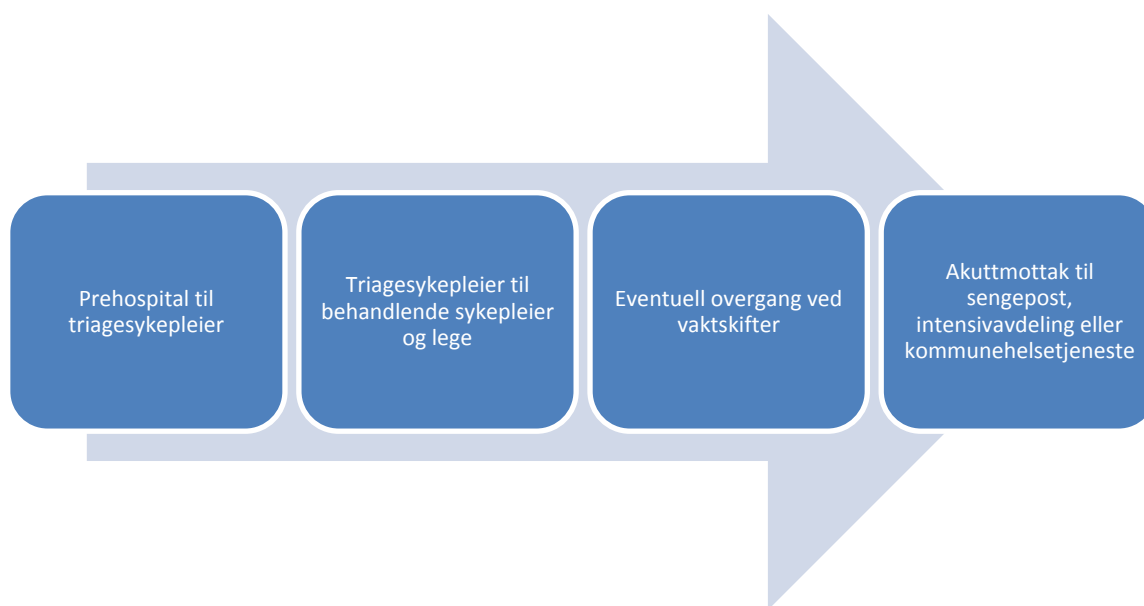
**Figur 5: Hovedfunn: Hvor i behandlingsskjeden, hva slags hendelser og årsaker helsepersonell i akuttmottak mener det er størst risiko for svikt.**

## 5.2 Funn kategorisert etter ulike faser

Her vil jeg gjøre rede for hva informantene mente var viktige hendelser i de ulike fasene av et pasientmottak. Fasene er de samme som er beskrevet tidligere i oppgaven. Først vil jeg kort redegjøre hva informantene mente var tverrgående funn.

### 5.2.1 Tverrgående funn

Her vil jeg kort beskrive noen tverrgående funn, disse blir også utdypet senere i kapittelet. Mangelfull kommunikasjon i overganger er et av dem. Det ble beskrevet som en mulig risiko for utilsiktede hendelser og nesten-uhell i alle faser. Med overganger menes når pasienten skifter behandler. I akuttmottaket er det i følge informanten en rekke overganger der pasienten skifter ansvarlig behandler.



**Figur 6: Overganger i et akuttmottak, (pasienten skifter behandler).**

Figuren over viser mulige overganger i et akuttmottak, som informantene mente det var en risiko knyttet til. Da denne risikoen ble beskrevet forskjellig og tillagt ulik vekt av informantene i de ulike fasene i et pasientmottak, vil dette bli beskrevet nærmere i de kommende punktene. Et annet funn som var tverrgående i alle faser av pasientbehandlingen var mangel på tilstrekkelig tilsyn med pasientene. Dette blir også utdypet videre i oppgaven.

## 5.2.2 Registeringsfasen

### Innledning

I dette punktet vil jeg beskrive hva informantene mente var utfordringer angående pasientsikkerhet i fasen før pasienten kommer til sykehuset, og før det første møte med helsepersonell.

### Feil med identitet / feilregistrering

Et hovedpunkt var feil knyttet til pasientens identitet. Flere av informantene hadde opplevd tilfeller der det var feil knyttet til pasientens identitet:

*«Jeg opplevde en gang at det var en gammel dame som kom med ambulanse. Da jeg ba om å få bekrefte identitet oppga hun et annet fødselsnummer. Jeg trodde at hun kunne være dement. Men det visste seg at både sykehjemslege, ambulanse og vi hadde registrert henne med feil id. Det kunne ha blitt veldig kjedelig dersom det ikke hadde blitt oppdaget.»*

*Sykepleier*

Sitatet over beskriver en hendelse som kunne ha blitt meget alvorlig. Det illustrerer også godt at feil følger feil. Selv om det på informantene virket som dette konkrete tilfellet tilhører sjeldenheten, er det likevel alvorlig. Like alvorlig var det at flere av informantene hadde eksempler på lignende situasjoner der feil følger feil vedrørende pasientens identitet. De beskrev at noen ganger var det kun tilfeldigheter som gjorde at feilen ble oppdaget, andre ganger grunnet rutiner og systemer. Flere av informantene nevnte hendelser der pasienter med likt navn var blitt forvekslet, og dette først ble oppdaget av samarbeidende parter da det for eksempel skulle tas blodprøver.

Majoriteten av informantene mente at rot i pasientens journal, rekvisisjoner og dokumenter av og til skjedde. Et eksempel på dette var at pasienters journaler ble blandet, og dermed inneholdt dokumenter tilhørende ulike pasienters identitet. Dette førte til at det ble rekvirert undersøkelser på feil pasient:

*«Jeg opplever at vi gjør feil med pasientens identitet. Det kan enten være at det er feilmerkede papirer eller at man har feil pasient.»*

*Sykepleier.*

*«I går oppdaget jeg at en pasient hadde tre sett med journalmapper, og alle var det dokumentert noe i.»*

### *Sykepleier.*

Sitatene er eksempler på hendelser der det her oppstått rot med pasientens identitet og dokumentasjon. Her mente legene at det var et problem med rekvisisjoner som både ble merket med feil navn og/eller forsvant. Sykepleierne påpekte at det var flere aktører som både produserte og behandlet dokumentene, som igjen kunne være en kilde til feil.

Alle informantene beskrev det som et problem som angikk rett registrering, at de ikke hadde gode eller helhetlige IKT-verktøy, som kunne bidra til å kvalitetssikre hele registreringsprosessen. At flere personer var deltagende i prosessen, ble også beskrevet som en kilde til feil. Et liknende eksempel var at pasienter ble meldt til sykehuset av flere instanser, og at det var flere som mottok disse meldingene og formidlet beskjeder videre.

## **Oppsummering**

I fasen før pasienten ankommer sykehuset mente informantene at risiko for svikt i pasientsikkerheten var forbundet med forveksling av identitet på pasienten og at pasientens journaldokumenter ble blandet. Informantene mente også at man manglet et helhetlig system for registrering av pasienter.

## **5.2.3 Triagefasen**

### **Innledning**

I dette punktet vil jeg beskrive hva informantene mente var utfordringer ved pasientens første møte med helsepersonell i akuttmottaket. Det var flere områder her som informantene mente utgjorde en pasientsikkerhetsrisiko.

### **Triage som system**

Samtlige informanter mente at dagens triagesystem var et godt system som bidro til å ivareta god pasientsikkerhet, men de så flere utfordringer knyttet opp til triagesystemet:

*«Triageutførelsen er veldig personavhengig og ikke systemavhengig. Jeg har sett at slikt rot har ført til at pasienter har sittet i timevis på venterommet uten at vi har vært klar over at de har sittet der.»*

#### *Sykepleier*

I sitatet fremgår det at individuell tolkning av rutiner og systemer førte til at rutiner som skal sørge for sikkerhet og forsvarlig behandling sviktet:

*«Jeg opplever triage som et godt hjelpemiddel når man har stor pasientpågang, men vi har laget et system med mange ledd der det er store muligheter for svikt og at pasienter kan bli glemt.»*

#### *Sykepleier*

Et tilbakevendende fenomen var at mange ledd og roller i systemet gir mulighet for svikt. Men til tross for dette så majoriteten av informantene verdien av systemet.

Legene skilte seg noe ut her. Det hadde i noen grad mistro til den triage som ble utført av sykepleiere. De stilte spørsmål om sykepleiernes kompetanse totalt sett var god nok til å utføre denne funksjonen. Legene innrømte her at de ikke hadde satt seg godt inn i avdelingens triagesystem. De uttrykte videre at de benyttet seg av hastegradene sykepleierne hadde satt når de skulle velge hvilke pasienter de skulle prioritere.

### **Mangelfulle overganger i triage**

Overgangen var her beskrevet som at ansvaret for pasienten ble overført fra prehospital-tjeneste til akuttmottaket og deretter videre til undersøkende lege og sykepleier. Flere av informantene mente at dette var et område der de opplevde svikt:

*«Det ble ikke fortalt at hun brukte vival, resultatet var at vi behandlet en enkel lett overdose som et slag og pasienten fikk trombolysebehandling»*

#### *Sykepleier*

I dette eksemplet ble det ikke informert om eller notert ned hvilke medikamenter pasienten benyttet. Her hadde pasienten ved et uhell tatt for mye beroligende medikamenter. Dette medførte at man tidlig i behandlingen startet i feil spor. Først etter radiologiske undersøkelser ble det forsøkt motgift mot den beroligende medisinen. I dette tilfellet førte det til at pasienten

ble utsatt for en unødvendig og risikabel behandling. Det ble også gitt andre lignende eksempler på utilsiktede hendelser og nesten-uhell. Årsaker til disse ble beskrevet både som manglende rapportering fra prehospital og manglende oppmerksomhet fra triagesykepleier når rapport ble gitt. Mange mente også at mye informasjon gikk tapt på veien. Dette fordi prehospital tjeneste ga rapport til triagesykepleier, som igjen rapporterte videre til lege og sykepleier. Dette ble av noen beskrevet som «hviskeleken», der informasjon ble endret eller forsvant i løpet av rapporteringskjeden.

### **Forsinket triage**

At pasienter kunne bli ventende lenge på triagesykepleier ble også tatt opp som en hendelse som kunne føre til svikt. Informantene hadde ikke gode tall på hvor lenge pasienten ble ventende før første tilsyn av helsepersonell. Det var en utbredt oppfatning at i høyaktivitetsperioder kunne ventetiden uten adekvat tilsyn være for lang. Noen informanter mente også at triageprosessen førte til forsinkelser, da dette var et ekstra ledd pasienten måtte igjennom før oppstart av undersøkelse og behandling. Dette ble i perioder opplevd som frustrerende, da de hadde kapasitet til å ivareta pasienten, men ikke fikk tilgang. Andre mente at dersom dette skjedde, var systemet brukt feil, fordi systemets målsetning nettopp var å forhindre dette.

### **Feiltriagering**

Feil i triage ble også tatt opp som en potensiell systemsvikt hos en av gruppene. Med dette mente de at feil hastegrad ble satt på pasientene. Dette kunne være at pasienten fikk for lav hastegrad, og ikke ble undersøkt til rett tid. Eller at pasienten fikk for høy hastegrad, og dermed fortrenget andre med et mer presserende behov. Noen av informantene mente at det siste skjedde hyppig, og førte til at noen grupper ble ventende lengre enn ønskelig.

### **Manglende tilsyn**

Manglende tilsyn ble her trukket frem som en utfordring. Flere av informantene ga uttrykk for bekymring da de måtte gå fra pasienter etter en rask vurdering. Det ble også gitt eksempler på at pasienter «glipper» eller ble glemt. I høyaktivitets-perioder ble lang ventetid på triagesykepleier også nevnt som et problem. Pasienter kunne bli sittende alene i lenger tid enn det som er målsetningen i triagesystemet.

## Oppsummering

Informantene var enige om at triage som system var positivt for å oppnå god pasientsikkerhet. Til tross for dette ga flere av informantene uttrykk for bekymringer. Denne bekymringen var knyttet opp mot mangelfulle overganger, forsinket triage, feiltriagering og manglende tilsyn

### 5.2.4 Undersøkelse/behandling av pasienter

#### Innledning

I dette punktet vil jeg beskrive hva informantene mente var utfordringer i fasen der pasienten tilses av sykepleier og lege, oppstart av undersøkelse og behandling, samt venting på avklaring.

#### Manglende tilsyn

I denne fasen, undersøkelse/behandling, var gruppene enige om at det foreligger stor risiko for svikt i pasientsikkerheten. Her skilte sykepleiere og legers fokus seg noe. Sykepleiere var i større grad opptatt av mangelfull oppfølging og tilsyn av pasienter. Legene var mer opptatt av riktig diagnostikk, medikamentbehandling og annen behandling. Informantene ga uttrykk for at majoriteten av pasientene fikk godt tilsyn i akuttmottaket, men dette kunne være et betydelig problem i høyaktivitets-perioder. Følgende sitat illustrerer noe flere av sykepleiere ga uttrykk for å ha opplev i ulik grad:

*«En ferdigbehandlet pasient ble liggende i akuttmottak for å vente på transport til en sengepost. Hun lå da på korridoren noen timer. Jeg fikk plutselig beskjed om at hun hadde blitt dårligere, hun hadde da fått lungeødem uten at noen av oss hadde merket det.»*

*Sykepleier*

At pasientens tilstand ble forverret uten at de hadde mulighet til å observere det til rett tid, var et gjennomgående problem. Flere utrykte at de til tider hadde ansvar for mange dårlige pasienter til samme tid, og ikke hadde mulighet til å ivareta pasientene slik man ønsket. Det ble også påpekt at i perioder der det var høy aktivitet, hadde de ikke alltid muligheter til å følge avdelingens rutiner med henhold til både grunnleggende behandling, dokumentasjon og oppfølging av pasientene.

Det ble konkretisert at det som ble oppfattet som mangel på tilsyn eller observasjon av pasientene hadde ført til hendelser som kunne vært unngått. Eksempler på dette var alt fra at pasienten fjernet viktig utstyr (for eksempel urinkateter, dren, vene- og arteriekanyler) til skader etter fall fra seng. Det ble også gitt eksempler på alvorligere hendelser som forverring av tilstander (som for eksempel lungeødem og respirasjons- eller hjertestans). Informantene opplevde dette både tungt og frustrerende. Mange ga uttrykk for maktesløshet og utilstrekkelighet.

### **Prioritering av pasienter**

Legene påpekte at de daglig måtte gjøre harde prioriteringer for å avgjøre hvilke pasienter de skulle tilse, og følte ofte at denne prioriteringen kunne være på grensen til det de anså som forsvarlig behandling. Legene oppga også at de på vakttid ofte kom i konflikt mellom å gjøre tilsyn på pasienter liggende på sengeposter og mottak av nye pasienter i akuttmottaket.

*«Jeg har mange ganger ansvar for mange dårlige pasienter, og har ikke kapasitet til å ivareta dem, det fører til at jeg løper mellom flere dårlige pasienter og klarer ikke å ivareta begge.»*

#### *Lege*

Majoriteten av sykepleierne mente at pasienter som var akutt/kritisk syke ved ankomst til akuttmottaket som hovedsak ble godt og sikkert ivaretatt. Dette fordi det var etablert klare pasientsløyfer med dedikerte mottaksteam med klare instruksjoner. De var i større grad bekymret over det de kalte «de stabile» pasientene som i perioder måtte vente:

*«Jeg opplever at det er de stabile pasientene, triage 3-5, som er mest utsatt for svikt da andre som regel blir tatt i mot av et team.»*

#### *Sykepleier*

Dette var pasienter som ankom akuttmottaket med en ordinær lidelse, og som ofte fikk en lav triagegrad. Årsaken til bekymring for denne gruppen av pasienter ble oppgitt å være at de kunne bli nedprioritert både av lege og sykepleiere.



## Feildiagnostisering

Legene var i stor grad opptatt av risikoen for å sette feil diagnose på en pasient, eller å «kjøre seg fast i feil løp» som det ble uttrykt fra enkelte. Fokuset deres var her på tilgjengelige undersøkelser og prøver, samt raske svar på disse. Samtlige leger var opptatt å ha kompetanse tilgjengelige i form av bakvakter og erfarne kollegaer. I stor grad opplevde legene at de hadde denne kompetansen tilgjengelig. Sykepleierne var i mindre grad opptatt av feildiagnostisering enn legene. Utsagn om feildiagnostisering var fra sykepleierne sterk knyttet til forsinket diagnostisering.

## Forsinket diagnostisering/forsinket behandling

Alle informantene, både leger og sykepleier, var opptatt av hva forsinket behandling og diagnostisering kunne ha som konsekvens for pasientene. Det ble gitt eksempler med pasienter med mulig sepsis eller blodforgiftning, der det av ulike grunner ikke ble tatt prøver tidnok. Dette gjaldt periodevis både røntgenundersøkelser og ulike laboratorieprøver. Informantene mente at behandling kunne starte tidligere på en rekke tilstander dersom man kunne få fortløp i undersøkelsene:

*«Ofte når jeg skal sjekke blodprøvesvar, oppdager jeg at de ikke er tatt til tross for at det er mange timer siden jeg bestilte dem og de burde være klare»*

*Lege*

Eksemplet over er bare et av utallige om dette som ble uttrykt av informantene. Det var vanskelig for informantene å definere hvorfor forsinkelser oppstod:

*«Den ene dagen er det røntgen, neste dag er det blodprøver og den tredje dagen er det vi som er flaskehalsen, det endrer seg daglig.»*

*Sykepleier*

Grunnene til forsinkelse ble oppgitt til å være mange, men informantene var samstemte i at hovedårsaken var mangel på ressurser i høyaktivitetsperioder. Det ble her angitt at en var avhengige av portør, laboratorie- og radiologitjenester som lå utenfor akuttmottakets kontroll. Det ble også oppgitt enklere grunner, som at fargene på nye røntgenrekvisisjoner ikke var så markante som tidligere, noe som medførte at man ikke så dem så lett og de dermed ble liggende igjen.

## Medikamenthåndtering

*«Jeg gir beskjed videre om at man må sjekke opp medikamentlisten opp mot fastlegens liste, men ofte er jeg usikker på om dette virkelig blir gjort.»*

### *Lege*

Majoriteten av informantene mente at til tross for tidspress, stress og andre faktorer var det få utilsiktede hendelser knyttet til medikamenthåndtering. Her var det en stor forskjell på leger og sykepleiere. Legene fokuserte i stor grad på om pasienten hadde med seg medikamentliste fra fastlege, og om denne var riktig. De var i mindre grad opptatt av om medikamenter de ordinerte ble gitt var korrekte og gitt til riktig tid. Legene ga uttrykk for at de visste at det ofte var feil i medikamentlister, men at de sjelden hadde mulighet for å sjekke. Dette var en utfordring på kvelds- og nattetid når fastleger ikke var tilgjengelige. Majoriteten av sykepleierne mente det var liten risiko for utilsiktede hendelser ved medikamenthåndtering. Sykepleiere fokuserte i større grad på om ordinerte medikamenter ble gitt til rett tid og på rett måte. En begrunnelse for dette var at en hadde forholdsvis få medikamenter i akuttmottaket, og sykepleierne oppga å ha god kjennskap til disse. Det fremgikk derimot at man ofte hadde nesten-hendelser, der sykepleier hadde blandet feil medikament, eller tilsatt medikament i feil oppløsning. Disse hendelsene oppdaget sykepleierne selv eller ved dobbeltkontroll. Informantene ga uttrykk for at de sjelden eller aldri avviksregistrerte eller meldte nesten-uhell:

*«Men jeg tror vi gjør mer feil enn det vi oppdager. Senest i går da jeg skulle blande antibiotika oppdaget jeg rett før jeg skulle starte infusjonen at jeg hadde blandet antibiotikumet i en væske den ikke kunne blandes i»*

### *Sykepleier*

Mindretallet blant informantene mente at det var svært sannsynlig at det eksisterte en stor andel feilmedisinering som ikke ble oppdaget. Således var det stor forskjell blant sykepleierne når det gjaldt mulige mørketall vedrørende medikamenthåndtering.

## Oppsummering

Informantene ga uttrykk for flere områder der det var utfordringer med pasientsikkerheten. Dette var knyttet opp mot manglende tilsyn, forsinket behandling og undersøkelse samt feildiagnostisering. Medikamenthåndtering er et område der majoriteten av informantene mener det er liten risiko for hendelser.

## 5.2.5 Overflytning/utskrivning

### Innledning

Overganger har blitt beskrevet av informantene som et område der det kan være risiko for pasientens sikkerhet. I dette punktet vil jeg redegjøre for hva informantene beskrev var utfordringer angående overganger ved overflytning og utskrivelse.

### Overgang ved overflytning/utskrivelse

Det var få av sykepleierne som anså at overgangen akuttmottak til sengepost eller bosted utgjorde noen risiko for pasientsikkerheten. Kun få av informantene i denne gruppen hadde erfart at denne overgangen utgjorde en risiko:

*«Jeg har også opplevd flere ganger at pasientens papirjournal har forsvunnet herfra på vei til post. Noen ganger har jeg også glemt å gi muntlig rapport.»*

*Sykepleier*

Mindretallet som mente dette utgjorde en risiko, hadde opplevd både feil og utilsiktede hendelser. Eksempler på dette var blant annet at det hadde blitt gitt feil medikamenter eller at pasienter som skulle faste før en (øyeblikkelig-hjelp) operasjon fikk mat og drikke. Årsaker var da for eksempel at papirer var forsvunnet på vei til avdeling, kombinert med manglende muntlig kommunikasjon. Mindretallet mente også at dokumentasjonen utført i akuttmottaket ikke var god nok for kvalitetssikring av denne overgangen, og rapporteringsrutiner ikke var tilfredsstillende.

Legene så flere utfordringer her. De opplevde hyppigere enn sykepleierne at manglende informasjon utgjorde en kime til feil og hendelser ved disse overgangene.

En mulig årsak til dette kan være at legene fulgte opp pasienten også i en periode etter de forlot akuttmottaket, og dermed hadde mulighet til å oppdage flere hendelser enn det sykepleierne hadde. Sykepleierne, derimot, var ferdige med pasientene i det de forlater akuttmottaket. Kun et fåtall av sykepleiere hadde opplevd å bli kontaktet av mottakende enhet for å klargjøre noe da feil hadde oppstått.

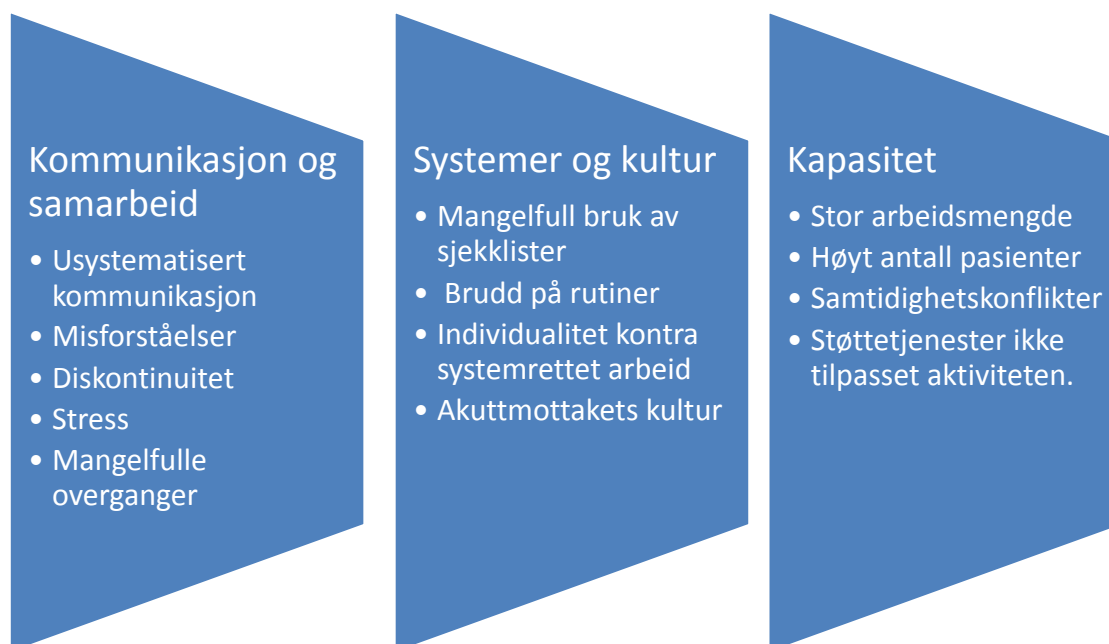
## Oppsummering

Det var større variasjon i besvarelsen til leger og sykepleiere som angikk overganger. Legegruppen så her større utfordringer enn sykepleiergruppen. Kun et fåtall av sykepleierne som mente det var utfordringer knyttet til pasientsikkerheten.

## 5.3 Hovedkategorier av årsaker til potensiell svikt i pasientsikkerhet

### Innledning

Ved analysen av dataene beskrevet av informantene, var det tre hovedårsaker til potensiell pasientsikkerhetssvikt som utpekte seg, enten alene eller i kombinasjon. Informantene oppga i stor grad de samme årsakene til at nesten-uhell, feil og utilsiktede hendelser oppsto. Årsakene kan beskrives i følgende figur:



**Figur 7: Hovedkategorier av årsaker til potensiell svikt i pasientsikkerhet.**

### **5.3.1 Årsaker knyttet til kommunikasjon og samarbeid**

#### **Innledning**

I alle fasene av et pasientmottak ble kommunikasjon og samarbeid nevnt som noe grunnleggende for å skape pasientsikkerhet. Alle informantene ga uttrykk for at god kommunikasjon alle arbeidsgrupper imellom, var essensielt for å sikre god og kontinuerlig pasientbehandling, og dermed også god pasientsikkerhet. Like mye ble mangel på kommunikasjon og misforståelser beskrevet som noe som kunne føre til en risiko for pasientens sikkerhet under oppholdet.

#### **Kommunikasjonskanaler**

Mangel på gode kommunikasjonskanaler og tilpassede IKT-verktøy ble beskrevet som en årsak til feil. I perioder var det vanskelig å få kontakt med den pasientansvarlige sykepleier. Dette førte til at oppgaver ble overtatt og utført av andre, som ikke hadde den samme kjennskapen til pasienten. En følge av dette var at den pasientansvarlige ikke fikk beskjed om hendelser og prosedyrer som var utført. Dette førte til misforståelser og feil. Det ble gitt eksempler på både utilsiktede hendelser og nesten-uhell som hadde sin årsak i dette. Eksempler på hendelser kunne være pasienter som fikk dobbel dose medikamenter eller ble overflyttet til avdeling før alle undersøkelser som var bestemt for den enkelte pasient var utført. Legene uttrykte at dette førte til en unødvendig risiko for pasientene og vanskeliggjorde deres arbeid. De brukte unødvendig mye tid og ressurser på å lete etter vedkommende som var pasientansvarlig sykepleier.

#### **Systematisk kommunikasjon**

At rutiner og system for innhold i kommunikasjonen ikke eksisterte, ble tatt opp av en gruppe som en utfordring. Det var overlatt til det enkelte helsepersonells skjønn hva og hvordan de rapporterte i overganger eller ga beskjeder. Flere hadde observert feil grunnet manglende innhold i kommunikasjonen.

## **Avbrytelser og stress**

Flere av informantene påpekte at stadige avbrytelser, som igjen førte til diskontinuitet i alle faser av arbeidet, var en hovedutfordring. Mange av informantene mente de hadde opplevd både utilsiktede hendelser og nesten-uhell grunnet dette:

*«Stadige avbrytelser fører til at jeg glemmer ting. Jeg tror det fører til feil.»*

*Sykepleier*

Informantene mente at en av grunnene til mange avbrytelser var mangelfull kommunikasjon.

## **Teamarbeid**

Å arbeide i gode team ble også sett på som viktig blant alle informantene. For informantene virket team-sammensetningen ofte tilfeldig, basert på hvordan vaktplaner var satt opp.

Informantene var delt i synet på om god kjennskap til hverandre i teamet førte til et bedre og sikrere samarbeid. Majoriteten mente at god kjennskap til hverandre forbedret kvaliteten av arbeidet, mens det var en gruppe som mente dette hadde lite å si, så lenge alle involverte kjente til etablerte rutiner og systemer.

## **Oppsummering**

Informantene uttrykte at kommunikasjon og svikt i denne var en av hovedårsakene til potensiell pasientsikkerhetssvikt. Dette var knyttet opp til mangel på kommunikasjonskanaler og manglende rutiner og system for innholdet i kommunikasjonen. At man ble hyppig avbrutt i sitt arbeid var også en mulig kime til feil. Informantene var delt i det som angikk teamarbeid og kommunikasjon i team.

### **5.3.2 Årsaker knyttet til systemer og kultur**

#### **Innledning**

En av hovedårsakene som framkom blant informantene var mangel på systemer eller at man ikke etterfulgte etablerte systemer. De analyserte dataene tydet på at dette var knyttet til avdelingens kultur.

## Systemer

Sykepleierne ga uttrykk for at spennet mellom å arbeide individuelt og systematisk bød på flere utfordringer. Dette var også noe som gikk igjen i ulike situasjoner gjennom alle faser i pasientmottaket. Flertallet mente at dette utgjorde en mulig risiko for svikt, da individuelle tilpassinger førte til større muligheter for feil. Flere av fokusgruppene sa at selv om systemer, sjekklister og rutiner var etablert, ble de etterlevd ulikt av forskjellige personer. Dette mente gruppene ga grobunn for mulig svikt og rot. De ønsket seg en mer helhetlig etterlevelse av rutiner som var etablert.

Dette sto i kontrast til utspill fra en av gruppene og særlig de erfarne informantene som mente mengden med sjekklister og rutiner, hindret dem i å gjøre en god jobb. De følte at de i større grad ble styrt av sjekklister enn av klinisk faglig erfaring. Denne gruppen ga også uttrykk for at arbeidets natur, og krav om «å få pasienten ut av akuttmottaket» gjorde det vanskelig å følge rutiner og systemer til en hver tid.

*«Jeg opplever at det ofte blir problemer og rot i rutiner. Jeg har sett dette føre til feil. Det kan være små ting der vi ikke er nøyaktige nok og alle vil utføre oppgavene på sin egen måte»*

### *Sykepleier*

Informantene ga flere eksempler på hendelser som hadde sin årsak i at man ikke fulgte etablerte systemer. Mange av eksemplene knyttet seg til enkle og dagligdagse prosedyrer og handlinger. Dette gjaldt kurante oppgaver som utfylling av sykepleierdokumentasjon og observasjonsskjema. Her ble både slurv og ulike rutiner nevnt av informantene. Et annet eksempel var at sykepleierne mente at de ved pauseavvikling eller vaktskifter fylte roller og funksjoner annerledes, og dermed utførte arbeidet mer individuelt. Begrunnelsen for dette var for eksempel: «Jeg vet at min måte er mer effektiv, derfor gjør jeg det slik». Dette ga grobunn for misforståelser og feil. Her fremkom enkle oppgaver som hvordan man førte oversiktstavle og hvilke rom man triagerte eller undersøkte pasienten på. Et annet eksempel som ble gitt er sjekk av identitet. Det er klart definert i rutinene i akuttmottaket hvem som skal etterspørre og undersøke rett identitet. Til tross for dette mente enkelte at svikt i rutiner førte til at dette i perioder ikke ble utført rett.

## **Kultur**

Alle informantene sa at god pasientsikkerhet var et av hovedmålene med virksomheten og det daglige arbeidet. Informantene mente også man hadde god pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur. Men informantene presiserte at det var stor forskjell på teori og praksis. Samtlige ga uttrykk for at det var vanskelig å etterleve etablerte systemer i en travel hverdag. Noen av informantene ga uttrykk for at avdelingen hadde for mange skriftlige rutiner og sjekklister. De mente at de arbeidet raskere uten dem, ved å basere seg på erfaring. Flere av informantene uttrykte at årsaken til dette kunne være knyttet opp hvilke personlighetstyper som typisk søkte seg til og arbeidet i et akuttmottak. Det blir ofte – muligens feilaktig - antatt at man har større autonomi som sykepleier i akuttmottaket enn mange andre steder. Informantene mente da at dette ønsket om selvstendighet også kunne føre til uklarhet og en viss uvilje til å følge etablerte systemer.

## **Oppsummering**

De fleste av informantene ga mente at man har behov for klare systemer og rutiner for å trygge god pasientsikkerhet. En gruppe av informantene mente derimot at man hadde for mange systemer og sjekklister, og det var en motsetning til klinisk erfaring som førte til forsinkelser i pasientbehandlingen. Informantene ga uttrykk for at det var mange som ikke fulgte rutiner og systemer, og bevisst valgte dette bort. Flere av informantene så dette i sammenheng med kulturen som var i akuttmottak for rask og effektiv pasientbehandling.

### **5.3.3 Årsaker knyttet til kapasitet**

#### **Innledning**

Den siste hovedårsaken jeg vil gjøre rede for var det informantene mente var knyttet opp til kapasitet. Her ble det nevnt både for mange pasienter, og samtidighetskonflikter.

#### **Overcrowding/fortetning**

En siste hovedårsak til mulig pasientsikkerhetsrisiko, som gikk igjen i dataene, var «crowding» eller fortetning av pasienter. Med dette mente informanten at det var flere pasienter i avdelingen enn man hadde kapasitet til å ivareta på en god måte. Dette gikk igjen som hovedårsaken til hendelser som manglende tilsyn, forsinket behandling og stress.



Konsekvenser av fortetning var også at det oppsto flaskehals, da man hadde for liten tilgang på ulike ressurser, som igjen førte til lengre ventetid og flere pasienter i akuttmottak. Dette gjaldt flere forhold som også lå utenfor akuttmottakets kontroll, som for eksempel tilgang på blodprøver, radiologiske tjenester, portør og ledige sengeposter.

Informantene ga uttrykk for at det var få eller ingen muligheter til å regulere antall pasienter eller mengde arbeid. Det fremgikk at det hyppig, nesten daglig, var perioder der informantene mente antall pasienter overgikk det avdelingen hadde kapasitet til å ivareta på en god måte. En medvirkende årsak til kapasitetsproblemer, var også at pasienter ble liggende lenge i avdelingen også etter de var ferdig undersøkt og behandlet:

*«Jeg føler at pasientene blir liggende lenger og lenger i mottak med dårligere og dårligere tilsyn for de det fyller seg opp av andre pasienter som trenger min tid»*

*Sykepleier*

Det fremgår av informantene at disse pasientene får dårligere tilsyn enn de muligens burde ha, da hovedfokuset til en hver tid er hos de nyankomne uavklarte

### **Samtidighetskonflikter**

Dette kunne være hendelser der det ankom flere dårlige pasienter på samme tid, som alle krevde sitt. I perioder der det var redusert bemanning, som om natten og i høytider, var dette en stor bekymring hos informantene. Flere ga uttrykk for at de til tider overlot pasienter til seg selv, da det var andre som krevde deres oppmerksomhet. Informantene ga uttrykk for at det var etablert systemer som skulle sørge for tilsyn av pasientene i disse tilfellene, men at denne periodevis ikke fungerte etter intensjonen. Det var særlig gruppen med stabile pasienter det var en utstrakt bekymring for. Det var en hyppig hendelse at denne gruppen verken fikk tilsyn eller behandling slik de burde:

*«Jeg merker også tidspresset og alle samtidighetskonfliktene. Av og til mister jeg oversikten for jeg har så mange pasienter.»*

*Sykepleier*

Begrunnelsen for dette var at dårlige pasienter og ulykker tok all oppmerksomheten til personalet og andre ressurser i avdelingen. Flere uttrykte her frustrasjon og sinne over at de til tider ikke hadde mulighet til å gi en så god og omsorgsfull hjelp som de ønsket.

Majoriteten av informantene mente at de i høyaktivitetsperioder, og perioder med lav bemanning, ikke alltid klarte å ivareta eller ha god oversikt over pasientene. Dette ble beskrevet som en av de største pasientsikkerhetsrisikoene i akuttmottaket.

## **Stress**

Mange av informantene mente at stress var sterkt knyttet til arbeidsmengde. Flere uttrykte at det at de til en hver tid hadde mange oppgaver og pasienter førte til et hevet stressnivå som igjen preget arbeidet. At man stadig måtte «løpe» mellom pasienter, uten å gjøre seg ferdig, hadde ført til svikt. Eksempler som ble gitt var at stadige avbrytelser og multitasking kunne lede til både feil og forglemmelser:

*«En episode jeg vil nevne er en pasient som var uklar grunnet en hodeskade, og klarte å stikke av. Jeg hadde så mye å gjøre og var opptatt med andre pasienter, og løp til og fra. Da jeg skulle tilse pasienten var han borte. På det tidsrommet var det kjempe kaldt ute, og han hadde kun på seg en joggebukse og en treningsjakke.»*

*Sykepleier*

## **Oppsummering**

Alle informantene mente at stort arbeidspress, for mange pasienter i perioder og samtidigetskonflikter var noe som var en stor risiko for svikt. Dette ble beskrevet som en hovedårsak til manglende tilsyn av pasienter. Informantene uttrykte at høyt arbeidspress igjen førte til stress og at man arbeidet mindre effektivt. Noen beskrev dette som en ond sirkel som var vanskelig å bryte.

# 6 Diskusjon

## 6.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene opp mot eksisterende viten og teori. Jeg vil gjøre dette i de samme hovedkategoriene som funnene i de tidligere. Jeg velger her å diskutere opp mot årsaker først, da dette som nevnt favner om noen av hendelsene som fremgikk i de ulike fasene. Detter vil jeg gå spesifikt inn på noen av de særskilte hendelsene, som ikke blir fanget opp i de innledende kapitlene.

## 6.2 Diskusjon knyttet til årsak

### 6.2.1 Kommunikasjon og samarbeid

#### **Innledning**

Innen helsefagene har kommunikasjon mellom behandler og pasient alltid vært et kjerneelement for god behandling. Tidligere undersøkelser har påpekt at opp til 70 % av alle feil kan relateres til mellommenneskelige forhold (Webb 1993). Til tross for at dette er en eldre studie som i stor grad fokuserer på kommunikasjon mellom behandler og pasient, bekrefter den viktigheten av god kommunikasjon. De senere år har også kommunikasjon innad i organisasjonen og mellom helsepersonell blitt ansett som like viktig. (Coeira i Croskerry, Red. 2009). Dette ble bekreftet i en amerikansk studie som undersøkte alle pasienter som var behandlet i et akuttrom i løpet av en uke. Av 1935 pasienter var det registrert totalt 400 ulike feil og hendelser. Av disse feilene hadde 12 % bakgrunn i kommunikasjon mellom helsepersonell (Fordyce 2003 ).

#### **Kommunikasjonskanaler**

Informantene ga uttrykk for flere utfordringer når det gjaldt kommunikasjonen. En utfordring var tilgjengelighet. At informasjon og beskjeder vedrørende pasienter sykepleierne hadde ansvar for ble gitt til andre, da det ikke er etablert gode kommunikasjonskanaler som kunne sørge for tilgjengelighet til en hver tid. Dersom strukturer i arbeidet gjør kommunikasjonen så

mangelfull og vanskelig, må man ta i bruk muligheter som ligger i moderne IKT-utstyr. Det blir ofte påpekt at det er viktig å ta i bruk teknologien, der den kan være et hjelpemiddel for å bedre pasientsikkerheten (Vincent 2010). Dette kan en fastslå ikke er gjort i dette tilfellet.

## **Systematisk kommunikasjon**

Innholdet i kommunikasjonen er minst like viktig som teknikk og verktøy. I studier der helsepersonell systematiserte innholdet i kommunikasjonen, blant annet med metoder som SBAR, har dette førte til bedre pasientsikkerhet og overlevelse (De Meester, 2013). Det er også gjort flere studier på «Crew Resource Management» som metode for å sikre god kommunikasjon og forhindre misforståelser. Informantene mente her at det sjelden var system i måten de kommuniserte på. Da det ikke foreligger etablerte systemer for kommunikasjon mente informantene dette førte til en mulig kilde til svikt og årsak til feil.

## **Avbrytelser**

Avbrytelser og multitasking ble også nevnt som utfordringer i arbeidet. Som nevnt tidligere, viser utenlandske undersøkelser at personale i et akuttmottak blir avbrutt i sitt virke i snitt hvert 11 - 14 minutt. Det er ingen grunn til å tro at hverdagen er vesentlig annerledes i et norsk akuttmottak. I en undersøkelse med 370 deltagere foretatt i USA i 2012, mente i overkant av 30 % av disse at avbrytelser førte til utilsiktede hendelser, feil og kompromitterte pasientsikkerheten. 18 % av deltagerne i denne studien hadde observert utilsiktede hendelser grunnet avbrytelser (Rostein et al 2012).

## **Teamarbeid**

Å samhandle godt i team er en viktig del av kommunikasjonen. Informantene var her delt i hva de anså som var viktig. Noen mente at kjennskap til dem man arbeidet sammen med var viktig for å sikre kvalitet og sikkerhet. Andre mente at dette ikke av viktighet. I teorien bak KMS ligger det at man skal ha kjente team som samarbeider tett, at dette kan føre til bedre kvalitet på tjenestene. I tilfellet beskrevet her, er det tilfeldig sammensatte team som varierer daglig. Men dersom teamet har felles verdier og målsetning, har det vist seg at det yter kvalitet på tjenester. Like essensielt er det at team-medlemmene er tro mot systemer og rutiner når de arbeider i team som ikke er fast sammensatt.

## Oppsummering

Totalt kan det konkluderes med at informantene har støtte i litteraturen for at dette er et område som kan svekke pasientsikkerhetene i mottaket. Det bør derfor innføres systemer og metoder for å sikre god kommunikasjon. Man bør også sørge for tekniske hjelpemidler, så helsepersonell lettere kan få tak i vedkommende de trenger å kommunisere med.

## 6.2.2 Systemer og kultur

### Innledning

Et hovedpunkt i alt sikkerhetsarbeid, deriblant pasientsikkerhet, er forenkling og standardisering av prosesser og prosedyrer, etablering av sjekklister, «guidelines» og protokoller (Vincent, 2010). Dersom etablerte systemer ikke blir etterfulgt, kan det være et uttrykk for en ukultur.

### Ulik etterlevelse av systemer

Det fremgikk av informantene at flere opplevde det som uheldig at det arbeides individuelt og at ikke alle til en hver tid følger etablerte rutiner og systemer. Samtidig ga en gruppe sykepleiere uttrykk for det motsatte: De følte at rutiner og sjekklister hindret dem å gjøre sitt arbeide. De sa at standardisering, som for eksempel et triagesystem, tok vekk deres faglige identitet og hindret dem å utøve sitt kliniske skjønn.

I en undersøkelse om hvorfor ansatte ikke følger retningslinjer (riktignok ikke hentet fra helsetjenesten men fra jernbaneverket) var hovedårsakene (Lawton 1998) som følger:

- Arbeidet går raskere
- Utførende part er uerfaren
- Tidspress
- Høyt arbeidstempo

Dette sammenfaller godt med inntrykket noen av informantene ga, samt arbeidets natur som er beskrevet tidligere i oppgaven. En annen studie (da innen luftfart) har vist at 45 % av alle feil skyltes intenderte brudd på rutiner (Helmreich 2000). Det er trolig at dette kan være overførbart til hendelser inne helsetjenesten. Det påfallende er at alle informantene var enige om at pasientsikkerhet var noe av det viktigste i hverdagen, men samtidig utrykte noen at

etterlevelse av systemer er noe de valgte å nedprioritere i perioder. Det samme gjelder informantenes bekymring om hvordan man tolker og fyller roller i organisasjonen.

## **Kultur**

Kan manglede vilje til å etterfølge systemer være et tegn på en kultur som ikke er i samsvar med en sunn pasientsikkerhetskultur? Både i litteraturen og i følge informantene har helsepersonell i akuttmottak en tilbøyelighet til å bryte med det etablerte, der de ser det kan gunstig for pasienten. Men dette kan også være en kilde for feil. Når man ser på de ulike funnene, var det mange av hendelsene som ble beskrevet som hadde sin årsak i at arbeidet ikke ble utført systematisk eller etter prosedyrer. Således er det bekymringsverdig at noen få av informantene har en holdningen der sjekklister og systemer er mer til bry enn til nytte. At det i stor grad var erfarne sykepleiere som hadde størst mistro til systemer og rutiner, og dermed ga uttrykk for at det var akseptabelt å bryte dem bidrar til denne bekymringen. Dette kan tolkes som at visse aspekter av akuttmottakskultur er motstridene til god pasientsikkerhetskultur. Således kan man kanskje trekke slutningen at arbeidet med en god pasientsikkerhetskultur har muligens en lenger vei å gå i akuttmottak enn andre steder i helsevesenet.

## **Oppsummering**

At systemer, rutiner og sjekklister er viktige for å hindre menneskelige feil er velkjent og godt beskrevet. Et populært eksempel som ofte blir tatt frem er at vi hadde ikke akseptert at en pilot ikke utfører sjekkrutiner før landing, for vedkommende har gjort dette så mange ganger tidligere. Likevel kan det tyde på at å bryte med rutiner er mer akseptert blant noen av informantene, da særs erfarne sykepleiere. Det kan være et symptom på en ukultur som det bør arbeides med.

### **6.2.3 Kapasitet**

#### **Innledning**

Et akuttmottak er en av få sykehusavdelinger som har «elastiske» vegger, og dermed har få eller ingen virkemidler for å styre pasientstrømmen inn i akuttmottak. At det i periodevis er for mange pasienter i avdelingen blir av alle informantene tatt opp som en vesentlig årsak til

mulig svikt i pasientsikkerheten. Konsekvenser av dette er mange, deriblant forsinket diagnostisering og behandling.

## **Fortetning**

I litteraturen blir fortetning eller “crowding” i et akuttmottak, beskrevet som en av de største truslene mot pasientsikkerhet. Tidligere i oppgaven er det beskrevet at det var dette 2 500 amerikanske akuttleger mente var den største risikoen for svekket pasientsikkerhet i amerikanske akuttmottak (Sklar 2010). I Statens helsetilsyns rapport om forsvarlig behandling i akuttmottak (2008) kom også de til den samme konklusjonen i Norge:

*«Ved stor pågang av øyeblikkelig hjelp-pasienter, kan planlagte innleggelser skape en opphopning av pasienter i akuttmottakets lokaler og føre til at det blir vanskelig for personellet å holde oversikt over de kritiske syke pasientene, dermed oppta kapasitet og ressurser for akuttmottakets personell».*

*Statens helsetilsyn 2008*

Det foreligger få konkrete data på hvordan denne fortetningen i akuttmottak påvirker pasientsikkerheten i akuttmottak i Norge. En kan trekke noen slutninger basert på avviksmeldinger sendt av ansatte, selv om det her kan være en underrapportering av hendelser. Av 97 avvik sendt av ansatte i 2012 relatert til en pasienthendelse, var 40 av dem relatert til kapasitetsutfordringer i akuttmottaket.<sup>12</sup> Internasjonalt er det konsensus om at dette er en trussel mot pasientsikkerheten (Trzeciak and Rivers 2003, Cowan and Trzeciak 2005, Fee, Hall et al. 2011). Det er også gjort studier som viser at eldre med forlenget ventetid i akuttmottak er mer utsatt for utilsiktede hendelser (Ackroyd-Stolarz, Read Guernsey et al. 2011). Andre studier viser at man ikke klarer å gi behandling etter retningslinjer når det er fortetning av pasienter i et akuttmottak (Fee, Weber et al. 2007).

## **Oppsummering**

Kapasitetsutfordringer er beskrevet i litteratur og forskning som en hovedårsak til potensiell pasientsikkerhetssvikt i akuttmottak. Informantene beskriver således noe som er beskrevet som en stor utfordring angående både fortetning og samtidighetskonflikter.

---

<sup>12</sup> Tall henter fra Achilles, avvikssystem ved Oslo Universitetssykehus. Uttrekk av data foretatt september 2013

## **6.3 Diskusjon knyttet til hendelser**

### **6.3.1 Innledning**

I de følgende punktene vil jeg diskutere noen av de konkrete hendelsene informantene mener er knyttet opp til ulike faser i pasientmottaket.

### **6.3.2 Registering**

I denne fasen nevnte informantene at rot og misforståelser knyttet til pasientens identitet var en hovedkilde til svikt. Således kan det sies at det enten kan skyldes manglende kommunikasjon, avbrytelser eller annen prosedyresvikt som er beskrevet. Dette ble bekreftet i en studie som analyserte årsaker til registreringsfeil (Hakimzada, 2008). Det fremgikk at hovedårsakene til feil begått i registreringsfasen var hyppige avbrytelser, multitasking og at ansatte ikke følger rutiner for å kunne arbeide raskere. Feil som ble oppdaget i denne studien, var forveksling av identitet, flere journaler tilhørende en pasient og manglede registrering. Dette er liknende feil som informantene beskrev. I dag foregår registrering av pasienter i en skranke der også alle andre henvendelser blir besvart, både eksterne og interne telefoner. Dette er lite heldig da både informantene og teori understøtter at feil lettere kan oppstå i disse situasjonene.

### **6.3.3 Triage**

Et triagesystem skal kvalitetssikre pasientens første møte med sykehuset og sørge for at pasienten blir undersøkt til rett tid. Informantene var i stor grad enige om at triage som system fungerte godt til dette. Dette til tross for at man internasjonalt nå ser på muligheten for annen organisering for å ivareta pasientene i denne fasen (Oredsson 2011). Det fremkommer også at akuttmottak ikke klarer å nå målsetningene for ventetid på triage eller behandling (Weber, McAlpine et al. 2011). Dette ble beskrevet som et problem særlig i høyaktivitetsperioder. Dette understøtter en antydning informantene ga om periodevis lang ventetid på triagevurdering.

Informantene var bekymret for validiteten til triagesystemet. Ble rett hastegrad satt til rett pasient? I en nederlandsk simuleringsstudie som undersøkte dette, fremgikk det at 32 % av pasientene ble triagert annerledes av sykepleiere enn av en ekspertgruppe. Herunder var



77,6 % av pasienten undertriagert, mens 25,3 % av pasienten overtriagert (van der Wulp, van Baar et al. 2008). Da denne studien kun var på 50 pasienter, er det noe for spinkelt til å trekke noen klar konklusjon. Men dersom feilprosenten i triage også er så stor i Norge som denne undersøkelsen viser, vil dette understøtte noen av informantens bekymringer. Informantenes bekymring var også knyttet opp mot ventetid. Vi vet at ventetiden på behandling øker for pasienter triagert til en lav hastegrad (Storm-Versloot, Vermeulen et al. 2013). Hvis et stort antall pasienter blir triagert feil, vil det medføre muligheter for svikt.

### 6.3.4 Undersøkelse og behandling

Mange av forholdene som fremkom blant informantene var sterkt knyttet til kapasitet i akuttmottaket, kommunikasjon og etterlevelse av rutiner og systemer. Informantene gir uttrykk for at høyt arbeidspress og fortetning fører til manglende tilsyn av pasientene. Dette er en utfordring som Statens helsetilsyn bredt omtalte i sin tilsynsrapport om forsvarlig behandling i akuttmottakene (2008). Her fremgikk det at:

*«Snaut halvparten av revisjonsrapportene viser at ved stor pasientpågang i akuttmottaket er det usikkert om pasienter får forsvarlig medisinsk oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg mens de venter på overføring til post.»*

*Statens helsetilsyn (2008)*

Også internasjonalt er dette beskrevet som en utfordring. Undersøkelser som har sett på hyppige tilsyn, der sykepleiere går runder og tilser pasienten minst en gang per time, har vist en bedret pasientsikkerhet og tilfredshet (Meade, Kennedy et al. 2010). Tilsvarende retningslinjer for tilsyn en gang per time er innført, og informantene ga uttrykk for at de kjente til dette. Derimot mente mange de ikke til en hver tid klarte å utføre dette i praksis. En mulig årsak til dette kan være en kombinasjon av at det ikke er blitt godt nok satt i system og at en mangler elektroniske verktøy for å avhjelpe dette.

Utsiktede hendelser som angikk medikamenthåndtering var et område der informantene var uenige. At feil med medikamenter i et akuttmottak er hyppige er en velkjent problemstilling (Croskerry, Shapiro et al. 2004). Mange av informantene mente det var lite feil knyttet til medikamenthåndtering, mens et lite utvalg av informantene mente det her var store mørketall. Dette er et punkt der det ikke var samsvar mellom informantenes opplysninger og kjent kunnskap.

### 6.3.5 Forsinket behandling og feildiagnostisering

Forsinket prøvetakning, og dermed forsinket diagnostisering og behandling, var et område der det er risiko for svikt i følge informantene. Dette var i stor grad knyttet til både tilgang på ressurser og organiseringen av dem, men også kommunikasjonen som nevnt tidligere. En studie har vist at forsinket diagnostisering i stor grad skyldes systemfeil, men feildiagnostisering oftere har bakgrunn i kognitive feil (Graber, Franklin et al. 2005). Å ha god systematikk og gode rutiner for prøvebestilling er viktig. Det er beskrevet i litteraturen at et system som er «closed loop» eller lukket, der man kan unngå forsinkelser og feil er viktig for både å sikre kommunikasjon og behandling (Thammasitboon, Thammasitboon et al. 2013).

Dagens system for bestilling av prøver og undersøkelser ble opplevd av informantene som noe tilfeldig og usikkert. Blodprøver ble bestilt elektronisk via det pasientadministrative systemet. Men det var ingen kontroll om denne bestillingen når frem til mottaker, da systemet mangler kvitteringsfunksjon. Røntgen og andre undersøkelser ble fremdeles bestilt manuelt på papirrekvisisjoner. Dette medførte at det var en risiko for at de enten blir liggende igjen blant pasientens dokumentasjon eller ble borte på vei til radiologisk avdeling. Kommunikasjonen mellom lege og sykepleier vedrørende hvem som bestilte hvilke undersøkelser, samt når bestillingen ble gjort virket også tilfeldig.

Legene var som nevnt i stor grad opptatt av mulighetene for feildiagnostisering. Som nevnt over er dette feil som ofte er knyttet til det kognitive. Det kan også skyldes manglende kompetanse hos undersøker. Her påpekte Statens helsetilsyn i sin rapport om forsvarlig behandling i akuttmottak at:

*«Halvparten av revisjonsrapportene påpeker mangelfull kompetanse og lite robuste ordninger for å tilkalle mer erfarne leger med høyere kompetanse til akuttmottakene.»*

*Statens helsetilsyn (2008)*

Legene ga i liten grad uttrykk for at dette er et problem. Dette kan skyldes at det i stor grad er erfarne leger under spesialisering som har vakter i akuttmottaket og var informanter. Her var informantene mer opptatt av hvordan distraksjoner og arbeidspress, samt tilgang på prøver, påvirket prosessen som førte frem til en diagnose. De var i mindre grad opptatt av kompetanse.

### 6.3.6 Overganger

Gode overganger, også omtalt som «handover», har vært et internasjonalt fokusområde den senere tid. Denne fasen har vært et prioriteringsområde innen pasientsikkerhetsarbeid, blant annet gjennom EUs Handover- prosjekt<sup>13</sup>. Det er flere publikasjoner som viser at dette er en kilde til feil, og at man har mye å hente på systematiske overganger. Det er bred konsensus om at informasjon i denne fasen bør være standardisert og gjennomarbeidet. Dette var ikke tilfellet i henhold til data i denne undersøkelsen. Kommunikasjon og informasjonen som ble gitt, var på bakgrunn av det enkelte helsepersonells forståelse av hva de mente var viktig. Dette er helt motsatt av hva som per nå er veiledende for å oppnå for gode overganger

Dersom en ser på informasjonen fra sykepleierne, var disse opptatt av overgangen der de mottar ansvaret for pasienten. I disse tilfellene observerte de feil og ser forbedringsområder. At sykepleieren uttrykte at overgangen ut fra avdelingen fungerte godt og var preget av lite feil og hendelser, er noe man ikke finner igjen i forskningen. Tvert i mot påpeker litteratur og forskning på feltet at overgangen inn mot sengepost/intensivavdeling eller bosted normalt er et problemområde. En kvalitativ studie fra USA viser at 40 av 139 (29 %) respondenter har observert utilsiktede hendelser eller nesten-uhell ved overflytting akuttmottak til sengepost (Horwitz, Meredith et al. 2009). Selv om en i liten grad kan sammenligne amerikanske og norske sykehus med henhold til organisering, det er det en mulighet det her eksisterer mørketall. Dersom man hadde intervjuet ansatte i den mottakende avdeling, ser jeg ikke bort fra at fokuset kunne ha vært annerledes.

### 6.3.7 Oppsummering

Mange av hendelsene der informantene oppgir det er risiko for utilsiktede hendelser og nesten uhell finner man igjen i litteratur og forskning. Dette gjelder i alle faser av at pasientmottak. Det er to områder som er beskrevet som risikofylte i litteratur og forskning der majoriteten av informanten mener noe annet. Dette gjelder medikamenthåndtering og ved overganger ut av akuttmottak. I begge områdene uttrykker informantene at de så få problemer og feil.

---

<sup>13</sup> <http://www.handover.eu>, gjennomgått oktober, november 2013

# 7 Konklusjoner

## 7.1 Innledning

Målsetning for denne oppgaven var å undersøke hvilke oppfatninger og erfaringer helsepersonell har om pasientsikkerhetsrisiko i et akuttmottak. Dernest å se om det var mulig å identifisere typiske hendelser eller situasjoner der helsepersonell i akuttmottak mente at pasientsikkerheten ble redusert, samt se på årsakene til disse.

## 7.2 Når opplever de som arbeider i akuttmottaket at en pasients sikkerhet truet

Informantene identifiserte flere hendelser og situasjoner der de mener en pasients sikkerhet kan være truet. Informantene identifiserte dette i alle fasene i et pasientmottak. Forveksling av identitet, systemer for registrering, feiltriagering og mangelfulle overganger er noen av hendelsene som ble beskrevet.

At pasienter ikke ble triagert eller fikk behandling eller undersøkelse til rett tid var også et eksempel jeg vil trekke frem. Årsaken til dette oppga informantene i hovedsak å være mangel på ressurser. Problemet var i stor grad varierende i omfang, og avhengig av antall pasienter i akuttmottaket og tilgang på tjenester fra samarbeidende enheter.

Det fremgår at de kritisk syke pasientene blir godt ivaretatt av systemer og team som er bygd opp rundt denne pasientgruppen. Informantene fokuserer i noen grad på den akutte pasientens natur som en sikkerhetsrisiko. Men den stabile pasienten er en gruppe som informantene mente ble nedprioritert i dagens akuttmottak. Pasientgruppen er stor, der alle pasienter har ulike behov. Det vil da være viktig å utarbeide fungerende systemer for tilsyn og oppfølging av disse pasientene. Like viktig er det å sørge for at akuttmottaket ikke blir en ventesone i veien videre inn i sykehuset. Dersom pasienter kan flyttes inn i sykehuset når de er ferdige i akuttmottaket, vil denne gruppen av pasienter bli bedre ivaretatt. En studie har som nevnt vist at det er en forbindelse mellom forlenget liggetid i akuttmottak og utilsiktede hendelser, men det er behov for mer forskning for å fastslå dette sikkert (Ackroyd-Stolarz, Read Guernsey et al. 2011). Man kan konkludere med at dersom antallet ferdigbehandlede pasienter i akuttmottaket

er høyt, fører dette til redusert mottakskapasitet for nye pasienter. Dette er et alvorlig problem i seg selv.

Like interessant er det som informantene oppgir *ikke* å være problematisk, men som i litteraturen er beskrevet som en betydelig risikokilde. Deriblant vil jeg nevne to områder. Disse første er medikamenthåndtering. Intet hadde vært bedre enn om man hadde systemer som kvalitetsikret dette, men med bakgrunn i informantenes besvarelser er det grunn til å tro, at det her er underrapportering og at mulige hendelser ikke blir oppdaget. Det andre området er overganger ut av akuttmottaket. Informantene mener dette stort sett ikke er knyttet opp til noen utfordringer i forhold til pasientsikkerhet.

## **7.3 Hvilke årsaker er det til at pasientsikkerheten i et akuttmottak blir truet?**

Årsakene informantene oppgir til at pasientsikkerhet i et akuttmottak kan bli truet er mange. Ved analyse av data ble dette samlet i tre grupper.

### **Kommunikasjon og samarbeid**

Stadige avbrytelser og mangel på kommunikasjon ble tatt opp som et typisk eksempel som gjør arbeidet vanskelig i akuttmottaket. Dette er kjent fra tidligere og beskrevet utførlig i litteraturen. Å innføre gode systemer for kommunikasjon vil være noe som kan bidra til å avhjelpe dette. Det samme er å sørge for metodiske og systematiske overganger i alle ledd, både overgang fra prehospital tjeneste, flytting innad i avdeling og ved utskriving eller overflytning til annen avdeling.

### **System og kultur**

En hovedårsak som ble trukket frem var både mangelen på systemer og at det var variasjon i hvordan man etterfulgte systemene. Dette ble beskrevet som en stor kilde for misforståelser og feil. Å arbeide metodisk for en lik etterfølgelse av etablerte rutiner vil dermed være essensielt. Et overraskende og nytt funn var motviljen flere av informantene, spesielt de mer erfarne informantene, hadde til å etterleve etablerte systemer. At deler av informantene

uttrykte at dette ble opplevd å være i konflikt med både faglig identitet og en motsetning til effektiv pasientbehandling er bekymringsverdig. Dette må også sees i lys av kulturen i et akuttmottak. Om kulturen som er naturlig i et akuttmottak kan stå i motsetning til visse aspekter av god pasientsikkerhetskultur, er noe en ikke kan utelukke, og denne studien kan tyde på. Dersom dette er tilfellet, vil det utgjøre en stor utfordring å forene disse kravene til ett.

## **Kapasitet**

Alle informantene oppga at kapasitetsproblemer var en hovedgrunn til mulig pasientsikkerhetsvikt. Dette var igjen grunnet mange årsaker, deriblant samtidighetskonflikter, manglende kapasitet inn i sykehuset og flaskehalsen i form av manglende tilgang på undersøkelser og tester. Dette er utfordringer som er godt kjent internasjonalt. Det må dermed arbeides systematisk med å etablere gode, effektive og trygge pasientforløp som sikrer pasienten en trygg gang gjennom akuttmottak og inn i sykehuset.

## **7.4 Oppsummering**

Til tross for at akuttmottak ofte er annerledes organisert i Norge enn internasjonalt, går mange av de samme utfordringene og problemene med henhold til pasientsikkerhet igjen. Dette bekrefter også informantene i denne oppgaven. Informantene mener hovedårsakene er knyttet til utilfredsstillende kommunikasjon og samarbeid, mangelfull etterlevelse av struktur og rutiner og at antallet pasienter tidvis overskrider det man både har bemanning og lokaliteter til å ivareta. Informantene uttrykker at kritisk syke pasienter får god behandling, men er mer bekymret for de stabile pasientene som ofte må vente på behandling.

At kulturen i et akuttmottak kan være i konflikt med god pasientsikkerhetskultur er viktig kunnskap som man må ha med seg i det videre arbeidet for en god og trygg pasientbehandling i akuttmottak.

## 8 Etterord

Det må igjen påpekes at denne studien i stor grad fokuserer på det som ikke fungerer optimalt i et pasientsikkerhetsperspektiv. Således vil studien kunne tegne et forvrengt bilde av virkeligheten i et akuttmottak, da den ikke beskriver det som fungerer. Som helhet er akuttmottaket, som i helsetjenesten ellers i Norge, et trygt sted å være. Men det er alltid rom for forbedringer og utfordringer knyttet opp mot avdelingens særegenhet fører til spesielle utfordringer.

I etterkant av denne studien er det på Oslo universitetssykehus, Ullevål blitt etablert et ekstra vaktlag av indremedisinere. Dette er en liten gruppe, med faste erfarne leger under spesialisering. En av hovedoppgavene til dette vaktlaget er å tilse alle medisinske pasienter sammen med triagesykepleier. Dette er gjort for å kvalitetssikre både triageprosessen og pasientens første møte med sykehuset. Akuttmottaket er også i dialog for å få til tilsvarende systemer for de ikke-medisinske pasientene. Dette er et arbeid som har pågått uavhengig av dette arbeidet, som et ledd i avdelingens kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Man arbeider også kontinuerlig for å bedre IKT-verktøyene, slik at kommunikasjon mellom lege og sykepleiere kan bli bedre. Det er nå kjøpt inn systemer som skal gjøre kommunikasjonen enklere og mer kvalitetsikker.

Målgruppen for denne oppgaven er som nevnt i innledningen alle som har en interesse i pasientsikkerhet og akuttmottak. Det er en leders ansvar å sørge for en god og forsvarlig drift i en helseinstitusjon, det vil derfor være leders ansvar å iverksette tiltak og etablere systemer i forhold til de områdene som representerer risiko for redusert pasientsikkerhet. Denne oppgaven beskriver hvilke områder personellet i mottaket ser på som risikoområder. Å skape god pasientsikkerhet er ikke noe en leder evner å gjøre alene. Leder må få med seg personalet på arbeidet, og da kan det være et godt virkemiddel å ta utgangspunkt i de ansattes egne oppfatninger av hvilke risikoområder som er de viktigste å gripe fatt i.

# Litteraturliste

Aase, K. (2010) "Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet." Oslo, Universitetsforlaget.

Ackroyd-Stolarz, S., et al. (2011). "The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study." BMJ Qual Saf **20**(7): 564-569.

Bleetman, A., et al. (2012). "Human factors and error prevention in emergency medicine." Emerg Med J **29**(5): 389-393.

Calder, L., et al. (2010). "Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study." CJEM. Canadian journal of emergency medical care **12**(5): 421-430.

Cosby, K. S. (2003). "A framework for classifying factors that contribute to error in the emergency department." Annals of Emergency Medicine **42**(6): 815-823.

Cosby, K. S. and P. Croskerry (2004). "Profiles in patient safety: authority gradients in medical error." Acad Emerg Med **11**(12): 1341-1345.

Cowan, R. and S. Trzeciak (2005). "Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill." Critical care **9**(3): 291-295.

Croskerry, P. (2009). "Patient safety in emergency medicine." Philadelphia, Penn., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Croskerry, P., et al. (2004). "Profiles in patient safety: medication errors in the emergency department." Academic emergency medicine **11**(3): 289-299.

De Meester, K., et al. (2013). "SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study." Resuscitation **84**(9): 1192-1196.

Deilkås, E. (2011.). "Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2010." Rapport fra kunnskapssenteret, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Deilkås, E. (2013.). "Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2012." Rapport fra kunnskapssenteret, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Deilkås, E. C. T. (2010). "Patient safety culture - opportunities for healthcare management." Oslo, Unipub. Avhandling (ph.d.) - Universitetet i Oslo, 2010

Dhingra, K. R., et al. (2010). "Reducing error in the emergency department: a call for standardization of the sign-out process." Ann Emerg Med **56**(6): 637-642.

Donaldson, M. S., et al. (2000). "To err is human: building a safer health system." Washington, National Academy Press.

Engebretsen, S., et al. (2013). "Triage in Norwegian emergency departments." Tidsskr Nor Laegeforen **133**(3): 285-289.

Fee, C., et al. (2011). "Consensus-based recommendations for research priorities related to interventions to safeguard patient safety in the crowded emergency department." Academic emergency medicine **18**(12): 1283-1288.

Fee, C., et al. (2007). "Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia." Ann Emerg Med **50**(5): 501-509, 509 e501.

Fordyce, J., et al. (2003). "Errors in a busy emergency department." Ann Emerg Med **42**(3): 324-333.

Freund, Y., et al. (2013). "Factors associated with adverse events resulting from medical errors in the emergency department: two work better than one." J Emerg Med **45**(2): 157-162.

Friedman, S. M., et al. (2008). "Errors, near misses and adverse events in the emergency department: what can patients tell us?" CJEM **10**(5): 421-427.

Graber, M. L., et al. (2005). "Diagnostic error in internal medicine." Arch Intern Med **165**(13): 1493-1499.

Grepperud (2009). "Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig." Tidsskr Nor Legeforen(nr. 11): 129.

Hakimzada, A. F., et al. (2008). "The nature and occurrence of registration errors in the emergency department." Int J Med Inform **77**(3): 169-175.

Haugum M, Bjertnæs. ØA., Lindahl AK (2013). "Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2013: en undersøkelse med basis i GallupPanelet." Notat fra Kunnskapssenteret 2013. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Helmreich, R. L. (2000). "On error management: lessons from aviation." BMJ. British medical journal **320**(7237): 781-785.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)  
Hentet fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>, lesedato 4/10-2013

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) Hentet fra: <http://www.lovdata.no>, lesedato 4/10-2013

Hjort, P. F. (2007). "Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok." Oslo, Gyldendal akademisk.

Horwitz, L., et al. (2009). "Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care." Annals of Emergency Medicine **53**(6): 701-710.e704.

Institute of Medicine Committee on the National Quality Report on Health Care, D., et al. (2001). "Envisioning the national health care quality report." Washington, D.C., National Academy Press.

Jakobsen D, Thorsvik J. (2013). "Hvordan organisasjoner fungerer" Oslo, Fagbokforlaget

Kallberg, A.-S., et al. (2013). "Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - a national review." European journal of emergency medicine **20**(1): 33-38.

Krogstad, U. and I. S. Saunes (2009). "Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus." Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Lawton, R. (1998). "Not working to rule: Understanding procedural violations at work." Safety Science **28**(2): 77-95.

Mainz, J., et al. (2011). "Kvalitetsudvikling i praksis." København, Munksgaard.

Malterud, K. (2011). "Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring." Oslo, Universitetsforl. 1. utg. Oslo : Tano Aschehoug, 1996

Malterud, K. (2012). "Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag." Oslo, Universitetsforlaget.

Meade, C. M., et al. (2010). "The effects of emergency department staff rounding on patient safety and satisfaction." J Emerg Med **38**(5): 666-674.

Melding til Stortinget nr. 10 2012/2013. "God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten." [Oslo], [Regjeringen].

NS-EN ISO 9000:2005: Systemer for kvalitetsstyring - Grunntrekk og terminologi (ISO 9000:2005) Norsk Standard

Nugus, P. and J. Braithwaite (2010). "The dynamic interaction of quality and efficiency in the emergency department: Squaring the circle?" Social Science & Medicine **70**(4): 511-517.

Oredsson, S. (2011). "Triage and patient safety in emergency departments." BMJ **343**: d6652.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> Lesedato 4/10-2013

Paul, J. and L. Lin (2012). "Models for improving patient throughput and waiting at hospital emergency departments." The Journal of emergency medicine **43**(6): 1119-1126.

Pruitt, C. M. and E. L. Liebelt (2010). "Enhancing patient safety in the pediatric emergency department: teams, communication, and lessons from crew resource management." Pediatr Emerg Care **26**(12): 942-948; quiz 949-951.

Raghunathan, K. (2012). "Checklists, safety, my culture and me." BMJ Qual Saf **21**(7): 617-620.

Rapport fra tilsyn med Akuttmottaket ved Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF (SUS) 2013  
<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Rogaland/2013/Helse-Stavanger-HF-Akuttmottaket-forsvarlighet-kvalitet-2013/> , lesedato 17/9-2013

Reason, J. (1990). "Human error." Cambridge, Cambridge University Press.

Reason, J. (2000). "Human error: models and management." BMJ. British medical journal **320**(7237): 768-770.

Rosenstein, A. H. and B. Naylor (2012). "Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department." J Emerg Med **43**(1): 139-148.

Saastad, E., et al. (2012) "Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten: en oppsummering fra oppstartsfasen i perioden 1. juli- 30. nov 2012." Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Sandvik, E. (2011). "Akuttmedisinsk triage." Oslo, Unipub.

Saunes, I. S., et al. (2010). "Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet." Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Singer, S. J., et al. (2009). "Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline." Med Care **47**(1): 23-31.

Sklar, D. P., et al. (2010). "Emergency Physician Perceptions of Patient Safety Risks." Annals of Emergency Medicine **55**(4): 336-340.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). "-og bedre skal det bli!: hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten." Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

"Oppfølging av "-og bedre skal det bli!", nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)"

Stortingsmelding nr. 43- 1999/2000 - "Om akuttmedisinsk beredskap" Regjeringen, Oslo Norge

Spencer, R., et al. (2004). "Variation in communication loads on clinical staff in the emergency department." Ann Emerg Med **44**(3): 268-273.

Speroni, K. G., et al. (2013). "What causes near-misses and how are they mitigated?" Nursing **43**(4): 19-24.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven). Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-061.html>, lesedato 4/10-2013

Statens-helsetilsyn (2008). "Mens vi venter-" : forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? : oppsummering av landsoppfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Oslo, Statens helsetilsyn.

Storm-Versloot, M. N., et al. (2013). "Influence of the Manchester Triage System on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study." Emerg Med J.

Storvik, A. (2012). "Turnusleger styrer akuttmottakene." " Dagens Medisin 16/4 2012 <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/turnusleger-styrer-akuttmottakene>

Thammasitboon, S., et al. (2013). "System-related factors contributing to diagnostic errors." Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care **43**(9): 242-247.

Trzeciak, S. and E. P. Rivers (2003). "Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health." Emergency medicine journal **20**(5): 402-405.

van der-Linden, C., et al. (2013). "Emergency department crowding in The Netherlands: managers' experiences." Int J Emerg Med **6**(1): 41.

van der Wulp, I., et al. (2008). "Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study." Emerg Med J **25**(7): 431-434.

Vincent, C. (2006). "Patient safety." Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone.

Vincent, C. (2010). "Patient safety." Chichester, Wiley-Blackwell.

Vinen, J. (2000). "Incident monitoring in emergency departments: an Australian model." Acad Emerg Med **7**(11): 1290-1297.

von Plessen, C. and B. Gäre (2012). "Patient safety can be ensured in clinical microsystems." Ugeskrift for læger **174**(45): 2780-2784.

Webb, R. K., et al. (1993). "The Australian Incident Monitoring Study: an analysis of 2000 incident reports." Anaesthesia and intensive care **21**(5): 520-528.

Weber, E. J., et al. (2011). "Mandatory triage does not identify high-acuity patients within recommended time frames." Ann Emerg Med **58**(2): 137-142.



# Vedlegg

# Vedlegg 1 Samtykkeerklæring og Informasjon om deltagelse

## Bakgrunn og hensikt

Jeg har arbeidet i akuttmottaket på Ullevål sykehus i over ti år, både som sykepleier, fagansvarlig og leder. Vi har i løpet av denne tiden alltid vært opptatt av kvalitet og forsvarlighet, og arbeidet systematisk med å forbedre kvaliteten på tjenestene vi tilbyr. I forbindelse med at jeg nå tar en mastergrad i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, avdeling Helseledelse og Økonomi, ønsker jeg nå å gjøre en studie der jeg kartlegger pasientsikkerheten i akuttmottaket, for og dermed gjøre inngangsporten til sykehuset mer sikker.

## Tema for oppgaven

Temaet for oppgaven er pasientsikkerhet i akuttmottak. Jeg ønsker å kartlegge hvilke situasjoner eller hendelser der det er en risiko for at pasientsikkerheten kan bli truet, samt å se hvilke tiltak man har iverksatt for å motvirke dette.

## Praktisk informasjon

Intervjuet vil ha en varighet på ca. 30 – 60 minutter, og vil bli tatt opp på digital lydopptaker. Det som blir sagt under intervjuet skrives ned, og opptaket slettes. Du kan få lese gjennom transkripsjonen av ditt intervju dersom du ønsker det. Det er kun jeg og min veileder på Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten og universitetet som kan lese gjennom denne transkripsjonen. Intervjuene vil bli gjennomført nå i løpet av våren 2013, og masteroppgaven skal etter planen skrives ferdig innen november 2013.

## Informasjonen du gir

Ditt navn og hvor du arbeider vil ikke bli nevnt i oppgaven. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert slik at ingen kan knytte enkeltpersoner til opplysninger i oppgaven. Samtykkeskjemaet vil bli oppbevart nedlåst, og adskilt fra oppgaven. Alle data vil bli oppbevart forsvarlig og nedlåst. De vil bli destruert når oppgaven er ferdigstilt.

## Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta på intervju til denne oppgaven, og dersom du ombestemmer deg kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake. Ønsker du å lese den ferdige oppgaven er det bare å gi beskjed. Har du spørsmål eller lurer på noe er det bare å ta kontakt med meg:

Jens Holmberg

Telefon:



## Samtykke til deltakelse

Det er frivillig å delta som informant til denne oppgaven. Du kan når som helst trekke deg dersom du ombestemmer deg, og vil trekke ditt samtykke tilbake.

Se tilhørende informasjonsskriv for mer utfyllende informasjon om oppgavens bakgrunn og praktisk informasjon.

Jeg samtykker til å delta på intervju til masteroppgaven

Dato: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Samtykket finnes i to eksemplarer, et til informanten og et til studenten.

Har du spørsmål eller lurer på noe er det bare å ta kontakt med meg:

Jens Holmberg

Telefon:

Epost:

## Vedlegg 2 Intervjuguide

Har du/dere opplevd situasjoner der pasientsikkerheten er blitt svekket?

- Gi gjerne eksempler
- Hvorfor skjedde det
- Hvor ofte skjer dette
- Er disse situasjonene typiske

Hvor i pasientforløpet oppstår dette oftest?

- Innmelding og registrering
- Triage
- Behandling/diagnostisering
- Observasjon
- Overflytning

Hvorfor oppstår disse situasjonene?

Hva kan gjøres for å unngå/forhindre disse situasjonene?

I hvilken grad fanger system og rutiner opp feil?

I hvilken grad er det kjennskap til og etterleves disse systemene?

- Eksempel på systemer kan være:
  - Rutiner ved massetilstrømning av pasienter
  - Rutiner ved samtidigetskonflikter
  - Interne rutiner i avdeling
  - Rutiner ved for mange pasienter
  - Sjekklistor
  - IKT-systemer
- Hvilke systemer fungerer etter intensjonen
- Hvilke systemer gjør det ikke
  
- Meldes nesten-uhell i avvikssystemet?
- Hva slags tilbakemelding får man på avviksmeldinger?

Sjekkliste for temaer:

Feil identitet

- Feil armbånd
- Gale papirer

Manglede oppfølging av pasient

- Grunnet massetilstrømning
- Forglemmelse
- Samtidighetskonflikt
- Ventetid på sykepleier/lege
- Tilgang på spesialist

Feilmedisinering

- Manglede medisiner
- Feil medisiner gitt
- Medikamenter gitt til feil tid

Prøvetakning

- Blodprøver
- Røntgen
- Andre prøver

Kommunikasjon

- Manglende
- Avbrytelser
- Misforståelser
- Samarbeid lege sykepleiere

Organisering/samarbeid andre enheter

- Overflytning

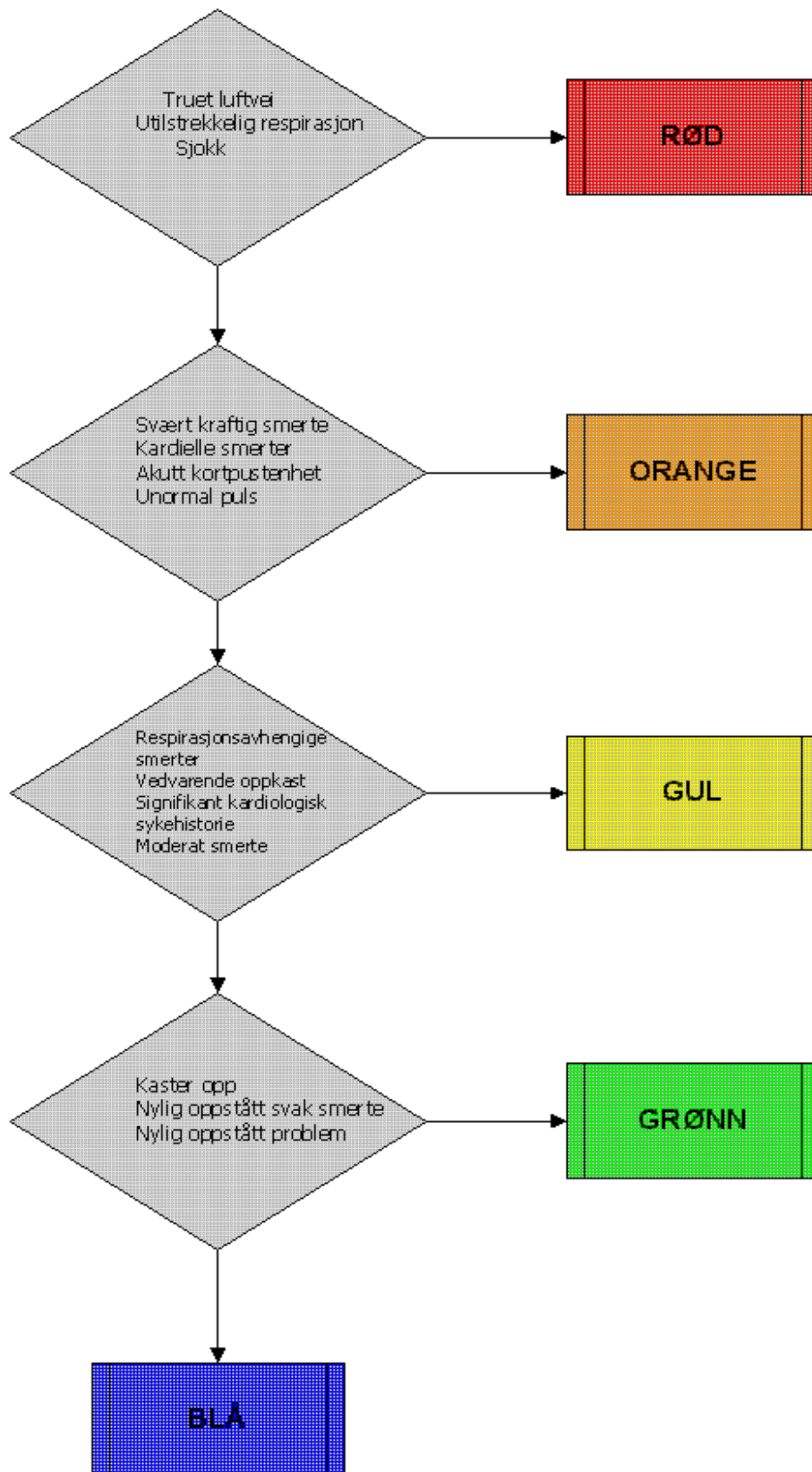
Kompetanse

- Kompetanse legetjenesten
- Kompetanse sykepleiertjenesten
- Kompetanse annet personell

Ressurser

- Manglende tilgjengelige ressurser

## Vedlegg 3 Triageskjema MTS



Triageskjema hentet fra MTS, © Norwegian Manchester Triage Group

# Vedlegg 4 Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hår fagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel +47-55 58 21 17  
Fax +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Anne Karin Lindahl  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 07.03.2013

Vår ref:33728 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

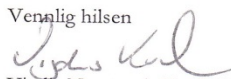
33728	<i>Pasientsikkerhet i akuttmottak</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Karin Lindabl</i>
<i>Student</i>	<i>Jens Holmberg</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Venlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Jens Holmberg, Bennechesgate 3 C, 0169 OSLO



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Lydfiler slettes innen prosjektslutt.

Personvernombudet legger til grunn at det foreligger tillatelse fra avdelingsledelsen.