



Uio • Universitetet i Oslo

Læring til besvær

En kvalitativ oppgave om hvordan ledere i psykisk helsevern
forholder seg til uønskede pasientrelaterte hendelser

Margrete Nysterud

MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Høsten 2021

INNHold

Sammendrag	5
1. Innledning	7
2. Bakgrunn	8
2.1 Organisering av Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten	8
2.1.1 Om helseforetak	8
2.1.2 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)- en sentral del av spesialisthelsetjenesten	8
2.2 Begrepsavklaring: kvalitet, pasientsikkerhet og uønsket hendelse	9
2.2.1 Kvalitet og nasjonale kvalitetsindikatorer	9
2.2.2 Pasientsikkerhet, uønskede hendelser og nasjonalt pasientsikkerhetsprogram	10
2.3 Oppdragsdokumentet vektlegger krav til kvalitet og pasientsikkerhet	11
2.4 Nasjonale undersøkelser om uønskede hendelser i helsetjenesten	12
2.5 Forekomst av feil og uønskede hendelser innen psykisk helsevern	14
2.5.1 Forskning	14
2.5.2 Varselordningen i Statens Helsetilsyn	15
2.5.3 Norsk pasientskadeerstatning	16
2.5.4 Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord	17
2.6 Problemstillinger	17
3. Teori	19
3.1 Hvordan oppstår feil og uønskede hendelser?	19
3.2 Psykologisk trygghet	21
3.2.1 Hvorfor er psykologisk trygghet viktig i helsevesenet?	21
3.2.2 Hvordan skape psykologisk trygghet?	22
3.3 Tillit	22
4. Metode	24
4.1 Datainnsamling	24
4.2 Forforståelse	24
4.3 Litteratursøk	25
4.4 Utvalg og rekruttering	25
4.5 Intervjuguide	27
4.6 Gjennomføring - intervjuenes lengde og hvor de ble gjennomført	28
4.7 Analyse av data	29
4.8 Etikk, reliabilitet og validitet	29
4.8.1 Etikk	29
4.8.2 Reliabilitet	30
4.8.3 Validitet	31

5.Resultater	32
5.1 Hva slags type feil og uønskede hendelser forholder ledere seg til?	32
5.1.1 type feil og uønsket hendelse	32
5.1.2 Læringspunkter etter selvmord.....	34
5.1.3 forekomst av feil og uønskede hendelser	35
5.2 Organiseringen av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet	35
5.2.1 Prosedyrefestet oppfølging av uønskede hendelser.....	36
5.2.2 Ledergruppens håndtering av felles Forbedrings- og læringspunkter	37
5.2.3 Formidling av forbedrings- og læringspunkter til de ansatte.....	37
5.3 Hvordan forholder lederen seg til læringspunkter etter feil og uønskede pasientrelaterte hendelser?	38
5.3.1 Uønskede hendelser medfører stressede ansatte	38
5.3.2 Vanskelig balansegang	38
5.3.3 Formidling av læringspunkter	39
5.3.4 andre faktorer som vanskeliggjør formidlingen av læring	39
5.4 Hva gjør ledere for å få til en god læringskultur?	40
5.4.1 Kultur i egen organisasjon	40
5.4.2 faktorer som fremmer god kultur	41
5.4.3 faktorer som hemmer god kultur	43
5.5 Informantens kommentarer til intervjuets tema	44
6.Diskusjon	46
6.1 Selvmord- den altoverskyggende uønskede hendelsen	46
6.1.1 Uønskede hendelser skjer sjelden.....	48
6.2 Læring til besvær	49
6.2.1 Begrensede læringspunkter etter selvmord	49
6.2.2 En vanskelig balansegang	50
6.2.3 God struktur, men savn etter større faglig fokus	51
6.3 Kultur for læring	51
6.4 Fremtidige oppgaver for helsetjenesten	53
7.Konklusjon	55
Referanser	57
Liste over vedlegg:	62

Forord

Denne oppgaven markerer avslutningen på mastergradsstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Det har vært inspirerende samlinger med kull 33 og ikke minst hyggelig sosialt fellesskap med kollektivgruppen min.

Jeg ønsker å rette en stor takk til de syv lederne for at de satte av tid til meg i deres travle arbeidshverdag. Deres åpenhet og ærlighet har vært avgjørende for at jeg kunne gjennomføre denne studien.

Takk til veileder Helge Skirbekk for gode og innsiktsfulle innspill.

Takk til min arbeidsgiver Vestre Viken HF som har gitt meg mulighet til å ta denne videreutdanningen.

Takk til min dyktige ledergruppe og stab i Drammen DPS som har styrt seksjonene med stødig hånd den siste tiden.

Takk til min mann Inge Johnsen for hans grundige og kritiske gjennomlesning av utkastet.

Oppgaven er blitt til gjennom arbeid i helger og på kvelder. Mange hyggelige invitasjoner har blitt avslått og jeg ser nå frem til et mer sosialt liv sammen med familie og venner. Tusen takk til min tålmodige familie som i likhet med meg nå er glad for jeg er ferdig.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Psykisk helsevern har blitt kritisert for at helsetjenestene ikke lærer av sine feil og at de samme feilene ofte gjentar seg. Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan ledere forholder seg til feil og uønskede pasientrelaterte hendelser, hvilke typer hendelser ledere har erfaring med og hvordan kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er organisert. Videre var målet å undersøke hvordan ledere forholder seg til læring- og forbedringspunkter og hva ledere gjør for å sikre en god læringskultur.

Metode: Syv førstelinjeledere ved DPSer i Helse Sør-øst ble intervjuet om hvordan de forholder seg til feil og uønskede hendelser. Intervjuguide ble utarbeidet, samtalene transkribert og analysert. Analysen resulterte i tre hovedområder: 1) Selvmord som den altoverskyggende hendelsen 2) Læring til besvær og 3) Kultur for læring

Resultater: Informantene er ensidig opptatt av selvmord som den hendelsestypen de bruker mest tid på å følge opp. Andre typer hendelser opptar dem mindre. Lederne beskriver forekomsten av uønskede hendelser som lav og at det ofte ikke er noen lærings- eller forbedringspunkter etter alvorlige hendelser. Ledere er opptatte av å følge etablerte og prosedyrefestede rutiner i oppfølging av uønskede hendelser. De beskriver at strukturen på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er godt forankret på alle ledelsesnivåer i helseforetakene og oppfølgingen beskrives i form av en oppfølgingsløype. Lederne savner derimot mer fokus på det innholdsmessige i form av faglige diskusjoner i de etablerte foraene.

Lederne beskriver at uønskede hendelser oppleves som belastende hos medarbeiderne. De er opptatte av å støtte berørte medarbeidere når hendelser skjer. Lederne beskriver en krevende balanse mellom å støtte medarbeidere og å formidle lærings- og forbedringspunkter. Et viktig funn i denne studien, er at lederne opplever en form for krysspress; ivaretagelsen av medarbeidere kan hindre formidling av lærings- og forbedringspunkter til øvrige medarbeidere i organisasjonen.

For å etablere en god kultur er ledere opptatte av åpenhet, trygghet, transparens, tillit og lederens tilgjengelighet. Av faktorer som hemmer en god læringskultur nevnes leders arbeidsbelastning og manglende ressurser, flinketskultur og rekrutteringsvansker av fagledere/teamledere. Det kan se ut til at ledere beskriver kulturen i egen organisasjon som bedre enn det den virkelig er.

Diskusjon: Funnene blir diskutert i lys av James Reason sin modell, Amy Edmondson sin teori om psykologisk trygghet og tillit/makt relasjonen mellom leder og medarbeidere. Det blir blant annet diskutert hvorvidt individperspektivet under oppfølgingsprosessen av uønskede hendelser blir for mye vektlagt. Et individperspektiv kan medføre et snevrere syn på hva som er en uønsket hendelse og kan forklare både hvorfor ledere oppfatter at det er få læringspunkter etter uønskede hendelser

og den lave forekomsten. I tillegg kan vektleggingen av et slikt individperspektiv medføre en ekstra belastning for medarbeidere når hendelser skjer. Medarbeiderne påvirkes i stor grad av slike hendelser og dette kan igjen forklare hvorfor ledere opplever at det blir en krevende balansegang mellom ivaretagelse av berørte medarbeidere og formidling av forbedrings- og læringspunkter til øvrige ansatte i tjenesten.

Konklusjon: Helsetjenesten bør vektlegge et systemperspektiv under oppfølgingen av uønskede hendelser. Et individperspektiv vil føre til sydebukk-stempling, fryktkultur og dårlig meldekultur. Ledere bør i «fredstid» snakke med sine medarbeidere både om risiko og om hvordan de har tenkt å følge opp uønskede hendelser ut fra et systemperspektiv når de skjer. Dette vil være et viktig tiltak for å øke den psykologiske tryggheten i arbeidsmiljøene. I tillegg må helsetjenesten sørge for at involvert helsepersonell blir godt ivaretatt både av sin leder og av en kollegastøtteordning. En kollegastøtteordning vil være spesielt nyttig sett i lys av funnene fra denne undersøkelsen som viser at ledere opplever en vanskelig balansegang mellom ivaretagelse av berørte medarbeidere og formidling av lærings- og forbedringspunkter.

1. INNLEDNING

Høsten 2018 rettet NRK søkelyset mot spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og hevdet at tjenesten ikke lærer av sine feil og mangler. NRK hadde kartlagt 200 selvmord og gjennomgangen viste at det var lovbrudd i nesten halvparten av sakene og at de samme feilene ofte skjer igjen. Helsetilsynets direktør Jan Fredrik Andresen rettet kritikk mot spesialisthelsetjenesten etter NRK sitt innslag og påpekte at tjenesten repeterer feil og at de i liten grad evner å lære av sine feil (NRK 2018). Hans påstand blir drøyt tre år senere langt på vei understøttet av Riksrevisjonen (Riksrevisjonen 2021), som våren 2021 fremla resultatet fra en landsomfattende revisjon av psykiske helsetjenester fra perioden 2015-2020. Revisjonen viste at 22% av poliklinikkene innen psykisk helsevern ikke hadde gjennomført analyser av klager, avvik og/eller uønskede hendelser de siste tre årene.

Gjennom 22 år som kliniker og leder innen psykisk helsevern, har jeg erfart at fokuset på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten gradvis har økt. Mye oppleves å ha blitt bedre. Samtidig viser NRK sitt innlegg og Riksrevisjonens nylige rapport at håndteringen av feil og uønskede hendelser innen psykisk helsevern er et område med forbedringspotensial.

Årlig utgjør kostnadene for feil og uønsket hendelser et stort beløp for helseforetakene og samfunnet. OECD (OECD, 2017) har estimert at pasientskader er rangert på 14. plass på listen over verdens globale sykdomsbyrde med malaria oppført på førsteplass. I rapporten «The Economics of Patient Safety» estimeres det at 15% av utgiftene ved et sykehus skyldes pasientskader og konkluderer med at kostnadene knyttet til innføring av tiltak for å rette opp i slike pasientskader er vesentlig lavere enn skadekostnadene. Reduksjon i feil og pasientskader vil medføre reduserte kostnader for helseforetakene og bidra til god økonomi. Bedre økonomi vil igjen kunne bidra til mer pasientbehandling og bedre kvalitet- en positiv spiraleffekt.

I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvordan ledere i psykisk helsevern forholder seg til feil og uønskede hendelser. Men først litt om organiseringen av psykisk helsevern, de krav til kvalitet og pasientsikkerhet som stilles til tjenesten og hva vi vet om omfang av feil og uønskede hendelser innen psykisk helsevern i dag.

2. BAKGRUNN

2. 1 ORGANISERING AV PSYKISK HELSEVERN I SPESIALISTHELSETJENESTEN

2.1.1 OM HELSEFORETAK

Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert i fire regionale helseforetak (RHF): Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Helse Sør- Øst er det største av de regionale helseforetakene og har ansvar for å yte spesialisthelsetjeneste til nesten 3 millioner innbyggere (Helse Sør-Øst, 2021).

Helse Sør-Øst er inndelt i 11 helseforetak som alle har ansvar spesialisthelsetjenesten innenfor sitt geografiske område. Organiseringen innad i hvert helseforetak blir godt beskrevet av Frich (2016) som peker på hva som er en vanlig organisering. På nivå 1 befinner topplederen seg som har ansvar for hele helseforetaket, denne blir ofte kalt administrerende direktør. På nivået under blir lederen ofte kalt klinikkdirektør eller divisjonsdirektør og denne har et tjenesteovergripende ansvar. Ledere på nivå 3 har ansvar for en avdeling bestående av flere seksjoner eller et distriktpsykiatrisk senter (DPS), mens nivå 4 ledere har ansvar for deler av en avdeling og blir ofte kalt seksjonsledere. Det er bare unntaksvis at det i helseforetakene i Helse Sør-Øst er etablert et femte ledernivå. Nivå 4 ledere blir dermed ledere på det laveste nivået og er de lederne som står nærmest klinikerne som utøver pasientbehandlingen. Disse lederne er såkalte «førstelinjeledere» og er den gruppen ledere som denne studien er konsentrert om.

2.1.2 DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE (DPS)- EN SENTRAL DEL AV SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det har vært en politisk ønsket dreining fra døgnbehandling til poliklinisk og ambulant behandling. I psykisk helsevern har det de siste 20 årene skjedd en gradvis dreining fra at pasienten i all hovedsak ble behandlet i sykehusavdelinger (sentralsykehusfunksjon) til å bli behandlet ved DPSer (lokalsykehusfunksjon) og i form av polikliniske eller ambulante tjenester. Dette har medført en halvering i antall døgnplasser innen psykisk helsevern de siste 10 årene målt per 10 000 innbyggere over 18 år (Helsedirektoratet, 2019a).

I 2018 ble 4,7% av personer over 18 behandlet innen psykisk helsevern for voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), hvorav 4% ble behandlet poliklinisk eller ambulant (Meld. St. 7, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023). Majoriteten av voksne pasienter behandlet innen psykisk helsevern blir altså behandlet utenfor døgninstitusjoner.

Dreining fra døgnjenester til polikliniske og ambulante tjenester startet i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 hvor satsningsområde var etablering av nye og

strykning av allerede etablerte distriktpsikiatriske sentre (DPS) (St.Prp.nr 63). Det var en målsetning å styrke en desentralisering av tilbudet innen psykisk helsevern og at alle innbyggere skulle søke til et eget DPS. Hvert DPS skulle altså sørge for poliklinisk-, dag og/eller døgntilbud til pasienter innenfor sitt avgrensede geografiske område.

Kongstanken bak etableringen og styrkingen av DPSene var at de skulle ha hovedansvaret for det psykiske helsevernet i et gitt geografisk område og ivareta den såkalte lokalsykehusfunksjonen og at tilbudet skulle være nær der pasientene bor (Helsedirektoratet 2006). DPSet skulle være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Pasienten skulle bo hjemme og møte til polikliniske timer eller få hjemmebehandling av oppsøkende team. Ved behov for akutte tjenester og behandling av mer alvorlige psykiske lidelser skulle disse pasientene behandles i døgnavdelinger ved psykiatriske sykehus og disse sykehusene skulle ivareta den såkalte sentralsykehusfunksjon med områdefunksjon til flere DPSeer innen eget helseforetak.

Gjennom opptrappingsplanen skulle polikliniske konsultasjoner øke med 50% i planperioden. Allerede i 2003 ble dette målet nådd. I evalueringsrapporten fra Forskningsrådet fra 2009 (Forskningsrådet, 2009) viste det seg at andelen polikliniske konsultasjoner gjennom planperioden faktisk endte med en 113% økning. I årene etter opptrappingsplanen har det gjennom oppdragsdokumentet fra Departementet blitt understreket en fortsatt ønsket dreining fra døgnbehandling til mer polikliniske og ambulante tjenester.

2.2 BEGREPSAVKLARING: KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG UØNSKET HENDELSE

2.2.1 KVALITET OG NASJONALE KVALITETSINDIKATORER

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli!» (Helsedirektoratet, 2005) beskrives helsetjenestene med god kvalitet når de er:

- virkningsfulle
- trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte og
- tilgjengelige og rettferdig fordelt).

En annen definisjon på kvalitet foreslås av Rygh et al (2010):

«Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestenes aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøver i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap».

For å måle kvaliteten i helsetjenesten har myndighetene utarbeidet ulike indikatorer for hvert fagfelt. «En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles» (Helsedirektoratet, 2021a). Myndighetene gjennomfører hver tredje måned en kvalitetskartlegging i henhold til bestemte kvalitetsindikatorer. Hensikten er å synliggjøre for pasienter og pårørende kvalitetsstatus ved det enkelte sykehus slik at befolkningen skal kunne stole på at helsetjenesten leverer og for at de skal kunne ta gode valg. For ledere i de ulike helseforetakene danner disse målingene et grunnlag for å sammenligne seg med andre og vurdere kvalitetsforbedrende tiltak. Eksempler på kvalitetsindikatorer som blir målt innen psykisk helsevern for voksne er ventetid, epikrisetid, forløpstid utredning og pasienterfaring med døgnopphold. Riksrevisjonens undersøkelse tydeliggjorde at kvalitetsindikatorerne som helsetjenesten måles på i dag, ikke gir kunnskap om behandlingen virker. Derfor anbefalte Solbergregjeringen en videre utvikling av psykisk helsevern må innebære å øke kunnskapsnivået om virkningsfulle behandlingsformer (Riksrevisjonen, 2021).

2.2.2 PASIENTSIKKERHET, UØNSKEDE HENDELSER OG NASJONALT PASIENTSIKKERHETSPROGRAM

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld. St 16 (2010-2011)) blir pasientsikkerhet definert slik:

«Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller mangel på slik ytelse».

Pasientsikkerhetsarbeid har som mål å redusere pasientskader. Begreper som uheldig hendelser, utilsiktet hendelser og uønsket hendelser blir ofte benyttet for å beskrive det samme forholdet. Peter Hjort (2000) beskriver uheldige hendelser slik: «Uheldige hendelser er definert som et utilsiktet og uønsket resultat uten hensyn til konsekvenser og årsaker». I motsetning til begrepet «feil» som i stor grad retter seg mot enkeltindividet, blir en uønsket hendelse i større grad knyttet til organisasjonens system.

Pasientsikkerhet er en viktig del av kvaliteten, men kvalitet representerer et større område som også inkluderer effektivitet og pasienterfaringer (Aase, 2010). Når det gjelder utviklingen av pasientsikkerhet som område, henger Norge etter våre nordiske naboland som har kommet lengre i

utviklingen (Lindahl, 2019). Nasjonal pasientsikkerhetsenhet ble etablert først i 2007 og siden den gang har området utviklet seg gradvis.

Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje ble lansert i Norge i 2011 og rettet fokuset på 9 utvalgte innsatsområder. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var det områdene forebygging av selvmord, overdosedødsfall og pasientsikkerhetsfokus som er tre av de 9 utvalgte områdene som angikk psykisk helsevern (NOU 2015:11). I 2014 gikk pasientsikkerhetskampanjen over til et 5 årig pasientsikkerhetsprogram med noen nye innsatsområder, men med samme mål som tidligere, nemlig å redusere pasientskader, bedre pasientsikkerhetskulturen og bidra til varige strukturer for pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i tjenestene. Fra 2019 er pasientsikkerhetsarbeidet forankret i den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som jeg skriver om i neste kapittel.

2.3 OPPDRAGSDOKUMENTET VEKTLIGGER KRAV TIL KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

De regionale helseforetakene får hvert år et Oppdragsdokument fra Helse- og Omsorgsdepartementet. Kvalitet og pasientsikkerhet er ett av tre overordnede styringsmål i oppdragsdokumentet (Regjeringen 2021). Ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring står altså helt sentralt i helsetjenesten.

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ble publisert i 2017 og skal understøtte og tydeliggjøre lederes ansvar og den pålegger virksomheten å systematisere arbeidet med kvalitetsforbedring. Forskriften skal «bidra til å gi den som har det overordnede ansvaret for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring» (Helsedirektoratet, 2017). Forskriften tydeliggjør lederes ansvar og pålegger virksomhetene å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tiltak med mål om å forbedre pasientsikkerheten. Forbedringsmodellen som ligger til grunn for forskriften er den såkalte PDSA sirkelen. Ledere skal ta ansvar for å planlegge (Plan=P), gjennomføre (Do=D), evaluere (Study=S) og korrigere (Act=A).

Nasjonale Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (Helsedirektoratet 2019b) skal understøtte forskriften og bidra til at ledere på alle nivåer etterlever denne.

Handlingsplanen beskriver fire hovedområder som sammen skal redusere forekomsten av pasientsaker. Det første område handler om ledelse og kultur med beskrevne tiltak som fokus på pasientsikkerhet, deling av kunnskap og erfaring og utvikle en kultur preget av åpenhet og læring. Kompetanse er det andre hovedområde og her beskrives to tiltak: bygge kompetanse og kapasitet samt identifisere og spred oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet. Det tredje hovedområde er nasjonale satsninger med tiltak om å utvikle, iverksette og følge opp nasjonale satsninger. Systemer og

strukturer er det siste hovedområde i handlingsplanen og beskriver tiltaket med å følge med på utvikling av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring over tid.



Bilde 2.1: hovedområdene fra handlingsplanen og de beskrevne tiltakene knyttet til hvert område (Helsedirektoratet, 2019b)

I denne studien er det særlig hovedområde som handler om ledelse og kultur som blir belyst og jeg vil berøre de tre beskrevne tiltakene under dette hovedområde. Jeg vil ta for meg både hvordan pasientsikkerhetsarbeidet er organisert i organisasjonen (tiltak 1), hvordan lederne forholder seg til feil og uønskede hendelser og sørger for at læringspunkter blir delt (tiltak 2) og hvordan kulturen for åpenhet og læring er i organisasjonen (tiltak 3).

2.4 NASJONALE UNDERSØKELSER OM UØNSKEDE HENDELSER I HELSETJENESTEN

Det publiseres årlige Stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet fra Regjeringen. De årlige Stortingsmeldingene oppsummerer de funn som er gjort av Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Statens undersøkelseskommissjon og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer (Meld. St. 11 (2020-2021)). Hensikten med disse meldingene er å belyse utfordringer, gi innsikt og bidra til større åpenhet. Ikke minst skal de danne et grunnlag for tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Virksomhetene har et selvstendig ansvar for å kjenne til status for kvalitet og pasientsikkerhet innenfor sitt område og sammen med virksomhetens egne pasientklagesaker, avvikssaker, internrevisjoner, pasientsikkerhetsmålinger og evt. andre metoder for innhenting av informasjon om kvaliteten i pasientbehandlingen, utgjør disse stortingsmeldingene et viktig kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsgrunnlaget danner igjen et utgangspunkt for forbedringsarbeid innen kvalitet og pasientsikkerhet.

Riksrevisjonen har gjort to større undersøkelser som også utgjør en del av kunnskapsgrunnlaget om uønskede hendelser i helsetjenesten. En landsomfattende revisjon fra 2015 omhandler hvordan helseforetakene håndterer uønskede hendelser (Riksrevisjonen 2016). Hovedfunnet viste at helseforetakene i liten grad utnyttet den informasjonen de fikk gjennom avviksmeldinger i det videre forbedringsarbeidet. Helseforetakene kartlegger og dokumenterer tall og utarbeider statistikk, men det viste seg at de i mindre grad gjennomføres analyser og evaluering av igangsatte tiltak. I revisjonsrapporten blir det understreket at omfanget meldinger påvirkes av hvorvidt lederen årsaksattribuerer hendelsen, enten til menneskelig svikt eller systemsvikt. Det påpekes at det blir en høyere terskel for å melde hvis lederen er ensidig opptatt av menneskelig svikt. I slike enheter blir avvikssystemet oppfattet som et angiversystem. Forståelsen av hendelsen som systemsvikt legger i større grad til rette for at andre kan lære av hendelsen. Riksrevisjonens understrekning av betydningen av systemtilnærmingen støtter opp under teorien til James Reason (Reason, 2000) som vi skal se under teorikapittelet.

Den siste av Riksrevisjonens undersøkelser publisert våren 2021 kartlegger om pasienter med psykiske plager får et likeverdig tilbud med god kvalitet. Ett av områdene som ble særskilt revidert var «ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten» (Riksrevisjonen, 2021). For å kunne jobbe med kvalitetsforbedring i tjenesten er ledere avhengig av å innhente informasjon og kunnskap fra egen organisasjon, men også utenfra. Det ble kartlagt i hvilket omfang poliklinikkledere brukte følgende informasjonskilder i forbedringsarbeidet:

- Klager, avvik og/eller uønskede hendelser
- Resultater av lokale brukerundersøkelser
- Dokumentasjon av kliniske resultater
- Dokumentasjon av demografi og sykdomsforekomst
- Kvalitetsindikatorer

Resultatet viste at 78% av lederne angav at de de siste 3 årene hadde benyttet seg av klager, avvik og/eller uønskede hendelser som kilde. Dette betyr at 22 % av lederne de siste tre årene ikke hadde foretatt analyser av klager, avvik eller uønskede hendelser. Den kilden som ble benyttet nest mest og av 71% av lederne, var kvalitetsindikatorene. De tre andre kildene ble i liten grad benyttet. Bare 6% av lederne oppgav at de de siste tre årene hadde benyttet seg av alle kildene.

I tillegg fremkom det fra denne undersøkelsen at lederne mente at avvikssystemet i liten grad er egnet til læring og forbedring og de mente at det legges stor vekt fra helsemyndighetene på ventetider og inntjening med liten vektlegging av hvilken effekt og kvalitet behandlingen har.

2.5 FOREKOMST AV FEIL OG UØNSKEDE HENDELSER INNEN PSYKISK HELSEVERN

Det er ikke mulig å finne presise tall på forekomsten av feil og uønskede hendelser innen norsk psykisk helsevern. Jeg vil under dette kapittelet omtale funn fra to ulike kilder:

- 1) Forskning
- 2) Ulike meldesystemer inklusiv Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

2.5.1 FORSKNING

Innen somatikken gjennomføres regelmessige målinger i form av systematisk journalgjennomgang med bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT). GTT er en metode for strukturert journalgjennomgang. Journaler gjennomgås retrospektivt og ansees som en internasjonal anerkjent metode for å kartlegge uønskede hendelser i somatikken (Okkenhaug, 2019). Hvert år sammenfattes resultatet fra de mange journalgjennomgangene som gjøres innen norsk somatisk helsetjeneste. For 2019 viste disse gjennomgangene at pasientskade oppstod i 12,4 % av sykehusoppholdene (Helsedirektoratet, 2020).

Pasienter innen psykisk helsevern blir også utsatt for uønskede hendelser, men det finnes ingen oversikt over forekomsten av uønskede hendelser for psykisk helsevern slik det finnes for somatikken. En av årsakene er at GTT metodikken ikke er tilpasset psykisk helsevern (Okkenhaug, 2019). Det som vanskeliggjør kartleggingen av uønskede hendelser, er manglende konsensus om hva som er definert som en uønsket hendelse innen psykisk helsevern (Jayaram, 2008). Det er vanskelig å finne gode kvalitetskriterier innen psykisk helsevern fordi årsaksforholdet ofte er uklart og muligheten for forebygging i mange tilfeller ikke er opplagt. Det er foreslått kvalitetskriterier som: reinnleggelse etter 30 dager, uventet forlengelse av døgnopphold, bivirkninger, medisinske komplikasjoner, selvmord, uventet overføring til somatikken og kardiologiske komplikasjoner (Jayaram, 2008).

I en oversiktsartikkel fra Thibaut (2019) ble det undersøkt hvilke kvalitetskriterier som ble brukt i 360 studier om uønskede hendelser innen psykiatri. Resultatet viste kvalitetskriterier som kunne sorteres under 10 områder: vold, tvangsintervensjoner, sikkerhetskultur, selvskade, sikkerhet i det fysiske miljøet, medisinforordninger, uautorisert permisjon, kliniske beslutninger, fall og infeksjonsforebygging. Thibaut (2019) konkluderer med at uønskede hendelser innen psykisk helsevern er et område som det er forsket lite på sammenlignet med somatikken.

Den systematiske bruken av GTT innen psykisk helsevern er allerede innført i Sverige og en norsk forskningsgruppe tok utgangspunkt i den svenske versjonen, oversatte den og tilpasset den norske forhold (Okkenhaug et al 2019). De undersøkte 240 pasientjournaler med GTT metodikken og

forskningsgruppen poengterer selv at deres studie er den eneste studien hvor GTT blir brukt innen psykisk helsevern. Forskerne identifiserte 32 triggere som ble klassifisert i fem kategorier:

1. Behandling (eksempler: fravær av behandlingsplan, fravær av suicidrisiko, selvskaide)
2. Rus (fravær av ruskartlegging)
3. Tvungen behandling (eksempler: pasienter på tvang, konvertering, politiassistanse)
4. Medisiner (eksempler: mer enn fire ulike psykofarmaka, mer enn to benzodiazepiner)
5. Kontinuitet og overføringer (eksempler: endring av behandlingssted)

Uønskede hendelser som ble funnet var: subjektiv lidelse, symptomforverring, suicidforsøk, selvskaide, rusrelaterte hendelser, manglende effekt av behandling og fall.

Resultatet viste at en eller flere uønskede hendelser ble identifisert i ca. 8% av journalen. Den hyppigste triggeren var fravær av behandlingsplan, manglete kontakt med pårørende og endring av behandlingssted. Det ble funnet noen flere uønskede hendelser blant innlagte pasienter enn blant polikliniske pasienter og jo flere triggere som ble identifisert i journalen desto større sannsynlighet for uønsket hendelse. Studiens funn har begrensninger fordi det kliniske utvalget var lite. Det er behov for undersøkelser med et større utvalg for å kunne si noe mer treffsikkert om forekomsten av uønskede hendelser og hva som fører til disse.

I en større amerikansk studie ble det undersøkt hvilke faktorer som var assosiert med feil og uønskede hendelser ved psykiatriske sykehusinnleggelses (Vermulen et al., 2018). Forskerne undersøkte over 4000 innleggelses i 14 ulike døgninstitusjoner i USA og registrerte uønskede hendelser i 14.5% av innleggelsene, feil behandling ble registrert ved 9% av de samme innleggelsene. Lange sykehusopphold, eldre pasienter og innskrivninger i helger ble koplet til større grad av uønskede hendelser. Videre ble det registrert flere uønskede hendelser ved sykehus med lav/moderat og svært høyt pasientvolum. Sykehus med et generelt høyt pasientvolum hadde færre uønskede hendelsers og landlige beliggende sykehus hadde også større forekomst av uønskede hendelser

2.5.2 VARSELORDNINGEN I STATENS HELSETILSYN

Tre andre kilder som bidrar til kunnskap om forekomsten av uønskede hendelser, er varslede hendelser til Statens Helsetilsyn, erstatningssøknader mottatt av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og funn fra det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord. I følge Hjort (2000) er det derimot grunn til tro at tallene som Statens Helsetilsyn har, utgjør toppen av et isfjell og at de meldte tallene er for lave og lite representative. Derfor gjenspeiler heller ikke disse tallene et fullstendig bilde av virkeligheten.

Varselordningen for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2010 og innebærer at «alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å varsle dødsfall og svært alvorlig skade på pasient eller bruker som har sammenheng med helsehjelpen, til Statens helsetilsyn» (Statens helsetilsyn, 2021a). Varselordningen ble 1.7.2019 utvidet til også å gjelde kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Varslingsplikten er blant annet hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. I tillegg har pasient, bruker og pårørende en rett til å varsle om alvorlige hendelser og denne retten er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6.

Siden opprettelsen av varselordningen har antall varsler økt kontinuerlig hvert år fra 140 varsler i 2011 til 1068 varsler i 2020 (Statens helsetilsyn, 2021b). Varslene fordeler seg mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på den ene siden og somatikken på den andre siden. Det har vært en knapp overvekt av varslingssaker fra somatikken som gjennom de siste 6 årene har stått for i snitt 52% av varslene. I 2020 mottok Statens helsetilsyn 1068 varsler iht. varselordningen og av disse ble 865 varsler vurdert å ligge innenfor varselordningen. Av disse varslene var 433 knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 184 av disse varslene omhandlet selvmord. Av 184 varslede selvmord ble 104 av de meldte hendelsene oversendt statsforvalteren for vurdering av videre tilsynsmessig oppfølging. Statens helsetilsyn har ikke informasjon om konklusjonen i de sakene som ble oversendt statsforvalteren (personlig meddelelse på mail).

2.5.3 NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ble etablert i 2003 som en statlig etat underlagt helse- og omsorgsdepartementet og finansiert av de regionale helseforetakene. Formålet med ordningen er, kostnadsfritt for den enkelte pasient eller pårørende, å vurdere hvorvidt en pasient har fått en skade eller er utsatt for behandlingssvikt i helsetjenesten. Det er opp til den enkelte pasient eller pårørende å rette et erstatningskrav til NPE, derfor vil disse tallene muligens ikke omfavne alle erstatningsberettigede hendelser. Det er allikevel interessant å se nærmere på hvilken type hendelser NPE vurderer.

I 2020 behandlet NPE 318 søknader om erstatning knyttet til fagområde psykiatri (Norsk pasientskadeerstatning, 2021). Av disse fikk 17% medhold noe som utgjør 59 søknader. Medholdsprosent for NPR samlet sett er på 30%. Av de 59 søknadene omhandlet 40 søknader erstatning etter selvmord. Utfallet av disse vurderingene viser at ca. 42% får avslag noe som indikerer at selvmord kan forekomme uten at avdekkes åpenbare feil i utredning og behandling.

Erstatningssakene omhandler særlig to fagområder. Det ene fagområde omhandler ADHD. Tall fra de siste 10 årene viser at 23 av 165 erstatningssøknader har fått medhold innenfor dette fagområde. I medholdssakene er det vurdert å foreligge en forsinket diagnostisering og/eller en mangelfull systematisk diagnostisk kartlegging.

Det andre store fagområde med erstatningssaker, omhandler selvmord og selvmordsforsøk. NPE har de siste fem årene mottatt 217 erstatningskrav hvorav ca. halvparten har fått medhold.

Begrunnelsen for medholdene viser at det forelå en mangelfull selvmordsrisikovurdering, svikt i planlegging og systematikk i oppfølgingen, for tidlig utskriving eller permisjon og/eller svikt i tilsyn.

2.5.4 NASJONALT KARTLEGGINGSSYSTEM FOR SELVMORD

På oppdrag fra Helsedirektoratet ble Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord tatt i bruk i helsetjenesten i 2019 (Helsedirektoratet, 2019c). Hensikten var å sikre en løpende registrering av selvmord hos pasienter med tilknytning til spesialisthelsetjenesten og inntil ett år etter kontakt. Målet har vært å få en bedre oversikt over selvmordene og på den måten identifisere kjennetegn ved selvmordene som kan danne et grunnlag for forebyggende tiltak på systemnivå. Klinikerne registrerer selv selvmordet i systemet og dataen blir koplet opp mot dødsårsaksregisteret (DÅR) og Norsk pasientregister (NPR). På den måten blir det mulig å oppnå en god nasjonal oversikt over forekomsten av selvmord og særlig de selvmordene som skjer mens pasientene er i behandling innen spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.

Første publisering fant sted i oktober 2021. Denne publiseringen tok utgangspunkt i materiale som var blitt kartlagt retrospektivt for 2018. Funnene viser at 679 personer som døde i selvmord i 2018, og 44% av disse personene var enten under poliklinisk behandling eller hadde vært det i løpet av det siste året (Walby et al, 2021). Selvmordsraten har for øvrig holdt seg relativt stabil de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2021)

2.6 PROBLEMSTILLINGER

I denne oppgaven vil jeg fokusere på hvordan ledere forholder seg feil og uønskede pasientrelaterte hendelser. Jeg har valgt å fokusere på førstelinjeledere i allmenpsykiatriske poliklinikker ved Distriktpsikiatriske sentre (DPS) fordi pasienttilfanget er stort med dertil følgende stort erfaringsgrunnlaget hos lederne.

Problemstilling: Hvordan forholder førstelinjeledere i DPSer seg til feil og uønskede pasientrelaterte hendelser?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke typer feil og uønskede pasientrelaterte hendelser forholder ledere seg til?
- Hvordan er kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet knyttet til uønskede hendelser organisert?
- Hvordan forholder lederen seg til læringspunkter etter feil og uønskede pasientrelaterte hendelser?
- Hva gjør lederen for å fremme en god læringskultur? Hva fremmer og hva hemmer en god kultur?

For å undersøke disse forskningsspørsmålene har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Jeg har avgrenset studiens omfang og fokus og har gjennomført intervjuer med førstelinjeledere ved allmenpsykiatriske poliklinikker i flere DPS'er. Andre fagområder og ledernivåer er ikke blitt inkludert.

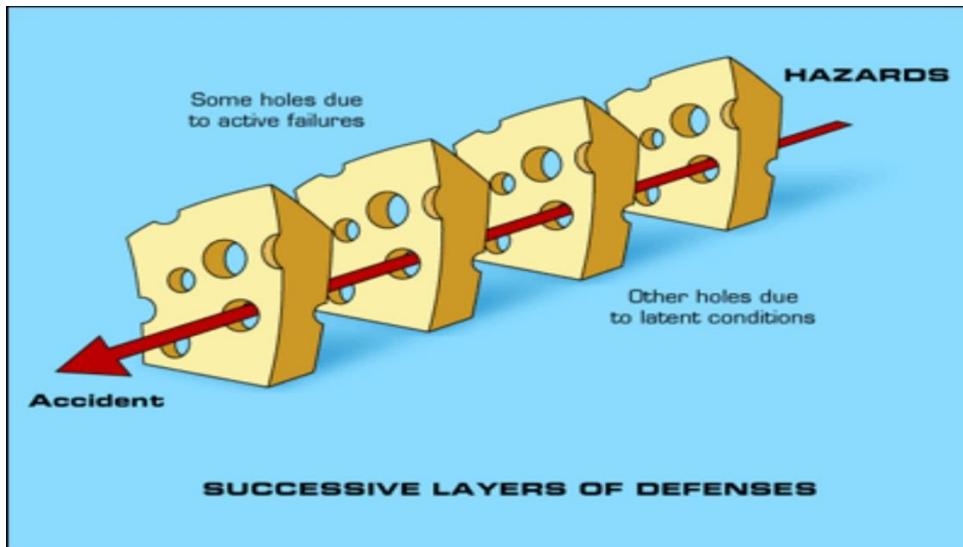
3. TEORI

3.1 HVORDAN OPPSTÅR FEIL OG UØNSKEDE HENDELSER?

Uønskede hendelser som følge av feil kan sees fra to ulike tilnærminger, den individorienterte og den systemorienterte (Reason, 2000). Den systemorienterte tilnærmingen tar høyde for at mennesker er feilbarlige, og at feil vil skje selv i veldrevne organisasjoner. Feil blir ikke tilskrevet svikt hos enkeltpersoner, men som en konsekvens av uheldige systemforhold slik som f.eks. lokaliteter, bemanningsfaktorer og mangelfulle retningslinjer og prosedyrer. Når man skal forsøke å rette opp feilen, leter man etter hvilke systemer som ikke virket etter hensikten, og hvordan man i fortsettelsen kan styrke disse for å unngå tilsvarende feil. Den individorienterte tilnærmingen forklarer feil som følge av en enkelt persons uoppmerksomhet, dårlig motivasjon, uforsiktighet eller manglende kunnskap. Dersom systemperspektivet og den miljømessige konteksten ikke hensyntas, risikerer man manglende avdekking av viktige forbedringsområder. Ved ensidig vektlegging av den individorienterte tilnærmingen, risikerer man utvikling av frykt, manglende tillit og en dårlig meldekultur.

Reason tar utgangspunkt i systemtilnærmingen og beskriver hvordan uønskede hendelser skjer ved å vise til den såkalte «sveitserost modellen». Hver osteskive representerer forsvar, barrierer og sikkerhetstiltak som skal indre at uønskede hendelser inntreffer. Dersom hullene legger seg på samme linje, baner dette vei for en uønsket hendelse. Store og små huller i osten illustrerer at skade oppstår når en uønsket hendelse eller feil ikke stoppes på ett eller annet sted gjennom systemet.

En uønsket hendelse involverer en kombinasjon av to faktorer: aktive og latente feil. Aktive feil viser til glipper, forglemmelser, feil og brudd på rutiner som gjøres av den enkelte ansatte og som er uunngåelig. Latente feil omhandler forhold på arbeidsplassen eller utstyr på arbeidsplassen. Forhold på arbeidsplassen vil være tidspress, underbemanning, utilstrekkelig utstyr, tretthet og uerfarenhet. Utstyr på arbeidsplassen vil være upålitelige alarmer, ubrukelige og mangelfulle prosedyrer og bygningsmessige svakheter. Latente feil kan ligge i dvale i mange år før de blir oppdaget, men i motsetning til aktive feil, kan organisasjonen forholde seg proaktivt til slike feil når det bli identifisert. Organisasjonen kan jobbe forebyggende med tiltak for å minimere sannsynligheten for at en uønsket hendelse skjer.



Bilde 3.1: James Reason sin modell av hvordan en uønsket hendelse oppstår ved å trenge gjennom alle forsvarslagene. Hentet fra: whatsthepont.blog

Systemtilnærmingen er altså rettet mot flere mulige årsaksforhold; personen, teamet, oppgaven, arbeidsplassen og institusjonen. Organisasjoner med høy grad av pålitelighet er opptatt av at menneske er feilbarlige og de forventer at feil gjøres. De er opptatt av risikoen for å mislykkes og er stadig på søken etter fremtidige feil.

Reason (2000) beskriver at den individorienterte tilnærmingen har vært dominerende innen det medisinske fagfeltet og understreker betydningen av at alle feil og uønskede hendelser må sees i et systemperspektiv. De senere årene har systemperspektivet vært mer fremtredende og tidligere helseminister har også støttet opp under et slikt perspektiv (Dagens Medisin, 2019). Internasjonalt er man opptatt av å balansere mellom individuell og organisatorisk ansvarlighet (Wachter, 2012). I følge denne tenkningen skal personer holdes ansvarlig for sine handlinger, når disse er utført på tvers av faglige standarder og prosedyrer. I Norge i dag representerer dette en gjeldende tenkning og praksis, nemlig at helsepersonell kan ilegges straff dersom den faglige virksomheten representerer brudd på faglig standard. Samtidig kan også organisasjonen ansvarliggjøres og sykehus kan ilegges foretaksstraff.

Vincent et. al. (1998) har videreutviklet modellen til Reason og tilpasset den forhold innen helsesektoren. Her nevnes 7 faktorer som påvirker pasientsikkerheten og den kliniske praksisen og hver av disse faktorene kan forstås som en forsvarsmur og barriere slik de er beskrevet i Reason sin modell. Faktorene er beskrevet av Vincent et al (1998) og kan oppsummeres slik:

Faktor	Eksempler
1. Institusjonell kontekst	Nasjonale føringer
2. Organisasjons- og ledelsesfaktorer	Økonomiske ressurser og organisasjonsstruktur, politiske standarder og mål Sikkerhetskultur og prioriteringer
3. Arbeidsmiljø	Bemanning og ferdigheter Arbeidsmengde Tilgjengelighet av utstyr Administrativ og lederstøtte
4. Teamfaktorer	Verbal kommunikasjon, skriftlig kommunikasjon, tilsyn og behov for hjelp, lagstruktur
5. Individuelle faktorer	Kunnskap og ferdigheter Motivasjon Fysisk og psykisk helse
6. Oppgavefaktorer	Opppgavedesign og tydelighet Tilgjengelighet og bruk av rutiner Tilgjengelighet og nøyaktighet av testresultater
7. Pasientens egenskaper	Tilstand, språk, kommunikasjon, personlighet og sosiale forhold

Tabell 3.1: oversatt fra Vincent et al. 2018

3.2 PSYKOLOGISK TRYGGHET

Reason understreker viktigheten av at organisasjoner skaper forventninger til sine ansatte om at feil og uønskede hendelser kan skje. Han er ikke alene om å understreke viktigheten av å skape slike forventninger og forberede de ansatte på at uønskede hendelser skjer. En som også har vært engasjert i dette, er psykologiprofessor ved Harvard, Amy C. Edmonson.

Edmondson definerer psykologisk trygghet som «troen på at vi verken får formelle eller uformelle negative konsekvenser ved å ta mellommenneskelig risiko, som å komme med forslag, spørre om hjelp eller innrømme feil" (Pasientsikkerhetskonferansen 2021). Edmondson forklarer at psykologisk trygghet er et arbeidsklima som kjennetegner et arbeidsmiljø hvor de ansatte føler seg fri til å være seg selv og uttrykk seg fritt.

3.2.1 HVORFOR ER PSYKOLOGISK TRYGGHET VIKTIG I HELSEVESENET?

Psykologisk trygghet er et begrep som i økende grad har dukket opp i ledelseslitteraturen de siste årene. På den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen i 2020 ble Amy Edmondson invitert til å snakke om viktigheten av psykologisk trygghet for pasientsikkerhetsarbeidet. Edmondson forklarer at det eksisterer en interpersonlig frykt i alle mennesker som handler om at vi er opptatte av hva andre tenker om oss. Fordi vi mennesker ikke ønsker å fremstå som uvitende, inkompetente, påtrengende

eller negative unngår vi å stille spørsmål, innrømme svakhet eller feil, bidra med ideer og kritisere. Mennesker blir opptatt av å selvbeskyttelse og dette hindrer personlig vekst, men også organisatorisk vekst.

Edmondson (2019) har gjennom mange år forsket på psykologisk trygghet og sammenfattet funnene i boken «The Fearless Organization». Her viser hun til dets betydning for læring, risikostyring, innovasjon og jobbtilfredshet. Når ansatte føler seg fri til ytre seg, spørre om hjelp og være åpen om egne feil bidrar det til både personlig og organisatorisk læring og vekst. Likeledes sikrere psykologisk trygghet at risiko i pasientbehandlingen blir åpent diskutert i behandlingsteamet rundt pasienten. Innovasjon bli styrket ved at medarbeidere tenker fritt, blir gode på idemyldring og i større grad får testet ut ideene sine. Helt til slutt blir jobbtilfredsheten styrket gjennom høy grad av psykologisk trygghet. De ansatte føler seg respektert og forplikter seg å til jobben på en samvittighetsfull måte.

3.2.2 HVORDAN SKAPE PSYKOLOGISK TRYGGHET?

Edmondson (2019) er særlig opptatt av hvordan organisasjoner sikrer at alle får uttrykt sine ideer, stilt spørsmål og rapport om feil slik at alle kan lære fra dem. Edmondson har sammenfattet egen forskning i en modell som beskriver tre hovedaktiviteter som ledere må foreta seg for å skape en arbeidskultur preget av psykologisk trygghet. Først må ledere *sette scene* og skape engasjement omkring spørsmålet hvorfor arbeidet er viktig. Arbeidet må skape mening, de ansatte må bli påminnet egen betydning for å nå målet og de må bli påminnet risikoen for at feil kan gjøres. Deretter må ledere *invitere til deltagelse* ved å kommunisere behovet for at man som leder trenger hjelp i form av innspill fra de ansatte. Til slutt må lederen *respondere produktivt* ved å omfavne og anerkjenne og takke for innspill. Spesielt viktig er det å respondere godt på innspill som kanskje umiddelbart synes å ligge «utenfor».

Edmondson er opptatt av at psykologisk trygghet ikke handler om å redusere en høy arbeidsstandard. De ansatte må fremdeles «gi jernet» og levere på oppgaver. Det handler ikke om å være enige i alt for å være snille mot hverandre, men det handler om å tåle og håndtere ulike meninger og motsetninger.

3.3 TILLIT

Psykologisk trygghet er ikke det samme som tillit. En hovedforskjell er at psykologisk trygghet oppleves på gruppenivå. Dette innebærer at mennesker som arbeider sammen har samme opplevelse av graden av psykologisk trygghet. Tillit handler om enkeltpersoner og samspillet mellom to personer. Tillit er et relasjonelt fenomen, den kan velges bort og den innebærer en sårbarhet fordi den andre parten kan «skuffe tilliten» (Gulbrandsen, 2019). I motsetning til psykologisk trygghet,

eksisterer tilliten i hodet på enkeltindivider og retter seg mot et enkeltindivid eller enkeltsituasjon (Edmondson, 2019).

Tillit kan forstås som «en holdning som dannes før en aktør setter i verk en tillitsbasert handling» (Gulbrandsen 2019). Skirbekk et al (2011) beskriver tillit som et dynamisk fenomen og viser at tillitsforholdet mellom lege og pasient ikke er betingelsesløst. Tilliten til legen blir styrket hvis pasienten opplever at legen viser interesse i pasienten, er sensitiv for ens følelser, at legen gir pasienten godt med tid og at lege og pasient sammen bygger allianse mot en felles problemstilling.

Grimen (2001) har vært opptatt av tillit i leder-/ medarbeiderrelasjonen. Tillit kan ikke forstås uten å se på maktbegrepet og leder får tillit fra sine medarbeidere gjennom den lederposisjonen vedkommende har. Tilliten til leder kan derimot svekkes og en av grunnene kan være reduksjon i lederens legitimitet. Mister lederen legitimitet, svekkes altså tilliten og dersom tilliten «forvitrer», vil det oppstå en maktforskyvning som kommer medarbeideren til gode. Denne maktforskyvningen vil ledere forsøke å unngå. utfordringen blir dermed at lederen må balansere mellom ulike hensyn for å opprettholde egen legitimitet.

4. METODE

Jeg ønsker i denne studien å utforske hvordan ledere forholder seg til feil og uønskede pasientrelaterte hendelser. Et fokusområde er hvilken erfaring ledere har med feil og uønskede hendelser. Videre hvilken kultur de opplever å ha i egen seksjon knyttet til uønskede hendelser og hva som fremmer og hemmer en god kultur. Til slutt hvordan lederen forholder seg til læringspunkter etter å ha identifisert en uønsket hendelse. Kvalitativ metode er valgt for å kunne studere disse problemstillingene og er en egnet metode der man ønsker å utforske menneskelig samhandling og erfaring (Malterud, 2017). I det følgende vil jeg redegjøre for hvordan denne undersøkelsen er gjennomført.

4.1 DATAINNSAMLING

For å undersøke problemstillingene har jeg intervjuet førstelinjeledere i allmenpsykiatriske poliklinikker innen psykisk helsevern. Jeg gjennomførte individuelle, semistrukturerte intervjuer med syv ledere ved fem ulike DPSer. Kvalitativ metode ble vurdert som spesielt godt egnet fordi jeg var opptatt av å forstå hvilken erfaring lederne hadde med pasientrelaterte alvorlige hendelser, hvordan de opplevde kulturen i egen seksjon og hvordan de forholdt seg til læringspunkter. Intervjuer er en godt egnet metode for datainnsamling når man skal studere personers forståelse, erfaring, tanker, følelser og opplevelser (Malterud, 2017). Mitt hovedanliggende var å få en dypere forståelse for hvordan informantene forholdt seg til de nevnte problemstillingene heller enn å få informasjon i form av tall eller andre mengdebeskrivelser og som kunne generaliseres slik målet er i kvantitativ metode.

Fokusgruppeintervjuer ble også vurdert, men siden temaet ikke nødvendigvis er enkelt å diskutere, så landet jeg på å gjennomføre individuelle intervjuer. Bakgrunnen for valget av individuelle intervjuer var todelt. Jeg ønsket innsikt i enkelterfaringer og ville unngå gjennom fokusgruppeintervjuer at det skulle danne seg en form for konsensus og at deltagerne ønsket å fremstille sin erfaring og håndtering av alvorlige hendelser på en sosialt akseptabel måte. Jeg antok at selve temaet var bedre egnet til å gjøre individuell intervjuer fremfor gruppeintervjuer, nettopp fordi tema kan oppleves som krevende å forholde seg til og det av den grunn ville være ekstra sårbart ift. sosial aksept. Videre anså jeg det som enklest å skulle planlegge individuelle intervjuer uten å måtte ta hensyn til å finne tidspunkt som skulle passe for alle deltagerne i et fokusgruppeintervju.

4.2 FORFORSTÅELSE

Forhold som er viktig å reflektere over når man planlegger og gjennomfører intervjuer er hvorvidt egen forforståelse av tema kan påvirke både intervjusituasjonen og analysene i etterkant. Jeg har

selv erfaring med å være leder på tilsvarende nivå som mine informanter og har egenerfaring med tema som jeg intervjuer mine informanter om. Min forforståelse kan medføre at jeg tror jeg forstår det mine informanter formidler for jeg tenderer til å «fylle» evt. hull med egen forståelse av problematikken uten at dette nødvendigvis er riktig. Jeg kan unngå å forfølge informantens utsagn fordi jeg tror jeg forstår hva de mener og igjen tenderer til å fylle på meningsbærende elementer med egen forforståelse. Analysearbeidet kan også bli påvirket av egen forforståelse og antagelser. I denne studien har jeg vært klar over disse forholdene og har selvsagt forsøkt å unngå å komme i slike situasjoner.

4.3 LITTERATURSØK

Jeg har søkt etter empiri blant flere søkemotorer, eksempelvis Oria, Psychinfo og medline, som jeg har tilgang til som student ved Universitetet i Oslo. Jeg har brukt søkeord om «adverse event», «mistake», «error», «mental health» og «psychiatry». Jeg fant kun én relevant norsk forskningsstudie fra Okkenhaug et al (2019) som kartla uønskede hendelser gjennom systematisk journalgjennomgang. Denne refererer jeg til i kapittelet om bakgrunn. I nevnte artikkel, skriver de norske forskerne at de ikke er kjent med annen forskning på område. Det er altså grunn til å tro at det eksisterer begrenset med forskning på område. I mine søk finner jeg riktignok en del internasjonale studier omhandlende medisineringsfeil innen psykisk helsevern, men færre studier som omhandler andre uønskede hendelser.

4.4 UTVALG OG REKRUTTERING

Jeg valgte å gjøre et strategisk utvalg for å sikre gode data. Det anbefales ikke å rekruttere informanter til slike undersøkelser på egen arbeidsplass (Lerum, 2016). Jeg ønsket derfor ikke å rekruttere verken i eget DPS eller i eget helseforetak. Jeg kjenner mange ledere innenfor eget helseforetak, og det å skulle intervju ledere som jeg kjente, ville kunne påvirke dataene og dermed studiens validitet. Videre kunne min posisjon som leder innenfor eget helseforetak påvirke svarene som informantene gav.

Jeg valgte derfor å rekruttere informanter fra andre DPSer utenfor eget helseforetak. For å sikre bredde i informasjonstilfanget og ulikheter avhengig av informantens arbeidssted, ønsket jeg spredning på DPSene.

Jeg valgte å spre intervjuene på flere DPSer. Under planleggingen var jeg opptatt av å gjennomføre fysiske intervjuer og valgte derfor DPSer innenfor helseregion Helse Sør-Øst for å unngå mye reising. Grunnet pågående pandemisituasjon viste det seg at jeg måtte gjennomføre flere av intervjuene

digitalt og kriteriet knyttet til informanter innenfor egen helseregion viste seg å ikke bli så viktig. Jeg valgte allikevel å opprettholde kriteriet da intervjuavtalene allerede var gjort.

For å sikre god informasjonstilgang valgte jeg å fokusere på førstelinjeledere ved allmenpsykiatriske poliklinikker. Ved allmenpsykiatriske poliklinikker er pasienttilfanget erfaringsmessig størst og jeg ønsket å sikre at lederen hadde hatt erfaring med alvorlige pasientrelaterte hendelser. Min vurdering var at informasjonsstyrken jeg ville kunne få av dataene ville være større ved å avgrense intervjuene til disse lederne som håndterer et stort pasientvolum og tilsvarende volum av alvorlige pasientrelaterte hendelser. For å sikre dette ytterligere satte jeg en nedre grense ved at lederen måtte ha vært leder i minst 1,5 år. Dette gjorde jeg for å sikre at lederen hadde erfaring med slike hendelser, men også fordi jeg ønsket å intervjuere ledere som kjente seg noe erfaren i lederrollen og som dermed i større grad ville kunne gi ærlige og oppriktige svar.

Rekrutteringen foregikk ved at jeg kontaktet 10 ledere for DPSer på mail med forespørsel om deltagelse. Jeg henviste til vedlagte skriftlige informasjonsskriv og understreket at jeg ønsket å intervju en førstelinjeleder for avdelingens allmenpsykiatriske poliklinikk/poliklinikker. To avdelingssjefer ringte tilbake til meg og ville ha ytterligere informasjon om studien, tre andre videresendte henvendelsen til aktuelle ledere hos seg som igjen tok kontakt med meg. Det var fire avdelingssjefer ved DPSer som aldri besvarte henvendelsen min, trossurring på mail og telefon. Ved ett DPS var avdelingssjefen positivt innstilt, men ingen av avdelingens tre aktuelle ledere ønsket å delta. Jeg fikk ingen forklaring på hvorfor de ikke ønsket å delta. Det ble opplevd som krevende å få rekruttert nok informanter til studien. Hva som er årsaken til dette blir spekulasjoner. Muligens kan tema i seg selv vekke stress hos ledere fordi det er en viss alvorlighetsgrad knyttet til det samtidig som ledere kan være engstelig for å bli «avslørt» som mindre dyktige ledere innenfor dette område som sorterer innunder kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan også være at den pågående pandemisituasjon med forhøyet arbeidsbelastning medførte at enkelte ikke ønsket å prioritere en slik deltagelse.

Etter å ha fått kontakt med aktuelle ledere, orienterte jeg om studien både muntlig på telefon og gjennom mail ved at jeg sendte over informasjonsskrivet (vedlegg). Vi gjorde intervjuavtaler og avhengig av smittesituasjonen ble det gjort enten fysiske eller digitale intervjuavtaler.

Som det fremgår av tabell 1 er det noe spredning når det gjelder bakgrunnsdata. Informantene skiller seg fra hverandre når det gjelder alder, antall år som leder, utdanningsbakgrunn og antall ansatte som rapporterer til dem. Jeg har ikke data som kan belyse hvilke eventuelle implikasjoner dette kan ha, men det ville selvsagt vært spennende å utforske hvorvidt informantenes omfang av lederfaring har betydning for hvordan de forholder seg til alvorlige hendelser. Det kan også tenkes at lederens

kontrollspenn hva gjelder antall ansatte kan påvirke hvordan lederen forholder seg til alvorlige hendelser.

Tabell 4.1: Oversikt over informantene i undersøkelsen:

Gjennomsnittets alder (min-maks)	49 år (36- 58 år)
Gjennomsnitt antall år som leder (min-maks)	8 år (1,5- 18 år)
Utdanningsbakgrunn	
Psykologspesialist	5
Overlege	1
Høyskoleutdannet	1
Gjennomsnitt antall ledere i ledergruppe (min-maks)	8 (5-10)
Gjennomsnitt antall medarbeidere i seksjonen	29 (14- 40)
Antall DPS involvert i studien	5
Egen ledergruppe med teamledere/teamkoordinatorer	
Ja	5
Nei	2
Kjønn	
Kvinne	4
Mann	3
Intervjuform	
Fysisk oppmøteintervjuer	4
Digitale intervjuer	3
Varighet intervju (min-maks)	52-63 minutter

4.5 INTERVJUGUIDE

For å sikre at jeg fikk belyst problemstillingene jeg var interessert i, utarbeidet jeg en intervjuguide.

Intervjuguiden ble organisert i hovedtemaer basert på forskningsspørsmålene. Temaene var 1) bakgrunnsinformasjon og leders plassering i organisasjonen 2) leders erfaringer med feil og uønskede hendelser 3) organisasjonens kultur ift. å forholde seg til feil og ønskede hendelser og hva ledere gjøre for skape en god kultur 4) organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i seksjonen og 5) hvordan leder forholder seg til læringspunkter både i egen seksjon og avdeling.

Jeg forsøkte å formulere hvert hovedtema som et åpent spørsmål med ønske om å skape en naturlig flyt i samtalen og slik at informanten kunne vektlegge det som var viktig for dem. Hvert intervju ble innledet med en kort introduksjon hvor jeg presenterte tema som jeg ønsket å intervju om, påminnelse om informantenes frivillige deltagelse. Samtykkeskjema ble signert før de fysiske intervjuene fant sted. Når det gjaldt de digitale intervjuene ble signert samtykkeskjema sendt til meg på mail i forkant av intervjuene.

4.6 GJENNOMFØRING - INTERVJUENES LENGDE OG HVOR DE BLE GJENNOMFØRT

Etter å ha utarbeidet intervjuguiden gjennomførte jeg et pilotintervju. Hensikten var å prøve ut spørsmålene hvorvidt disse var forståelige. Videre ønsket jeg å teste ut hva pilotinformanten var mest opptatt av innenfor dette område som handler om alvorlige hendelser. Jeg ville altså vurdere om jeg skulle inkludere flere eller redusere temaer i intervjuguiden. Videre ønsket jeg erfaringer med tidsbruken. Etter pilotintervjuet foretok jeg et par endringer i intervjuguiden. Jeg valgte å inkludere spørsmål knyttet til seksjonens kultur og grad av trygghet ift. å skulle forholde seg til slike alvorlige hendelser.

De første tre intervjuene ble gjennomført januar 2021. Disse intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass innenfor ordinær arbeidstid. De påfølgende intervjuene ble gjennomført i januar til februar 2021 og ble grunnet eskalering av pandemisituasjonen i regionen gjennomført gjennom digitale intervjuer. De digitale intervjuene ble gjennomført på digital plattform med god lyd- og bildekvalitet. De siste intervjuene ble gjennomført i mai/ juni 2021. Intervjuene ble gjennomført over en lengre tidsperiode. Bakgrunnen for dette var den pågående pandemisituasjonen som gjorde det vanskelig å gjennomføre fysiske intervjuer og jeg hadde en avventende tilnærming i håp om å kunne gjennomføre de resterende intervjuene gjennom fysisk oppmøte. Jeg opplevde å få bedre kontakt med informantene gjennom fysisk møte enn de digitale. Det var enklere å komme med oppfølgingsspørsmål når vi møttes fysisk, samtalen fløt bedre og jeg hadde mulighet til å tolke kroppsspråk som er en viktig del av kommunikasjonen.

Jeg åpnet intervjuene med å takke for deltagelse og for at informantene tok seg tid til å snakke med meg. Videre sjekket jeg ut om informantene hadde lest gjennom informasjonsskrivet jeg hadde sendt på mail til dem i forkant av intervjuet. Jeg gjentok forskningsspørsmålet mitt og vektla at jeg var ute etter å få innsikt i deres opplevelser og erfaringer. Jeg understreket at de kunne trekke seg når som helst fra studien og at de måtte unngå å snakke om taushetsbelagt informasjon.

Etter at innledningen var ferdig, startet jeg lydopptaket og intervjuet ble gjennomført.

Godkjenning av studien

Det er søkt om godkjenning til studien fra NSD, Norsk senter for forskningsdata med referanse 697635 (se vedlegg). Vedlagt søknaden til NSD fulgte det utarbeidete samtykkeskjema som informantene leste gjennom før studien og signerte. Videre ble det i søknaden til NSD redegjort for forhold knyttet til ivaretagelse av konfidensialitet og forsvarlig ivaretagelse av personopplysninger.

4.7 ANALYSE AV DATA

Etter å ha gjennomført hvert intervju, gjorde jeg nedtegninger av mitt umiddelbare inntrykk av intervjusituasjonen og de svarene informantene gav. Jeg forsøkte å fremheve det jeg umiddelbart oppfattet som et hovedtema. Dette gjorde jeg for å stimulere egen refleksjonsevne og for å få mest mulig informasjon ut av hvert intervju.

Intervjuene ble deretter transkribert. Jeg fikk hjelp til å gjennomføre dette av helsesekretær på egen arbeidsplass. Dette var nødvendig for å sikre god fremdrift i forskningsarbeidet. Intervjuene ble forsøkt gjennomført uten at jeg nevnte informantene med navn eller arbeidssted. Etter gjennomført transkripsjon, ble lydfilene fortløpende slettet. Det transkriberte materialet ble oppbevart på sikkert område på egen PC med passordbeskyttelse.

Jeg har brukt den tverrgående analysemetoden for kvalitative data som heter Systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Denne analysemetoden ble gjennomført i fire trinn:

- 1) Få helhetsinntrykk over materialet- Jeg leste gjennom det transkriberte materialet med mål om å bli kjent med innholdet og å identifisere foreløpige temaer.
- 2) Identifisering av meningsbærende enheter- Jeg leste gjennom materialet med mål om å identifisere meningsbærende tekstbiter som kunne fungere som foreløpige temaer. Jeg markerte tekstbiter med ulike fargekoder for å synliggjøre de ulike temaene. Jeg tok utgangspunkt i 4-5 temaer og disse justerte jeg noe underveis.
- 3) Abstrahering av innholdet i enkelte meningsdannende enheter- Jeg forsøkte her å samle meningsbærende tekstbiter som jeg vurderte som noe av det samme. Jeg gjorde en sammenstilling av tekstbiter med samme fargekode. Jeg startet utarbeidelsen av et analyseutkast og nedtegnet det informantene faktisk hadde sagt. Jeg forsøkte å holde meg tett til det transkriberte materialet og kun gjengi det informantene hadde sagt.
- 4) Til slutt gjorde jeg en sammenfatning hvor målet var å presentere betydningen av resultatene.

Ved flere anledninger under denne analyseprosessen gikk jeg tilbake til det transkriberte materialet for å sikre at jeg hadde fått med meg de viktigste meningsbærende enhetene og informasjonen.

4.8 ETIKK, RELIABILITET OG VALIDITET

4.8.1 ETIKK

Kvale & Brinkmann (2019) nevner fire områder som bør hensyntas når man gjennomfører kvalitative undersøkelser. Disse områdene innebærer etiske refleksjoner som forskeren bør gjøre i forkant av

gjennomføringen av studien. Disse er informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

I denne studien ble informert samtykke ivaretatt ved at informantene fikk informasjon om formålet med studien og de ble muntlig og skriftlig orientert om at de til den hver tid kunne trekke seg fra studien dersom de ønsket det. Det ble utarbeidet et samtykkeskjema med relevant informasjon som informantene skrev under på. I kontaktetableringen med informantene ble det orientert om at deltagelse i studien var frivillig.

Konfidensialitet og anonymitet ble ivaretatt ved at informantene verken blir navngitt eller avslørt gjennom angivelse av deres arbeidssted. Jeg har valgt å omtale utvalgsområde ved å skrive om utvalgte allmenpsykiatriske poliklinikker innen heleregionen helse sørøst. Funnene fra undersøkelsen er presentert på en slik måte at informantenes identitet blir beskyttet mot avsløring. Det kan være at informantene selv vil klare å identifisere egne sitater som gjengis i undersøkelsen, men utover dette mener jeg at anonymiteten er godt ivaretatt.

Et tredje område som bør føre til etiske refleksjoner, er område knyttet til konsekvenser. Dette innebærer spørsmål man som forsker må stille seg om hvilke negative konsekvenser det vil få for informantene å delta i studien. I denne studien var det par informanter som uttrykte seg noe betenkt knyttet til selve tema. Min vurdering er allikevel at det ikke ble gitt opplysninger som stiller informantene og deres arbeidsplass i dårlig lys. Dette i kombinasjon med at anonymitet og konfidensialitet er godt ivaretatt, medfører at evt. negative konsekvenser for deltagelse i studien vurderes å være lav.

Til slutt må forskeren vurdere sin egen rolle som forsker som jeg har skrevet noe om innledningsvis i dette kapitlet.

4.8.2 RELIABILITET

Reliabilitet handler om hvorvidt andre forskere kan komme frem til det samme resultatet dersom de velger å utføre en tilsvarende studie med samme metodikk. En viktig forutsetning for reliabilitet er at det foreligger transparens. Transparens innebærer at det foreligger en nøyaktig beskrivelse av hvordan studien er gjennomført slik at alt er gjennomsiktig og mulig å gjenta av en annen forsker. Malterud (2017) understreker at repeterbarhet er et mindre viktig kriterium i kvalitativ metode. I kvalitative studier påvirkes alle prosessene fra datainnsamlingen, analyse, tolkning til presentasjonen av funnene av forskerens egen person. Ulike personer vektlegger ulike nyanser. Med bakgrunn i dette, er det ikke sikkert at annen forsker vil kunne få det samme resultatet som beskrives i denne

studien. På den andre siden er styrken til kvalitativ metode at den har som hensikt å utvikle forståelse for et område snarere enn å beskrive et område nøyaktig og presist.

4.8.3 VALIDITET

Validitet handler om studiens gyldighet og det skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet omhandler studiens relevans og hvorvidt metodene som er brukt i denne studien er relevante for det fenomenet som skal studeres. Kvalitativ metode er særlig egnet når hensikten er å utvikle forståelse heller enn forklaring (Malterud 2017). I studien har jeg intervjuet få personer på en grundig måte. Dette var også målet mitt med bakgrunn i at det foreligger begrenset med kunnskap på område. Ekstern validitet omhandler studiens generaliserbarhet. Et interessant spørsmål å stille seg er hvorvidt funnene fra denne studien også kan gjelde i andre sammenhenger i helsetjenesten. Funnene fra denne studien bygger på svarene fra førstelinjeledere i DPSer. Kan for eksempel funnene si noe om hvordan ledere ved somatiske avdelinger forholder seg til pasientrelaterte alvorlige hendelser?

5.RESULTATER

I denne delen av oppgaven vil jeg belyse ulike sider ved det å forholde seg til feil og uønskede hendelser sett fra lederperspektiv. Hvilke type uønskede hendelser forholder ledere seg til? hvor ofte skjer slike hendelser? og hvordan er kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er organisert? Videre presenterer jeg hvordan lederne forholder seg til læringspunkter etter uønskede hendelser og deres opplevelse av kultur i egen organisasjon og hva de gjør for å etablere en god læringskultur.

For å sikre et enhetlig språk og lik fremstilling av materiale, har jeg valgt å betegne informantene som ledere selv om de i utgangspunktet kan ha ulike stillingsbetegnelser som enhetsleder eller seksjonsleder. Videre har jeg valgt å bruke ordet «organisasjon» i stedet for å veksle mellom å bruke seksjon, enhet eller avdeling. Helseforetakene i Helse sørøst har ulike betegnelser på både ledernivåene og dertil hørende stillingsbetegnelser. Informantene blir kjønnsnøytralt omtalt for å sikre anonymitet.

5.1 HVA SLAGS TYPE FEIL OG UØNSKEDE HENDELSER FORHOLDER LEDERE SEG TIL?

Alle informantene har erfaring med å forholde seg til feil og uønskede hendelser. De beskriver forekomsten av uønskede hendelser i egen organisasjon generelt som lav og innenfor dette nivået er det ulikt hvor ofte de forholder seg til slike hendelser. Det er særlig selvmord som opptar informantene og de beskriver det som arbeidskrevende å følge opp disse. De bruker lite tid under intervjuene til å snakke om andre uønskede hendelser.

5.1.1 TYPE FEIL OG UØNSKET HENDELSE

Informantene erkjenner at feil og uønskede pasientrelaterte hendelser kan handle om ulike forhold og flere viser til et kontinuum fra de mindre alvorlige feilene og uønskede hendelsene til de mest alvorlige. De mindre alvorlige hendelsene dreier seg om ofte om brudd på rutiner som ikke fikk noen konsekvenser, mens de mest alvorlige handler om selvskade og selvmord. En informant uttrykker det slik:

«Det er så vidt spenn dette med feil og uønskede hendelser. Det går fra liksom små ting som kan skje, uregelmessigheter til mer alvorlige hendelser» (informant 4)

Alle informantene fremhever selvmord som den mest alvorlige uønskede pasientrelaterte hendelsen som kan skje i deres organisasjon og som er den av de uønskede hendelsene de bruker mest tid på å følge opp. Den relativt store tidsbruken knyttet til oppfølging av selvmord begrunnes med at utfallet av hendelsen er alvorlig og at det er et betydelig arbeid knyttet til rapportering både til helsemyndighetene sentralt og internt i organisasjonen. Informantene beskriver at oppfølgingen av

involverte klinikere og pårørende er tidkrevende og at den samlede arbeidsmengden knyttet til oppfølgingen av selvmord er stor.

Informantene oppfatter selvmord som en belastende hendelse å skulle følge opp. En av informantene forteller:

«Mitt første suicid var omtrent den samme måneden som jeg tok over som leder også det første halve året fra mai og frem til desember det første lederåret mitt hadde jeg fire suicid. Så da fikk jeg en ganske bratt læringskurve der. Det må man si. Det var heftig» (informant 5).

En annen informant er opptatt av den arbeidskrevende oppfølgingen og forklarer at det er fire tanker som melder seg når det skjer et selvmord i organisasjonen, hvorav det aller første som slår informanten er arbeidsbelastningen:

«Fy søren, nå blir det mye jobb. Men det kommer og det *blir* veldig mye jobb. Dette har jeg ikke tid til. Og så kommer det med hvordan dette kommer til å prege behandleren og de rundt. Så tenker jeg om vi har svikta, burde vi kunne unngått dette, så kommer det med hva med den pårørende. Alle disse 4 kommer samtidig» (Informant 3).

Informantene har hovedfokus på selvmord og vender under intervjuet stadig tilbake til selvmord som eksempel på en uønsket hendelse når de reflekterer over kulturen i egen organisasjon og når de skal forklare hvordan de forholder seg til læringspunkter. Informantene fremstår mindre opptatte av andre type feil og uønskede pasientrelaterte hendelser. Opptil flere ganger forsøker jeg gjennom direkte spørsmål, å få frem om det er andre uønskede hendelser som også kan skje i deres organisasjon. Mitt spørsmål blir møtt med korte og avgrensede svar og informantene vender raskt tilbake til selvmord som den uønskede hendelsen de er mest opptatte av, har mest erfaring med og den de bruker mest tid på.

Halvparten av lederne kommer riktignok også inn på andre typer feil og uønskede hendelser som kan skje i pasientbehandlingen og utdyper dette noe, men bruker generelt mindre tid under intervjuene på disse hendelsene. Andre uønskede hendelser som nevnes av informantene er brudd på interne rutiner og prosedyrer, driftsmessige utfordringer slik som dobbeltbookinger av pasienter hos en behandler, pasientklager på avslag, utageringer på venterommet, vold og trusler mot personalet og kontinuitet i pasientbehandlingen når pasienten skifter behandler og/eller seksjon samt pasientinformasjon. Informant 7 formulerer seg slik:

«For lenge siden hadde jeg en behandler som var mye borte, sånn at det ble veldig mange pasienter som ble avlyst og flyttet på over lang tid sånn at mange av de fikk dårlig behandling og noen var helt på grensen til uforsvarlig».

Informanten fortsetter:

«Jeg tenker at vi har et litt dårlig system på det med pasientflyt når behandler blir syke og sånn. Kontinuiteten der. Det skjer jo ikke så veldig ofte men når det skjer har vi ikke helt rutiner på å få inn de pasientene som trenger det, her kunne vi gjort bedre ja».

Informant 2 legger selv merke til at vedkommende er mindre opptatt av andre typer uønskede hendelser både under intervjuet og i arbeidshverdagen og gjør seg refleksjoner over dette. Det å identifisere feil og uønskede pasientrelaterte hendelser kan være vanskelig fordi klinikerne jobber selvstendig på egne kontorer, oftest i en- til en samtale og det blir ofte ikke synlig for andre dersom det skjer en uønsket hendelse som ikke involverer flere. Informant 2 forsøker å eksemplifisere hvordan vedkommende kommuniserer ovenfor ansatte omkring dette tema:

«Jeg sier at vi skal ha en stor grad av åpenhet og vi må tørre å vise hva vi holder på med. Der jo alltid sånn med åpenhet, vi holder jo på med taushetsbelagte ting ikke sant. Men jeg mener at vi må tørre å snakke om det vi holder på med på kontoret og hvordan vi jobber behandlingmessig. Vi må tørre å snakke om feil som vi gjør og vi gjør feil alle sammen så det er litt viktig. Det ingen som er perfekte».

5.1.2 LÆRINGSPUNKTER ETTER SELVMORD

Som vist ovenfor, av de uønskede hendelsene, bruker informantene mest tid på å forholde seg til selvmord. Selv om selvmord fremstår som den hendelsen informantene bruker mest tid på, er det ikke alltid læringspunkter etter slike hendelser og flere av informantene er av den oppfatning at selvmordet ikke alltid kunne vært unngått. Informant 1 uttrykker seg slik om oppfølgingen av læringspunkter etter selvmord:

«Jeg synes ofte det kan være at du drar det ut som læringssaker selv om det ikke er så mye å lære av de» og stiller retorisk spørsmålet «hva kunne vi gjort annerledes?».

Informant 3 sier det slik:

«Dette med alvorlige hendelser og feil, det er et stort spenn ikke sant og du må se litt på det sånn at det kan være mindre feil og så kan det være de mest alvorlige. Sånn som et selvmord, og det trenger ikke å ha skjedd noe feil, men det er en uønsket hendelse».

En informant gjør seg refleksjoner over at vedkommende kanskje burde bruke mer tid fremover til å følge opp læringspunkter knyttet til de hendelsene som er litt mindre alvorlige. Vedkommende gir uttrykk for at det kan være mer å lære av disse enn av selvmordene hvor det generelt er færre læringspunkter. Dette fordi disse ofte er pasientsaker som det er jobbet grundig og godt med.

To av informantene har derimot opplevd at det har vært læringspunkter etter enkelte av selvmordene de har fulgt opp. Informant 7 forteller:

«Han burde ha kommet inn mye før. Det burde vært tettere kontinuitet fra akuttavdelingen og hit. Det gikk kanskje nesten 2 måneder. Det hadde vi kanskje ikke tenkt på hadde han ikke tatt livet sitt. Nei, men det var det som var følgen og det skjedde og det var på en måte en feil tenker jeg. Han ble bare behandlet som en sånn overføring på grunn av utredning, mens han egentlig trengte behandling for suicidalitet».

Informant 2 kommer inn på et selvmord i egen organisasjon og hvor pårørende ikke var orientert om suicidalfare hos pasienten. Informanten forklarer at de i ettertid forstod at skulle ha informert pårørende om suicidalfare og uttrykker det slik:

«Det viktigste læringspunktet der var hun som pårørende hadde fått vite at NN var suicidal og vi var skikkelig bekymra for NN».

5.1.3 FOREKOMST AV FEIL OG UØNSKEDE HENDELSER

Flertallet av informantene forteller at de sjelden forholder seg til feil og uønskede hendelser. De fleste gir uttrykk for at det er få feil og uønskede pasientrelaterte hendelser i løpet av ett år. To informanter mener det kan gå noen år mellom hver gang de mest alvorlige uønskede hendelsene inntreffer og at de i perioder ikke jobber med oppfølging av feil og uønskede hendelser, heller ikke de mindre al. En av dem sier:

«Det skjer ikke så ofte, så når det skjer så må jeg hente opp rutiner som jeg må gå gjennom og passe på at jeg gjør de ringene jeg skal» og «jo sjeldnere ting skjer jo vanskeligere er det å holde jernet varmt» (informant 2).

To av informantene påpeker derimot at feil og uønskede hendelser skjer regelmessig og flere ganger årlig. En leder mener at de inntreffer månedlig og at vedkommende får nye hendelser å forholde seg til hver måned og gir uttrykk for at oppfølgingen og arbeidet knyttet til feil og uønskede hendelser utgjør en kontinuerlig del av arbeidshverdagen.

5.2 ORGANISERINGEN AV KVALITETS- OG PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

Informantene beskriver at de har gode strukturer i sin organisasjon som sikrer at feil og uønskede pasientrelaterte hendelser blir gjennomgått og diskutert. Av syv intervjuede ledere beskriver seks av dem at det er etablert strukturer på avdelingsnivå og i noen tilfeller også på klinikknivå, altså ledernivåer over dem selv, for hvordan feil og uønskede pasientrelaterte følges opp og at disse

strukturene har vært etablert over noe tid. Flere informanter savner imidlertid mer tid i disse møtene på selve de faglige diskusjonene.

To informanter sier dette om organiseringen av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet:

«Det første skrittet er å lage gode systemer og så er neste skritt å etterleve de. Vi har en avdelingsledelse som er veldig god til å holde fast på gode systemer og er vi varierende gode på det vi seksjonslederne, men det er den del variasjon. Det vil det alltid være» (Informant 3).

«Veldig mye av det vi holder på med er organisert i strukturen på DPS nivå og på klinikknivå» (Informant 1).

En leder forteller at det først nå nylig har skjedd, grunnet lederskifte på nivået over, at slike hendelser nå blir behandlet på avdelingsnivå og ikke bare seksjonsnivå slik praksis har vært tidligere. Vedkommende leder sier dette etter innføringen av ny praksis:

«Nå er det lavere terskel for å snakke sammen og på en helt annen måte og jeg synes det er en god trend og vi begynner å sette fokus på det, løfte det opp og jobb med det. Og så det å erkjenne at dette her var ikke bra nok, det er ikke noe vi skal skamme oss over, her det forbedringspotensialet. Det må vi se på, ikke godt nok. Det tenker jeg er bra» (Informant 6).

5.2.1 PROSEDYREFESTET OPPFØLGING AV UØNSKEDE HENDELSER

Informantene beskriver at det finnes et felles system i DPS`et for oppfølging av uønskede hendelser og som alle lederne følger. Informantene fremhever at det er prosedyrefestet hvordan oppfølgingen av feil og uønskede pasientrelaterte hendelser skal foregå. De kjenner godt til den formelle saksgangen og beskriver saksgangen i form av en oppfølgingssløyfe. Hendelsene blir først diskuterte i egen organisasjon og tettest mulig på det hvor hendelsen skjedde. Deretter legges hendelsen frem for ledergruppen på nivået over for orientering og diskusjon. Til slutt blir hendelsen «tilbakeført» til organisasjonen der hvor den oppstod og informantene har ansvar for å ta eventuelle læringspunkter ut til medarbeiderne. I flere av organisasjonene blir hendelsen løftet helt opp på klinikknivå før den tilbakeføres til utgangspunktet. Det er etablert ulike kvalitetsmøter/kvalitetsgrupper både på lederens eget nivå, på avdelingsnivå og klinikknivå. Disse møtene/gruppene har ulike betegnelser slik som f.eks. kvalitetsråd, kvalitetsgruppe, arbeidsutvalg og pasientsikkerhetsutvalg og skal dekke behovet som er på hvert ledernivå for gjensidig orientering og diskusjon av læringspunkter.

5.2.2 LEDERGRUPPENS HÅNDTERING AV FELLES FORBEDRINGS- OG LÆRINGSPUNKTER

Informantene beskriver regelmessige møter i DPS`et sin ledergruppe. I dette møte sitter førstelinjeledere i DPS`et og møtet ledes av deres felles leder ofte kalt avdelingsleder eller avdelingssjef. Her legges hendelser frem for orientering og diskusjon av læringspunkter.

Det blir fremhevet at lederen av DPS`et har en viktig rolle ved så skape en god og trygg kultur. Lederen bør fremstå som «høflig, hyggelig og åpne opp for latter» (informant 7). Dette øker tryggheten i ledergruppa særlig når krevende pasientsaker skal legges frem.

Det påpekes at det ofte er slik at førstelinjeledere som har lege- eller psykologbakgrunn er de i ledergruppen som er mest aktive i diskusjonen knyttet til pasientsaker og læringspunkter. Førstelinjeledere med annen fagbakgrunn beskrives som mer tilbakeholdne i disse diskusjonene. En av informantene, som ikke selv er lege- eller psykologspesialist, opplever det vanskelig å formidle faglige læringspunkter nettopp fordi vedkommende ikke er spesialist. Vedkommende forklarer at det må gjøres et større forarbeid og sikre at det er godt belegg for læringspunktene og i tråd med det spesialistene har vurdert.

Flere av informantene savner enda mer faglig fokus og tid til å diskutere pasientsaker og uønskede hendelser. Informantene opplever at det er mer fokus på økonomi og aktivitet i møtene og at dette fortrenger faglig fokus generelt og på uønskede hendelser spesielt. En uttrykker seg slik:

«Men jeg skulle ønske at vi hadde oftere slik type diskusjoner, diskuterte pasientsaker litt innimellom på ledermøte. Det blir ganske mye økonomi og så blir det mye informasjonssaker» (informant 2).

5.2.3 FORMIDLING AV FORBEDRINGS- OG LÆRINGSPUNKTER TIL DE ANSATTE

Etter diskusjonen i ledergruppen over, blir hendelsen og evt. forbedrings- og/eller læringspunkter brakt tilbake til lederens nivå. Lederne bruker enten personalmøte, fagmøte eller teammøte til å orientere om hendelsen og evt. forbedringsområder. Noen ledere har også etablert et fast møte som de arrangerer noen ganger årlig og hvor pasientsikkerhet er tema. Her legges hendelser og forbedringsområder legges frem. En informant beskriver at fagrådgivere fra ledernivået over, en gang årlig holder en samlet gjennomgang av hendelser og forbedringsområder, i tillegg til at vedkommende leder selv jevnlig tar evt. forbedringsområder ut i egen seksjon på personalmøtene. Jeg vil i neste underkapittel presentere hvordan informantene forholder seg til læringspunkter særlig ovenfor egne ansatte.

5.3 HVORDAN FORHOLDER LEDEREN SEG TIL LÆRINGSPUNKTER ETTER FEIL OG UØNSKEDE PASIENTRELATERTE HENDELSER?

Informantene opplever en krevende balansegang mellom det å skulle ivareta involverte klinikere og samtidig få læringspunkter ut til øvrige ansatte. De ønsker ikke at involverte klinikere føler seg hengt ut. Flere erkjenner at de må bli flinkere til å ta læringspunkter ut til de ansatte. De har tanker om hva som bidrar til å gjøre dette vanskelig, men gir samtidig uttrykk for at de ikke ser for seg hvordan de skal lykkes. De konstaterer at det er slik det er. Det oppleves enklere å ta læringspunkter ut dersom andre «eier» hendelsen, dette begrunnes med at hendelsen er «mindre emosjonelt lada» (informant 2).

5.3.1 UØNSKEDE HENDELSER MEDFØRER STRESSEDE ANSATTE

Når det skjer en uønsket hendelse slik som selvmord, opplever informantene at deres involverte klinikere blir stresset og redde for å ikke å ha gjort en god nok jobb. Når tilsynsmyndighetene skal gjennomgå hendelsesforløpet, medfører det en enda sterkere følelse hos de involverte om at noen er ute etter dem. Noen ganger blir involverte klinikere sykemeldte som følge av den opplevde belastningen. En sier det slik:

«Det er en ekstrabelastning, du har mista en pasient, så blir du redd for at du ikke har gjort en god nok jobb, du er redd for at noen skal peke på at du har gjort noe feil» (informant 1).

5.3.2 VANSKELIG BALANSE GANG

Informantene beskriver en vanskelig balansegang mellom det å skulle være ivaretagende ovenfor involverte klinikere, som de anser som nødvendig for å forhindre blant annet sykemelding, og samtidig ta læringspunkter ut til øvrige ansatte i organisasjonen. En informant opplever at de er flinke til å ivareta og støtte medarbeidere som mister pasienter i selvmord, men mindre flinke til å synliggjøre og utdype læringspunkter etter slike uønskede hendelser:

«Ellers synes jeg vi er flinke til å ivareta medarbeidere og vi har dette på stell på ett vis. Det er de læringspunktene og hvordan vi tar det ut. Vi gjør det på generelt nivå, men vi går ikke nok inn i de sakene» (Informant 2).

De er redde for at et fokus på læring- og forbedringspunkter, kan medføre at klinikerne opplever seg hengt ut og blir stempelet som «syndebukker». To av informantene forklarer det slik:

«Det kan være vanskelig å snakke om hva som kunne vært gjort bedre, for man er redd for at det skal høres ut som skyldgivende mot noen. Der er et dilemma» (Informant 7).

«Det vil være noen behandlere som må stå frem med det de har gjort. Burde egentlig ikke være sånn. Når vi snakker om det nå, høres det rart ut på en måte. Men det er noe litt sånn... Det er noe vanskelig der. Jeg er redd for at vi skal henge ut kollegaer. Folk synes jo det er ubehagelig når de kommer opp i slike situasjoner, ikke sant.» (Informant 2).

To av lederne uttrykker tydelig og klart at hensynet til behandlere kan hindre at læringspunktene blir tatt ut på en kvalitativ god måte. Begge erkjenner at dette er synd og rart å skulle si høyt i dette intervjuer. De beskriver det som et dilemma. En leder sier rett ut:

«Ivaretagelse av ansatte og hindre at ansatte henges ut, er til hinder for at læringspunkter tas opp» (Informant 2).

5.3.3 FORMIDLING AV LÆRINGSPUNKTER

Informantene er opptatte av hvordan læringspunkter formidles til øvrige ansatte og samtidig ivareta involverte klinikere. De beskriver at de som ledere anstrenger seg for å finne en god form og et riktig innhold i presentasjonen og at de er lydhøre ovenfor involverte ansatte om deres preferanser. Noen informanter forsøker å presentere hendelsen på generelt nivå og på anonymisert vis uten at det fremkommer hvilken ansatt som er involvert. Andre informanter inviterer involverte ansatte til diskusjon om hvordan hendelsen bør tas ut. En informant forklarer:

«Det er viktig at de som har vært involvert får ha regien om hvordan man ønsker å gå frem. Trenger ikke ha folk sykemeldt på bakgrunn av en sånn hendelse» (Informant 1).

Informantene trekker et skille mellom uønskede hendelser som skjer i egen organisasjon versus i andre deler av organisasjonen. De er opptatte av at læringspunkter fra andre sine hendelser ikke er vanskelig å ta ut. Informant 3 sier det slik:

«Man er mindre i forsvar når man snakker om noen andre sin sak. Lettere å ta ut hendelser fra andre seksjoner. Det er enklere fordi det er ikke lada. Feilen er ikke gjort hos oss».

5.3.4 ANDRE FAKTORER SOM VANSKELIGGJØR FORMIDLINGEN AV LÆRING

Informantene beskriver også andre forhold som kan vanskeliggjøre fokuset på læringspunkter. Flere problematiserer hendelser hvor det er faglig uenighet i forhold til hva som er riktig og galt. Det kan være uenighet om rutiner og faglige preferanser. Det kan være manglende konsensus knyttet til hva som er god klinisk praksis og hva som egentlig er læringspunkter. Dette gjør det vanskelig å formulere læringspunkter ut til de ansatte.

Et annet punkt som nevnes, er taushetsplikten ovenfor pasientene som kan være til hinder for at lederne klarer å få læringspunktene kvalitetsmessig godt ut i organisasjonen. Av anonymitetshensyn kan detaljerte sider ved pasientforløpet ikke fremgå av orienteringen som gis ansatte. På den måten mister man kunnskap om detaljerte forhold i pasientforløpet av betydning for læringen.

5.4 HVA GJØR LEDERE FOR Å FÅ TIL EN GOD LÆRINGSKULTUR?

Informantene beskriver i utgangspunktet kulturen i egen organisasjon som god. De mener først at medarbeiderne deres klarer å forholde seg til feil og uønskede pasientrelaterte hendelser og de bruker ord som «åpenhet» og «trygghet» når de beskriver kulturen i egen organisasjon. Men ved nærmere spørsmål, beskriver de usikkerhet knyttet til hvordan de ansatte faktisk opplever det.

Åpenhet, transparens, trygghet, leders tilstedeværelse, tillit og leders åpne holdning trekkes frem som faktorer som bidrar til en god kultur og som informantene forsøker å få etterstrebe. Eksterne forhold slik som driftsmessige rammebetingelser, leders reduserte kapasitet til forholde seg til uønskede hendelser og mangel på fagledelse nevnes som faktorer som kan virke hemmende på kulturen.

5.4.1 KULTUR I EGEN ORGANISASJON

Av de syv informantene svarer fem av dem at de vurderer kulturen i egen organisasjon som god. To av disse lederne formulerer det slik:

«Jeg vil vel beskrive kulturen som åpen og inkluderende med lav terskel for drøfting og av lav terskel for hjelp, f.eks. er dette et pasientavvik, skal vi melde og drøfting på det» (Informant 4).

«Mitt inntrykk er at det oppleves som det går an å si ifra på en ordentlig måte når det gjøres feil. Og at det ikke er tabu om en ikke har gjort alt helt riktig hele tiden» (Informant 7).

Lederne som mener at kulturen hos seg er god, gir samtidig uttrykk for at de riktignok ikke med sikkerhet vet hvordan medarbeiderne ville beskrevet organisasjonens kultur og åpner opp for at det kan være at medarbeiderne ser annerledes på det. Noen henviser til den årlige medarbeiderundersøkelsen som alle ansatte i Helse Sørøst deltar i og forklarer at de følger med på resultatet der.

En formulerer det slik:

«Jeg tror at vi har en stor grad av åpenhet hos oss, prøver å jobbe for at vi skal ha det og når det gjelder disse forbedringsundersøkelsene så mener jeg at vi får ganske bra skår på det» (informant 2).

En annen leder forklarer at vedkommende har fått tilbakemeldinger fra ansatte:

«Jeg har jo tilbakemeldinger på at det oppleves ivaretagende og åpent og trygt, men om det fører til at man kommer hvis man sitter i en pasientsak og luer på om behandlingen er her sånn eller sånn, det er jeg mer usikker på» (Informant 5).

En av disse fem lederne forteller at vedkommende trodde at kulturen generelt stort sett var god, men at vedkommende fikk seg en overraskelse i forbindelse med en konkret hendelse. Lederen oppdaget til sin overraskelse, at ikke alle følte like stor trygghet og at det var ulikheter i personalgruppen i opplevelsen av trygghet. Lederen fant ut at det var forskjeller mellom erfarne og mindre erfarne behandler hva gjelder trygghet. Lederen sier:

«Noen av de unge synes det er vanskelig å si ifra, skummelt, er på vikariat, redd for ubehag med å lage trøbbel. En del av de har vært usikre på reaksjoner» (Informant 1).

To av de syv informantene svarer ikke tydelig på hvordan kulturen i egen organisasjon er, men blir mer opptatt av at meldekulturen ikke er så god. En av disse er opptatt av at medarbeiderne er mindre flinke til å registrere og melde fra om hendelser som gjelder dem selv.

«Mange av de synergisakene jeg får, går nettopp på ting andre har forårsaka. Med det å varsle når man gjør feil selv, eller at en kollega har gjort en feil det er vanske vanskelig. Hvis pasienten har gjort noe, f.eks. utagering på venterommet så er de ganske flinke til å melde» (Informant 6)

Samme informant forklarer dette slik:

«Jeg tror det er litt misforstått kollegial støtte, verne hverandre og ta vare på hverandre og tenke at alt er stress og det svinger rundt og vi gjør så god vi kan. Så bommer vi litt alle og jeg vil ikke ha en sånn melding på meg» (Informant 6).

5.4.2 FAKTORER SOM FREMMER GOD KULTUR

Åpenhet og transparens

Som vist ovenfor beskriver de fleste informantene kulturen i egen organisasjon som god. De fremhever åpenhet knyttet til uønskede hendelser som spesielt viktig og noe som fremmer en god kultur. De understreker viktigheten av å ha en åpen dialog med sine ansatte om feil og uønskede

hendelser og læringspunkter. Informantene er opptatte av å ikke fordele skyld og «ikke å gjøre noen til syndebukker» (informant 5) og mener at dette bidrar til en god åpenhetskultur.

Informantene er opptatte av å få til åpenhet og transparens knyttet til uønskede pasientrelaterte hendelser. For å lykkes med åpenhet og gjennomsiktighet forklarer informant 2 følgende:

«Da snakker jeg med folk og jeg prøver å vise det gjennom ord og handlinger og jeg prøver å være ærlig med mine medarbeidere. Prøver å være så åpen som mulig».

Samme informant forklarer videre hva vedkommende konkret sier til sine ansatte:

«Jeg sier at vi skal ha en stor grad av åpenhet og vi må tørre å vise hva vi holder på med. Masse sånne ting» og videre «Vi må tørre å snakke om feil som vi gjør og vi gjør feil alle sammen så det er litt viktig. Det er ingen som er perfekte» og «Vi må regne med at ting skjer. Jeg er litt opptatt av at folk skal være forberedt på det» (Informant 2).

«Vi har hatt en veldig åpen dialog om dette på alle de alvorlige hendelsene som jeg har hatt i min periode, så har jeg kommet inn i teammøter, vi har snakka om det, vi har gjennomgått saken og orientert om hvordan saksprosessen er videre og holde oss orienterte underveis. Og behandlerne har ofte gjerne vært åpen om den hendelsen som har skjedd» (Informant 5)

En av informantene problematiserer balansegangen mellom behovet for åpenhet ovenfor alle kollegaene når en uønsket hendelse skjer og ivaretagelse av den involverte ansatte:

«...jeg tenker at det er greit med åpenhet med de involvertes premisser, at man avtaler og får tid til å bearbeide det før en går inn i materien. Det har jeg vært litt opptatt av. Det å få sortert ferdig før og at behandler skal få mulighet til det og regissere og i hvert fall si litt og gi innspill om hvordan det skal presenteres» (Informant 1).

Trygghet

Trygghet fremheves også som en faktor som bidrar til god kultur og to informanter beskriver her hva de gjør for å skape trygghet:

«Jeg må kommunisere ut så det er lav terskel for å uttrykke utrygghet og usikkerhet fra de ansattes side. At de får en forståelse av at det er mulig å bli ivaretatt. Slik at vi klarer å romme relasjonene da» (Informant 4).

«Alle vet at om det skjer noe har de meg i ryggen. Da stiller jeg opp for dem og det handler også om tilgjengelighet» (Informant 2).

Tilstedeværelse og tilgjengelighet

Informantene mener at egen fysiske tilstedeværelse og tilgjengelighet er viktig. De er opptatte av å være tilstede og kunne svare på spørsmål, bidra i diskusjoner og pasientdrøftinger.

Tillit

En Informant fokuserer på leders holdning ift. hvem som eier sannheten og mener at det er viktig å vise de ansatte grunnleggende tillitt og en støttende holdning ift. de ansattes vurderinger og kliniske arbeid. Informanten vektlegger det å «Være åpen og nysgjerrig. Ikke være bombastisk», og sier videre «Det er noe med når behandlerne snakker med meg utenom teammøtene og drøfter. At jeg, så er jeg nysgjerrig på hva de tenker og samtidig har veldig tiltro til dem» (Informant 7).

Leders mistillit og en bedreviter holdning, er faktorer som kan virke ødeleggende på en god kultur. En informant oppsummerer det slik:

»Det er hvis det er veldig snevert hva som er riktig å gjøre, kanskje til og med hvis det bare er lederen som vet det. Det vil være ødeleggende. Dette er jo en jobb med høyt kompetente fagfolk som må gjøre masse vurderinger når de sitter med pasientene hele tiden. De må jo oppøves og oppfordres til å gjøre det best mulig. Og det der at hvis det blir sånn at det blir at man ikke tør å si at man har gjort en feil. Hvis det bare blir å vise hvor flinkt man er liksom. Sånn flinkhetskultur» (Informant 7).

5.4.3 FAKTORER SOM HEMMER GOD KULTUR

Arbeidsbelastning og kapasitet

Flere av informantene forklarer at tidspress og stor arbeidsbelastningen fører til at de ikke får brukt tilstrekkelig med tid til å jobbe med en god kultur. Helsetjenesten er preget av stort fokus inntjening, riktig koding og kvalitetsindikatorer som ikke direkte understøtter kulturskapende forhold. Disse faktorene opptar mye av lederens arbeidstid og fortrenger andre arbeidsoppgaver. En av informantene forklarer:

«Jeg tror at hvis jeg hadde vært en litt bedre leder, hatt flere timer eller mere ressurser ved siden av meg til å systematisere dette med Synergi... så kunne vi brukt synergi og sammenlikna litt og hatt litt sånn miniforskning og sett om vi fant noen sammenhenger...og det rekker vi ikke. Men det burde vi ha gjort. Det å bruke mere tid på det store bildet» (Informant 6).

En annen formulerer det slik:

«Det kan være sider ved rammebetingelsene og da er det såpass høy aktivitet og store målkrav som gjør at tempoet blir høyt slik at man som leder kan bil oppfatta som mer produksjonsorientert». Lederen forklarer videre at «I og med at mer og mer blir rammefinansiert og aktivitetsstyrt og det følger med en del kodingsrutiner som behandlere skal være observante på og få innarbeidet på en god måte uten at det stjeler krefter. Det er en fallgrube. Som går på akkord med åpenhetskulturen» (Informant 4).

Mangelfullt faglig lederskap

Faglig lederskap innebærer at de som har teamlederfunksjon og er erfarne klinikere som de ansatte kan drøfte faglige problemstillinger med. Mangel på fagleder vil føre til at behandlere får redusert mulighet til å drøfte pasientsaker og at opplevelsen av trygghet reduseres. Rekruttering av fagledere nevnes som et problem og det nevnes vansker med både å få rekruttert klinikere inn i slike funksjoner og beholde de man har.

Flinkhetskultur

En av informantene forteller om en «flinkhetskultur» i egen organisasjon som vedkommende kom i kontakt med som ny leder. Informanten ble fortalt at de ansatte i denne organisasjonen var spesielt flinke. Informanten kjente seg ikke i igjen i dette etter å ha sammenlignet organisasjonen med andre arbeidssteder vedkommende hadde jobbet ved tidligere. Informanten gjør seg refleksjoner over hvilke uheldige konsekvenser denne «flinkhetskulturen» kan ha på medarbeiderne:

«Hvis du tror du er veldig flink kan du falle over i en sånn grøft når det gjelder uønskede hendelser. Eller man bli veldig, veldig satt ut hvis en får et suicid. En ting jeg er opptatt av er at vi jobber med risiko hele tiden og det helt umulig å forutse suicid»

5.5 INFORMANTENS KOMMENTARER TIL INTERVJUETS TEMA

Flere av informantene hadde kommentarer til intervjuets tema. Disse kommentarene kom både under selve intervjuet jeg hadde med dem og i forkant i forbindelse med at jeg inviterte dem til intervjuene. De kommentarene som falt i forkant av intervjusituasjonen ble ikke fanget opp på lydbånd og ble dermed ikke transkribert.

Flere informanter gav uttrykk for at teamet for intervjuet var stort og alvorlig. Noen var usikre på om de hadde noe å bidra med knyttet til tema og understreket at de ikke hadde alt på stell i egen seksjon og bad meg være klare over det. De uttrykte usikkerhet knyttet til om deres arbeid og fokus på feil og uønskede hendelser var godt nok.

En leder uttrykte det slik i intervjusituasjonen: «Det er et vanskelig tema, det er veldig stort»
(informant 1)

En annen leder svarte slik når vedkommende fikk spørsmål om hva som fremmer god
åpenhetskultur:

«Orker jeg å svare på dette da? Litt sånn skriftemål. Kjør på, det er greit, du trenger hjelp»
(informant 6). Videre sa vedkommende om samme tema «Orker jeg å snakke om dette for
det er en av mine dårlige samvittigheter, dette med Synergi».

6. DISKUSJON

Målet med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan ledere forholder seg til feil og uønskede pasientrelaterte hendelser. I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere følgende temaer:

- Selvmord som den altoverskyggende uønskede hendelsen
- Læring til besvær
- Kultur for læring

Til slutt vil jeg presentere noen tanker om hva som er viktig for å sikre god oppfølging av uønskede hendelser innen psykisk helsevern fremover.

6.1 SELVMORD- DEN ALTOVERSKYGGENDE UØNSKEDE HENDELSEN

Informantene anerkjenner at ulike typer uønskede hendelser kan skje og at disse kan plasseres på et kontinuum fra de mindre til de mer alvorlige. Gjennom intervjuene er det et stort og til dels ensidig fokus på en av de mest alvorlige uønskede hendelsene som kan skje, selvmordene. Informantene bruker langt mindre tid og har mindre oppmerksomhet rettet mot andre typer hendelser.

Ledere som er mindre opptatte av andre hendelser enn selvmord går glipp av verdifulle lærings- og forbedringspunkter og risikerer at de samme feilene gjentar seg. Læringspunkter fra mindre alvorlige hendelser og nesten-uhell er like viktige i arbeidet med å forebygge uønskede hendelser (Reason, 2000). Det er derfor bekymringsfullt at ledere i liten grad ser ut til å forholde seg aktivt til andre typer hendelser enn selvmord.

Det kan være flere mulige forklaringer på hvorfor selvmord er den altoverskyggende uønskede hendelsen. Den første og mest innlysende er at selvmord representerer det mest alvorlige som kan skje innen psykisk helsevern. Det er sjelden at pasienter dør grunnet sin psykiske lidelse og når det først skjer, gjør det et sterkt inntrykk. Selvmord etterlater et **stort emosjonelt avtrykk** hos alle involverte, først og fremst hos pårørende, men også hos klinikere og ledere. Dette kan være med på å forklare hvorfor informantene blir ensidig opptatt av selvmord og mindre opptatt av andre mindre alvorlige hendelser.

Informantenes fokus på selvmord kan også forklares med det store **fokuset helsemyndighetene** har på område. Det er selvmordene, og de mest alvorlige selvmordsforsøkene som resulterer i pasientskade, som varsles Statens Helsetilsyn. Likeledes er det selvmordene som skal registreres i det nasjonale kartleggingssystemet. For andre typer uønskede hendelser finnes det verken nasjonal varselordning eller nasjonalt kartleggingssystem. Dermed fremstår selvmordene som prioriterte hendelser i oppfølgingsøyemed og et tydelig signal fra helsemyndighetene om hva som er viktig å fokusere på. Helsetjenestens oppfølging av helsemyndighetens prioriteringer, er ønskelig og et tegn

på at lederne forholder seg lojalt og har tillit til myndighetene. Men en slik vektlegging fra helsemyndighetene vil kunne ha en slagside. Det kan fortrenge oppmerksomheten bort fra andre typer uønskede hendelser og kan medføre både mindre tid og færre avsatte ressurser ute i helsetjenestene.

Selv mord er en **åpenbar uønsket hendelse** og kan derfor ikke overses. Andre feil og hendelser kan oppstå mer i det skjulte, for eksempel på den enkelte behandlers kontor og er vanskeligere å oppdage, i hvert fall for utenforstående. Informantene i denne studien påpeker nettopp dette. De beskriver at det er lite transparens i poliklinisk behandling og at klinikere sitter på egne kontorer og har en-til-en samtaler. Poliklinisk behandling kjennetegnes av lukkede terapirom og klinikere som er opptatte av å ivareta taushetsbelagt og sensitiv informasjon. En slik klinisk praksis står i motsetning til åpenhetskultur som er viktig for å kunne identifisere uønskede hendelser. Som et resultat kan meldekulturen bli dårlig og man kan anta at det skjer flere uønskede hendelser enn det det blir meldt fra om.

En annen mulig forklaring på det ensidige fokuset på selvmord, kan være unnvikende adferd hos ledere. «Unnvikende adferd er et personlighetstrekk som i ulik grad kjennetegner oss mennesker» (Store norske leksikon). Man lukker øynene for det som medfører ubehag og innretter adferden sin på en slik måte at ubehag ikke oppstår. I denne studien beskriver lederne arbeidsbelastning knyttet til oppfølgingen av hendelser og ubehag som oppstår når læringspunkter skal videreformidles.

Ledere opplever det som arbeidskrevende å skulle følge opp selvmord. Det er mange oppgaver som skal gjøres; oppfølging av pårørende og ansatte, samt rapportering internt og eksternt. Ledere bruker mye tid på dette arbeidet og det er emosjonelt belastende. Deres **opplevelse av arbeidsbelastning** kan medføre at de unngår å identifisere uønskede hendelser som ikke er åpenbare for andre. På den måten får de redusert arbeidsmengden og de unngår å komme i en situasjon med for mange oppgaver. En annen konsekvens kan være at de ansatte registrerer belastningen og unngår å melde fra om hendelser for å skåne lederen for merarbeid.

Man kan også tenke seg at uønskede hendelser som ikke er åpenbare for alle, blir ignorert fordi det medfører **ubehag for lederen å ta læring** ut i organisasjonen. Ledere opplever en vanskelig balanse mellom ivaretagelse av ansatte og formidling av lærings- og forbedringsområder ut til organisasjonen. Lederne blir stående i et krysspress og for å unngå ubehaget dette medføre, blir løsningen å overse mindre alvorlige uønskede hendelser.

En siste forklaring kan være; i selve intervju situasjonen var det vanskelig å få informantene til å reflektere over hvordan de forholdt seg til uønskede hendelser utover selvmordene og faglige

betraktninger knyttet til disse. Informantene som ble intervjuet var ledere, og alle hadde arbeidet som klinikere tidligere. Man kan tenke seg at kliniker- og profesjonsrollen er sterkt forankret i ledere. De opplever det både enklere og mer interessant å forholde seg til **faglige og kliniske problemstillinger i en pasientsak** som f.eks. et selvmord. Det kan være mindre interessant å skulle forholde seg til andre uønskede hendelser som for eksempel dobbeltbookinger av pasienter som ikke er direkte relatert til faget, men til det administrative.

6.1.1 UØNSKEDE HENDELSER SKJER SJELDEN

Informantene beskriver at de opplever at feil og uønskede hendelser skjer sjelden. Det fremkommer riktignok variasjon blant informantene om hvor ofte de forholder seg til slike hendelser. Noen forteller at de jobber kontinuerlig med slike, mens det hos andre kan gå flere år mellom hver gang.

En forklaring på denne ulike opplevelsen av forekomst, kan ha med størrelsen på informantenes ansvarsområde å gjøre. For ledere med få ansatte, vil slike hendelser oppstå sjeldnere fordi pasienttilfanget er begrenset. Men det virker ikke som at informantenes ulike beskrivelse av forekomst alene kan forklares med dette. Innledende kartlegging viste at informantene, med unntak av en leder med 14 ansatte, hadde store ansvarsområder på mellom 28 og 40 ansatte. Alle informantene var ledere for allmenpsykiatriske poliklinikker hvor pasienttilfanget erfaringsmessig sett er stort. I tillegg fremkom det at det var informanten med færrest ansatte, som var en av de to som oppgav at vedkommende kontinuerlig jobbet med forbedring. Det er dermed grunn til å tro at ansvarsområde og pasienttilfanget ikke forklarer forskjellen i opplevd forekomst av uønskede hendelser, men at det dreier seg om andre forklaringer.

Ledere hevder å ha lite tid og ressurser til å håndtere slike hendelser. Både mangel på tid og ressurser, samt ubehag som oppstår når læringspunkter skal formidles til de ansatte, kan medføre at ledere blir unnvikende og at de av den grunn overser uønskede hendelser. Informantene opplever det som arbeidskrevende å skulle følge opp hendelser og dette kan bli oppfattet av de ansatte som av den grunn lar være å melde fra når noe uønsket skjer. Alt dette medfører at færre uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp.

En annen forklaring kan være utydelig for lederne hva som faktisk er en uønsket hendelse. Dette kan forklares med at årsaksforholdet er uklart og muligheten for forebygging er utydelig (Jayaram, 2008). En hendelse kan være uønsket, men det kan være en hendelse hvor det ikke er mulig å sette inn tiltak. Det finnes nasjonale kvalitetsindikatorer som omhandler driftsaspekter i helsetjenesten, slik som epikrisetid og ventetid. Men det finnes ingen kvalitetsindikatorer som fanger opp selve behandlingskvaliteten og hvorvidt behandlingen som gis, faktisk virker (Riksrevisjonen 2021). Dette

kan medføre utydighet om hva som er avvik fra forventet faglig standard og som dermed representerer en uønsket hendelse.

6.2 LÆRING TIL BESVÆR

6.2.1 BEGRENSEDE LÆRINGSPUNKTER ETTER SELVMORD

Flere av informantene forteller at det ikke alltid er noe å lære av en alvorlig uønsket hendelse som selvmord. En mulig forklaring kan være at dette ofte er pasientsaker med et på forhånd identifisert risikopotensiale. Av den grunn er det jobbet grundig og godt med denne pasienten før hendelsen skjer og læringspunktene uteblir.

En annen forklaring kan være at ledere forholder seg til det snevrere individperspektivet når de skal forklare og håndtere hendelsen. Uønskede hendelser kan sees fra to perspektiver; den individorientert og den systemorienterte (Reason, 2000). Valg av tilnærming har betydning for hvordan man forklarer hendelsen og hvordan hendelsen håndteres. Det er mulig at informantene i for stor grad er preget av en individorientert tilnærming når de følger opp uønskede hendelser. Uønskede hendelser blir tilskrevet svikt hos enkeltpersoner, heller enn en konsekvens av uheldige systemforhold. Lederne ser etter manglende kunnskap, uoppmerksomhet og dårlig motivasjon hos de ansatte og mister det større perspektivet som handler om systemforholdene. Dersom individperspektivet legges til grunn for vurderingen av forbedrings- og læringspunkter, blir kunnskapsgrunnlaget snevrere enn hvis man også inkluderer systemperspektivet. Dette kan forklare både hvorfor læringspunkter uteblir men også ledernes beskrivelse av lav forekomst av uønskede hendelser.

Ingen av informantene forklarer eksplisitt hvordan de årsaksforklarer uønskede hendelser og hvorvidt de ser til individ- eller systemperspektivet eller en kombinasjon av begge. Det kan synes som om informantene forstår uønskede hendelser hovedsakelig gjennom en individtilnærming da flere av utsagnene deres understøtter dette. Informantene formidler til sine ansatte at de har lederen sin i ryggen hvis noe går galt. Dette kan virke vel og bra, men impliserer samtidig at den ansatte er «alene» om å bli oppfattet som «syndebukk». Videre beskriver informantene at de anstrenger seg med å finne en god form og riktig innhold når læringspunkter skal tas ut til alle ansatte. Informantene er opptatte av å ivareta involverte ansatte. De ønsker ikke å henge ut noen, noe som igjen impliserer et individperspektiv; de ansatte må hensyntas nettopp fordi de har forårsaket hendelsen.

En av grunnene til at individperspektivet får en dominerende plass i årsaksforklaringen av uønskede hendelser, kan ha å gjøre med den skyldfølelsen flere klinikere opplever når slike hendelser skjer (Busch, et al 2020). Klinikerens skyldfølelse peker til individperspektivet. Videre kan den allmenne

rettsfølelsen i befolkningen også forklare hvorfor individperspektivet blir dominerende. Pasienter og pårørende ønsker ofte at noen holdes ansvarlige når det har skjedd noe alvorlig. Også media spiller en stor rolle. Deres vinkling av årsaksforhold og deres tendens til å jakte på ansvarlige personer, kan føre til at ledere, og andre, blir henledet til en individorientert forklaring.

6.2.2 EN VANSKELIG BALANSEANG

De fleste informantene erkjenner at det er en vanskelig balanseang mellom ivaretagelse av medarbeidere og tydeliggjøring av læringspunkter. Et par av informantene er klare på at de mener behovet for å ivareta ansatte er til hinder for at læringspunktene blir tatt ut. Dette er en modig, ærlig og en overraskende påstand. Den vanskelige balanseangen kan forklares på ulike måter.

Det synes som om det faller ledere lettere å skulle støtte berørte klinikere enn å bringe læringspunkter ut til øvrige ansatte. Noe av forklaringen kan ha med lederes kliniske kompetanse å gjøre. Man kan tenke seg at klinikken blir dominerende og at den fortrenger ledelsesoppdraget. I foreliggende studie har alle informantene en helsefaglig bakgrunn og erfaring fra klinisk arbeid før de gikk over og ble ledere. De er gode på å vise empati, gi støtte, omsorg og trøst. Dette er viktige egenskaper som klinikere. Som leder derimot, må man også ha andre egenskaper, som for eksempel tydelighet. Egenskaper som empati og omsorg må tones ned når man som leder skal klare å fremme et budskap. Klinikeregenskapene kan stå i veien for utøvelse av ledelse. Det kan være at ledere opplever å bli stående i en umulig skvis mellom ivaretagelse av ansatte og tydeliggjøring av et ubehagelig budskap. Ledere ender opp med å gjøre det de opplever at de mestrer best, nemlig å ivareta ansatte, vise empati og omsorg.

En annen forklaring på den vanskelige balanseangen, kan være at ledere kommer under krysspress. Grimen (2001) fremhever at tillit ikke kan forstås uten å se på maktbegrepet. Ledere nyter tillit fra de ansatte i kraft av sin lederposisjon. Forhold som bidrar til dette er blant annet at de ansatte aksepterer lederens legitimitet. Dersom lederens legitimitet reduseres kan det tenkes at tilliten svekkes. Eksempler på at legitimiteten reduseres kan være at en ansatte opplever mangelfull ivaretagelse i etterkant av en hendelse eller at den ansatte ikke er enig i læringspunktene som lederen legger frem for øvrige ansatte. Ansatte opplever at deres forventinger til lederen ikke innfris og lederens legitimitet og tilliten svekkes. Når dette skjer, får vi en forskyvning i maktrelasjonen, på bekostning av lederens makt. Sett i lys av denne teorien, blir det forståelig at ledere bestreber seg på å opprettholde legitimiteten ovenfor ansatte.

I en nyere systematisk oversiktstudie ble det vist at helsepersonell i stor grad påvirkes av uønskede hendelser (Busch et al, 2020). To av tre opplever belastende minner, angst, sinne og anger etter

uønskede hendelser. Halvparten rapporterer om skyldfølelse og redsel for å begå fremtidige feil og en stor andel plages av søvnevansker. Tiltak som trekkes frem som forebyggende for utvikling av psykiske og psykosomatiske symptomer, er kollegastøtte ordning og kulturendring. Belastningen som berørte medarbeider opplever, blir understreket også av lederne. Lederne har tatt innover seg den store belastningen medarbeidere opplever når uønskede hendelser skjer og studien til Busch et al (2020) bekrefter at det virkelig er god grunn til at ledere anstrenger seg for å ivareta sine medarbeidere, slik de beskriver at de gjør. Men det kan være at det blir desto mer krevende for lederne å skulle formidle forbedrings- og læringspunkter ut i organisasjonen i fare for at dette vil øke belastningen hos de involverte klinikerne ytterligere og det er jo noe lederne ønsker å unngå.

6.2.3 GOD STRUKTUR, MEN SAVN ETTER STØRRE FAGLIG FOKUS

Informantene forteller at oppfølgingen av uønskede hendelser er prosedyrefestet og at det foreligger en tydelig struktur på hvordan hendelser skal følges opp. De kjenner rapporteringskravene og oppfølgingsregime.

Det synes som om de formelle strukturene og selve organisering på de ulike ledernivåene i helseforetakene er på plass. Ledere savner derimot tid til faglige diskusjoner og mulighet til å gå enda tettere inn i problemstillingene enn det de opplever i dag. Strukturer og gode systemer må ikke ende i ansvarsfraskrivelse hva gjelder det innholdsmessige. Dette er et tegn på et område som er under utvikling, men hvor deler av oppfølgingsregime med særlig fokus på det innholdsmessige ikke er fullstendig modnet ennå. Det kan tenkes at et forbedret fokus på det faglige vil kunne gjøre det enklere for ledere å ta læringspunktene ut.

6.3 KULTUR FOR LÆRING

Etter å ha synliggjort den vanskelige balansegangen ledere står i, er det mest nærliggende å tro at kulturen ikke er kjennetegnet av utpreget åpenhet eller trygghet. Annen informasjon som taler for at kulturen ikke er så åpen og trygg, er det faktum at informantene ikke responderer konsistent på spørsmål knyttet til sin opplevelse av kulturen i egen organisasjon. Dette kan tyde på at kulturen for læring ikke er så god som lederne gjerne skulle ønsket. De kommer med selvmotsigende uttalelser eller unngår å svare direkte på spørsmålet. Innledningsvis beskrives kulturen som god, men flere informanter trekker tilbake uttalelsene sine i løpet av intervjuet og innser at den kanskje ikke er så god som de tenkte innledningsvis. De endrer altså oppfatning i løpet av intervjuet. Et eksempel på dette kommer fra en av informantene (side 41 i resultatdelen). Vedkommende gir først uttrykk for at kulturen er god, men noe lengre ut i intervjuet fremkommer selvmotsigende informasjon. Vedkommende fikk erfaring med at kulturen ikke var så god som vedkommende trodde. Det ble

oppdaget kulturforskjeller innad i organisasjonen. Det ble åpenbart at det var forskjeller mellom erfarne og mindre erfarne medarbeidere og at de nyutdannede som ofte er i vikariater fremviste større utrygghet. Dette eksempelet viser hvordan informanten, i løpet av intervjuet, endrer beskrivelsen av kulturen i egen organisasjon. I tillegg viser eksempelet hvordan grad av trygghet varierer med erfaring. En forklaring på hvorfor de nyutdannede opplevde utrygghet, kan være at de risikerer mer dersom de tilkjennegir uvitenhet, inkompetanse eller inntar en kritisk holdning.

Flere trekker frem «flinkhetskultur» som hemmende for utviklingen av en god kultur i egen organisasjon og noe som de forsøker å motvirke. I en såkalt «flinkhetskultur» blir det viktig å ikke gjøre feil i frykt for å fremstå som en som ikke klarer oppgavene og ikke er flink nok. Dette havner i motsetning til åpenhetskultur. I en svensk studie ble kulturen blant leger undersøkt og man fant forventninger om at leger er ufeilbarlige. Forventningen om legenes ufeilbarlighet medfører at leger ikke blir åpne om egne feil og dermed oppstår en «stillhetskultur» som begrenser muligheten for å lære av feil (Danielsson, Nilsen & Rutberg, 2018). Det kan tenkes at leger peker seg ut som en yrkesgruppe hvor ufeilbarlighetskultur er dominerende. En forklaring kan være de høye krav og forventninger som er knyttet til medisinstudiet og til legeyrket.

Informantene tilkjennegir at det kan være ulike opplevelser av kulturen i organisasjonen. De understreker at de ikke med sikkerhet vet hvordan medarbeiderne deres ville beskrevet kulturen. Flere gir uttrykk for at det ville vært interessant å spørre medarbeiderne selv. Ideelt sett skulle dette vært gjort og vil kunne være et tema for fremtidig forskning.

Til tross for at det bør arbeides mer med å etablere en åpen, trygg og god læringskultur, fremstår informantene som reflekterte med tydelige meninger om hva som fremmer og hemmer en god læringskultur. De har flere tanker om hva som fremmer en slik kultur; åpenhet og trygghet blir trukket frem av alle. Ledere snakker med sine ansatte om at de må ha en god kultur og tørre å snakke om feil som gjøres. De understreker at ingen er perfekte og at alle kan gjøre feil. Edmondson (2019) kaller dette å «sette scene». Dette er det første steget ledere må ta i etableringen av en kultur preget av psykologisk trygghet. Ledere må snakke om risiko og forventningsstyre de ansatte om at feil og uønskede hendelser kommer til å skje. Systemperspektivet (Reason, 2000) kan med fordel bli trukket inn som et viktig element i denne første fasen. Det å forklare de ansatte i «fredstid» hvordan man som leder tenker å følge opp uønskede hendelser når de skjer, ved å ha systemfokus, vil kunne bidra til å redusere frykt og usikkerhet hos de ansatte. En ensidig vektlegging av individperspektivet vil kunne føre til frykt og dårlig meldekultur (Reason, 2000). I tillegg bør ledere etablere møtearenaer for sine medarbeidere hvor det er mulig å ha åpen dialog og samtale om uønskede hendelser, feil og nesten-uhell.

Ledere har flere tanker om hva som kan virke hemmende på en god kultur og trekker frem både tid, ressurser og det daglige fokuset på aktivitet og drift. Arbeidsdagene er travle med strenge prioriteringer. Tiden strekker ikke alltid til. Flere savner ressurspersoner som kunne bistått med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet og de er bekymret for rekrutteringen av faglige ledere/ teamledere som ofte er de som sikrer den faglige standarden i det daglige.

Videre er de opptatte av tillit mellom leder og ansatt. Leder må utvise tillit ovenfor de ansattes kompetanse og ikke innta en «besserwesser- holdning». Ansatte mister tillit til sin leder og det vil få en negativ effekt på kulturen. Ledere som inntar en slik holdning vil trolig miste sin legitimitet og dermed svekkes tilliten den ansatte har til sin leder (Grimen, 2001).

6.4 FREMTIDIGE OPPGAVER FOR HELSETJENESTEN

Gjennom mitt arbeid med denne oppgaven har jeg gjort meg flere og nye tanker om hvordan vi i psykisk helsevern må jobbe videre for å bli bedre på å forholde oss til alle sider ved uønskede pasientrelaterte hendelser:

- Helsemyndighetene og ledere i helsetjenesten må i større grad vektlegge systemperspektivet i oppfølging av uønskede hendelser. Dette vil medføre mindre fokus på «syndebukker», en bredere tilnærming hva gjelder å identifisere uønskede hendelser og på lengre sikt føre til at ledere blir oppmerksomme også på andre mindre alvorlige hendelser med læringspotensial. Videre vil det skape en bedre meldekultur og redusere frykt for å feile.
- Erfarne klinikere bør gå i front og bidra med eksempler på at ingen er ufeilbarlige. De unge og nyutdannede har ikke erfaringen og dersom de er i vikariater, mangler de i tillegg de grunnleggende forutsetningene som må være tilstede for kunne snakke åpent og fritt.
- Det bør arbeides aktivt med å etablere psykologisk trygghet i arbeidsmiljøene i helsetjenesten. Ledere bør forventningsstyre sine ansatte i «fredstid» slik at det er en felles forståelse om risikoen, at alle kan oppleve uønskede hendelser og kan komme til å gjøre feil. Dette kan redusere stresset som involverte klinikere opplever når hendelser skjer.
- Det bør etableres møtearenaer for dialog og samtale om uønskede hendelser, nesten- uhell og andre problemstillinger som oppleves krevende.
- Uønskede hendelser representerer en stor belastning for berørte klinikere. Dette bør hensyntas og det bør vurderes kollegastøtteordninger som et supplement til den støtten ledere gir. En kollegastøtteordning vil være spesielt nyttig sett i lys av funnene fra denne undersøkelsen som viser at ledere opplever en vanskelig balanse mellom ivaretagelse av berørte medarbeidere og formidling av lærings- og forbedringspunkter.

- Det oppleves som krevende å bruke læringspunkter som stammer fra egne hendelser. Helsetjenesten bør, så lenge det er slik, bruke andre sine læringspunkter. Helsetilsynets offentlige tilsynsrapporter og UKOM sine gjennomganger kan bidra til dette.

7.KONKLUSJON

Ledere innen psykisk helsevern opplever det som arbeidskrevende og emosjonelt belastende å skulle forholde seg til uønskede pasientrelaterte hendelser. Ledere er faglig engasjerte, opptatte av å være tilstede for sine medarbeidere og å ivareta og støtte når hendelser skjer. Et viktig funn er at ledere opplever en vanskelig balansegang med å skulle ivareta berørte medarbeidere og samtidig formidle lærings- og forbedringspunkter til øvrige ansatte etter en uønsket hendelse. Behovet for å ivareta medarbeiderne kan hindre at lærings og forbedringspunkter blir tatt ut i organisasjonen.

Andre funn fra denne studien viser at:

- Av de uønskede hendelse som skjer, er ledere mest opptatte av selvmord.
- Ledere er mindre opptatte av andre typer uønskede hendelser.
- Ledere opplever at uønskede hendelser skjer sjelden og at det kan være vanskelig å finne læringspunkter etter slike hendelser.
- Ledere er opptatte av å følge etablerte og prosedyrefestede rutiner i oppfølging av uønskede hendelser. Men de savner mer fokus på det innholdsmessige i form av faglige diskusjoner i disse foraene.
- Ledere er opptatte av god læringskultur preget av åpenhet og trygghet. Ledere har tanker om hva som fremmer og hemmer en slik kultur, men kulturen er neppe så åpen og trygg som ledere kanskje ønsker seg at den er.

For å forbedre læringsprosessen etter uønskede pasientrelaterte hendelser, bør man styrke vektleggingen av systemtilnærming for å hindre frykt, dårlig meldekultur og et snevert syn på årsaksforholdene. I tillegg er det viktig å styrke den psykologiske tryggheten i arbeidsmiljøene og at ledere tar et særskilt ansvar for dette.

Jeg begynte å planlegge denne studien i 2019 og opplever at det har vært en utvikling på område mens jeg har holdt på med denne oppgaven. Riksrevisjonens rapport fra våren 2021 som tydeliggjør utfordringer innen psykisk helsevern, også innenfor kvalitetsområde, er en av disse publiseringene. Resultatet fra det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord er et annet eksempel på en publisering fra oktober 2021. Disse viser at det er et pågående sterkt fokus på uønskede hendelser innen psykisk helsevern og at pasientsikkerhetsområde er under utvikling.

Utviklingen av dette område har etter min mening også blitt bremsset i denne perioden. Den alvorlige hendelsen i Kongsberg i oktober 2021 er ett av flere eksempler som viser hvordan massemedia jakter etter «syndebukker» når en alvorlig uønsket hendelse skjer. Jeg mener medias håndtering bidrar til

at utviklingen av pasientsikkerhet med fokus på god håndtering av uønskede hendelser rykker flere skritt tilbake. Media gir næring til årsaksforklaringen om at det er individperspektivet som gjelder. De ansatte i helsetjenesten og befolkningen for øvrig kan bli ledet hen til samme årsaksforklaring. Det er leit, for psykisk helsevern har potensiale både til å identifisere flere uønskede hendelser og til å lære mer av sine feil. Men da må viktige forutsetninger være på plass: systemperspektiv når hendelser følges opp og et arbeidsmiljø kjennetegnet av høy grad av psykologisk trygghet.

REFERANSER

Busch, Isolde M. MSc; Moretti, Francesca MD; Purgato, Marianna; Barbui, Corrado MD; Wu, Albert W. MD, MPH; Rimondini, Michela (2020) Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Patient Safety*: June 2020 - Volume 16 - Issue 2 - p e61-e74. Hentet fra: doi: 10.1097/PTS.0000000000000589

Dagens medisin (14.11.2019): Høie ut mot Frp forslag om straff for feil i sykehus. Hentet fra: [Høie ut mot Frp forslag om straff for feil i sykehus - Politikk og økonomi - Dagens Medisin](#) (lest 15.10.2021)

Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H. *et al.* The professional culture among physicians in Sweden: potential implications for patient safety. *BMC Health Serv Res* **18**, 543 (2018).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3328-y>

Edmondson, A. C. (2019). *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Folkehelseinstituttet (2021). Selvmord i dødsårsaksregisteret. hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selvmord-i-dodsarsaksstatistikken/> (lest 14.11.2021)

Forskningsrådet (2009). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helsevern 2001-2009. Sluttrapport. Hentet fra: <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf> (lest 9.10.2021)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (Lest 5.10.2021)

Frich, J. C. (2016). Modeller for ledelse i sykehus. *Overlegen*, 3, 16-17.

Grimen, H. (2001). Tillit og makt- tre sammenhengar. I Tidsskrift for norsk legeförening. 121: 2617-19. Hentet fra: [Tillit og makt – tre sammenhengar | Tidsskrift for Den norske legeförening \(tidsskriftet.no\)](#) (Lest 1.11.2021)

Gulbrandsen, T (2019) Hva er tillitt? Hentet fra: [Hva er tillitt? - Sosiologen](#)

Helse Sør-Øst (2021) Om Helse sør-øst RHF. [Om oss - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#) (Lest 20.08.2021)

Helsedirektoratet (2005).»...Og bedre skal det bli». Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse og sosialtjenesten. Hentet fra: [SFK_ogbedreskaldetbli_v9.indd \(helsedirektoratet.no\)](#) (Lest 7.10.2021)

Helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (veileder 9/2006) IS-1388. Hentet fra: [Omsorgsbiblioteket: Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS -1388 Veileder \(unit.no\)](#) (Lest 6.10.2021)

Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#) (Lest 5.10.2021)

Helsedirektoratet (2019a). Døgnplasser i det psykiske helsevernet. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern/Kortnotat%20d%C3%B8gnplasser%20PHV%202019.pdf/_attachment/inline/a073e1c0-d3f7-4dcb-a467-b63a7dabae93:87c1aaa8788488885a0912c2cb9e665104f4bbb1/Kortnotat%20d%C3%B8gnplasser%20PHV%202019.pdf (lest 26.10.2021)

Helsedirektoratet (2019b). Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023). Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: [Hdir_Rapportmal 15.11.18 \(helsedirektoratet.no\)](#) (Lest 5.10.2021)

Helsedirektoratet (2019c). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord. Hentet fra: [Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - Helsedirektoratet](#) (Lest 5.10.2021)

Helsedirektoratet (2020). Pasientskader i Norge 2019 Målt med Global Trigger Tool. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2019-malt-med-global-trigger-tool/vedlegg-og-pdf-versjon-av-rapporten/Pasientskader%20i%20Norge%202019%20-%20M%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool%20.pdf/_attachment/inline/6e747529-2533-4ae2-95d9-28e7e089dd2d:67478f5bbc505fea7342252c8e4d674e53f45b5e/Pasientskader%20i%20Norge%202019%20-%20M%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool%20rapportformat.pdf (Lest 1.10.2021)

Helsedirektoratet (2021a). Kvalitet og kvalitetsindikatorer. Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra: [Kvalitet og kvalitetsindikatorer - Helsedirektoratet](#) (Lest 4.10.2021)

Helsedirektoratet (2021b). Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetjenesten 2020. hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-2020> (Lest 15.10.2021)

Hjort, P. (2000). Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forebygging og håndtering. Tidsskriftet for norsk legeförening, 120: 3184-9. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2000/10/kronikk/uheldige-hendelser-i-helsetjenesten-forebygging-og-handtering> Lest 5.10.2021

Jayaram G. Measuring adverse event in psychiatry. Psychiatry (Edgmont (PA: Town Ship)). 2008; 5 (11): 17-9.

Kvale, S og Brinkmann S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal

Lerum, SV. (2016). Om intervjuing. Hva slags kunnskap får vi om intervjuer? I: Om intervjuing.

Lindahl, AK. Forelesning ved erfaringsbasert masterstudie i Helseadministrasjon ved UiO, høsten 2019.

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

Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>. (Lest 3.10.2021)

Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2022. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=5> (Lest 4.10.2021)

Meld. St. 11 (2020-2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019 (Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/> (Lest 6.10.2021).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf (Lest 15.10.2021)

Norsk pasientskadeerstatning (2021). Mottatte saker 2016-2021. Hentet fra: [2021_1hlv_all_statistikk.pdf \(npe.no\)](https://www.npe.no/2021_1hlv_all_statistikk.pdf). (Lest 5.10.2021)

NOU 2015:11. Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/> Lest 6.10.2021

NRK (2018) Helsetilsynet: dette er ikke bra nok. Hentet fra: [https://www.nrk.no/selvordpsykiatrien/helsetilsynet - -dette-er-ikke-bra-nok -1.14299016](https://www.nrk.no/selvordpsykiatrien/helsetilsynet--dette-er-ikke-bra-nok-1.14299016)

OECD (2017). The economic of patient safety. Hentet fra: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf> (Lest 26.6.2021)

Okkenhaug, A., Tritter, J.Q., Myklebust, T.Å., Dilkås, E.T, Meririk, K., Landstad, B.J., (2009). Mitigating risk in Norwegian psychiatric care: Identifying triggers of adverse events through Global Trigger Tool for psychiatric care. International Journal of Risk & Safety in Medicine 30, pg. 203-216

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter

Pasientsikkerhetskonferansen (2021). Hentet fra: <https://pasientsikkerhetskonferansen.no/amy-edmondson>. Lest 26.6.2021

Reason J. Human error - models and management. West J Med. 2000; 172(6):393–396.

Reason cheese model. Hentet fra: <https://whatsthepont.blog/2018/05/30/the-james-reason-swiss-cheese-failure-model-in-300-seconds/>

Regjeringen (2021). Oppdragsdokument 2021. Helse SørØst RHF. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2021-hso.pdf> Lest 7.10.2021

Riksrevisjonen (2016). Undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser. Oslo. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf> (Lest 6.10.2021)

Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonenes undersøkelse av psykisk helsetjeneste 2020-2021. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf> (Lest 3.10.2021).

Rygh LH, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, Halvorsen M, Kittelsen SAC, Magnus T, Nguyen KN, Thesen J, Tjomsland O. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 16– 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport_2010_16_rammeverk_ki.pdf (Lest 4.10.2021)

Skirbekk H., Middelthon AL, Hjortdahl P, Finset A. (2011) Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qual Health Res.* 2011; 21(9): 1182-90.

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov 1.juli 1999 nr. 61 om Spesialisthelsetjenesten*

Statens helsetilsyn (2021a). Oppdatert informasjon om varselordningen. Hentet fra: [Oppdatert informasjon om varselordningen | Helsetilsynet](#) (lest 15.10.2021)

Statens helsetilsyn (2021b). Årsrapport 2020 Statens Helsetilsyn. Oslo. Helsetilsynet. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2020.pdf> (Lest 15.10.2021)

Store norske leksikon om personlighetstrekk. Hentet fra: <https://snl.no/personlighetstrekk>

St.Prp.nr 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer for statsbudsjettet for 1998. Hentet fra: [St.prp. nr. 63 \(1997-98\) - regjeringen.no](#) (Lest 3.10.2021)

Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D'Lima, D., Adam, S., Ashrafian, H., Darzi, A. & Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ open*, 9 (12).

Vermeulen, J. M., Doedens, P., Cullen, S. W. & et al. (2018). Predictors of adverse events and medical errors among adult inpatients of psychiatric units of acute care general hospitals. *Psychiatr Serv*, 69: 1087-1094.

Vincent C., Taylor-Adams S., & Stanhope N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316 (7138), 1154-1157.

Wachter R. (2012). Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. Thought paper. *BMJ Qual Saf.* 2013 Feb;22(2):176-80. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001227

Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl A.T. (2021). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet (Lest 28.10.2021).

Aase K (red). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo 2018

LISTE OVER VEDLEGG:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Søknad og godkjenning NSD

Intervjuguide:

1. Bakgrunnsinformasjon

- a) Alder
- b) Utdanningsbakgrunn
- c) Antall år i psykisk helsevern
- d) Antall år som førstelinjeleder

2. Førstelinjeleders plassering i organisasjonen.

- a) Hvor mange ledernivåer er det over deg i din organisasjon?
- b) Hvor mange ledere er det på ditt nivå?
- c) Hvor mange medarbeidere har du ansvar for? Profesjoner?
- d) Har du din egen ledergruppe? Hvor mange? Egne møter?

3. Hvilke erfaringer har du med å forholde deg til feil og uønskede hendelser?

- a) Hva slags type hendelser og feil kan skje i din seksjon? Gi eksempler.
- b) Hvilke feil/hendelser er mest vanlig/ bruker du mest tid på? Hvor ofte skjer hendelser? Gi eksempler.

4. Hvordan vil du beskrive kulturen i din seksjon ift. det å forholde seg til feil og uønskede hendelser? (Læringskultur, åpenhetskultur)

- a) Hva fremmer en god læringskultur? Hva gjør du for å få dette til?
- b) Hva hemmer en god læringskultur? Hvilke utfordringer ser du? Hva kan gjøre det vanskelig å få til en god kultur?

5. Hvordan er kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet organisert i din seksjon? I DPS`et? Stikkord: Møter, kvalitetsråd, utvalg, rutiner,

6. Kan du si noe om hvordan du som leder forholder deg til feil og uønskede hendelser?

- a) Hvilke tanker gjør du deg om det å gjennomgå forbedrings- og læringspunkter som følge av feil og uønskede hendelser med dine medarbeidere? Er det lett/vanskelig?
- b) Hvordan sikrer du deg som leder at forbedrings- og læringspunkter når helt ut til dine medarbeidere?
- c) hva skal til for at du lykkes med å nå frem til dine medarbeidere med læringspunkter etter uønskede hendelser?
- d) Hva gjør det vanskelig å få til? Hva hemmer?
- e) Hvordan forholder *ledergruppen seg, som du er en del av*, til feil og uønskede hendelser? Kommuniseres feil og uønskede hendelser på tvers til lederne på ditt nivå?

Avslutning:

Er det noe du har lyst til å føye til?

Introduksjonstekst:

- Presentasjon
- Bakgrunnen for valg av intervjutema: personlige erfaringer med at det kan være krevende å følge opp uønskede hendelser
- 1- 1 ½ time, tar gjerne pauser underveis ved behov
- Hele samtalen blir tatt opp på bånd, kan stoppe opptaket når du måtte ønske
- Minner om: kan trekke deg fra studien når som helst, også etter intervjuet.
- Det er viktig at du ikke oppgir taushetsbelagt informasjon om pasienter.
- Noe du lurer på?

Avslutningstekst:

- Tusen takk for at du tok deg tid til dette intervjuet
- Intervjuene vil danne grunnlag for min masteroppgave
- Er det noe du lurer på?

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan feil og uønskede hendelser følges opp i psykisk helsevern?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan feil og uønskede hendelser følges opp ved utvalgte distriktpspsykiatriske sentre (DPSer). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er student ved medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo hvor jeg gjennomfører «Erfaringsbasert masterstudium i helseadministrasjon» ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

I min masteroppgave ønsker jeg å studere hvordan feil og uønskede hendelser følges opp.

- Hvordan er pasientsikkerhetsarbeidet organisert? Hvilken struktur er etablert?
- Hvilken kultur er blant medarbeiderne ift. å forholde seg til feil og uønskede hendelser?
- Hvordan forholder lederen seg til feil og uønskede hendelser?
- Hvordan forholder ledergruppen seg på nivået over til feil og uønskede hendelser mtp. læring av hverandre?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Oppgaven veiledes av førsteamanuensis Helge Skirbekk.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har kontaktet utvalgte DPSer i helseregion Helse sørøst. DPSene er organisert innenfor ulike helseforetak og har ulike størrelse. Etter avtale med DPS leder har jeg fått lov til å kontakt deg som en av flere. For å sikre at lederen har erfaringer med å håndtere feil og uønskede hendelser må du ha fungert i rollen som leder i minst to år. Jeg planlegger å intervju ca. 7 ledere.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å gjennomføre et intervju med deg på 1-1,5 time. Intervjuet vil være semistrukturert med åpne spørsmål hvor det vil være mulighet for deg å gi utfyllende svar. Spørsmålene vil være orientert om hvordan pasientsikkerhetsarbeidet er organisert i din seksjon og hvordan du forholder deg til feil og uønskede hendelser i egen seksjon.

Intervjuet vil bli tatt opp digitalt. Deretter blir det transkribert og anonymisert. Det vil ikke være mulig å koble informasjon til informanten etter transkripsjon.

Min sentrale kilde til informasjon vil komme fra intervjuer med ledere, men jeg kommer også til å gjøre tekstanalyse av sentrale dokumenter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De digitale lydfilene vil kun være tilgjengelig for masterstudenten Margrete Nysterud. Transkribert materiale vil også være tilgjengelig for veileder førsteamanuensis Helge Skirbekk i anonymisert form.
- I publikasjonen av masteroppgaven vil det ikke være mulig å knytte opplysninger til enkeltpersoner eller behandlingssted
- Lydfiler vil være oppbevart på en harddisk i låst safe.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 31. august 2022. Da vil lydfilene fra intervjuene bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Medisinsk fakultet ved UiO, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn ved student: Margrete Nysterud
Margrete.nysterud@studmed.uio.no eller mobil 98075439
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvertjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Helge Skirbekk
Førsteamanuensis/ veileder

Masterstudent
Margrete Nysterud

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan følges feil, uønskede hendelser og forbedringsområder opp i psykisk helsevern?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i semistrukturert intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31. august 2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Tilbakemelding fra tilsynsmyndighetene. Læring på tvers og læring helt ut. En studie av hvordan ledere i DPSer følger opp tilbakemeldinger.

Referansenummer

697635

Registrert

18.02.2020 av Margrete Nysterud - margreny@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Helge Skirbekk, helge.skirbekk@medisin.uio.no, tlf: 92800261

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Margrete Nysterud, margrete.nysterud@icloud.com, tlf: 98075439

Prosjektperiode

01.02.2020 - 31.08.2022

Status

21.02.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

21.02.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 21.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2022.

INFORMANTENES TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er ansatte i DPS, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes Helleland
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)