

Implementation of incident reporting systems in Norwegian nursing homes from a management perspective – a pilot study

Heidi Lafton, Master i klinisk helsearbeid, Lisbeth Fagerstrøm, PhD, Professor

IMPLEMENTERING AV SYSTEMER FOR AVVIKSHÅNDTERING I NORSKE SYKEHJEM SETT FRA ET LEDERPERSPEKTIV – EN PILOTSTUDIE.

ABSTRACT

An incident reporting system is important for continual improvement in nursing homes. The purpose of this study is to describe the extent to which Norwegian nursing homes have implemented incident reporting systems from a management perspective. The study is a cross-sectional study with a quantitative and descriptive design, and is conducted by sending questionnaires to a sample of Norwegian municipalities. A total of 30 responded to the survey and all had established an incident reporting system, but the findings indicate that we have failed to integrate the systems in practice. A large drop-off makes the results hard to generalize, and there is a need for further research and monitoring of status.

KEY WORDS: Patient Safety, Risk Management, Adverse Events, Nursing Homes.

Introduksjon

Et system for håndtering av avvik og uønskede hendelser er viktig når man skal arbeide med kvalitetsforbedring i helsetjenesten (1). I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten i Norge stilles det krav til at slike systemer etableres (2). Det er internasjonalt anerkjent at årsaken til feil ofte skyldes systemsvikt og at risikoen for gjentakelser blir mindre dersom man etablerer systemer hvor man identifiserer feil og lærer av dette (3). Kontinuerlig forbedring krever imidlertid kompetanse i form av fagkunnskap og forbedringskunnskap (4).

Kunnskapsgrunnlaget for hva systemer for avvikshåndtering bør innebære er tilstede (5, 7, 8, 9). Mekhjian et al (9) beskriver dette som en prosess som består av rapportering, mottak av rapport, undersøkelse, tiltak og tilbakemeldinger. Ledelsen må være bevisst sin rolle og etablere en kultur hvor avvik oppfattes som systemsvikt og unngår å utpeke syndebukker (5, 7, 8, 10). En fersk undersøkelse i Norge viser at personalet ønsker å rapportere omsorgssvikt ovenfor eldre i sykehjem (11) og at det er behov for å utvikle systemer som ivaretar at slik rapportering blir behandlet på en forsvarlig måte (11).

Helsepersonell har plikt til å melde fra om uforsvarlig praksis. Sett fra et sykepleieperspektiv handler dette om grunnleggende etiske prinsipper om å ikke skade, og pleierens juridiske ansvar for faglig forsvarlige pleie- og omsorgstjenester.

Utfra systematisk søk på Medline og Cinahl med søkeordene Risk Management/Patient Safety, incident report*/patient safety report*/adverse event report*, og Nursing Homes kan det konstateres at det er lite internasjonal forskning om system for avvikshåndtering i sykehjem. Søkene resulterte i henholdsvis 22 og 34 artikler hvorav de fleste omhandlet spesielle avvik som fall og feilmedisinering og kun åtte artikler om systemer for avvikshåndtering.

Interne meldesystemer og rapportering av uønskede hendelser i norske sykehus er nylig kartlagt (6). Et av hovedfunnene var at de fleste sykehus har innført elektroniske meldesystemer, men at det fortsatt er behov for økt kunnskapsnivå om hvordan man skal nyttiggjøre seg dataene for å forbedre praksis. Hjort (5) konstaterer at man i Norge mangler forskning for sykehjem.

Studiens hensikt er derfor å beskrive i hvilket omfang norske sykehjem har implementert systemer for avvikshåndtering sett fra et lederperspektiv.

Metode og etiske overveielser

Studien er en tverrsnittsstudie med et kvantitativt og deskriptivt design (12). Den totale populasjonen var kommunene i Norge (N=430), disse ble gruppert etter folketall i små (n=235), mellomstore (n=146) og store (n=49) kommuner. Det ble foretatt tilfeldig utvalg på 20% med dataanalyseverktøy i Microsoft Excel, utvalget ble da 86 kommuner.

Strukturert spørreskjema ble utviklet ut fra eksisterende kunnskap om emnet og besto av fem ja/nei spørsmål om kommunen hadde et system for avvikshåndtering, papirbasert eller elektronisk system, planer om å innføre elektroniske systemer og årlige rapporter om antall rapporterte avvik. Navn på elektroniske systemer og antall avvik i 2008 ble etterspurt. Respondentene kunne krysse av for om det ble rapportert avvik i kategoriene feilmedisinering, fall, kompetansemangel, ulegitimert tvang, trykksår og klager, fulgt opp av et åpent spørsmål om det ble rapportert andre avvik. Det ble stilt åpne spørsmål om man trodde underrapportering forekom, i så tilfelle hva slags avvik og hvorfor underrapportering forekom. Siste del av spørreskjemaet inneholdt 15 påstander om implementering av system for avvikshåndtering. Respondentene anga grad av enighet i påstandene ved å krysse av på en fem punkts Likert skala om implementering av system for avvikshåndtering (svaralternativene sterkt uenig=1, uenig=2, ubestemt=3, enig=4 og sterkt enig=5; se tabell 2).

Forespørsel om deltakelse ble sendt til leder av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i mai 2009, med anmodning om å videresende spørreskjemaet til en leder med forutsetning for å svare på spørsmålene. Ved svarfristens utløp hadde man 20 svar og etter purring pr. telefon og e-post ble det endelige antallet 30 respondenter, 35% av utvalget.

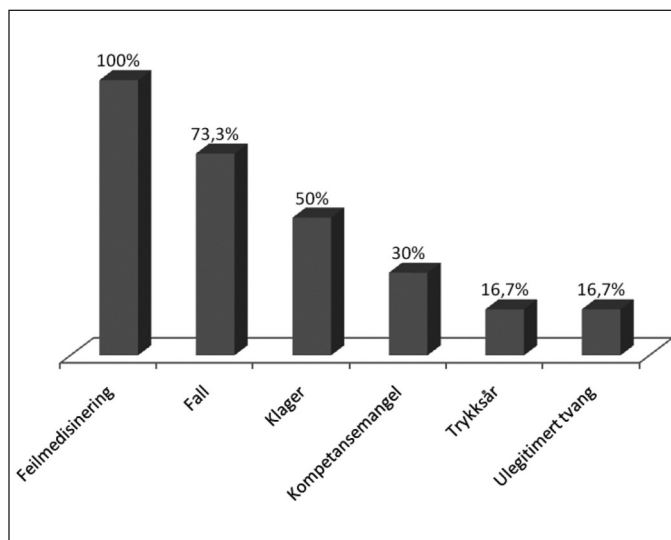
Leder av pleie- og omsorgstjenesten gav skriftlig samtykke til deltakelse i studien. Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) har godkjent studien, og fastslått at studiens behandling av personopplysninger tilfredsstillte kravene i personopplysningsloven samt at studien ikke er meldepliktig til Regional etisk komité.

Dataene ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk i dataanalyseprogrammet Statistical Product and Service Solutions versjon 17 (SPSS). Innholdsanalyse ble utført ved kategorisering av kvalitative data (12).

Resultater

Beskrivelse av eksisterende systemer for avvikhåndtering

Av de 30(100%) respondentene svarte 18(60%) at de hadde papirbasert system og 12(40%) at de hadde elektroniske system. Totalt ni (30%) kommuner hadde planlagt innføring av elektronisk system. Årlige rapporter om antall avvik ble utarbeidet av 16 kommuner (53,3%), ni av disse hadde tall fra 2008.



Figur 1. Rapportering av ulike avvik i 16 kommuner

Foruten kategoriene i figur 1 ble det rapportert avvik på manglende samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten (3), for lite tid til god pleie (2), brudd på kvalitetsforskriften (2), skade på pasienter/nesten skade (2), feilbehandling (1), unaturlig dødsfall (1), smitte (1), feil på medisinsk utstyr (1) og rutine- og prosedyresvikt (1). I tillegg oppgav 12 respondenter avvikskategorier som ikke var relatert til helselovgivningen, som branntilløp og ikke avvirket spisepause.

Underrapportering

Totalt 29 mente at underrapportering forekom. Den største årsaken til underrapportering (16, 53,3%) var mangel på kunnskap om betydning av avviksmeldinger og kunnskap om hva som skal meldes som avvik. En av respondentene sa at underrapportering «kan også skyldes mangel på kunnskap hos alle og liten forståelse for betydning for melding». Manglende tid til å registrere avvik ble oppgitt av 12 (40%) respondenter. Redsel for negative sanksjoner mot kollegaer eller seg selv ble oppgitt som mulig årsak av 6(20%) respondenter, manglende rutiner for registrering av avvik ble nevnt av 4(13,3%). En av respondentene sa at bevisst arbeid hadde gikk gode resultater: «Vi har hatt manglende rutiner. Har nå nye skriftlige rutiner samt fagprogrammet CosDoc. Har hatt fokus på dette samt undervisning». Noen respondenter 3(10%) mente at man tvilte på at rapportering ville føre til noen endring. Andre utsagn var «pleier orker ikke å registrere» og «fordi ledelsen ikke alltid har fokus på avvikhåndtering».

Implementering av systemer for avvikhåndtering

Tabell 2 beskriver i hvilken grad ulike elementer i avvikhåndteringen er implementert i kommunen. Respondentene mente at lederne hadde kunnskap om hva som er avvik (93,4% enig eller sterkt enig/M 4,3). Halvparten var enig i at kontinuerlig forbedringsarbeid er en del av lederopplæringen. Ledelsen på sykehjemmene brukte avvikhåndtering som et verktøy i arbeidet med kontinuerlig forbedring av pleie- og omsorg hos 93,3%. Totalt 70% (M2,87) er uenig i eller ubestemt om muntlige klager fra pasienter tolkes og registreres som avvik. Halvparten av respondenterne er uenige i at det foreligger rutiner for hvordan man skal håndtere saker som er meldepliktige til politi eller tilsynsmyndigheter.

Diskusjon

Alle som svarte oppgav at de hadde system for avvikhåndtering. Man kan stille spørsmål om hvorvidt de som føler at dette mangler har unnlatt å svare. Frafallsanalyse viser at av utvalget så svarte 26% av de små kommunene, 41% av de mellomstore og 60% av de store, dette kan bety at kommunestørrelse har betydning for om man har et system for avvikhåndtering. Det var ledere med spesielt kjennskap til avvikhåndteringen som besvarte spørreskjemaet, de kunne derfor hatt en oppfatning av bedre implementering enn hva som var tilfelle i klinisk praksis. Lav svarprosent (35%) og en sannsynlig skjevfordeling av respondenter svekker undersøkelsens gyldighet og generaliserbarhet. Studien gir allikevel et inntrykk av praksis i Norge, og kan betraktes som en pilotstudie som sier noe om trender. Studiens spørreskjema ble pilottestet på fem personer, hvilket styrker studiens reliabilitet.

Forsøkene på å purre avdekket at organiseringen av pleie- og omsorgstjenester i noen kommuner bidro til et uklart ansvarsforhold for avvikhåndteringen på sykehjemmene, hvilket kan ha betydning for både implementering av systemer for avvikhåndtering og for rapportering. I følge internkontrollforskriften (2) er det virksomhetsleder som har ansvaret. Dersom man hadde valgt alle sykehjem i Norge som populasjon kunne dette ha styrket studiens gyldighet. Det antas imidlertid at større kommuner med flere sykehjem har felles system for avvikhåndtering, derfor ble kommunene valgt som populasjon.

Til tross for kun 30 respondenter så ble det nevnt 10 ulike elektroniske systemer for avvikhåndtering, hvorav ingen av dem brukes i norske sykehus (6). Dette vanskeliggjør sammenligning mellom kommunene, og avdekker et behov for en standardisering av slike systemer.

Muntlige klager fra ansatte og/eller pårørende ble sjelden registrert som avvik (tabell 2) til tross for at 50% oppgir at det rapporteres avvik på dette (figur 1). Det ble også avdekket at 50% manglet rutiner i forhold til meldepliktige hendelser. Underrapportering av meldepliktige hendelser og klager gir svekket pasientsikkerhet i sykehjem og er alvorlig.

Underrapportering er generelt et problem da 29 av 30 respondenter svarte at dette forekom. Totalt 53% av respondentene sa at de trodde at underrapportering av avvik blant annet skyldes mangel på kunnskap. I denne studien var ikke redsel for sanksjoner den største årsaken til underrapportering slik forskning tidligere har vist (8), men studien støtter forskning som viser at rask tilbakemelding og oppfølging er avgjørende for at ansatte skal rapportere avvik (9, 11, 14). En nedtoning av at redsel for sanksjoner er en viktig årsak kan skyldes at ledere og ikke ansatte var respondenter i studien.

Totalt 73,3% var enige i at ansatte vet hva et avvik er, og at 93,4% av lederne har denne kunnskapen. Allikevel ble oppgitt også noen kategorier for avvik som ikke kunne relateres til pasientarbeid. Det er altså behov for en klarere definisjon av hva slags hendelser som skal rapporteres som avvik, dette støttes også av tidligere forskning (10).

Respondentene var enige i at ansatte (73,3%) og ledere (93,4%) hadde kunnskap om hva avvik er, og 73,3% (M 3,8) mente at rutinene for hvordan man skal melde avvik var kjente. Samtidig oppgis mangel på kunnskap som største årsak til underrapportering. Bare 50% (M 3,31) oppgav at lederne fikk opplæring i kontinuerlig forbedringsarbeid, allikevel mente 93,3% at lederne brukte avvikhåndtering som et verktøy i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Studien viser at det var et misforhold mellom hva respondentene mente skulle registreres som avvik og hva som faktisk ble innmeldt, og at dette misforholdet sannsynligvis skyldes generell mangel på kunnskap om avvikhåndtering og mislykket implementering. Selv om system for avvikhåndtering er implementert tar det tid å integrere det blant alle ansatte og ledere (6, 13). God integrering krever fortsatt kontinuerlig opplæring og kunnskapsutvikling i emnet. I videre forskning er det behov for å utvide pilotstudien eksempelvis til å gjelde alle sykehjem i Norge, samt å belyse temaet både fra et lederperspektiv og fra ansattes perspektiv.

Godkjent for publisering 23.05.2011.

Kontaktperson: Heidi Lafton, Ringerike kommune Helse og omsorg, Pb. 123, 3502 Hønefoss. heidi.lafton@ringerike.kommune.no
Lisbeth Fagerstrøm, lisbeth.fagerstrom@hibu.no

Tabell 2: Påstander om implementering av system for avvikhåndtering (N=30)

Påstand	Sterkt uenig n (%)	Uenig n (%)	Ubestemt n (%)	Enig n (%)	Sterkt enig n (%)	Gjennomsnitt (M)	Standard avvik
I vår kommune har vi et system for avvikhåndtering som er implementert blant de ansatte	0(0)	3(10)	3(10)	17(56,7)	7(23,3)	3,93	0,868
Ansatte har kunnskap om hva et avvik er	0(0)	2(6,7)	6(20)	21(70)	1(3,3)	3,70	0,651
Ledere har kunnskap om hva et avvik er	0(0)	0(0)	2(6,7)	17(56,7)	11(36,7)	4,30	0,596
Rutiner for hvordan avvik skal meldes er kjente	0(0)	2(6,7)	6(20)	18(60)	4(13,3)	3,80	0,761
Personalet får kontinuerlig opplæring i rutiner om avvikhåndtering	0(0)	4(13,3)	5(16,7)	16(53,3)	5(16,7)	3,73	0,907
Ansvars- og oppgavefordelingen i avvikhåndteringen er kjent for de ansatte	0(0)	2(6,7)	12(40)	14(46,7)	2(6,7)	3,53	0,730
Rutiner for undersøkelse og vurdering av årsakene til avvikene blir fulgt av lederne	0(0)	0(0)	8(26,7)	16(53,3)	6(20)	3,93	0,691
Tiltak for å forhindre gjentakelser av alvorlige avvik blir iverksatt av den ansvarlige ansatte*	0(0)	0(0)	3(10,3)	21(72,4)	5(17,2)	4,07	0,530
Den som melder avvik får tilbakemelding	0(0)	4(13,3)	6(20)	19(63,3)	1(3,3)	3,57	0,774
Personalet melder fra om nesten-uhell	0(0)	4(13,3)	7(23,3)	19(63,3)	0(0)	3,50	0,731
Muntlige klager fra pasienter tolkes og registreres som avvik	1(3,3)	11(36,7)	9(30)	9(30)	0(0)	2,87	0,900
Muntlige klager fra pårørende tolkes og registreres som avvik	3(10)	9(30)	10(33,3)	8(26,7)	0(0)	2,77	0,971
Rutiner for hvordan man skal håndtere saker som er meldepliktige til politi eller tilsynsmyndigheter foreligger	0(0)	6(20)	9(30)	12(40)	3(10)	3,40	0,932
Ledelsen på sykehjemmet/sykehjemmene bruker avvikhåndtering som et verktøy i arbeidet med kontinuerlig forbedring av pleie- og omsorg	0(0)	2(6,7)	0(0)	22(73,3)	6(20)	4,07	0,691
Kunnskap om kontinuerlig forbedringsarbeid er en del av lederopplæringen ved nyansettelser *	1(3,6)	6(20,7)	7(24,1)	13(44,8)	2(6,9)	3,31	1,004

*N=29

Referanser

- Øgar P, Hovland T. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2004.
- Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, 2002.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To err is Human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.
- Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the Continual Improvement and Health care: Building and Applying Professional and Improvement knowledge to test Changes in daily Work. Journal of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1993; 19(9):424-447.
- Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007.
- Krogstad U, Saunes IS. Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus, Rapport nr 28. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
- Scott-Caviezell J, Vogelsmeier A, McKenney C, Rantz M, Hicks L, Zellmer D. Moving from a Culture of Blame to a Culture of Safety in the Nursing Home Setting. Nursing Forum 2006; 41(3):133-140.
- Wagner LM, Capezuti E, Ouslander JG. Reporting near-miss events in nursing homes. Nursing Outlook 2006;54:85-93.
- Mekhjian HS, Bentley TD, Ahmad A, Marsh G. Development of a Web-based Event Reporting System in an Academic Environment. Journal of the American Medical Informatics Association 2004;11(1):11-18.
- Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1998;5(1):13-21.
- Malmedal W, Hammervold R, Saveman B. To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. Scandinavian Journal of Public Health 2009;37(7): 744-750
- Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Eight Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Provovost P, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F, Fahey M, Steinwachs DM, Engineer L, Sexton JB, Wu AW, Morlock LL. Toward learning from patient safety reporting systems. Journal of critical care 2006;21:305-315.
- Cochrane D, Taylor A, Miller G, Hait V, Matsui I, Bharadwaj M, Devine P. Establishing a Provincial Patient Safety and Learning System: Pilot Project Results and Lessons Learned. Healthcare Quarterly 2009;12:Spécial Issue 2009.