Indholdsfortegnelse

Forord 2

Indledning 3

Summary 4

Problemafgrænsning og problemstilling 5

Problemformulering 12

Design 12

Valg af undersøgelseskommuner 12

Rollefordeling i Hjørring Kommune 13

Rollefordeling i Frederikshavn Kommune 14

Rollefordeling i Brønderslev Kommune 15

Metode 16

Fokuspunkterne i ad hoc-interviewanalysen 18

Teori 19

Street level bureaucracy – Lipsky 19

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) 21

Baggrund 21

Udviklingen af MaPSaF 22

Operationalisering af anvendte terminologi 25

Empiri 26

Ad hoc-interviewanalyse – Empirisk fremstilling 29

Er der stigning i antallet af indberetninger? 29

Implementeringsmæssige udfordringer 31

Frontpersonalets opfattelse af indberetning af UTH 36

Drages der læring af indberetningerne? 42

Det økonomiske aspekt af UTH i den kommunale sektor 49

Patientsikkerhedsniveauet på nuværende tidspunkt 52

Teoretisk perspektivering 54

Konklusion 60

Litteraturliste 62

Bilag 65

Interview af risikomanager Brønderslev Kommune. 65

Interview af risikomanager Rune Gjerløv Winther, Frederikshavn Kommune 72

Interview af risikomanager, Hjørring Kommune 81

Interview med Centerleder, Brønderslev Kommune 90

Interview frontmedarbejder/SOSU-assistent, Hjørring 93

Interview af centerleder Hjørring kommune 97

Organisationsdiasgram fra Brønderslev Kommune 99

Diverse indberetningsark fra Hjørring Kommune 100

# Forord

Dette speciale er udfærdiget af Mikkel Stausholm Nielsen, Politik og Administration under Det Samfundsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet. Jeg vil benytte lejligheden til at takke min specialevejleder, Tina Bømler for støtte, uundværlige inputs og kyndig vejledning i færdiggørelsen af mit speciale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mikkel Stausholm Nielsen – Studienummer 2004-2421



# Indledning

Dette speciale omhandler arbejdet utilsigtede hændelser i kommunalt regi. Det handler især om de personer der arbejder med utilsigtede hændelser i deres hverdag og de udfordringer de har mødt i forbindelse med implementeringen. Implementeringsudfordringerne har været og er til stadighed mangfoldige, og dette speciale tager udgangspunkt i hvordan man ude i de tre undersøgelseskommuner har håndteret implementeringen og hvordan billedet ser ud i dag, og om der overhovedet kommer noget ud af at indberette utilsigtede hændelser.

God læselyst!



# Summary

This thesis deals with the implementation and current status of the extended patient safety scheme provisions on reporting of unintended events in the municipal sector. The study will be centered, around three municipalities in the northern shire of Vendsyssel. These municipalities are respectively Brønderslev, Frederikshavn and Hjørring. The thesis will include the preliminary considerations of the front staff, which is instrumental in the implementation of the learning system and its subsequent success about the reporting of unintended events. Also the challenges they as front-line workers encounter in their daily activities and the learning which is central in creating a functioning system that can be instrumental in increasing the degree of patient safety in municipalities. For the implementation-related success of the unintended events reporting scheme it has been necessary to employ so-called risk managers. Their job is to coordinate efforts and educate front-line workers and the heads of the municipal care units. Risk managers’ everyday experiences are also part of this project.

The goal of reporting unintended events is that the front staff should be able to draw learning from their own and others' mistakes. My thesis will take its natural starting point in the question; do front-line employees learn as an effect of reporting unintended events, or does the reporting scheme merely account for a time-consuming registration measure without real effect?

In my research I found that the front-line staff initially was very skeptical about the reporting scheme. They could not see the point in doing it and they thought it was a waste of time. Over time there was a change however. Front-line workers are now beginning to learn from own mistakes and have also adopted the underlying rationale about the reporting of unintended incidents - that reporting is paramount for the system to be successful and the learning organization can become a reality.

I uncover that there has been a steady increase in reporting during the investigation period and that medication errors account for most of the reports nationwide. Also in the individual municipalities there is an increase in the number of reports and also the three municipalities depicted in my thesis the medication errors are the most frequently reported unintended event. The question of statistics showing the actual number of adverse events will also be asked. There is a risk that front-line workers fail to report serious unintended events in order not to appear as professionally incompetent.

# Problemafgrænsning og problemstilling

Siden 1980’erne har New Public Management (NPM) vundet indpas i den offentlige sektor, en tendens der ligeledes har gjort sig gældende i de fleste velfærdsstater. Grunden til dette skift har primært skyldtes endogent og eksogent pres på den offentlige sektor, som har fordret effektiviseringer i det offentliges virke. Dette pres har blandt andet været forårsaget af ressourceknaphed kombineret med en kontinuerligt voksende offentlig sektor med stigende omkostninger. Derfor har der i de fleste velfærdstatsregimer været et behov for at rationalisere og effektivisere på mange områder i den offentlige sektor. NPM er ikke et fast defineret begreb og har med tiden fået mange facetter. Det kan dog opfattes som fællesbetegnelsen for nogle styringsmekanismer, der inkorporerer markedsdynamikker i styringen af den offentlige sektor. Disse styringsmekanismer kan kategoriseres som to typer:

Den første type styringsmekanisme kan ses som ”bløde” reformer af den offentlige sektor. Denne er kendetegnet ved at den *justerer* den klassiske hierarkiske organisationsmodel. Dette gøres eksempelvis ved decentralisering, intern kontraktstyring og kontrol – og målstyring efter fastsatte standarder.

Den anden type er den ”hårde” reform. Denne type reform *bryder* med hierarkiet ved at udlicitere eller privatisere opgaver, der historisk set har været varetaget af det offentlige aktører (Bertelsen, 2004:46). Det er de ”bløde” reformer, der udgør en del af denne undersøgelses problemfelt.

Et karakteristikum ved indførelsen af NPM’s ”bløde” reformer indenfor offentlig ledelse har været at emulere den private sektors styrings – og ledelsesværktøjer for at kunne effektivisere og rationalisere den offentlige sektor. Et af de mest anvendte redskaber i rationaliseringen af den offentlige sektor har været standardisering af processer. Standardiseringen har muliggjort en større grad af evaluering af serviceniveauet i den offentlige sektor. Især i de senere år har en gradvis stigning i antallet af retningslinjer, ændrede organisatoriske strukturer og nye samarbejdsmønstre i både stat, regioner og kommuner dannet basis for stigende krav om strukturomlægninger og effektiviseringer. Samtidig er der sket en delvis centralisering af frontpersonalets beslutningskompetencer, da man opstiller en række krav og standardløsninger, der, alt andet lige, ændrer måden hvorpå frontmedarbejderen udfører sit arbejde.

Evalueringer kan indgå som et værktøj i policydannelsesprocessen for at danne ræsonnementer for effektiviseringer eller lovændringer. Samtidig kan evalueringer ligeledes anvendes som et værktøj til at få et billede af et givent offentligt organs niveau, når det eksempelvis gælder service, patientsikkerhed, om man overholder bestemte mål eller at vurdere eksistensberettigelsen af et bestemt organ. Kort sagt kan evalueringer anvendes mangfoldigt, enten som politisk redskab for at underbygge bestemte beslutninger på policydannelsesniveau eller som et ledelsesredskab i den offentlige sektor (Vedung, 1997: 107)

I den samfundsvidenskabelige litteratur bydes der på flere opfattelser af, hvilke rationaler der er de mest fremherskende, når man taler om iværksættelse af evalueringer i den offentlige sektor. Hvor Vedung (1997:101) opfatter *accountability[[1]](#footnote-1), generel forbedring og forbedring af almen viden* som værende de vigtigste årsager, har Hudson, Mayne og Thomlinson fire kriterier, der er mere specificerede i deres formulering, nemlig at; *øge viden, forbedre projektudførelse, genoverveje projektets mål og at skabe basis for accountability*. Der kan argumenteres for sammenfald i Vedungs og sidstnævntes kriterier for anvendelsen af evalueringer i den offentlige sektor, da substansen af disse rationaler stort set er den samme, omend Vedung formulerer sig mere generelt.

Vedungs tre rationaler for evaluering er som følger; accountability, generel forbedring af et givent program og slutteligt forbedring af almen viden. På policyfastsættelsesniveau gælder det, at politikerne fastsætter love og direktiver, der eksempelvis skal sikre borgerne adgang til offentlige ydelser og instanser af divergerende art. Dette gør sig gældende i alle højt udviklede demokratiske systemer. At politikerne skal tage beslutninger på mange områder af divergerende art betyder således også, at de selvsagt ikke har den nødvendige ekspertise til at formulere fuldstændige, altomfattende direktiver og love for, hvordan et givent program skal udføres. Det er her demokratiet og bureaukratiet mødes. Accountability bliver således linket mellem de demokratisk valgte repræsentanter og embedsapparatet (Lipsky, 1980). Da størstedelen af beslutninger i den offentlige sektor relaterer sig til enkelttilfælde og unikke situationer i forbindelse med kontakt til borgeren, er det nødvendigt at uddelegere beslutningskompetencen til en for den lovgivende forsamling, underordnet instans. Denne instans skal så igen delegere beslutningskompetencen videre til underordnede medarbejdere. For at kunne varetage borgernes behov er det nødvendigt at få fagfolk til at håndtere de forskellige områder, med situationsbestemt adfærd. Forskellige professioner tager således en signifikant del af de beslutninger, der bliver foretaget indenfor den offentlige sektor. Dette giver anledning til at spørge, om disse forskellige professioner udfører deres arbejde korrekt, eller mere præcist: Udfører de deres arbejde i overensstemmelse med den linje, den lovgivende forsamling tilstræber. Denne tanke er således en meget direkte bevæggrund for at indføre standardiserede processer indenfor erhverv, der har direkte kontakt til borgeren. Her tænkes eksempelvis på sygeplejefagligt personale.

I Norge har både kvantitative og kvalitative undersøgelser peget på, at selvom man bestræber sig på at fastholde værdier som ærlighed og integritet, samt empati, grundighed, åbenhed og fordomsfri nysgerrighed, kan det forekomme vanskeligt. Dette er afstedkommet af øget pres for at effektivisere processer og implementere styringsformer kendt fra den private sektor (Solbrekke og Hegge). Frit sygehusvalg er et udtryk for en NPM-inspireret rationalisering indført under devisen, at konkurrence mellem offentlige enheder vil gavne effektiviteten og samtidig vil skabe incitament for det enkelte sygehus at gøre sit yderste for at servicere kunderne (patienterne) samt endvidere at holde omkostningerne lave. I forbindelse med rationaliseringen af det norske sygehusvæsen oplever frontlinjemedarbejdere dog, ifølge den norske undersøgelse, at deres overordnede er mindre lydhøre når bekymringer om tidsøkonomi og ansvarlig omsorg påpeges. Derimod var svaret ofte en anmodning om yderligere effektiviseringer, og samtidig blev man bedt om at se igennem fingre med ’småting’(Solbrekke og Hegge, 2009).

En vigtig præmis for standardiseringen er kundeorienteringen (Furusten 1997: 39). At være kunde indebærer, at man som bruger har mulighed for at vælge mellem flere produkter eller services. Forskere har påvist, at brugere af sociale ydelser, rent teoretisk, ikke kan opfattes som kunder. Valget mellem produkter eller services i teorien er frit, men ofte er der ikke tale om reelle valgmuligheder. Det kan eksempelvis være sindslidende der er indlagt på et psykiatrisk hospital eller arbejdsløse der deltager tvunget aktivering (Krogstrup, 1997:78).

En anden forestilling bag standardiseringen er at det muliggør en afgrænsning af processerne. Derved er det muligt at afgøre ejerskab over disse processer, og det forventes, at disse ejere har kontrol og ansvar for det, der sker (March 1981;1995). Virkeligheden er dog langt mere kompleks, og der kan være talrige faktorer, der påvirker i større eller mindre grad inden - og udenfor den offentlige sektors ressortområde (Krogstrup 2002:124).

Den tredje forestilling er at *organisationer kan styres*. Organisationerne ses som lukkede systemer, og de er udelukkende responsive overfor kunderne og ikke overfor omverdenen. Samtidig opfattes de som maskiner indeholdende komponenter (medarbejdere), der uden konsekvenser kan udskiftes med andre. Derfor bliver det ledelsens opgave at styre mennesker og teknik på en måde, der sikrer at mål og krav bliver opfyldt (Krogstrup 2002:124; Morgan 1988;1993). I praksis ser tingene dog anderledes ud: Organisationer indenfor sygehussektoren, kan nævnes som eksempler på, hvordan omverdenen også er med til at forme organisationer. Hospitalsvæsenet bliver uundgåeligt påvirket af omverdenen - eksempelvis af en kritisk presse. Ligesom kunderne, har frontmedarbejderne krav, der modsvarer kundernes. Disse krav omfatter oftest at overholde budgetter, at udføre koordinerede opgaver, samt myndighedsudøvende funktioner (Lipsky, 1981).

Vigtigst for min undersøgelse er dog den fjerde præmis. Her er det givet, at man kan opstille målbare mål, og samtidig at det er muligt at kontrollere, om målene bliver opfyldt. Et sådan princip beror på antagelsen om at kunne identificere og klart definere kundernes behov og videre tilbyde en service, der opfylder førnævnte behov. Dette one size fits all rationale med dets rigide mål – og resultatorienterede karakter bliver dog kritiseret for ikke at være praktisk anvendeligt, da det ikke er muligt at finde en kausalsammenhæng mellem indsats og realiseringen af behov. Samtidig kritiseres denne standardisering for at i værste fald at være non responsiv overfor kunderne, da ikke to ældre eller sindslidende er helt ens (Rothstein 1994:109). Kritikere mener, at frontmedarbejderne mister deres faglige umiddelbarhed ved ekstensiv standardisering af procedurer. Den faglige umiddelbarhed, mener kritikerne, er essentiel når der arbejdes med mennesker. Man mener med andre ord, at man ofrer den overensstemmelse mellem problem og indsats i tilgangen til det enkelte menneske til fordel for standardiserede processer (Krogstrup 2002:125). Frontmedarbejderne mister derved en vis autonomi i deres daglige virke. Hvis forvaltningen agerer ens i to forskellige tilfælde, hvilket er latent i ethvert standardiseringsrationale, så er der risiko for, at man handler forkert i det ene tilfælde. Hermed kan det udledes, at det er opgavens karakter, der skal være afgørende for om det er logisk at standardisere en løsning.

Folketinget vedtog den 17. marts 2009 loven om en udvidet patientsikkerhedsordning der trådte i kraft 1. September 2010 (L82, lov nr. 288 af 15. april 2009). Denne lov foreskriver, at rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser udvides til udover sygehusene også at gælde for den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekssektoren, de sociale institutioner og den præhospitale indsats.

Sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed betyder på denne vis, at sundhedspersoner er forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser. Yderligere er regionerne, kommunerne og Sundhedsstyrelsen forpligtet til at handle på de indkommende rapporteringer. Lovgivningen betyder, at alle utilsigtede hændelser skal rapporteres, både de hændelser, man som sundhedsperson selv er impliceret i, og ligeledes hændelser man observerer hos andre, eller som frontmedarbejderen efterfølgende bliver opmærksom på i forbindelse med sit arbejde.

Rapporteringspligten gælder også uanset, hvor hændelsen forekommer, og det er uden betydning for rapporteringspligten, om en utilsigtet hændelse forekommer på et kommunalt plejecenter, i et socialt botilbud, på et misbrugscenter eller i borgerens eget hjem. Det er også uden betydning, om hændelsen forekommer i en privat institution, som kommunen har indgået aftale med, eller i en kommunal enhed. (KL, 2. Marts 2010)

Derudover udvides rapporteringsadgangen den 1. september 2011. Dette sker for patienter og pårørende både i den primære og den sekundære sundhedssektor (KL, 5. juli 2010).

Målet med indførelsen af en standardisering, hvor man søger at definere en standardudførelse af diverse arbejdsgange indenfor den kommunale sundhedssektor, er, at sundhedsvæsnet og dets medarbejdere igennem transparens får mulighed for at lære af utilsigtede hændelser uden risiko for sanktion som følge af en rapporteret hændelse. Der er fortsat lagt op til en klar adskillelse fra de sanktionerende systemer (Patientklagenævn og Sundhedsstyrelsens tilsynssystem). Selvom frontmedarbejderne er forpligtet til at indrapportere de utilsigtede hændelser, de overværer, og at de ikke umiddelbart risikerer sanktioner, betyder dog ikke at loven fratager det sundhedsfaglige personale det faglige ansvar, de til enhver tid har i henhold til anden gældende lovgivning herunder blandt andet autorisationslovene.

Det ideelle rapporterende, oplysende og lærende system (Se teoriafsnit omkring MaPSF), som er et bærende princip i patientsikkerhedsordningen, bygger på forståelsen af, at fejl ikke kan undgås og at det er menneskeligt at fejle. Med intervention imod de utilsigtede hændelser kan man således forebygge fejl. Det vil gøre det lettere for den enkelte frontmedarbejder at forholde sig til procedurer, som eksempelvis er bygget op omkring kollegers erfaringer og udstukket som retningslinjer og nye procedurer i kraft af registrering af tidligere fejl. Den umodne sikkerhedskultur ser fejl og utilsigtede hændelser som et udtryk for den enkeltes udygtighed, glemsomhed, uopmærksomhed, ligegyldighed og skødesløshed. Den veludviklede sikkerhedskultur anerkender, at de ansatte ikke er ufejlbarlige og at man kan lære af sine fejl, bør identificere og handle på specifikke problemer og risici, samt tænke patientsikkerhed ind i alle beslutninger, hvorfor patientsikkerhedsordningen fokuserer på erfaringsopsamling fra fortroligt rapporterede hændelser. En vis tryghed ved systemet er en forudsætning, hvilket kan kultiveres ved løbende at informere og uddanne frontpersonalet. Det er derfor meget vigtigt at indrapportering ikke opleves som en fælde, hvor man kan få ram på den enkelte. (KL, 2. Marts 2010)

Erfaringer fra sygehusene viser, ifølge KL, at det er muligt at opnå meget stor tilslutning fra personalet, når læringen er det centrale, og at folks ønske om anonymitet efterhånden nedtones til fordel for ønsket om personlig feedback på den rapporterede hændelse. Undersøgelser og erfaringerne fra sygehusene viser endvidere, at der findes 3 kardinalpunkter for at dette skal lykkes; meningsfuldhed, ledelse og måling/feedback.

Det skal være meningsfuldt for den enkelte frontmedarbejder at videregive og bidrage til videns- og erfaringsopsamling gennem indrapporteringerne, og samtidig er det vigtigt, at ledelsen skal bakke op om denne udvikling, og der skal være en måling af og/eller feedback på systemet, som kan bruges af både medarbejdere og ledelse. Når disse ting er til stede, har den lærende organisation redskaberne til; systematisk at løse problemer, bruge erfaringer og eksperimentere med nye løsningsmuligheder, lære af best-practice fra andre og sprede viden og erfaring i hele organisationen både effektivt og hurtigt. Derfor vil der i en velfungerende organisation i sundhedsvæsenet altid være tæt sammenhæng mellem patientsikkerhed og kvalitetsudvikling (KL, 2. Marts 2010).

På trods af gode erfaringer med indrapportering af utilsigtede hændelser på hospitalsområdet er der ifølge forskning på området nogle faktorer, der gør at UTH i eksempelvis hjemmeplejen adskiller sig fra de UTH der sker på hospitalsområdet. Bl.a. opererer hjemmeplejen i borgerens hjem, hvilket betyder at der forhandles med borgeren for at udbedre sikkerhedsforanstaltninger. Derudover er der en gråzone mellem, hvad der er borgerens og sundhedspersonalets ansvar. Samtidig arbejder frontpersonalet enten alene eller i små teams. Derfor kan der være ’blinde pletter’ i forhold til patientsikkerheden. Til gengæld kan der tænkes i langsigtede løsninger. Samtidig bliver sektorovergange fremhævet som en kilde til utilsigtede hændelser (DSI, 2010:1). Ydermere kan der være udfordringer i forhold til ejerskab da rapporteringen tager tid fra borgeren, uden at værdien af rapporteringen er synlig. Der påpeges ligeledes at læring vanskeliggøres af at personalet er isoleret i deres arbejde (DSI, 2010:20-23). Der er risiko for, at personalet føler, at de giver tid til ordningen, men har vanskeligt ved at se, hvad de får igen, eller hvad det skal bruges til. Dette resulterer i manglende ejerskab i ordningen et faktum, der alt andet lige, kan forringe rapporteringen og svække de rapporterede datas validitet. En amerikansk undersøgelse viser, at ansatte på amerikanske plejehjem føler, at det fører til straf at rapportere (DSI 2010:22). Ifølge P1 har dette også været tilfældet i Danmark.

**Tabel 1. Økonomi til arbejdet med UTH (KL, 2010)**



Spørgsmålet omkring finansieringen af den nye indberetningspraksis er ligeledes af betydning. Man har i foråret 2010 forhandlet sig frem til et til tilskud på 27,5 mio. Kr. Disse penge er kompensation baseret på, at der i 2010 vil være udgifter til uddannelse af medarbejdere, til udarbejdelse af procedurer for arbejdet med rapporteringer og til at etablere et samarbejde med regionerne. De 10,0 mio. kr. fra 2011 og frem udgør skønnet for de løbende driftsudgifter til arbejdet med utilsigtede hændelser, hvilket inkluderer løbende uddannelse af nye medarbejdere (KL, 5. Juli 2010).

## Problemformulering

De foregående sider bringer mig til kernen i min undersøgelse. På trods af de helt åbenlyse upåagtede og utilsigtede konstitutive virkninger standardisering kan medføre, kunne det så tænkes at standardisering på nogle områder er en god ide, eller måske endda kan biddrage til at øge graden af tilfredshed og sikre meningsfulde arbejdsrutiner, der i sidste ende kommer brugerne til gode indenfor frontmedarbejdernes virke? Min problemformulering lyder derfor således;

*”Har indførelsen af indberetningspligten på UTH-området i den kommunale sektor afstedkommet de ønskede virkninger i form af øget opmærksomhed hos frontpersonalet i.e. lærer frontpersonalet af tidligere fejl eller udgør den nye indberetningspraksis bare endnu en tidskrævende registreringsforanstaltning?”*

# Design

## Valg af undersøgelseskommuner

Min undersøgelse vil være centreret omkring tre vendsysselske kommuners arbejde med UTH-området og de udfordringer der har opstået i løbet af det år ordningen har eksisteret. For at give et bedre billede af hvilke udfordringer man indledningsvist har måttet overkomme vil der blive foretaget et interviews med risikomanagerne på UTH-området i Frederikshavn Kommune, Hjørring Kommune og Brønderslev Kommune. Der vil ligeledes blive foretaget interviews af frontmedarbejdere og/eller de såkaldte *decentrale sagsbehandlere* i de omtalte kommuner, med undtagelse af Frederikshavn Kommune da interviewet måtte aflyses af pga. sygdom hos respondenten.

* Hjørring har et indbyggertal 66.803 pr. 1. Januar 2010 og man forventer et stigende antal indbyggere på over 60 år indtil 2024 (Hjørring Kommune, April 2010).
* Frederikshavn Kommune har et indbyggertal på 61.576 og man forventer et stigende antal indbyggere på over 60 år i de kommende år (Region Nordjylland, 2011)
* Brønderslev Kommune har et indbyggertal på 35.789 pr. 1. jan 2010 og man forventer et stigende antal indbyggere på over 60 år i de kommende år (Region Nordjylland, 2011)

Jeg har valgt at se på tre vendsysselske kommuner, der i to af tilfældene ligner hinanden i størrelse og i den demografiske sammensætning ligner hinanden i alle tilfælde. Derfor kan man med en vis sandsynlighed antage, at de alt andet lige står overfor de samme udfordringer i fremtiden. Da indberetning af UTH er lovpligtig, har alle tre undersøgelseskommuner måttet implementere de nødvendige tiltag der skulle til for at facilitere korrekt og regelmæssig indberetning ved utilsigtede hændelser.

På trods af de ligheder, der er listet ovenfor, er der forskelle i den måde man i hverdagen håndterer utilsigtede hændelser på. Samtidig, og dette er måske mere interessant, er der forskel på, hvor langt man er kommet med implementeringen af den nye indberetningspraksis. I Brønderslev Kommune og i Frederikshavn Kommune er man med egne ord nået ret langt i forhold til andre kommuner. Og i Hjørring er man med den ledende risikomanagers egne ord ikke nået særligt langt med at implementere.

### Rollefordeling i Hjørring Kommune

I Hjørring Kommune har man valgt følgende organisatoriske konstellation for de forskellige aktører:

Rapportørerne er dem, der er ude i marken eller driften, det vil sige frontpersonalet. Disse kan få hjælp af eksempelvis lederen eller arbejdsmiljørepræsentanten på den pågældende arbejdsplads til at rapportere. Men det er frontpersonalet, der kommer med viden om hændelserne og rapporterer til afdelingslederne. Det er derfor udelukkende afdelingslederne der rapporterer i DPSD2.

Initialmodtager i Hjørring Kommune er tovholderen for hele UTH-området. Denne risikomanager/tovholder sidder så at sige, midt i det hele, og har en viden der gør, at vedkommende kan agere filter for de hændelser der bliver rapporteret, og således afgøre hvilke, der skal gå videre til sagsbehandlerne. Der sidder 7 risikomanagere i Hjørring Kommune, som alle har hvert sit område, fordelt på de forskellige forvaltninger, der findes i kommunen.

Sagsbehandlerne er i Hjørring Kommune afdelingslederne. Det er dem der har ansvaret for, at sagerne bliver sagsbehandlet, og at der bliver udarbejdet hændelsesanalyser på de sager, hvor det er relevant. Det er også dem, der har ansvaret for, at der bliver udarbejdet en handlingsplan på de relevante analyser, og at disse handlingsplaner bliver ført ud i livet. Det er afdelingslederne, der har adgang til DPSD2 og derfor også dem, der rapporterer hændelserne i systemet (Risikomanager, Hjørring Kommune, se bilag).

### Rollefordeling i Frederikshavn Kommune

I Frederikshavn Kommune har man valgt følgende organisatoriske konstellation for de forskellige aktører:

Rapportørerne er frontpersonalet. Disse kan få hjælp af eksempelvis leder eller arbejdsmiljørepræsentanten på den pågældende arbejdsplads til at rapportere. Men det er frontpersonalet, der har viden om hændelserne. Til forskel fra Hjørring Kommune er der lagt op til at både afdelingsledere/gruppeledere og frontpersonalet skal rapportere til DPSD2. Det er således ikke udelukkende afdelingsledere/gruppeledere, der rapporterer til DPSD2.

Initialmodtager i Frederikshavn Kommune er risikomanageren for hele UTH-området. Denne risikomanager/tovholder agerer filter for de hændelser, der bliver rapporteret, i afgør hvilke, der er relevante for den intraorganisatoriske læring.

I Frederikshavn opererer man med begrebet *formel Sagsbehandler*. Den formelle sagsbehandler har til opgave at skabe overblik over de forskellige utilsigtede hændelser og samtidig er det vedkommendes opgave at anonymisere indberetningerne og videresende disse til patientombuddet. Den formelle sagsbehandler er i Frederikshavn Kommune også den person, der fungerer som initialmodtager/risikomanager for hele UTH-området.

De *decentrale sagsbehandlerne* er i Frederikshavn Kommune afdelingslederne eller gruppelederne. Disse har ansvaret for, at sagerne bliver sagsbehandlet decentralt, samt for udarbejdelsen af hændelsesanalyser på utilsigtede hændelser. Samtidig har de ansvaret for, at der bliver udarbejdet handlingsplaner på de relevante analyser, og at disse handlingsplaner bliver implementeret (Rune Gjerløv Winther, Risikomanager, Frederikshavn Kommune, se bilag).

### Rollefordeling i Brønderslev Kommune

I Brønderslev Kommune har man valgt følgende organisatoriske konstellation for de forskellige aktører:

Rapportørerne er i Brønderslev frontpersonalet. Disse kan ligesom i de andre kommuner få hjælp af eksempelvis leder eller arbejdsmiljørepræsentanten på den pågældende arbejdsplads til at rapportere. Men det er frontpersonalet, der har viden om hændelserne. Ligesom i Frederikshavn Kommune er der lagt op til at både afdelingsledere/gruppeledere og frontpersonalet skal rapportere til DPSD2.

Opgaven som risikomanager er i Brønderslev Kommune at fungere som initialmodtager. Dvs. at alle de utilsigtede hændelser der bliver indberettet kommer til risikomanageren/initialmodtageren. Her tjekker man op på, at det indberettede kan kategoriseres som en utilsigtet hændelse. Efterfølgende sendes den tilbage til de sagsbehandlere som Brønderslev Kommune har fundet på hvert opholdssted, plejecenter eller botilbud. I Brønderslev er det organiseret sådan sagsbehandlerne er lederne på de forskellige steder. Idet man mener, det er vigtigt, at lederne er inde i tingene og på den måde kan implementere de nødvendige tiltag.

I Brønderslev synes man ikke at operere med udtrykket formel sagsbehandler. Men praksis i Brønderslev og Frederikshavn er næsten identisk.

De *decentrale sagsbehandlerne* er i Brønderslev Kommune afdelingslederne eller gruppelederne. Disse har ansvaret for, at sagerne bliver sagsbehandlet decentralt, samt for udarbejdelsen af hændelsesanalyser på utilsigtede hændelser. Samtidig har de ansvaret for, at der bliver udarbejdet handlingsplaner på de relevante analyser, og at disse handlingsplaner bliver implementeret (Jonna Christiansen, konsulent, Brønderslev Kommune, se bilag)

# Metode

Denne undersøgelse vil være af empirisk karakter og vil tage udgangspunkt i *lov om udvidet patientsikkerhedsordning af 15. april 2009 (L82, lov nr. 288*).

Jeg har valgt at foretage en kvalitativ undersøgelse med interviews som datakilde. Da jeg stod overfor at skulle vælge, hvilken slags interviewform jeg skulle anvende faldt valget på dybdeinterviews. Der findes to forskellige typer af interviews blandt kvalitative analysemetoder, nemlig fokusgruppe - og dybdeinterviews. Fokusgruppeinterviewet ville klart være en mulighed i de tilfælde at tidsressourcer ikke var en udfordring, der skulle tages hensyn til og ligeledes, hvis adgangen til det relevante antal respondenter ville være mulig. Det forholder sig dog sådan at både frontpersonale og risikomanagerne har meget travlt, og det ville derfor være usandsynligt, at det skulle lykkes at samle to fokusgrupper, bestående af hhv. Risikomanagere og frontpersonale. Derfor har jeg fravalgt denne tilgang.

Jeg vil anvende det semistrukturerede interview (Kvale 1996: 5). Denne interviewform beskrives som

*"an interview whose purpose is to obtain descriptions of the life world of the interviewee with respect to interpreting the meaning of the described phenomena."*

Man søger således ikke ‘*konklusionen’* ud fra dybdeinterviewet, men i stedet respondentens fortolkning, og man får således en bedre forståelse af praksis, som så kan bidrage til videre undersøgelser. Samtidig har intervieweren mulighed for at følge op på respondentens svar med opfølgende spørgsmål. På den måde er det semistrukturerede interview ikke bundet til en rigid interviewguide. I stedet kan intervieweren anvende nogle mere brede og åbne spørgsmål, der giver anledning til fortolkning fra både respondent og interviewer. Kvale (1996) mener validiteten af et interview som et spørgsmål om godt håndværk – altså om interviewerne har den nødvendige viden omkring det faglige område interviewet handler om. Anden litteratur påpeger at en interviewstruktur med flere respondenter hvor de samlede oplevelser kan sammenlignes øger validiteten i de indsamlede data (Seidman, 1998:17). Dette argument er dog kombineret med det faktum at man anbefaler at afholde 3 interviews for at være sikker på at de svar der gives repræsenterer respondentens egentlig oplevelser/mening/holdning. I min undersøgelse har jeg foretaget 1 interview med hver respondent, det gør givetvis at validitet og reliabilitet forringes. De anvendte interviewspørgsmål er dog baseret på teoretiske og empiriske overvejelser hvorfor min undersøgelse er bygget på en solid baggrundsviden omkring de centrale problemstillinger på UTH-området. Det bevirker at validiteten, alt andet lige, øges. Min undersøgelse har en lav grad af generaliserbarhed da den interviewmæssigt udelukkende tager udgangspunkt i de tre udvalgte undersøgelseskommuner. Jeg gør mig derfor ingen forestillinger om at min undersøgelse kan bruges til at tegne et fyldestgørende billede på landsplan. Undersøgelsen vil derfor udelukkende tegne et øjebliksbillede af arbejdet med UTH i Brønderslev Kommune, Frederikshavn Kommune og Hjørring Kommune.

Jeg vil anvende en af de mest almindelige interviewanalyser, ad hoc-analysen hvor man anvender forskellige metoder og teknikker til skabelse af mening. Der findes ved denne tilgang ingen standardmetode til at analysere det indsamlede interviewmateriale. I stedet er der tale om et frit samspil mellem forskellige teknikker. Dette giver mig mulighed for at få et helhedsindtryk af det indsamlede materiale, hvorefter jeg kan gå tilbage til særlige passager, foretage kvantificering ved at tælle udsagn, der kan tyde på forskellige holdninger til et fænomen, fremsætte dybere fortolkning af specifikke udsagn, forme dele af interviewet som en fortælling omkring faktiske forhold osv (Kvale, 1994:201). Med ad hoc-analysen er det eksempelvis muligt at lægge mærke til mønstre, temaer, at se plausabilitet og klyngedannelser, altså at se, hvad der hører sammen med hvad (Miles & Huberman, 1994).

For at gøre det muligt for læseren af min undersøgelse at afgøre om hvorvidt mine fortolkninger er plausible, vil jeg i analyseafsnittet fremlægge de interviewpassager, jeg analyserer. Samtidig vil alt interviewmateriale fremgå i form af bilag. Ydermere kan optagelser af høj lydkvalitet af samtlige interviews fremlægges, såfremt dette skulle blive nødvendigt.

Kvalitative data i form af kvartalsoversigter for antal af indberettede UTH i 2011, vil også være en del af denne undersøgelses empiriske basis - disse data, som vil blive anvendt til at bedømme, hvorvidt indberetningssystemet bliver brugt og i hvilken grad. Det er lovpligtigt at indberette utilsigtede hændelser, så derfor er det ikke kun antallet af indberetninger, der er vigtige, men også kvaliteten heraf, og om der drages læring af de indberettede hændelser. Til at besvare dette, vil der blive inddraget DPSD’s nyhedsbreve samt andre artikler, der kaster lys over praksis. Jeg har valgt ikke at medtage tallene for 4. kvartal 2010, da man i denne periode var i gang med at implementere indberetningspraksis i kommunalt regi, og indberetningstallene derfor ikke er repræsentative.

Min undersøgelse vil være stærkt præget af at det empiriske grundlag stammer fra interviews. Dette felt er så nyt at det akademiske materiale omkring dette emne, mildest talt ikke er omfattende. Samtidig vil det empiriske grundlag være omdrejningspunktet i denne undersøgelse, da målet er at tilbyde et billede af risikomanagernes og frontmedarbejdernes arbejde og erfaringer med UTH i kommunalt regi. Det teoretiske grundlag er valgt ud fra de fund jeg gør i den empriske del af undersøgelsen. Jeg vil derfor inddrage teori i analysen de steder hvor det giver mening at berige de empiriske data med teoretiske forklaringer.

Teorien Manchester Patient Safety Framework skal være behjælpelig med at afklare på hvilket niveau patientsikkerheden befinder sig på. Derudover vil vil jeg inddrage en anden teori, Street level Bureaucracy, der kan klargøre de bagvedliggende årsager for frontpersonalets ageren. Denne teori vil også kunne bruges til at forklare implementeringen og dennes faldgruber. Der vil være en stor del af det indsamlede datamateriale der ikke vil blive beriget og analyseret ud fra en teoretisk ramme. Dette sker som følge af karakteren af disse data. Alle data vil dog blive analyseret på lige fod og en del af det kvalitative datamateriale vil blive suppleret af kvantitative data.

## Fokuspunkterne i ad hoc-interviewanalysen

Nedenfor ses de punkter jeg har lagt fokus på i interviewanalysen, samt den teoretiske perspektivering:

* Er der stigning i antallet af indberetninger?

Dette punkt er valgt ud fra en overordnet betragtning om at der på landsplan kan spores en støt stigning i antallet af indberetninger. For at få et indblik i hvor langt den enkelte undersøgelseskommune er nået i implementeringsindsatsen.

* Implementeringsmæssige udfordringer

Dette punkt er valgt for at give et billede af de mangfoldige udfordringer forbundet med implementeringen af indberetningspraksis, både på risikomanagerniveau og hos frontmedarbejderne.

* Frontpersonalets opfattelse af indberetning af UTH

Dette punkt er valgt da frontpersonalet udgør en meget vigtig, hvis ikke den vigtigste del af arbejdet med UTH. Derfor har det været vigtigt at få inddraget frontpersonalets personlige oplevelser med indberetningspraksis.

* Drages der læring af indberetningerne?

Dette punkt er valgt på baggrund af problemformuleringen og er derfor helt centralt i udfærdigelsen af denne undersøgelse.

* Det økonomiske aspekt af UTH i den kommunale sektor

Dette punkt er valgt ud fra betragtningen at der på landsplan har været massivt pres på kommunernes økonomi. Det var derfor vigtigt at undersøge om DUT-midlerne var tilstrækkelige eller om indsatsen blevet forringet som følge af manglende ressourcer.

* Patientsikkerhedsniveauet på nuværende tidspunkt

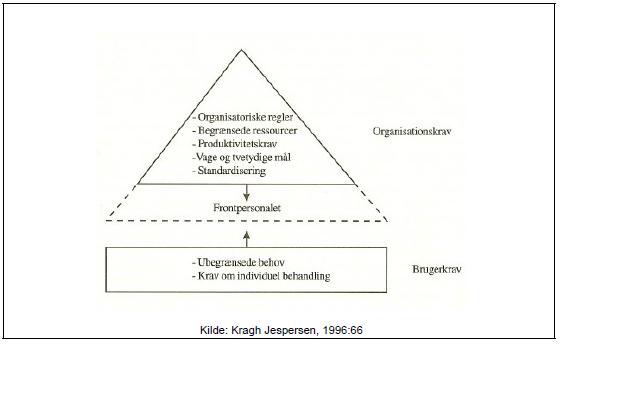
Dette punt er valgt for at give et øjebliksbillede af hvilket niveau af patientsikkerhed man opererer med på nuværende tidspunkt. På den måde er det muligt at påvise om man har øget patientsikkerheden ved at lave intervention overfor de utilsigtede hændelser.

# Teori

## Street level bureaucracy – Lipsky

Lipskys teori omkring street-level bureaucracy, eller frontmedarbejdere, beror på hans betragtning omkring ressourceknaphed. Denne ressourceknaphed bevirker således, at frontmedarbejderne er nødsaget til at foretage prioriteringer ud fra professionelle vurderinger. Udfordringen i frontmedarbejderens virke i forhold til implementeringen og udførelsen af nye strategier, er at frontmedarbejderen skal agere ud fra modsatrettede behov. På den ene side er organisationens krav som medarbejderen skal leve op til, og på den anden er brugerens behov og krav.

**Figur 1: Modsætninger i frontpersonalets arbejdssituation (Lipsky, 1980)**



Ovenstående figur illustrerer de modsatrettede behov en frontmedarbejder skal forholde sig til. På den måde fungerer en frontmedarbejder som bindeled mellem organisationskrav og brugerkrav. Det bliver derfor frontmedarbejderens arbejdsopgave at få de divergerende krav til at konvergere eller i det mindste finde en løsning, der kan tilfredsstille begge parter.

I undersøgelsen, der blev foretaget blandt grupper som politi, lærere og sagsbehandlere, fandt Lipsky at frontmedarbejderne udviklede såkaldte mestringsstrategier. Disse mestringsstrategier skulle fungere som et værktøj i bestræbelserne på at løse opgaven på bedste vis. Der er dog 3 faktorer, der gør sig gældende i udviklingen af førnævnte mestringsstrategier.

(1)Organisationskravene i forhold til den overordnede strategi er en faktor af stor betydning. Alt afhængigt af hvordan det institutionelle, organisatoriske og politiske setup omkring mål og krav og mellemliggende kontrol og styringsforanstaltninger tager sig ud, kan en mestringsstrategi udformes.

Udover organisationskravene findes ligeledes (2)kravene fra brugerne. Disse er traditionelt mangfoldige og vidt divergerende. Derfor byder brugerkrav på endnu en indskrænkning i frontmedarbejdernes forsøg på at formulere en universal mestringsstrategi.

Slutteligt er (3)frontmedarbejderens mulighed for at træffe valg i sagsbehandlingen en faktor, der også har indflydelse på udviklingen af mestringsstrategier. Logisk nok bliver dette råderum indskrænket af netop de ovenfor beskrevne organisations - og brugerkrav, men samtidig kan der forefindes andre faktorer, der ligeledes kan påvirke udviklingen af mestringsstrategier, her kan professionel protektionisme nævnes som et eksempel (Lipsky, 1980). [[2]](#footnote-2)

## Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

### Baggrund

På tværs af en række forskellige højrisiko områder, hvor mennesker er involveret, er sikkerhedsaspektet ofte defineret ud fra, at man faciliterer identifikation og kontrol af de risici, der kan forekomme i givne situationer. Der findes mange eksempler på forskellige højrisikobrancher, der benytter risikoidentifikation – og kontrol. Industriel sikkerhed er blevet praktiseret igennem mange år, for at formindske arbejdsulykker. Her er der bred enighed om, at den eneste vej mod et sikkert arbejdsmiljø er ved at sikkerheds – og risikostyre plads, proces og mennesker. Det bevirker, at man opstiller en række regler og procesbetingelser for de arbejdende, for på den måde at formindske risikoen for arbejdsrelaterede ulykker. I risikostyringen af arbejdspladsen implementerer man eksempelvis tekniske sikkerhedsløsninger på maskinerne, man dikterer brug af hjelme på pladsen, nødstop-knapper osv. . Risikostyringen af processen fordrer specifikation af *best practice,* som beror på uddannelse af arbejdsstyrken for derigennem at sikre en effektiv implementering af sikkerhedsprocedurer. Styringen af mennesker beror på at opdyrke en organisatorisk kultur, der leder til en adfærd, der fremmer et sikkert arbejdsmiljø.

En anden forklarende tilgang kan være eksemplet med trafiksikkerhed. Her tales der om *’the three E’s’ – engineering, enforcement og education’.* Man designer (engineering) primært både miljø(veje) og maskiner(biler) til at reducere sandsynligheden for ulykker, og sekundært designer man anordninger, der minimerer skaderne, hvis uheldet er ude. På andet niveau håndhæver (enforcement) man de love og regler, der gælder når man begiver sig ud i trafikken. Dette gøres eksempelvis ved at opstille fartfælder, politiets patruljering på veje og tilstedeværelsen af sanktioner ved manglende overholdelse af de gældende love og regler. Den tredje dimension er uddannelse(education) som inkluderer uddannelsen af nye bilister samt udstedelsen af kørekort under opsyn af de motorsagkyndige, samt gennemførelsen af mediekampagner, der skal højne opmærksomheden omkring dét at køre sikkert og overholde færdselsreglerne.

Ovenstående kan være en god måde at kontemplere risikostyring i sundhedssektoren på. Her kan designet af et nyt elektronisk patientregister eksempelvis være en måde at formindske risikoen for fejl på arbejdspladsen. I relation til at styre processen bevæger man sig mod at standardisere arbejdsgange mod førnævnte *best practice.* Dette bliver oftest gjort igennem organisationer som National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) og National Patient Safety Agency (NPSA). Begge organisationer søger at definere og opfordre sundhedsorganisationer til at følge best practice-anbefalinger i form af retningslinjer og protokoller. Regelmæssig inspektion og revision er ligeledes en faktor der sikrer at de risikostyringsprocesser de forskellige organisationer har implementeret fungerer korrekt. Således er håndhævelsen(enforcement) af regler og retningslinjer i sundhedssektoren også på plads og på samme tid er de tekniske/designmæssige foranstaltninger ligeledes implementeret. I resten af dette afsnit vil jeg derfor koncentrere mig om at beskrive den tredje dimension, nemlig risikostyringen af den menneskelige adfærd i sundhedssektoren.

Da konceptet sikkerhedskultur er en reference til de samlede holdninger, overbevisninger, værdier og antagelser der er underliggende for hvordan folk opfatter og agerer overfor sikkerhedsspørgsmål i deres organization (Leape & Berwick 2000; Vincent *et al.* 2000) vil en ændring i opfattelse og uddannelse af sundhedspersonerne i sundhedssektoren være essentiel. Samtidig vil det i konteksten af denne opgave være at beskrive hvorledes man udvikler og implementerer en moden sikkerhedskultur.

### Udviklingen af MaPSaF

Manchester Patient Safety Framework er et værktøj, der er udviklet specielt til at assistere organisationer i deres færd mod at forstå og forbedre deres sikkerhedskultur. Den første udgave af MaPSaF blev udviklet på University of Manchester til brug i primær sektor organisationer. I begyndelsen blev 9 dimensioner af patientsikkerheds identificeret ud fra en gennemgang af forskellig faglitteratur, og disse blev siden godkendt af opinonsledere fra flere forskellige organisationer i den primære sektor. Dernæst blev der foretaget 30 interviews med en række forskellige medarbejdere i den primære sektor, inklusiv topledere, praksisledere og praktiserende læger. Det datasæt, der kom ud af disse interviews, blev brugt til at udvikle en beskrivelse af organisationerne i den primære sektor i forhold til hver af de ni dimensioner af patientsikkerhed, og samtidig blev der forfattet en beskrivelse af i alt fem niveauer af sikkerhedskultur. Der blev herefter, igennem yderligere interviews med enkeltpersoner og fokusgrupper, konkluderet, at MaPSaF besad en høj grad validitet og nyttighed (Parker, 2009:219). NPSA involverede sig og kom med forslag, der kunne medvirke til at modellen kunne bruges andre steder end i primærsektoren det være sig på akutområdet, mentalområdet og det ambulante område m.fl. (Ashcroft *et al.* 2005, Kirk *et al.* 2007, Parker *et al. 2008*).

Hovedpointen ved MaPSaF, nemlig at en given sundhedsorganisation ikke enten *har* eller *ikke har* en sikkerhedskultur. I stedet udvikler man en sikkerhedskultur over tid, hvor man passerer gennem divergerende stadier af udvikling. Slutteligt er sikkerhedskulturen ikke en håndgribelig og adskilt del af organisationen, men snarere en allestedsnærværende del af alle sikkerhedsrelaterede facetter af organisationen. Derfor er det vigtigt at have et nyttigt værktøj til at bestemme en given organisations sikkerhedskultur som kan medregne multiple aspekter, eller dimensioner om man vil, af sikkerhedskulturen separat, og som samtidig ikke kun tilbyder en samlet ’score’, der alt andet lige kunne skjule et komplekst billede af relative styrker og svagheder i en given organisations sikkerhedskultur. Med andre ord er der for at kunne udvikle en forståelse af sikkerhedskulturens subtile og komplekse natur i sundhedsorganisationerne, brug for et multidimensionalt værktøj (Hale, 2000). MaPSaF tager både højde for den multidimensionale karakter og organisationens sikkerhedskulturmæssige udviklingstrin. Ydermere er MaPSaF teoretisk underbygget, da den er baseret på Westrums (1993, 2004) model for organisatorisk forandring. Dette er en model, der eksempelvis er blevet flittigt benyttet i olie - og gasindustrien som et værktøj til at forstå egen sikkerhedskultur[[3]](#footnote-3).

Westrums model viser at organisatoriske kulturer kan bedømmes ud fra måden, hvorpå man håndterer information. Han identificerede og beskrev tre forskellige organisationskulturer, som han benævnte *patologisk, bureaukratisk og generativ.* Parker og Hudsons empiriske studie udvidede dette teoretiske rammeværk til at indeholde fem niveauer og brugte det specifikt til at beskrive og analysere organisationers sikkerhedskultur (Parker & Hudson, 2001).

**Tabel 2. Organisationsmæssig sikkerhedskultur (Parker & Hudson)**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisationens sikkerhedskulturmæssige niveau | Karakterisering |
| Niveau 1: Patologisk | Hvorfor spilder vi tiden på risikostyring og sikkerhedsspørgsmål? |
| Niveau 2: Reaktiv | Vi tager risikoen seriøst og gør noget hver gang der sker en hændelse |
| Niveau 3: Kalkulativ | Vi har systemer på plads der kan håndtere enhver form for risici. |
| Niveau 4: Proaktiv | Vi er altid på vagt og prøver at forudse de risici der end kunne være. |
| Niveau 5: Generativ | Risikostyring er en integreret del af alt vi foretager os. |

Tabel 2 karakteriserer hvert enkelt udviklingsstadie af en given organisations sikkerhedskultur. Man har skræddersyet MaPSaF til at passe til de rammer, den skal bruges, og derfor findes der eksempelvis forskellige versioner af MaPSaF. Der findes få afvigelser mellem forskellige versioner af MaPSaF, men essensen er stort set den samme (Parker & Hudson, 2009: 220).

# Operationalisering af anvendte terminologi

I dette afsnit vil jeg operationalisere de centrale begreber, der anvendes i min undersøgelse. Dette gøres for at skabe et bedre billede af hvilke betydninger disse begreber har for min undersøgelse samt klargøre den generelle betydning af disse.

- Frontmedarbejder/frontpersonale vil i min undersøgelse være det sundhedsfaglige/sygeplejefaglige personale der interagerer med patienter og beboere i den kommunale sundhedssektor. Termen er teoretisk funderet (Lipsky 1980), hvilket betyder, at man ikke alene ser på disse personer som agent for den organisation, de arbejder for, men også har egne professionelle og faglige præferencer og standarder. Disse præferencer og standarder indgår derfor, på lige fod med andre hensyn såsom krav om effektivisering, i frontpersonalets dagligdag.

- Det lærende system og/eller organisation er teoretisk underbygget ved MaPSaF. Af teorien fremgår det at, det lærende system er kendetegnet ved transparens i de forskellige instanser i organisationen. Dvs., at man forsøger at finde frem til årsagerne til ulykker eller utilsigtede hændelser, informerer og inddrager det øvrige personale og dernæst forsøger at finde frem til procedurer der kan forhindre at samme fejl bliver lavet igen. Også i arbejdet med UTH i kommunalt regi er målet at analysere utilsigtede hændelser for på den måde at forebygge lignende tilfælde.

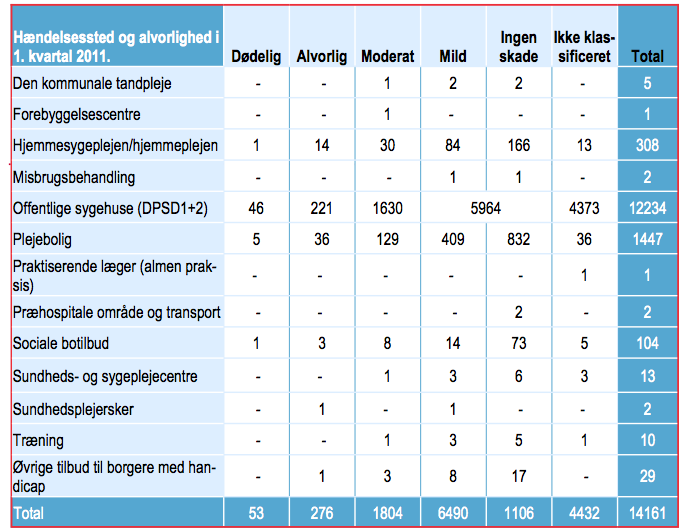
- Patientsikkerhedsordningen. Udvidelsen af patientsikkerhedsordningen trådte i kraft 1. september 2010 og omfatter nu - udover sygehusvæsnet - også praksissektoren, apotekssektoren, det præhospitale område og den kommunale sundhedssektor. Med udvidelsen sikres, at der sker en systematisk læring dels af utilsigtede hændelser, der sker indenfor hver af sundhedsvæsenets sektorer dels af utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorer.

Kredsen af rapporteringspligtige personer er ligeledes blevet udvidet fra kun at omfatte sundhedspersoner til nu at omfatte sundhedspersoner, apotekere, apotekspersonale og ambulancebehandlere.

- Utilsigtet hændelse bliver i patientsikkerhedsordningen defineret som en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder (Sundhedsstyrelsen, 2010). Samme definition bliver brugt i min undersøgelse.

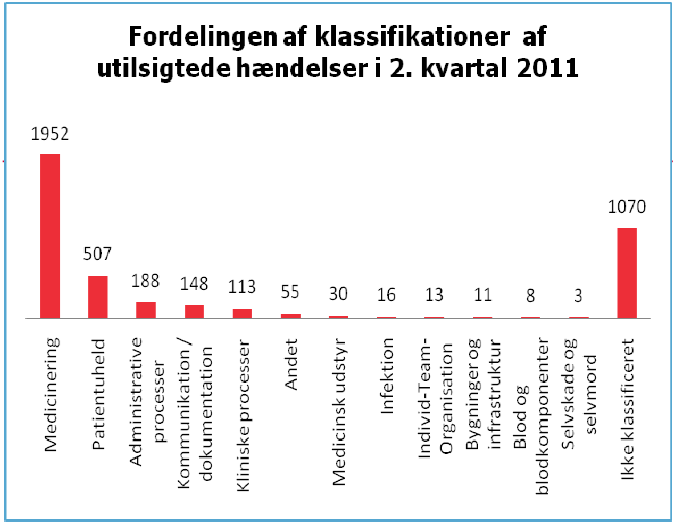
# Empiri

**Figur 3, Patientombuddet, juni 2011**



Ovenstående figur 3 viser hvor der er sket UTH, alvorlighedsgrad og det samlede antal af indberettede utilsigtede hændelser. Som man kan se ud fra figuren har Patientombuddet i første kvartal 2011 modtaget 14.161 utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD, juni 2011) ( http://www.dpsd.dk/upload/dpsd\_1-2011\_001.pdf)

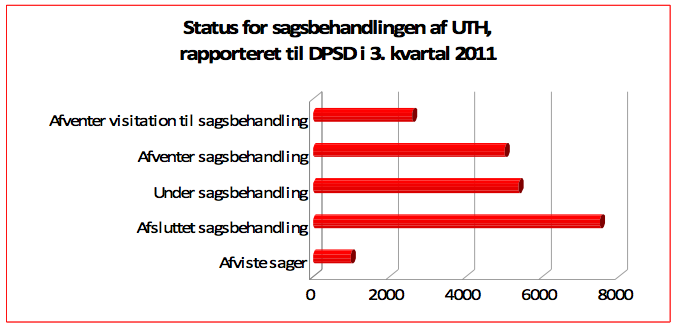
**Figur 4, Patientombuddet, 2. Kvartal 2011**



Grafen herover viser, sagsbehandlernes klassificering af de rapporterede hændelser i det nye rapporteringssystem. En sag kan have flere klassifikationer. Ifølge Patientombuddet er utilsigtede hændelser relateret til medicinering og patientuheld, såsom fald, fortsat de hyppigste utilsigtede hændelser. Dette gælder både i kommuner og regioner.

Patientombuddet har i 2. kvartal modtaget 8.574 sagsbehandlede rapporter i DPSD. Til sammenligning blev der i 1. kvartal rapporteret 14.161 hændelser. Herudover afventer ca. 11.500 sager, på lokal sagsbehandling.

**Status for flowet i sagsbehandlingen 3. kvartal 2011 (Patientombuddet, okt. 2011)**

****

Der blev i 3. kvartal 2011 rapporteret 21.492 utilsigtede hændelser til Dansk Patient- sikkerhedsdatabase. Ud af disse har Patientombuddets Læringsenhed på udgivelsestidspuntet modtaget 7.522 færdigbehandlede sager på trods af en sagsbehandlings- frist på 90 dage. På den måde ser det ud til at man er gode til at få sagerne sagsbehandlet hurtigt.

Når en utilsigtet hændelse er modtaget i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, skal den som det første visiteres til den sagsbehandler, der skal behandle sagen. 2.595 sager venter på at blive visiteret. Når sagen er visiteret, vil den blive sendt videre til sagsbehandleren. 5.007 sager venter på at sagsbehandleren starter sagsbehandlingen.

5.388 sager er under sagsbehandling. Når sagsbehandleren er færdig med sagen, anonymiseres sagen og afsluttes.

De afviste sager omfatter testrapporteringer, rapporter om personaleuheld og rapporter der er blevet afvist af andre årsager.

# Ad hoc-interviewanalyse – Empirisk fremstilling

I dette afsnit vil jeg undersøge de fokuspunkter jeg har valgt at inddrage (Se Metode, s. 18-19). Som tidligere beskrevet har jeg valgt at inddrage disse fokuspunkter da jeg anser dem som værende de mest sigende omkring arbejdet med UTH.

### Er der stigning i antallet af indberetninger?

Siden d. 1 september 2010, hvor indberetning af UTH som følge af den udvidede patientsikkerhedsordning blev gjort lovpligtig har de landsdækkende indberetningstal været svingende. Tabellen nedenfor illustrerer, hvordan tallene ser ud, når de bliver samlet.

**Samlet antal indberetninger af utilsigtede hændelser**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. kvartal 2011 | 2. kvartal 2011 | 3. kvartal 2011 |
| 14.161 | 8.574 | 21.492 |

Man kan se, at der sker et fald i antallet af sagsbehandlede indberetninger fra 1. Kvartal til 2. Kvartal. Denne forskel kan ikke umiddelbart forklares. Jeg kan derfor ikke sige om det skylde forsinkelse i den lokale sagsbehandling, eller om der helt reelt ikke er sket flere utilsigtede hændelser, der er blevet indberettet. I de kommuner jeg har beskæftiget mig med, har der ifølge de interviewede respondenter samlet set været en klart stigende tendens i antallet af indberetninger. Her har man i to ud af tre undersøgelseskommuner et klart indtryk af at der kommer flere indberetninger, som året skrider frem. En respondent udtrykker sig på spørgsmålet, om de har oplevet en stigning i antallet af indberetninger således:

*”Ja det har været stigende hvert kvartal. Der var 1 i 2010, og så var der måske 20 i 1. kvartal 2011, 40 i 2. Kvartal. Ja, det stiger lineært vil jeg tro.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

En anden respondent oplever også, at der er en stigende tendens med indberetninger, men har samtidig gjort sig tanker om, at det vil stagnere.

*”Ja, det er der helt sikkert. Og så tror jeg, det kan komme til at stagnere lidt. Det er det, vi ligesom vil modarbejde nu ved at give lidt til ilden igen, sådan at folk er med igen.(…)”* (Risikomanager, Brønderslev Kommune)

Risikomanageren fra Brønderslev Kommune mener, at der er risiko for at antallet af indberetninger kan stagnere, pga. at nyhedens interessen famler en smule. Her har hun dog en opskrift på, hvilke midler der skal til for at fastholde de gode indberetningstal.

*”(…) Sådan er det, nyhedens interesse, så er man nødt til at holde interessen ved at være opmærksom på det. Og det er der, jeg lige skal ud og snakke med dem om, hvad deres oplevelser er, og hvor er de henne nu, og så give dem noget viden ift., hvor de er nu.”* (Risikomanager, Brønderslev)

Det er dog ikke alle undersøgelseskommunerne, der oplever et stigende antal i indberetninger. I Hjørring Kommune vil risikomanageren ikke tale om en stigning, da der på nuværende tidspunkt kun har været et fåtal indberetninger. På spørgsmålet om de har oplevet en stigning, er svaret således:

*”Nej ikke på nuværende tidspunkt. Og det siger jeg, fordi vi taler om måske to eller tre indberettede hændelser om ugen på nuværende tidspunkt, så vi er stadig så tidligt i forløbet, at jeg ikke kan sige noget om det. Vi er meget opmærksomme, at stigninger i indrapporteringer ikke er en negativ ting, og det har vi også brugt tid på at fortælle vores afdelingsledere, at de ikke skal føle det som et nederlag, hvis der kommer indrapporteringer, da det meget vel kan være et udtryk for, at hele tankegangen omkring patientsikkerhedskulturen, med åbenhed og dialog begynder at nedfælle sig, og at de bedre kan identificere steder, hvor det er muligt at forebygge, når der sker skade.”* (Risikomanager, Hjørring)

I Hjørring Kommune er man således ikke kommet til et punkt, hvor man kan konkludere, om den lovpligtige indberetning fungerer på ordentlig vis. Risikomanageren i Hjørring forklarer, at der har været nogle praktiske årsager, der har gjort, at de ikke er kommet så godt fra start, som de kunne ønske. Der havde blandt andet været nogle personalemæssige udskiftninger ,der har haft indvirkning på, hvor langt de er med arbejdet på nuværende tidspunkt.

Kontinuiteten i arbejdet med UTH synes at være en af de vigtigste faktorer for at få indberetningssystemet til at køre. Implementeringen af indberetningspraksis har i alle tre kommuner budt på udfordringer af nogen grad. Implementeringen af netop indberetningen er ifølge risikomanageren i Frederikshavn en kompleks størrelse, da der er mange hensyn at tage. Og det har ifølge respondenten fra Frederikshavn haft indvirkning på rapporteringsgraden.

*”(…) det tager noget tid at få det implementeret, og nu er vi nået dertil, hvor vi er færdige med implementeringsperioden, og man har fortalt alle, hvordan og hvorfor de skal rapportere, og hvordan man skal analysere en hændelse. I den proces vil det jo selvfølgelig stige jo flere man får det fortalt.”* (Risikomanager, Frederikshavn)

### Implementeringsmæssige udfordringer

Der kan ikke herske tvivl om, at frontpersonalet er en af de vigtigste faktorer i implementeringen af ny praksis, for hvis ikke man har folkene i felten med, så falder hele systemet til jorden. Og det er man på risikomanagerniveau, i alle tre undersøgelseskommuner bevidste om. Men det er også blandt frontmedarbejderne, modstanden mod forandringer oftest er størst. Man har i mange faggrupper fundet sin egen måde at gøre tingene på for at lette hverdagen og samtidig for at indføre nogle rutiner, der fungerer ude i felten. Sådanne uformelt standardiserede procedurer kalder Lipsky for mestringsstrategier. Disse fagspecifikke mestringsstrategier har ofte eksisteret i mange år og er som oftest fremkommet som modsvar på nye udfordringer. Derfor kan det være vanskelligt at få frontpersonalet til at ændre disse strategier. I Frederikshavn Kommune har man på ældreområdet været vant til at registrere i patientens journal, og det var derfor en udfordring at få frontmedarbejderne på ældreområdet til at registrere i DPSD2.

*”Der har været en stor udfordring, i at man i ældreafdelingen også vil registrere det i journalen, så det vil sige at de rent faktisk registrerer to forskellige steder, både i journalen og i DPSD2. Det har jo så været en lang proces at få dem til det og så også at sætte de her to systemer sammen og lave nogle procedurer, de kan gå med til. Det har trukket lidt ud, så derfor var der ikke så mange indberetninger i starten.”* (Risikomanager, Hjørring Kommune)

Også i Hjørring har man oplevet udfordringer i forbindelse med frontpersonalet. Der har været en del skepsis overfor den nye praksis;

*”Altså det er meget det her med; hvad er en utilsigtet hændelse egentlig? Der er meget usikkerhed omkring det, og hvad er min rolle? Her er spørgsmålet så hvem, der skal føre det videre til det elektroniske system. Især det med, hvad en UTH er.”* (Risikomanager, Hjørring)

I Hjørring Kommune adresserer man problemet ved at være kompromissøgende ift. hvad der står i lovgivningen og hvad man kan forvente af frontpersonalet:

*”Vi har prøvet at sige, at man ikke skal hænge sig så meget i hvad der står i lovgivningen, de skal indrapportere det, der giver mening for dem. Jeg ved godt, at der står i lovgivningen at, det skal være i forbindelse med sundhedsfaglig virke, men der er også meget af det vi laver og den her tankegang, der ligger bagved, vi kan bruge i pleje og omsorg. Så vi har ikke skåret det ud i sort og hvidt hvad en UTH er, netop for at imødekomme at det ikke er meningen, at frontpersonalet skal bruge tid på at stå og overveje, om det er en UTH eller ej, så får du dem til at indrapportere alligevel.”* (Risikomanager, Hjørring Kommune)

I Hjørring Kommune har man som ovenstående uddrag viser fokuseret på, at det er initialmodtageren, der skal sortere i indberetningerne for på den måde at lære frontpersonalet, at det er risikofrit at indberette, og at det ikke behøver at tage særligt lang tid.

*(…) det kommer til initialmodtageren, og det er så mig, og jeg agerer jo som et filter for, hvad der er det ene og hvad er det andet og hvor er der behov for at vi går ind og taler noget mere om, hvad en UTH egentlig er. Men altså det er meget usikkerhed om, hvad det egentlig er for en størrelse.”* (Risikomanager, Hjørring)

I Hjørring Kommune har man således valgt at sige, at det vigtigste er at rapportere. På den måde kommer initialmodtagerens rolle i spil, da denne skal sidde og sortere i rapporterne.

I Brønderslev Kommune har man oplevet, at frontmedarbejderne har modtaget den nye praksis med en vis skepsis. Her kan man ane, at man i forvejen mener at have travlt, hvilket givetvis er tilfældet. Derfor opfatter man en ny praksis som en belastning, og samtidig har man svært ved at se pointen i at skulle registrere alt. Især når man allerede registrerer mange ting i patientjournalerne. På spørgsmålet om risikomanageren har mødt modstand hos frontpersonalet, lyder svaret således:

*”Ja, det har jeg. Det her med at det er noget nyt og den lidt opgivende holdning, hvor de tænker: Åh nej, hvad skal vi nu i gang med, og nu skal vi endnu engang have en ny kontrolinstans, og er det nu endnu engang noget, vi skal sidde og dokumentere. Så jo, det har jeg helt givet. Jeg har imødegået modtanden ved hele tiden at prøve at holde fast i, at det her, det er noget, der kan komme til at hjælpe os. Jeg ved godt at der følger et system med, og jeg har også prøvet at forklare formålet med at få det indrapporteret generelt. Altså hvorfor man i det hele taget gerne vil have det samlet. Men der hvor jeg prøver at holde fast, det er hvor jeg siger: Det er altså for, at vi skal til at have det bedre med det arbejde vi laver og et bedre arbejdsmiljø alle sammen, så vi også får det her væk fra vores skuldre. Og at vi kan snakke åbent og ærligt om det. Prøve at holde det på det niveau. Men jeg kan da sagtens mærke, at når folk er pressede i forvejen, så kommer der endnu en ting.”(Risikomanager, Brønderslev)*

En af de vigtigste værktøjer til at få frontmedarbejderne med på vognen er oplysning og information omkring de bagvedliggende rationaler for indførelsen af den nye indberetningspraksis. Men når frontpersonalet i forvejen har travlt, kan det være svært at skulle inkorporere endnu en rutine.

Også i Frederikshavn Kommune har man ifølge risikomanageren, hos frontpersonalet mødt modstand mod den nye indberetningspraksis. Her har man ligeledes prøvet at være imødekommende overfor frontmedarbejdernes praksis, men også ift. de teknologiske udfordringer, der ligger i at indføre et system der kræver adgang til internettet:

*”Den første man møder er at de gider simpelthen ikke at skulle til at bruge et nyt IT-system, og det er selvfølgelig også forståeligt nok. Og det man er vant til fra sådan nogle IT-systemer, er jo at man skal have en masse adgangskoder og Digital Signatur, så det gør det noget nemmere, at det er en åben database, hvor man kun skal have forbindelse til internettet. Der er så også den problematik, at det så ikke er alle medarbejdere, der har adgang til internettet. Der nogen man kalder tykke klienter og nogle der hedder tynde klienter. Og de her tynde klienter, det er hjemmehjælpere og lignende, de har kun adgang til journalen, og derfor kan de ikke gå på internettet, og derfor kan de kun registrere i journalen. Det har vi så besluttet, at det skal de gøre, og så er der en anden der har adgang til internettet, der så skal rapportere til DPSD2.”* (Risikomanager, Frederikshavn)

*”Så er der det med IT, at de er lidt fremmedgjorte overfor det. Og så er det med, at de fleste frontarbejdere har svært ved at forstå det her med, at det er fortroligt system, og at man ikke kan blive sanktioneret ift. det”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

Det er ikke kun i Frederikshavn Kommune, at den teknologiske barriere kommer til udtryk. Også i de to andre undersøgelseskommuner har man måttet finde alternative måder at få registreringen af de utilsigtede hændelser ført ud i livet. I Hjørring har man besluttet at løsningen, der passer bedst er en løsning, hvor der bliver indrapporteret på papir, hvorefter der så er anden, der skriver den ind i systemet.

*”Der er også nogle teknologiske barrierer. Det er ikke alle der har adgang til PC, og de skal kunne indrapportere på papir*.” (Risikomanager, Hjørring Kommune)

I Brønderslev Kommune har man valgt en lignende model:

*”Vi har valgt at personalet på gulvet har udfyldt et ark, og så er det nogle bestemte, der sidder og indrapporterer hvert sted.”*(Risikomanager, Brønderslev)

I Brønderslev forudser man dog problemer med denne praksis. I god tråd med mestringsstrategiens *moral hazard* som Lipsky beskriver, så er der risiko for, at man i frontpersonalet begynder at lave overspringshandlinger, når arbejdet bliver overvældende:

*”Hvis man har en travl hverdag, og man skal udfylde fire ark, så kunne man måske godt tænke, åh pyt.”* (Risikomanager, Brønderslev Kommune)

For at modvirke en sådan systemskadelig praksis, har man forsøgt at imødekomme dette problem:

*”Og der har vi set på, hvad de behøves at udfylde og hvad kan hende der, sidder og indrapporterer så klare for dem, for der er nogle punkter, hun godt kan klare for at det ikke skal se helt uoverskueligt ud. For som vi plejer at sige, det er bedre at få sagerne end slet ikke at høre om dem. Og det er fordi, vi ved, at de har en travl hverdag.”* (Risikomanager, Brønderslev)

I Brønderslev Kommune fortæller plejehjemscenterlederen, at hun har gjort sig tanker omkring det, at processen kunne gøres nemmere, når hun skal skrive de indberetninger hun får ind i systemet. Hun udtrykker frustration over de papirskemaer der anvendes.

*”(…)den måde skemaerne er lavet på. De er jo ikke magen til det skema man skal indberette i, de er ikke identiske og det synes jeg faktisk er lidt træls. Det er simpelthen bare ikke i orden.”*(Centerleder, Brønderslev Kommune)

Udover frustrationen omkring skemaernes udformning i forhold til de digitale skemaer, har hun ingen forbehold overfor indberetning af UTH. Hun kommer også med et løsningsforslag til, hvordan hendes arbejdsdag kunne gøres lettere, selvom hun ikke selv mener, hun bruger særligt lang tid på det længere:

*”Nej ikke mere, men jeg bruger da tid, og det ville da egentlig være skønt, hvis de var ens. Og det ville da være skønt, at jeg bare kunne scanne den ind når personalet har udfyldt dem. Og så sende det. Jeg bruger jo meget tid på at skulle skrive de ting, mit personale har skrevet. Og jeg skal også passe på, at skrive de ord som de har skrevet, i stedet for jeg går ind og ændrer til hvordan jeg synes, det skal skrives. Så det synes jeg ikke er i orden, men hvis man kunne scanne ind og så sende, så synes jeg det ville være i orden!”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

I Frederikshavn Kommune har man i høj grad mødt udfordringer i implementeringen.

*”(…) For det første at der er mange, der synes det er en administrativ belastning, at man skal bruge sin tid på det. Årsagen til at de fleste fejl sker er, at man har travlt, og når man så siger, at nu skal du bruge din tid på noget andet, så får du mere travlt og det vil så sige, at man øger risikoen for UTH, indtil man så begynder at lære af det. Så skulle man gerne mindske det. Det er jo så en af de ting, man skal fokusere på at forklare, at det faktisk er for at nedbringe tiden på det man gør, fordi man lærer af det man har gjort, og det tager lang tid at rette op på en fejl Det tager i hvert fald langt kortere tid at forebygge en fejl end at rette op på den, når den er sket. Det er den første udfordring.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

*”(…)Og ift. de gruppeledere, der er ansvarlige for de her hændelser, er det svært at forklare, at de skal tænke systemisk. De skal tænke på hvilke bagvedliggende årsager til UTH og det kan jeg stadig mærke at det ikke helt er slået igennem. Man fokuserer mere på, at man skal have forklaret den enkelte medarbejder hvordan retningslinjerne er og at de så skal følge dem. Men det er jo ikke ideen med det, ideen er at man skal se på om, ”er det fordi ikke ved, hvad proceduren er eller er proceduren ikke klar?” Og det er en udfordring at få inkorporeret i sådan en organisation at man skal til at tænke på bagvedliggende årsager frem for på personer. Hvilket personaleledere naturligvis har fokus på, altså hvilke personer der gør hvad, så det er helt klart en udfordring.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

De to ovenstående udsagn passer rigtig godt med de oplevelser, som centerlederne og frontmedarbejderne i både Hjørring og Frederikshavn Kommune har haft (Se næste afsnit, Frontpersonalets opfattelse af indberetning af UTH) I næste afsnit vil jeg komme mere ind på, hvordan frontpersonalet har oplevet det at skulle til at indberette de utilsigtede hændelser.

Det er endnu for tidligt at konkludere, om nogen af disse tiltag har nogen effekt, men man kan pege på at det totale indberetningstal har været støt stigende, og det vil det formentligt blive ved med, indtil man har fået implementeret fuldt ud. Det er evident, at der har været en del implementeringsmæssige udfordringer i opstartsfasen i alle tre undersøgelses kommuner. Ydermere er det evident, at informationsstrømmen fra risikomanager til de decentrale enheder er meget vigtigt for at de organisatoriske krav ikke karambolerer med frontmedarbejdernes hverdag.

### Frontpersonalets opfattelse af indberetning af UTH

Hvordan stiller frontpersonalet i undersøgelseskommunerne sig til den nye praksis, og får de den nødvendige støtte fra deres nærmeste ledere? Som foregående afsnit fortæller, så oplevede alle tre risikomanagere en vis modstand i opstartsfasen. I de interviews jeg foretog af henholdsvis frontmedarbejdere og centerledere, var der da også enighed om, at de i starten ikke havde den store fidus til den nye indberetningspraksis.

At der var modstand mod den nye praksis kan udledes af følgende udsagn fra en frontmedarbejder. Frontmedarbejderen fremhæver ikke kun det tidsmæssige pres, den nye praksis ville komme til at udgøre, men inddrager også betænkeligheder omkring kontrolaspektet:

*”Lige i starten hvor man tænker; for fanden skal vi nu også til det?! Vi var også sådan lidt; skal vi nu kontrolleres? Fordi vi synes jo, vi blev kontrolleret nok. Vi havde faktisk sådan en lille joke med, at jeg og en anden kollega satte en seddel op på toilettet, hvor vi så skulle sætte en streg hver gang, vi havde været på toilettet. Der var faktisk en af afløserne, hun sagde; vil de også have det nu? Til det svarede vi ”Ja ja”, og hun endte med at sætte en masse streger og også, om det var stort eller småt, og hvor tit man var derude. Vi lavede lidt fis med det, for vi synes faktisk, at nu skulle vi kontrolleres igen”* (Frontmedarbejder, Hjørring)

Også centerlederen på en plejeenhed i Hjørring Kommune oplevede en vis skepsis:

*”(…)da vi i sin tid indførte det, var der mange, der troede at man skulle hænges ud, fordi man havde lavet en fejl, man var også bange for, at det ikke var anonymiseret. Mange synes også det var en ekstra opgave, og at det ville tage lang tid. Men det tager jo ikke lang tid, og fordelen ved at man lærer af de fejl, man laver er større, end hvis man lader være.”* (Centerleder, Hjørring Kommune)

Centerlederen for et plejecenter i Brønderslev Kommune var personligt skeptisk overfor den nye indberetningspraksis.

*"(…)”Åh nej”. Nu skal vi til at lave noget nyt. Jeg har arbejdet meget med utilsigtede hændelser på de gamle skemaer. Kan man nu finde ud af det her, kan mine medarbejdere, vil de sætte sig ind i det og sådan noget. Og jeg tænkte og ”Neeej, det kommer vi aldrig igennem” omkring undervisningen. Men når man så kommer igennem det, så er det ikke så slemt!”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

På spørgsmålet om hendes opfattelse af indberetningspligten svarer respondenten:

*”(…) jeg syntes, det var noget værre besvær. Og når der går længe imellem dem, så tænker jeg, om jeg gør det rigtigt, men Jonna (risikomanageren) har ikke ringet endnu, eller jo en enkelt gang. ”*(Centerleder, Brønderslev Kommune)

Det er tydeligt, at respondenten opfattede indberetningspraksis som endnu et tidskrævende initiativ. Respondenten havde også samtaler med andre centerledere i Brønderslev Kommune, og de havde alle den samme holdning til den nye praksis:

*”(…) vi synes det var simpelthen så træls. Nu skulle vi også til at lave det sammen med alle de andre opgaver.”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

At man i starten opfattede indberetningspraksis som tidskrævende er generelt hos frontmedarbejderne og centerlederne, men over tid er man blevet vant til at indberette og registrere. En af grundene til at modstanden mod indberetning af UTH er mindsket er til dels, at man kan se resultater af at foretage en indberetning. På spørgsmålet om hvordan respondenten opfatter indberetningspraksis i dag svarer hun:

*”Altså jeg synes, det er fint at have, for vi fanger altså nogle fejl. Det er jo også noget med, hvis folk ikke har fået deres medicin, at så er det fint nok, at man skal gå ind og se, om det er fordi vedkommende har været for dårligt til at tage den, eller om det rent faktisk er blevet glemt. Og her kan man så se, hvorfor det er blevet glemt. Er det fordi der har været nogle ukendte folk herinde?” (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)*

Og på spørgsmålet om respondenten har nogle forbehold overfor den nye indberetningspraksis i dag, svarer hun:

*”Nej, jeg har ingen forbehold. Nej, det synes jeg ikke. Jeg synes, det fungerer godt.”* (Fronmedarbejder, Hjørring Kommune)

Centerlederen i Hjørring Kommune, som havde oplevet skepsis mod indberetningspraksis, er også positiv overfor tiltaget:

”*Jeg tror, vi lige skal vænne os til, at det skal være elektronisk, Men jeg tror, det bliver en vane lige så vel, som det var, da vi begyndte at skrive på papir. Og det kan godt være, at jeg i en periode som leder skal sidde og indberette. Men jeg tror hurtigt, at medarbejderne kommer med og finder ud af, at det er hurtigt at klikke sig ind på computeren i stedet for at skrive det på et papir. Dem, der er vant til computere, vil vælge at indberette selv.” (Centerleder, Hjørring Kommune)*

I Brønderslev Kommune hvor man efter eget udsagn er langt med arbejdet med UTH, fortæller centerlederen fra plejecenteret følgende omkring hendes medarbejderes umiddelbare reaktion overfor indberetningspraksis. Ligesom hende selv var de indledningsvist ikke positive overfor indberetnigspraksis:

*”(…)de havde det nok ligesom mig. Jeg havde forberedt dem på min undervisning, og så havde jeg en underviser ude og fortælle om det også, så mine medarbejdere har simpelthen fået turen”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

Men ligesom i de andre undersøgelseskommuner har man på plejecenteret i Brønderslev Kommune fået et andet syn på tingene. Adspurgt om de på plejecenteret får noget ud af at registrere UTH, er svaret:

*”Jaja, det gør vi! For vi snakker jo om det, og de der utilsigtede hændelser, især med de gamle skemaer, når de kom ind, så tog jeg dem med til morgenmødet og siger hallo, hvad har i tænkt jer, der skal skrives her ved denne hændelse, og hvad synes i der skal gøres for, at det ikke sker igen? Nu ligger den jo ude ved den enkelte, der skal rapportere.”*(Centerleder, Brønderslev Kommune)

Frontmedarbejderne på plejecenteret i Brønderslev var som tidligere anført, ligesom deres nærmeste leder også skeptiske. At lederen begyndte at tage indberetningerne med på morgenmøderne, var der udtalt skepsis omkring, men som respondenten udtrykker det:

*”Jamen det måtte de jo bare finde sig i.”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

Men på trods af modstand fra frontpersonalet har man ifølge centerlederen haft gode erfaringer med at registrere og indberette UTH:

*”Nej, jeg tror faktisk, det har været rigtigt godt. Nu er jeg her jo til morgenrapporten og ved, at man så siger, at der har været en UTH på det og det så lærer de en masse af det. Når jeg får én, så tager jeg den med ind til mig selv, og når jeg kan se at der er en, der har glemt medicin så tager jeg den med til morgenmødet og spørger, hvem af dem der har glemt det her medicin, og det bliver offentligt. Og så beder jeg vedkommende om at få indberetningen udfyldt. Hvorfor skal man gemme sig pga sådan noget, for det kan jo være en forglemmelse? Det kan også være en beboer, der bare ikke vil have medicinen. Så skal det jo ikke laves som en UTH, så skal det bare stå i døgnrapporten, at vedkommende ikke vil have sin medicin. Så er det jo ikke en UTH, og det er dejligt. Så det er den med hele tiden at have dialogen. Og det er alle, der kan gøre noget.”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

Der er dog ikke kun rosende ord fra respondenten fra Hjørring Kommune. Selvom hun tydeligvis mener, at systemet fungerer, så er det tidsmæssige aspekt stadig en hæmsko i hendes daglige arbejde og det har endda skabt gnidninger på arbejdspladsen:

*”Nogle gange så tænker man, hold kæft mand skal vi nu også det? For tiden går jo også fra vores ældre, da vi bruger meget tid inde foran computeren, men vi skal gøre de ting. Altså der har været nogle ting, nu er jeg jo SOSU-assistent og ansvaret for medicin og sådan nogle ting, hvor hjælperne siger; i sidder sgu bare derinde hele tiden. Der vil jeg gerne bytte. Jeg vil gerne ud på gangen og bade dem. Men det her er bare noget, der skal gøres. Så der har været lidt gnidninger, hvor mange har sagt, nu sidder de bare derinde igen. Der har vi måttet afholde nogle personalemøder, hvor vi har sagt, at det er sådan her, det skal være (…)”* (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)

I forbindelse med ovenstående udsagn udtrykte respondenten dog at disse gnidninger imellem personalet har afstedkommet en større forståelse for hinandens arbejdsopgaver, og samtidig er der en større bevidsthed omkring det at indberette UTH.

Risikomanageren i Frederikshavn Kommune har haft forskellige oplevelser med hensyn til modtagelsen af indberetningspraksis. På spørgsmålet om hvordan han opfatter frontpersonalets modtagelse af indberetningspraksis, svarer han således:

*”Jeg synes, det er meget forskelligt. Der er nogen der godt kan se meningen med det, og så er der nogen der ikke kan. Jeg tror, det især skyldes, at de allerede registrerer i journalen, og derfor bliver det svært at se, hvorfor man i det hele taget skal gøre det i den anden database.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

På risikomanagerniveau har man altså opfattelsen af, at en del af frontpersonalet tilsyneladende er distancerede i forhold til indberetningspraksis. Også i Brønderslev Kommune oplever man denne problematik. Her mener risikomanageren at en inkluderende indsats vha. af kontinuerlig oplysning og information kan afhjælpe denne udfordring:

*”Frontpersonalet er ikke så involveret i selve systemet som sådan. De har papirark. Så det er niveauet de oplever det, de er ikke involveret i selve det at indrapportere. Jeg tror da, de synes, det er omstændigt. Også fordi der er 4 sider i det ark. Først havde vi et med 2 ark, men vi fandt hurtigt ud af, at det ikke passede sammen med systemet, så det blev for krævende for hende, der skulle indrapportere. Så 4 sider ligger der nu, og jeg er sikker på, de tænker Åh nej, nu skal vi svare på 4 sider for det her. Jeg tror helt sikkert, de synes det er en byrde. Men det er derfor jeg vil ud og have den direkte kontakt med dem, for indtil videre er det lederne, der er kommet med det og har implementeret. Og det er selvfølgelig sket på forskellige måder alt efter, hvor det er. Og derfor vil jeg meget gerne ud og sælge den ifht. den gevinst, der er ved det her.”* (Risikomanager, Brønderslev Kommune)

I Hjørring har en frontmedarbejder en interessant pointe omkring den organisatoriske læring:

*”Jeg synes det var træls i starten, men vi har lært at bruge det positivt. Det er dog et problem ved sektorovergange, at vores systemer ikke arbejder sammen. Og man ved derfor ikke hvad der sker i det videre forløb. Og så tænker man, at man har siddet og lavet alle de indtastninger til ingen nytte. Det tidspilde ved sektorovergangen. Der må jeg nok sige at jeg ikke har lavet dem de sidste par gange. Der har jeg printet nogle journalnotater ud og et medicinskema og sendt det med.”* (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)

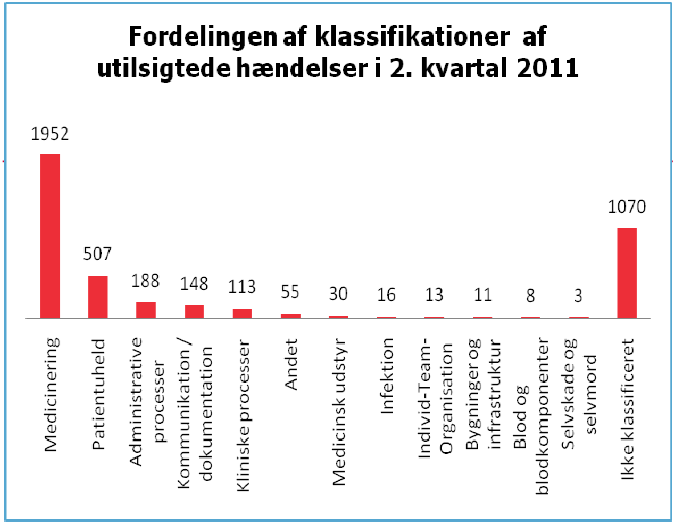
Ovenstående udsagn er en utroligt rammende beskrivelse af en ikke-velfungerende lærende organisation. Indenfor kommunens rammer synes systemet at være på plads, men så snart der er bevægelse mellem sektorerne, så fejler systemet. É, af hovedpunkterne i den lærende organisation er at det skal følges op på personalets indberetninger og når man som frontmedarbejder ikke føler man får noget ud af at indberette, så forsvinder incitamentet til at foretage indberetninger. KL skriver d. 2. Marts 2010, at det er vigtigt for den enkelte at have ejerskab og følge hændelserne til dørs. Udsagnet på forrige side vidner om at det ikke sker ved sektorovergange.

Frontpersonalet har i alle tre undersøgelseskommuner haft store forbehold overfor den nye indberetningspraksis. Denne modstand har ofte været begrundet i forventningen om en større administrativ arbejdsbyrde. Den øgede administrative arbejdsbyrde ville forårsage, at frontmedarbejderne ville have mindre tid til den enkelte beboer. Det er dog gældende at respondenterne siden indførelsen af indberetningspligten over tid har ændret holdning til denne. Det ser ud til, at man har acceptereret indberetningspligtens meritter og på den måde er indforstået med at indberetningspraksis på sigt kan komme til at spare tid og samtidig forbedre deres arbejdsvilkår. Risikomanagerne er enige om, at de som ansvarlige for implementeringsindsatsen har en stor opgave at løfte. Og her synes løsningen at være en høj grad af opfølgning og kontakt mellem risikomanagere og centerledere/frontpersonale at være løsningen. Den inkluderende indsats vil, alt andet lige, få frontpersonalet til at føle at registrering og indberetning af UTH har relevans for deres daglige virke, og det er en vigtig forudsætning for, at systemet kommer til at fungere - ikke kun i relation til antallet af indberetninger - men i lige så høj grad kvaliteten af indberetningerne.

### Drages der læring af indberetningerne?

Et helt centralt spørgsmål, ikke kun for min undersøgelse, men også for hele UTH området er, om der sker intraorganisatorisk læring ved at indberette UTH. En af de vigtigste faktorer ved den organisatoriske læring er, at der sker en informationsspredning, så snart en sag er sagsbehandlet.

Patientombuddet er blevet oprettet for at kunne sprede den nye viden i hele systemet. En forudsætning for et velfungerende system er derfor, at man fra centralt hold udgiver materiale, der kan hjælpe de decentrale samarbejdspartnere i deres daglige arbejde. Samtidig er tilbagemeldinger på specifikke indberetninger ligeledes essentielle. Som man kan se på figuren nedenfor, har man i patientombuddet udfærdiget en analyse, der viser fordelingen af klassifikationer af de indberettede utilsigtede hændelser i 2. Kvartal 2011. Her ses eksempelvis, at langt størstedelen af de indberettede utilsigtede hændelser omhandler medicinering. Netop fejlmedicinering er en af de største udfordringer, man har stået overfor tidligere på plejecenteret i Hjørring.



En frontmedarbejder fra Hjørring Kommune, hvor de har valgt at rapportere til centerlederen, har følgende kommentar til indberetning af UTH og læring:

”*Jeg indberetter til centerleder. I starten da vi lavede det her, der sendte vi skemaerne op til hende, og så når vi havde et gruppemøde her på afdelingen, så havde centerlederen dem med ned og så snakkede vi dem igennem. Hvad var grunden til det skete? Og der fik vi vendt mange ting og fik fanget nogle fejl. Også hvor vi havde misforstået hinanden vagterne imellem. Før i tiden havde vi det sådan at vagterne overlappede hinanden, for at bringe hinanden up to date, det gør vi ikke længere af sparehensyn. Så alt skal skrives til hinanden, men det er jo så svært nogle gange.”* (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)

Tilsyneladende fungerer systemet med at rapportere til centerlederen, og man mener også at få læring ud af at indberette. Især på medicineringsområdet ser det ud til at have en effekt. Netop fejlmedicinering er en af de største udfordringer man har stået overfor tidligere på plejecenteret i Hjørring. Den interviewede frontmedarbejder fra Hjørring har lavet en enkelt indberetning, og denne omhandlede fejlmedicinering. Om den ene indberetning berettede hun følgende:

*”(…). Det var noget medicin, der ikke var blevet givet, og det var fordi, vi havde haft en afløser inde, der ikke var klar over det. Det var så kommunikationen, der gjorde, at hun ikke var klar over det.(…) Der går vi ind og skriver, at her skulle den, der gik sammen med afløseren have informeret og sagt husk nu lige, at der er noget medicin der skal gives.”* (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)

At det har haft positiv effekt at frontmedarbejderne i større grad skal lægge vægt på at forebygge fejl kan man se i følgende udsagn. På spørgsmålet ”Er det efter, at det er blevet lovpligtigt at indberette UTH, at i er blevet mere opmærksomme på at skrive i journalerne?” svarer hun således ;

*”Ja, alt skal dokumenteres. Hvis nattevagten har haft en, der har klaget over hovedpine, og hun så har givet hende 2 panodiler, så skal jeg ind og notere, at det f.eks. har haft god effekt.(…) Og det er nogle af de her skemaer, der har været skyld i, fordi vi er blevet bedre til at gå ind og finde fejlen og følge op på de rigtige ting.”* (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)

På plejecenteret i Hjørring har man valgt at registrere alt og alle interaktioner med beboerne for at mindske risiciene for eksempelvis at fejlmedicinere. Ifølge respondenten fra Hjørring er fejlmedicinering den hyppigste fejl eller UTH, der laves, hvilket stemmer overens med kategoriseringen af det samlede antal indberettede UTH i 2. Kvartal 2011, som man kan se i figuren tidligere i dette afsnit.

Om læringsdelen forklarer respondenten:

*”Det synes jeg for eksempel sådan noget som forkert medicinering. Det har vi fanget nogen fejl. Vi er tre afdelinger her i huset, og vi havde lidt forskellige måder, hvordan vi doserede op på, og der har vi fanget nogle fejl, for hvis man så går over på en afdeling og er nødt til at skal dosere så fanger vi nogle fejl den konto. Og så har vi fået vores hus rettet lidt ind så vi arbejder mere ens.”* (Frontmedarbejder, Hjørring Kommune)

Selvom indberetningerne i Hjørring Kommune ifølge den ansvarlige risikomanager ikke er på et niveau, hvor man kan tale om stigning eller fald i antallet af indberetninger, så lader det til, at bevidstheden omkring det at lave fejl og forebygge disse fejl er på plads. Ovenstående udsagn giver i hvert fald indtrykket, at selve indberetningspligten har øget registreringen på nogle områder, der tidligere var præget af fejl. Disse registreringer hjælper således personalet på det omtalte center i deres videre arbejde. Der kan dog være risiko for, at de erfaringer, man gør sig på dette ene center, ikke bliver udbredt til centre i resten af kommunen. På den måde hindrer man læringen institutionerne imellem, og selvom meningen med indberetningspligten ikke er autonom diskussion mellem plejecentrene, så ville det være ideelt, hvis centrene kunne dele ’best practice’-erfaringer med hinanden. På den måde ville det ikke udelukkende være patientombuddet, der står for videns - og informationsdelingen. Risikomanageren i Frederikshavn Kommune har en klar opfattelse af, at vidensdelingen internt i kommunen, samt vidensdelingen kommunerne imellem langt fra er optimal.

*”(….) man skal have central viden omkring det, og man skal kunne vidensdele i hele kommunen, og man skal efter min overbevisning også gerne kunne vidensdele med andre kommuner. Men jeg synes, det går lidt langsomt med den måde, man samarbejder på tværs af kommunerne, det handler kun om, hvordan man får rapporteret og ikke rigtig om, hvad man får lært af det og det er selvfølgelig noget, der kommer hen ad vejen. Så jeg har høje forhåbninger om, at man kommer til at vidensdele på tværs af kommunerne for det kunne godt være, at det man fandt ud af i den ene kommune også kunne bruges i en anden. Så det er en udfordring at forklare det, så fra starten skal man lige spore sig ind på, hvad der skal fokuseres på, når man skal holde oplæg for nogle frontmedarbejdere. For det her en af de ting, der er rigtig vigtige; hvad er det så, der sker med de informationer, du rapporterer? Der sker både den her vidensdeling og aggregeret analyse i kommunen, men når man sender den videre til patientombuddet, sker der også en aggregeret analyse der, og de vidensdeler så til os. Der kommer en årsrapport, så det bliver spændende at se hvad den indeholder.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

Vidensdelingen er et af de vigtigste principper i arbejdet med UTH. Ikke kun vidensdeling internt i de enkelte kommuner men også kommunerne imellem er vigtig, da hele ideen bag den udvidede patientsikkerhedsordning og den lærende organisation er at drage nytte af ikke kun egne erfaringer men også andres og på den måde nedbringe antallet af utilsigtede hændelser og øge patientsikkerheden. Samtidig faciliteres en base, hvor frontmedarbejdernes faglighed kan udfolde sig og i bedste fald komme andre til gode.

For frontpersonalet er fagligheden, og stoltheden ved denne en vigtig faktor at have med i implementeringsovervejelserne. Man kunne forstille sig et scenarie, hvor frontpersonalets faglighed ville kunne komme i fare, hvis al tiden skulle gå med at udføre administrative opgaver. Derfor var man hos frontpersonalet skeptiske da indberetningsskemaerne og de deraf følgende meget specifikke krav til udfyldning kom på banen. I Brønderslev Kommune mener plejecenterlederen dog, at de specifikke krav til formuleringen i en indberetning har en meget positiv indvirkning:

*”(…)den enkelte skal tænke over, hvad det er sket, hvordan får jeg det skrevet, og hvilken forebyggelse kan jeg gøre fremadrettet? Så det giver en større faglighed. De tænker betydeligt mere fagligt, det synes jeg! Jeg synes ikke, det er så ringe. Dengang vi kun havde det internt i kommunen, så betød det måske ikke så meget. Det blev jo her i vores mappe herinde. Nu er det jo ikke kun os, der skal læse det, der sidder nogen et andet sted, der skal bruge det her, det skal de bare vide.”*(Centerleder, Brønderslev Kommune)

Og selvom respondenten siger at der er blevet og stadig bliver brugt meget tid på indberetningerne, er hun stadig striks, når det gælder korrekt udfyldning af skemaerne:

*”(…)der har været brugt rigtig rigtig meget tid på det, indtil de har fået lært det. Nu ved jeg, der kom en UTH i går, og der sad en afløser og en fastansat og gjorde det sammen i 10-15 min. Og de lavede noget begge to. Men det tager tid for ellers skal jeg have fat i dem, og hvis den ikke er i orden, så ryger den tilbage igen.”* (Centerleder, Brønderslev Kommune)

Hos risikomanagerne i undersøgelseskommunerne er der ligesom hos frontmedarbejderen en opfattelse af, at der drages læring af indberetningerne. På spørgsmålet om de som risikomanagere synes der kommer noget ud af indberetningspraksis:

*”Ja det synes jeg der gør! Sådan som vi har organiseret det der er jo sådan set, at når man har rapporteret det i DSPD2, så skulle man gerne have lært noget allerede, decentralt. Så er læringen sket, og så rapporterer man det. Man har haft det oppe på et personalemøde og her har man snakket om hændelsen og lavet en analyse på den og så rapporteret den. Allerede der skulle der gerne være kommet noget ud af den, før den kommer til mig. Og det kan jeg da mærke, at det gør en forskel, at man er blevet opmærksom på at man kan analysere hændelser, og det er de her ting, der skal være fokus på.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

I Frederikshavn Kommune er man godt klar over, at implementeringen ikke er helt færdiggjort, man peger eksempelvis på, at det kan være diffust hvad man lærer af at sende videre til patientombuddet ift. at skulle forklare frontpersonalet, hvad der kommer ud af tingene på et bredere plan:

*”At det så ikke er alle der har fokus på de rette ting, er noget vi må rette op på på et senere tidspunkt. Når man så rapporterer, har man vidensdelingen i kommunen, derefter sender man den videre til patientombuddet og så skulle man også gerne lære noget der. Det er så lidt mere diffust, hvad man lærer der, men man kan da lære nogle ting af det, de kommer frem til. De (Patientombuddet) går heller ikke specifikt ind i alle analyser, de læser sådan set kun de hændelser, som har dødelig udgang. De andre laver de kun statistiktræk på. Det er noget andet, de lærer. Eksempelvis hvilke hjælpemidler, hvilke medikamenter, der bliver forvekslet osv. Det er mere generelt. Men det har de jo også større statistisk belæg for at sige. Der kommer en årsrapport hvert år, i marts tror jeg det er, og det er så der, jeg glæder mig meget til at se, hvad de finder ud af.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

Risikomanageren i Frederikshavn kommer også med et helt specifikt ønske, et ønske der rammer kernen af, hvad der er baggrunden for at indføre registreringen af de utilsigtede hændelser:

*”Og så håber jeg på, at man bliver meget bedre til at vidensdele i kommunerne i Nordjylland. Der er også noget, der hedder dialogportalen som KL har, hvor man kan melde sig til og som man kan skrive ind til, hvis man har nogle spørgsmål. Og man kan se ud fra den dialogportal at det stort set kun handler om rapportering. Der håber jeg at man med tiden kan se, om der er nogen, der har noget erfaring med den her type hændelse, så man kan hente noget viden den vej. Det må vi se, der er selvfølgelig store problemer med at få personalet til at rapportere i første omgang. Så må vi jo se, om der kan komme noget læring ud af det på et senere tidspunkt.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

Igen ser det ud til, at vidensdeling ikke er helt på plads endnu, og at man fra risikomanagernes side afventer årsrapporten med spænding. Denne rapport er nemlig den første af sin slags, hvor UTH har været implementeret i den kommunale sektor i alle 4 kvartaler af et år.

Selvom risikomanageren fra Frederikshavn mener, at det kan være lidt diffust, hvad man lærer, og hvad der sker med en indberetning, når den sendes til Patientombuddet, så kan man hævde, at de statistiktræk, der allerede eksisterer og er blevet publiceret i DPSD’s nyhedsbreve ser ud til at kunne påpege generelle problemer. For eksempel den store andel af utilsigtede hændelser, der omhandler medicinering. I denne sammenhæng kan man ikke se bort fra årsrapporten, der ideelt set indeholder oplysninger omkring konkrete indsatsområder samt råd og vejledning omkring best practice i forskellige situationer.

Gældende er dog, at den generelle opfattelse af indberetningspraksis er gået fra en vis tilbageholdenhed til entusiasme. At man så hurtigt har kunnet få systemet implementeret kommer som en overraskelse for risikomanageren i Brønderslev - de udfordringer der indledningsvist syntes at være åbenbare - taget i betragtning.

*”(…). Jeg er egentlig forundret over, hvor hurtigt det er kommet til at køre, og jeg tænker, det er, fordi systemet egentlig fungerer vældigt godt. Der har været nogle ændringer, som der altid vil være med et system. Men jeg synes faktisk, det har kørt godt lige fra start. De er stabile omkring det at indrapportere, så på den måde er det indarbejdet hos os. Det har jeg indtryk af. Altså at den praksis ligger der.”* (Risikomanager, Brønderslev Kommune)

### Det økonomiske aspekt af UTH i den kommunale sektor

Når en ny lov eller et nyt tiltag bliver lovfæstet, koster det som regel penge at få implementeret. Implementeringen af indberetningspligten på UTH-området er således heller ingen undtagelse. Ofte hører man om kommuner, der har svært ved at få økonomien til at hænge sammen, og et tiltag som implementering af indberetningspligten kunne således også komme til virke uoverskueligt for en økonomisk trængt kommune. Finansieringen af implementeringen af den udvidede patientsikkerhedsordning sker ved hjælp af de såkaldte DUT-midler.

**Tabel 1. Økonomi til arbejdet med UTH (KL, 2010)**



I alt har man fra statens side afsat 47,5 mio. kr til projektet, fordelt på 2010, 2011 og 2012. I det følgende afsnit vil jeg afdække på hvilken måde, disse penge bliver brugt, og om man mangler penge til projektet ude i undersøgelseskommunerne.

Som udgangspunkt er det op til den enkelte kommune at afgøre, hvordan DUT-midlerne skal anvendes. Derfor ser man også forskellige organisatoriske konstellationer. Nogle kommuner har valgt at ansætte en enkelt risikomanager, der over tid også vil komme til at varetage andre opgaver end lige netop arbejdet med UTH. Andre har valgt at ansætte flere risikomanagere med en designeret tovholder. Men har forskellige organisatoriske konstellationer og dermed forskellige måder at anvende de økonomiske midler indvirkning på rapporteringsgraden?

Ifølge risikomanagerne er der ikke en umiddelbar sammenhæng mellem det økonomiske aspekt og rapporteringsgraden. I Frederikshavn mener man dog, at hvis der var blevet bevilget penge til de enkelte enheder, så ville det være have gjort implementeringen lettere.

*”Nej det ved jeg ikke. Jeg tror det havde været nemmere at få den til at glide ned hos de her udførere, hvis man havde haft en pose penge med, hvis man havde haft penge til at uddanne en person i hver afdeling , men det har man så ikke. Det havde også højnet kvaliteten, hvis man havde en risikomanager i hver afdeling, men det har vi ikke. Det har selvfølgelig noget at sige, men ift. rapportering tror jeg ikke, det har noget at sige, om man bliver kompenseret for de her 5 minutter, det vil bare være noget der ryger ind i den alm. drift. Det vil ikke være sådan at man sætter sig ned en time og siger til hinanden, at nu skal vi huske at rapportere UTH. Så det, tror jeg ikke har noget at sige ift. antal, men måske nok ift. kvaliteten. Det er jeg sikker på.” (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)*

I Frederikshavn Kommune er DUT-midlerne brugt på risikomanagerens arbejde og deltagelse i kurser. Udover dette har man ikke overblik over, hvad pengene ellers bliver brugt til, eller om der er nogle midler tilovers.

*”De er gået til de få timer jeg har. Så er de gået til kursus, som jeg og to andre har været på. Så er vi flere, der har hørt det. Det er vel sådan set det, jeg har kendskab til, at pengene er gået til. Det er jo ikke mig, der sidder med dem. Men hvor meget de er kommet ud til hvert sted, det er jeg ikke klar* *over. ”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

I Brønderslev Kommune har man et andet syn på midlernes betydning og her har den ansvarlige for implementeringen et bud på, hvordan de fremover vil håndtere indsatsen.

*”Det er svært at sige, for hvis vi ikke havde det økonomiske aspekt, hvordan ville verden så se ud?! Men jeg tror på, at det har noget at sige, men jeg tror også, det endnu er så nyt. Det har også noget at sige. Jeg er sikker på, at vi til næste år får langt mere indrapporteret, end vi har fået i år. Det er jeg sikker på! Også fordi vi holder gang i ilden og ikke bare implementerer i et hug. Vi ved godt, at vi bliver nødt til at holde gang i det, og det er vores indsats. Så jeg er sikker på langt flere indberetninger næste år, også fordi økonomien stort set er ens.”* (Risikomanager, Brønderslev Kommune)

Hjørring Kommune er den af de tre undersøgelseskommuner, der har uddannet og opererer med flest risikomanagere og derfor også har brugt flest ressourcer. Her har man heller ikke et præcist budget, der viser hvor og til hvad midlerne bliver brugt, men man er dog bevidste om de omkostninger, der er forbundet med at afholde temadage, uddanne frontpersonalet osv. :

*”Vi får de her DUT-midler, Det udvidede Totalbalancebudget, og det har jeg som risikomanager ikke rigtig noget med at gøre. Det kommer selvfølgelig ind på budgettet, og jeg har denne pose penge at gøre med. Men de er blevet brugt til uddannelse af 7 risikomanagere. Så er der blevet afholdt den her temadag, og så er det blevet brugt på ting, der ikke kan måles. En ting er, at det koster for leje af lokaler og forplejning til den her temadag, men det koster også noget at trække så mange mennesker ud af driften og indsætte vikarer. Så hele det menageri er også noget, den pose penge går ind og dækker. Jeg har som risikomanager ikke et regnskab, hvor jeg kan se, hvor meget jeg har brugt, og hvor meget jeg har tilbage. Så på den måde er det ikke mig, der styrer det og jeg ved faktisk ikke hvordan økonomien ser ud.”* (Risikomanager, Hjørring Kommune)

Ovenstående citat vidner ikke kun om, hvordan økonomien ser ud i den pågældende kommune. Ud fra respondentens udsagn kan udledes, at man vælger at håndtere implementeringen anderledes end de andre kommuner. Her vælger man at uddanne centerledere og andre personer, der skal fungere som tovholdere decentralt ved at indkalde dem til møder. Dette står i kontrast med den praksis man har i både Brønderslev og Frederikshavn. Også på et andet punkt adskiller Hjørring sig fra de to andre undersøgte kommuner: Angiveligt bliver en del af de midler, som man i Hjørring Kommune har til rådighed, også brugt til indkøb af manglende materiel til de decentrale enheder.

*”Nej, det har det ikke. Som sagt ryger DUT-midlerne ind i budgettet for hele området, og vi har ikke et regnskab. Det har selvfølgelig den betydning, at vi kan købe en computer til de steder, der ikke har adgang til en. Så på den måde har det selvfølgelig en indflydelse.”* (Risikomanager, Hjørring Kommune)

Overordnet set er man hos de tre risikomanagere enige om, at den økonomiske ramme ikke har afgørende indvirkning på hverken deres daglige arbejde eller rapporteringsgraden. Man er også til en vis grad enige om, at hvis der havde været midler til de enkelte pleje – og/eller boenheder, så havde frontpersonalet været mere tilbøjelige til at acceptere tiltaget fra start. Enigheden blandt risikomanagerne viser sig også i opfattelsen af, at implementeringsperioden endnu ikke er afsluttet – man er ikke langt fra, men mangler dog at frontpersonalet bliver fortrolige med den nye praksis og det er netop her man mener at økonomien spiller en rolle. Som risikomanageren i Brønderslev formulerer, så er det vigtigt at følge op på indsatsen på de enkelte steder. Denne opfølgning kan i Brønderslev Kommune fortsætte i 2012, da økonomien stort set er identisk med 2011. Spørgsmålet er så, om indsatsen kan fortsætte i 2013, og det er der endnu ingen af de adspurgte risikomanagere der kan komme med et bud på.

### Patientsikkerhedsniveauet på nuværende tidspunkt

På nuværende tidspunkt er risikomanagerne i alle tre undersøgelseskommuner enige om, at man er kommet i gang med at etablere en sikkerhedskultur på det kommunale sundhedsområde. Hvor langt de enkelte kommuner er nået med opgaven er dog forskellig. Samtidig er spørgsmålet, om man har fået implementeret indberetningspraksis på en måde, der sikrer, at man hos frontpersonalet tænker patientsikkerheds i fremtiden. I de foregående afsnit har jeg fremlagt udsagn fra både risikomanagere, frontmedarbejdere og centerledere, der indikerer, at patientsikkerhedskulturen er ved at få fodfæste i de kommunale sundhedspersoners bevidsthed. Spørgsmålet er så, hvor langt er man nået? Niveauet af patientsikkerhed måles ud fra MaPSaF’s 5-trins model som jeg har fremlagt i tabel 2 i teori-afsnittet. Udgangspunktet for den udvidede patientsikkerhedsordning og hele systemet, der er lavet til at håndtere, analysere og vidensdele er klart reaktivt, da man indrapporterer hændelser efter, de er sket, hvorefter man laver hændelsesanalyser decentralt. Men sideløbende med systemets klare reaktive karakter er også forventningen om, at jo længere man kommer med arbejdet med UTH, jo mere proaktivt handler frontpersonalet. Det er derfor oplagt at spørge risikomanagerne, om hvilket niveau man i deres kommuner opererer på – handler de reaktivt, eller har man allerede udviklet en proaktiv patientsikkerhedskultur?

I Brønderslev Kommune udtaler man sig på følgende vis:

*”Ikke nok. Vi har ikke lavet nogle analyser på hændelser, der kunne være sket. Der er vi simpelthen ikke kommet til! De er undervist i det, og der er lagt op til, at det ville være det helt gode, i stedet for at gå og være reaktiv. Men al begyndelse er svær, og nu er det det her, vi har brugt vores krudt på. På et tidspunkt, når det her kører, så begynder vi at tage hånd om den her proaktive tankegang. Det tager også tid, det er man nødt til at være realistisk omkring. For hvis man var kommet med det hele på en gang, så er jeg bange for, at det hele ville vælte. De har nok med bare at finde ud at skulle lave gode hændelsesanalyser. Så det er der, fokus skal være lige nu. Men det proaktive skal selvfølgelig ind, for det er da det ideelle. Absolut.”* (Risikomanager, Brønderslev Kommune)

Ud fra ovenstående kan man udlede, at man Brønderslev Kommune agerer reaktiv. Man har dog ikke gjort sig bestræbelser på at introducere frontpersonalet for den proaktive tankegang. Jf. Nedenstående udsagn vil man fremadrettet gøre en indsats for at få den proaktive tankegang inkorporeret i undervisningen af frontpersonalet. Risikomanageren mener dog ikke, at man i Brønderslev er nået dertil, hvor man kan sige at den reaktive tankegang helt er slået igennem, hvorfor man, ønsker at det næste år skal bruges på at følge op og udvide den eksisterende ramme.

*”Vi skal i hvert fald bruge det næste år på at nå frontpersonalet noget mere. Det er jeg ret sikker på, men jeg er da også sikker på, at når jeg står derude, så vil jeg nævne den proaktive tankegang. Måske er det allerede sket i det små uden, man sådan har sat ord på det, det kan sagtens ske, at man oplever noget uden, at det kommer til mig. Men det er da noget, jeg vil begynde at tænde og så må vi se. Mere kan jeg ikke sige, for jeg tror på, at det andet skal køre godt først! Et skridt ad gangen.”* (Risikomanager, Brønderslev Komme)

I Frederikshavn er man helt klar over at man handler reaktivt, og derfor endnu ikke er nået til et stadie, hvor proaktivitet er fremherskende:

*”Nej, det er vi ikke. Vi laver reaktive analyser. Så må vi se, om det kommer, det med de proaktive analyser. De er begyndt at lave proaktive analyser på Hjørring Sygehus, men det er jo efter nogle år, hvor de har kørt med reaktive analyser, så jeg tænker, at man lige skal have de reaktive analyser ind under huden før man kan begynde at tænke i proaktiv analyse.”* (Risikomanager, Frederikshavn Kommune)

Også i Frederikshavn opfatter man det som et spørgsmål om at få implementeret det grundlæggende system, før proaktivitet kan komme på tale.

Heller ikke i Hjørring Kommune er man ifølge risikomanageren nået til at få den proaktive tanke inkorporeret. Man er dog selvsagt klar over, at udviklingen skal stile mod proaktivitet hos frontpersonalet. Risikomanageren kommer dog med eksemplet, at frontpersonalet selv begynder at identificere risikomomenter og selv tager initiativ til at eliminere disse. Dette kunne altså tyde på, at man til en vis grad tænker proaktivt, selvom det ikke er italesat som proaktiv ageren.

*”Ikke mig bekendt, endnu. Men jeg har gjort meget ud af at sige, at en hændelsesanalyse og det setup, der er omkring patientsikkerhed og UTH-lovgivningen er reaktivt, og det er også godt at reagere reaktivt, men hvis man ser på patientsikkerhedskulturen, så jo mere udviklet patientsikkerhed jo mere proaktivt tænker man, og det har jeg selvfølgelig også lært dem, og ude på vores patientsikkerhedsside på intranettet ligger også fejlkildeanalyse og patientsikkerhedsrunder, så man netop kan gribe det proaktivt an. Og det er også blevet taget godt imod. Og de siger også selv ”Så kunne vi gøre det sådan her, og vi ved godt et eller andet sted, at der kan være et risikomoment i det her, men hvis vi gør sådan her, så eliminerer vi risikomomentet.” Så bare det vi taler om det og viser, hvordan vi rent praktisk kan gribe det an, det har sat mange ting i gang. I hvert fald talemæssigt. Jeg kender ikke til, om der er nogen, der har gjort noget ved det endnu.”* (Risikomanager, Hjørring Kommune)

# Teoretisk perspektivering

I følgende afsnit vil jeg samle nogle af ad hoc-interviewanalysen slutninger omkring, hvor vi befinder os patientsikkerhedsmæssigt. Yderligere vil jeg i afsnittet inddrage den teoretiske ramme, jeg har valgt til at måle, hvor på skalaen man på nuværende tidspunkt befinder sig. Nogle af punkterne, der vil blive fremlagt i dette afsnit, vil derfor referere til forrige afsnit og derfor være en gentagelse. Jeg vil bruge afsnittet til at analysere, hvor langt de tre undersøgelseskommuner er med implementeringen af UTH. Til det vil jeg anvende MaPSaF’s 5-trinsskala, der er delt op som henholdsvis patologisk, reaktiv, kalkulativ, proaktiv og generativ.

|  |  |
| --- | --- |
| Organisationens sikkerhedskulturmæssige niveau | Karakterisering |
| Niveau 1: Patologisk | Hvorfor spilder vi tiden på risikostyring og sikkerhedsspørgsmål? |
| Niveau 2: Reaktiv | Vi tager risikoen seriøst og gør noget hver gang, der sker en hændelse |
| Niveau 3: Kalkulativ | Vi har systemer på plads, der kan håndtere enhver form for risici. |
| Niveau 4: Proaktiv | Vi er altid på vagt og prøver at forudse de risici, der end kunne være. |
| Niveau 5: Generativ | Risikostyring er en integreret del af alt, vi foretager os. |

I det halvandet år som indberetningspligten har eksisteret, har der været mange udfordringer for både risikomanagere, centerledere og frontpersonalet. Først og fremmest har der været modstand mod den nye indberetningspraksis, en modstand afstedkommet af utilstrækkelige tidsressourcer hos frontpersonalet, samt en forventning om, at indberetningspraksis udgjorde endnu en kontrolforanstaltning. Teknologiske forhindringer har også besværliggjort implementeringen og risikomanagerne har ikke en standardmodel at følge – det er op til den enkelte kommune at forfatte en implementeringsstrategi. Inden indberetning af UTH blev lovpligtigt i kommunalsektoren, kunne man argumentere med, at man befandt sig på det patologiske niveau i organisationens patientsikkerhedskultur. Det skyldes først og fremmest, at man ikke havde et system, der kunne opsamle data, og man på den måde kunne drage læring af egne fejl. På den anden side må man formode, at man på de enkelte plejecentre har haft samtaler om diverse utilsigtede hændelser, og at man på den måde fik spredt en vis læring. Dog kan man med frontpersonalets modstand gisne om, at den intraorganisatoriske læring ikke var prioriteret højt. Det ses også tydeligt i de foretagne interviews, at registrering af UTH blev anset for at være endog meget tidskrævende, og man vidste ikke helt, hvad man skulle bruge indberetningerne til. Det eneste man hos frontpersonalet kunne se var, at de nu igen skulle til at kontrolleres. Nogle steder havde man dog været vant til at registrere forskellige former for UTH i patientjournalen, og det var på disse steder, at det viste sig mest problemfrit at implementere indberetningspraksis. Den generelle holdning var dog, at man ikke havde en universel procedure, der blev taget i brug hver gang, der skete en UTH. Den lærende organisation kan dog heller ikke bygges op efter en bestemt skabelon. Det skal mere ses som en tilpasning til omgivelsernes krav og forventninger (Christensen, 2003). Og forventningen fra omgivelserne er i arbejdet med den kommunale sundhedssektor, at man finder fremgangsmåder, der sikrer , at mindst mulig skade tilkommer patienterne.

På nuværende tidspunkt er strategien og det dertilhørende system på plads, og det er klart reaktivt i sin udformning – man indberetter, udfører hændelsesanalyse og indsender til DPSD post facto. Selvom systemet i sin udformning formentligt ikke kommer til at ændre sig i forhold til den proces, så er forventningen, at man hos frontpersonalet oparbejder en sikkerhedskultur, der indebærer, at der tænkes proaktivt og på den måde forhindrer nogle UTH i at finde sted. Det niveau er man ifølge alle respondenter – både risikomanagere, centerledere og plejepersonalet dog ikke nået til. Rationalet omkring den lærende organisation, er dog, at man har brug for at diagnosticere problemerne, og det gør man ved at indberette og samle data for på den måde at se hvilke indsatsområder, der skal prioriteres . For at konceptet om den lærende organisation skal lykkes, kræver det, at ledelse og frontmedarbejdere har ejeskab over de problemer, der eksisterer samt de fremgangsmåder, man tager i brug (Christensen, 2003). Og det sidste så ud til at være implementeringen af indberetningspraksis akilleshæl, da man i starten var meget forbeholdne overfor det nye tiltag.

Frontpersonalet har dog drastisk ændret holdning til indberetningspraksis. I de foretagne interviews blev der ikke på noget tidspunkt udtrykt misfornøjelse med indberetningspligtens rationale omkring læring. Man havde kritikpunkter omkring andre forhold såsom den teknologiske barriere, men det, at der lægges op til, at man lærer af egne fejl, er blevet godt modtaget. Ikke engang det faktum, at de varme hænder flyttes til computeren/indberetningsskemaet, synes at være grund nok til, at man vil forkaste indberetningspraksis. Det tyder på, at man fra ledere og risikomanagere har løftet opgaven, at informere, følge op og give feedback på en måde, der har sikret, at frontpersonalet ikke føler sig kontrolleret eller på anden vis fremmedgjorte overfor den nye indberetningspraksis. Hos frontpersonalet tager man tilsyneladende risikoen for UTH seriøst og arbejder med hændelsen hver gang, der sker noget. Det næste stadie, ud fra frontmedarbejdernes optik, er så, at de skal til at arbejde proaktivt. Og allerede nu har man identificeret områder, hvor den proaktive tankegang er slået igennem. En frontmedarbejder fortæller, at de som en helhed, er blevet mere opmærksomme på risikosituationer og samtidig er indstillet på at gå videre med anbefalinger om forbedringer, såfremt en UTH synes at være forebyggelig. Det vidner om, at man faktisk er kommet et stykke i retning af at handle proaktivt hos frontpersonalet. På MaPSaF’s skala er næste niveau fra reaktiv dog ikke proaktiv, men i stedet kalkulativ. Dette niveau er lidt mere vanskeligt at definere. Man definerer det således, at man har *”(…)systemer på plads der kan håndtere enhver risiko”*. Overordnet set har man de systemer, der er nødvendige for at håndtere forskellige risici. Systemet tilbyder, at man kan indberette uden at blive sanktioneret, der bliver udfærdiget analyser på hændelser, det bliver samlet centralt, hvor der foretages yderligere analyser og disse dataanalyser bliver gjort offentlige. Så på den måde er det svært at forstille sig, hvad der ellers kunne gøres, da det er klart at UTH aldrig kan elimineres fuldstændigt, også selvom den proaktive tankegang slår igennem over tid. Men på den anden side, er systemet endnu ikke fuldt ud funktionsdygtigt. I Hjørring Kommune har man eksempelvis ikke et nævneværdigt antal indberetninger på nuværende tidspunkt. Det er derfor svært nøjagtigt at afgøre, hvor på den sikkerhedskulturmæssige skala man befinder sig i dag, halvandet år efter indberetningspligtens indførelse. På nogle punkter handler man reaktivt. Selve systemet, der er bygget op til formålet, har kapacitet til at håndtere alle slags risici, såfremt der kommer kvalitative indberetninger, og frontpersonalet er allerede i gang med at se efter eventuelle risikosituationer, hvilket placerer dem som proaktive på skalaen. På den anden side er der stadig nogle forbehold mod indberetningspraksis, der går på teknologiske forhindringer - en generel opfattelse af, at man lærer på bekostning af tid med borgerne og forsinkelse af implementering i en af undersøgelseskommunerne. Nogle kommuner er længere fremme i arbejdet med UTH end andre, Men generelt set, ser det ud til, at man stadig er på det reaktive plan, hvilket ikke er overraskende, når man tager organisationsudformningen i betragtning.

Som anden litteratur påpeger, så viser erfaringer fra sygehusene, at det er muligt at opnå meget stor tilslutning fra personalet, når læringen er det centrale, og at folks ønske om anonymitet efterhånden nedtones til fordel for ønsket om personligt feedback på den rapporterede hændelse. Undersøgelser og erfaringerne fra sygehusene viser endvidere, at der findes 3 kardinalpunkter for, at dette skal lykkes; meningsfuldhed, ledelse og måling/feedback.

Det skal være meningsfuldt for den enkelte frontmedarbejder at videregive og bidrage til videns- og erfaringsopsamling gennem indrapporteringerne, og samtidig er det vigtigt, at ledelsen skal bakke op om denne udvikling, og der skal være en måling af og/eller feedback på systemet, som kan bruges af både medarbejdere og ledelse. Når disse ting er til stede, har den lærende organisation redskaberne til systematisk at løse problemer, bruge erfaringer og eksperimentere med nye løsningsmuligheder, lære af best-practice fra andre og sprede viden og erfaring i hele organisationen både effektivt og hurtigt. Derfor vil der i en velfungerende organisation i sundhedsvæsenet altid være tæt sammenhæng mellem patientsikkerhed og kvalitetsudvikling (KL, 2. Marts 2010). I alle tre undersøgelseskommuner har man oplevet, at frontpersonalet har været modstandere af at indrapportere, men samtidigt oplever man over tid, at holdningen til indberetningspraksis ændrer sig til et mere positivt syn. Man har fra risikomanagernes side gjort meget ud af at forklare de bagvedliggende rationaler for at indberette, og det har til dels virket. Men som risikomanageren i Frederikshavn påpeger, så er den systemiske tankegang endnu ikke helt slået igennem, og det gælder også for Brønderslev Kommune og Hjørring Kommune. Den ledelse, der skal bakke op om initiativet er på plads i form af de decentrale sagsbehandlere og ud fra de interviews, jeg har foretaget, kan jeg konkludere, at man hos ledersegmentet tager indberetningspraksis alvorligt. Dels fordi man kan se meningen med at lære af egne fejl, men også fordi man får mulighed for at italesætte nogle udfordringer og over tid spare ressourcer ved at effektvisere arbejdsgange. Måling - og feedbackaspektet er endnu diffust. Decentralt har man implementeret forskellige måder at give feedback på indberetningerne. Men det er samtidig tvivlsomt, om frontpersonalet får noget nyttigt ud af de nyhedsbreve og andre publikationer, der kommer fra DPSD. Samtidig kan det at tage indberetninger med til morgenmøder og diskutere dem offentligt også virke afskrækkende, da den enkelte frontmedarbejder kan føle sig hængt ud.

Risikomanagernes opgave er at sørge for at informere deres plejecenterledere om eventuelle ændringer. Det stadie synes de ikke rigtigt at være nået til på nuværende tidspunkt. Man kan derfor sige, at dele af de kriterier, der findes for en velfungerende lærende organisation er til stede, men andre mangler. At det forholder sig således er dog ikke overraskende, da indberetningspraksis kun har været lovpligtig i ca. halvandet år.

Et vigtigt punkt i denne undersøgelse er spørgsmål om de indberetninger, der foretages, viser det reelle antal af utilsigtede hændelser. Lipsky påpeger, at man ikke ved, hvad der foregår bag de lukkede døre. Den enkelte frontmedarbejders incitament for at indberette en utilsigtet hændelse, der kan kategoriseres som alvorlig, er ikke åbenbart. Derfor er der en reel risiko for, at indberetningsstatistikkerne kun viser toppen af isbjerget, og at de alvorligste utilsigtede hændelser med personskade til følge ikke bliver indberettet. At en frontmedarbejder skal rapportere til sin nærmeste leder, kan derfor også have skadende effekt for systemet, selvom det fremgår, at man ikke kan blive sanktioneret for at indberette. Dette kan ligeledes tolkes som en medvirkende årsag til, at indberetninger om fejlmedicinering er stærkt overrepræsenteret i statistikkerne, fordi man prioriterer at indberette mindre alvorlige hændelser fremfor at indrømme fejl af alvorlig karakter. Også det faktum, at man nogle steder indberetter på papir kan give anledning til at spørge, om systemet er optimalt. For som en risikomanager udtrykker det, kan der være risiko for, at man undlader at indberette pga. omfanget af det, der skal skrives ned. Man må derfor nok erkende, at der er nogle faktorer, der gør, at rapporteringsgraden kan være lavere en det reelle antal utilsigtede hændelser.

Hvorfor har man indført denne indberetning af utilsigtede hændelser? Det er klart, at det bliver indført som en sikkerhed for at gøre en indsats mod de fejl, der bliver lavet.Samtidig er der en erkendelse af, at en indsats mod utilsigtede hændelser kan spare penge. Sundhedsstyrelsen har beregnet, at omtrent. 30 pct. af alle de 34.000 indrapporterede utilsigtede hændelser, fra 2004-2010, skyldes fejlmedicineringen. Hvis man alene ser på medicineringsfejl i forbindelse med indlæggelser, sker de i 2-6 pct. af alle indlæggelser, viser resultater fra udlandet og Danmark. (Dagens Medicin, 2011)

Ifølge Sundhedsøkonom fra Syddansk Universitet Kjeld Møller Pedersen er det vanskeligt at gøre op, hvor stor en omkostning fejlmedicinering udgør. Man kan dog måle på liggetiden, og ved fejlmedicinering gælder, at patienterne må ligge længere på sygehuset.

En amerikansk undersøgelse, publiceret i American Journal of Medical Quality i 2009, har vist, at en medicineringsfejl gennemsnitligt forøger liggetiden med hele 26 pct.. Prisen på den forøgede liggetid er i amerikansk sammenhæng sat til 916 dollars – eller godt 4.600 kr. pr. fejlmedicinerede patient. Disse resultater kan dog ikke direkte overføres til pleje i den kommunale sektor, men der er ingen tvivl om, at en fejlmedicineret borger, alt afhængig af alvorligheden af fejlmedicineringen, kræver mere pleje end normalt og derfor medfører et større ressourceforbrug.

Også I Spanien har man undersøgt liggetiden for fejlmedicinerede patienter. Undersøgelsen blev bragt i The European Journal of Health Economics i 2006. Undersøgelsen viste, at den mediane liggetid for fejlmedicinerede patienter er 9,1 dage højere end for den gruppe af patienter, som er blevet korrekt medicineret. Den mediane liggetid er forøget fra 6,7 dage til 15,8 dage. Denne undersøgelse omfattede dog kun patienter, hvor fejlmedicineringen havde været skadelig (European Journal of Health Economics, 2006).

I Holland nåede forskere fra HARM-studiet fra 2011 frem til, at de gennemsnitlige medicinomkostninger for denne gruppe patienter er 5.461 Euro – eller godt 40.700 kr, og at besparelserne ved at gøre en indsats overfor fejlmedicinering er betydelige.

Derfor er den udvidede patientsikkerhedslov ikke kun vedtaget for at sikre, at der ikke sker skade på borgere/patienter for borgerens/patientens skyld, men også ud fra et besparelsesrationale i new public management-skolens ånd.

# Konklusion

*”Har indførelsen af indberetningspligten på UTH-området i den kommunale sektor afstedkommet de ønskede virkninger i form af øget opmærksomhed hos frontpersonalet i.e. lærer frontpersonalet af tidligere fejl eller udgør den nye indberetningspraksis bare endnu en tidskrævende registreringsforanstaltning?”*

Besparelser på alle områder i den kommunale sektor er de seneste år blevet normen, og det er sjældent, at disse besparelser kan gennemføres uden at reducere lønudgifterne – altså fyringer. Et område, der har været hårdt ramt af disse besparelser, er ældreområdet, og frontmedarbejderne har ofte stået for skud i afskedigelsesrunderne. Indberetningspligten af de utilsigtede hændelser havde derfor en svær fødsel. Frontmedarbejderne var mildest talt ikke begejstrede over, at skulle til at bruge endnu mere tid på papirarbejde, og man var samtidig overbeviste om, at indberetningspligten udgjorde endnu en kontrolforanstaltning, der skulle hjælpe centraladministrationen med at finde de folk,der skulle fyres. De ansvarlige risikomanagere vidste derfor, at det blev en vanskellig opgave at implementere, men man var overbeviste om, at dette nye initiativ ville være et skridt i den rigtige retning for at sikre patienternes sikkerhed i mødet med den kommunale sundhedssektor. Indledningsvist var der udfordringer omkring, hvad en utilsigtet hændelse egentlig var for en størrelse. Både risikomanagere som frontpersonalet og deres ledere havde svært ved at definere, hvad der var og ikke var en utilsigtet hændelse. Efter at være blevet undervist på kurser var risikomanagerne klar til at omsætte lovtekst til praksis. Praksis bød på flere udfordringer. Frontpersonalet havde stadig ikke helt taget indberetningspligten til sig – man synes stadig, at der blev brugt alt for meget tid på at registrere. Over tid falmede frontmedarbejdernes modstand dog, og man begyndte at kunne se meningen med at indberette de utilsigtede hændelser. Statistikkerne talte sit klare sprog, og risikomanagerne kunne berette, at indberetningerne begyndte at komme til initialmodtagernes skriveborde. Ude på plejecentrene var man kommet i gang med at indrapportere de utilsigtede hændelser, og man begyndte at afholde møder omkring de enkelte hændelser. Samtidig begyndte frontmedarbejderne at tale om de utilsigtede hændelser og ud af dette, blev der eksempelvis lavet ændringer i måden, hvorpå man doserede medicin - for det var fejlmedicinering, der oftest udgjorde en utilsigtet hændelse - et faktum som statistikkerne tydeligt viste. De tre undersøgelseskommuner havde meget tilfælles, og det var derfor også de samme udfordringer, de mødte, da indberetningspligten var implementeret. Den teknologiske barriere var således en udfordring, alle tre kommuner kunne genkende. Men gennem information og feedback er man nu kommet så langt, at frontpersonalet har adopteret indberetningspligtens bagvedliggende rationale – der skal læres af egne og andres fejl for at sikre patientsikkerheden og samtidig gøre frontmedarbejderens arbejdsdag lettere. Lærer frontpersonalet noget af at indberette? Der var bred enighed hos respondenterne om, at de personligt og fagligt drog nytte af at skulle tænke over egne fejl og efterfølgende nedfælde dem på enten papir eller på DPSD’s indberetningsformular. Nogle steder var man endda begyndt at tænke i proaktive baner – i det små vel at mærke. Der er dog risiko for, at statistikkerne ikke repræsenterer det faktiske antal utilsigtede hændelser. Overspringshandlinger forglemmelser og undladelse af indberetning af alvorlige utilsigtede hændelser er dog en reel risiko, der skal tages seriøst. Incitamentet for den enkelte frontmedarbejder til at inkriminere sig selv ved at indberette en alvorlig hændelse er om end ikke ikke eksisterende, så meget svært at få øje på.

Frontmedarbejderne har stadig forbehold overfor indberetningspraksis, når det kommer til den tid, der bliver taget fra den enkelte borger for at sidde bag computeren for at registrere. I frontmedarbejdernes optik er tiden med borgeren det, de er ansat til at varetage og ikke at fungere som kontoransatte. Man er dog klar over, at det i sidste ende kommer borgeren og dem selv til gode at registrere i videst muligt omfang, og det er et stort skridt i retning af at få implementeret en velfungerende lærende organisation. Frontmedarbejdernes opfattelse er på den måde gået fra at være fjendtligt indstillet overfor det, de mente var tidsspilde og endnu en kontrolforanstaltning til, at man nu kan se at der kommer noget ud af at italesætte de utilsigtede hændelser og på den måde drage læring af disse. Jeg kan derfor konkludere, at på nuværende tidspunkt, ca. halvandet år efter indberetningspligten blev gjort lovpligtig, lærer frontpersonalet kontinuerligt og får nye arbejdsredskaber i takt med en stigende italesættelse af utilsigtede hændelser. Der forefindes en opfattelse af overvejende positive effekter af at rapportere utilsigtede hændelser, både blandt frontpersonalet, men også hos sagsbehandlere/centerledere og risikomanagere. Man tager sig tid til at sætte ting på dagsordenen, som før ikke var prioriteret. På den måde bliver utilsigtede hændelser , der før ikke gav anledning til dialog nu taget op på personalemøder osv. Den læringsproces, der sker ved at indberette en UTH, kommer som følge af, at skriveprocessen giver en opmærksomhed, der før ikke blev opnået ved ren dialog. Det hjælper således frontpersonalet selv, og det resulterer i, at der er større fokus på de fejl, man laver. Man kan sige, at der induceres en øget åbenhed omkring de utilsigtede hændelser i den kommunale sektor, samt at man har fokus på at øge patientsikkerheden i det daglige arbejde. Derfor kan jeg også forkaste, at indberetningspraksis udelukkende udgør en tidskrævende registreringsforanstaltning.

# Litteraturliste

A typology of organisatinal cultures. Quality and Safety in Health Care 13, ii22-ii27

Anbefalinger til arbejdet med utilsigtede hændelser, KL, 5. Juli 2010

Befolkningen i Hjørring Kommune – Befolkningsprognose for 2010-2024 fordelt på områder og alder. Plan & udvikling, april 2010

Case-control analysis of the financial cost of medication errors in hospitalized events, 2006; The European Journal of Health Economics 7(1): 66-71

Cost-benefit analyse af intervention overfor utilsigtede hændelser på sygehuse, Henning Beck

Cultures With Requisite imagination. In Verfication and Validation in Complex Man-Machine Systems, R. Westrum (1993), J. Wise, P, Stager & John Hopkin Eds., 401-417. Springer, New York

Den Lærende Virksomhed. En strategi til bæredygtig udvikling, Mike Pedler, John Burgoyne & Tom Boydell, Forlaget Ankerhus, Aarhus 1997.

Excess Cost and Lenght of Stay Associated With Voluntary Patient Fafety Event Reports in Hospitals, 2009; American Journal of Medical Quality 24: 153-60

Images of Organization, Gareth Morgan (1986), SAGE Publications, California

InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview, Steinar Kvale (1994), oversat af Bjørn Nake (2002), Hans Reitzels Forlag

Interviewing as Qualitative Research, Irving Seidman (1998), Teachers College Press

Kundsskap och standard, Staffan Furusten (1998), Red. Brunsson, Nils och Bengt Jacobsson: Standarder, Nerenius & Santèrus Forlag

Managing Risk in Healthcare: Understanding Your Safety Culture Using The Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Dianne Parker(2009), Journal of Nursing Management 17, 218-222

Når socialt arbejde bliver “standardvare”, Hanne Kathrine Krogstrup, Nordisk Sosialt Arbeid, nr. 3, 2002

Preventable hospital admissions related to medication, januar 2011, Value Health 14(1): 34-40

Public Policy and Program Evaluation, Evert Vedung (1997),4th paperback printing Transaction Publishers, USA

Rapportering af utilsigtede hændelser på det kommunale sundhedsområde, KL, 2.marts 2010

Sociale organisationer i en omstillingstid – Lærebog i organisationsteori til social- og sundhedsuddannelserne. 2. Udgave, 2003, redigeret af Tina Bømler

Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services”, Lipsky,Michael (1980) Russel Sage Foundation, New York

Sundhedsvæsenet, Danmark Konsensus 2009, Kjeld Møller Pedersen,, Copenhagen Consensus Center, 2009

Udvidet patientsikkerhedsordning, Sundhedsstyrelsen, 31. August 2010

Utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor Mette Lundsby Jensen Kirstine Zinck Pedersen, Dansk Sundhedsinstitut, februar 2010

Utilsigtede hændelser på de danske sygehuse, DSI institut for Sundhedsvæsen, September 200

Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook, 2nd Edition, Matthew B. Miles & A. Michael Hubermann (1994), SAGE Publications, USA

Indbyggertal for Brønderslev og Frederikshavn

(http://www.rn.dk/Regionen/FaktaOmNordjylland/NordjyskeKommuner.htm)

**Nyhedsbreve:**

DPSD 1. Kvartal 2011 (http://www.dpsd.dk/upload/dpsd\_1-2011\_001.pdf)

DPSD 2. Kvartal 2011 (http://www.dpsd.dk/upload/nyhedsbrev\_august\_2011.pdf.pdf)

DPSD 3. Kvartal 2011 (http://www.dpsd.dk/upload/nyhedsbrev\_3\_oktober\_2011.pdf)

Dagens Medicin - <http://www.dagensmedicin.dk/Pages/PrintNewsArticle.aspx?printPageId=86723>

# Bilag

### Interview af risikomanager Brønderslev Kommune.

* Er din primære opgave at varetage UTH?

Jeg er konsulent i Brønderslev Kommune. Det er en stilling, der er tredelt, hvor jeg er leder for de forebyggende hjemmebesøg, den anden er, at jeg er uddannelseskoordinator med 150 SSH og SSA elever og sygeplejestuderende, og så har jeg så den stilling, der hedder Riskmanager, det er jeg så for hele kommunen, hvor det gælder alle vores områder, det er ikke kun ældreområdet som jeg selv sidder placeret i. Jeg har også ift. sundhedsområdet. Jeg dækker hele området omkring UTH. Så min primære opgave er ikke at være riskmanager. Men opgaven som riskmanager er at sidde som initialmodtager i det system. Dvs. at alle de UTH, der kommer udefra og dem her fra kommunen kommer til mig, når de har været en tur omkring Sundhedsstyrelsen, og så sidder jeg og tjekker op på, at det *er* en utilsigtet hændelse og det jeg så gør, er at jeg sender den tilbage til de sagsbehandlere, som vi har fundet hvert sted. Og der har vi organiseret os sådan, at de sagsbehandlere det er lederne på de forskellige steder fordi vi synes det er vigtigt at lederne er inde over de ting. Vi ser alvorligt på dem, og vi skal lære af det her – det er rigtig vigtigt. Så jeg kobler den på en sagsbehandler, og min funktion er at støtte dem, alt det jeg overhovedet kan i at få lavet hændelsesanalyse, hvis de har brug for det. Min funktion er også, at hvis det her bliver en kerneårsagsanalyse, det har vi så ikke prøvet endnu, men hvor det er så alvorligt - Så er det mig, der skal være den samlende ift. sådan en. Så det er min funktion, at støtte op og være ude og undervise. Vi startede med, at jeg tyggede mig igennem alt det materiale, der er omkring området og var på det kursus. Og så har jeg haft alle de berørte ledere, der er i kommunen til undervisning. Det var en hel dag jeg underviste. Om formiddagen underviste jeg dem i, hvad en UTH er, hvordan skal vi forholde os til dem, og hvordan kan vi analysere på dem, hvordan kan vi lære af dem. Men i undervisningen lagde jeg rigtig meget vægt på at, og det er det der gennemsyrer hele vores arbejde med UTH, at det kræver en ledelse der er åben, og at der er skabt en åben og ærlig kultur. For hvis man ikke har det, så kan det være rigtig svært at få de UTH frem, og få skabt en tryghed, sådan at man har lyst til at arbejde med dem. Så det har vi da brugt meget krudt på, at arbejde med. Efter middag, da vi ligesom havde kørt de her ting igennem inkluderet hvordan man indrapporterer en uth, så blev de koblet på systemet, det der hedder DPSD2, og her var de inde og se hvordan man afslutter en sag. Så var jeg godt klar over, at alt det kunne folk jo ikke huske, bare fordi de havde siddet på sådan et kursus en dag, så efterfølgende har jeg været ude på hvert sted, når de havde indrapporteret den første hændelse. Der havde vi simpelthen en aftale om, at jeg skulle komme på besøg, dels for at jeg kom ud og så nogle steder jeg ikke kendte, og dels så de kunne lære mig at kende, så jeg ikke blev en der sad der og kun kom når der var sket en UTH, det synes vi også var en rigtig dårlig ide at jeg blev sådan en løftet pegefinger, det er jo slet ikke det jeg skal være, på nogen måde overhovedet. Så vi gjorde meget ud af, at vi kom ud og hilste på, og så sad jeg sammen med lederen, og evt. nogle stykker af dennes personale, som vi havde udvalgt der skulle indrapportere hændelser. Så sad jeg simpelthen og færdiggjorde den i systemet, så de kunne lære at bruge systemet. Der snakkede jeg så med dem om, hvordan de havde lavet den her hændelsesanalyse, for det er faktisk det vi ser som det allervigtigste. Én ting er at vi har et system, hvor man skal indrapportere, og man samler noget data, men det skal vi ligesom bare have til at køre. Det vi prioriterer, det er at vi skal lære af det her. Og derfor har vi på ældreområdet en tovholder, hvor vi har valgt at sige ”hvad har vi af typiske sager her igennem det sidste år?”, nok har de set på sagerne ude på hvert sted ,hvor de har været inde og se hvad de kan gøre, og der har det været en stor opgave på stederne, at lære at de ikke skal se på personen, det er ikke personalet der skal have øget omhu, nej, det er det system de arbejder i, der gør, at en sygeplejerske for eksempel bliver stoppet og forstyrret 25 gange, mens hun er ved at dosere medicin, så er det det går galt, fordi hun bliver forstyrret. Vi skal have det løftet væk fra personen, og det har jeg gjort rigtigt meget for at prøve at implementere. Vi skal have det løftet væk fra folks skuldre, så folk kommer til at se at det her egentlig er noget der hjælper, det bliver legalt at snakke om UTH, og i stedet for vi synes vi går rundt og laver fejl, og bliver tynget af det, så har vi taget det som; nu har vi et legalt system, og klima hvor vi kan snakke åbent om det her, og hvor det kommer væk fra personerne til det system vi arbejder med. Derfor, hver gang de skal skrive et forslag til forebyggelse inde i systemet, så har jeg været meget over dem, så sidder jeg som en anden læremester, hver gang de har skrevet om noget der minder om noget der kan gå på personen eller personalet, så får de den altså tilbage igen med beskeden om, at tænke over et bedre forslag til forebyggelse hvor i tænker i systemtankegang i stedet, og det er hårdt arbejde for dem, for de siger ofte: ”Vi har prøvet det og det og det” og så siger jeg ”Jamen prøv lige at sætte jer ned også og arbejde lidt mere koncentreret på det”. Det er meget det, jeg sidder med lige nu. Vi prøver også, som sagt, sammen med tovholderen, at se på det overordnede. Hvad er det for typiske ting, der sker i ældreområdet for eksempel. Det er meget typisk noget med fald, og medicin der er gået galt. Og hvad kan man så gøre på overordnet plan, for vi synes jo heller ikke vi bare skal sidde og lære dem hver enkel ting ude på hvert enkelt plejehjem, når vi nu har mulighed for at få det samlede overblik via det her system. Det er det gode ved systemet, at vi har det samlede overblik, og kan sige vi skal have lært det her, og vi skal bringe det ud til alle vores steder.

* Hvor langt er i med arbejdet omkring UTH?

Vi er rimelig langt, fordi vi for det første lagde ud rigtig tidligt. Så vi er på den måde rimelig langt. Og vi har da også fået mange indrapporteringer ift. vores kommune. Jeg har lige siddet og gjort det op, og vi nærmer os 300 indrapporteringer i løbet af det år her. Det synes jeg er pænt til, at det er det første år. Og det er meget bredt, alle har været på, det er jeg glad for at se, at alle er med og i gang. Der hvor vi er lige nu, lederne er klædt på, de har været hjemme og implementere hvert sted, og det var helt med vilje de skulle stå for det, for når man skal undervise andre i det, så er man nødt til selv at sætte sig ind i stoffet. Så vi har vægtet det rimeligt højt, at de selv må hjem og lære det så det kan bringes videre. De kender jo deres egen kultur og ved hvor de skal starte. Nu har vi efterfølgende, for at følge op på tingene og holde gang i ilden, for vi ved jo godt, at så længe noget er nyt, så kommer indrapporteringerne, og det gør de nu stadig, men det kan jo dø lidt hen i dagligdagen, så der har vi snakket om, at jeg skal ud og besøge alle steder på personalemøder, hvor jeg kommer og giver en generel undervisning i UTH, så får de det lidt mere generelt fra mig, og de har fået det mere specifikt fra deres leder. Simpelthen for at holde gang i ilden. Og så kan de komme med alle de der spørgsmål, de har oplevet i løbet af det her år. Ligesådan har vi tænkt, at på ældreområdet, der har vi jo den her tovholder under mig, skal hun ind og arbejde med konkrete sager af dem hun kan se er gængse, og der har vi bestemt at hun vil prøve at komme ud og hjælpe med at lave hændelsesanalyse, for vi kan se, at det er svært for dem, det er rigtig svært at lave hændelsesanalyse. Og så har vi også forlangt, at de skal få lavet mere struktur på, hvordan de arbejder med det. Det vi har foreslået er, at de har en gruppe der arbejder med det, som mødes indimellem og følger op, på hvert sted. Og når man så har fundet en løsning på hver hændelse, så er tanken, at det skal med på personalemøde næste gang, også fordi vi kan se, at det betyder meget, at den der har indrapporteret en sag skal føle at der bliver gjort noget ved det. Der skal være en handling på det for ellers bliver det bare bureaukrati, og det system man skal sidde og indrapportere til, og jeg må nok sige, det er nok det vi har haft mest fokus på, at det skal være på handlingsniveau. Det er der, det skal hjælpe noget, det er på handlingsniveau. Vi skal have systemet til at være en del af den hverdag, der skal klares. Men det har taget tid, her det første år, bare med at få implementeret omkring det system, og lære folk det. Det er vi ligesom nødt til at tage som første hug. Men det næste er bestemt at der skal laves handlinger. Så vi undgår nogle ting. Så kan alle mærke at det batter, og hjælper. Der er vi nu.

* Har i arbejdet med UTH før det blev lovpligtigt?

Nej ikke decideret, det har vi ikke.

Hvad med ude på de enkelte centre?

Ikke mig bekendt.

Så de har ikke været vant til denne omgang med oplysninger?

Nej, det de har været vant til, det var i forhold til embedslægen, for dem er det nemt det her, for de har været vant til at skulle komme med nogle ting, så det kan jeg se har hjulpet dem. Men jeg kender ikke til andre steder.

* Hvad betyder det, at indberetning er blevet lovpligtigt?

Jamen det gør da helt sikkert noget. Det skal være lovpligtigt, fordi der i disse tider spares, hvor der spares kan, så var det noget der nemt kunne ryge. Så jeg tror da det gør noget, at det er lovpligtigt. At man har pligt til det gør, at alle åbner ørerne lidt, og siger ”Hov, det er noget vi skal, så må der også være en mening med det.” Så jeg ser det bestemt som positivt, at der er en lov med ift. det.

* Er der stigning i antallet af indberetninger?

Ja, det er der helt sikkert. Og så tror jeg det kan komme til at stagnere lidt. Det er det, vi ligesom vil modarbejde nu, ved at give lidt til ilden igen sådan, at folk er med igen. Sådan er det, nyhedens interesse, så er man nødt til at holde interessen ved, at være opmærksom på det. Og det er der jeg lige skal ud, og snakke med dem om hvad deres oplevelser er, og hvor er de henne nu, og så give dem noget viden ift. hvor de er nu.

* Hvordan er økonomien skruet sammen i undersøgelseskommunen? – Hvad bliver pengene brugt til?

De er gået til de få timer jeg har. Så er de gået til kursus som jeg og to andre har været på. Så er vi flere der har hørt det. Det er vel sådan set det jeg har kendskab til, at pengene er gået til. Det er jo ikke mig der sidder med dem. Men hvor meget de er kommet ud til hvert sted, det er jeg ikke klar over.

* Hvilke udfordringer møder man i den fulde udrulning af rapporteringspligten på UTH-området?

Jeg har faktisk været solgt til Jammerbugt Kommune for at implementere deroppe, og har undervist 50 ledere deroppe her i efteråret, fordi de ikke var kommet i gang. Så dvs. det samme som jeg har kørt igennem her i kommunen, er de blevet kørt igennem i Jammerbugt Kommune. Ellers har det været en udfordring, at få dem til at tænke forebyggende og konstruktivt på den måde. Det er nyt for mange, specielt dem der er vant til at gå og helbrede på ting. Jeg er meget blevet mødt med at man siger: ”Det har vi jo prøvet, og vi har også prøvet det og det og det.” Så har jeg måttet opfordre dem til, at sætte sig ned og få lavet lidt brainstorm på det, så kunne det godt tænkes, at der kunne opfindes noget nyt og helt vildt godt i stedet for den med, at opgive på forhånd. Jeg synes det er godt, at tænke på forhånd, at der er løsninger på det her og det er ikke legalt, at man går og glemmer at give en pille hele tiden osv. Det skal ikke laves legalt, der skal handles på det. Den der udfordring i det forebyggende, i at finde løsninger som går væk fra personerne. For der er rigtig mange der synes at: ”Det var også fordi hun glemte det og det var også fordi vi havde en afløser inde…” Man holder det ved personen, og det er jo altså det der tynger alle, og det tynger personen der skal bære det, hvis denne har glemt, at gøre noget. Og jeg tror på, at vi kan gøre sådan, at folk også har det godt samtidig med, at få det her væk fra skuldrene. Og det er der jeg er meget over dem, også i selve systemet, når jeg sidder og kigger. Og hvis de ikke har lavet det ordentligt, så får de den tilbage fra mig, for jeg synes vi skal sende noget afsted som er ordentligt. Ikke bare for at sende det afsted, men så er der fundet en god løsning, ude på stedet.

-Hvad bliver der gjort for at imødekomme udfordringerne på risikomanagerniveau?

Det er der jeg følger op, og sender tilbage, hvis de ikke er lavet ordentligt, plus at jeg er ude og give endnu mere viden. Der fortæller jeg f.eks hvordan man kan lave en god handleplan, hvordan flytter vi det fra personen til systemet og i stedet ser på det.

* Er der problemer på risikomanagerniveau?

Altså, selvfølgelig har al opstart taget noget tid, så jeg har lagt rigtig mange kræfter i det, måske også flere end jeg har timer til. Men jeg tror nu, at det passer vældigt fint, når først det kommer til at køre. Det der kan komme til at vælte, det tror jeg er den dag der ligger en kerneårsagsanalyse der kommer til at tage rigtig lang tid. Altså hvor det har været så tæt på, at vi har kunnet se, at hvis det var sket så var der sket stor skade på borgeren. Men sådan en har vi ikke haft endnu.

* Møder man modstand hos frontpersonalet?

Ja, det har jeg. Det her med, at det er noget nyt og den lidt opgivende holdning, hvor de tænker: Åh nej, hvad skal vi nu i gang med, og nu skal endnu engang have en ny kontrolinstans, og er det nu endnu engang noget vi skal sidde og dokumentere. Så jo, det har jeg helt givet. Jeg har imødegået modstanden ved hele tiden at prøve, at holde fast i, at det her det er noget, der kan komme til at hjælpe os. Jeg ved godt, at der følger et system med, og jeg har også prøvet at forklare formålet med, at få det indrapporteret generelt. Altså hvorfor man i det hele taget gerne vil have det samlet. Men der hvor jeg prøver at holde fast, det er hvor jeg siger: Det er altså for, at vi skal til at have det bedre med det arbejde vi laver, og et bedre arbejdsmiljø, alle sammen, så vi også får det her væk fra vores skuldre. Og at vi kan snakke åbent og ærligt om det. Prøve at holde det på det niveau. Men jeg kan da sagtens mærke, at når folk er pressede i forvejen, så kommer der endnu en ting …. Vi har valgt, at personalet på gulvet har udfyldt et ark, og så er det nogle bestemte der sidder og indrapporterer hvert sted. Hvis man har en travl hverdag, og man skal udfylde fire ark så kunne man måske godt tænke, åh pyt. Og der har set på hvad de behøves at udfylde, og hvad kan hende der sidder og indrapporterer så klare for dem, for der er nogle punkter hun godt kan klare for, at det ikke skal se helt uoverskueligt ud. For som vi plejer at sige, det er bedre at få sagerne end slet ikke at høre om dem. Og det er fordi vi ved, at de har en travl hverdag.

* Har det økonomiske aspekt indflydelse på rapporteringsgraden og/eller på dit daglige arbejde?

Det er svært at sige, for hvis vi ikke havde det økonomiske aspekt, hvordan ville verden så se ud?! Men jeg tror på, at det har noget at sige, men jeg tror også det endnu er så nyt. Det har også noget at sige. Jeg er sikker på at vi til næste år får langt mere indrapporteret end vi har fået i år. Det er jeg sikker på! Også fordi vi holder gang i ilden, og ikke bare implementerer i et hug. Vi ved godt, at vi bliver nødt til at holde gang i det og det er vores indsats. Så jeg er sikker på langt flere indberetninger næste år, også fordi økonomien stort set er ens.

* Hvordan opfatter frontpersonalet efter din mening indberetningspraksis?

Frontpersonalet er ikke så involveret i selve systemet, som sådan. De har papirark. Så det er niveauet de oplever det, de er ikke involveret i selve det at indrapportere. Jeg tror da de synes det er omstændigt. Også fordi der er 4 sider i det ark. Først havde vi et med 2 ark, men vi fandt hurtigt ud af, at det ikke passede sammen med systemet, så det blev for krævende for hende der skulle indrapportere. Så 4 sider ligger der nu, og jeg er sikker på de tænker Åh nej, nu skal vi svare på 4 sider for det her. Jeg tror helt sikkert de synes det er en byrde. Men det er derfor jeg vil ud og have den direkte kontakt med dem, for indtil videre er det lederne der er kommet med det, og har implementeret. Og det er selvfølgelig sket på forskellige måder, alt efter hvor det er. Og derfor vil jeg meget gerne ud, og sælge den ift. den gevinst der er ved det her.

* Hvordan opfatter risikomanagerne indberetningspraksis?

Jeg ser det som godt. Jeg er egentlig forundret over hvor hurtigt det er kommet til at køre, og jeg tænker det er fordi systemet egentlig fungerer vældigt godt. Der har været nogle ændringer, som der altid vil være med et system. Men jeg synes faktisk det har kørt godt lige fra start. De er stabile omkring det at indrapportere, så på den måde er det indarbejdet hos os. Det har jeg indtryk af. Altså, at den praksis ligger der.

Hvor længe har selve organisationen været på plads?

Loven kom i september 2010, og der startde jeg. Og så lavede vi organisationsplanen, og så var jeg afsted på kursus, og underviste i november. Og det var alle sammen, allerede i november, 2010. Der var organisationen på plads, og der blev alle koblet på DPSD2, og havde fået undervisning i det. Så vi begyndte at få de indrapporteringer lige derefter.

* Er der nogle ting der ikke fungerer?

Ja, i selve systemet er det rigtig svært at finde enkelte plejehjems indberetninger samlet. Og det at lave statistik er bestemt heller ikke jordens nemmeste opgave. Og de kurser vi har været på ift. det, har i hvert fald ikke givet os noget. Vi har været nogle kommuner, Mariagerfjord, Aalborg, og jeg har prøvet at sidde sammen, for finde ud af hvad vi kan gøre, kan vi hjælpe hinanden med den forskellige viden vi har.

* Hvordan håndterer i rapporterne?

Det vi gør nu er, at når året er omme, så laver jeg en årsrapport, som det er planen jeg går til diverse ledere med, så de kan få et overblik over hvordan verden ser ud. Så laver jeg et nyhedsbrev, som følge af det, så vi får det ud til frontpersonalet; hvor er vi, hvordan står det til. Og som sagt, så har vi helt konkrete ideer om, at vi skal følge op på det, når vi følger op på hele året, hvor vi skal se på de sager som er helt typiske, som ligger alle steder. Hvad kan vi gøre ved det? Er det mere viden eller hvad skal der til?

* Hvordan spredes decentral læring decentralt i resten organisationen?

Lige nu vil jeg tage ud, og besøge dem på personalemøder så jeg også får noget viden omkring hvor de er. Og på den måde sikrer vi en ensrettethed ift. hvad vores tanker omkring det her er. Og derfor vil jeg fortsætte med, at have hånd i hanke med det. Men også fordi jeg ikke har lyst til, at sidde her på en piedestal, og bare læse de her sager, jeg vil ud og være hos dem, så de også føler jeg er en del af det, sammen med dem. Jeg tror på, at ved at nå dem lidt bedre, så får vi nogle bedre hændelsesanalyser og får nogle bedre løsninger på dem.

* Er i proaktive? Laver i analyser på områder hvor der kan tænkes at ske fejl?

Ikke nok. Vi har ikke lavet nogle analyser på hændelser, der kunne være sket. Der er vi simpelthen ikke kommet til! De er undervist i det, og der er lagt op til at det ville være det helt gode, i stedet for at gå og være reaktiv. Men al begyndelse er svær, og nu er det det her vi har brugt vores krudt på. På et tidspunkt, når det her kører, så begynder vi at tage hånd om den her proaktive tankegang. Det tager også tid, det er man nødt til at være realistisk omkring. For hvis man var kommet med det hele på en gang, så er jeg bange for at det hele ville vælte. De har nok med bare at finde ud at skule lave gode hændelsesanalyser. Så det er der fokus skal være lige nu. Men det proaktive skal selvfølgelig ind, for det er da det ideelle. Absolut.

Kan du sige hvor langt i er fra det?

Vi skal i hvert fald bruge det næste år på at nå frontpersonalet noget mere. Det er jeg ret sikker på, men jeg er da og sikker på, at når jeg står derude, så vil jeg nævne den proaktive tankegang. Måske er det allerede sket i det små, uden man sådan har sat ord på det, det kan sagtens ske, at man oplever noget uden at det kommer til mig. Men det er da noget jeg vil begynde at tænde, og så må vi se. Mere kan jeg ikke sige, for jeg tror på at det andet skal køre godt først! Et skridt ad gangen.

* Er der andre centrale problemstillinger vi ikke har været inde på?

Jeg tror vi har været godt omkring!

### Interview af risikomanager Rune Gjerløv Winther, Frederikshavn Kommune

* Er din primære opgave at varetage UTH?

Det var det i starten da jeg blev ansat 1. Dec 2010, der gjorde jeg det sådan set på fuld tid, men så lige så stille fik jeg også andre opgaver, og arbejdsbyrden, den bliver efterhånden også mindre, når man har fået det implementeret, og får lært frontmedarbejderne det de skal og derefter er det jo så, at følge op på hændelserne og det er ikke så stor en arbejdsbyrde som det med at få det implementeret, så lige nu udgør arbejdet med UTH 10-15 % af det jeg gør.

Hvad har du af andre opgaver?

Alt muligt akademisk arbejde, såsom budget, politikerbetjening, lave nogle beregninger på nogle forskellige ting såsom velfærdsteknologi.

Kan du se nogle problemer i at du ikke bruger hele din tid på UTH?

Ja, det var da selvfølgelig en fordel, hvis man havde en til at gøre det på fuldtid, men det er også vigtigt alt det andet jeg laver. Og så kan man jo sige, at det går ud på, at få lavet en organisation, som så er forholdsvist selvkørende så folk selv kan finde ud af det, ude i udførelsesleddet, så man ikke behøves at holde dem i hånden hele tiden, så på den måde kan man så minimere arbejdsbyrden for den centrale risikomanager.

Er der nogle opgaver du ikke når?

Ja, man kunne jo lave en tilbundsgående analyse af rigtig mange hændelser hvor vi så har lagt det ud til det udførende led, at lave de her analyser. Og de kan jo være af svingende kvalitet, og det ville det jo nok være bedst hvis jeg kunne deltage i alle analyserne, men så ville jeg godt nok ikke have til at lave andet. Det er helt sikkert! Så det kan man sige, at det kunne være givtigt, at gøre noget mere i det, men på den anden side må man sige, at de kan bruge mig som konsulent, hvis de synes jeg skal deltage i nogle analyser ,og det gør de ikke så tit.

* Hvor langt er i med arbejdet omkring UTH?

Vi er godt med, fordi vi har den her tradition med, at arbejde med UTH før det blev lovpligtigt. Det har de også i andre kommuner. Men det har været ret godt udbredt i Frederikshavn. Der er stor viden omkring hvad det er, og der hvor vi er virkeligt godt med er analyse ved hændelser i sektorovergange, hvor vi foregangskommune i Region Nordjylland, hvor vi har lavet et pilotprojekt, hvor vi holder nogle faste møder, hvor vi analyserer hændelser der er sket i overgangen mellem sektorer, det behøves ikke kun at være ift. det, men også hvis der er sket noget mellem læge, sygehuse og apoteket. Så det har været rigtig givtigt, vi har fået et godt samarbejde op at køre, og vi har fået de lokale lægelaug, og apoteker med i de her møder, på trods af, at de ikke får noget honorar for at deltage, så det er rigtig flot.

Kan du komme med en succeshistorie fra dette samarbejde?

Ja, der er den her historie omkring en apoteker ,der var involveret i en hændelse, som var en kompliceret indlæggelse/udskrivelse, som så fik et præparat efter udskrivelse. I og med denne apoteker var involveret i denne hændelse, så kom han med til møderne, da han synes det var spændende, og at han kunne få noget ud af det. Og er nu fast medlem og repræsenterer apotekerne i Frederikshavn kommune. Det har meget at sige, at man har de lokale aktører, medspillere om man vil, i forhold til analyse. Det har gjort, at apotekeren på et møde tog problematikken omkring fejlbehæftede recepter fra Sygehuset. Disse recepter vil man i Region Nordjylland gerne skrive i hånden. Og efter han har taget det op, så er det blevet noget bedre, de er blevet mindre fejlbehæftede, så det er en stor succeshistorie. Vi har også for nylig haft et møde, der handlede om, at Sygehus Vendsyssel har udskrevet nogle patienter til kommunen, hvilket man gør i stor stil. Og nogle af de patienter har så nogle infektioner, og nogle tilfælde potentielt dødelige infektioner, som er meget smitsomme, og når de så bliver udskrevet fra hospitalet og ud til kommunen og kommuen ikke er bevidst om at der er risiko for, at de er smittet med de her infektioner så spreder de sig meget hurtigst, og de har nogle dages forsinkelse, så man ser dem først et antal dage efter man er smittet. På den måde kan smitten virkelig nå at sprede sig, og det har vi haft et rigtig godt møde om, og hvor vi har lavet nogle indstillinger, til det der hedder kontaktudvalget på Sygehus Vendsyssel, som skal tage stilling om de synes vi skal ændre nogle procedurer i den måde vi arbejder sammen på. Det regner jeg med der kommer noget ud af, så man på den måde kan forhindre, at de her infektioner spreder sig i kommunen.

* Har i arbejdet med UTH før det blev lovpligtigt?
  + Hvad betyder det, at indberetning er blevet lovpligtigt?
* Er der stigning i antallet af indberetninger?

Ja, det har været stigende hvert kvartal. Der var 1 i 2010 og så var der måske 20 i 1. kvt. 2011, 40 i 2. Kvt. Ja, det stiger lineært, vil jeg tro.

Kan du komme med et gæt på årsagen til denne stigning?

Jeg tror, at det tager noget tid at få det implementeret og nu er vi nået dertil, hvor vi er færdige med implementeringsperioden, og man har fortalt alle hvordan, og hvorfor de skal rapportere, og hvordan man skal analysere en hændelse. I den proces, vil det jo selvfølgelig stige, jo flere man får det fortalt. Der har været en stor udfordring i, at ældreafdelingen også vil registrere det i Journalen, så det vil sige, at de rent faktisk registrerer to forskellige steder, både i journalen og i DPSD2. Det har jo så været en lang proces, at få dem til det og så også at sætte de her to systemer sammen, og lave nogle procedurer de kan gå med til. Det har trukket lidt ud, så derfor var der ikke så mange indberetninger i starten.

* Hvordan er økonomien skruet sammen i undersøgelseskommunen? – Hvad bliver pengene brugt til?

Der var nogle DUT-midler og de bliver så fordelt ud på 2 forskellige forvaltninger, som det hed dengang, og de har så fået nogle penge hver, de slog så pengene sammen og så havde de så til min løn.

Og det er så til uddannelse af frontpersonalet?

Ja, det er jo så det jeg har lavet det meste af året; uddannet personale og ledere, og hvad der ellers er - det er jo så, at følge op på hændelserne, sagsbehandle og analysere og tage kontakt til andre sektorer. Så det er hvad de har fået for deres penge. Resten det går så til almindelig drift.

* Hvilke udfordringer møder man i den fulde udrulning af rapporteringspligten på UTH-området?

Den første man møder er, at de gider simpelthen ikke at skulle til, at bruge et nyt IT-system og det er selvfølgelig også forståeligt nok. Og det man er vant til fra sådan nogle IT-systemer er jo, at man skal have en masse adgangskoder og Digital Signatur, så det gør det noget nemmere, at det er en åben database hvor man kun skal have forbindelse til internettet. Der er så også den problematik, at det så ikke er alle medarbejdere der har adgang til internettet. Der nogen man kalder tykke klienter, og nogle der hedder tynde klienter. Og de her tynde klienter, det er hjemmehjælpere og lignende, de har kun adgang til journalen og derfor kan de ikke gå på internettet, og derfor kan de kun registrere i journalen. Det har vi så besluttet at det skal de gøre, og så er der en anden der har adgang til internettet der så skal rapportere til DPSD2.

Bliver det gjort?

Det gør det i nogen grad, men det der også er bemærkelsesværdigt er, at man også godt kan lide at registrere nogle ting, som ikke er rapporteringspligtige ift. DPSD2, for det er jo ikke alle ting der er. De kan eksempelvis godt lide at registrere alle fald, men det er kun fald i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, der er rapporteringspligtige og dvs. de registrerer en masse fald, som egentlig ikke skal rapporteres. Så det de skal gøre er, at det skal registreres i journalen, der hvor de gerne vil have det stående, og derefter skal de så rapportere det, til der hvor jeg og lovgivningen, gerne vil have det. Efter er der så en gruppeleder for de her medarbejdere, som så skal tage stilling til, om det er rapporteringspligtigt eller ej, hvis det er, så skal gruppelederen så sørge for, at det bliver rapporteret. Så det er jo selvfølgelig en udfordring, at man skal have folk til at bruge systemet og skrive det samme to steder.

* + Hvad bliver der gjort for at imødekomme udfordringerne på risikomanagerniveau?

Det der er blevet gjort er, at de er blevet lavet ens. Så de her ark i journalsystemet er blevet lavet ligesom det er i databasen. Så man sådan set bare kan copy/paste. Så tager det 3-4 minutter at lave en indrapportering, hvis man har oplysningerne. Så det er begrænset hvor stor en belastning det er.

* Er der problemer med implementeringen på risikomanagerniveau?

Ja, det har jeg da. For det første, at der er mange der synes det er en administrativ belastning, at man skal bruge sin tid på det, årsagen til at de fleste fejl sker er, at man har travlt, og når man så siger, at nu skal du bruge din tid på noget andet, så får du mere travlt, og det vil så sige, at man øger risikoen for UTH, indtil man så begynder at lære af det. Så skulle man gerne mindske det. Det er jo så en af de ting man skal fokusere på, at forklare, at det faktisk er for at nedbringe tiden på det man gør, fordi man lærer af det man har gjort, og det tager lang tid, at rette op på en fejl. Det tager i hvert fald langt kortere tid, at forebygge en fejl end at rette op på den, når den er sket. Det er den første udfordring. Så er der det med IT, at de er lidt fremmedgjorte overfor det. Og så er det med, at de fleste frontarbejdere har svært ved at forstå det her med, at det er fortroligt system, og at man ikke kan blive sanktioneret ift. det. Og ift. de gruppeledere der er ansvarlige for de her hændelser, er det svært at forklare, at de skal tænke systemisk, du skal tænke på hvilke bagvedliggende årsager der er til UTH, og det kan jeg stadig mærke, at det ikke helt er slået igennem. Man fokuserer mere på, at man skal have forklaret den enkelte medarbejder hvordan retningslinjerne er og at de så skal følge dem. Men det er jo ikke ideen med det, ideen er, at man skal se på: ”er det fordi ikke ved hvad proceduren er, eller er proceduren ikke klar?” Og det er en udfordring, at få inkorporeret i sådan en organisation, at man skal til at tænke på bagvedliggende årsager, frem for på personer. Hvilke personaleledere naturligvis har fokus på - altså hvilke personer der gør hvad, så det er helt klart en udfordring.

* Møder man modstand hos frontpersonalet?
  + Hvad gør i for at mindske modstanden?
* Har det økonomiske aspekt indflydelse på rapporteringsgraden og/eller på dit daglige arbejde?

Nej det ved jeg ikke. Jeg tror det havde været nemmere, at få den til at glide ned hos de her udførere, hvis man havde haft en pose penge med. Hvis man havde haft penge til at uddanne en person i hver afdeling , men det har man så ikke. Det havde også højnet kvaliteten, hvis man havde en risikomanager i hver afdeling, men det har vi ikke. Det har selvfølgelig noget at sige, men ift. rapportering tror jeg ikke det har noget at sige, om man bliver kompenseret for de her 5 minutter, det vil bare være noget der ryger ind i den alm. Drift. Det vil ikke være sådan, at man sætter sig ned en time og siger til hinanden, at nu skal vi huskle at rapportere UTH. Så det tror jeg ikke har noget at sige ift. antal, men måske nok ifht. Kvaliteten. Det er jeg sikker på.

* Hvordan opfatter frontpersonalet efter din mening indberetningspraksis?

Jeg synes det er meget forskelligt. Der er nogen der godt kan se meningen med det, og så er der nogen der ikke kan. Jeg tror det især skyldes, at de allerede registrerer i journalen og derfor bliver det svært at så hvorfor man i det hele taget skal gøre det i den anden database. Det skal man jo så af to årsager, for det første fordi det er lovpligtigt, og så skal man det fordi, at man skal lære noget af det, man skal have central viden omkring det og man skal kunne vidensdele i hele kommunen, og man skal efter min overbevisning også gerne kunne vidensdele med andre kommuner. Men jeg synes det går lidt langsomt med den måde man samarbejder på tværs af kommunerne, det handler kun om hvordan man får rapporteret og ikke rigtig om hvad man får lært af det, og det er selvfølgelig noget der kommer hen ad vejen. Så jeg har høje forhåbninger om, at man kommer til at vidensdele på tværs af kommunerne for det kunne godt være, at det man fandt ud af i den ene kommune også kunne bruges i en anden. Så det er en udfordring, at forklare det, så fra starten skal man lige spore sig ind på hvad der skal fokuseres på når man skal holde oplæg for nogle frontmedarbejdere. For det her en af de ting der er origtig vigtige; hvad er det så der sker med de informationer du rapporterer? Der sker både den her vidensdeling og aggregeret analyse i kommunen, men når man sender den videre til patientombuddet, sker der også en aggregeret analyse der, og de vidensdeler så til os. Der kommer en årsrapport, så det bliver spændende at se hvad den indeholder.

Når analysen så kommer tilbage fra patientombuddet sender i den så videre til bostederne og plejehjemmene?

Ja, det er jo så hensigten, men det har vi ikke prøvet endnu. Eller dvs. det jeg gør, når får indberettet en hændelse, jeg skal have lavet en analyse på, så finder man ud af; er der rent faktisk noget eksisterende viden omkring det her. Og det kan man jo se inde DPSD.dk. Der er der bl.a. vidensdeling og nyhedsbreve, og ellers kan man jo også høre dem man samarbejder med, om de har haft nogle lignende hændelser, så man kan lære noget af deres analyser. Min opgave er så, at formidle den viden der allerede findes tilbage til de steder hvor der sker denne type hændelser. Det kan både være noget der sket andre steder, men det kan også være noget der er sket i kommunen, hvor kommunen har en løsning på det her problem. Her har vi eksempelvis haft et tilfælde med bofællesskab for handicappede der havde problemer med en der faldt ud af sengen, hvor de så ikke vidste hvad de skulle gøre ved problemet. Så havde man et plejehjem for demente hvor personalet er vant til den her problematik med, at ældre rejser sig om natten og står ud af sengen og vælter så derfor kender de så alle tricksene, alle de ting man kan gøre. Så var det bare at sætte dette bofællesskab i kontakt med demensplejehjemmet, så man kunne få at vide hvordan de tackler sådanne situationer. Det er sådan nogle ting hvor man siger, at her kan vi vidensdele internt i kommunen, og så skulle man også gerne kunne gøre det med de ting patientombuddet finder ud af. Patientombuddet er bare lidt mindre specifikke, mere generelle i deres formuleringer.

* Hvordan opfatter risikomanagerne indberetningspraksis, kan i mærke at der kommer noget ud af det?

Ja, det synes jeg der gør! Sådan som vi har organiseret det, der er jo sådan set, at når man har rapporteret det i DSPD2, så skulle man gerne have lært noget allerede, decentralt. Så er læringen sket, og så rapporterer man det. Man har haft det oppe på et personalemøde og her har man snakket om hændelsen, og lavet en analyse på den, og så rapporteret den. Allerede der skulle der gerne være kommet noget ud af den, før den kommer til mig. Og det kan jeg da mærke, at det gør en forskel, at man er blevet opmærksom på, at man kan analysere hændelser og det er de her ting der skal være fokus på. At det så ikke er alle der fokus på de rette ting er noget vi må rette op på, på et senere tidspunkt. Når man så rapporterer har man vidensdelingen i kommunen, derefter sender man den videre til patientombuddet skulle man også gerne lære noget der. Det er så lidt mere diffust hvad man lærer der, men man kan da lære nogle ting af det de kommer frem til. De (Patientombuddet) går heller ikke specifikt ind i alle analyser, de læser sådan set kun de hændelser som har dødelig udgang. De andre laver de kun statiststiktræk på. Det er noget andet de lærer. Eksempelvis hvilke hjælpemidler, hvilke medikamenter der bliver forvekslet osv. Det er mere generelt. Men det har de jo også større statistisk belæg for at sige. Der kommer en årsrapport hvert år, i marts tror jeg det er, og det er så der jeg glæder mig meget til at se hvad de finder ud af. Og så håber jeg på at man bliver meget bedre til at vidensdele i kommunerne i Nordjylland. Der er også noget der hedder dialogportalen som KL har, hvor man kan melde sig til som man kan skrive ind til hvis man har nogle spørgsmål. Og man kan se ud fra den dialogportal at det stort set kun handler om rapportering. Der håber jeg at man med tiden kan se om der er nogen der har noget erfaring med den her type hændelse så man kan hente noget viden den vej. Det må vi se, der er selvfølgelig store problemer med at få personalet til at rapportere i første omgang. Så må vi jo se om der kan komme noget læring ud af det på et senere tidspunkt.

* Er der nogle ting der ikke fungerer?

Nej det vil jeg ikke sige. I starten var databasen sådan lidt kringlet at finde ud, især fordi den hele tiden blev lavet om da den ikke var helt færdig da den gik i luften. Så det var selvfølgelig lidt besværligt at holde oplæg hvor man skulle vise hvordan databasen var skruet sammen og det så viste sig ikke at være tilfældet. Men det fungerer faktisk OK nu. Altså jeg vil da sige at jeg har nogle kritikpunkter ift. Hvordan den kvantificerer oplysningerne i databasen, som jeg ikke synes er hensigtsmæssig de er dårlige at trække statistik på ift. hvad årsag og konsekvens og at se kausal sammenhæng mellem årsag og konsekvens kan man overhovedet ikke. Det er noget bras, for at sige det som det er. Men det må jeg se om jeg kan få trumfet igennem, at det skal laves om. Men det tror jeg har lange udsigter.

Hvordan ville du lave det, hvis du kunne bestemme?

Sådan som det er nu er der 13 kategorier som man kan inddele hvad en hændelse handler om og de 11 af kategorierne handler om hvilken type hændelse der er sket, altså har det noget medicinering at gøre er det noget med patientuheld at gøre, infektion osv. Men de to resterende har noget at gøre med de bagvedliggende årsager. Det hedder sig Team, individ, organisation var der travlt? Var det en forkert person der gjorde det? Jeg kan ikke huske den sidste, men det er også sådan en bagvedliggende årsag og de rangerer sideordnet så man kategoriserer det; var det enten medicinering, var det travlhed eller hvad det nu var. Jeg vil jo mene at det skulle være ”medicinering pga. travlhed” som det ofte er tilfældet. Og det er der det så ville være fordelagtigt at kunne trække statistik på” Hvor mange af de her medicineringsfejl sker ifb. Dispensering af lægemidlet, pga travlhed” Man har en afhængig og en uafhængig variabel. Men sådan fungerer det slet ikke! Der er kun de her kategorier bortset fra at der også er de her to som har sneget sig ind som så rent faktisk uafhængige variable

Kan du gøre noget for at få det ændret?

Det kan jeg! Jeg kan brokke mig. Men altså problemet er, at det er system der er købt i Canada, som er som det er. Og her har man brugt en masse tid på at få udviklet de her WHO-klassifikationer, som det hedder, så jeg ved ikke om det er noget de har tænkt sig at lave om på.

* Hvordan håndterer i rapporterne? Hvordan er cyklus

Cyklus er sådan, at der er mange kommuner der har decentrale sagsbehandlere. Når man er sagsbehandler så skal man kunne logge ind. Og så har man en eller flere initialmodtagere, som typisk er risikomanagere. Så når man får en rapport er det initialmodtageren der modtager den. Initialmodtageren videresender den så til en sagsbehandler, som i Frederikshavn Kommune også er mig. De fleste andre kommuner har lederne på institutionerne som sagsbehandlere, men der har vi valgt kun at have den centrale sagsbehandler, da vi er fri for al den besvær med alle dem der skal logge ind og aldrig får det gjort, og samtidig skal sagsbehandleren også lære dem op i det her system. Det de egentlig skal når man sagsbehandler det er, at kvantificere det der står med ord. Det synes jeg for det første bliver bedre og mere ensrettet hvis det er samme person der kvantificerer og for det andet så gider de andre ikke at gøre det. Så skal man anonymisere det og videresende til patientombuddet. Selve sagsbehandlingen i DPSD2 er noget jeg varetager og det synes jeg fungerer rigtig godt. Og så er der det vidensdelingsaspekt som jeg også fletter ind når jeg læser. Så ser jeg om der er andre hændelser der minder om denne og er der noget vi kan lære derfra eller har jeg læst noget et sted. Kan man finde noget viden om hvad der kan gøres andre steder.

- Og hvad gør du så med den viden?

Den formidler jeg ud til lederen på det specifikke sted. Det vi så også skal til, at gøre det er at holde møder med nøglepersoner fra ældreafdelingen en gang i kvartalet, hvor vi samler op på de hændelser der har været. For hvis man formidler det ud til én gruppe, så lærer alle de andre ikke af det. Derfor har vi besluttet at nedsætte en gruppe, som så skal formidle det videre vi kan blive enige om er relevant, at formidle videre ud.

* Hvordan spredes decentral læring decentralt i resten organisationen?

Se svaret ovenfor

* Er i proaktive? Laver i analyser på områder hvor der kan tænkes at ske fejl?

Nej det er vi ikke. Vi laver reaktive analyser. Så må vi se om det kommer, det med de proaktive analyser. De er begyndt at lave proaktive analyser på Hjørring Sygehus, men det er jo efter nogle år, hvor de har kørt med reaktive analyser, så jeg tænker at man lige skal have de reaktive analyser ind under huden før man kan begynde at tænke i proaktiv analyse.

* Er der andre centrale problemstillinger vi ikke har været inde på?

Nej, ikke lige umiddelbart. Jeg synes vi har været godt omkring.

### Interview af risikomanager, Hjørring Kommune

* Er din primære opgave at varetage UTH?

Jeg er planlægger i Hjørring Kommune, og det er en meget bred stilling så jeg er det man kan kalde en akademisk blæksprutte og en af de opgaver jeg har er at implementere patientsikkerhed i kommunen. Vi er fire planlæggere og min opgave med UTH/patientsikkerhed det har type af en driftsopgave, dvs. det er ikke en opgave jeg kommer ud af igen, den skal jeg blive i og sørge for at køre. Så på den måde har jeg en fast opgave ift. Patientsikkerhed. Det er en atypisk opgave for den stilling jeg har. Den skifter jo så karakter efterhånden, der har været megen fokus på implementering indtil videre og nu er det, hvor der i starten var fokus på at få styr på organiseringen og hvordan vi overhovedet skulle håndtere det, hvor det mu er mere frontnært/praksisnært. Hvordan gør vi det så egent ’derude’ og man håndterer de spørgsmål der kommer fra dem der skal stå og arbejde med det i deres dagligdag, hvilke spørgsmål har de og hvordan imødekommer vi de problematikker de oplever.

* Hvor langt er i med arbejdet omkring UTH?

Vi havde et temamøde d. 22 september hvor triaden for alle involverede områder var inviteret hvor alle forvaltninger i hele kommunen var med. Og triaden består af arbejdsmiljørepræsentanten, tillidsrepræsentanten og afdelingslederen. Og der blev det her koncept for lovgivningen gennemgået. Hvad er det der ligger bag, hvad er det for en tankegang, hvordan skal vi praktisk løse det, hvordan fortolker vi det her i Hjørring, for det meget forskelligt hvordan man fortolker det her og hvor meget energi man ligger i det. Så det havde vi en introduktion til og de har fået forskelligt materiale om det rent praktiske indhold; Hvordan laver man en hændelsesanalyse. Og så er jeg lige blevet færdig med et undervisningsforløb med afdelingslederne, som her i Hjørring Kommune fungerer som sagsbehandlere. Det vil sige, at det er dem der har ansvaret for at der bliver udarbejdet hændelsesanalyser og at disse bliver implementeret, og at der bliver lavet handlingsplaner. Næste skridt er at de kommer videre ud til deres medarbejdere og finder ud af hvad der opstår når vi sætter det her i gang. Og når vi kommer tættere på det, så er det at vi risikomanagere skal ud og tale med frontpersonalet hvad de oplever og hvilke spørgsmål de har, hvordan laver de rent praktisk en hændelsesanalyse, for det er der nogle af dem der gerne vil have lidt hjælp til. Så vi er meget i den fase at vi har skubbet bolden i gang og så skal vi se hvad der sker og finde ud af hvordan vi får bolden til at rulle videre.

* Har i arbejdet med UTH før det blev lovpligtigt?

På ældrecentrene har vi. Der har der været udarbejdet skemaer til indrapporteringer af UTH. Så der har vi arbejdet med det og det kan vi også tydeligt mærke at der er stor forskel på hvor åbne og forstående de overfor indberetningen af UTH ift. Handicapområdet eller hjemmesygeplejen. Det er der rigtig stor forskel på!

* Hvad betyder det, at indberetning er blevet lovpligtigt?

Det har den betydning, at det helt praktisk er blevet en skal-opgave. Det har også den betydning, at vi nu får italesat nogle ting, systematiseret nogle ting som man måske i virkeligheden gik og gjorde i hverdagen før, f.eks. det her med at forebygge fejl. Men nu har vi gjort det til en skal-opgave, man skal indrapportere det, og man skal tale om det og det har også en stor kulturel betydning for dem ude i driften. Det her med, at man skal vænne sig til, at det er OK at tale om fejl. Fejl er jo sådan lidt et fyord, men det er ok at tale om UTH der har eller kunne have haft skadevirkning på borgere. Vi kan ikke sige om det har haft en praktisk betydning da vi ikke er særligt langt, vi har ikke nogle handlingsplaner vi kan lægge på bordet og sige: Se det her har haft denne konkrete betydning for borgeren. Men for medarbejderne så kan man sige, at det har for nogle og får som vi kommer længere frem bestemt den betydning, at tilgangen til at tale om fejl der har medført skal bliver en anden. Denne åbenhed, tillid og dialog bliver mere sat på dagsordenen og forhåbentlig det der er sædvane og dagligdag, i fremtiden.

* Er der en grund til at i først i september afholde de her møder?

Ja, altså det er der praktiske årsager til. Helt lavpraktisk blev jeg ansat i et vikariat i august 2010 og denne lovgivning trådte i kraft september 2010, og hende jeg var vikar for var hende der skulle være tovholder for det her. Dvs. at jeg først skulle sætte mig ind i lovgivningen og organiseringen i kommunen, hvad er hvad. For det var helt nyt for mig og så var det også sådan at det var tiltænkt at når hun kom tilbage fra sin barsel, så skulle hun køre det videre og det betød, at jeg ikke skulle køre det helt ud til rampen, jeg skulle mere præparere det og starte det op. Og det havde den betydning, at jeg f.eks. ikke var på kursus hvilket betød at; ”nu er vi syv risikomanagere i kommunen og vi vil gerne afsted sammen” og det var ikke meningen, at vi skulle det før hende jeg var vikar for kom tilbage fra barsel. Så det blev skubbet helt til marts og april. Det har også noget at gøre med bureaukratiet i kommunen, der er mange instanser der skal høres samt, at jeg ikke har haft denne opgave på fuld tid. Det har blot været én af de opgaver jeg har siddet med. Så derfor har den ikke fået fuld skrue fra starten, den har skullet prioriteres på lige fod med de andre opgaver jeg har.

* Er der stigning i antallet af indberetninger?

Nej, ikke på nuværende tidspunkt. Og det siger jeg fordi vi taler om måske to eller tre indberettede hændelser om ugen, på nuværende tidspunkt. Så vi er stadig så tidligt i forløbet at jeg ikke kan sige noget om. Vi er meget opmærksomme at stigninger i indrapporteringer ikke er en negativ ting og det har vi også brugt tid på at fortælle vores afdelingsledere, at de ikke skal føle det som et nederlag hvis der kommer indrapporteringer, da det meget vel kan være et udtryk for at hele tankegangen omkring patientsikkerhedskulturen, med åbenhed og dialog begynder at nedfælle sig, og at de bedre kan identificere steder hvor det er muligt at forebygge når der sker skade.

* Hvordan er økonomien skruet sammen i undersøgelseskommunen? – Hvad bliver pengene brugt til?

Vi får de her DUT-midler, Det udvidede totalbalancebudget, og det har jeg som risikomanager ikke rigtig noget med at gøre. Det kommer selvfølgelig ind på budgettet og jeg har denne pose penge at gøre med. Men de er blevet brugt til uddannelse af 7 risikomanagere. Så er der blevet afholdt den her temadag, og så er det blevet brugt på ting der ikke kan måles. En ting er, at det koster for leje af lokaler og forplejning til den her temadag men det koster også noget at trække så mange mennesker ud af driften, og indsætte vikarer. Så hele det menageri er også noget den pose penge gået ind og dækker. Jeg har som risikomanager ikke et regnskab hvor jeg kan se, hvor meget jeg har brugt, og hvor meget jeg har tilbage. Så på den måde er det ikke mig der styrer det, og jeg ved faktisk ikke hvordan økonomien ser ud.

Men pengene bliver primært brugt på uddannelse?

Ja, det er i hvert fald det der er blevet italesat.

* Hvilke udfordringer møder man i den fulde udrulning af rapporteringspligten på UTH-området?

Altså det er meget det her med; hvad er en utilsigtet hændelse egentlig? Der er meget usikkerhed omkring det, og hvad er min rolle. Der er også nogle teknologiske barrierer. Det er ikke alle der har adgang til PC, og de skal kunne indrapportere på papir. Her er spørgsmålet så, hvem der skal føre det videre til det elektroniske system. Især det med hvad en UTH er. Vi har prøvet at sige, at man ikke skal hænge sig så meget i hvad der står i lovgivningen, de skal indrapportere det der giver mening for dem. Jeg ved godt, at der står i lovgivningen, at det skal være i forbindelse med sundhedsfaglig virke, men der er også meget af det vi laver, og den her tankegang der ligger bagved, vi kan bruge i pleje og omsorg. Så vi har ikke skåret det ud i sort og hvidt hvad en UTH er, netop for at imødekomme at det ikke er meningen at frontpersonalet skal bruge tid på at stå og overveje om det er en UTH eller ej, så får du dem til at indrapportere alligevel. For det kommer til initialmodtageren, og det er så mig, og jeg agerer jo som et filter for hvad der er det ene og hvad er det andet, og hvor er der behov for at vi går ind og taler noget mere om hvad en UTH egentlig er. Men altså, det er meget usikkerhed om hvad det egentlig er for en størrelse.

* Hvad bliver der gjort for at imødekomme udfordringerne på risikomanagerniveau?

Ja, vi er altid til rådighed for spørgsmål og vi taler meget med afdelingslederne, for det er dem er nærmest deres personale, og vi har lavet brochurer, vi har intranet med informationsmateriale som de kan gå ind og læse mere i. Jeg tænker, at det bliver tydeligere når vi kommer længere frem, om det har haft nogen betydning de ting vi gjort, og så kan vi også tilpasse strategien som vi kommer længere frem, så vi er meget fleksible ift. til at imødekomme de problemstillinger der viser sig.

* Er der problemer på risikomanagerniveau der ikke har noget at gøre med teknologiske problemer el des lige?

Ja, det er tid! Helt konkret tid. At have mere tid til den her opgave. Der er nogle kommuner der har valgt at ansætte en risikomanager på fuld tid, og det er jo så en person der kan fordybe sig i det her og dedikere al sin tid til det. Det er der ikke nogen af os der kan, vi er syv risikomanagere så på den måde så er der ikke en der står med ansvaret alle forvaltninger og alle de berørte områder. Men altså det er helt klart, jeg vil ikke sige et problem, men en udfordring, at vi ikke har mere tid end vi har til det.

* Synes du det er den mest hensigtsmæssige organisering, at i er så mange risikomanager i Hjørring Kommune?

Ja, det synes jeg det er. Ved at vi har en risikomanager på hvert berørt område betyder, at de sidder og har en viden og ekspertise indenfor netop den forvaltning. For eksempel, hvis jeg også skulle være risikomanager på arbejdsområdet, altså jeg ved godt hvordan man arbejder med UTH, men hvad det er de laver og hvilke situationer UTH kunne forekomme, har jeg ingen viden om. Så ved at hvert område har mindst en risikomanager er ansvaret også bredt ud. Det synes jeg virker rigtig godt. Og nu er jeg jo tovholder, så jeg er på en måde risikomanager alle steder. Udover det, så er der to dedikerede på ældreområdet og det er et rigtigt stort område, og jeg har svært ved at se en person skulle kunne varetage det som en del af sit arbejdsportefølje. Der ville det være svært at få enderne til at mødes. Så jeg synes det er en hensigtsmæssig måde vi har organiseret på.

* Møder man modstand hos frontpersonalet?

Altså den modstand vi har mødt i nuværende fase har været at de tusind andre ting de skal gå ind og dokumentere dertilhørende IT-systemer, så det har meget været møntet på den diskussion, at man tager varme hænder og gør dem endnu mere kolde fordi, at de skal bruge tid på at sidde og indrapportere i et system. Men det er sådan set mest det. Derudover synes det er blevet meget godt taget imod. Når jeg står og fremlægger overfor dem, kan de godt hvad de skal med det her. Men der ligger altid den underliggende skepsis omkring, at de skal bruge mere tid bag skærmen. Det er meget forskelligt fra sted til sted, men jeg fornemmer at de er noget lurende ift. om det her er endnu en kontrolinstans. Men det lægger vi meget vægt på, at det ikke skal ses som kontrol. For det første har embedslægen ikke hjemmel til at se systemet. Så kontrollen ville kun være internt i kommunen. Men vi bruger det jo ikke til kontrol, vi bruger det som kvalitetsfremmende arbejde. Nu hedder det godt nok patientsikkerhed og det er jo også med henblik på, at forebygge skader der sker på patienterne, ved at ændre på arbejdsgange og procedurer osv. Så på den måde er det også en kvalitetssikring af deres arbejdsvilkår. De kan være sikre på, at jo mere de arbejder med det her, jo mere kan de være sikre på at der bliver gjort noget for at modvirke der sker en fejl i deres arbejde. Der er meget faglig stolthed i det her. Jo mindre sandsynlighed for, at frontmedarbejderne laver fejl, jo mere stolthed er der i det. Den vinkel er der også.

* Hvad gør i for at mindske modstanden?

Vi prøver at komme med de gode historier og dem vi jo netop fra ældrecentrene, for de har arbejdet med UTH før. Og det betyder meget at det er deres kolleger der kan komme med de her historier og det bliver taget rigtig godt imod.

* Har det økonomiske aspekt indflydelse på rapporteringsgraden og/eller på dit daglige arbejde?

Nej, det har det ikke. Som sagt ryger DUT-midlerne ind i budgettet for hele området, og vi har ikke et regnskab. Det har selvfølgelig den betydning, at vi kan købe en computer til de steder der ikke har adgang til en. Så på den måde har det selvfølgelig en indflydelse.

* Hvordan opfatter frontpersonalet efter din mening indberetningspraksis?

Er besvaret tidligere

* Hvordan opfatter risikomanagerne indberetningspraksis?

Altså vi har en meget positiv opfattelse af det, vi er meget entusiastiske omkring det. Og vi synes alle, at det er en rigtig god ide, vi kan godt lide tanken bag, de ting den medfører. Ældreområdet italesætter en vision om netop tillid, dialog og arbejdsglæde. Og ved netop, at arbejde med UTH og patientsikkerhed, så erkender vi at vi skal lægge vores fejltagelser på bordet og tale om dem. På den måde oparbejder man en kultur hvor det ok, at tale om de ting jeg har gjort galt eller du har har gjort galt. Man prøver at vende det til ikke at gøre det personfikseret og ved netop at få oparbejdet den her måde at italesætte ting på, så får man også mere arbejdsglæde ud af det fordi at man netop ikke går og putter med noget og at der spilles med åbne kort. Så vi synes egentlig, alle os risikomanagere, at det giver rigtig god mening og det er også meget med den måde vi formidler budskabet på. Og det kan vi mærke har en positiv effekt og den respons vi får fra frontpersonale og ledere er, at det har en afsmittende effekt, at vi er så entusiastiske omkring det. Vi har alle været på kursus hvor vi har siddet sammen med mange andre der har eller skal til, at have samme opgave som os, og det har været stor forskel på hvad man har synes om det som risikomanager. Og der har vi talt om, at det godt nok bliver op ad bakke hvis man kommer med det som en byrde og har opfattelsen, at det er en tidsrøver osv. Men vi har været positive lige fra starten af. Selvfølgelig har vi syntes, at der har været udfordringer, specielt ift. hvordan vi skulle udbrede budskabet og organiseringen, men samtidig havde vi det på den måde, at vi måtte bygge skibet som vi sejler. Vi kan ikke sætte et færdig skib i søen, vi bliver nødt til at lære af vores fejl. Der er megen gåpåmod og meget positivitet omkring det.

- Bliver tingene så gjort som i gerne vil have det gjort?

Når jeg taler med frontpersonalet, så kan jeg høre nogle af de samme budskaber som jeg er kommet med også er nogle de selv tager i munden. Og det synes jeg er meget positivt. Selvfølgelig sidder man nogle steder og laver egne fortolkninger og det skal der også være plads til, men jeg synes, det er rart at budskabet som vi gerne vil have ud faktisk også kommer ud. Og netop den positive vinkel er vigtig. Hvis man oplever nogle problemer skal man ikke kaste håndklædet i ringen, så tager vi fat om det og de ved, at de altid kan tage fat i deres risikomanager og på den måde kan vi høre at vi brænder igennem selvom det har væres igennem ledelsesleddet først.

* Er der nogle ting der ikke fungerer?

Det er svært at sige lige nu.

Er der nogle ting du ville gøre anderledes hvis det stod dig frit for?

Jeg vil gerne have, at jeg kunne sige til frontpersonalet, at i siger bare til, så kommer jeg on the dot. Det kan jeg ikke. Jeg kommer så vidt det er muligt. Jeg bliver selvfølgelig nødt til nogle gange at henvise til eksisterende info, som de skal prøve først og hvis det ikke virker så tag kontakten igen. Og det er de vilkår der er. Noget jeg lurer på, som kunne være en udfordring, det er rent praktisk hvordan sagsbehandlerne, altså afdelingslederne i vores kommune, hvordan de får sagsbehandlet i databasen. De har også utroligt travlt og jeg lurer lidt på hvor grundige de bliver i deres sagsbehandling. Jeg er sikker på de tager opgaven alvorligt, men jeg ved også, at det bare en opgave blandt mange. Så jeg er spændt på, at se hvordan det kommer til at gå når de skal lave hændelsesanalyser, for dem har jeg ikke set dem lave endnu. Jeg er spændt på at se indholdet, og jeg er spændt på at se hvordan de ansvarsfordeler, altså om de udliciterer, for det kunne jeg godt forestille mig. Og det ville også være okay i et vist omfang. Jeg er spændt på at se hvem de inddrager i hændelsesanalyse, om de synes det er for tidskrævende, at lave dem på personalemøder, som jeg har opfordret dem meget til at gøre, alt efter hvilken hændelse det er. Det er sådan noget jeg forestiller mig som udfordringer i fremtiden.

* Hvordan håndterer i rapporterne?

Vi har lagt det så decentralt som muligt. For det er ude decentralt, at læringen skal foregå. Der er lagt op til at frontpersonalet, dem der observerer den UTH, indrapporterer hændelsen. Så går den ind i hovedpostkassen, og der er jeg initialmodtager, så viderevisiterer jeg ud til afdelingslederne, som er sagsbehandlere. Det er sådan vi har organiseret det i Hjørring. Risikomanageren bliver inddraget i sagsbehandlingen, når det er alvorlige hændelser der er sket, og selvfølgelig i øvrigt hvis de har behov for at få input eller styring på en alm. hændelsesanalyse. Det er mig som tovholder-risikomanager, der samler trådene og dvs. at det er mig der skal sørge for den årlige rapport til patientombuddet. Det er mig der er hovedbanegården ift. Informationer, beskeder, vejledning og spørgsmål.

* Sidder du og analyser hændelser?

Nej det har vi gjort sådan, at det kun er sagsbehandler der gør og det er sagsbehandler selv der afslutter rapporterne og indsender dem. Dvs. at de ikke skal forbi risikomanageren før de bliver afsluttet i patientombuddet. Det har vi valgt at gøre, da der rent teknisk i DPSD er det sådan, at når du som sagsbehandler får en sag ind som du skal sagsbehandle, så ligger den på dit databasemodul. Og hvis du videresender den, lad os sige til risikomanageren så giver du slip på den sag. Dvs. så forsvinder den ud af din database. Men vi ser faktisk en fordel i, at de har deres database som et slags bibliotek over de sager de har sagsbehandlet. Det har de også selv tilkendegivet, at det er en stor fordel at de beholder deres sager. Selvom en sag er blevet afsluttet så ligger den stadig i databasen på deres modul. Så det, at de har et bibliotek over alle deres sager det er meget positivt. Hvis de sendte dem ind til mig så ville jeg samle dem i mit bibliotek, men vi synes det er mere hensigtsmæssigt at det bliver ude decentralt.

* Hvordan spredes decentral læring decentralt i resten organisationen?

Frontmedarbejderne holder deres egen læring qua de holder deres egne sager. Vi har ikke sagt de skal, men vi ser rigtig gerne at de sender deres hændelsesanalyser ind til mig, og så har vi så på intranettet en patientsikkerhedsside hvor der bl.a. er en fælles læringsportal hvor de analyser man kan se, kan være til nytte for andre bliver så sendt til mig hvorefter jeg lægger dem ind på intranettet og kan lave en nyhed omkring det, plus at vi os 7 risikomanagere har møder hvor vi tager de relevante hændelser med og diskuterer de handlingsplaner der er og viderefører det ud i de enkelte risikomanageres del af organisationen. Vi opfordrer meget til, at de sætter det på dagsordenen på deres ledermøder så de uden at vi risikomanagere nødvendigvis er indblandet, taler om de hændelser de har i deres afdeling og hvad man har valgt at gøre ved dem.

* Er i proaktive? Laver i analyser på områder hvor der kan tænkes at ske fejl?

Ikke mig bekendt, endnu. Men jeg har gjort meget ud af, at sige, at en hændelsesanalyse og det setup der er omkring patientsikkerhed og UTH-lovgivningen er reaktivt, og det også godt at reagere reaktivt, men hvis man ser på patientsikkerhedskulturen, så jo mere udviklet patientsikkerhed, jo mere proaktivt tænker man, og det har jeg selvfølgelig også lært dem og ude på vores patientsikkerhedsside på intranettet ligger også fejlkildeanalyse og patientsikkerhedsrunder så man netop kan gribe det proaktivt an. Og det er også blevet taget godt imod. Og de siger også selv ”så kunne vi gøre det sådan her og vi ved godt et eller andet sted at der kan være et risikomoment i det her, men hvis vi gør sådan her så eliminerer vi risikomomentet. Så bare det vi taler om det og viser hvordan vi rent praktisk kan gribe det an det har sat mange ting i gang. I hvert fald talemæssigt. Jeg kender ikke til om der er nogen der har gjort noget ved det endnu.

* Er der andre centrale problemstillinger vi ikke har været inde på?

Det er en udfordring, at få samarbejdet til at fungere omkring sektorovergangene, som Frederikshavn har været et rigtigt godt eksempel på hvordan man kan håndtere det i form af deres UTH-klinik. Vi er også ved, at oprette en UTH-klinik her i Hjørring, så vi har både kontakt til Sygehus Vendsyssel og risikomanager for praktiserende læger som vi er i gang med at starte et samarbejde op med. Og de har så også velvilligt lovet os, at de gerne vil være med til at indføre os i den her måde at arbejde med andre sektorer på. Men det er i hvert fald en udfordring, også fordi vi i kommunen har mange hændelser hvor både sygehus bliver opmærksomme på ting vi gør og vi bliver opmærksomme på hvad sygehuset gør i, forbindelse med sektorovergange hvor vi så samarbejder omkring borgeren. Og det her med, at få tingene til at give mening, at indrapportere en hændelse som man i kommunen bliver opmærksom på er hændt i sygehusregi. Det kunne f.eks. være en borger der er kommet hjem til plejecenter eller egen bolig og medicinlisten ikke er overensstemmende med de piller der er. Det er en problemstilling vi ser igen og igen og som vi lige nu er i gang med at gøre noget ved i dette samarbejde. Det er rigtig positivt, men det der er humlen er, at hvis jeg som sygeplejerske rapporterer en hændelse på sygehuset, hvordan ved jeg så hvad de gør ved det, for det ligger mig som sygeplejerske meget på hjertet at vide at den problematik jeg har set og italesat den bliver der gjort noget ved og jeg vil gerne vide hvad der bliver gjort. Så hele den der feedback, også ud af egen organisation er også noget vi skal være opmærksom på for at fastholde meningen med det her arbejde.

* Er der mellemkommunal kommunikation omkring UTH?

Ja, vi har jo formelt set den gruppe der hedder faglig følgegruppe for UTH, der er forankret i regionen. Udover det, så er der nogle kommuner der har samarbejdet og har lavet netværk. Når man kommer til at kende hinanden og når vi har været på konferencer sammen så bliver det jo tilgængeligt at ringe til hinanden. Og man ved jo, at i Aalborg har de gang i det der og risikomanageren i Aalborg fortalte om det her og det er jo det vi står i nu. Så ringer jeg lige og spørger hvordan de egentlig tacklede det. Så på den måde samarbejde vi om viden og jeg synes egentlig der meget åbenhed omkring det. Også i forhold til brochureudarbejdelse, og undervisning, og erfaringer, og konkret materiale der bliver udvekslet. Så det synes jeg bestemt er positivt for vi står jo alle sammen overfor lignende eller ens udfordringer.

### Interview med Centerleder, Brønderslev Kommune

* Havde du/i nogle forbehold overfor indberetningspraksis?

Nej, ikke andet end jeg tænkte ”Åh nej”. Nu skal vi til, at lave noget nyt. Jeg har arbejdet meget med utilsigtede hændelser på de gamle skemaer. Kan man nu finde ud af det her, kan mine medarbejdere, vil de sætte sig ind i det, og sådan noget. Og jeg tænkte og neeej det kommer vi aldrig igennem omkring undervisningen. Men når man så kommer igennem det, så er det ikke så slemt!

* Var der nogle bekymringer blandt medarbejderne?

Neeej, de havde det nok ligesom mig. Jeg havde forberedt dem på min undervisning, og så havde jeg en underviser ude og fortælle om det også, så mine medarbejdere har simpelthen fået turen. Der har også været problemer, mange problemer med at få skemaerne udfyldt rigtigt. Men jeg sendte skemaerne retur til dem Det kan godt være, de kom retur 5 gange, inden de var udfyldt rigtigt. Det kan ikke hjælpe jeg gør det, det lærer de ingenting af. Så de røg frem og tilbage. Til sidst lavede jeg nogle forslag til hvordan man kunne gøre det, og det har virkelig hjulpet. Nu kommer de. Men de er blevet bedre til at passe på at de utilsigtede hændelser accelererer, for de ved, at det er skide træls at udfylde skemaerne, så nu passer de mere på at lave fejl. Så det er mere den der med, at ”Hvad er dit forslag til en forebyggelse” Det er den der er træls! Der har man været slemme til at skrive at ” Der skal jeg være bedre til at huske”. Det er jo ikke en forebyggelse, vel! Så den er røget frem og tilbage.

* Så en af udfordringerne har været, at få dit personale til at udfylde skemaerne korrekt?

Korrekt ja, og så at følge op på det. For det hjælper jo ikke, at man siger man vil lave et ekstra tilsyn ved borgeren, hvis det så ikke bliver gjort. Det ekstra tilsyn skal ind i døgnplanen. Og de er rigtig gode nu, det synes jeg!

* Hvordan opfatter du den nye indberetningspraksis?

Tjaa, når de kommer til mig, så er det mig der skal indberette den, og det er mig der skal følge op på den og jeg syntes det var noget værre besvær. Og når der går længe imellem dem, så tænker jeg om jeg gør det rigtigt, men Jonna (risikomanageren) har ikke ringet endnu, eller jo en enkelt gang.

* Får i noget ud af det her?

Jaja, det gør vi! For vi snakker jo om det, og de der utilsigtede hændelser, især med de gamle skemaer, når de kom ind så tog jeg dem med til morgenmødet og siger hallo, hvad har i tænkt jer der skal skrives her ved denne hændelse, og hvad synes i der skal gøres for at det ikke sker igen? Nu ligger den jo ude ved den enkelte der skal rapportere.

* Hvad var reaktionen fra dine medarbejdere, da du begyndte at tage indberetninger med til morgenmøderne?

Jamen det måtte de jo bare finde sig i. Nej, jeg tror faktisk det har været rigtigt godt. Nu er jeg her jo til morgenrapporten og ved at, man så siger at der har været en UTH på det og det, så lærer de en masse af det. Når jeg får en så tager jeg den med ind til mig selv og når jeg kan se at der er en der har glemt medicin så tager jeg den med til morgenmødet og spørger hvem af dem der har glemt det her medicin og det bliver offentligt. Og så beder jeg vedkommende om, at få indberetningen udfyldt. Hvorfor skal man gemme sig pga sådan noget, for det kan jo være en forglemmelse. Det kan også være en beboer der bare ikke vil have medicinen. Så skal det jo ikke laves som en UTH, så skal det bare stå i døgnrapporten, at vedkommende ikke vil have sin medicin. Så er det jo ikke en UTH og det er dejligt. Så det er den med hele tiden at have dialogen. Og det er alle der kan gøre noget.

* Den her nye praksis har simpelthen gjort, at i er begyndt at italesætte nogle ting?

Nej, det gjorde vi i forvejen. Ja, men nu har vi bare fået nogle nye skemaer, hvor vi skal gå lidt mere i dybden, det der med, at de skal træne sig selv meget i ikke at personfiksere i skemaet, de skal ikke føle det er dem, der skal have på puklen, det er hændelsen de skal fokusere på.

* Har du nogle forbehold overfor indberetningspraksis i dag?

Nej, ikke udover den måde skemaerne er lavet på. De er jo ikke magen til det skema man skal indberette i, de er ikke identiske, og det synes jeg faktisk er lidt træls. Det er simpelthen bare ikke i orden.

* Bruger du meget tid på at indføre skemaerne i systemet?

Nej ikke mere, men jeg bruger da tid, og det ville da egentlig være skønt hvis de var ens. Og det ville da være skønt, at jeg bare kunne scanne den ind når personalet har udfyldt dem. Og så sende det. Jeg bruger jo meget tid på at skulle skrive de ting mit personale har skrevet. Og jeg skal også passe på at skrive de ord som de har skrevet i stedet for jeg går ind og ændrer til hvordan jeg synes det skal skrives. Så det synes jeg ikke er i orden, men hvis man kunne scanne ind og så sende, så synes jeg det ville være i orden!

* Hvornår startede i med det her?

Det kan jeg ikke huske! Da vi skulle! Vi fik jo undervisning inden det skulle træde i kraft, så vi har været i gang siden da.

* Har du overblik over hvor mange indberetninger i har lavet?

Øhh, jeg vil tro, at vi har en indberetning hver 14. Dag.

* Har du oplevet nogle udfordringer ift. indberetningspraksis?

Det er, at det skal have den korrekte formulering. Vi kan ikke bare skrive ligesom vi gjorde på de gamle skemaer. Det har været en udfordring for både personalet og jeg.

* Du siger formuleringen skal være mere specifik, har du indtryk af om det gør noget for læringen på stedet?

Det gør det da! Fordi den enkelte skal tænke over, hvad det er sket, hvordan får jeg det skrevet og hvilken forebyggelse kan jeg gøre fremadrettet? Så det giver en større faglighed. De tænker betydeligt mere fagligt, det synes jeg! Jeg synes ikke det er så ringe. Dengang vi kun havde det internt i kommune, så betød det måske ikke så meget. Det blev jo her i vores mappe herinde. Nu er det jo ikke kun os der skal læse det, der sidder nogen et andet sted, der skal bruge det her, det skal de bare vide.

* Har du indtryk af om der bliver brugt meget tid på indberetning?

Ja, der har været brugt rigtig rigtig meget tid på det indtil de har fået lært det. Nu ved jeg der kom en UTH i går og der sad en afløser, og en fastansat og gjorde det sammen i 10-15 min. Og de lavede noget begge to. Men det tager tid for ellers skal jeg havde, og hvis den ikke er i orden så ryger den tilbage igen.

* Hvad synes du om det nye IT-system, hvor du skal indberette hændelserne?

Tjo, hele vores verden er jo IT. Og det er nok godt nok, at nogen kigger os over skulderen, og så det er den vej infoen kommer. For ellers har vi det jo bare internt. Det er nok godt nok!

* Har i prøvet at få feedback på en indberetning?

Nej, det tror jeg ikke. Jeg regner med, at intet nyt er godt nyt. Hvis det var rigtigt dårligt, det vi lavede, så går jeg ud fra hun ringer og når hun ikke ringer så går jeg ud fra det er godt nok.

* Er der ellers nogle problemstillinger på det her område som du kan nævne?

Nej, jeg vil nok sige at jeg ikke rigtig ved hvordan jeg skal hjælpe en pårørende hvis de skal lave en indberetning. Den er jeg lidt usikker på. Jeg har været inde og kigge lidt, fordi jeg har lavet en lille velkomstmappe til alle nye beboere, og der har jeg skrevet i, at man kan gå ind og lave en UTH som pårørende. Jeg er sikker på det er rigtigt det jeg skriver, men hvis de kommer og spørger, om jeg kan hjælpe dem, så ved jeg ikke rigtig, om jeg kan gøre det rigtigt. Lige den der, den kunne jeg godt tænke mig, at vide noget mere om. Det er ikke fordi vi har nogle klager, men det ville være skønt nok en dag der var et eller andet, for jeg hørte i radioen den anden morgen, at lige præcis pårørende kunne gå ind og gøre det og der tænkte jeg om jeg var gearet til det her, hvis nu der skulle blive noget. Lige den mangler jeg. Men det kunne jeg jo egentlig bare forske noget mere i, eller få Jonna til at undervise i.

* Den sagsbehandlerfunktion du har, er det noget du bruger meget tid på?

Ikke mere, jeg ved heller ikke om jeg gør det rigtigt. Men jeg går jo ud fra, at hvis jeg ikke gør det rigtigt så får jeg besked. Den dag Jonna var ude at vise mig i tingene tænkte jeg: Neeej, det kommer jeg aldrig igennem. Men det gør jeg jo, det tager nemlig ikke så lang tid.

* Så du mener at det er overskueligt?

Jamen det er det! Jeg synes bare, at dengang vi fik det præsenteret der tænkte jeg åh nej, hvordan skal vi klare det, men det tager altså ikke så lang tid, men det er bare med, at huske at få det gjort.

* Taler du med andre centerledere omkring det her?

Nej ikke ret meget, for jeg tror, at vi alle har indset at opgaven ikke er så stor, som vi havde regnet med.

* Erfaringsudveksler i?

Jamen det gør vi hvis problemerne er der. Vi gjorde det i starten, vi synes det var simpelthen så træls. Nu skulle vi også til, at lave det sammen med alle de andre opgaver. Men den er ligesom faldet lidt ned. Men jeg ved jo heller ikke om nogen er bedre til at huske at indberette. Nu sidder jeg jo i regionen, så der ser jeg dem jo også, og der bliver de også drøftet. Så det kan godt være jeg er mere striks. Når jeg får stillet en opgave så laver jeg den også.

### Interview frontmedarbejder/SOSU-assistent, Hjørring

* Havde du/i nogle forbehold da i fik besked om den nye indberetningspraksis?

Lige i starten hvor man tænker; for fanden skal vi nu også til det?!. Vi var også sådan lidt; skal vi nu kontrolleres+ Fordi vi synes jo vi blev kontrolleret nok. Vi havde faktisk sådan en lille joke med at jeg og en anden kollega satte en seddel op på toilettet hvor vi så skulle sætte en streg hver gang vi havde været på toilettet. Der var faktisk en af afløserne hun sagde; vil de også have det nu? Til det svarede vi ”Ja ja” og hun endte med at sætte en masse streger og også om det var stort eller småt, og hvor tit man var derude. Vi lavede lidt fis med det for vi synes faktisk at nu skulle vi kontrolleres igen.

* Er det blevet bedre over tid?

Det synes jeg, for eksempel sådan noget som forkert medicinering. Det har vi fanget nogen fejl. Vi er tre afdelinger her i huset og vi havde lidt forskellige måder hvordan vi doserede op på, og der har vi fanget nogle fejl, for hvis man så går over på en afdeling og er nødt til at skal dosere så fanger vi nogle fejl den konto. Og så har vi fået vores hus rettet lidt ind så vi arbejder mere ens.

* Hvordan opfatter du den nye lovpligtige indberetningspraksis i dag?

Altså jeg synes det er fint at have, for vi fanger altså nogle fejl. Det er jo også noget med, hvis folk ikke har fået deres medicin, at så er det fint nok, at man skal gå ind og se om det er fordi vedkommende har været for dårlig til, at tage den eller om det rent faktisk er blevet glemt. Og her kan man så se hvorfor det er blevet glemt. Er det fordi der har været nogle ukendte folk herinde.

* Hvilke procedurer har i til at checke op på det her?

Hvis nu f.eks. jeg kan se, at vedkommende ikke har fået deres aftensmedicin, jamen så skal jeg gerne lige ind i journalen og tjekke, står det i journalen, at damen har været dårlig og derfor ikke har kunnet tage sin medicin – okay så ved jeg hvad der er sket.

* Er det anderledes end før?

Ja, der gik vi ikke ind i journalen, og tænkte bare, nå det fik hun nok ikke. Jeg synes faktisk det er fint nok, at man lige er indenom. Eksempelvis sådan noget som afføringsmedicin, det er vigtigt at man finder ud af om det virker eller ej, og tit virker det først når vi er gået hjem. Og der skal vi nu notere hvad der er sket, ”det har haft god effekt” eksempelvis. Og det laver lidt mere samarbejde. I starten synes vi nok det var, at slå hinanden lidt i hovedet med det. Men vi har fået det vendt til, at vi nu kan se at der er nogle grunde til det, at vi skal bruge. Også for at passe på os selv.

* Har du nogle forbehold overfor den nye indberetningspraksis i dag?

Nej, jeg har ingen forbehold. Nej, det synes jeg ikke. Jeg synes det fungerer godt.

* Har du prøvet at lave en indberetning?

Ja, det har jeg faktisk. Det var noget medicin der ikke var blevet givet, og det var fordi vi havde haft en afløser inde der ikke var klar over det. Det var så kommunikationen der gjorde at hun ikke var klar over det.

* Og hvad er proceduren i et sådan tilfælde?

Der går vi ind og skriver, at her skulle den der gik sammen med afløseren skulle have informeret og sagt, husk nu lige at der er noget medicin der skal gives. Når vi har en afløser inde, så skal de tage medicinarket frem, fordi vi skal tælle om der er det rigtige antal tabletter. Så man kan sige, at afløser ikke har udfyldt hendes del af aftalen, for hun skulle have haft mappen fremme og på den måde set, at den givne borger skulle have haft fire tabletter eller slet ikke have haft nogen.

* Er det efter at det er blevet lovpligtigt at indberette UTH, at i er blevet mere opmærksomme på at skrive i journalerne?

Ja, alt skal dokumenteres. Hvis nattevagten har haft en der har klaget over hovedpine, og hun så har givet hende 2 Panodiler, så skal jeg ind og notere at det f.eks. har haft god effekt.

* Så man følger op på beboeren?

Ja det gør vi, hver dag. Hvis aften/natholdet harskrevet noget så skal næste vagthold ind og kommentere på det.

* Og det er nyt?

Det er nyt, det er nok også embedslægen der vil have vi skal det. Og det er generelt på ældreområdet. Nogle gange så tænker man, hold kæft mand, skal vi nu også det? For tiden går jo også fra vores ældre, da vi bruger meget tid inde foran computeren, men vi skal gøre de ting. Altså der har været nogle ting, nu er jeg jo SOSU-assistent, og ansvaret for medicin og sådan nogle ting, hvor hjælperne siger; i sidder sgu bare derinde hele tiden. Der vil jeg gerne bytte. Jeg vil gerne ud på gangen og bade dem. Men det her er bare noget, der skal gøres. Så der har været lidt gnidninger hvor mange har sagt, nu sidder de bare derinde igen. Der har vi måttet afholde nogle personalemøder, hvor vi har sagt, at det er sådan her det skal være, og det er embedslægen der har forlangt det. Så det er ikke fordi vi sidder og hygger os derinde. Det er noget vi skal gøre, for ellers får vi anmærkninger på det. Sidst vi havde embedslægen på besøg havde vi ikke en eneste anmærkning på denne afdeling. Og det er nogle af de her skemaer der har været skyld i, fordi vi er blevet bedre til at gå ind og finde fejlen og følge op på de rigtige ting.

* Har i prøvet at få feedback på en indberetning?

Nej, det har vi ikke. Men jeg så også sigeat det ikke er mange indberetninger vi har mere.

* Så allerede nu har det hjulpet at have nogle nye procedurer?

Ja, der har det hjulpet!

* Hvem indberetter du til?

Jeg indberetter til centerleder. I starten da vi lavede det her, der sendte vi skemaerne op til hende og så når vi havde et gruppemøde her på afdelingen så havde centerlederen dem med ned og så snakkede vi dem igennem. Hvad var grunden til det skete? Og der fik vi vendt mange ting og fik fanget nogle fejl. Også hvor vi havde misforstået hinanden vagterne imellem. Før i tiden havde vi det sådan at vagterne overlappede hinanden, for at bringe hinanden up to date, det gør vi ikke længere af sparehensyn. Så alt skal skrives til hinanden, men det er jo så svært nogle gange.

* Hvad synes du om det nye it system?

Som jeg siger, så er mit eget derhjemme hurtigere. Det synes jeg ikke er så filens godt. Det med, at vi skal sidde og logge af hele tiden for, at der er en anden der skal bruge ens arbejdsredskab er ikke så godt. På den her afdeling er vi 4 der bruger computerne.

* Hvor indberetter i?

I Care (Journalsystem). Vi har journaler og plejeplaner deri. Alt skal derind.

* Kender du DPSD?

Nej, det kender vi ikke! Ikke endnu.

* Når i så laver en indberetning, og skal sende den til centerleder, hvad gør i så?

Det er på papir. Jeg har ikke prøvet, at lave en indberetning på nettet. Jeg synes generelt vores system er for dårligt, når vi nu er så afhængige af det. Vores notebooks falder simpelthen af nettet og så skal man starte forfra, hvis man har været ved at skrive i systemet. Det er tit hjælperne der bruger de her notebooks, og når det sker så spørger de om jeg ikke vil skrive det ind. Og det er jo ikke hensigtsmæssigt.

* Har du oplevet nogle udfordringer i relation til indberetningspraksis i din dagligdag?
* Hvad synes du om selve IT-systemet hvor du/i skal foretage indberetningerne?

Jeg synes der går meget tid med alle de ting der skal registreres, og det er ikke derfor vi har valgt det fag her, der er kommet rigtig meget af det her registrering, og dem det går ud over er vores beboere og det er ærgerligt. Men så igen der har jo også været nogle fejl og nogle ting vi har fanget så det er også godt nok. For fejlene går jo også udover dem. Jeg synes læringen, på det her sted, fungerer som det skal.

* Sender i de erfaringer i gør jer videre til andre?

Nej, dem holder vi indenfor vores hus. Nej, vores område, område Øst mødes jo nogle gange, hvor vi får undervisning i Care, og der har vi selvfølgelig nogle udvekslinger af erfaringer, men ellers er det mest indenfor huset vi udveksler.

* Er Care det mest udbredte journalsystem?

Det er det i Hjørring Kommune. Der er vi jo så heldige at vi har det samme hele vejen rundt. Men vi kan ikke gå ind på hinanden centrene imellem? Nej det kan vi ikke, vi kan kun se de beboere vi har her på plejehjemmet. Jeg har kun med dem at gøre. Hvis der er nogen der flytter herover så får vi hele denne borgers journal. Det fungerer. Men det skal lægges ind manuelt i vores hus.

* Har du/i indtil videre oplevet at i har fået noget ud af den nye indberetningspraksis?

Se ovenstående.

- Har du nogle afsluttende kommentarer omkring indberetning af UTH?

Jeg synes det var træls i starten, men vi har lært at bruge det positivt. Det er dog et problem ved sektorovergange, at vores systemer ikke arbejder sammen. Og man ved derfor ikke hvad der sker i det videre forløb. Og så tænker man, at man har siddet og lavet alle de indtastninger til ingen nytte. Det tidspilde ved sektorovergangen. Der må jeg nok sige at jeg ikke har lavet dem de sidste par gange. Der har jeg printet nogle journalnotater ud og et medicinskema og sendt det med.

### Interview af centerleder Hjørring kommune

* Får i noget ud af det lærende system?

Det synes jeg vi gør, på den måde at når vi finder nogle fejl, så kan jeg tage dem med ud i grupperne og sige at vi eksempelvis har haft ti fejl der omhandler fejlmedicinering og de 8 ligger i aftenvagten. Så kan jeg sige, at det er for tit, at det bliver glemt og hvordan kan vi stramme op? Kan vi lægge et ark ud, hvor man skal dokumentere når man har givet medicinen, så jeg kan finde ud af hvor det går galt. Vi får også en snak om der er for stort arbejdspres, og om det er derfor man eksempelvis glemmer at medicinere. Sidste gang vi havde det oppe, kom det frem, at det tit var når der var afløsere på, at der blev lavet fejl. Og der lavede vi den aftale, at det kun var det faste personale der må give medicin, fordi man lige præcis vidste hvor meget beboeren skulle have og hvor mange piller der skulle være. Så måtte afløseren lave nogle andre opgaver. Så på den måde har vi lært af det.

* Og det er indenfor dette center?

Det er indenfor dette center, men jeg tror, at mange af de andre centre har gjort det på lignende vilkår og i forhold til en alvorlig fejl, hvor ketogan blev forvekslet med vandrivende der fik vi en god snak med sygeplejersker og SSR og var inde og kigge alle vores rutiner igennem. Og denne fejl var lavet fordi man havde siddet på kontoret og snakket samtidig med, at man doserede medicinen. Så nu har vi lavet et rum, hvor man går ind og doserer medicinen. Vi har aftalt, at man lægger mobiltelefonen mens man doserer, så man ikke bliver forstyrret unødvendigt. Så på den måde har vi lært nogle ting.

* Har i fået noget feedback fra patientombuddet efter de har været ved risikomanageren?

Vi har ikke fået noget. Der har ikke været nogle alvorlige fejl hvor der er nogen der er kommet til skade. Vi har også kun indberettet 1 UTH i det nye system. Og det var glemt medicin. Medicineringsfejl er den typiske årsag til indberetninger. I det år vi har gjort det her, her på stedet der har 75 % været pga. glemt medicin. Men jeg er ikke sikker på, at der er alle tilfældene hvor man har glemt det. En stor del er, at man har glemt at dokumentere, at beboeren har sagt nej til at få medicinen. Eller at beboeren har været dårlig med opkast, hvor man så ikke har villet give medicinen. Og på den måde er det så blevet en fejl. Men jeg er ikke helt sikker på, at det er en fejl hver gang.

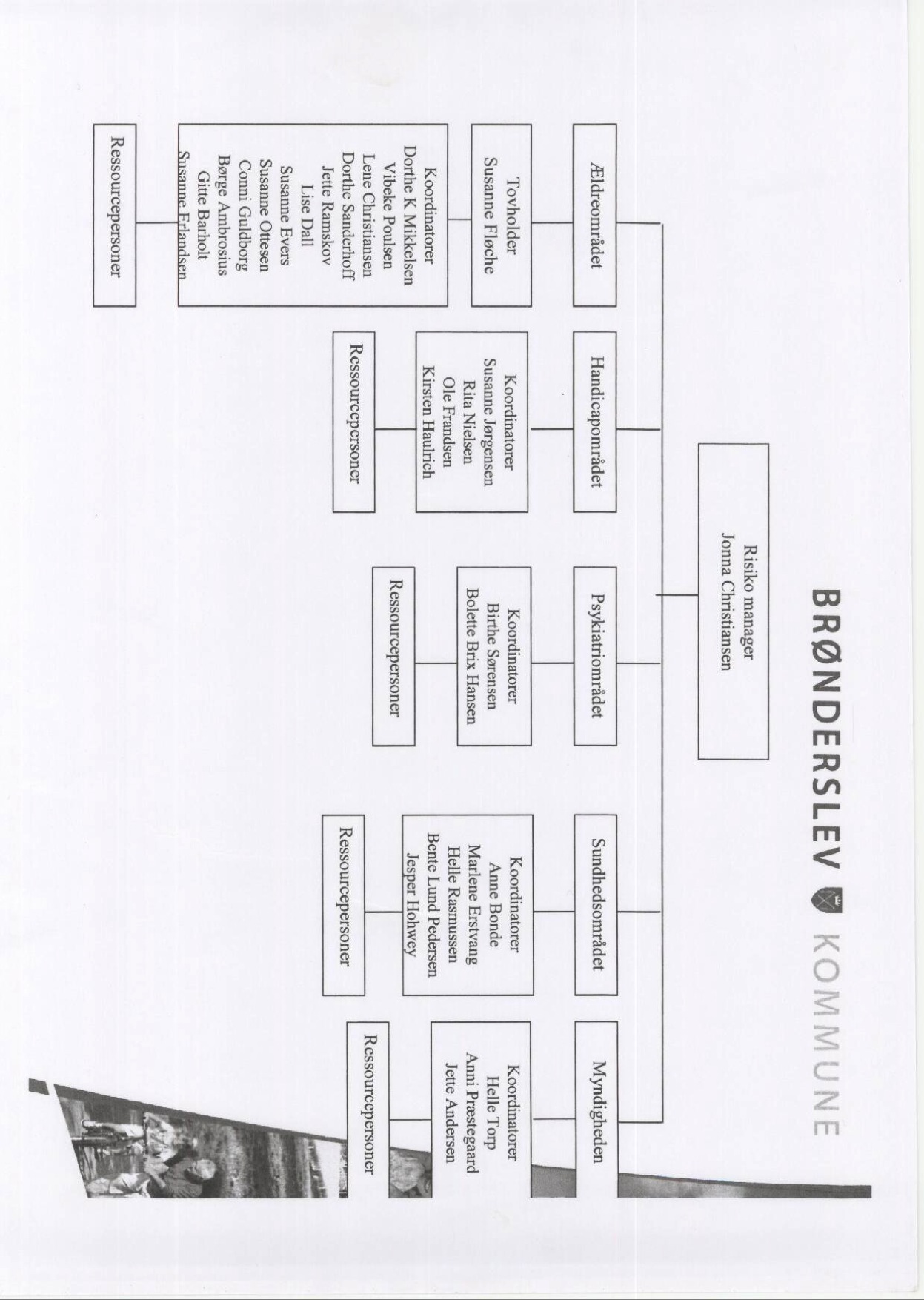
* Hvordan ser du indberetningspraksis?

Jeg tror vi lige skal vænne os til, at det skal være elektronisk, Men jeg tror det bliver en vane lige så vel som det var da vi begyndte, at skrive på papir. Og det kan godt være, at jeg i en periode, som leder skal sidde og indberette. Men jeg tror hurtigt at medarbejderne kommer med og finder ud af, at det er hurtigt at klikke sig ind på computeren i stedet for at skrive det på et papir. Dem der er vant til computere vil vælge at indberette selv.

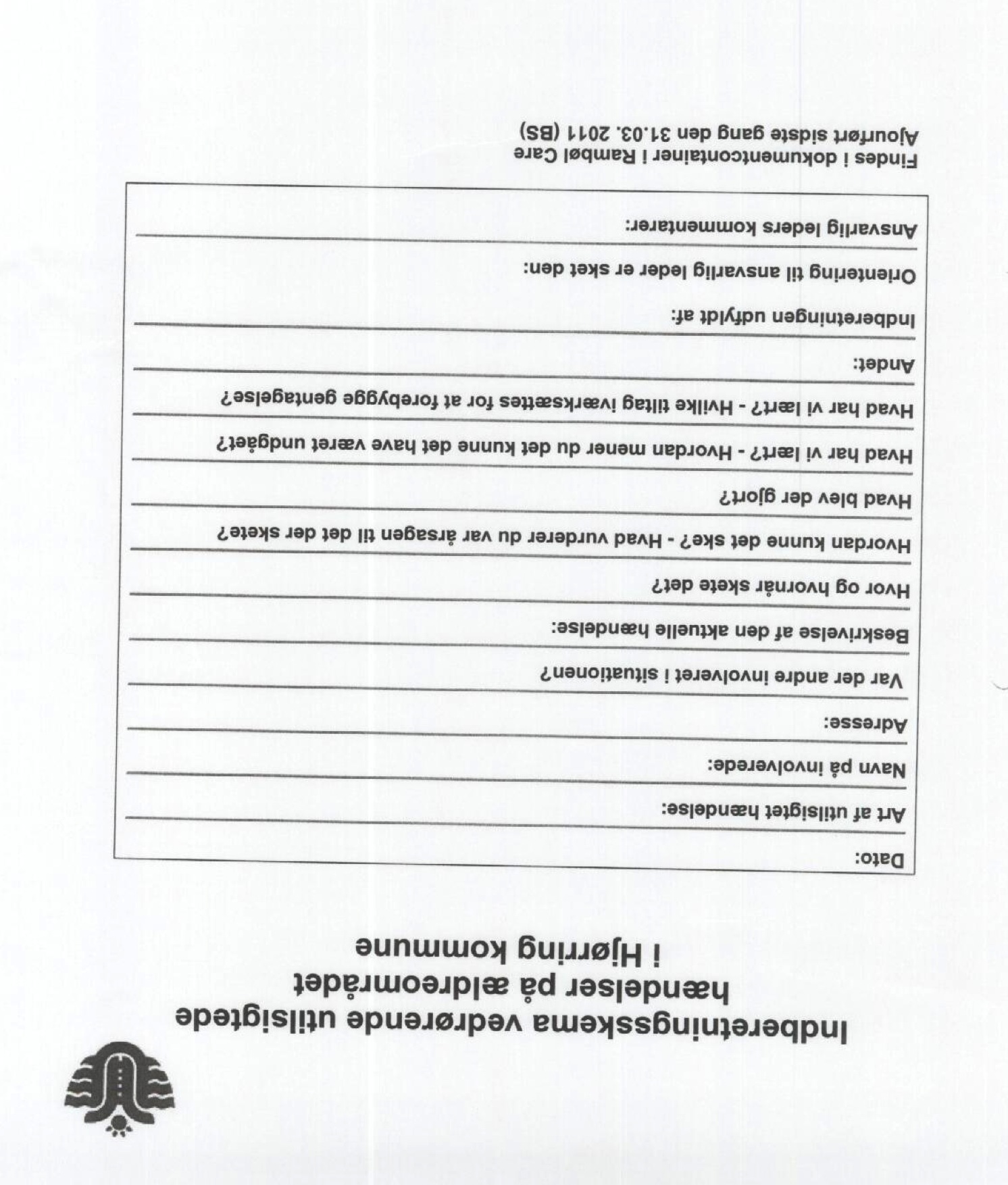
* Oplevede du nogle forbehold da det blev lovpligtigt?

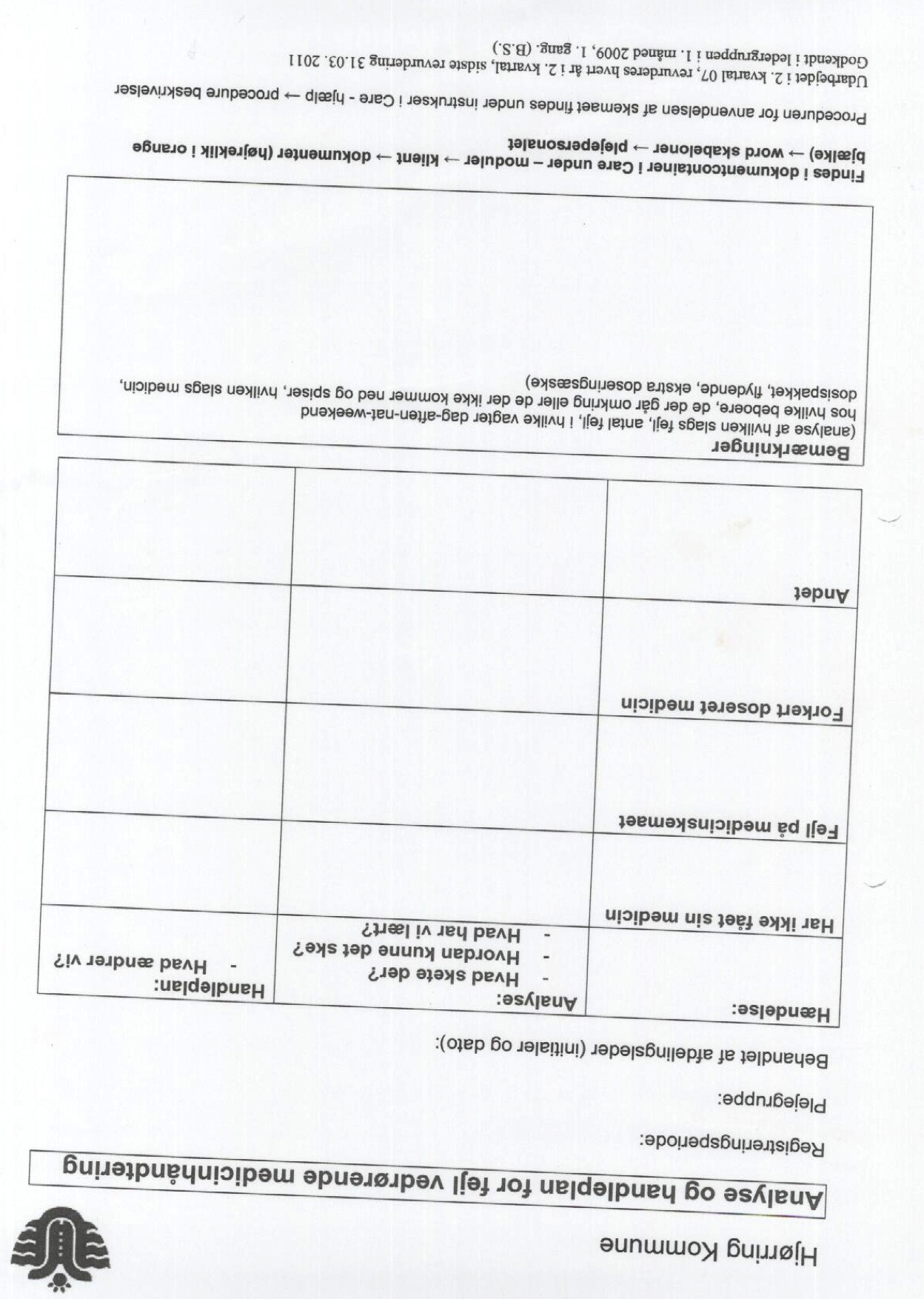
Nej, for vi var vant til det. Men da vi i sin tid indførte det,, var der mange der troede art man skulle hænges ud fordi man havde lavet en fejl, man var også bange for at det ikke var anonymiseret. Mange synes også det var en ekstra opgave, og at det ville tage lang tid. Men det tager jo ikke lang tid og fordelen ved, at man lærer af de fejl man laver er større end hvis man lader være

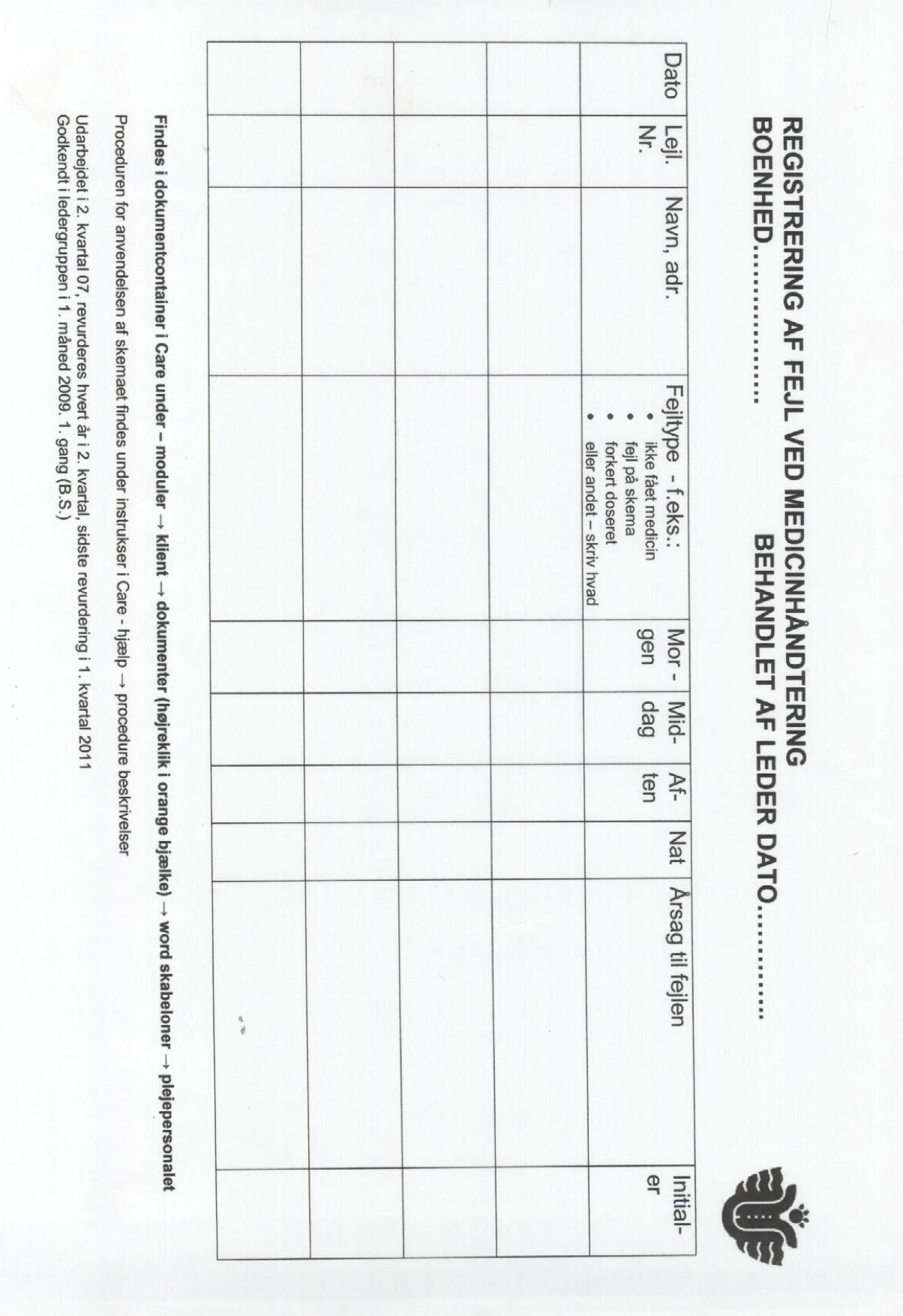
### Organisationsdiasgram fra Brønderslev Kommune



### Diverse indberetningsark fra Hjørring Kommune







1. Engelsk term anvendt i mangel på dækkende dansk ord. Kontrol er det mest nærliggende danske term, men grundet det engelske terms evne til ikke kun at inkludere kontrolaspektet, men også ansvarsaspektet gør at det engelske term er mere dækkende. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dette afsnit er anvendt i en tidligere opgave, forfattet af Mikkel Stausholm Nielsen [↑](#footnote-ref-2)
3. http://www.eimicrosites.org/heartsandminds/ [↑](#footnote-ref-3)