

MASTEROPPGAVE

MALK 5000

Mai 2015

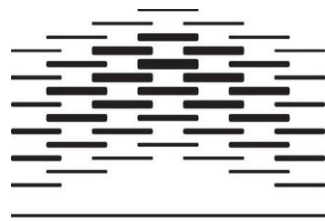
Risikostyring i offentlige helsetjenester

Risk Management in Public Health Services

Anders Johansen

Fakultet for helsefag

Institutt for atferdsvitenskap



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Takk til:

Først vil jeg takke arbeidsgiver og mine ledere i spesialisthelsetjenesten for muligheten til å gjennomføre mastergradsutdanningen. Uten velvilje og tilrettelegging for gjennomføringen av studiet ville utdanningsprosessen blitt svært strevsom, og kanskje umulig. Videre retter jeg en takk til de pasienter og deres verger som har tillat meg å benytte journaldata som grunnlag for min studie. Jeg ønsker også å takke ansatte hos fagbiblioteket ved Sykehuset i Vestfold, for god veiledning og eksepsjonell service i anskaffelse av litteratur og artikler i forbindelse med oppgaven. Kollegaer i spesialisthelsetjenesten har også bidratt med innspill og drøftinger, samtidig som de har støttet meg gjennom skriveprosessen – takk for det! Takk også til virksomhetsleder i en av kommunene, for nyttige drøftinger og informasjonsutveksling.

Gunnar Ree, fortjener en spesiell takk for sin dedikerte innsats som veileder under skriveprosessen. Du har gitt meg atferdsspesifikke tilbakemeldinger, stilt krav og forventninger til produksjon og ikke minst har du motivert meg, forsterket skriveatferden min og gitt passelig dose med aversiver som har ført meg videre, i perioder hvor produktiviteten har stagnert. En stor takk til deg – for lærerikt og konstruktivt samarbeid!

Til slutt vil jeg takke min kone, og mine to herlige gutter for deres tålmodighet og hensynsfullhet. Å skrive masteroppgave krever tid, fokus og energi, noe dere har latt meg disponere til dette arbeidet uten å gi uttrykk for at dere skulle ønske jeg prioriterte annerledes. Uten deres støtte, og dere som inspirasjonskilde i hverdagen, ville arbeidet med oppgaveskriving virket håpløst.

Abstract

Risk management in public health services is the subject area for these articles. The first article; *Risk Management in Health care Organizations – a Literature Review*, reviews recent studies concerned with the subject areas, risk management, risk assessment, human factors and patient safety, in order to examine these issues:

1. Are tools and methods from the field of risk analysis/risk management within healthcare transferable to Norwegian community schools and healthcare organizations?
2. Will the use of risk analysis identify likely risks, and suggest preventive measures that can lead to increased quality, increased efficiency and reduced costs?
3. Costs and benefits of doing a risk analysis – can it lead to reduced long-term costs in community healthcare organizations?

The second article; *Risk Management in Planning of Community Services – an Analysis of Historic data*, is a case-study research of historic data from six Norwegian patients, conducted as a counterfactual analysis. All the patients are diagnosed with autism most of them also have mental retardation.

Both articles are written from a complexity and selection perspective, where human factors are targeted as an important risk for threatening the safety of patients in hospitals and other healthcare organizations. The reasons why human errors occur are explained both from a person-centered approach and a system approach, reflecting the general tendency from literature.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Innhold:

Tabelltitler og figurtitler artikkel 1	side 6
Tabelltitler, figurtitler og diagramtitler artikkel II	side 7
Artikkel I	
Sammendrag	side 8
Innledning	side 9
Kompleksitet og kulturell seleksjon	side 9
Metode	side 12
Menneskelige faktorer og pasientsikkerhet: Litteraturgjennomgang	side 13
Konklusjon	side 29
Referanser	side 34
Artikkel II	
Sammendrag	side 42
Innledning	side 43
Teori og metode	side 44
Atferdsanalyse og seleksjon	side 48
Avklaring av lovverk, planverk og diagnoser	side 52
Presentasjon av respondentene i studien	side 54
Respondent 1	side 54

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Respondent 2	side 56
Respondent 3	side 59
Respondent 4	side 62
Respondent 5	side 64
Respondent 6	side 67
Resultater/Funn	side 69
Diskusjon av de utvalgte kasus	side 70
Analyse av situasjonen til respondent 1	side 70
Analyse av situasjonen til respondent 2	side 71
Analyse av situasjonen til respondent 3	side 73
Analyse av situasjonen til respondent 4	side 74
Analyse av situasjonen til respondent 5	side 75
Analyse av situasjonen til respondent 6	side 77
Menneskelige feilkilder	side 78
Generell diskusjon	side 79
Konklusjon	side 84
Referanser	side 85

Tabelltitler artikkel I:

Tabell 1: Søkestrategi for litteratursøk side 13

Tabell 2: Oversikt over studiene og artiklene som gjennomgås i artikkelen side 13

Figurtitler artikkel I:

Figur 1: The Swiss Cheese Model (Etter Reason, 1997 s. 12). side 17

Figur 2: Korttriks, del 1 – *satt inn i den løpende teksten.* (Williams, 2012). Side 24

Figur 3: Korttriks, del 2 – *satt inn i den løpende teksten.* (Williams, 2012). Side 25

Tabelltitler artikkel II:

Tabell 1: Tretermkontingenser som illustrerer forsterkings- og straffeprosedyrer

(Etter Cooper et al., 2007, s. 42). side 49

Tabell 2: Seleksjon av atferd i organisasjoner (Etter Sandaker, 2009) side 50

Tabell 3: Sammenligning av status for ulike variabler

ved nullpunktet for den kontrafaktiske tilnærmingen, for alle kasus side 69

Tabell 4: Sammenligning av to veiledningsforløp (respondent 2) side 72

Tabell 5: Diagramtitler artikkel II:

Diagram 1: Sammenlagt forekomst i antall minutter med utfordrende atferd

pr. dag, tre ulike målatferder (respondent 2) side 59

Figurtitler artikkel II:

Figur 1: Teoretisk rammeverk for artikkelen. Side 51

Figur 2a: Reasons Swiss Cheese Model med utvalgte risikofaktorer side 82

Figur 2b: Reasons Swiss Cheese Model med utvalgte risikofaktorer side 83

Artikkel I:

Risikostyring i helsetjenesteorganisasjoner – en litteraturgjennomgang

Risk Management in Health care Organizations – a Literature Review

Sammendrag

Denne artikkelen gjennomgår nyere studier med fokus på risikostyring, risikohåndtering, menneskelige feilkilder og pasientsikkerhet, med formål om å besvare følgende spørsmål:

1. Finnes det verktøy innen fagfeltet for risikoanalyse som er anvendelig i kommunale virksomheter innen helse-, omsorgs- og opplæringssektoren?
2. Kan gjennomføring av risikoanalyse identifisere sannsynlig risiko, antyde preventive tiltak som kan iverksettes for å redusere risiko og bidra til økt kvalitet, økt effektivitet og reduserte kostnader?
3. Kan investering i risikoanalytisk kompetanse redusere kostnader i kommunal virksomhet, i et langsiktig perspektiv?

Artikkelen forsøker å forklare hvilke risikofaktorer som er vanlige i helsetjenesteorganisasjoner med tanke på pasientsikkerhet. Ulike metoder og verktøy for å øke pasientsikkerhet blir presentert. Artikkelen anbefaler spesifikt verktøy som kan passe norske omstendigheter innen helse-, omsorgs- og opplæringssektoren. Artikkelen er skrevet i et kompleksitets- og seleksjonsperspektiv, hvor menneskelige feilkilder fremheves som potensiell risiko og trussel for pasienters sikkerhet i sykehus og andre helsetjenesteorganisasjoner. Årsakene til at menneskelige feil begås forklares både fra en personsentrert tilnærming og system tilnærming, i tråd med tendensene i aktuell litteratur fra fagområdet.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Risikostyring innen helse- omsorgs- og opplæringssektoren kan sees i lys av kompleksitetsteori og kulturell seleksjon. Organisasjoners kompleksitet består av ulike dimensjoner som strategier, størrelse, teknologi og miljø. Organisasjoners utvikling avhenger av ulike variabler og mekanismer, deriblant kulturell seleksjon. Forskning på atferd i organisasjoner ser ut til å enes om at organisasjonskultur utvikles gjennom syv hovedkarakteristika: innovasjon og risiko, detaljfokus, resultatstyring, individfokus, teamorientering, organisasjonens aggressivitet og stabilitet (Robbins, 2005). Disse hovedkarakteristikaene påvirkes av seleksjonsmekanismene som til enhver tid gjelder i organisasjonene. Hvordan ledelsen forsterker ønsket atferd hos sine ansatte og hvordan kommunikasjonen mellom dem fungerer, er forhold som i stor grad påvirker hvilke åpenbare og skjulte kulturer som etableres og utvikler seg i organisasjonen. Balansen mellom selvstendighet, teamtilhørighet, ansvarliggjøring og instruering av arbeidsoppgaver er viktige elementer i etablering og utvikling av organisasjonskultur. I denne artikkelen vil jeg se den konseptuelle forståelsen av risiko i lys av kompleksitetsteori og kulturell seleksjon.

Kompleksitet og kulturell seleksjon

Ny teknologi, vitenskapelig forskning, økning i industriell produksjon og stadige klimaendringer bidrar til økning i variasjon. Variasjon danner grunnlaget for seleksjon, og er en forutsetning for utvikling og forbedring av komplekse systemer. Mye av det vi planlegger går slik vi hadde tenkt, mens noe resulterer i helt andre utfall enn vi hadde forestilt oss. Axelrod og Cohen (2000) har gjennomgått en rekke studier på kompleksitet og beskriver et fagfelt med mange ulike teoretiske forståelsesrammer. De viser til forskjellige definisjoner av kompleksitet og hevder at en felles konsensus om hvordan kompleksitet kan defineres og måles, trolig ligger langt frem i tid. De beskriver sin forståelsesramme av kompleksitet som ulike populasjoner av agenter. Agentene skiller seg fra hverandre i nye grupperinger som eksempelvis kjøpere og selgere, katolikker og muslimer eller kosovoalbanere og serbere. Alle

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

agentene har koplinger til andre agenter, men vanligvis ikke til alle. Koplingene er i form av relasjoner, med enorm variasjon i hvordan de virker inn på den enkelte agent. Agentene er bestanddeler i et komplekst system, med individuelle atferdsmønstre, som igjen påvirker de andre agentene i systemet. Sandaker, Andersen og Ree (2014) drøfter hvordan strukturer og prosesser påvirker organisasjonsatferd, med spesielt fokus på seleksjon.

I kommunale boliger for psykisk utviklingshemmede vil tjenestemottakerne motta tjenester fra mange forskjellige tjenesteytere. Jo flere tjenesteytere beboeren forholder seg til, jo flere relasjoner etableres. Den enkelte beboer opparbeider seg et komplekst nettverk av tjenesteytere, medbeboere og andre bekjente, alle er de agenter i beboerens komplekse system. Tar en så med i betraktning turnover, sykefravær og vikarbruk, øker kompleksiteten. I tillegg etableres relasjoner mellom tjenesteyterne. Dette øker kompleksiteten ytterligere. Altså kan kompleksitetsperspektivet anvendes som innfallsvinkel for å forstå utfordringer i organisering og utøvelse av helse- og omsorgstjenester.

Den sterkeste konstant i moderne tid er forandring (Stermann, 2000). Stadige endringer innen teknologi, populasjon og økonomisk aktivitet bidrar til at verden forvandler seg. Slike endringer kan være positive, som eksempelvis utviklingen av informasjonsteknologi og telefoni, men endringene kan også utarme den menneskelige ånd, og true vår overlevelse. Eksempel på dette kan være drivhuseffekten og dens påvirkning på globalt klima. Variasjon i moderne tid beveger seg dog innefor et bredt spekter, og skiftene kan skje hurtig og plutselig. Tidlig på 1900-tallet fremmet Adams sin teori "Law of acceleration" om hvordan kompleksitet stadig utvikler seg og ekspanderer (Stermann, 2000). Siden den tid har en rekke filosofer, teoretikere, forskere og fremtredende ledere støttet seg til hans teorier. De har gjengitt samme forståelse av kompleksitet, og fremhever systemtenkning som en mulighet til å forstå verden som et komplekst system. Både naturlige og menneskelige systemer har høy grad av dynamisk kompleksitet. Dynamikken oppstår på bakgrunn av flere ulike egenskaper

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

eller forhold ved systemet. Systemene er dynamiske, består av tette koplinger, deres handlinger styres i tilbakemeldingssløyfer, systemene fungerer ikke-lineært og er avhengig av historiske betingelser, de er selvorganiserende, adaptive og ulogiske, og de er motstandsdyktige mot endringsforsøk og kjennetegnes av trade-off effekter (Sterman, 2000).

I organisasjoner snakker man ofte om hvordan kulturer etableres og endres. Kulturer kan forstås som komplekse adaptive systemer og endringer forekommer ved kulturell seleksjon. Pierce og Cheney (2004) beskriver seleksjon på tre ulike nivåer: evolusjon og naturlig seleksjon, seleksjon ved forsterkning og kulturell seleksjon. De beskriver kulturell praksis som summen av den operante atferden til mange mennesker som til sammen utgjør en kultur. Scheins (1990) definisjon av kultur er evolusjonær;

Culture can now be defined as (a) a pattern of basic assumptions, (b) invented, discovered, or developed by a given group, (c) as it learns to cope with its problems of external adaptation and internal integration, (d) that has worked well enough to be considered valid and, therefore (e) is to be taught to new members as the (f) correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems (s.111).

Kultur utvikler seg over tid med basis i en gruppe individers atferdsmønstre som er effektive for å løse interne og ytre problemer. Atferdsmønstrene selekteres ved konsekvenser og videreføres til nye medlemmer, som sosiale forsterkningsbetingelser for adferd som er til beste for gruppen. Schein (1990) viser også til andre definisjoner av organisasjonskultur, men konkluderer med at det er tilstrekkelig å spesifisere at enhver definerbar gruppe som deler en felles historie, kan ha en kultur. Organisasjoner kan bestå av flere subkulturer, og dersom den har en overordnet felles historie kan den også ha en helhetlig kultur. Subkulturene kan være selvstendige eller stå i konflikt med hverandre. Aspekter innen organisasjoners kultur kan sees på som en forsvarsmekanisme for gruppen. Gruppens erfaring, hvor lenge den har eksistert,

og gruppens stabilitet vil avgjøre styrken og graden av intern konsistens innen kulturen.

Reason (1997) gjengir i boken *Managing the Risks of Organizational Accidents* en definisjon av sikkerhetskultur; ”Shared values (what is important) and beliefs (how things work) that interact with an organization’s structures and control systems to produce behavioural norms (the way we do things around here)” (s. 192).

Metode

Risikovurdering og risikostyring har fanget min interesse etter mange års yrkespraksis med tjenesteyting i offentlig sektor. Gjentatte ganger har jeg erfart at ressursknapphet og krav om økt effektivitet følger hverandre i tospann, uten at det oppnås nevneverdige resultater. Derfor ville jeg fordype meg i dette fagområdet for å undersøke problemstillingen for denne artikkelen; **Forekommer risikovurdering og risikostyring innen helse- og omsorgsfaglige organisasjoner? Hvis det forekommer, hvordan skjer det?** Jeg gjennomførte litteratursøk ved fagbiblioteket hos Sykehuset i Vestfold. Grensesnittet OVID ble benyttet i litteratursøk, 9.juli 2014, klokken 09.45, i databasen PsycINFO.

Etter avgrensninger endte jeg med 242 treff, hvorav 29 artikler/bokkapitler sto igjen som aktuelle etterlesning av *abstracts*. Utvalgskriteriet for de 29 artiklene/bokkapitlene var at de omhandlet *Human Factors* og *patient safety* innen helse- og omsorgsfeltet. Etter gjennomlesning av den utvalgte litteraturen, har jeg valgt å ekskludere review-artikler (med unntak av Greenhalgh et al), bokanmeldelser og redaksjonelt stoff. En artikkel var et arbeidsdokument og ble ekskludert, den publiserte artikkelen ligger på trefflisten etter litteratursøket. Fullstendig søkestrategi fra PsycINFO er gjengitt i tabell 1.

Tabell 1 inn omtrent her

Artiklene fra litteratursøket kommenteres dels med utgangspunkt i utvalgt faglitteratur fra risikofeltet og tilstøtende fagområder, og dels med henvisning til referanser i primærartiklene. Studiene og artiklene som gjennomgås i denne artikkelen er gjengitt i tabell 2. Hensikten med litteraturgjennomgangen er å gi en oversikt over nyere litteratur om risikovurdering, risikoanalyse og risikostyring innen helse- og omsorgsfaglige organisasjoner. Jeg tar sikte på å finne risikoanalytiske verktøy som kan egne seg for helse-, omsorgs- og opplæringssektoren i norske kommuner og hos private helsetjenesteleverandører.

Tabell 2 inn omtrent her

Menneskelige faktorer og pasientsikkerhet: Litteraturgjennomgang

I litteraturen om risikoanalyse og risikostyring er begreper som human factors og patient safety sentrale. I Norge benyttes begrepene menneskelige feilkilder og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet ble først tatt opp som et aktuelt tema på 1990-tallet, og litteratur som omhandler dette er i hovedsak publisert fra slutten av 1990-tallet frem til i dag.

Kohn, Corrigan og Donaldson (1999) publiserte rapporten *To err is Human*, hvor de fant at dødelighet på sykehus som følge av ”medisinske feil” var mer vanlig enn dødsfall grunnet trafikkulykker, brystkreft eller AIDS/HIV. De beregnet en årlig dødsrate mellom 44000 og 98000 amerikanere, som følge av medisinske feil. Ser man dette estimatet i sammenheng med at det på den tiden var om lag 700 000 leger i USA, betyr det statistisk sett at en av syv leger hvert år ville drepe en pasient ved feiltakelse. På samme tid var det

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

registrert 80 millioner våpeneiere i landet, med om lag 1500 våpenulykker med dødsfall som følge hvert år. Dermed er det 7500 ganger mer sannsynlig at en lege dreper en pasient, enn at våpeneiere tar livet av et annet menneske, på grunn av menneskelige feil (Kohn et al., 1999).

Sitterding, Broome, Everett og Ebright (2012) studerte gjennom sin *hybrid concept analysis* situasjonsbevissthet innen sykepleietjenester og fant at pasientpleiefeil var den femte største årsaken til dødsfall i USA. Årlig rapporterer 22,8 millioner amerikanere om at de utsettes for medisinske feil. Warburton (2005) som argumenterer for skarpere fokus på kostnadseffektivitet i arbeidet med sikkerhetsforbedringer, viser til Institute of Medicine som anslår at kostnader forårsaket av dødsfall og feil på amerikanske sykehus, årlig ligger rundt 17 – 29 milliarder USD. I Storbritannia anslår UK Department of Health at om lag 850 000 ulike hendelser årlig har en kostnadsramme på 2 milliarder GBP.

Innen helse-, omsorgs- og opplæringssektoren i Norge hører man sjelden om dødsfall grunnet menneskelige feil. At feil gjøres som påvirker tjenestemottakeres helse og livskvalitet, og elevs læringsutbytte er sannsynlig. Hvilke forhold som påvirker menneskers tilbøyelighet til å gjøre feil innen yrker som transport, luftfart, skipsfart, petroleumsbransjen og helsepersonell tilknyttet sykehus og andre helse- og omsorgsinstitusjoner, studeres innen området *Human Factors and Ergonomics* (HFE). Human Factors Society i USA og the International Ergonomics Association definerer HFE slik;

Ergonomics (or human factors) is the scientific discipline concerned with the understanding of interactions among humans and other elements of a system, and the profession that applies theory, principles, data and methods to design in order to optimize human well-being and overall system performance (Norris, 2009, s. 203 – 204).

HFE som fag angår hvordan man designer systemer slik at de passer til menneskene som skal benytte dem. I situasjoner hvor mennesker ”passer” dårlig sammen med

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

omgivelsene sine ser man ofte misnøye, ineffektivitet og feil. Eksempler kan være interaksjonen mellom offentlige bedrifters IKT-systemer og brukerne av systemene, eller at ansatte i en bedrift ikke mestrer å slå av brannvarslingsanlegget ved å trykke på riktig knapp. Å se bort fra menneskelig atferd og menneskelige feil når man designer et komplekst system, kan få fatale konsekvenser. Etterforskning av katastrofale ulykker som fergeulykken ved Zeebrugge, brannen ved King's Cross, Challengerulykken og gruveulykken ved Ladbroke har alle vist systemdesign som i for liten grad tok hensyn til menneskelig atferd som påvirkingsfaktor på systemets sikkerhet. En følge av slike ulykker er at fokus på menneskelige feilkilder i dag er en formell komponent i sikkerhetsrutiner innen mange industrielle og internasjonale standarder. Det er utviklet ISO-dokumenter for ulike bedrifter og bransjer, eksempelvis ISO 10075 (2004) som omhandler måling og stadfesting av mental arbeidsbelastning i en gitt arbeidssituasjon (Norris, 2009).

Verktøy, metoder, konsepter og teorier fra HFE anbefales ofte som risikoreducerende tiltak og for å fremme pasientsikkerhet. Reid, Compton, Grossman og Fanjiang (2005) hevdet i sin rapport fra US Institute of Medicine og National Academy of Engineering at HFE er et nøkkelsystem for å konstruere og forbedre helse- og omsorgssystemer, og at HFE-verktøy og metoder kan bidra til å øke kvalitet og pasientsikkerhet innen helse- og omsorgstjenester.

Carayon (2010) diskuterer i *Human Factors in Patient Safety as an Innovation* en modell for innovasjon av HFE applikasjoner som presenteres av Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate og Kyriakidou (2004) i deres litteraturgjennomgang. Carayon (2010) påpeker ulike variabler som påvirker implementeringen av HFE-applikasjoner innen helse- og omsorgsorganisasjoner. Blant annet er det vesentlig å starte med å utrede organisasjonenes motivasjon for å implementere HFE-applikasjoner så vel som å vurdere hvorvidt organisasjonen er klar for en implementering av nye verktøy, metoder eller konsepter. I artikkelen analyseres HFE-innovasjoner med fokus på følgende variabler: kjennetegn ved

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

HFE som innovasjon, organisasjonsmessige foranledninger for HFE som innovasjon, organisasjonsmessig beredskap for HFE som innovasjon, adopsjon og assimilering av HFE-innovasjon, implementering og bærekraft av HFE-innovasjon, diffusjon og formidling av HFE-innovasjon, det bredere miljøet og sammenhengen mellom komponentene i innovasjonsmodellen. (Carayon, 2010).

Armitage (2009) tar opp *Human error theory* og dens relevans for sykepleietjenester. Han understreker at effektiv risikostyring og klinisk styring avhenger av organisasjoners kunnskap om feilenes natur. Tradisjonelt assosieres feil i sykepleietjenester med misforståelser eller feilhandlinger hos enkeltindivider, mens vi innen data- og teknologi ser på feil som svikt i systemer. Allerede i 1620 skrev Francis Bacon at menneskets sinn forutsetter langt mer regularitet og orden i verden enn det bør gjøre, og Armitage antyder at dette er opprinnelsen til de etterfølgende teoriene om menneskets minne og vår disposisjon for kognitive *biases*. Armitage (2009) hevder at ulykkesårsaker ofte antas å ha sammenheng med menneskelige komponenter som minne og tankeprosesser. Han henviser til Reason (2000) og hans forklaringer om at menneskelige feil bør sees i lys av en kombinasjon av ulike faktorer og omstendigheter.

Reason (2000) forutsetter i sin artikkel *Human Error, Models and Management*, at kognitive prosesser disponerer mennesker for å gjøre feil, men at dette må sees i sammenheng med organisatoriske, miljømessige og systemiske faktorer. Forskere og ledere har på bakgrunn av en slik forståelse beveget seg fra å klandre enkeltindivider til å akseptere at feil er uunngåelige, og Reason har anvendt dette teoretiske perspektivet innen sin forskning på helsetjenester (Armitage, 2009). Personlige glipper, forglemmelse eller feil omtales hos Armitage (2009) som aktive feil. Felles for aktive feil er at de forekommer uten at individet i utgangspunktet har en intensjon om å handle feil. Regelbrudd omtales av Reason (2000) og dreier seg om feilhandlinger som forekommer når mennesker bevisst bryter rutiner og

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

prosedyrer. I følge Armitage (2009) bør det diskuteres hvorvidt regelbrudd bør sammenlignes og assosieres med feilhandlinger, da regelbrudd bygger på intensjonell atferd. *The Swiss Cheese Model* (fig. 1) gjengis og beskrives hos Reason (1997), Reason (2000), Armitage (2009) og hos Norris (2009). Denne visuelle modellen av hvordan sikkerhetsbarrierer i en organisasjon kan fungere eller svikte ble utviklet av Reason og er gjengitt i hans bok *Managing the Risks of Organizational Accidents* (1997). Reasons modell blir ofte referert til i litteratur innen feltet for risikostyring.

Figur 1 inn omtrent her

Figuren illustrerer at dersom hullene i barrierene (osteskivene) overlapper hverandre, vil det være mulig at trusler/risiko trenger gjennom sikkerhetsbarrierene og forårsaker skade. Både aktive og latente feil kan trenge gjennom sikkerhetsbarrierene.

Reason (1997) skiller mellom aktive feil og latente feil. Når mennesker designer, produserer, benytter, vedlikeholder og håndterer komplekse teknologiske systemer er det ikke overraskende at menneskers beslutninger og handlinger forårsaker ulykker og uhell i organisasjoner. Feil som skyldes menneskenes påvirkning på systemenes sikkerhet, som feilhandlinger eller regelbrudd, kalles aktive feil. Latente feil er feil som oppstår i organisasjoner og som ikke forklares med henvisning til menneskelig psykologi. Svak design, for dårlig opplæring, ikke identifiserte produksjonsfeil, mangelfullt vedlikehold, ikke virksomme prosedyrer, bortfall av trening og mangelfullt verktøy og utstyr kan være latente feil som vedvarer i årevis, før de i kombinasjon med aktive feil fører til uhell eller ulykker. Reason (1997) hevder at latente feil er et uunngåelig element i organisasjoners liv og at de finnes innen alle systemer. Aktive og latente feil skiller seg fra hverandre på to vesentlige

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

måter. Aktive feil gir oftest umiddelbare men forholdsvis kortvarige konsekvenser, mens latente feil kan utløses etter lang tid, i interaksjon med lokale omstendigheter og i kombinasjon med aktive feil. Det andre skillet går ved at aktive feil oftest forårsakes av personell ved frontlinjen i organisasjonen, altså i grensesnittet mellom menneske og system. Latente feil spores oftest til de øvre ledd i organisasjonen, slik som ledelsen, myndighetene, leverandører og lignende (Reason, 1997).

Warburton (2005) omtaler aktive feil som det gamle paradigme (den personlige tilnærmingen) mens det nye paradigmet dreier seg om latente feil, (den systemiske tilnærmingen). Hun spør: Hvor mye sikkerhet er tilstrekkelig sikkerhet? Stadige investeringer i sikkerhetstiltak må sees i lys av økonomi, ressurstilfang og investeringer på andre områder. I hastverket med å forbedre pasientsikkerhet, må vi ikke glemme at økt innsats for å bedre pasientsikkerhet, vil tvinge sykehusene til redusert innsats innen andre områder, i alle fall på kort sikt. Warburton (2005) problematiserer at forskning på risikoreduksjon i hovedsak undersøker effekten av risikoreduserende tiltak, og ikke kostnadene. For å kunne gjøre gode prioriteringer av hvilke tiltak som skal implementeres, bør fremtidig forskning ifølge henne, også undersøke kostnadene ved de spesifikke endringene som skal redusere risiko. *The Economic Evaluation Loop* (EEL) foreslås som hensiktsmessig prosess for å sikre at knappe forskningsressurser benyttes på områder hvor ny informasjon har størst nytteverdi (Warburton, 2005). EEL er en trestegs prosess som består av steg 1 – initiere et kost-nytte estimat av alle mulige strategier; steg 2 – forklare den potensielle følsomheten for usikkerhet gjennom en omfattende sensitivitetsanalyse, og steg 3 – at ny primær forskning gjennomføres for å fylle informasjonshull. Når denne informasjonen benyttes for å øke treffsikkerheten i estimeringen i steg 1, og for å avgrense sensitivitetsanalysen i steg 2, starter syklusen igjen. Warburton (2005) konkluderer med at bruk av EEL er nødvendig for å sette både implementerings- og forskningsprioriteringer innen pasientsikkerhet. Hun hevder at modellen

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

kan bidra til maksimal skadereduksjon for våre sikkerhetsinvesteringer, og til å gjenkjenne når vi står overfor situasjoner med ”tilstrekkelig sikkerhet”.

Armitage (2009) poengterer hvordan ulykker tidvis forklares med at individet er eneste årsak til ulykken. Å skyldes på individet er mindre kostbart enn å skyldes på systemer, og kostnadene ved å overhale et system er høyere enn ved å utsette enkeltindivider for konsekvenser. En uheldig konsekvens av skyldkultur er at de ansatte frykter autoriteter, og blir redde for å rapportere ulykker. Reason (1997) trekker frem motpolen, en rettferdig kultur, hvor ansatte som rapporterer ulykker eller nestenulykker mottar positive tilbakemeldinger på sin atferd. I slike kulturer får individet kun skylden for ulykker, dersom det kan bevises at vedkommende har agert hensynsløst eller uaktsomt. Reasons engasjement for en rettferdig kultur gjenspeiles i hans sitat: ”Justice works in two ways. Severe sanctions for the few can protect the innocence of the many” (Reason 1997, s. 212).

Armitage (2009) hevder at human error theory kan være hensiktsmessig som rammeverk for å forbedre kliniske styringsprosesser, og at ulike verktøy for analyse av menneskelige feil kan relateres til akutt pleie innen sykehus. Han hevder at human error theory er relevant på tvers av ulike organisasjoner og tjenestenivåer innen helsesektoren.

Norris (2009) mener at enkle prinsipper fra Human Factors kan benyttes for å øke pasientsikkerhet. Standardisering og forenkling reduserer variabilitet, som igjen påvirker mental arbeidsbelastning og beslutningstaking. Konkrete eksempler på standardisering fra sykehus er fargekoding av bedøvelsesmidler, fargekoding av pasientarmbånd for å indikere ulike tilstander hos enkeltpasienter og bruk av standardiserte sjekklister for vurdering av selvmordsrisiko. I helsesektoren finnes pasienter, pårørende, helsepersonell, omsorgsytere og annet personell. Disse personene kan ha ulik alder, språk, erfaring, utdanning og fysiske, psykiske og mentale forutsetninger. Det er en viktig tommelfingerregel at den informasjon

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

som skal gis, tilpasses den/de personene som skal forholde seg til informasjonen, og at dette spesifiseres på et så enkelt nivå at den svakeste eller mest sårbare i systemet forstår informasjonen. På denne måten kvalitetssikres det at alle parter i systemet har forstått informasjonen.

Norris (2009) trekker frem prinsippet om *Participative design*, der brukerne involveres i utforming og gjennomføring av helsetjenestene. Prinsippet skal sikre at tjenester som ytes er i tråd med brukerens preferanser og opplevde behov. Systemer kan designes med sikkerhetstiltak som barrierer, forsvarstiltak og konsekvensdempere. Dette kalles *design-in safety*. Når systemer, oppgaver eller utstyr utformes er det viktig å være bevisst at mennesker er tilbøyelige til å gjøre feil. Å gjøre det enkelt for personell å gjøre riktig er vesentlig for pasientsikkerhet. Om det finnes ulike måter å utføre en oppgave på, er det ut fra menneskets natur sannsynlig at de ulike måtene forsøkes. Mennesker lar seg gjerne friste til å ta snarveier, derfor bør regelbrytende atferd alltid tas med i betraktning dersom sikkerhetstiltak kun baseres på prosedyrer eller protokoller.

Forståelse av prosesser i teamarbeid og hvordan man legger til rette for effektive, velfungerende team er vesentlig for pasientsikkerhet. Fokus på potensiell risiko ved kommunikasjonsflyt, ansvarsfordeling og delt situasjonsbevissthet er sentrale elementer i forståelse av teamarbeid. Norris (2009) påpeker også viktigheten av en overordnet forståelse av systemet, og hvordan deler av systemet påvirker hverandre. Det er viktig å kjenne til de ulike grensesnittene i alle ledd av systemet så som utstyr, oppgaver, arbeidsområder, omgivelser og organisasjonens oppbygning. Det siste prinsippet som påpekes i Norris artikkel (2009), er at systemet må kunne håndtere endringer. Medisinske protokoller og praksis er i stadig utvikling. Det er derfor viktig at systemet kan tilpasse seg ny kunnskap om behandlingsstrategier, implementere nye prosedyrer, følge nye nasjonale eller lokale strategier og føringer, og håndtere normale svingninger i pasienttilfang og personalressurser. Systemet

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

må være oppmerksom på hvordan disse forholdene påvirker sikkerhet, og kunne foreta fortløpende risikovurderinger.

Et annet tjenesteområde som utfordrer pasientsikkerhet, er bruk av medisinsk utstyr i private hjem. US Food and Drug Administration (FDA) har fulgt den fremtredende og stadig økende bruken av medisinsk utstyr i private hjem. Økningen i omfanget av hjemmepleie i USA knyttes spesielt til at det er en kostnadseffektiv tilnærming (Fu, Weick-Brady & Tanno, 2012). For eksempel kan helsepersonell følge opp og overvåke pasienters behandling i hjemmet, eksternt, ved bruk av telemedisin. Dette er kostnadseffektivt, praktisk og viser seg å gi like bra resultater av omsorg som andre former for hjemmepleie. Selv om kostnadsbesparelser er lovende, påvirkes pasientsikkerheten av ulike forhold. Omsorgspersonenes kunnskap, utstyrets brukervennlighet og uforutsigbare omgivelser er de viktigste faktorene som bidrar til vansker ved bruk av medisinsk utstyr i private hjem. Disse forholdene kan alle sorteres under menneskelige feilkilder og ergonomi.

Fu et al. (2012) påpeker at produsenter av medisinsk utstyr må vurdere ulike forhold ved utforming og design av utstyret. Det må være designet slik at det er intuitivt og det bør være godt merket hvordan det skal benyttes. De som benytter utstyret i hjemmene kan ha fysiske eller kognitive vansker, ulik utdanningsbakgrunn eller være emosjonelt engasjert overfor den de yter omsorg og pleie til. Disse faktorene kan påvirke hvordan de reagerer i en situasjon når det oppstår tekniske feil ved utstyret. Medisinsk utstyr som krever særskilt opplæring bør forutsette opplæring fra profesjonelt helsepersonell, før utstyret tas i bruk. Fu og kollegaer (2012) påpeker at miljøer og omgivelser i private hjem varierer. Dette kan skape problemer for bruk av medisinsk utstyr. Plass kan ha avgjørende betydning for bruk av sykehussenger i private hjem og i USA benyttes støpsler med både to og tre stifter, i tillegg er noen støpsler jordet og andre ikke. Slik risiko ville ikke være like fremtredende i en klinisk situasjon, hvor man har informasjon om elektrisk system, plass, planløsning og kan gjøre

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

nødvendige tilpasninger før utstyret tas i bruk. I moderne hjem finnes det ofte teknologisk utstyr som består av trådløse elektroniske komponenter. Trådløst medisinsk utstyr finnes også. Dersom medisinsk trådløst utstyr fungerer innenfor samme frekvensrekkevidde som annet trådløst elektronisk utstyr, kan elektromagnetisk interferens oppstå. Ved slike situasjoner kan utstyrets funksjonalitet påvirkes og gi dramatiske feil som; at utstyret går inn i dvalemodus, at doseringspumper doserer feil, at alarmfunksjoner ikke virker eller at utstyret slår seg av (Fu et al., 2012).

Verbano og Turra (2010) studerte klinisk risikostyring i helsetjenesteorganisasjoner. De analyserte klinisk risikostyring og pasientsikkerhetsforbedringer ved seks italienske helsetjenesteorganisasjoner. Rammeverket for deres analyse var Human Factors og *human reliability theories*. Teoriene og metodene de identifiserte gjennom sin litteraturstudie, er hentet fra *høyst pålitelige* organisasjoner innen industrien som, luftfart, kjernekraftverk, militæret og petroleumskjemien. Høyst pålitelige organisasjoner kjennetegnes av at de fungerer i situasjoner hvor de er utsatt for risiko av stor skala, og at de til tross for risiko håndterer en balanse mellom effektivitet og sikkerhet. De minimerer også feil ved å arbeide i team, være bevisste på potensiell risiko og ha konstant fokus på forbedring. Verbano og Turra (2010) hevder at disse teoriene og metodene kan anvendes innenfor konteksten av helsetjenester. De definerer klinisk risikostyring slik: ”en tilnærming for å forbedre kvaliteten i helsetjenester, som fokuserer spesielt på identifisering av omstendigheter som setter pasienten i risiko for skade, for så å handle for å beskytte eller kontrollere slik risiko” (s.626).

I likhet med Armitage (2009) og Norris (2009), trekker Verbano og Turra (2010) frem Reasons organisatoriske ulykkesmodell, The Swiss Cheese Model. De beskriver den tradisjonelle modellen som en systemisk tilnærming med fokus på menneskelige feilkilder. De fremhever at Reasons modell har hatt spesiell innflytelse på utviklingen av bredere systemperspektiver på feil og sikkerhet og at det i løpet av de siste årene har vært økende

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

interesse for metoder og teknikker for sikkerhet og reliabilitet, hentet fra andre industrier.

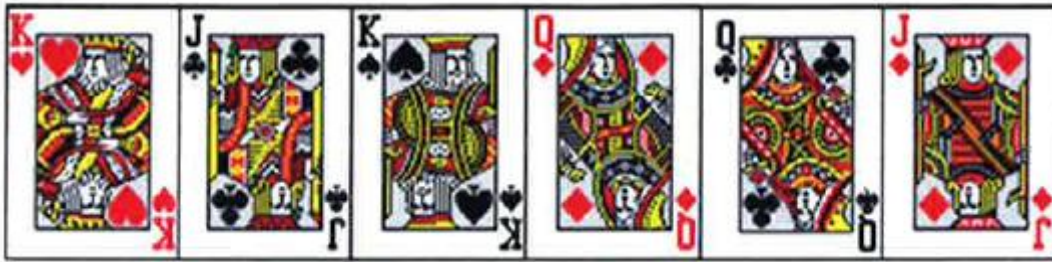
Verbano og Turra (2010) understreker at metoder og teknikker fra andre industrier og fagfelt ikke nødvendigvis kan håndteres og benyttes uten justeringer, men at *Human Reliability Analysis* teknikker (HRA) bør forsøkes implementert og tilpasset helsetjenestesektoren.

HRA undersøker feil og svakheter i systemer, ved å evaluere de virksomme metodenes eksistens i organisasjonen. HRA disiplinen utviklet seg for ca. 30 år siden og regnes i dag som en hybrid disiplin, altså at den både involverer ingeniører innen systempålitelighet, og eksperter på menneskelige feilkilder, som psykologer. HRA er en intradisiplinær metode fordi; 1) HRA krever psykologisk kunnskap om hva slags feil mennesker er tilbøyelige til å gjøre, av hvilke grunner, og hvordan disse feilkildene kan påvirkes gjennom trening og tilrettelegging av teknologi. 2) HRA krever også ingeniørkunnskap om hvordan systemer konstrueres, og om hvilke metoder som trengs for å vurdere pålitelighet og risiko (Kirwan, 1994 i Verbano og Turra, 2010).

Verbano og Turra (2010) fant i sin studie at helsetjenesteorganisasjonene hadde ulik organisatorisk utforming. De fant likheter ved at alle organisasjonene så ut til å involvere ulik komplementær kompetanse og kultur i risikohåndtering. Trening i risikohåndtering så ut til å være drivkraft for utvikling og videre opprettholdelse av sikkerhetskulturen i organisasjonene. Opplæring så ut til å være avgjørende for å kontrollere klinisk risiko. De fant også at kunnskap og oppmerksomhet om risikofaktorer og sikkerhetstiltak i organisasjonene, var begrenset. De anbefalte enkle overførbare metoder og teknikker fra andre industrier som aktuelle for italienske helsetjenesteorganisasjoner. Disse dreiet seg i størst grad om identifisering av risiko. Følgende metoder og teknikker ble anbefalt: Hierarkisk oppgaveanalyse, kognitiv oppgaveanalyse, *System Human Error Reduction and Prediction Approach* (SHERPA), hendelsestreakanalyse, feiltreakanalyse, ulykkesrapportering, hendelsesrapportering og *Hazard and Operability Analysis* (HAZOP).

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Feil og uønskede hendelser innen helsetjenester kan sees på som resultat av illusjoner eller utilsiktet magi, i alle fall i følge Linda C. Williams (2012). Hun hevder i sin artikkel at bruk av magi og illusjonisme kan bidra til å sette søkelys på mekanismer som utfordrer sikkerhet innen helsetjenester. Sammenhenger mellom teknikker og metoder som benyttes innen magi og kunnskap om menneskers tilbøyelighet til å gjøre feil er fokus i hennes artikkel. Tryllekunstnere kombinerer flere prinsipper knyttet til oppmerksomhet, bevissthet, tillit og persepsjon for å lure sitt publikum. Williams (2012) understreker fenomenet ubevisst blindhet, nemlig at mennesker ikke ser den reelle virkelighet. Mennesker er tilbøyelig til å merke seg enkelte detaljer og gjenkjenne mønstre, som igjen leder oss til en visuell forståelse. Hun viser til et kort-triks i sin artikkel som eksemplifiserer dette:

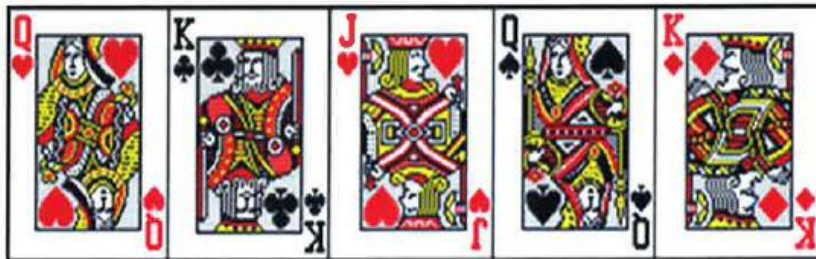


Figur 2: Velg ett kort, fokuser på det. Memorer det. Det vil forsvinne.

Perfekt designet utstyr baseres på samme prinsipper for å lede brukeren av utstyret til riktig bruk og feilretting. Likevel kan design og funksjon på medisinske apparater og utstyr utgjøre risiko. Under intensivbehandling benyttes mange ulike slanger og koblinger og disse ligner på hverandre. Det brukes universaloverganger og koblinger som passer til ulike slanger, med ulikt formål. Å koble respirasjonsslanger til slanger som gir sondeernæring kan få katastrofale følger. Williams (2012) trekker paralleller til våre dagligdagse frustrasjoner med ladere til mobiltelefoner. Produsenter benytter unike koblinger til sine ladere, og man er avhengig av å ha riktig lader for å få ladet telefonen sin. I et risikoperspektiv er dette en

løsning som minimerer risiko for feilkobling. Det motsatte finner man i hennes eksempel om bruk av universalkoblinger i intensivbehandling (Williams, 2012, s. 93).

Williams (2012) hevder at utilsiktede hendelser (illusjoner) i helsevesenet kan bekjempes ved å studere illusjonisme og ved bruk av teknikker og prinsipper fra HFE. Hun hevder at mestring av enkle magiske triks kan bidra som en positiv læringsstrategi for å øke helsepersonells bevissthet på bruk av HFE verktøy for å identifisere feilkilder. Eksempelvis ved testing av brukervennlighet. Å eksemplifisere menneskers perseptuelle og konseptuelle sårbarhet ved bruk av tryllekunstner, kan gi argumenter for nødvendigheten av å leie inn HFE eksperter, eller anskaffe slik kompetanse til spesifikke prosjekter. Williams (2012) mener at når vi kjenner menneskers sårbarhet i bevisst tankegang, bør design av kritisk medisinsk utstyr unngå utforming som bidrar til illusjoner eller feil bruk av utstyret.



Figur 3: Er kortet du valgte borte?

Williams (2012) hevder at helsepersonell ofte stilles overfor nærmest umulige situasjoner. Det forventes at de skal være oppmerksom på pasientens medisinske status, analysere informasjon fra ulike kilder, handle ifølge mottatt informasjon og endringer i pasientens medisinske status, og kommunisere med pasienter, pårørende og andre helsepersonell. Selv om de kan være utmattet, søvndepriverte, syke eller sultne, forventes det til enhver tid at de er årvåkne. I korttrikset som ble nevnt tidligere i artikkelen opplever de fleste at kortet de har valgt ut blir borte. Vi lures ved at vi ikke opprettholder bevisstheten på alle mulige kort som finnes i en kortstokk. På grunn av at hjernen vår fungerer på denne

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

måten oppleves korttrikset som en illusjon. Det har ingen betydning hvilket kort i den første kortremsen man velger, det er uansett ikke gjengitt i den siste (Williams, 2012).

Arbeidsmiljøer ved medisinske klinikker er komplekse og sammensatte. Avansert teknologi, prosedyrer, store mengder informasjonsutveksling og behov for teamarbeid er faktorer som påvirker organisasjonenes kompleksitet. Det er derfor ikke overraskende at medisinske team gjør feil som påvirker pasientenes sikkerhet. Faktisk er medisinske feil, hvor flere av dem kan forebygges, vanlig på sykehus (Morag et al., 2012). Hovedtyngden av forskning på feil innen helsetjenester omfatter ulykkesgranskning og utvikling av rapporteringssystemer for uønskede hendelser og ulykker. Morag og kollegaer (2012) påpeker svakheter ved ulykkesrapporteringssystemer og hevder underreportering er utbredt. Fenomenet beskrives i flere studier og rapporter, for eksempel hos Cook, Woods og Miller (1998). Hukommelsesproblemer og mulige rapporteringsavsporinger med assosiasjoner til moralske, juridiske og økonomiske konsekvenser er også potensielle svakheter. Etterpåklokskap har begrenset styrke når det gjelder å kunne gi valide prospektive prediksjoner eller valide anbefalinger.

I følge Morag et al. (2012) trengs et komplementært informasjonssystem i helsetjenesteorganisasjoner. Systemet skal fange opp, samle og beskrive varige, gjentatte, og pågående utfordringer ved gjennomføringen av daglige oppgaver som stammer fra svake Human Factors (HF). Morag og kollegaene (2012) implementerte et informasjonssystem ved fire avdelinger på to spesialsykehus i Israel. Studien ble gjennomført i tre stadier. Første stadium besto av en systematisk analyse av rutiner for arbeidet ved avdelingene for å kartlegge HF-aspekter som var knyttet til det kliniske personalets daglige arbeidsoppgaver, og utvikling av rapporteringsskjemaer for relevante faktorer. Stadium to innebar innsamling av rapporter fra de fire avdelingene i 12 uker som ble gjennomgått og kategorisert av tre medlemmer fra forskningsgruppen. De kom frem til tre ulike kategorier; generelle problemer,

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

spesifikke (lokale) problemer og problemer ikke relatert til HF. I siste stadium av studien fokuserte forskergruppen på de hyppigst rapporterte problemene ved hver avdeling. De gjennomførte valideringsstudier ved tre av de fire avdelingene. Siden de rapporterte problemene var forskjellige ved avdelingene, ble ulike metoder benyttet. Simuleringsstudie, sammenligning av mentale modeller hos leger og sykepleiere og spørreundersøkelse ble benyttet (Morag et al., 2012).

Karakteristisk for tilnærmingen er at den påviser gjentatte vansker som rapporteres av kliniske teamarbeidere i deres hverdag. Morag et al. (2012) fant at rapporteringssystemet de utviklet og undersøkte i større grad ble benyttet av klinisk helsepersonell, sammenlignet med tidligere systemer. Også leger benyttet problemrapporteringssystemet, noe som var fremmed ved bruk av tidligere systemer.

Det er lang tradisjon for bruk av reguleringstiltak for kvalitetssikring innen helsevesenet. Til tross for dette utsettes pasienter for feil og skade under helsehjelp, mens samfunnet forventer en stadig økende ansvarlighet hos profesjonelt helsepersonell. Dette har ført til behov for endringer av regulatoriske prosesser (Phipps, Noyce, Walshe, Parker & Ashcroft, 2011). I Storbritannia foreslo helsedepartementet i 2007 at statlig regulerte helseprofesjoner skal ha ordninger for periodiske vurderinger av egnethet og skikkethet i yrkesutøvelsen. Slike vurderingssystemer bør ha et rimelig forhold mellom den risiko som foreligger ved aktuell praksis, og fordelen vurderingen bringer. Periodiske vurderinger skulle derfor begrenses til det som var nødvendig for å minimere risiko i yrkesutøvelsen, uten å være til byrde for utøverne eller andre involverte i prosessen (Phipps et al., 2011).

Det er vanligvis enighet om at det finnes risiko, mindre enighet om hva risiko egentlig betyr og enda mindre enighet om hva det vil si å vurdere risiko. Spørsmålene er omdiskutert i akademisk litteratur, og det er enighet om at det mangler felles begreper om risiko. Phipps et

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

al. (2011) omtaler tre ulike tilnærminger til risikovurdering. Risikobaserte tilnærminger som baserer seg på kvantitative data kan være sannsynlighetsberegninger, alvorlighetsgraderinger og normer. Forholdsregelbaserte tilnærminger baserer seg på prinsippet om at dersom usikkerhet om kvantitative data inntreffer, bør det vektlegges å gjøre systemet mer tilpasningsdyktig til uventede hendelser. Dette kan gjøres ved identifisering, overvåkning og begrensning av potensielle negative utfall. I en diskursbasert tilnærming ligger hovedvekten på å oppnå en delt forståelse av risikoens natur og hvordan denne bør håndteres. Diskursbasert tilnærming innebærer forhandlinger, kunnskapsutveksling og dialog mellom berørte parter.

I sin studie av implikasjoner for risikobasert regulering av farmasøyter, fant Phipps et al.(2011) individuelle kjennetegn som fremkommer under amerikanske og britiske studier av risiko blant helsepersonell: Spesifikke spesialiteter eller sektorer er i større risiko for å utøve disiplinære regelbrudd. Ansiennitet påvirker risiko; blant leger i Ohio var risikoen størst hos de med kortest yrkeserfaring. I California viste det seg å være motsatt og sykepleiere i Colorado og Texas utgjorde størst risiko i aldersgruppen 40 – 44 år. Blant amerikanske leger var sannsynligheten for seksuelle overgrep størst blant de eldste legene. I Storbritannia fant man økt risiko for disiplinære regelbrudd når helsepersonell arbeider alene. Mannlige yrkesutøvere var forbundet med større risiko enn kvinnelige. Fargede yrkesutøvere var forbundet med større sannsynlighet for å bli irettesatt, enn hvite. Yrkesutøvere fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn var forbundet med større risiko. Yrkesutøvere som var utdannet utenlands var forbundet med større sannsynlighet for å få reprimander dersom de gjorde feil.

Phipps et al. (2011) fant også følgende organisasjonsmessige variabler:

Arbeidsmengde, redusert bemanning og distraksjon ble rapportert som foranledninger for feil og nestenulykker ved britiske apoteker. Utlevering av feil medikament, feil under reseptlesing, og feil montasje av medisinsk utstyr ble rapportert i studiene. I studier knyttet til

administrasjon av legemidler i andrelinje tjenesten ble det funnet både individuelle og organisatoriske risikovariabler.

Konklusjon

Formålet med litteraturgjennomgangen var å undersøke hvorvidt risikovurdering og risikostyring gjennomføres innen helse- og omsorgsfaglige organisasjoner, og hvordan det gjøres. Litteraturen omfatter en variasjon av ulike typer studier, artikler og rapporter, hvor de fleste er hentet fra Amerika og Storbritannia (se tabell 2). To artikler er fra forskningsprosjekter i andre nasjoner, henholdsvis Italia og Israel. Populasjonene som er undersøkt i studiene er i hovedsak sykehusavdelinger eller spesifikke yrkesgrupper innen helsetjenesteorganisasjoner. Mer enn halvparten av studiene omhandler Human error theory og Human Factors, mens resterende studier omhandler innovasjon og utvikling med hensyn til pasientsikkerhet innen helsetjenesteorganisasjoner.

Hvorvidt det foreligger risiko innen helse- og omsorgsfaglige organisasjoner, er allerede opplyst og debattert. Kohn et al. (1999) gir estimater av både omfang og kostnader knyttet til pasientpleiefeil i USA. De skiller mellom medisinske feil forårsaket av personell (aktive feil) og medisinske feil forårsaket av systemiske forhold (latente feil). Armitage (2009), Norris (2009), Phipps et al. (2011), Reason (2000), Sitterding et al. (2012), Verbano og Turra (2010), og Williams (2012) tar alle opp skillet mellom latente og aktive feil i likhet med Kohn et al. (1999). Flere av artiklene viser til Reasons Swiss Cheese Model (1997). Williams (2012) knytter latente og aktive feil til magi og illustrerer ved eksempler hvordan mennesker er disponert for å gjøre feil, slik som gjengitt tidligere i artikkelen. Warburton (2005) skiller seg markant fra de øvrige med hensyn til tematikken som tas opp i hennes artikkel. Hun beskriver nødvendigheten av å vurdere hvilke risikoområder man bør investere

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

i, og hvordan risikoreducerende tiltak bør prioriteres med bakgrunn i hennes modell, Economic Evaluation Loop.

For å skape innovasjon og utvikling innen helsetjenesteorganisasjoner er noen forhold ved organisasjonene avgjørende. Carayon (2010) peker på behovet for motivasjon i organisasjoner hvor innovasjon skal forekomme, og hevder at organisasjonens evne og beredskap til å tilegne seg nye metoder, verktøy og konsepter er avgjørende for at implementering av HFE applikasjoner skal lykkes. Reid et al. (2005) anbefaler en systemisk tilnærming i forbedrings- og innovasjonsarbeid innen helsetjenesteorganisasjoner. De foreslår et rammeverk for endring og handling, som baseres på et partnerskap mellom ingeniører, profesjonelle helsepersonell og ledelsen innen helsetjenesteorganisasjonene. Rapporten tilkjenner muligheter og utfordringer ved bruk av *Systems Engineering*, informasjonsteknologi og andre verktøy for å skape et nåtids helsetjenestesystem som kan levere trygge, effektive, riktig timede, pasientsentrerte og rettferdige helsetjenester. Reid et al. (2005) hevder at det er nødvendig med en langsiktig kulturell profesjonsendring blant helsepersonell for å muliggjøre innovasjon. For å gjøre helsetjenestesystemet i stand til å anvende systemverktøy og stadig mer avansert teknologi, må slik kulturell endring initieres overfor helsepersonell i de formative årene, ved utdanningsinstitusjonene.

I USA fulgte US Food and Drug Administration med på den økende utviklingen og forekomsten av hjemmebasert pleie (Fu et al., 2012). Stadig utvikling av ny teknologi øker mulighetene for å tilby medisinsk pleie i pasientens hjem, men byr også på utfordringer. Omsorgspersoners kunnskap om bruk av medisinske hjelpemidler og utstyr, utstyrets brukervennlighet og miljømessige faktorer i pasientenes hjem er forhold som påvirker pasientsikkerhet. Fu et al. (2012) tar opp disse utfordringene i sin artikkel i et Human Factors perspektiv. De anbefaler videre fokus på samarbeid mellom FDA og utviklere og leverandører av medisinsk utstyr.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Mulighetene for innovasjon innen helsetjenesteorganisasjoner kan analyseres i et seleksjons- og kompleksitetsperspektiv. Hvordan organisasjonskultur endrer og utvikler seg avhenger av flere forhold. Ledelsens styringsform, strukturell organisering og kommunikasjon mellom deltakerne i organisasjonen, vil være avgjørende for kulturutvikling. Hvilke forsterkningsbetingelser som ligger til grunn for å fremme atferd blant organisasjonens medlemmer er også sentralt i kulturutviklingen. Organisasjoner som tillater høy grad av variasjon, gir et bredt seleksjonsgrunnlag. Organisasjoner med tydeligere definerte rammer for medlemmenes atferd, får en mer homogen fremtreden blant medlemmene. I organisasjoner der de ansattes kreativitet verdsettes og stimuleres, og de ansatte viser evne og vilje til endring vil variasjonsgraden være høy.

Robbins (2005) skriver i sin bok *Organizational Behavior* om innovative organisasjoner. Slike organisasjoner oppmuntrer til eksperimentering og belønner både suksess og feiltakelser. *Byråkrati, variasjon og læring* av Sandaker, Andersen og Ree (2014), beskriver variasjon og interaksjon som forutsetninger for læring. Læring i organisasjoner innebærer aktiv interaksjon med omgivelsene, og at den enkelte ansatte lærer. Dette resulterer i at organisasjonen endrer strategier, produkter og tjenester og at nye relasjoner i nettverk etableres. Hvilke læringsbetingelser den enkelte eksponeres for avhenger av hvor i organisasjonen man arbeider. I byråkratiske organisasjonsmodeller som består av mellomledelsesnivåer, er interaksjonen mellom mellomledelsen og det direkte utøvende tjenesteledet ofte begrenset eller fraværende. Dette fører til lav grad av informasjonsutveksling og reduserer organisasjonens læringsmuligheter. Konsekvenser av dette kan være at mellomledernivået ikke blir kjent med de faktiske behovene kjernevirksomheten skal håndtere, altså vil ikke mellomledelsen eksponeres for de læringsbetingelsene brukerne av tjenestene representerer (Sandaker et al., 2014).

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Carayon (2010) påpeker forhold som er i tråd med Robbins (2005) og Sandaker et al. (2014) sine betingelser som legges til grunn for innovasjon i organisasjoner. Han understreker viktigheten av organisasjonsmessige foranledninger for HFE som innovasjon: Organisasjoner som har tydelig ledelse, strategiske visjoner og klima som leder til eksperimenter og aksept for risiko, er mottakelig for endring. Implementering av HFE innovasjoner er sannsynligvis gjennomførbart i organisasjoner med slike trekk. Carayon (2010) peker også på at hvorvidt en organisasjon er beredt for HFE innovasjon påvirkes av flere faktorer. Forventningspress om utvikling og kvalitetsheving på de tjenester eller produkter de leverer, øker organisasjonens mottakelighet for endring. Beredskap for innovasjon påvirkes også av innovasjonssystemets tilpasning til organisasjonens verdier, normer, strategier, målsettinger og arbeidsmetoder. Alle de organisasjonsmessige forholdene som påpekes hos både Carayon (2010), Robbins (2005) og Sandaker et al. (2014) kan oppfattes som elementer i sikkerhetskultur, slik Reason (1997) definerer det.

Hvordan organisasjonen vurderer implikasjoner av arbeidet, hvordan den støtter arbeidet, og tid og ressurstilfang knyttet til HFE, påvirker også mottakeligheten for endring, sammen med dens kapasitet til å følge opp og evaluere innovasjonen. Det kreves forberedelse og planlegging for å sikre at organisasjonen er rustet for HFE innovasjoner (Carayon, 2010).

Litteraturgjennomgangen viser at risikoanalytiske intervensjoner og risikostyring er et ekspanderende fagområde innen pasientpleie og helsetjenesteorganisasjoner. Flere av studiene påpeker organisasjonsmessige forutsetninger for utvikling og innovasjon med tanke på økt pasientsikkerhet. I norske helsetjenesteorganisasjoner innen førstelinjetjenesten, er det svak tradisjon for anvendelse av risikoanalytiske intervensjoner med hensikt om å øke tjenestekvalitet, effektivitet og eventuelt redusere langsiktige kostnader. Forfatteren av denne artikkelen vil anbefale virksomheter innen helsetjeneste- og opplæringssektoren å tilegne seg kompetanse om risikoanalyse og risikostyring. Videre anbefales det at disse organisasjonene

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

implementerer enkle risikoanalytiske redskaper i sitt forbedringsarbeid. Jeg vurderer Reasons (1997) Swiss Cheese Model som et enkelt risikoanalytisk verktøy, godt egnet for bruk innen norske helsetjeneste- og opplæringsorganisasjoner.

Referanser

Armitage, G. (2009). Human error theory: Relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management*, 17, 193 – 202.

Axelrod, R., & Cohen, M. D. (2000). *Harnessing complexity: Organizational implications of a scientific frontier*. New York: Basic Books.

Carayon, P. (2010). Human factors in patient safety as an innovation. *Applied Ergonomics*, 41, 657 – 665.

Cook, R. I., Woods, D. D., & Miller, C. (1998). *A tale of two stories: Contrasting views on patient safety*. Chicago: National Patient Safety Foundation.

Fu, M., Weick-Brady, M., & Tanno, E. (2012). Medical devices in the home: A unique challenge for the FDA. *Work*, 41, 361 – 365.

Greenhalgh T., Robert G., MacFarlane F., Bate P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581 – 629.

ISO 10075. (2004). *Ergonomic principles related to mental workload*. Geneva: International Organisation for Standardisation.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.

Morag, I., Gopher, D., Spillinger, A., Auerbach-Shpak, Y., Laufer, N., Lavy, Y., et al. (2012). Human factors-focused reporting system for improving care quality and safety in

- hospital wards. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 54, 195-213.
- Norris, B. (2009). Human factors and safe patient care. *Journal of Nursing Management*, 17, 203 – 211.
- Phipps, L. D., Noyce, P. R., Walshe, K., Parker, D., & Ashcroft, D. M. (2011). Risk-based regulation of healthcare professionals: What are the implications for pharmacists? *Health, Risk & Society*, 13, No. 3, 277 – 292.
- Pierce, W. D., & Cheney, C. D. (2004). *Behavior analysis and learning* (3rd ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Reason, J. (2000). Human error, models and management. *British Medical Journal*, 320, 768 - 770.
- Reid, P.R., Compton, W.D., Grossman, J.H., & Fanjiang, G. (2005). *Building a better delivery system: A new engineering /health care partnership*. (Report). Washington, DC: The National Academy Press.
- Robbins, S.P. (2005). *Organizational behavior* (11th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Sandaker, I., Andersen, B., & Ree, G. (2014). Byråkrati, variasjon og læring. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41, No.1, 33 – 43.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, No. 2, 109 – 119.

Sitterding, M.C., Broome, M.E., Everett, L.Q., & Ebright, P. (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 35, No. 1, 77 – 92.

Sterman, J. D. (2000). *Business dynamics: System thinking and modeling for a complex world*. USA: The McGraw-Hill Companies.

Verbano, C., & Turra, F. (2010). A human factors and reliability approach to clinical risk management: Evidence from Italian cases. *Safety Science* 48, 625 – 639.

Warburton, R. N. (2005). Patient safety – how much is enough? *Health Policy*, 71, 223 – 232.

Williams, L. C. (2012). Using magic to throw light on tricky healthcare systems: Patient safety problem solving. *Human factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 22, 87 – 95.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Tabell 1

Search for: 7 and 8
Results: 29
Database: PsycINFO <1806 to July Week 1 2014>
Search Strategy:

1 risk assessment/ (9096)
2 risk analysis.tw. (623)
3 1 or 2 (9298)
4 risk management/ or management/ or "costs and cost analysis"/ or prevention/ or risk taking/ or safety/ (62360)
5 3 or 4 (70191)
6 (cost* adj analys*).tw. (1091)
7 5 or 6 (70489)
8 human factors.tw. (2876)
9 7 and 8 (242)

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Tabell 2:

Referanse:	Tematisk fokus	Formål/Forskningsspørsmål:	Metode/studie:	Konklusjon/funn:
Kohn, Corrigan & Donaldson (1999)	Human Error Theory og Human Factors	Utforske kvaliteten på helsetjenester i USA, og hvordan man skal oppnå en terskelendring i kvalitet.	Rapport (litteraturgjennomgang og forskning)	Rapporten identifiserer ulike risikoområder innen helsetjenester med hensyn til pasientsikkerhet, og anbefaler spesifikke risikoreducerende tiltak, prosedyrer, rapporteringssystemer og organisatoriske verktøy og systemer.
Sitterding, Broome, Everett & Ebright (2012)	Human Error Theory og Human Factors	Studiens hensikt var å analysere og definere situasjonsbevissthet innen akutte sykepleietjenester. Studien identifiserte også ulike faktorer som påvirker sykepleien som ytes, og pasientsikkerheten.	Hybrid Concept Analysis – tillater å inkludere sykepleieres perspektiv i forhold til situasjonsbevissthet. Metoden forenkler integrasjon av teoretisk analyse og felterfaring som inkorporerer perspektivet til deltakerne (sykepleierne). Semistrukturerte intervjuer.	Studien konkluderer med at det er behov for videre forskning på situasjonsbevissthet inne akutte sykepleietjenester, og anbefaler bruk av samme forskningsmetode. Det er også behov for videre forskning for å kvantifisere empiriske sammenhenger mellom avbrutt administrering, oppgave administrering, kognitiv overbelastning og situasjonsbevissthet innen sykepleie.
Norris (2009)	Human Error Theory og Human Factors	Introdusere Human Factors for sykepleie administrasjon, og identifisere områder hvor dette kan anvendes for pasientsikkerhet. Hvordan kan Human Factors forbedre pasientsikkerhet?	Gjennomgang av litteratur og forskning fra andre virksomhetsområder.	Enkle Human Factors prinsipper kan være svært sentrale å vurdere for å forbedre pasientsikkerhet. Eksempler på disse er: design for standardisering, involvering av brukere og helsepersonell i utforming og design av tjenester og utstyr, kunnskap om hvorfor feil oppstår og om løsningene personell er tilbøyelige til å velge.
Reid, Compton, Grossman & Fanjiang (2005)	Innovasjon og utvikling med hensyn til pasientsikkerhet innen helsetjenesteorganisasjoner.	Prosjektet hadde til hensikt å: identifisere tekniske applikasjoner som kunne bidra til signifikante forbedringer i levering av helsetjenester på kort, middels og lang sikt. - Vurdere faktorer som ville lette eller hindre utplassering av disse. - Identifisere forskningsområder innen ingeniørfaget eller andre fagområder som kunne bidra til hurtig forbedring av helsetjenestelevering.	Prosjektrapport	Rapporten gir et rammeverk for en systemtilnærming til helsetjenesteleveranse, som består av fire trinns modell. Videre gir rapporten anbefalinger om strategier for å akselerere utvikling og forbedring i helsetjenesteleveranse.
Carayon (2010)	Innovasjon og utvikling med hensyn til pasientsikkerhet innen helsetjenesteorganisasjoner.	Hvordan øke opptaket av og bruken av HFE verktøy, metoder, konsepter og teorier for å fremskynde og forbedre pasientsikkerhetsarbeid?	Gjennomgang av litteratur og forskning.	HFE kan sees på som innovasjon innen helsetjenester. Dette innebærer flere implikasjoner for HFE-profesjonelle og forskere, og for trening av disse. Det gis klare anbefalinger til HFE-profesjonelle, forskere og utdanningsinstitusjoner om innovasjon for pasientsikkerhet.
Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate & Kyriakidou (2004)	Innovasjon og utvikling med hensyn til pasientsikkerhet innen helsetjenesteorganisasjoner.	Hvordan kan vi spre og opprettholde innovasjon i levering og organisering av helsetjenester?	Meta-narrativ review (litteraturreview).	Studien anbefaler at neste generasjon av forskning på diffusjon av innovasjon i helsetjenester bør være: teoridrevet, prosessorientert fremfor programorientert, økologisk fokusert, benytte vanlige definisjoner, måleenheter og redskaper, samarbeide og koordinere, være multidisiplinære og multimetodiske, være omhyggelig detaljert og deltakende. Studien angir hvilke spesifikke områder det er behov for videre forskning, og hvilke

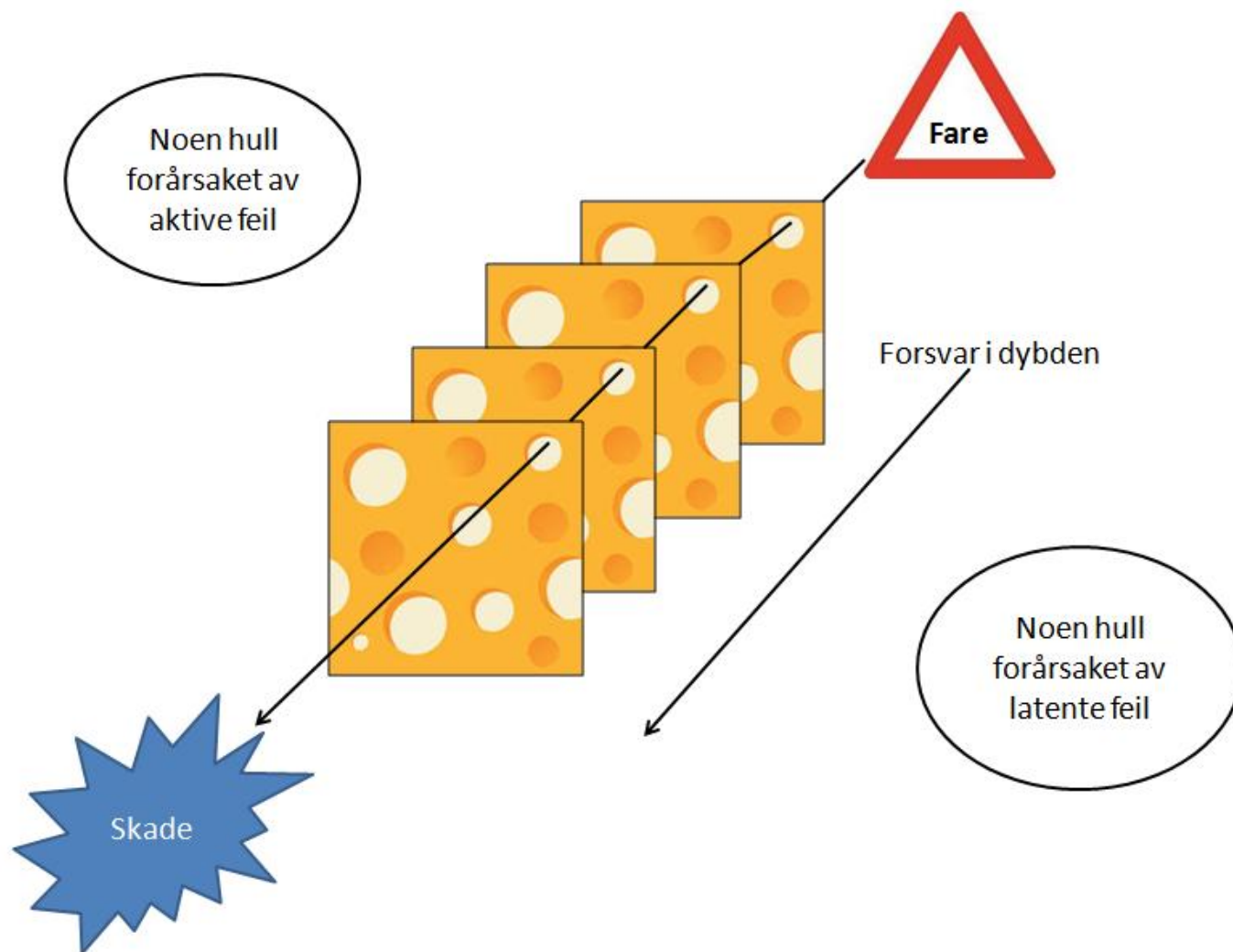
RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

				områder det ikke er behov for videre forskning på innenfor organisasjonsinnovasjon.
Armitage (2009)	Human Error Theory og Human Factors	Er Human Error Theory relevant for administrering av sykepleietjenester?	Litteraturstudie	Å håndtere og lære av feil er prioritert av den britiske nasjonale helseservice. Ved økt kunnskap om feilenes røtter, feilenes natur og konsekvenser kan man komme frem til et rammeverk som bidrar til å rangere ulike aktiviteter/tiltak innen risikostyring.
Reason (2000)	Human Error Theory og Human Factors	Artikkelen tar opp to tilnæringer til Human Error problemet, person tilnærming og system tilnærming.	Fagartikkel	”Høyst pålitelige” organisasjoner er førsteklasses eksempler på system tilnærmingen, og slike organisasjoner er robuste og håndterer menneskelige og operasjonelle risikofaktorer. Slike organisasjoner er ikke immune mot uønskede hendelser, men håndterer sporadiske tilbakeslag i en forbedret resilience av systemet.
Warburton (2005)	Pasientsikkerhetsinvesteringer i et økonomisk perspektiv	Artikkelen presenterer metoden, Economic Evaluation Loop (EEL), med formål om å samle evidens på kostnadseffektivitet knyttet til pasientsikkerhetsforbedringer. Problemstillingen for artikkelen er: Pasientsikkerhet – hvor mye er tilstrekkelig?	Fagartikkel	Å basere anbefalinger om sikkerhetsforbedrings tiltak kun på eksisterende forskning vil ikke føre til kostnadseffektiv reduksjon i pasientskader. Ved å benytte EEL under implementering og prioritering av forskningsmidler knyttet til pasientsikkerhet, vil man oppnå maksimal skadereduksjon og kunne identifisere ”tilstrekkelig sikkerhet” når man ser det.
Fu, Weick-Brady & Tanno (2012)	Human Error Theory og Human Factors	Hvilke utfordringer er identifisert ved bruk av medisinsk utstyr i private hjem?	Databasegjennomgang av innrapporterte hendelser knyttet til sikkerhet ved bruk av medisinsk utstyr i hjemmet. Rådgivningstjeneste knyttet til bruk av medisinsk utstyr i private hjem. Erfaringsbasert studie.	FDA fortsetter sitt arbeid med å definere hva som regnes som medisinsk utstyr, tilstreber videre samarbeid med utviklere og leverandører av slikt utstyr, og ønsker innrapportering av feil og problemer ved bruk av medisinsk utstyr fra forbrukerne. Flere risikoområder er identifisert ved bruk av medisinsk utstyr i hjemmene: brukerkompetanse om det utstyr som skal benyttes, egenskaper ved utstyrets design og brukervennlighet, miljømessige forhold i private hjem og elektromagnetisk stråling fra ulikt teknologisk utstyr.
Verbano & Turra (2010)	Human Error Theory og Human Factors	Hovedhensikten med studien var å gjøre en analyse av klinisk risikostyring og pasientsikkerhets forbedring i italienske helsetjeneste organisasjoner, gjennom Human Factors og menneskelig pålitelighetsteorier. Spesifikt hadde studien til formål å utforske den italienske <i>state of the art</i> innen klinisk risikostyring. Forskningsspørsmålene omhandlet: klinisk risikostyring, organisasjonskultur, kvalitetsstyring og organisatorisk sikkerhets teori.	Empirisk studie: Litteraturgjennomgang dannet grunnlaget for gjennomføring av seks kassustudier av italienske helsetjeneste organisasjoner.	De undersøkte organisasjonene hadde ulik profil og ulikt nivå av formalisering, men så ut til å være forente om å integrere forskjellig og komplementær kompetanse, og hadde en kultur for risikostyring. Knappe forskjeller ble funnet mellom de ulike organisasjonene med hensyn til sikkerhetskultur.
Williams (2012)	Human Error Theory og Human Factors	Artikkelens budskap er: Det er mulig å bruke magi og illusjon for å bevise verdien av Human Factors	Fagartikkel	Magikere kombinerer multiple prinsipper som: oppmerksomhet, bevissthet, tillit og persepsjon, for å lure sitt publikum. Mestring av enkle magiske triks kan være en effektiv opplæringsstrategi for å gjøre helsepersonell

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

		Engineering and ergonomics (HFE), med tanke på å identifisere og løse pasientsikkerhets problemer.		oppmerksomme på menneskets perseptuelle og konseptuelle sårbarhet. Kompleksiteten og den nødvendige løsningen for å fjerne magi og reparere farer, definerer og rettferdiggjør behovet for konsultering med HFE-eksperter.
Morag et al. (2012)	Human Error Theory og Human Factors	Kan et Human Factors fokusert rapporteringssystem bidra til å øke kvalitet og pasientsikkerhet på sykehusavdelinger?	Empirisk studie: Frivillig innrapportering med et problemrapporteringssystem ble implementert ved 4 sykehusavdelinger på to sykehus i Israel. Innsamlede rapporter ble gjennomgått og evaluert av Human Factors-profesjonelle. Dybdeobservasjonsstudier	359 rapporter ble samlet inn i løpet av 12 uker, sammenlignet med 200 rapporter som tidligere var innrapportert ved samme avdelinger i en 5 års periode når det ble benyttet et obligatorisk ulykkesrapporteringssystem. Dybdeobservasjonsstudier ved de ulike avdelingene bekreftet at det nye rapporteringssystemet fanget opp spesifikke Human Factors, som differensierte mellom de ulike avdelingene.
Phipps, Noyce, Walshe, Parker & Ashcroft (2011)	Human Error Theory og Human Factors	Risikobasert regulering av helsepersonell, hvilke implikasjoner finnes for farmasøyter? Hvilke risiko bør håndteres? Hvem utgjør risiko, og hvem utsettes for den? Hvem definerer og kontrollerer risiko?	Reviewartikkel Gjennomgang av studier innen Healthcare Management, Safety Science og Human Factors. Studien forsøker å konseptualisere hvordan risiko kan vurderes og håndteres innen farmasitjenester.	Basert på amerikanske og britiske studier av karakteristika blant helsepersonell (sykepleiere, leger og tannleger) kan det tegnes et generelt bilde av risikofaktorer som påvirker helsepersonells disiplinære handlinger. Basert på funnene i denne studien bør risikovurderinger fokuseres på karakteristika ved den enkelte farmasøyt, men også på risiko ved deres arbeidssystemer og arbeidsoppgaver.

Figur 1:



Artikkel II:

Risikostyring i planlegging av kommunale tjenester – En analyse av historiske data

Risk Management in Planning of Community Services – an Analysis of Historic data

Sammendrag

Risiko truer fungeringen til alle typer organisasjoner. Kommunale helsetjenesteorganisasjoner i Norge, gjennomfører sjelden systematisk risikohåndtering. Denne artikkelen gjennomgår historien til seks pasienter og deres kommunale helse-, omsorgs- og opplæringstilbud. Spesifikke historiske hendelser i deres tilbud påpekes. Artikkelen forsøker å forklare hvorfor uheldig ressurstildeling forekommer, ved å peke på identifiserte risikofaktorer. Pasientenes historier viser at identifiserbare risikofaktorer leder til trusler og potensiell skade. I et risikoanalytisk perspektiv antas det at disse truslene kan håndteres. Ved å fortelle pasientenes historier i en kontrafaktisk tilnærming og se dem i et kompleksitets- og atferdsanalytisk perspektiv, forsøker jeg å peke på spesifikke uheldige hendelser/situasjoner som har oppstått. Jeg foreslår hva som kunne vært gjort annerledes for å minimere eller unngå de aktuelle hendelsene, og etterfølgende konsekvenser.

Artikkelen foreslår bruk av *Reasons Swiss Cheese Model* (1997), som er et enkelt risikoanalytisk verktøy som kan passe for norske kommunale virksomheter innen helse-, omsorgs- og opplæringssektoren. Bruk av dette verktøyet kan hjelpe ledelsen til å identifisere risiko og trusler og påpeke risikobarrierer i organisasjonen som må forbedres og opprettholdes for å unngå at trusler og feil fører til skade.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Krav om effektivitet, tjenestekvalitet og økonomisk edruelighet gjelder for de fleste virksomheter som leverer tjenester i offentlige og private bedrifter. I kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner tildeles ressurser til tjenestemottakerne med utgangspunkt i deres bistandsbehov, gjeldende lover og forskrifter. Det forekommer sjelden tjenester som overstiger minimumskravet for å dekke mottakerens behov. Tjenesteforsømmelse eller lav kvalitet avdekkes oftest ved reaktive strategier. Det kan være klagesaker fra tjenestemottakerne eller deres talspersoner, tilsyn fra tilsynsmyndighetene eller alvorlige hendelser som medfører oppmerksomhet fra media og publikum.

Tjenesteutforming og kvalitet varierer mellom ulike virksomheter, selv om de omfattes av samme lovverk og forskrifter. Tilbudet i den enkelte kommune varierer også. Til tross for målsetninger om god kvalitet, effektivitet og lave kostnader innenfor helse-, omsorgs- og opplæringssektoren, hender det ofte at de samme utfordringene og problemene viser seg gang etter gang. Dette kan dreie seg om utfordringer knyttet til enkelte mottakere av tjenestene, grupperinger av tjenestemottakere eller generelle atferdsvansker.

Forfatteren av denne artikkelen arbeider innen spesialisthelsetjenesten, og driver med behandling og oppfølging av mennesker med autismespekterforstyrrelse og ko- morbide lidelser. Denne populasjonen har ofte behov for langvarige, sammensatte og differensierte tjenester. Erfaringer fra dette arbeidet viser at tjenesteutforming og ressurstildeling ofte fattes på grunnlag av kortsiktige budsjetter, den enkeltes bistandsbehov og virksomhetenes rammevilkår, på aktuelt tidspunkt. Sjelden benyttes risikovurdering som virkemiddel i styringsprosessen frem til enkeltvedtak fattes, om hvilke tjenester den enkelte skal motta.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det interessant å undersøke hvorvidt min erfaring er gjennomgående eller om tildeling av ressurser er tuftet på grundige analyser av tjenestemottakerens behov, tjenestestedets kompetanse og rammevilkår, og årsaksforhold

knyttet til tjenestemottakerens utfordringer. Dersom bruk av risikoanalytiske verktøy og modeller kan øke sannsynligheten for bedre vurderinger, mer treffsikkerhet i ressurstildeling og utnyttelse av ressurser og kompetanse, vil problemstillingen og spørsmålene i denne artikkelen være relevante og viktige for videre fagutvikling av tjenestene innen de aktuelle sektorene.

I denne artikkelen har jeg følgende problemstilling; **Kan risikostyring innenfor helse-, omsorgs- og opplæringssektoren bedre tjenestekvalitet, føre til økt effektivitet, og redusere langsiktige kostnader?**

Spørsmål som vil bli belyst gjennom problemstillingen er:

1. Finnes det verktøy innen fagfeltet for risikoanalyse som er anvendelig i kommunale virksomheter innen helse-, omsorgs- og opplæringssektoren?
2. Kan gjennomføring av risikoanalyse identifisere sannsynlig risiko, antyde preventive tiltak som kan iverksettes for å redusere risiko og bidra til økt kvalitet, økt effektivitet og reduserte kostnader?
3. Kan investering i risikoanalytisk kompetanse redusere kostnader i kommunal virksomhet, i et langsiktig perspektiv?

Teori og metode

Innen fagfeltet for risikoanalyse og risikostyring finnes ulike modeller og analyseredskaper for å beregne potensiell risiko. Noen redskaper baserer seg på analyse av faktiske hendelser og ulykker, mens andre brukes for å estimere fremtidig risiko. Formålet med min studie er å identifisere forhold som påvirker pasienters tjenester, deres rettssikkerhet og utfordringer kommunen opplever i sin tjenesteyting. I min studie belyser og analyserer jeg risiko i et kontrafaktisk perspektiv gjennom historiske data fra seks ulike kasus. Når jeg analyserer historiske data i et kontrafaktisk perspektiv – ser på hva som kunne ha skjedd i en

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

gitt situasjon dersom visse ting hadde vært annerledes – begrunner jeg dette med henvisning til teoretikere som mener at dette er en fruktbar måte for å forstå og tolke historien. Breslauer mener en slik analyse kan være anvendelig, dersom noen hovedkriterier oppfylles (sitert i Tetlock & Belkin, 1996, s. 74):

- fokus bør være på å påvise en avgjørende faktor i et historisk hendelsesforløp, ved å spørre etter hvilken faktor som, hvis den var borte, ville gjort hendelsesforløpet utenkelig
- følgehendelsen må stå nær den foranliggende hendelsen i tid
- den foranledningen man tenker seg (*contra factum*) må ha vært en tilgjengelig mulighet

Kontrafaktisk tenkning beskjeftiger seg med ikke-realiserede muligheter i historiske hendelser. Mulighetene må være potensielle kausale variabler; noe som kunne hatt avgjørende betydning for senere hendelser. Kontrafaktisk tenkning har lenge vært et aktuelt tema blant historikere, filosofer, lingvister og sosialpsykologer og er også vanlig i vår dagligtale og vårt dagligliv. Å tenke på hvordan ting kunne ha vært, er en essensiell kognitiv mekanisme som hjelper oss til å forstå sammenhenger i den verdenen vi omgis av, og bidrar i våre vurderinger og beslutninger (MacKay, 2007). Bulhof (1999) skriver: ”We can make perfect sense of what might have been, and of what cannot be, in a deterministic world” (s. 147).

Kontrafaktisk tenkning som metodisk grep blir skarpt kritisert av enkelte (f. eks Fischer, 1970), blant annet for å forfølge metafysiske gåter. Fischer avviser kontrafaktisk historieskriving og skriver at: ”No amount of empirical research will ever suffice to prove that Timothy Pickering, had he by some horrible twist of fate been elevated to the presidential chair, would or would not have done precisely what Jefferson did” (s. 18). Fischers øvrige argumenter omfatter en avvisning av kontrafaktisk tenkning som spekulativ metafysikk,

og han sidestiller det i praksis med science fiction. Fischer angriper det han kaller “the fallacy of fictional questions” med utgangspunkt i historieskriving der Breslaunders kriterier ikke er oppfylt.

Kontrafaktisk tenkning innebærer determinisme. Baum (2005) beskriver determinisme i atferdsvitenskap som antakelsen om at atferd er ordnet, at atferd kan årsaksforklares, at med rett kunnskap kan atferd predikeres, og at atferd kan påvirkes gjennom miljøendringer, på samme måte som et hvilket som helst annet tema for naturvitenskapelig forskning.

Antagelsen om determinisme, at atferd bestemmes utelukkende av arv og miljø er en nødvendig forutsetning for kontrafaktiske analyser. Når vi bedriver kontrafaktisk tenkning må kausalitet være mulig; de begivenhetene vi forestiller oss må kunne ha vært driver for de hendelsene vi ser for oss andre utfall av (Breslaunders, 1996; Bulhof, 1999).

Tetlock og Belkin (1996) er også positive til slik tenkning, og mener tenkemåten omfatter fem klart adskilte kategorier, med bestemte kriterier for stringens og validitet:

- 1) Idiografiske kontrafaktiske kasusstudier som fremhever interessante øyeblikk av usikkerhet på bestemte punkter i historien.
- 2) Kontrafaktiske lovmessigheter som gjelder veldefinerte foranledninger og betingelser.
- 3) En tilnærming som inneholder både idiografiske kontrafaktiske kasusstudier og kontrafaktiske lovmessigheter; denne tilnærmingen kombinerer historikerens interessefelt med hva som faktisk var mulig i det bestemte tilfellet, og derved produserer teoretisk informert historie.
- 4)

Kontrafaktisk datasimulering som avslører hittil latente logiske motsetninger og språk i formelle teoretiske argumenter, ved å gjenskape ”historien” i en kunstig verden for å fange opp viktige funksjonelle egenskaper i den virkelige verden.

- 5) Kontrafaktisk mental simulering som avslører hittil latente psykologiske motsetninger og språk i tankesystemer. Simuleringen oppfordrer folk til å forestille seg mulige verdener, der

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

årsaker de har oppfattet som irrelevant synes å gjøre en forskjell, eller å forestille seg mulige verdener som fører til at årsaker de oppfattet som viktige viser seg å være irrelevante (Etter Tetlock og Belkin, 1996, s. 6 - 7).

Videre foreslår Tetlock og Belkin (1996) noen prinsipper i tillegg til Breslauer's tre hovedkriterier: Klarhet med hensyn til avhengige og uavhengige variabler; en logisk konsistens i prinsipper som forbinder foranledninger og konsekvenser; regelen om historisk konsistens eller minimal omskriving, som spesifiserer at så få fakta som mulig skal endres; teoretisk konsistens som beskriver prinsipper i tråd med veletablerte teoretiske generaliseringer; statistisk konsistens som beskriver prinsipper for sammenheng mellom foranledning og konsekvens i tråd med veletablerte statistiske generaliseringer; og at det kan fremmes antagelser om testbare implikasjoner av hypotesen.

Lebow (2000) skriver at kontrafaktiske argumenter, som andre argumenter i historiefortolkning, bare er så overbevisende som logikken og bevisene forskere viser til. Et hvert kontrafaktisk argument bygger på flere faktiske argumenter og de faktiske argumentene bygger på kontrafaktiske forutsetninger. Disse forutsetningene blir sjelden undersøkt, men kontrafaktisk tenkning er grunnleggende for alle teorier og fortolkninger. Hvis vi antar at X forårsaket Y, antar vi også at Y ikke ville skjedd i fravær av X, dersom alt annet er likt (Lebow, 2000). Dette er i tråd med determinisme som grunnforutsetning.

Noen analysemetoder og redskaper innen risikoanalysefeltet, baserer seg på faktiske hendelser. I likhet med kontrafaktisk tenkning søker disse verktøyene å finne hypoteser om årsaker til hvorfor det gikk som det gikk, enten det dreier seg om aktuelle ulykker, nestenulykker eller alvorlige avvik. Reasons *Swiss Cheese Model* viser hvordan sikkerhetsbarrierer i en organisasjon kan fungere eller svikte (1997). Hans modell blir ofte referert til i litteratur innen risikostyring. I min studie vil jeg benytte Reasons modell for å

sette risiko i perspektiv i de utvalgte kasus, og peke på generelle variabler som utgjør risiko innen helse-, omsorgs- og opplæringstjenester.

Atferdsanalyse og seleksjon

Innenfor atferdsvitenskapen benyttes ulike analyseverktøy, som f. eks. funksjonelle analyser som bidrar til å danne hypoteser om sammenhengen mellom atferden hos et individ og hendelser i individets omgivelser. Cooper, Heron og Heward (2007) definerer anvendt atferdsanalyse slik; ”In short, applied behavior analysis, or ABA, is a scientific approach for discovering environmental variables that reliably influence socially significant behavior and for developing a technology of behavior change that takes practical advantage of those discoveries” (s. 3). Naturvitenskapen innebærer en forutsetning om determinisme, og vitenskapsmenn antar at universet er et ryddig og ordnet sted. Fenomener dukker opp som resultat av andre hendelser, ikke tilfeldig, men på systematisk vis relatert til andre faktorer (Cooper et al., 2007). Hvordan atferdshendelser står i sammenheng med andre hendelser forklares i atferdsanalysen ut fra de tre elementene prediksjon, verifikasjon og replikasjon, som utgjør *baseline logic*.

Baseline logic er en eksperimentell resonneringsteknikk som er grunnleggende innen atferdsanalytisk forskning. Logikken innebærer en induktiv slutning om at hvis det ikke gjøres forandringer, vil det observerte operante nivå vedlikeholdes av de betingelsene som finnes (baselinebetingelser). Derfor er det mening i å gjøre analyser av historiske data, og fra antagelser om at a) siden atferd hos tjenestemottakere og tjenesteytere er determinert av prinsipielt manipulerbare variabler, vil den forekomme så lenge disse variablene er i funksjon, og b) hvis disse variablene ble endret (bemanningen blir bedret, kommunikasjonen gjøres tydeligere, ledelsen er mer tilstede) ville noe annet skje (atferden ville endre seg). Gjennom funksjonelle analyser av atferd kan vi få kunnskap om hvilke mekanismer som ligger til grunn

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

for atferden vår, hva vi kan gjøre for å påvirke atferdsendring og hvordan øke muligheten for prediksjon og kontroll. Det samles informasjon om motivasjonelle operasjoner og setting-hendelser, foranledninger, også kalt diskriminative stimuli, selve målatferden og de etterfølgende konsekvenser som også omtales som forsterkere eller straffere. Foranledning, adferd og konsekvenser av adferd utgjør til sammen *det operante paradigme*. Cooper et al. (2007) hevder at anvendt atferdsanalyse må oppnå og dokumentere kvantifiserbare endringer i atferd for å forbedre livet til deltakerne.

Det operante paradigme er basis for analyse av lært atferd, og settes i system ved tretermkontingensen eller ved mer detaljerte kontingensanalyser (se tabell 1). Det meste av forskningen på prediksjon og kontroll av menneskelig atferd involverer bruk av tretermkontingensen (Cooper et al., 2007).

Tabell 1 inn omtrent her

Analyser av atferd kan gjøres hos enkeltindivider eller hos grupper. Ved analyse av atferd hos grupper omtaler man ofte atferden som analyseres som kulturell praksis. En teoretisk tilnærming innen atferdsvitenskapen er kulturell seleksjon, der man studerer og forsøker å forklare hvordan atferd selekteres innen en kultur eller gruppering. Sandaker (2009) skriver om systemiske og atferdsmessige endringer i organisasjoner i et seleksjonsperspektiv. Hun poengterer at variasjon i atferdsrepertoar er en forutsetning for seleksjon av atferd. Graden av variasjon innen systemer avgjøres av indre og ytre forhold, og ulike begrensninger av variasjon og mulighetene for interaksjon med omgivelsene innen systemet, bestemmer hvilke atferdsrepertoarer som selekteres (Sandaker, 2009).

Forsterkningskontingenser påvirker hvordan atferdsmønstre læres, endres og ekstingveres, og

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

samfunnet og arbeidslivet nyttiggjør seg dette ved å konstruere endringer i forsterkningskontingenser. Det går et kontinuum fra sterk begrensning av variasjon til aktiv oppmuntring av variabilitet i adferd. Noen systemer korrigerer enhver avvikende respons, andre oppmuntrer til å finne løsninger som tilpasser prestasjoner til omgivelser som er i stadig endring (se tabell 2).

Tabell 2 inn omtrent her

Sandaker, Andersen og Ree (2014) omtaler også variasjon, i sin artikkel om byråkrati. De tydeliggjør forskjellene på en byråkratisk organisasjonsmodell, og kunnskapsdrevne organisasjoner. Byråkratiske organisasjoner tillater ansatte i førsteskansen lite handlingsrom med tanke på hvordan de møter publikum. Deres handlinger vil i stor grad være prosedyrestyrt etter detaljert regelverk, og profesjonalitet vil være en prioritert målsetning. Dersom en organisasjon søker å være innovativ og etablere ny kunnskap, kreves det risikovilje. Organisasjoner med fokus på å unngå feil under aversive betingelser gir dårlige kår for innovasjon og nyskaping. Kunnskapsdrevne organisasjoner tilpasser sine tjenester etter brukernes behov. Her vil de ansatte i førsteskansen ha større handlingsrom til å tilpasse seg brukernes preferanser, og nyskaping og ny kunnskap vil verdsettes. I slike organisasjoner fremmes læring og organisasjonens tilpasning til faktiske behov gir god risikoevne (Sandaker et al., 2014).

Robbins (2005) peker på syv hovedkjennetegn som viser seg viktige for utvikling av organisasjonskultur: innovasjon og risiko, detaljfokus, resultatstyring, individfokus, teamorientering, organisasjonens aggressivitet og stabilitet. Variablene påvirkes av seleksjonsmekanismer som finnes innen organisasjonen. Hvordan ledelsen forsterker ønsket

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

atferd hos sine ansatte og hvordan kommunikasjonen mellom de ansatte og ledelsen fungerer, er forhold som i stor grad påvirker kulturetablering og utvikling, både åpenlyst og i det skjulte. Hensiktsmessig balanse mellom selvstendighet, teamtilhørighet, ansvarliggjøring og instruering av arbeidsoppgaver er viktige elementer i etablering og utvikling av organisasjonskultur (Robbins, 2005). Det teoretiske rammeverket for min studie er en kontrafaktisk tilnærming til risiko. Jeg belyser risikovariabler innen de ulike kasus i et seleksjons- og kompleksitetsperspektiv med fokus på risikoanalyse (se figur 1).

Figur 1 inn omtrent her

I Norge er det opprettet ulike kvalitetssikringsorganer som eksempelvis Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). I forbindelse med min studie sendte jeg melding om behandling av personopplysninger til NSD. I meldingen beskrev jeg hvilke type personopplysninger som skulle innhentes, hva de skulle benyttes til og hvordan opplysningene skulle oppbevares. Jeg orienterte også om studiens hensikt og ansvarsforholdene mellom de involverte partene i studien. Etter flere presiseringer i meldeskjemaet som ble sendt inn, godkjente NSD prosjektet, og datainnsamlingen kunne påbegynnes.

Datainnsamling ble gjennomført ved journalgjennomgang av elektronisk pasientjournal til seks ulike pasienter ved Sykehuset i Vestfold, innenfor en av seksjonene for habiliteringsfeltet. Pasientene i mitt utvalg for studien, er personer jeg selv har fulgt opp som veileder fra spesialisthelsetjenesten. Jeg kjenner både pasientene, deres foreldre/verger og personalet ved de kommunale institusjonene. Jeg har valgt dette utvalget, fordi jeg mener at respondentene og deres tjenestetilbud innehar kvaliteter som illustrerer risikoforholdene jeg

ønsker å belyse i min studie. Studien vil kunne kategoriseres som kasus-studie forskning, hvor jeg utforsker mange ulike forhold og detaljer knyttet til få pasienter og den kontekst de befinner seg i (Neuman, 2011). Journalgjennomgangen ble foretatt i tidsrommet fra desember 2014 til april 2015. I forkant av datainnsamlingen sendte jeg ut forespørsel om deltakelse i studien til et utvalg bestående av åtte pasienter. Både nåværende og tidligere pasienter ble forespurt. Forespørselen inneholdt et informasjonsbrev og en samtykkeerklæring. Brevene ble adressert til pasientenes verger/foreldre da pasientene ikke har kompetanse til å samtykke til å delta i studien, eller er mindreårige. Det ble mottatt samtykke for seks pasienter til deltakelse i studien. I tillegg er det innhentet informasjon om organisatoriske forhold ved tjenestestedene i en av kommunene som er representert, gjennom dialog med virksomhetslederen.

Avklaring av lovverk, planverk og diagnoser

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9: Kapittel 9 regulerer og tillater bruk av tvang og makt innenfor 3 ulike kategorier: a) skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og c) tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings og treningstiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I dag benyttes fortsatt rundskriv IS 10/2004 som veiledning for kommunene når de skal fatte vedtak etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Når kommuner søker om godkjenning for å fatte vedtak etter kapittel 9, tilfaller en rekke fagadministrative oppgaver, krav om dokumentasjon, kompetansekrav og tydelig forventning om samarbeid og bistand fra spesialisthelsetjenesten. Når pasienter henvises til spesialisthelsetjeneste for vurderinger om behov for kapittel 9 vedtak, innvilges disse pasientene rett til prioritert helsehjelp, som skal ytes innen maksimum 4 uker (Helsedirektoratet, 2010a og b).

Individuell plan (IP): IP skal bidra til et helhetlig, koordinert, og individuelt tilpasset tjenestetilbud til personer som har behov for langvarige, koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Planen kan omfatte ulike aktører innenfor samme forvaltningsnivå, eller aktører på tvers av forvaltningsnivåene. Rett til individuell plan er nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Individuell opplæringsplan: Barn og unge med enkeltvedtak om spesialundervisning etter opplæringslova, har krav på individuell opplæringsplan (IOP) (Kunnskapsdepartementet, 1998). Kommunens Pedagogisk Psykologiske Tjeneste (PPT) vurderer hvilke spesielle opplæringsbehov den enkelte har, og tilråder i sin sakkyndige vurdering hva slags omfang tjenestene bør ha. Skolen beslutter deretter timeantall og hvordan spesialundervisningen skal gjennomføres. Tilsvarende ivaretas på videregående skole, av fylkeskommunens PPT.

Autismespekterforstyrrelse: I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD - 10) defineres autismespekterforstyrrelse (ASF) slik:

F 84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

Gruppe lidelser kjennetegnet ved kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster, og ved et begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Disse kvalitative avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering ved alle typer situasjoner. Bruk hvis mulig tilleggskode for å angi eventuell sameksisterende medisinsk tilstand eller psykisk utviklingshemming.

(Helsedirektoratet, 2012).

Variasjonen i fungering, vanskeomfang og grad av funksjonsnedsettelse er

betydelig når man snakker om mennesker med ASF. Mennesker med ASF vil ofte ha behov for bistand og tilrettelegging gjennom hele livet, på de arenaer de befinner seg. Vanskene de opplever innenfor ulike områder vil være vedvarende, men med god og målrettet opplæring og hensiktsmessig tilrettelegging kan personenes fungering innen ulike områder bedres.

Psykisk utviklingshemming: Personer som har betydelig svikt i kognitive funksjoner hvor man kan påvise at svikten kom til uttrykk under personens utviklingsperiode, får diagnosen psykisk utviklingshemming (Eknes, 2001). Utviklingshemming klassifiseres i fire ulike grader: lett, moderat, alvorlig og dyp, som settes ut fra alvorlighetsgraden av kognitiv svikt og grad av funksjonsnedsettelse (Helsedirektoratet, 2012). Mennesker med psykisk utviklingshemming vil ofte ha behov for bistand og tilrettelegging gjennom hele livet, på de arenaer de befinner seg.

For kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester overfor enkeltmottakere under 67 år, **deriblant personer fra 16 år og oppover med psykisk utviklingshemming**, er det opprettet statlig refusjonsordning. Reglementet er beskrevet i rundskriv IS-4/2015 (Helsedirektoratet, 2015).

Presentasjon av respondentene i studien

Respondent 1: Mann, 51 år gammel, mottar tjenester i døgnbemannet bolig og har IP. Han har diagnosene barneautisme, uspesifisert psykisk utviklingshemming, uspesifisert epilepsi og nedsatt syn. Mannen har vært henvist til spesialisthelsetjeneste 3 ganger siden 2007. Henvisningene har omhandlet behov for veiledning og oppfølging av personell ved boligen, vedrørende utfordrende atferd, målrettet miljøarbeid og kapittel 9. Vår tjeneste har gjort kliniske observasjoner av mannen, hatt veiledningsmøter med kommunens personell, utført lovpålagte oppgaver i forbindelse med kapittel 9, holdt kurs og workshops og hatt dialog med verge. Enkeltvedtak fra kommunen omfatter praktisk bistand, hjemmesykepleie

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

og opplæring i daglige gjøremål. Mannen følges opp 1:1 i våkentid, og har tilsyn fra våken nattvakt. Pasienten har i en årrekke vist utfordrende atferd som knusing av personlige eiendeler, oppriving av egne klær og knusing av egne briller. Han sier at han vil lugge barn eller navngitte jenter, i repetitive fraser, når han er urolig og stresset. Boligens personell har meldt avvik om personskade etter å ha blitt lugget av pasienten noen ganger de siste årene. I kommunens vedtak etter kapittel 9 er det hjemlet bruk av tvang etter §§ 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Varslingssystemet (etter bokstav c) er aktivert om natten og omfatter alarmmatte og bevegelsessensorer for å overvåke eventuelle epilepsianfall. Tiltakene etter bokstav b, er knyttet til mannens utfordrende atferd mot andre personer, og ødeleggelse av egne og andres eiendeler.

Mannens historie: En sommerdag for noen år siden tok pasienten kvelertak på et lite barn. Situasjonen skapte oppmerksomhet fra lokale medier, lokalsamfunnet og fylkesmannen. Denne hendelsen er nullpunktet for min kontrafaktiske analyse av pasientens siste 2 års tjenestetilbud ved kommunens bofelleskap (det historiske hendelsesforløpet). Ved hendelsens tidspunkt forelå det skriftlige prosedyrer for hvordan man planla fritidsaktiviteter som pasienten ville delta på. I prosedyrene var pasientens atferd beskrevet og utsagn om å lugge barn eller navngitte jenter ble kategorisert som tidlige tegn til potensiell eskalering av stress og uro.

Fylkesmannen gjennomførte stedlig tilsyn med kommunens tilbud til mannen, like etter at episoden inntraff. Det ble gitt ett avvik under tilsynet, som omhandlet at kommunen systematisk benyttet tvang overfor pasienten uten å ha fattet vedtak etter kapittel 9. Kommunen fikk pålegg om å fatte vedtak snarest, etter tilsynet og ble oppfordret til å søke bistand hos spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med kommunens utarbeidelse av kapittel 9 vedtak var det behov for å gå igjennom prosedyrer og rutiner for miljøarbeidet. I gjennomgangen av prosedyrer og rutiner ble det funnet mangler på flere områder.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Utilstrekkelig intern kommunikasjon, mangelfull rapportering og dokumentasjon ble påvist. Det forelå i liten grad skriftlige prosedyrer, miljøregler og planer for aktiviteter, daglige gjøremål og fritidsaktiviteter for pasientens omsorgstilbud. Pasientens verge viste i denne perioden et pågående engasjement, da vedkommende ikke var tilfreds med pasientens tjenestetilbud. De ansatte ble stadig avbrutt av telefoner fra verge, de opplevde at verge overvåket tilbudet og tidvis opplevdes forholdet mellom kommunens tjenesteytere og verge som konfliktfylt, for begge parter.

Kort tid etter at kommunen fattet kapittel 9 vedtaket, ble det tilsatt ny avdelingsleder for boligen og ny virksomhetsleder i kommunen. Disse lederne var godt orientert om forholdene rundt pasienten og påbegynte en intern granskning av all dokumentasjon som forelå om kommunens tilbud til pasienten. De gjennomgikk alle skriftlige føringer for miljøarbeidet knyttet til pasienten, gjennomførte observasjoner av samhandlingen mellom de ansatte og pasient, veiledet personalet og initierte enkelte personalsaker. Det ble foretatt tydelige ansvarsfordelinger i personalgruppen eksempelvis med bruk av funksjonene tjenesteansvarlig, primær- og sekundærkontakt. De ulike funksjonene hadde definerte arbeidsoppgaver og ansvarsområder.

Lederne fant at personalgruppen bestod av to eller flere subkulturer som tidvis motarbeidet hverandre. Personell var illojale mot skriftlige prosedyrer og leders beslutninger. Det ble identifisert svake faglige og etiske holdninger blant enkeltpersonell. Eksempel på dette kunne være; dersom pasienten ikke spiste middag på lørdager, ble snop og snacks holdt tilbake til tross for at han selv hadde betalt for dette og deltatt i innkjøp av det

Respondent 2: Gutt, 14 år gammel, mottar sitt tilrettelagte skoletilbud og SFO ved ordinær grunnskole. Gutten har diagnosene barneautisme og moderat psykisk utviklingshemming. Han har vært henvist til spesialisthelsetjeneste 4 ganger siden 2004. Han

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

har i en årrekke hatt problemer med obstipasjon og ubehag forårsaket av treg mage. I perioden 2005 til 2009 mottok gutten tidlig og intensiv opplæring basert på anvendt atferdsanalyse (TIOBA) ved kommunal barnehage under veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

De siste to behandlingsforløpene har omhandlet veiledning knyttet til tilrettelegging i skolehverdagen og forebygging og håndtering av utfordrende atferd. Ved skolen følges gutten i dag opp 1:1 i eget undervisningsrom gjennom hele skoledagen og ved SFO. Samvær med andre elever foregår i friminutt, og ved utvalgte sosiale situasjoner i noen fag. Gutten hyler, skriker, raserer, klyper, sparker, slår og kaster ting. Disse atferdene har forekommet i en årrekke.

Guttens historie: Ved oppstart av det tredje veiledningsforløpet rapporterte skolen om store utfordringer. Spesielt var det problematisk å håndtere guttens høyfrekvente hyling, som forstyrret undervisningen, og stigmatiserte ham. Guttens IOP omfattet spesialundervisning alene og i gruppe, med oppfølging av assistenter som var tildelt klassetrinnet. Han deltok i fellesundervisning i avgrensede økter, men fikk mesteparten av sin undervisning i liten gruppe sammen med andre elever med ulike spesielle behov. Arbeidsmiljøet for skolens personell ble beskrevet som belastende, spesielt med hensyn til støy, opplevelse av maktesløshet og fordi gutten kunne utagere. De som arbeidet med ham hadde høyere sykefravær enn øvrig personell ved skolen. Veiledningsforløpet som ble satt i gang på dette tidspunktet ble forsøkt forankret hos skolens ledelse. Ledelsen ved skolen sa at de ikke hadde kapasitet til å delta aktivt i veiledningsmøter, og at det ikke var penger til å lønne assistenter som møtte til veiledningsmøtene. Assistentene fikk tilbud om å delta på frivillig basis. Rammebetingelsene som er skissert i dette avsnittet er nullpunktet for min kontrafaktiske analyse av det videre hendelsesforløpet.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

I begynnelsen av veiledningsforløpet ble det uttalt fra skolens personell; ”Han hylr hele tiden, vi vet ikke hvor vi skal gjøre av han”. Skolen hadde ingen faste prosedyrer for å håndtere guttens utfordrende atferd. Han ble blant annet møtt med ignorering, skjerming på eget rom, bortvisning til kjellerrom hvor han ble til han var rolig, vandring med avledning i form av videoklipp på personalets mobiltelefon, opphør av krav eller tilbud om ny aktivitet.

Gjennom systematisk datainnsamling ble det i løpet av tre uker registrert 38 forekomster av målatferden ”hyling”. Varigheten varierte fra korte støtvis hyl, til situasjoner hvor gutten kunne hyle og skrike i inntil en time.

Skolen prioriterte ikke å imøtekomme personalets behov for møtetider, tid til veiledning eller tid til interne møter. Etter vår vurdering var det umulig for personalet å følge opp de tiltak og strategier som ble anbefalt under veiledning. På bakgrunn av dette avsluttet spesialisthelsetjenesten sitt veiledningsforløp. Kun 14 dager senere ble pasienten på nytt henvist til vår tjeneste. Henvisningsårsaken var den samme. Tidligere hadde spesialisthelsetjenesten anbefalt kommunen å foreta endringer i tilrettelegging og gjennomføring av guttens skolehverdag. Skolens ledelse hadde fulgt anbefalingene, og nytt veiledningsforløp startet. Allerede i oppstartsmøtet ble det forutsatt at skolens ledelse skulle være representert i veiledningsmøter. Det ble formidlet tydelige forventninger fra spesialisthelsetjenesten, om at skolen prioriterte å stille med samtlige personell både ved skolen og SFO, under veiledningsmøtene.

Gutten hadde nå fått eget undervisningsrom med separat toalett, garderobe og oppholdsrom tilknyttet, og han mottok 1:1 oppfølging gjennom hele skoledagen og ved SFO. Personalgruppen besto av kjente personer for han, ny ansvarlig spesialpedagog og en ny assistent. Spesialpedagogen vurderte etter kort tid at guttens IOP måtte revideres. Akademiske mål ble justert, og spesifikke mål knyttet til hverdagslige ferdigheter (ADL-ferdigheter) ble

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

satt opp. Han viste fortsatt hyppig forekomst av utfordrende atferd, differensiert i tre ulike topografier. Målatferden ”Hyling” var fortsatt hyppigst forekommende, og unntaksvis forekom de andre målatferdene isolert fra ”hyling”. Målatferd 2 var definert som slag, spark og bitt, og målatferd 3 var definert som raseri og ødeleggelser.

Det ble igjen gjennomført registrering av utfordrende atferd etter vår anbefaling. Nytt registrerings skjema ble utarbeidet og benyttet. Det ble gjennomført kontinuerlig varighetsregistrering av de tre målatferdene over seks måneder. Forekomstene ble oppsummert dag for dag, og graf ble lagt frem for skolens personell under veiledningsmøter (se diagram 1). Registreringsformen ble valgt for å synliggjøre for skolens personell, og ledelsen ved skolen at gutten etter all sannsynlighet ikke hylte og skrek hele tiden.

Diagram 1 inn omtrent her

Respondent 3: Gutt, 13 år gammel, mottar sitt tilrettelagte skoletilbud ved ordinær grunnskole, hvor han også har sitt SFO-tilbud. Guttens foreldre mottar avlastning fra kommunen 10 døgn pr. mnd, og gutten har støttekontakt. Det er opprettet IP, og ansvarsgruppe. Han har diagnosene barneautisme, moderat psykisk utviklingshemming, diabetes mellitus type 1 og uspesifisert epilepsi. I tillegg har han et sjeldent kromosomavvik. Siste halvdel av 2014 var gutten innlagt på sykehus månedlig, grunnet GTK-anfall i serie. Han ble i dette tidsrommet utredet ved Spesialsykehuset for epilepsi (SSE). Kommunen har fattet vedtak etter kapittel 9 overfor gutten. Vedtaket gjelder for avlastningstilbudet og har hjemlet tiltak etter §§ 9-5 tredje ledd bokstav b og c. På skolen og ved SFO har han eget undervisningsrom og følges opp av spesialpedagog eller assistent, 1:1 i alle timer og friminutt. Gutten biter seg selv og andre, klorer, sparker, kaster spytt på personell, nekter å

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

spise, motsetter seg tidvis å måle blodsukker/sette insulin, slår og lugger. Atferdene forekommer periodevis både hjemme, på skolen/SFO og ved kommunens avlastningsbolig og har vedvart i flere år. Gutten ble henvist til spesialisthelsetjenesten i 2009, og har vært fulgt opp her siden. Henvisningen omhandlet behov for utredning av autismspekterforstyrrelse. Senere kom ønske og behov for veiledning knyttet til utfordrende atferd, målrettet miljøarbeid og kapittel 9. Spesialisthelsetjenesten har gjort kliniske observasjoner av gutten på alle hans arenaer, hatt veiledningsmøter med kommunens personell, fulgt opp lovpålagte oppgaver i forbindelse med kapittel 9 og gitt kompetansehevingstiltak som kurs og workshops. Foreldre har deltatt i foreldreveiledning hos spesialisthelsetjenesten.

Guttens historie: Guttens komplekse helsesituasjon har krevd oppfølging fra ulike avdelinger innen spesialisthelsetjenesten, fra fødselen av og frem til i dag.

Veiledningsforløpet overfor kommunen har vært uavbrutt siden 2009, og har omhandlet samme tematikk. Da foreldrene søkte kommunen om avlastning første gang, forelå ikke slikt tilbud i kommunen. Gutten fikk tilbud om avlastning i annen kommune. Tilbudet fungerte bra, det var lav forekomst av utfordrende atferd, gutten fikk et variert aktivitetstilbud og blodsukker og insulinnivå ble godt ivaretatt. Foreldrene uttalte at de var fornøyde med tilbudet.

Etter litt over ett år etablerte hjemkommunen et eget tilbud til ham, og et annet barn. Kommunens avlastningsleilighet ble samlokalisert med en av kommunens boliger for voksne med psykisk utviklingshemming. Avdelingslederen ved boligen fikk også ansvaret for driften av avlastningstilbudet. Dette er nullpunktet for min kontrafaktiske tilnærming til det historiske hendelsesforløpet.

Ved oppstart av avlastningstilbudet var gutten lite kjent for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Skolen, SFO, primærlege, fysioterapeut og ergoterapeut hadde flere års

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

erfaringsbasert kunnskap om guttens helsemessige oppfølgingsbehov og om hensiktsmessige samhandlingsstrategier. Skolen og SFO hadde tidvis opplevd hyppig forekomst av guttens utfordrende atferd, men hadde også utviklet pedagogisk og visuelt støttmateriell som gutten responderte godt på. Spesialisthelsetjenesten bisto med ulike kurs og veiledning knyttet til spesifikke problemstillinger de ansatte opplevde i samhandling med gutten. Etter noen få avlastningsdøgn ble det identifisert ulike utfordrende atferdstopografier hos gutten, deriblant at han bet og spyttet. I løpet av de første ukene, så det ut til at den utfordrende atferden eskalerte. Stadig nye atferdstopografier viste seg, intensiteten og alvorlighetsgraden økte, og personalets bekymringer økte. Det ble besluttet at personalet skulle registrere forekomst av målatferden ”spytting”. Spesialisthelsetjenesten utarbeidet registreringsskjema for kommunen, og gav opplæring i bruk av dette før registreringsperioden startet.

Etter 10 dager med forekomstregistrering av målatferden ”spytting”, hadde den forekommet 16 ganger hvorav 13 kunne knyttes til spesifikke krav i forbindelse med å legge seg om kvelden. Konsekvenser av utfordrende atferd varierte mellom ignorering, forlate han/trekke seg vekk, veilede/handlede eller føre han tilbake til seng/måltidssituasjon, fysisk fastholdelse til ro var etablert med påfølgende instruks, fysisk føring til "skjermingsrom", verbal advarsel om "skjermingsrom" eller tilbud om perle-aktivitet i sofa til han ble trøtt. I de 16 registrerte situasjonene, opplevde gutten sju ulike responser fra personalet.

Fokus i veiledningen ble rettet mot etablering av styringssystemer. Personalet fulgte ikke skriftlige prosedyrer, miljøregler og instruksjoner om bruk av dagsplan og forsterkersystemer. Tematikk som var belyst i de ulike kursene så ikke ut til å være operasjonalisert i det daglige miljøarbeidet. Det ble fattet vedtak etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven, overfor pasienten. Vår tjeneste bidro med veiledning under denne prosessen. Tiltakene etter bokstav b i vedtaket innebar bruk av fysisk tvang for å forhindre gutten i å utsette seg selv eller andre for skade på liv og helse, og tiltakene etter bokstav c

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

innebar bruk av tvang for å yte nødvendig medisinsk hjelp som å måle blodsukker eller sette insulin.

Ved avlastningsboligen har det de siste 3 årene vært hyppige utskiftninger av personell både i førsteskansen og i fagadministrative stillinger. Det har også vært hyppige skifter av overordnede ledere i kommunens helse- og omsorgstjeneste under denne perioden. Gutten må forholde seg til mange tjenesteytere, noe som svekker kontinuitet i tjenestetilbudet.

Problemstillinger som har vært tatt opp i veiledning har gjentatt seg og samme kompetansehevingstiltak har vært gjennomført flere ganger. Kompetansen som tidvis etablerer seg i personalgruppen, forsvinner når folk skifter jobb. På bakgrunn av gjentakende problemstillinger skrev spesialisthelsetjenesten bekymringsbrev til fylkesmannen. I vår uttalelse til kommunens søknad om fornying av kapittel 9 vedtaket, vurderte vi kommunens vedtak som ikke faglig og etisk forsvarlig. Det viste seg at guttens foreldre også henvendte seg til fylkesmannen med spørsmål om tjenestetilbudet var forsvarlig.

Kort tid etter disse henvendelsene, varslet fylkesmannens helse- og sosialavdeling om tilsyn (systemrevisjon) overfor kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det ble også opprettet tilsynssak vedrørende kommunens tilbud til gutten. Kommunens fornying av kapittel 9 vedtaket ble ikke godkjent av fylkesmannen, og tvangstiltakene som er beskrevet opphørte. Begge tilsynene gav avvik og kommunen fikk pålegg om å søke bistand hos spesialisthelsetjenesten for utarbeidelse og kvalitetssikring av nytt kapittel 9 vedtak for gutten.

Respondent 4: Mann, 48 år gammel, mottar tjenester i døgnbemannet bolig og har IP. Han har diagnosene barneautisme og uspesifisert psykisk utviklingshemming. Mannen har vært henvist til spesialisthelsetjenesten 4 ganger siden 2005. Henvisningene har omhandlet ønske og behov for veiledning knyttet til temaene; utfordrende atferd, målrettet miljøarbeid og kapittel 9. Spesialisthelsetjenesten har gjort kliniske observasjoner av mannen i boligen og

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

ved hans arbeidstilbud, hatt veiledningsmøter med kommunens personell, fulgt opp lovpålagte oppgaver i forbindelse med kapittel 9 og gitt kompetansehevingstiltak som kurs og workshops. I kommunens enkeltvedtak for mannen er det innvilget praktisk bistand, hjemmesykepleie og opplæring i daglige gjøremål. Han følges opp 1:1 i våkentid og har tilsyn fra våken nattvakt. Han har tilbud ved dagsenter 4 dager pr. uke. I kommunens kapittel 9 vedtak er det hjemlet bruk av tvang etter § 9-5 tredje ledd bokstav c. Tiltakene innebærer regulering av tilgang til kjøkken på natten og innlåsing av farlige stoffer og kjemikalier (innlåsing av personlige eiendeler). Mannen lugger seg selv og napper ut hår fra hodebunnen, klorer seg på brystet og viser ulike rituelle handlingsmønstre og repetitive atferder.

Mannens historie: Pasienten har bodd i kommunens bofellesskap i over 20 år.

Kommunen har fattet tvangsvedtak overfor ham, hjemlet i de ulike tvangsregulativene som har vært gjeldende de siste 20 årene. Tidligere har tvangstiltakene også omfattet tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b, for å hindre pasienten i å utøve selvskadende atferd. Gjennom de tre foregående vedtaksperiodene har pasienten tidvis vist en økning i forekomst av selvskadende atferd, og han har av personell i boligen vært beskrevet som mer urolig og stresset enn tidligere år.

Under spesialisthelsetjenestens oppfølging av pasienten og kommunens kapittel 9 vedtak ble det identifisert ulike organisatoriske forhold og kulturelle forhold blant personalet, som kan ha påvirket pasientens livssituasjon og fungering. Boligen har hatt perioder med høyere sykefravær blant miljøpersonell enn de normalt har, lederstillingen ved boligen har vært besatt fire ganger i løpet av perioden, og har også stått vakant i nær ett år. Det er identifisert splittelse i personalgruppen som synliggjøres ved to eller flere subkulturer. Disse grupperingene arbeider tidvis mot hverandre, og ingen av dem viser klar lojalitet til boligens ledelse eller øvrig ledelse i kommunens helse- og omsorgstjeneste. I periodene hvor personalet beskrev pasienten som mer urolig og stresset, viste samme fenomen seg hos flere

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

andre tjenestemottakere ved bofellesskapet, samtidig pågikk det arbeidsmiljøprosesser hvor kommunens hovedtillitsvalgt og vernetjenesten var involvert.

Ett eksempel på splittelse i personalgruppen var i forbindelse med pasientens deltakelse i dagtilbudet. En gruppe av personalet fulgte ham til arbeids- og aktivitetssenteret hver gang de var på dagvakt. Andre gjennomførte sjelden eller aldri dagtilbudet, og forklarte dette med at pasienten disse dagene var urolig og stresset på dagtid. Imidlertid forelå det få rapporteringer av tvangsbruk i samme periode, tross pasientens økte uro og stressnivå. Kommunen skrev i sitt kapittel 4a vedtak av 2010, at de så en økning i antall tvangstiltak i 2009. Pasientens økte stress og uro, samt økt hyppighet av selvskadende atferd ble forklart å ha sammenheng med høy turnover og diskontinuitet blant tjenesteytere. Pasientens tjenestetilbud og hans situasjon ved utløpet av 2009, har jeg definert som nullpunktet for min kontrafaktiske tilnærming.

Respondent 5: Mann, 24 år gammel, mottar tjenester i døgnbemannet bolig og har IP. Han har diagnosene barneautisme, uspesifisert psykisk utviklingshemming og uspesifisert epilepsi. Mannen har siste halvannet år vært bosatt i privat tiltak, etter at kommunen ikke mestret å gi forsvarlig bo- og omsorgstilbud til han. Han har vært henvist til spesialisthelsetjenesten 3 ganger siden 2007. Henvisningene har omhandlet ønske og behov for veiledning knyttet til temaene; utfordrende atferd, målrettet miljøarbeid og kapittel 9. Spesialisthelsetjenesten har gjort kliniske observasjoner av mannen på alle hans tjenestearenaer, hatt veiledningsmøter med personell fra kommunen og det private tiltaket, fulgt opp lovpålagte oppgaver i forbindelse med kapittel 9 og gitt kompetansehevingstiltak som kurs og workshops. I kommunens enkeltvedtak er det innvilget praktisk bistand, hjemmesykepleie og opplæring i daglige gjøremål. Han følges opp 2:1 i våkentid, og av hvilende nattvakt. Hans totale døgnbemanning utgjør 36 timer. Kommunens vedtak etter kapittel 9 har hjemlet bruk av tvang etter §§ 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Tiltakene etter

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

bokstav c innebærer regulering av tilgang på vann i form av låst baderomsdør, og innlåsing av personlige eiendeler.

Mannen biter seg selv i armen/hånden, knekker ledd i fingre, skaller mot gulv eller vegger, tar seg hardt mot skrittet, hopper mot gulv i sittestilling, ødelegger inventar og eiendeler og ”låser seg” i ulike situasjoner ofte ikledd våte klær, eller naken. Han skriker høyt, viser ulike sinnsstemninger og stemmeleier i sine repetitive vokale fraser, og slår og sparker målrettet mot personalet. Han angriper også personalet under biltransport.

Mannens historie: Pasienten ble henvist til spesialisthelsetjenesten i forbindelse med tildeling av bolig, høsten 2010. Jeg har valgt å definere dette tidspunktet som nullpunktet for min kontrafaktiske tilnærming til pasientens historie. Ved oppstart av pasientoppfølgingen ble det foretatt kliniske observasjoner av pasienten, og personell og fagadministrativ ledelse for boligen fikk tilbud om veiledning. Det ble tidlig identifisert behov for å fatte kapittel 9 vedtak overfor ham. Tiltak som å begrense pasientens tilgang til vann, matvarer og andre eiendeler, i tillegg til inngripen med fysisk makt for å avverge skade på pasientens liv og helse, var nødvendig. Kommunen søkte om dispensasjon fra utdanningskravet for 75 % av de ansatte som arbeidet med pasienten. Under kliniske observasjoner av pasienten etter at kommunen hadde fått kurs om kapittel 9, ble det registrert flere tilfeller av tvangsbruk som ikke var hjemlet i kommunens vedtak. Personell ved boligen rapporterte om at tvangstiltakene som var beskrevet i kommunens vedtak ikke ble utøvet etter gjeldende prosedyrer. Blant annet ble pasientens ytterdør til leiligheten barrikadert på nattestid ved å sette en planke i spenn mot dørklinken, fremfor at kommunen anskaffet godkjent døralarm slik som beskrevet i vedtaket. Observasjonene og informasjonen som kom frem utløste bekymringsbrev til kommunens ledelse innen helse- og omsorgstjenesten og fylkesmannen.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Kort tid etter at fylkesmannen mottok brevet, varslet de stedlig tilsyn fra fylkesmannens helse- og sosialavdeling. Før tilsynet fant sted besluttet kommunen å benytte private aktører for veiledning og oppfølging av utfordringene med tjenesteytingen overfor pasienten, inklusiv oppfølging av kapittel 9 vedtaket. Spesialisthelsetjenesten avsluttet sin oppfølging av pasienten, og kommunens kapittel 9 vedtak, i overensstemmelse med fylkesmannens vurdering av forholdene.

Fylkesmannens tilsyn fant to avvik, i tillegg ble det gitt en anmerkning til kommunen. Kommunen gjennomførte ikke tiltakene i henhold til eget vedtak og sikret heller ikke at regelverket ble fulgt når tvang og makt ble benyttet. Anmerkningen omhandlet at kommunen ikke la til rette for nødvendig samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen hevdet også at kommunen behandlet pasienten på nedverdiggende måte, ved eksempelvis at hans toalettsete ikke ble erstattet før etter 2-3 uker etter at det ble ødelagt.

Neste halvårs tjenestetilbud til pasienten var preget av fortsatt hyppige forekomster av utfordrende atferd, konflikter i organisasjonen og høyt sykefravær hos de ansatte som arbeidet med han. Mot sommeren 2013 tiltok konfliktene mellom boligens personell og virksomhetens ledelse, noe som resulterte i at pasienten ble flyttet til privat leverandør av helse- og omsorgstjenester. Spesialisthelsetjenesten ble igjen bedt om å bistå, både fra kommunens side og gjennom pålegg fra fylkesmannen. Det ble fattet nytt kapittel 9 vedtak, som var tilpasset forholdene ved pasientens nye omsorgstilbud, og veiledning, kompetansehevende tiltak og kliniske observasjoner av pasienten ble gjennomført. Det ble raskt identifisert en annen kultur fundamentert på andre holdninger og annen etisk bevissthet blant de ansatte i det nye botiltaket. Implementering av basistiltak som bruk av dagsplan med piktogrammer, bruk av forsterkere for å motivere pasienten til å gjennomføre samhandlingsaktiviteter og oppgaver, skriftliggjøring av prosedyrer og rutiner for miljøarbeidet og utvikling av terapeutisk metodikk for håndtering av pasientens utfordrende atferd, ble gjennomført første halvår. Etter

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

implementeringen av tiltakene, viste det seg fortsatt å være utfordrende å komme i posisjon til samhandling med pasienten. Han ”låste seg” i forskjellige situasjoner, og forble utilgjengelig for kommunikasjon og samhandling.

Varighetsregistrering av total daglig forekomst av ”låsing” ble gjennomført 13 dager i juni 2013. Pasienten var utilgjengelig for samhandling med omgivelsene i 3365 minutter, altså gjennomsnittlig fire timer og 40 minutter pr. dag. Ny registrering ble gjennomført 15 dager i august 2013 hvor han var utilgjengelig i totalt 5015 minutter, altså fem og en halv time pr. dag.

På bakgrunn av pasientens utilgjengelighet ble gradert håndledelse implementert vinteren 2013. Tiltaket ble hjemlet som tvangstiltak etter bokstav c, for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for trygghet. Etter få repetisjoner av tiltakskjeden, viste det seg at prosedyren var hensiktsmessig. Sju dagers registrering i februar 2014 viste et gjennomsnitt på 35, 8 minutter med låsning pr. dag. Effekten vedvarte i om lag syv måneder, før pasienten viste motstand og startet med selvskadende atferd under gjennomføring av tiltakene. Tiltakene ble evaluert og besluttet opphevet. Til tross for redusert effekt av tiltakene rapporterte personalet i september 2014, at pasientens låsninger fortsatt var markant redusert med ca. 60 % sammenlignet med registreringsperiodene fra juni og august 2013.

Respondent 6: Gutt, 11 år gammel, mottar sitt tilrettelagte skoletilbud ved ordinær grunnskole i kommunen, hvor han også har sitt SFO-tilbud. Det er utarbeidet IOP for gutten, og han har IP. Han har diagnosen barneautisme. Gutten ble fulgt opp fra 2010 til årsskiftet 2014/2015 av spesialisthelsetjenesten. Guttens og kommunens oppfølgingsbehov var knyttet til skolenekting, opposisjonell og utfordrende atferd mot skolens personell og medelever, sosial fungering med jevnaldrende og etablering av avtalestyring. Spesialisthelsetjenesten har gjort kliniske observasjoner av gutten på skolen og SFO, hatt veiledningsmøter med skolens

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

personell, hatt veiledningsmøter med foreldrene, gitt kompetansehevingstiltak som kurs og workshops for skolens personell og deltatt i ansvarsgruppemøter. Guttens foreldre deltok også i spesialisthelsetjenestens foreldreveiledningsprogram. Gutten har i tillegg blitt fulgt opp med medikamentelle tiltak i regi av overlege, for utprøving av sentralstimulerende medikasjon. Dette ble avbrutt etter foreldrenes ønske, da de opplevde at sønnen fikk bivirkninger av medisinene.

På skolen viser gutten opposisjonell atferd, og gjør seg utilgjengelig for samhandling med skolens personell. I klasserommet uttaler han negative bemerkninger om medelever, forstyrrer undervisningen og presser seg mot medelever eller skyver dem vekk. Han skriker og huler, spesielt ved opplevelse av nederlag. Da guttens atferd var betydelig forstyrrende for andre elevers læringsmiljø og det psykososiale arbeidsmiljøet i klassen, besluttet skolen å ta han ut av klasseromssituasjonen. Siste skoleår har gutten hatt 1:1 undervisning i eget grupperom, med tilrettelagt undervisningsopplegg basert på avtalestyring.

Guttens historie: Mye av skoletiden benyttes til positive samhandlingsaktiviteter, med mindre grad av skolefaglige og akademiske krav. Skjæringspunktet hvor gutten gikk fra å delta i klasseromsundervisning til å motta undervisning i eget grupperom er nullpunktet for min kontrafaktiske tilnærming til det historiske hendelsesforløpet. Under første del av veiledningsforløpet med skolen var skolens ledelse i liten grad representert i veiledningsmøtene. Assistenten som arbeidet med gutten møtte opp til veiledningsmøter på frivillig basis, uten lønn eller annen kompensasjon for deltakelse. Med bakgrunn i dette anmodet spesialisthelsetjenesten forventninger om deltakelse fra skolens ledelse. Skolen etterkom dette ved at undervisningsinspektør deltok i møtene og assistenter fikk fra dette tidspunktet kompensasjon for deltakelse i møtene.

Resultater/Funn

Tabell 3 inn omtrent her

I mine analyser finner jeg fellestrekk ved pasientenes helse-, omsorgs- og opplæringstilbud, som utgjør ulike risikofaktorer; disse er skissert i tabell 3. Fire av respondentene har kapittel 9 vedtak. Dispensasjon fra utdanningskravet er innvilget i alle fire tilfellene med en variasjon fra 55 – 85 % av personalet. I samtlige kasus finner jeg liten grad av tilstedeværelse fra ledelsen i førsteskansen, og i fem kasus forekom det vakants i lederstillinger. Om lag halvparten av respondentene mottok tjenester i organisasjoner hvor det forelå tydelige prosedyrer for miljøarbeidet. I to av organisasjonene forelå det ikke prosedyrer for arbeidet, og i den siste organisasjonen var slike prosedyrer mangelfulle. Imidlertid viste det seg å være illojalitet til skriftlige prosedyrer og rutiner i organisasjonene hvor dette forelå. Alle organisasjonene så ut til å ha utfordringer knyttet til intern kommunikasjon, hvor det forelå uklare strukturer.

I tillegg ser det ut til å være forhøyet sykefravær og turnover, hos samtlige organisasjoner. Tre av organisasjonene hadde et jevnlig sykefravær mellom 12 – 17 % i tidsperioden 2009 – 2013. Subkulturer og splittelse blant personell viser seg i de fleste organisasjonene og ingen av organisasjonene har gjennomført systematiske risikoanalyser, for å vurdere risiko i organisasjonen. Respondentene i studien har også fellestrekk: Alle har diagnosen barneautisme, og fem av seks respondenter har psykisk utviklingshemming. Alle

viser utfordrende atferd, noe som påvirker arbeidsmiljøet til personalet i organisasjonene.

Pasientene har alle vært henvist til spesialisthelsetjenesten, de fleste, flere ganger.

Diskusjon av de utvalgte kasus

Analysene som gjøres av hvert kasus kan plasseres under Tetlock og Belkins (1996) tredje kategori, som inneholder både idiografiske og nomotetiske elementer. Den idiografiske, dokumenterte informasjonen fra flere kasus (der forfatteren var en aktør) analyseres ut fra de nomotetiske, atferdsanalytiske forutsetningene om generelle atferdsprinsipper (lovmessigheter i relasjonen mellom hendelser i omgivelsene og individuell atferd), determinisme og baselinelogikk.

Analyse av situasjonen til respondent 1: Hvorfor kom pasienten i en situasjon der han utsatte et lite barn for en voldelig handling? Kunne situasjonen vært unngått, dersom hendelser nær i tid til voldsepisoden hadde vært annerledes? Var det på tidspunktet for hendelsen noen konkret mulighet til at situasjonen kunne vært unngått? Disse spørsmålene må besvares for å oppfylle Breslauer's (1996) hovedkriterier for en anvendelig kontrafaktisk analyse. Dialog med avdelingsleder og virksomhetsleder i kommunen har gitt informasjon som peker mot at personalet som fulgte pasienten i den aktuelle situasjonen, handlet i strid med prosedyrene. Utflukten ble ikke planlagt tilstrekkelig godt i forkant, pasientens utsagn om å lugge navngitte jenter ble neglisjert når de forekom rett før den aktuelle situasjonen, og utflukten var i nærheten av en barnehage hvor flere barn var ute og lekte.

Voldsepisoden var trolig den utløsende årsaken for at arbeidet med kapittel 9 ble aktualisert. Altså kan man si, at dersom X (voldsepisode mot barnet) ikke hadde forekommet, ville ikke Y (tilsyn fra fylkesmannen, intern gjennomgang og granskning i kommunen, veiledningsforløp med spesialisthelsetjenesten og beslutning om å fatte vedtak etter kapittel 9)

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

ha forekommet. Lebow (2000) beskriver slik modell for årsakssammenhenger. Videre kan det være interessant å spørre seg: Kunne episoden vært unngått?

Som gjengitt tidligere ble det begått flere feilvurderinger/feil forut for voldsepisoden. De identifiserte forholdene kan kategoriseres som menneskelige feilkilder (aktive feil), henholdsvis situasjonsoppmerksomhet, feilvurdering eller vansker med persepsjon, og regelbrytende atferd. I tillegg til aktive feil viste det seg å foreligge flere latente feil i organisasjonen. Mangelfulle prosedyrer og rutiner for miljøarbeidet, lite kontinuitet i ledelsen, eksisterende subkulturelle grupperinger blant personalgruppen og lite konsistent intern kommunikasjon er eksempler på latente feil som var gjeldende i denne boligen. Lederne fant i sin gjennomgang at boligen hadde hatt 11 ulike avdelingsledere i løpet av de siste ni årene, hvorav ett og ett halvt år uten tilsatt leder. Dette tyder på svært hyppige utskiftninger av fagadministrativt personell, noe som kan anses som en trussel mot klar og tydelig ledelse, kontinuitet i ledelsen og en trussel for kvalitetssikring av arbeidskulturen blant de ansatte.

Når kommuner henviser til spesialisthelsetjenesten for bistand i vurdering, utforming og gjennomføring av kapittel 9 vedtak, følger det med ulike arbeidsprosesser, både for kommunen, spesialisthelsetjenesten og fylkesmannsembetet. Prosessen i denne saken omfattet møtevirksomhet, saksbehandlingsoppgaver, kompetansehevingstiltak, kliniske observasjoner av pasienten og gjennomgang av prosedyrer og rutiner i kommunen både for miljøarbeidet knyttet til pasienten og mer systemrettede rutiner og prosedyrer. Kostnadene ved å følge opp vedtaksprosessen etter kapittel 9 er ikke anslått, men at det var en betydelig økning i kortsiktige og langsiktige oppgaver som skulle utføres i kommunen og hos andre aktører, er åpenbart.

Analyse av situasjonen til respondent 2: Dersom situasjonen lærere og assistenter rapporterte om var reell, hvorfor disponerte skolens ledelse sine ressurser slik de gjorde? Hvis

gutten virkelig forstyrret undervisningen for klassen sin, og stadig stigmatiserte seg selv overfor andre elever, hvorfor deltok ikke skolens ledelse mer aktivt i veiledningsforløpet med spesialisthelsetjenesten? Tatt i betraktning arbeidsmiljøutfordringene og sykefraværet blant personell som arbeidet med gutten, ville det ikke vært hensiktsmessig med tydeligere involvering av ledelsen, og at det ble lagt til rette for at alt personell som arbeidet med gutten fikk delta i veiledning? Disse spørsmålene vil jeg forsøke å belyse videre i den kontrafaktiske analysen. Skolepersonalets beskrivelser (deres opplevelse) av guttens hyling indikerte hyppig forekomst ofte store deler av dagen. Diagram 1 forteller oss at gutten sjelden opplevdes som utfordrende i sin atferd i 45 minutter eller mer, i løpet av en dag. Oftest var den totale andel av utfordrende atferd i løpet av en skoledag, under 20 minutter, og flere dager var det ingen forekomst.

Under veiledningsforløpet ble det implementert flere spesifikke tiltak overfor gutten. Bruk av sosiale historier knyttet til mange ulike situasjoner i løpet av skolehverdagen ble innført. Bruk av visuell dagsplan med faste prosedyrer for oppsett, gjennomgang og innhold ble implementert. Skriftliggjøring av prosedyrer for samhandlingssituasjoner og undervisningssituasjoner ble prioritert. Bruk av forsterkere ved gjennomføring av krav og oppgaver foregikk systematisk. Det forelå skriftlige prosedyrer for hvordan, hvor og når utfordrende atferd skulle håndteres. Fysisk tvang ble ikke benyttet. I tabell 4 er det skissert en sammenligning av de to veiledningsforløpene med tanke på faktorer jeg mener er vesentlige for effekten av den veiledning som ble gitt, og effekten av tiltakene som ble implementert i arbeidet med gutten.

Tabell 4 inn omtrent her

Analyse av situasjonen til respondent 3: De gjentatte vanskene personalet hadde med å håndtere og forstå guttens utfordrende atferd, kan tyde på en diskrepans mellom personalets faglige kompetanse og kompleksiteten i det arbeidet de er satt til å utføre. Det finnes faglige kvalifikasjoner hos enkeltpersonell, men totalt sett ser det ut til at fagnivået hos personalgruppen ikke dekker det behov guttens komplekse og sammensatte lidelsesbilde krever. Det har vist seg at personalgruppen i liten grad jobber systematisk og målrettet. Enkelte personell har under veiledningsmøter uttalt at de ikke visste det fantes prosedyrer for en gitt situasjon, til tross for at de har vært involvert i å utarbeide prosedyrepermen for miljøarbeidet. Illojalitet blant de ansatte i forhold til skriftlige prosedyrer, og stadige utskiftninger av personell, ser ut til å være en klar trussel mot faglig kontinuitet. Kommunen har ikke kvalitetssikret at etablert kompetanse blir værende i enheten ved utskifting av personell. Dermed dukker samme eller lignende problemstillinger opp i tjenesteutøvelsen, hvilket utløser stadig behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, som igjen krever ressurser. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt veiledning fra spesialisthelsetjenesten er det rette tiltaket for å snu situasjonen.

Tilsynene fylkesmannen nylig gjennomførte kan forstås som utløsende årsak for at kommunens kapittel 9 vedtak ikke ble godkjent. Altså kan man si, at dersom X (tilsynene) ikke hadde forekommet, ville ikke Y (oppheving av kommunens kapittel 9 vedtak) ha forekommet. Slik modell for årsakssammenhenger er beskrevet i Lebow (2000). Videre kan man si at dersom X (rapportering om usikkerhet knyttet til forsvarligheten i det kommunale tjenestetilbudet, fra spesialisthelsetjenesten og andre foreldre/verger) ikke hadde forekommet, ville ikke Y (tilsyn fra fylkesmannen) ha forekommet. En annen faktor som kan være avgjørende er kommunens organisering av personell i avlastningstilbudet med små stillingsbrøker. Guttens primærkontakt arbeidet 4 vakter hos han i løpet av 8 turnusuker. Personalet hadde over lengre tid få møtepunkter i løpet av 8 ukers turnus, noe som ble

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

forbedret til faste personalmøter hver 3. uke. Dog er det frivillig for de som har turnusfri å delta på møtene. Ved siste godkjenning av kommunens kapittel 9 vedtak, ble det innvilget dispensasjon fra utdanningskravet for ca. 80 % av personalet. Dette betyr at kun 2 av 11 tjenesteytere tilfredsstilte kompetansekravet. Ved systematisering av data i tretermskontingensen kan man danne hypoteser om årsakssammenhenger for atferdsforekomst, som hvorfor gutten spytter. Forsøker han å formidle et ønske om endringer i omgivelsenes reaksjoner, eller ønsker han en annen situasjon enn den han befinner seg i?

Jeg forutsetter at en eller flere konsekvenser opprettholder atferden. I ni av de 16 innrapporterte situasjonene hvor foranledningen og guttens utfordrende atferd er den samme, ser vi to situasjoner som utmerker seg med en annen konsekvens enn i de øvrige syv. I den åttende situasjonen oppnår han muligheten til å sitte i sofaen sammen med personalet for å perle, til han blir trøtt. Det kan antas at dette, for gutten, er mer attraktivt enn å ligge i sengen alene. Dersom denne hypotesen er riktig vil gutten oppleve positiv forsterkning av sin utfordrende atferd, nemlig at det å ”spytt” på personalet utløser muligheten til å sitte i sofaen og perle sammen med personalet. Hva som oppleves som forsterkere er individuelt, men hvordan ulike forsterkningsskjema påvirker menneskelig atferd viser betydelig regelmessighet. Å av og til oppleve at en atferd fører til forsterkning (intermitterende forsterkning), er trolig det mest potente forsterkningsskjema for atferd (Cooper et al., 2007). Tilbud om ”å sitte i sofa og perle, til han er trøtt” forekommer kun av og til, og oppleves som en intermitterende positiv forsterker. Dette kan være den opprettholdende faktoren for guttens atferd i alle de ni situasjonene.

Analyse av situasjonen til respondent 4: Arbeidsmiljøer med høy grad av mental arbeidsbelastning, stress, knappe ressurser, diskontinuitet, høyt sykefravær og konflikter kan utgjøre trussel for kommunikasjon, lojalitet mot skriftlige prosedyrer og utvikling av positiv arbeidskultur blant de ansatte. Jeg vil påstå at disse forholdene påvirker tjenesteutøvelsen. Det

ser derfor ut til at pasientens fungering i dette eksemplet, korrelerer med organisasjonens fungering. I perioder hvor organisasjonsmessige utfordringer dominerer, viser pasienten dårligere fungering, økte utfordringer og høyere stressnivå.

Årsaken til pasientens økte utfordringer kan forklares med samme forklaringsmodell som Lebow (2000) benytter: at når X (organisasjonsmessige utfordringer) øker, øker også Y (pasientens utfordringer). Dersom organisasjonsmessige utfordringer holder seg på et stabilt og akseptabelt nivå, vil trolig pasientens vanskeomfang og hans daglige fungering vise seg mer stabilt.

Analyse av situasjonen til respondent 5: Hendelsesforløpet jeg har beskrevet for denne pasienten, viser tydelig forskjell i tjenestetilbudene ved de ulike botiltakene hvor han har mottatt tjenester. Pasientens atferd artet seg i stor grad likt, uavhengig av hvor han bodde. Organisasjonsmessige forhold som tilstedeværelse av ledelse, konflikter mellom ansatte og ledelse, høyt sykefravær blant de ansatte, illojalitet mot skriftlige prosedyrer og ledelsens beslutninger og splittelse og utvikling av subkulturer i personalgruppen ser ut til å påvirke tjenestekvaliteten. Gjennom fylkesmannens tilsyn ble det gitt avvik som både omhandlet ulovlig bruk av tvang og makt overfor pasienten og organisatoriske utfordringer med å legge til rette for veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Når kommunen mottar slike tilbakemeldinger, er det med stor forundring at spesialisthelsetjenesten bevitner kommunens beslutning om å avslutte samarbeidet og heller innlede samarbeid med nye private aktører, som i liten grad har kjennskap til pasienten. Tiden som fulgte etter kommunens beslutning om å innhente bistand fra private aktører var preget av uro og konflikter mellom de ansatte og ledelsen, noe som kan ha påvirket de ansattes tjenesteyting overfor pasienten. Konfliktsituasjoner og utfordrende arbeidsmiljø kan påvirke emosjonelle og psykososiale forhold for de ansatte, som igjen øker mental arbeidsbelastning.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Da kommunen besluttet å kjøpe tjenester fra privat leverandør av helse- og omsorgstjenester, og plassere pasienten i deres botiltak ble det gjort snarlige endringer i hans tjenestetilbud. Ulike faglige verktøy og metoder ble implementert og utviklet og i løpet av første halvår ble pasientens hverdag strukturert og mer forutsigbar. Pasienten viste fortsatt hyppige forekomster av utfordrende atferd, og det var vanskelig for personalet å komme i posisjon til ham for samhandling. Allikevel vil jeg hevde at pasientens situasjon var forbedret ved at hverdagen var mer forutsigbar, personalet viste en kulturell praksis hvor de fulgte skriftlige prosedyrer, boligens leder var tilstedeværende og engasjert i utviklingen av tjenestetilbudet og tvangsutøvelse foregikk i tråd med lovgivningen på etisk og faglig forsvarlig vis. Hos den private tjenesteleverandøren opplevdes de organisatoriske forutsetningene som nevnt ovenfor, å være ryddige og godt ivaretatt.

Registreringene som ble gjennomført forut for oppstarten av prosedyren med gradert håndledning vitner om motivasjon for endring hos personalgruppen som arbeidet med pasienten. Effektene som etter kort tid viste seg etter implementeringen av prosedyren er et godt tegn på personalets lojalitet til skriftlige prosedyrer, og til den kulturelle praksisen ved tjenestestedet. Personalets samstemthet og deres enhetlige tilnærming til pasientens utfordrende atferd er etter min vurdering avgjørende for den effekten man så. Dersom man skal sette pasientens historie i et sammenhengsperspektiv kan Lebow's (2000) forklaringsmodell benyttes. X (kommunens beslutning om å kjøpe tjenester hos privat leverandør av helse- og omsorgstjenester, på bakgrunn av at kommunen selv ikke kunne gi et forsvarlig tilbud) førte til Y (pasientens økte livskvalitet ved eksempelvis mer adekvat samhandlingstid med sine omgivelser, økt mestring av dagligdagse ferdigheter og reduksjon i antall minutter pr. dag med låsning). De markante forskjellene i organisatoriske forhold ved de to tjenestetilbudene pasienten har motatt har etter min vurdering klar påvirkning på tjenestekvaliteten som igjen påvirker pasientens livskvalitet.

Analyse av situasjonen til respondent 6: Tiden før gutten startet med undervisning i eget grupperom, nektet han å delta i skolefaglige aktiviteter. Han la seg på en benk i korridoren ved skolen når han ankom og ble liggende der gjennom dagen. Han gikk ut i skolegården under friminuttene. Gutten ignorerte oppfordringer fra skolens personell om å delta i undervisning, og lot seg heller ikke motivere til annen samhandlingsaktivitet. De få gangene gutten deltok i undervisning, ble denne oftest avbrutt fordi han viste utfordrende atferd overfor skolens personell eller medelever. Gutten ble da ført ut av klasserommet med makt, oftest hylende og skrikende. Observasjoner av gutten på skolen gav spesialisthelsetjenesten inntrykk av at gutten hadde tilegnet seg et atferdsmønster som han utspilte når han var på skolen. Det opplevdes også som om medelever og skolens personell hadde forventninger om at gutten skulle vise utfordrende atferd. Dette gjenspeilet seg i samhandlingsmønstrene.

Under veiledningsmøtene ytret skolens personell frustrasjon og fortvilelse over situasjonen, også i forhold til en lite tilstedeværende ledelse. De opplevde lite støtte hos ledelsen, og endringstiltak og anbefalinger fra veiledningsmøtene lot seg ikke gjennomføre, grunnet ressursknapphet. Skolens ressurstildeling i guttens enkeltvedtak om spesialundervisning samsvarte ikke med tilrådingen i PPT's sakkyndige vurdering. PPT's sakkyndige vurdering var foretatt før diagnostisk rapport fra spesialisthelsetjenesten forelå.

Med bakgrunn i personalets frustrasjoner kalte spesialisthelsetjenesten inn guttens foreldre, skolens ledelse og sakkyndig fra PPT til et avklaringsmøte. I dette møtet ble rammebetingelsene ved skolen drøftet. Konklusjonen ble at skolens ledelse og alle som arbeidet i teamet rundt gutten skulle få anledning til å delta i veiledningsmøter. Gutten skulle motta all undervisning 1:1 i eget rom. I tiden som fulgte kom skolens personell i posisjon til samhandling med gutten. Han opplevdes mer tilgjengelig, utfordrende atferd ble redusert og han lot seg lettere motivere ved bruk av forsterkere. Det var fortsatt vanskelig å stille krav om

skolefaglig aktivitet, men personalet erfarte i større grad å lykkes i sin arbeidshverdag. De opplevde at gutten hadde det bedre. Skolen etablerte avtalestyring for gutten under veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Etter fire ukers implementering rapporterte skolen om markant positiv endring. Gutten var mer fornøyd, fleipet og tullet med skolens personell, og forholdt seg til instruksjoner som ble gitt. Han profitterte på forsterkerformidling gjennom avtalestyringen. Foreldrene opplevde sønnen som mer fornøyd hjemme.

Ved å sammenligne rammebetingelsene ved skolen i de to ulike tidsperiodene, ser det ut til at følgende faktorer er avgjørende for guttens fungering: Tilstedeværelse av skolens ledelse under veiledningsmøter, bemanningsgraden rundt gutten, fysiske rammer for undervisningssituasjonen, tilrettelegging av skolehverdagen, valg av metodisk fremgangsmåte for samhandling med gutten og personalets mestringsopplevelser. Lebow (2000) forklarer sammenhenger mellom fenomener ved at dersom X forekommer, vil Y forekomme. I eksempelet ovenfor kan man konkludere med at X (endringer i skolens organisering og tilrettelegging av undervisningstilbudet, ledelsens involvering i veiledningsmøter, økning i ressurstilfang og personalets opplevelse av å mestre samhandling med gutten) er årsaken til Y (guttens økte motivasjon for samhandling med skolens personell og endringen i måten han forholder seg til skolefaglige krav på).

Menneskelige feilkilder

Fagområdet for *Human Factors and Ergonomics* studerer forhold knyttet til menneskers feilhandlinger. Det er sannsynlig at mennesker gjør feil under tjenesteyting og dette påvirker tjenestemottakeres helse og livskvalitet, eller elevers læringsutbytte på skolen. Innen yrkesgrupper som transport, luftfart, skipsfart, petroleumsbransjen og helsepersonell tilknyttet sykehus og andre helse- og omsorgs institusjoner, finnes det mye forskning på hvilke forhold som påvirker menneskers tilbøyelighet til å gjøre feil. Feil assosieres oftest

med misforståelser eller feilhandlinger hos enkeltindivider, men innen data og teknologi er fokuset ofte rettet mot systemiske feil.

Armitage (2009) mener ulykkesårsaker oftest antas å ha sammenheng med menneskelige komponenter som menneskets minne og tankeprosesser. Han henviser til Reason (2000) sine forklaringer om at menneskelige feil bør sees i lys av en kombinasjon av ulike faktorer og omstendigheter. Reason forutsetter at kognitive prosesser disponerer mennesker for å gjøre feil, men at dette må sees i sammenheng med organisatoriske, miljømessige og systemiske faktorer. Personlige glipper, forglemmelse eller feil omtales av Armitage (2009) som aktive feil. De forekommer uten at individet i utgangspunktet har en intensjon om å handle feil. Regelbrudd omtales av Reason (2000) og dreier seg om feilhandlinger som forekommer når mennesker bevisst bryter rutiner og prosedyrer.

Generell diskusjon:

Kontrafaktisk tenkning som metode er ikke noen eksakt vitenskap. Potensielle andre utfall av situasjonene i de ulike kasus jeg har analysert, kan ikke påvises, ei heller kan foranledninger for de faktiske hendelsene som oppsto, endres i ettertid. Mine definerte nullpunkter for de kontrafaktiske analysene er i noen kasus spesifisert til konkrete engangshendelser, mens i andre kasus er overganger eller sett av rammebetingelser nullpunktet for analysene. Mengde data og hvilken type data jeg har innhentet i de ulike pasientjournalene varierer, noe som gjenspeiler seg i beskrivelsene av pasientenes situasjon, og omfanget av den kontrafaktiske analysen i hvert kasus. Studien min kan kategoriseres som kasusstudie forskning og Neuman (2011) fremhever seks styrker ved slike studier (s. 42):

1. *Conceptual validity*. Case studies help to "flush out" and identify concepts/variables that are of greatest interest and move toward their core or essential meaning in abstract theory.

2. *Heuristic impact.* Case studies are highly heuristic (i.e., providing further learning, discovery, or problem solving). They help with constructing new theories, developing or extending concepts, and exploring the boundaries among related concepts.
3. *Causal mechanisms identification.* Case studies have the ability to make visible the details of social processes and mechanisms by which one factor affects others.
4. *Ability to capture complexity and trace processes.* Case studies can effectively depict highly complex, multiple-factor events/situations and trace processes over time and space.
5. *Calibration.* Case studies enable researchers to adjust measures of abstract concepts to dependable, lived experiences and concrete standards.
6. *Holistic elaboration.* Case studies can elaborate on an entire situation or process holistically and permit the incorporation of multiple perspectives or viewpoints.

Kasusstudier preges av detaljert fokus, men forteller også større historier.

Tidligere i denne artikkelen refererte jeg til Sandaker et al. (2014) og Robbins (2005) som alle beskriver organisasjonsmessige variabler som påvirker organisasjoners etablering og utvikling av kultur. Balanse mellom selvstendighet og teamtilhørighet, ansvarliggjøring og instruering av oppgaver trekkes frem som viktige elementer i organisasjoners kulturdannelse. I mine analyser av de ulike kasus finner jeg risikovariabler som ser ut til å være generelle for helse-, omsorgs, og opplæringsinstitusjoner. Disse variablene er; personalets utdanningsnivå, ledelsens tilstedeværelse i frontlinjen, personalets lojalitet til ledelsen og skriftlige prosedyrer, sykefravær og turnover, mental arbeidsbelastning og tydelige strukturer for kommunikasjon.

I organisasjoner som yter helse- og omsorgsfaglig bistand, eller opplæring til mennesker med sammensatte behov, vil slike variabler påvirke tjenestenes kvalitet, organisasjonens effektivitet og langsiktige kostnader.

Når kommuner fatter vedtak etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven stilles det krav til kompetanse hos tjenesteytere som utøver tvangstiltakene. Tvangslovgivningen er en sikkerhetsbarriere mot overgrep og kvalitetssvikt i kommunenes tjenester til mottakerne. Derfor er det paradoksalt at fylkesmannsembetene godkjenner vedtak etter kapittel 9, og deretter gir inntil 85 % av de ansatte dispensasjon fra utdanningskravet. I min forståelse av begrepet forebygging, kan funksjonelle analyser være vesentlige. Ved mange boliger for utviklingshemmede som vår tjeneste kommer i kontakt med erfarer vi at miljøpersonalet har kompetanse om bruk av funksjonelle analyser. Men vi kommer også inn i boliger der bruk av funksjonelle analyser ikke forekommer. I slike bofellesskap ser vi at utdanningsnivået blant de ansatte kan være på et akseptabelt nivå, men at arbeidskulturene som etablerer seg stagnerer faglig, og at gamle samhandlingsmønstre vedvarer over tid. Det er ikke bestandig disse samhandlingsmønstrene preges av gode reflekterte holdninger og verdier, ei heller gode evidensbaserte miljøterapeutiske tiltak. I helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9, §§ 9-4, 9-5 og 9-9, stilles det klare kriterier om forebyggingsarbeid, vilkår for bruk av tvang og makt og krav knyttet til gjennomføring og evaluering av tvangstiltakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Som ledd i forebyggende arbeid er det i § 9-4 presisert at kommunene plikter å gi *nødvendig opplæring*, faglig veiledning og oppfølging knyttet til gjennomføring av tvangstiltakene. Opplæring i bruk av analyseverktøy som eksempelvis funksjonelle analyser, faller etter min vurdering inn under begrepet *nødvendig opplæring*.

Innenfor helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger i Norge er det store forskjeller mellom de ulike høyskoler og universiteter med hensyn til ideologisk forankring for studiene, organisering og gjennomføring av studiene og læreplaner. Dette fører til stor grad av variasjon blant helse- og sosialfaglig personell, med hensyn til faglig fokus, kompetanseområder,

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

holdninger og etikk. Spørsmål om kompetanse kan sidestilles med personlig egnethet kan i mange tilfeller diskuteres. I min studie tyder funnene på at kompetansevariabelen har innflytelse på organisasjonenes kulturelle praksis, og påvirkning på fagligheten og forsvarligheten ved pasientenes tilbud.

Ledelsens tilstedeværelse i frontlinjen ser ut til å være en avgjørende faktor for tjenestekvalitet og effektivitet i de kasus jeg har analysert. Flere av respondentene viser økning i utfordrende atferd og redusert fungering i tidsperioder hvor organisasjonene har vakants i lederstillinger, høy turnover eller ledelse som ikke engasjerer seg i arbeidet som foregår i frontlinjen. Høyt sykefravær, turnover og stadige behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, er forhold som i betydelig grad påvirker organisasjonenes økonomi.

I figurene nedenfor har jeg satt inn utvalgte risikovariabler i Reasons Swiss Cheese Model. Figur 2a illustrerer hvordan ulike latente og aktive feil, trenger gjennom sikkerhetsbarrierene (de overlappende sveitserostskivene) og forårsaker skade. I figur 2b har jeg illustrert hvordan sikkerhetsbarrierene kan avverge eller begrense potensiell skade, ved å peke på ett spesifikt tiltak som forhindrer at hullene i sikkerhetsbarrierene overlapper hverandre. I dette tilfellet har jeg valgt ut ledelsens tilstedeværelse som avgjørende faktor. Andre risikovariabler kan også være avgjørende, og kan således byttes ut med variablene jeg har satt inn i modellen. Skadene som forårsakes kan for eksempel være dårligere tjenestekvalitet, lavere effektivitet eller økte kostnader.

Figur 2a inn omtrent her

Figur 2b inn omtrent her

Resultatene i denne studien viser klar sammenheng mellom respondentenes atferd (avhengig variabel) og de ulike risikovariablene som fremgår av tabell 3 (uavhengige variabler). Sammenhengen er ytterligere eksemplifisert i tabell 4, hvor rammebetingelser ved to veiledningsforløp sammenlignes. De historiske hendelsesforløpene som er beskrevet viser logisk konsistens mellom foranledninger og konsekvenser. Historien til respondent 5 eksemplifiserer hvordan krevende omsorgsoppgaver og utfordrende atferd hos pasienten kan håndteres i to ulike organisasjoner. Det er markante forskjeller i pasientens fungering på ulike tidspunkt i hendelsesforløpet, med klar sammenheng til organisasjonsmessige forhold. Den logiske konsistensen mellom foranledning og konsekvens støttes av atferdsvitenskapen eksempelvis i Cooper et al., (2007) og Sandaker (2009).

I eksemplet som er gjengitt i min fremstilling av Reasons Swiss Cheese Model (se figur 2a og 2b) har jeg påpekt at dersom ledelsens tilstedeværelse hadde vært tydeligere, kunne potensiell skade blitt minimert eller vært unngått. Jeg vil hevde at dersom identifisering av risikofaktorer leder til risikoreducerende tiltak, er det sannsynlig at potensiell skade reduseres eller i beste fall unngås. Dette prinsippet vil kunne generaliseres til de fleste organisasjoner innen kommunale helse-, omsorgs- og opplæringsinstitusjoner, uavhengig av hvilke risikofaktorer som er identifisert.

Momentene jeg har påpekt ovenfor er i tråd med prinsippene Tetlock og Belkin (1996) foreslår som avgjørende for nytteverdien av å anvende kontrafaktiske tilnæringer. Når disse

prinsippene er ivaretatt, og Breslauer's (1996) 3 hovedkriterier for kontrafaktiske analyser er oppfylt, mener jeg denne metoden er forsvarlig og kan lede til viktig og interessant informasjon.

Konklusjon

Min studie påpeker ulike organisatoriske forhold, og forhold ved menneskers atferd, som når de samhandler i komplekse systemer leder til risiko og fare. Feil oppstår grunnet aktive feilhandlinger forårsaket av mennesker, men også på grunn av latente feil i organisasjoner som i kombinasjon med menneskers feilhandlinger, fører til skade. I kasesene jeg har benyttet er det identifisert ulike organisasjonsmessige forhold som ser ut til å være avgjørende risikofaktorer med påvirkning på tjenestekvalitet, effektivitet og kostnader. Livskvaliteten til mennesker som mottar tjenester i slike organisasjoner, påvirkes av disse forholdene. Derfor mener jeg det er viktig at risikostyring og bruk av risikoanalytisk kompetanse bør implementeres i norske kommuner, i planleggingen av ressurstildeling overfor mennesker med store bistandsbehov innen helse-, omsorgs- og opplæringssektoren. Reasons (1997) modell som er gjengitt i denne artikkelen kan være et egnet verktøy i slike prosesser.

Fremtidig forskning på risiko i denne typen organisasjoner og tjenester er nødvendig for å heve tjenestekvalitet, øke effektivitet og redusere langsiktige kostnader.

Referanser:

Armitage, G. (2009). Human error theory: Relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management, 17*, 193 – 202.

Baum, W. M. (2005). *Understanding behaviorism: Behavior, culture and evolution* (2nd ed.). USA: Blackwell Publishing.

Breslauer, G. W. (1996). Counterfactual reasoning in Western studies of Soviet politics and foreign relations. P. E. Tetlock & A. Belkin (Eds.), *Counterfactual thought experiments in world politics: Logical, methodological, and psychological perspectives* (pp. 71 – 94). New Jersey: Princeton University Press.

Bulhof, J. (1999). What if? Modality and history: *History and theory, 38*, 145 – 168.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Eknes, J. (red.). (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fischer, D. H. (1970). *Historians` fallacies: Toward a logical of historical thought*. New York: Harper Perennial.

Helsedirektoratet. (2010a). *Prioriteringsveileder IS-1820. Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2010b). *Prioriteringsveileder IS-1821. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Helsedirektoratet. (2012). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av*

sykdommer og beslektede helseproblemer. Lastet ned 3. april, 2015 fra

<https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|2599546|flow>

Helsedirektoratet. (2015). *Rundskriv IS-4/2015 – Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende*

helse- og omsorgstjenester i kommunene. Lastet ned 4. april, 2015 fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Særlig%20ressurskrevende%20helse%20og%20omsorgstjenester/Tilskuddsordning%20for%20særlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20i%20kommunene%20-%20rundskriv%20IS-4-2015.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lastet ned 4.

april, 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Forskrift om habilitering og rehabilitering,*

individuell plan og koordinator. Lastet ned 3. april, 2015

fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

m.m. Lastet ned 3. april, 2015 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgstjenesteloven)

[30?q=helse-+og+omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgstjenesteloven)

Kunnskapsdepartementet. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa.*

Lastet ned 4. april, 2015 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringslova)

[61?q=oppl%C3%A6ringslova](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringslova)

Lebow, R. N. (2000). What's so different about a counterfactual? *World Politics*, 52, 550 –

585.

MacKay, R. B. (2007). 'What if?': Synthesizing debates and advancing prospects of using virtual history in management and organization theory. *Management and organizational history*, 2, No. 4, 295 – 314.

Neuman, L. W. (2011). *Social research methods* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Burlington: Ashgate Publishing Company.

Reason, J. (2000). Human error, models and management. *British Medical Journal*, 320, 768 – 770.

Robbins, S.P. (2005). *Organizational behavior* (11th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Sandaker, I. (2009). A selectionist perspective on systemic and behavioral change in organizations. *Journal of Organizational Behavior Management*, 29, No.3, 276 – 293.

Sandaker, I., Andersen, B., & Ree, G. (2014). Byråkrati, variasjon og læring. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41, No.1, 33 – 43.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Rundskriv IS 10/2004. Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Tetlock, P. E., & Belkin, A. (1996). *Counterfactual thought experiments in world politics:*

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Logical, methodological, and psychological perspectives. New Jersey: Princeton University Press.

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Tabell 1:

Forutgående stimulus	Atferd	Konsekvens	Fremtidig frekvens av atferd under lignende betingelser	Operasjon
"Nevn en kjøttetende dinosaur"	"Tyrannosaurus Rex"	"Bra jobbet"	↑	Positiv forsterkning
Ekkel lukt under kjøkkenvasken	Gå ut med søppelet	Lukten forsvinner	↑	Negativ forsterkning
Iset vei	Kjøre med normal hastighet	Kolliderer med bilen foran	↓	Positiv straff
Popup-boks spør, "Vil du advares dersom du sletter uleste meldinger?"	Klikker på "Nei"	Viktig e-post melding går tapt	↓	Negativ straff

Tabell 2:

Seleksjon av atferd i organisasjoner		
	Mål: standardiserte prosesser og produkter	Mål: tilpasse kompleksitet og kompetanse til omgivelsene
Variasjon	Begrense variasjon i atferdsrepertoar for maksimal standardisering av produksjon	Tillater høy grad av variasjon for å oppnå løsninger som er etterspurt i et uforutsigbart og stadig skiftende marked
Interaksjon	Interaksjon begrenses til "kommandolinjen": makt innenfor systemet utøves av et fåtall relativt konforme individer	Tillater et "nett av innflytelse" (f.eks.: legger til rette for interaksjon mellom selvstendige divisjoner, avdelinger eller nivåer av administrasjonen)
Seleksjon	Seleksjon av et begrenset utvalg atferdsmønstre styrt av målet om standardiserte arbeidsprosesser og produkter; kontrollerer og korrigerer avvik når atferden viser for stor variasjon	Tilstrekkelig grunnlag for seleksjon av hensiktsmessig atferd under stadig skiftende betingelser; fokus på å forme og forbedre ytelse

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Tabell 3:

	Kap. 9 vedtak	Disp. fra utdanningskrav	Vakants i lederstillinger	Tilstedeværene ledelse	Tydelige prosedyrer for miljøarbeidet	Kommunikasjon innad i organisasjonen
R 1	Ja	80 %	Ja	I liten grad	Mangelfulle	Uklar
R 2	Nei	Uaktuelt	Ja	I liten grad	Ja	Uklar
R 3	Ja	85 %	Ja	I liten grad	Nei	Uklar
R 4	Ja	55 %	Ja	I liten grad	Ja	Uklar
R 5	Ja	75 %	Ja	I liten grad	Nei	Uklar
R 6	Uaktuelt	Uaktuelt	Nei	I liten grad	Nei	Uklar

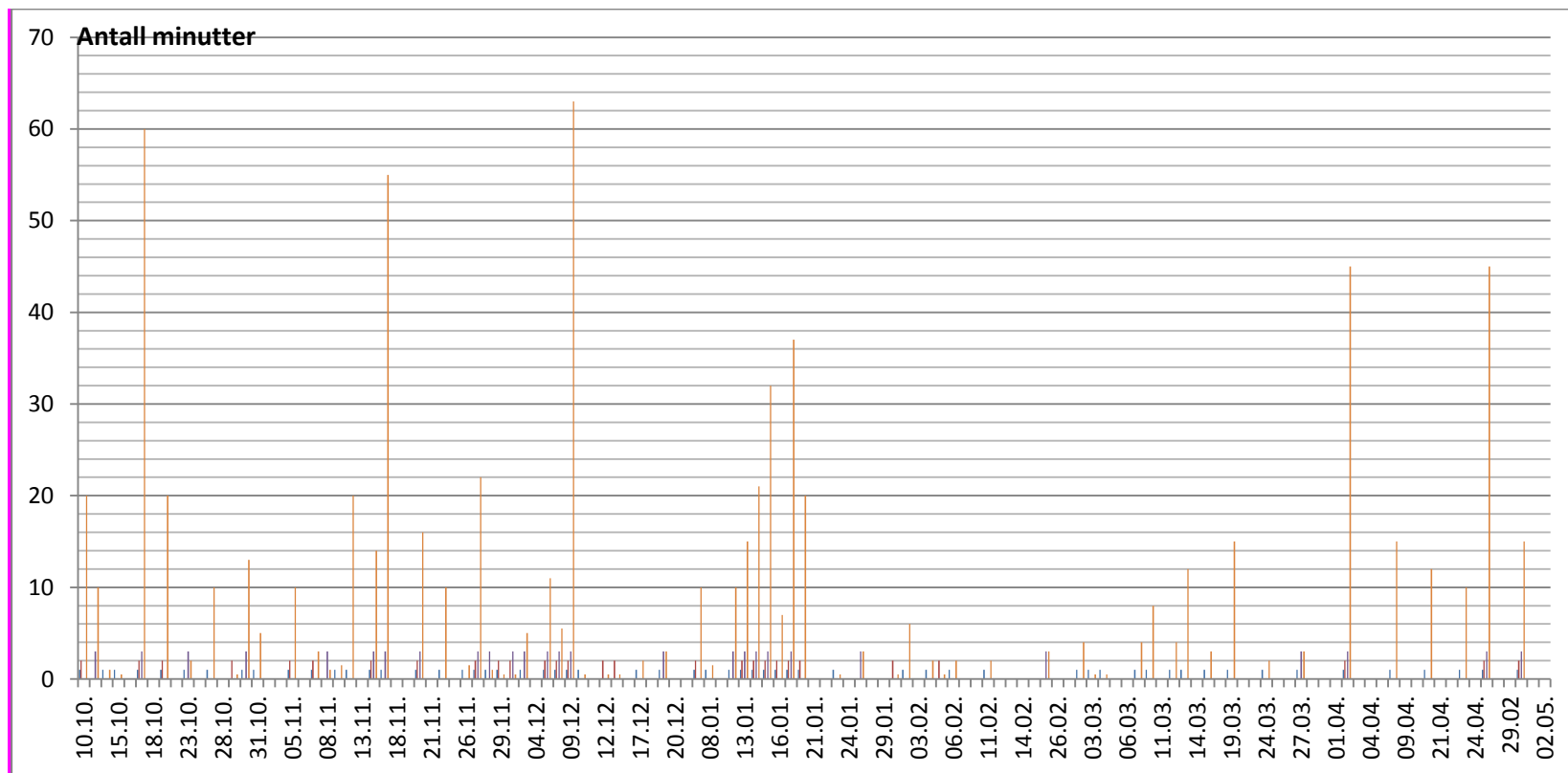
RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

Tabell 4:

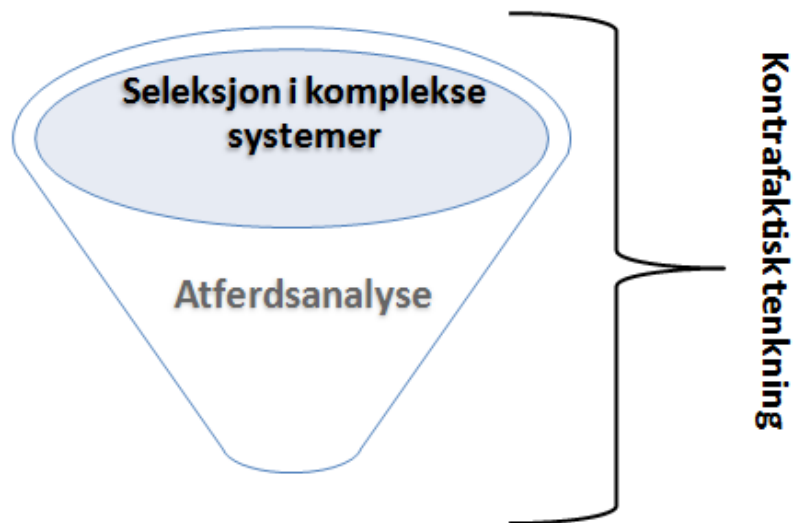
	Veiledningsforløp 1	Veiledningsforløp 2
Deltakelse fra ledelse	Nei	Ja
Antall veiledningsmøter	7	6
Motivasjon for datainnsamling	Nei	Ja
Grad av lojalitet blant personalet	Lav	Høy
Personaloppdekking	Undervisning ble gitt i klasse, liten gruppe og noen få timer 1:1, ingen ekstra oppdekking ved SFO	Undervisning ble gitt 1:1 i alle timer, få timer sammen med klassen. 1:1 oppdekking ved SFO

RISIKOSTYRING I HELSETJENESTEORGANISASJONER

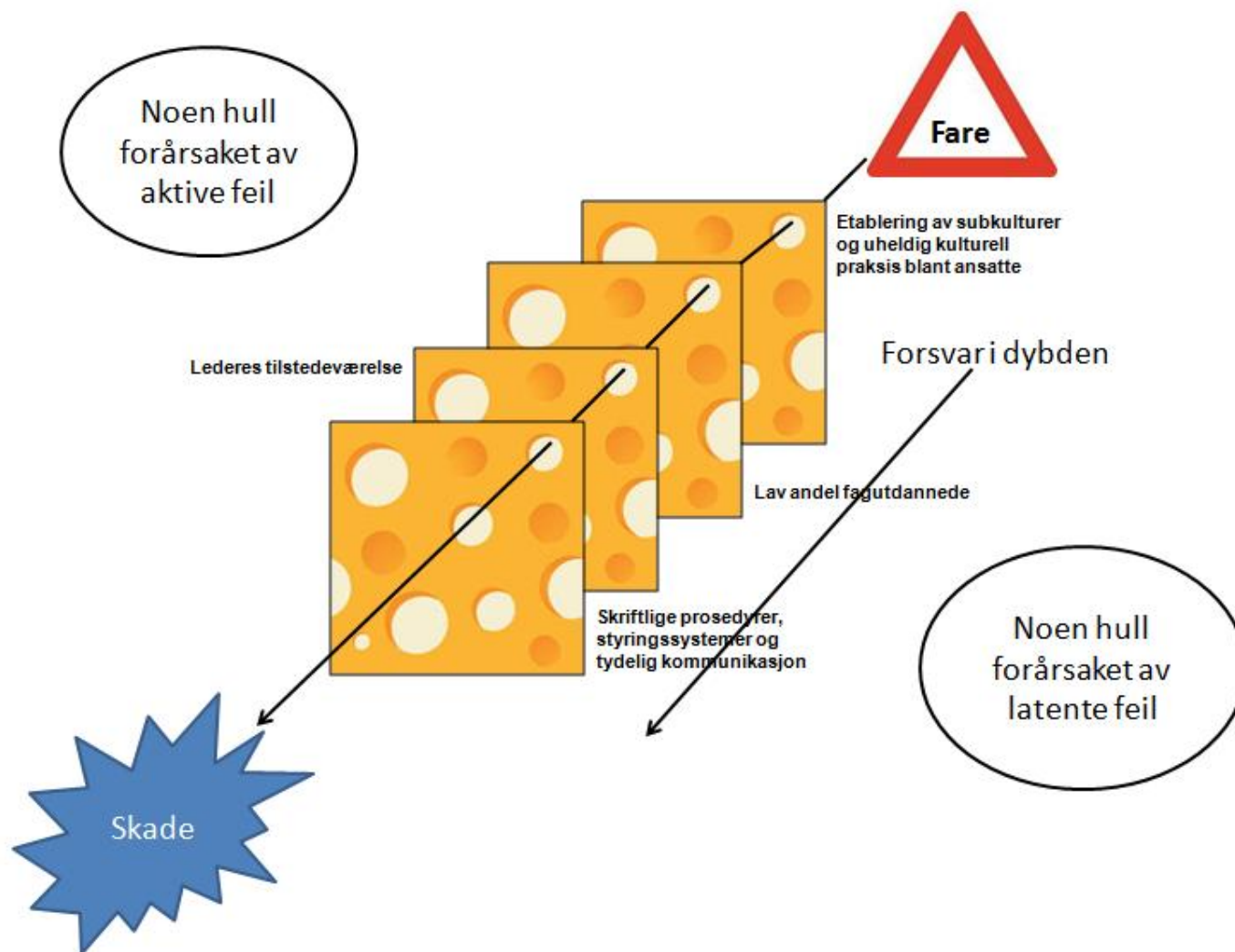
Diagram 1:



Figur 1:



Figur 2a:



Figur 2b:

