



# **Avviksregistreringens betydning for god sykepleie**

**Lill Sverresdatter Larsen**

**Mastergradsoppgave i helsefag**

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Juni 2011

***"I'm starting with the man in the mirror"***  
"Man in the Mirror" fra Michael Jacksons album BAD utgitt i 1987

## **Forord**

Jeg er svært takknemlig for at informantene delte sine erfaringer med meg og håper de kan kjenne seg igjen i studiens fremstilling. Uten samtykke fra ledelsen ved de to sykehusene og informantene ville ikke denne studien blitt til.

Jeg vil også benytte anledningen til å takke min veileder under denne studien – førsteamanuensis Siri Moe ved Institutt for Helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø. Hun har vært en interessant diskusjonspartner som har gitt meg mot gjennom prosessen.

Min enestående mann, tusen takk for grundige gjennomlesninger og gode innspill - spesielt på språklige formuleringer. Takk for at du helt frivillig deltar på mine sprø masterseminarer hvor deltakerne er bare oss to, og ikke minst at du har holdt ut med alle mine uholdbare monologer om sykepleie. Mine barn, Anja Lovise, Marte, Sølve Oliver og Elisa Mariann - jeg kan ikke love at jeg aldri mer skal sitte med datamaskin på ettermiddager, kvelder og helger, men det blir i alle fall ikke i sommer!

Min bror Cato Johansen har vært til uvurderlig hjelp med kritiske kommentarer til tekstene gjennom hele masterstudiet. Jeg tror ikke vi er skuls, jeg tror jeg skylder deg noe! Takk også til mine foreldre for å holde åpent hus for meg når jeg trengte ro for å skrive.

Mine studentkullinger, takk for laget og lykke til videre med alt dere dyktige mennesker kan få til!

Lill Sverresdatter Larsen

Tromsø, 18. mai. 2011

## Sammendrag

Studien har tatt utgangspunkt i de store rapporterte mørketall vedrørende uønskede hendelser og manglende avviksregistrering i spesialisthelsetjenesten. Problemet er utdypet i tidligere studier som i hovedsak har hatt fokus på strukturelle og kulturelle forhold. Denne studien har vektlagt hva sykepleierne gjør når de erfarer avvik. Et premiss har vært at oppfatningen av eget ansvar vises gjennom sykepleiernes handlinger. Dette har resultert i følgende problemstilling: Hva oppfatter sykepleierne som sitt ansvar når de erfarer uønskede hendelser.

Et strategisk utvalg på fire sykepleiere fra to geografisk spredte sykehus er intervjuet. Intervjuguide ble benyttet som utgangspunkt for intervjuene, og intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. Det er gjennomført innholdsanalyse som er inspirert av Graneheim og Lundman, og materialet er kondensert og abstrahert fra meningsenheter til kategorier og tema. Det teoretiske utgangspunktet for analysen er kunnskapsteori hentet fra sykepleie og filosofi.

Teorigrunnlaget slår fast at faglig skjønn er en viktig del av en erfaren sykepleiers handlingskompetanse, og at skjønn brukes både for å oppdage og registrere avvik i den konkrete situasjonen. Rammebetingelser i spesialisthelsetjenesten kan se ut til å sette begrensninger for utøvelse av skjønn. Studien viser at sykepleierne bruker skjønn for å ta ansvar for vurderingen av hvordan avvik skal håndteres. Sykepleierne tar alltid ansvar for de nødvendige handlinger som vedrører pasienten der og da, men de viser i liten grad ansvar for virksomheten eller langsiktig pasientsikkerhet. Avvik som registreres er i hovedsak avvik knyttet til behandling, mens avvik som ikke registreres er knyttet til generell sykepleie og etiske dilemmaer som krever avansert bruk av skjønn. Høy kunnskapsbase har betydning for at sykepleierne skal kunne oppdage avvik. For at sykepleierne skal ta ansvar utover den konkrete pasientsituasjonen kan det se ut til at organisatorisk kompetanse har særlig betydning. Denne studien foreslår derfor at organisatorisk kompetanse gis økt vekt i sykepleierutdanningen og at helseforetakene i større grad legger til rette for og prioriterer aktiv erfarings- og kunnskapsutveksling på arbeidssstedet.

## **Abstract**

The starting point of this paper are the uncertainties surrounding errors and adverse events in hospitals and the specialist health care sector, where several studies indicate that a large proportion of deviations are not reported. Earlier studies in this area have primarily looked for structural and cultural factors in search for explanations. This study focus upon what nurses do when faced with errors and adverse events. A premise has been that their perceived responsibility is shown through their actions. This has resulted in the following problem statement: How do nurses perceive their own responsibility when they encounter errors and adverse events?

A sample of four nurses from two hospitals has been interviewed. The interviews were conducted in a semi-structured manner with the help of a written guide, and taped using a digital tape recorder. The content analysis is inspired by Graneheim & Lundman where the research material is condensed, coded and interpolated from manifest content towards interpretations of the 'latent content' of the text, and structured in categories and themes. Theoretically, the analysis builds upon theories of knowledge prevalent in nursing and philosophy.

The theory states that discretionary judgement is a vital skill of the practised nurse, and that discretionary judgement is used both to become aware of errors and adverse events as well as being able to properly register these. Policies in today's specialist health care sector seems to limit the nurses' ability to make use of her discretionary judgment overall. Yet, the study indicates that nurses do use of their discretionary judgment to decide how to practically address discrepancies and errors. The research suggests that nurses always take responsibility for making the necessary actions required by the patient immediate needs, but fail in many cases to take responsibility for the overall system and long-term security of patients. The errors and adverse events that in fact are registered are mainly concerned with medical treatment, while discrepancies that relates to general nursing practice and ethical dilemmas requiring the use of discretionary judgment are not registered or reported in the quality system. A solid body of knowledge seems essential for being able to take note of errors and adverse events in

nursing practice. In order for nurses to take responsibility beyond the immediate needs of the patient though, organizational competence seems to be of vital importance.

This study propose that organizational competence is further emphasised as an integral and important part of tomorrows nurse education, and that the health care sector to a fuller extent organise and prioritise for an active sharing of knowledge and experience at the workplace.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>AVVIKSPROSEDYREN INNFØRT FOR Å FÅ KONTROLL MED "FEILVARER"</b>	<b>2</b>
1.1.1.	AVVIKSPROSEDYREN – ET EKSEMPEL	5
<b>1.2</b>	<b>PLEIEPRAKSISENS UTFORDRINGER</b>	<b>6</b>
<b>1.3</b>	<b>FORSKNING OM RAPPORTERING AV UØNSKEDE HENDELSER</b>	<b>9</b>
<b>1.4</b>	<b>STUDIENS HENSIKT</b>	<b>11</b>
<b>1.5</b>	<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>12</b>
<b>1.6</b>	<b>FORSKNINGSDESIGN</b>	<b>12</b>
<b>1.7</b>	<b>OPPGAVENS OPPBYGNING</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>KUNNSKAPSTEORI</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>KUNNSKAPSFORMER</b>	<b>15</b>
2.1.1	PÅSTANDSKUNNSKAP.	15
2.1.2	FERDIGHETSKUNNSKAP.	15
2.1.3	FORTROLIGHETSKUNNSKAP	16
2.1.4	DEN KYNDIG SYKEPLEIER BENYTTET DET FAGLIGE SKJØNN	17
2.1.5	ORGANISATORISK KOMPETANSE	19
<b>2.2</b>	<b>KUNNSKAP FOR Å UTFØRE AVVIKSPROSEDYREN</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>OPPSUMMERING AV RELEVANTE KUNNSKAPSBEGREPER</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>METODE</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>FORSKNINGSMETODE</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>DATAPRODUKSJON</b>	<b>26</b>
3.2.1	REKRUTTERING AV DELTAKERE	26
3.2.2	DELTAKERE	27
3.2.3	GJENNOMFØRING AV INTERVJUET	28
<b>3.3</b>	<b>ETIKK, PERSONVERN OG SIKKERHET</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>METODE FOR ANALYSE</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>ANALYSE</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>AVVIK SKAL MELDES, MEN DET AVHENGER AV AVVIKETS ALVORLIGHETSGRAD</b>	<b>33</b>
4.1.1	AVGRENSEDE AVVIK OG ALVORLIGHETSGRAD	34

4.1.2	SAMMENSATTE AVVIK OG ALVORLIGHETSGRAD	40
<b>4.2</b>	<b>ORGANISATORISKE FORHOLDS BETYDNING FOR AVVIKSREGISTRERINGEN</b>	<b>49</b>
4.2.1	HØY ARBEIDSBELASTNING	50
4.2.2	DET SKRIFTLIGE AVVIKETS NYTTEVERDI	56
4.2.3	MILJØETS BETYDNING	60
<b>5</b>	<b>DISKUSJON</b>	<b>65</b>
<b>5.1</b>	<b>LEDELSE OG ORGANISATORISK FORHOLD HAR BETYDNING FOR AVVIKSREGISTRERING</b>	<b>67</b>
<b>5.2</b>	<b>KYNDIGHET KREVER SKJØNN, OVERBLIKK OG DIALOG</b>	<b>69</b>
<b>5.3</b>	<b>ANSVAR FOR PASIENTEN – IKKE SYSTEMANSVAR</b>	<b>71</b>
<b>5.4</b>	<b>ORGANISATORISK KOMPETANSE GIR NØDVENDIG OVERBLIKK</b>	<b>72</b>
<b>5.5</b>	<b>MULIGE TILTAK FOR Å FREMME AVVIKSREGISTRERING</b>	<b>74</b>
5.5.1	UTDANNING	74
5.5.2	ARBEIDSSTED	75
5.5.3	SYKEPLEIERE	78
<b>5.6</b>	<b>TROVERDIGHET, PÅLITELIGHET OG OVERFØRBARHET</b>	<b>79</b>
5.6.1	OVERFØRBARHET	83
5.6.2	FORSLAG PÅ VIDERE STUDIER	83
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>85</b>
<b>7</b>	<b>REFERANSER</b>	<b>87</b>



# 1 Innledning

I dette kapittelet presenterer jeg bakgrunn for valg av tema ut fra en faglig og teoretisk tilnærming. Jeg vil presentere studiens formål og problemstilling, samt posisjonere denne ut fra tidligere forskning og litteratur om temaet. Jeg vil kort redegjøre for utformingen av studien med materiale, utvalg og innsamlingsmetode – samt analysemetoden. Sist i innledningen vil jeg også presentere et kart for videre lesning av oppgaven.

Studiens tema er grenseoppgangene i praksis mellom faglig forsvarlig sykepleie og idealet for utøvelsen. Faglig forsvarlig sykepleie kan forstås som et minstekrav for hvordan sykepleie skal utføres, mens idealet er å utøve best mulig pleie. Innenfor disse uklare grenseoppgangene beveger sykepleierne seg for å kunne yte god sykepleie. Begrepene er i studien knyttet til sykepleierens erfaring og oppfatning av egne handlinger ved avvik i sykepleiepraksis. Sykepleiepraksis utøves i denne studien på kliniske sengeposter av både medisinsk og kirurgisk karakter, på et stort og ett lite sykehus i spesialisthelsetjenesten.

Jeg er sykepleier, utdannet i 2002 og har min kliniske erfaring fra spesialisthelsetjenesten. I fire år har jeg hatt verv som hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og er nå ansatt i et nasjonalt prosjekt i organisasjonen. De siste fire år har jeg også vært timelærer på sykepleierutdanningen og veiledet studenter i praksisfeltet. Både som sykepleier, som faglærer og i NSF har jeg vært i debatter om uønskede hendelser med mange personer, spredt både geografisk og med ulike yrkesbakgrunn og posisjon i helsetjenesten. Min erfaring er at det er store mørketall med hensyn til registrering av avvik. Jeg merket meg at mange ledere reagerte negativt på begrepet ”faglig forsvarlig” og mente at sykepleiere brukte det uten å kunne konkretisere innhold. Hva som er god pleie kan diskuteres med kollegaer på samme nivå, men blir sjelden tatt opp med leder. Jeg har ikke opplevd at avvik har blitt diskutert i de avdelinger jeg har erfaring fra, og studentene jeg har veiledet har bekreftet min oppfatning. Jeg har fått opplæring på avviksprosedyren gjennom internundervisning. Jeg har ikke fått tilbakemeldinger på noen av få avvikene jeg har

registrert. Jeg har registrert hendelser som gjentatt svikt i rutiner, akutttralle som ikke var sjekket, blodsukkerapparat som ikke var kalibrert og at medikamenter som skulle stått kaldt sto i romtemperatur. Jeg har hørt mange sykepleiere som beskriver feilmedisinering, utstyrfeil og pasienters fallulykker som ikke blir registrert ut fra prosedyren, dokumentert i pasientjournalen eller diskutert med leder. I vervet som tillitsvalgt gjorde jeg meg tanker om at hvis hendelser som førte til synlige skader på pasienter ikke ble registrert, så registreres neppe de mindre alvorlige hendelsene eller saker som kan bety forbedringsmuligheter. Sykepleierne som kom til meg som tillitsvalgt uttrykte det jeg oppfattet som sinne og frustrasjon over systemet og ledelsen. Å registrere de negative hendelsene ble av mange oppfattet som unødvendig ekstraarbeid fordi de ikke så noen nytteverdi i etterkant. Jeg ble nysgjerrig på om dette var regelen heller enn unntaket for sykepleierne.

### **1.1 Avviksproseduren innført for å få kontroll med ”feilvarer”**

Sykehus som institusjon skal ta vare på personer som av ulike årsaker trenger behandling, pleie og medisinsk oppfølging. De som utøver disse tjenesten er selv mennesker, og kan gjøre feil. Uønskede hendelser kan skje både på grunn av personlig, teknologisk og organisatorisk svikt. En amerikansk studie fra 1999 viser at mange pasienter dør, eller blir skadet på sykehus hvert år på grunn av uønskede hendelser (NYPORTS, 2009). Hjort (2007) anslår 2 100 pasientdødsfall i året i Norge på grunn av uønskede hendelser. Foruten dødsfall anslår Hjort at 15 800 personer blir permanent invalide, og nesten en halv million ekstra liggedøgn er forårsaket av avvik. Han beskriver sykehusopphold som noe av det mest risikable en kan utsette seg for i Norge i fredstid, og deler videre avvik i to grupperinger, hvorav sistnevnte er mest vanlig:

1. Slurv eller uskikket personell
2. Uheldige omstendigheter eller systemsvikt (Hjorth, 2007).

Studier viser at andre bransjer som luftfart og kjernekraftverk, som i likhet med helsesektoren er vurdert som høyrisikovirksomheter, har dannet en organisasjonskultur for sikkerhet. Deres kultur understreker effektiv kommunikasjon, teamarbeid og å unngå skyld og straff ved avviksrapportering. Denne kulturen er ikke etablert i helsesektoren (Dolonen, 2010a, 2010b; Friesen, Farquhar, & Hughes, 2008). Grensene

mellom individuelt ansvar og virksomhetsansvar når det skjer noe galt kan oppfattes som uklare, og det samme hva som er en uønsket hendelse. Uønskede hendelser er ikke et entydig begrep, og det er mange begrep som benyttes om det samme; feil, tabbe, utilsiktet hendelse og avvik er noen av disse. I denne studien har jeg valgt å benytte begrepet avvik fordi det er et vanlig begrep i virksomhetene som jeg gjør studien i.

Sykehusene, i likhet med helsesektoren for øvrig, har siden 1980-tallet gjennomført betydelige organisatoriske endringer inspirert av ledelses- og styringsstrategien New Public Management (NPM). Vike (2002) skriver om endringen som noe som medfører en pågående instrumentalisering og intensivering av arbeidet. Organisasjonene skal kontrolleres bedre for bli mer effektive. "Billigere og bedre" er blitt et slagord. En av konsekvensene er blant annet at makt og ansvar ser ut til å bli skilt fra hverandre. Spissformulert besitter ledelsen kunnskap, mens de som utøver tjenestene blir manuelle arbeidere som følger ordrer. Implementeringen av NPM leder videre til utvikling av verktøy slik at ledere kan kontrollere gjennom reguleringsfunksjoner som budsjett, insentivsystemer, standarder og kvalitetssikringssystemer. Leder er i liten grad i direkte kontakt med over- og underordnede. Ansatte gis større del ansvaret for å regulere seg selv ut fra ferdiglagte rammer og standardiserte planer (Vike, et al., 2002).

Kontrollspenn er et begrep som kommer ut fra dette styringssystemet. Begrepet beskriver antall underordnede en leder bør ha. Antallet avhenger av blant annet oppgaveløsningens og koordineringens grad av standardisering eller motsatt - som ved grad av usikkerhet og bruk av skjønn. Forhold som har betydning for at leder skal ha et lite kontrollspenn er blant annet: når oppgaver preget av avhengighet og tilpasning mellom ansatte, yrkesgrupper og avdelinger, når oppgaver øker i kompleksitet og usikkerhet og når det er stort behov for dialog og råd for å løse oppgavene. Et anbefalt kontrollspenn er i ledelsesteori på mellom 6 og 20 underordnede (Haarstad, 1999). I spesialisthelsetjenesten i dag er det ikke uvanlig for sykepleierledere å være leder for 40-80 ansatte.

Som følge av økende krav til kvalitet på helsetjenestene, og krav til registrering av kvalitet, har lovverket også blitt endret. Faglig forsvarlighets rettslige standard er i dag satt ved fire sentrale lover som regulerer helsepersonells arbeid:

- Lov om helsepersonell
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Disse lovene trådte i kraft 01.01.2001, og ansvarliggjør helsepersonell, men også eiere og ledere av virksomheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a, 2001b, 2001d, 2001e)

I tillegg er Arbeidsmiljøloven (AML) styrket for regulering av ansattes rett til å varsle om uønskede hendelser gjennom § 2-4, 2-5 og 3-6. Endringen kom i 2005 og er ment å styrke den reelle ytringsfriheten i et ansettelsesforhold. Ansatte skal ut fra dette lovverket varsle om brudd på lover og regler, virksomhetens retningslinjer eller alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk akseptabelt (Arbeidsdepartementet, 2005).

Helsepersonell skal ut fra ovenstående lovgivning utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, samt melde fra om forhold som kan medføre fare for pasienten. Norsk Sykepleierforbund definerer begrepet ”faglig forsvarlig” som en rettslig standard ut fra de fire lovene nevnt ovenfor, men også ut fra en faglig og etisk norm som forandrer seg over tid gjennom personers involvering. Kravet om forsvarlighet er pasientens beskyttelse mot handlinger som ikke samsvarer med normen om faglig forsvarlighet (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

Tidligere ble uønskede hendelser i sykepleiepraksis håndtert internt og muntlig gjennom sykepleierledelsens direkte overvåking av eget fag. Dagens avviksregistrering er en del av et kvalitetssikringssystem som springer ut fra en strategi for målstyring og kontroll. Formålet med prosedyren er å kunne luke ut feil og forhindre at de gjentar seg. Hjort (2007) skriver at avviksrapportering bygger på to grunnleggende elementer

1. Uheldige hendelser forekommer ofte selv i den beste helsetjenesten. Avvik er som isfjell - det er kun de alvorligste hendelsene som er synlige.

2. Alle avvik og nesten avvik skal kartlegges. Det du ikke vet om kan du ikke fikse (Hjorth, 2007).

### 1.1.1. Avviksproseduren – et eksempel

Jeg har i studien brukt informasjon fra Universitetssykehuset Nord-Norge siden jeg der har tilgang til avviksproseduren gjennom tidligere arbeidsforhold. Prosedyren er hentet fra UNNs intranett og Helse-Nords interne kvalitetssystem kalt Doc.Map, og jeg har fått bekreftet at informantene i studien benytter en liknende prosedyre for registrering.

Prosedyren viser til referanser som slår fast virksomhetens ansvar for faglig forsvarlighet gjennom interne kontroller styrket gjennom opprettelse av Kvalitetsutvalg, samt helsepersonells plikt til å varsle om kritikkverdige forhold (Moe, 2011). Alle ansatte ved sykehuset har tilgang til dette området og det kreves en personlig tilgangskode. Prosedyren er utformet som et digitalt flytskjema med veiledning til alle punktene. Hva som er et avvik og hva som skal avviksbehandles er i noen grad beskrevet i tre kategorier:

1. skade på pasient og/eller svikt i medisinsk utstyr
2. skade på personell
3. generelle avvik som HMS-avvik, driftsavvik, erfaringer, forbedringsforslag etc.

Disse tre kategoriene blir igjen oppdelt i syv punkter i flytskjemaet:

1. Skader på pasient og/eller svikt i medisinsk utstyr.

Her er det flere ulike skjema som kan fylles ut. Skjema IK 2488 som gir melding til Helsetilsynet skal fylles ut ved betydelig skade eller fare for betydelig skade på pasient. Om skaden har skjedd skal kopi av skjema vedlegges pasientens journal.

Det er et eget skjema for svikt i medisinsk utstyr. I beskrivelsen for dette feltet står det at alle feil og hendelser skal meldes. Det er også oppgitt et telefonnummer for varsling av alvorlige feil.

2. Personellskade

Her ligger tre ulike skjemaer, et internt skademeldingsskjema, NAVskjema om yrkesskade, og melding til forsikringsselskap.

3. Avvik i samhandling med 1. linje.
4. Varsling av kritikkverdige forhold i henhold til AML

5. Strålevern
6. Avviksmelding
7. Forbedringsforslag

I skjemaene skal alle avvikene kort beskrives med årsak til hendelse og forslag til løsning. Avvikene skal følges opp, innen en fast frist, av avdelingens ledelse. Avvikene skal også vurderes i sykehusenes kvalitetsutvalg, som kan være både på avdelings- og klinikknivå.

Helt øverst i flytskjemaet står det:

*”Er du i tvil om hendelsen er et avvik, skriv avviksmelding. Meldte avvik sees på som et bidrag til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring. Forhold som ønskes utbedret men som ikke er et avvik meldes som forbedringsforslag for å forebygge uønskede hendelser”*  
(Moe, 2011)

## **1.2 Pleiepraksisens utfordringer**

Sykepleien har blitt påvirket av NPM. Sykepleieren må forholde seg til teknologi som utvikles og endres i løpet av få år, samt ny forskning som legger føringer for hva som defineres som kvalitet. Sykepleieren må også forholde seg til langsiktige strategier for effektivitet, samt økonomiske begrensninger og prioriteringer. Samtidig arbeider sykepleieren nærmest pasienten og må utføre det som er nødvendig for den enkelte pasienten i øyeblikket. Helsepersonell er de som *”bærer organisasjonens ansvar på egne skuldre”* (Vike, et al., 2002:65). God sykepleie avhenger av rammebetingelser<sup>1</sup> som gir muligheter til utøvelsen. Vike skriver at helsepersonell identifiserer seg med det direkte arbeidet med pasientene, men at dette ikke blir sett på som et arbeid for organisasjonen. Samtidig kompenseres de for det ansvaret som organisasjonen ikke makter eller vil ta. Utøverne opplever ufullstendighet og dårlig samvittighet. Deres erfaringer samsvarer ikke med det administrative og økonomiske språket som organisasjonen snakker. Vike kaller utøverne for *”velferdsstatens omsorgsreservoar”* (Vike, et al., 2002:181).

---

<sup>1</sup> Rammebetingelser i denne sammenheng oppfatter jeg er de begrensninger og betingelser for utøvelse av sykepleie. Disse kan være satt gjennom politiske målsetninger, økonomiske rammer, teknologi, kompetanse og bemanning tilgjengelig.

Hamran (Elstad & Hamran, 2004; 1991) er kritisk til den nye styringsformen. Hun påpeker at jag etter resultater og målstyringsverktøy passer for enkelte typer arbeid som teknologi og økonomi, men ikke for pleie- og omsorgsarbeid. Begrepene som effektivitet, resultat, ansvar og arbeidsdeling, er begreper som uriktig fremstår som entydige og nøytrale. Hamran stiller spørsmål med måleverktøy for å måle en pasients takknemlighet eller velvære. Sykepleie er et kontinuerlig arbeid, noe som ligger i språket som: å passe på, å følge med, å hente hjelp og likende. Til dette kreves samarbeid og overblikk. Hun viser til at pleiepersonalet selv sjelden bruker ordet ansvar, men derimot overblikk. Pleiepersonalet skal ha overblikk over det daglige livet i avdelingen og sørge for at alt ble gjort, også andres arbeid. Til dette kreves det et bredt kunnskapsgrunnlag. Situasjoner må fortolkes, og det må vurderes en rekke ulike faktorer samtidig og tilrettelegge for handlinger ut fra disse vurderingene. Å fortolke beskriver Hamran som problematisk i et system som er opptatt av kausalitet og resultat. Fortolkninger og subjektivitet blir i dette systemet betraktet som en risiko for kvalitetssikring fordi det blir kjennetegnet av for svake normer, regler eller empiri. Hamran stiller spørsmål ved om det er mulig å kvalitetssikre vurderinger. Hun kritiserer styringsformen som gir klare linjer gjennom linjeledelse helt ned på grunnplan som sykepleier og hjelpepleier. Ansvaret ligger ikke bare hos den ordinerende eller den som har det formelle ansvaret. Pleiepersonalet forvalter et stort ansvar og det er de klar over, hevder Hamran. Hun mener samarbeid og dialogen er viktigere en klare linjer for pleien, og viser til at pleie- og omsorgsarbeidet er organisert for at flerferdighet og samarbeid, oversikt og ansvar blir mulig – samlet for hele avdelingen. Dette gir flyt i arbeidet, og kvalitet i arbeidet ligger i den gode og skikkelige utførelsen som personalet er forpliktet til, enkeltvis eller sammen. Pleien kan ikke skilles som prosess og resultat som i den tekniske produksjon. ”Feilvaren” er ikke like enkel å plukke ut. Hamran er tydelig på at resultat i pleiepraksis er knyttet til handlingen ”å sørge for”, og at det er en kontinuerlig prosess (Elstad & Hamran, 2004; Hamran, 1991).

For at sykepleieren skal sørge for pasient er hun avhengig av å gjøre riktige vurderinger for hva som er god sykepleie. Ved begrensede rammebetingelser må sykepleieren gjøre riktige prioriteringer for å opprettholde faglig forsvarlig sykepleie som et minimum.

Ledelse, virksomhetens struktur, sykepleierens individuelle kompetanse samt arbeidsstedets kultur kan virke på sykepleierens vurdering. For å hjelpe sykepleieren å handle godt har Norsk Sykepleierforbund (2001) laget etiske retningslinjer. Disse er bygget på grunnleggende menneskerettigheter og The International Council of Nurses (ICN) etiske regler. Den etiske normen for faglig forsvarlig sykepleie stiller etter min mening høyere krav til kvalitet enn den rettslige standarden. Retningslinjene påpeker sykepleiers særlige ansvar for å melde fra når pasienter utsettes for uforsvarlige eller uverdige forhold. Retningslinjene tydeliggjør sykepleierens ansvar for å beskrive og tydeliggjøre faglig forsvarlig praksis, samt å engasjere seg i debatter og tiltak som kan bidra til forbedringer på arbeidsstedet (Norsk Sykepleierforbund, 2001).

Statens Helsetilsyn (2009) har gjort en undersøkelse som har til hensikt å belyse faglig forsvarlighetsbegrepet. Ulike saker som er blitt meldt som avvik viser at kritikkverdig sykepleie ikke er det samme som uforsvarlig sykepleie. Grensene for å dømme en handling som uforsvarlig eller *bare* kritikkverdig er i samsvar med den rettslig standarden kalt Culpavurderingen<sup>2</sup>. Culpavurderingen henviser til normer under erstatningsretten, som knyttes til de kunnskaper og den erkjennelse man hadde på tidspunktet for handling. Det stilles høyere krav til virksomheter enn helsepersonell til ikke å handle kritikkverdig. Helsetilsynet klassifiserer handlinger som mindre gode – ofte med sterke negative formuleringer, uten at disse oppfattes som uforsvarlige. Mange saker går på at helsepersonell har handlet kritikkverdig, men konklusjonen er at det er virksomhetsstyringen som er kritikkverdig. Det forventes likevel at helsepersonell, ut fra sin profesjonelle autonomi, skal være kritisk til virksomhetsstyringen og iverksette tiltak for å redusere risiko for pasientene (Molven, 2009; NOU, 2004).

Sykepleierens kompetanse må ut fra min forståelse være både faglig, etisk, juridisk og økonomisk. Hva som er faglig riktig endres kontinuerlig gjennom en høy

---

<sup>2</sup> Nettstedet Wikipedia opplyser at Culpa er et latinsk ord som betyr skyld. Ordet benyttes i stor grad i nordisk erstatningsrett, som beskrivelse av normen man må holde seg innenfor ved sin opptreden. Culpavurdering omhandler ut fra min forståelse en vurdering av erstatningsansvar.

<http://no.wikipedia.org/wiki/Culpa>



kunnskapsproduksjon og krever at sykepleieren holder seg faglig ajourført. Juridisk kompetanse er nødvendig for å vite hvilket ansvar den enkelte sykepleier besitter og hvilke plikter dette medfører. Det er også nødvendig med økonomisk innsikt for å forstå systemets strategier, påvirkning på arbeidsorganiseringen og hensyn som er nødvendig å ta for prioriteringer av arbeidsoppgaver. Etisk riktig er situasjonsbetinget. Etiske normer kan påvirkes av samfunnets generelle normer, ideer og verdier, men også av sykepleiergruppens kultur på den enkelte arbeidsplass. Endringer av etiske normer krever kunnskapsproduksjon gjennom felles refleksjoner over praksis i sykepleiergruppen.

Endringer og omstillinger som påvirker pleiepraksis kan være basert på mange motiver og motivene er ikke alltid entydige og synlige. Hamran (1991) oppfordrer til et reflektert forhold til sitt eget arbeid, og mener det er en forutsetning for å kunne ta stilling til endringer (Hamran, 1991).

### **1.3 Forskning om rapportering av uønskede hendelser**

Til tross for at det foreligger både en juridisk og etisk plikt til å registrere uønskede hendelser, viser både norske og amerikanske undersøkelser store mørketall på rapportering (Arbeidstilsynet, 2010; NYPORTS, 2009). Det som blir meldt av sykepleiere er i all hovedsak legemiddelfeil og fall (Dolonen, 2010b).

Underrapportering av uønskede hendelser forklares i mange studier ut fra et kultur- og ledelsesperspektiv. Munnkurvrapporten utført på oppdrag av Norsk Sykepleierforbund (2004) viste at nesten annenhver sykepleier frykter sanksjoner fra sin leder dersom de gir beskjed om uønskede hendelser av betydning for pasientens helse – til tross for at lovverket pålegger varsling om kritikkverdige forhold. Undersøkelsen avdekket at nær 40 prosent har et forbud mot å ytre seg offentlig i sin arbeidskontrakt. Ti prosent mener at dette forbudet har gått ut over pasientens helse ([Arbeidsforskningsinstituttet, 2004](#)).

Ledelse, og spesielt avdelingssykepleiers rolle, blir i flere undersøkelser trukket frem som det viktigste elementet for avvikshåndtering. Leders fokus på forbedringer og oppfølging av avviksrapportene er særlig viktig (Vågen, 2009). Kallhovd (2010) redegjorde i sin masteroppgave for helsepersonells erfaringer med digitale verktøy i

kvalitetssikringssystemet. Hun viste til positive erfaringer og god effekt med hensyn til økt rapportering ved bruk av dette systemet. Hun peker videre på flere elementer som har betydning for at helsepersonell skal rapportere avvik. En åpen yringskultur preget av trygghet og god kommunikasjon med leder trakk hun frem som essensielt. Kallhovd (2010) viste også til Skivenes og Trygstad's undersøkelse fra 2005 om varsling innen helse- og sosialsektoren, hvor 34 prosent beskriver at de i løpet av de siste 12 måneder har erfart kritikkverdige forhold, som de ikke har meldt fra til noen om. 17 prosent av lederne oppgir det samme. Frykt for sanksjoner eller usikkerhet omkring egen vurderingsevne er oppgitte grunner til at de unnlater å melde avvik (Kallhovd, 2010). Holte (2009) viser også til Skivenes og Trygstad i sin doktoravhandling hvor hun trakk frem faktorer som å ikke være modig nok, ødelagte karrieremuligheter, det å ikke vite hvordan de skulle gå frem, og manglende kompetanse til å vurdere om saken var kritikkverdig. Å varsle om kollegaer var noe over halvparten ikke gjorde, og 28 prosent heller ikke om leder. Holte viser også til en svensk undersøkelse gjort av SEKO<sup>3</sup> i 2005. Denne undersøkelsen viste samme mønster, samt at kvinner, offentlig ansatte og ansatte i midlertidige stillinger hadde minst tillit til overordnede. 11 prosent våget ikke å ta opp avvik med arbeidsgiver, 15 prosent heller ikke med fagforeningen og 56 prosent mente å kontakte en journalist ville medføre at de fikk problemer i etterkant (Holte, 2009).

Sanksjoner er ikke nødvendigvis bare fra ledelsen, men kan også være fra andre kollegaer. Holte (2009) beskriver en skjult policy for taushet de ansatte i mellom. Hennes kvalitative studie er gjennomført i en skole, i et sykehjem og i en prosessindustri fabrikk og hun presenterer et verktøy for å analysere den skjulte policyen, slik at den er mulig å identifisere og endre. Hun beskriver et gap mellom intensjon og realitet når det gjelder de ansattes yringsfrihet. Den skjulte policyen som de ansatte uoffisielt og delvis skjult ble opplært i kaller Holte "Curriculum Silentium" (Holte, 2009). Malmedals (2009) studie derimot viser at det generelt er en positiv holdning til å si ifra om feil som kollegaer gjør. Sykepleiere med høy ansiennitet ønsker

---

<sup>3</sup> Svensk fagforening for service og kommunikasjon, organisert under LO og har 140 000 medlemmer. For mer informasjon se [www.seko.se](http://www.seko.se)

likevel i større grad enn relativt nyutdannede sykepleiere å gjøre opp internt uten skriftlig registrering. Samtidig viser studien at sykepleiere med videreutdanning er mer positiv til å registrere avvik og innehar mindre frykt for sanksjoner enn sykepleiere med mindre utdanning (Malmedal, et al., 2009).

Da jeg startet denne studien fant jeg ingen undersøkelse som tok for seg sykepleierens individuelle ansvar for uønskede hendelser. Sykepleieren fortolker situasjonen og vurderer handlinger ut fra hva de forstår. I og med at definisjonen av begrepene ”faglig forsvarlighet” og ”avvik” ikke er entydig, kan ansvaret for den skjønnsmessige vurderingen falle på den enkelte sykepleier i hvert enkelt tilfelle. Særlig plikter lov om spesialisthelsetjenesten ansatte til å melde om kritikkverdige hendelser, og om de ikke gjør det kan de begå lovbrudd. Olsvold (2010) disputerte i november 2010 med en avhandling som omhandlet sykepleierens ansvar og yrkesrolle<sup>4</sup>. Olsvold beskriver hvordan strukturelle og relasjonelle faktorer som krav fra pasienter, pårørende og annet helsepersonell, organisasjonens krav til de ansatte og sykehusets rammebetingelser, virker på hvordan ansvar organiseres og utøves i sengeposter. Hun konkluderte i likhet med Vike (2002), at sykepleierens fleksible arbeidsrolle gir store gevinster for sykehusene. Utfordringen for pasientsikkerheten som Olsvold beskriver er blant annet at sykepleiere tar uavgrenset ansvar. I dette ligger å ta ansvar for uspesifiserte og udelegerte oppgaver. De handlingene som kreves for at alt skal være i orden rundt pasienten er uspesifiserte og udelegerte. Sykepleierne tar seg av disse oppgavene som de formelt ikke har ansvar for i det stille og kan dermed bidra til å underkjenne sin egen rolle og bidrag i pasientbehandling og virksomheten (Olsvold, 2010).

#### **1.4 Studiens hensikt**

Hensikten med denne undersøkelsen er å frembringe kunnskap om utøvelse av avvikshåndtering i sykepleierpraksis. Utdypet kunnskap om temaet kan gi innsikt som kan anvendes for å oppnå at flere avvik blir registrert, noe som kan bidra til økt kvalitet på helsetjenestene. Pasienter har interesse av at avvik som kan skade dem blir

---

<sup>4</sup> Jeg og Biblioteket på UIT har forsøkt frem til mars 2011, men ikke lyktes å få tak i avhandlingen. Jeg har kun lest den som abstrakt i Sykepleien Forskning.

forhindret. I tillegg kan færre avvik også ha en samfunnsøkonomisk effekt i form av færre liggedøgn, reoperasjoner og liknende.

## 1.5 Problemstilling

Hva oppfatter sykepleiere som sitt ansvar når de erfarer uønskede hendelser i faglig praksis?

For å kunne svare på dette har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

- Hva forstår sykepleierne med uønskede hendelser
- Hva gjør sykepleierne når de erfarer uønskede hendelser?

## 1.6 Forskningsdesign

Dette er en kvalitativ studie som består av intervju med fire sykepleiere om deres erfaringer med avvik og deres tanker om hva de gjorde når de erfarte avvik.

Sykepleierne arbeider ved to ulike avdelinger ved to sykehus. Analysen er inspirert av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse, og gjøres med utgangspunkt i perspektiver på kunnskap gjennom teori fra Bengt Molander, Kari Martinsen og Arne Orvik.

## 1.7 Oppgavens oppbygning

Videre lesning utdyper det teoretiske perspektivet som er nødvendig for å kunne forstå ”brillene” materialet er studert med. Metoden jeg har benyttet for å analysere materialet utdypes i eget kapittel for at leseren skal kunne gjøre egne vurderinger av oppgavens troverdighet. Funnene presenteres med sitater hentet fra sykepleiernes intervju for å gi muligheten til å vurdere om fortolkningen som er gjort er redelig. Til slutt i studien presenteres en generell diskusjon av funnene opp mot tidligere studier, litteratur og forforståelse.

## 2 Kunnskapsteori

En sykepleiers kunnskap må sees i sammenheng med oppgaven sykepleieren er satt til å løse. Jeg er opptatt av å undersøke hvilken kunnskap som ligger til grunn for å levere skriftlige avvik. Jeg tok utgangspunkt i noen sentrale forfattere som belyser ulike aspekter ved kunnskap. I møte med empirien forsterket noen sin relevans. Jeg har benyttet tre ulike forfattere som tar for seg kunnskap i sine tekster. Først vil jeg gi en kort omtale av de tre forfatterne, før jeg beskriver aktuelle begrep om kunnskap. Tilslutt i kapitlet vil jeg presentere kunnskapsbegrepenes mulige betydning opp mot sykepleierens handlinger når de erfarer avvik.

**Bengt Molander** er professor i filosofi. Han har skrevet flere bøker og artikler, og jeg har benyttet meg av boka "Kunnskap i handling" (1996). Boken skisserer en kunnskapsteoretisk ramme og et kunnskapsperspektiv uavhengig av yrke. Han peker på at kunnskap eksisterer i personer og kan ikke skilles fra kroppen, men fremvises gjennom handlinger. Molander benytter flere begrep for å vise hva ulike kunnskapsformer innebærer, blant annet kyndighet, oppmerksomhet, påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (1996). Hans prosjekt er å overskride dikotomien teori og praksis, og anvender andre begrep for å få frem aspekter ved kunnskap som overskrider den tradisjonelle todelingen. Han er tydelig på at de ulike kunnskapsformene er vevd sammen og kan ikke betraktes isolert (1996:163-187).

**Kari Martinsen** er professor i sykepleie og filosof. Martinsen har gitt ut flere bøker og artikler innenfor omsorgsfilosofi, fenomenologi, historie og sosialpolitikk (Gjengedal & Alvsvåg, 2000). Jeg har benyttet meg av boken "Samtalen, skjønnheten og evidensen", samt Alvsvåg og Gjengedals bok "Omsorgsfilosofi – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap" (2000) for å forstå og berike Martinsens tekster. Kari Martinsens perspektiv på kunnskap henger ut fra min forståelse nært sammen med hennes beskrivelser av omsorgsteori. Slik jeg forstår henne, fremstiller hun den idealiserte og kompetente sykepleier. For å belyse den kompetente sykepleierens fagkunnskap benytter Martinsen begreper som åpenhet, sanselig- og begrepslig forståelse, skjønn og moral (Gjengedal & Alvsvåg, 2000). Jeg mener begrepene som Martinsen benytter, ikke

i samme grad som Molanders begreper, gir assosiasjoner til hva de ulike kunnskapselementene betyr. Jeg har derfor valgt å benytte Molanders begreper, som jeg mener bidrar til å konkretisere utfordringer sykepleien har i praksis. Kari Martinsen med sitt syn på, og bruk av skjønn er kjent og benyttet i sykepleiepraksis, og begrepet berører noen elementer som jeg mener er sentral i denne sammenheng.

Både Molander og Martinsen kritiserer den rådende kunnskapstradisjonen i vesten. De mener det er skapt et unaturlig skille mellom praktisk- og teoretisk kunnskap, og at teoretisk kunnskap har fått forrang. Naturvitenskapens idealer om målbarhet og formalisering står sterkt i vestens kunnskapstradisjon. Kunnskap om kultur, normer og handlinger, alle tilhørende i den praktiske kunnskapstradisjonen, har liten plass innenfor dette perspektivet (Gjengedal & Alvsvåg, 2000; Molander, 1996).

Foruten disse to teoretikerne har jeg valgt å benytte Arne Orviks problematisering av et kunnskapsgap i boken "Organisatorisk kompetanse" (2004). **Arne Orvik** er sykepleier og førstelektor. Boken peker på at sykepleieren, i tillegg til sin kliniske rolle, også må kunne samhandle, ivareta lederroller, møte endringer og forbedre pasientomsorgen. Dette krever en sammensatt kunnskap, som Orvik kaller for organisatorisk kompetanse, og som han hevder mangler hos mange kliniske sykepleiere i dag. Orvik (2004) skriver at sykepleieren ikke er klar over at de ulike kunnskapstradisjonene eksisterer samtidig i organisasjoner der de arbeider. Dette har betydning for sykepleierens samhandling og kommunikasjon med andre profesjoner. Sykehusets kunnskapsarbeidere må fordele ressurser til ulike fagområder. Et vanlig lederdilemma i en slik organisasjon er å gjøre prioriteringer for bruk av de økonomiske rammer. Det kan eksempelvis være behov både for innkjøp av ny teknologi samt ansettelse av flere sykepleiere. Orvik mener at sykepleieren må kjenne til at det er kamp om ressursene og ut fra dette kunne påvirke beslutningsarenaer der det er nødvendig for sykepleien. Sykepleieren må kunne argumentere for sitt fag med et språk som også andre profesjoner og økonomer kan forstå. Uten forståelse for de ulike profesjonenes kunnskapstradisjoner og deres betydning for praksisfeltets drift vil ikke sykepleieren kunne utføre god klinisk sykepleie (Orvik, 2004).

## **2.1 Kunnskapsformer**

### **2.1.1 Påstandskunnskap.**

Molander gir følgende stikkord for hva begrepet påstandskunnskap kan inneholde; instrumentell kunnskap, generelle regler, kontroll, kartlegging og illustrasjoner(1996:168). Teoretisk kunnskap, som naturvitenskapens fysikk og matematikk, er eksempler på påstandskunnskap, hvor det gis konkrete svar på et problem. Språket brukes konstaterende og er avgrenset og fastlagt, og kunnskap baserer seg på å se ting på avstand – utenfra. Idealet gir ingen rom for tolkning eller kunstnerisk frihet. Teoretiske kunnskaper kan igjen deles inn i ulike spesialiteter, og sies å være person- og kontekstuavhengig. Denne form for kunnskap vil likevel aldri oppnå en helhet, og Molander mener bruk av teorier eller begreper avhenger av en taus komponent - det at en person velger en teori ut fra en spesifikk vurdering i en kontekst (1996). Påstandskunnskap er nødvendig kunnskap, men gir i seg selv ingen retning eller mål. Personen som benytter påstandskunnskap kan benytte denne kunnskapen til å ta valg for sine handlinger. Molander bruker værmeldinger som eksempel; når et menneske forutser regn ut fra en teoretisk kunnskap basert på en objektivisering av naturen, så kan hun ikke kontrollere annet enn egne handlinger ut fra kunnskapen hun besitter. Hun kan altså ta på seg regnklær eller ta med paraply for å unngå å bli våt (1996:169).

### **2.1.2 Ferdighetskunnskap.**

Denne form for kunnskap handler om håndlag og praktiske ferdigheter. Molander skriver at ferdighetskunnskap læres gjennom øvelse, og kan beskrives som å beherske en teknikk. Molander benytter eksempler som å snekre en pall, regne ut middelveien, beherske slalomteknikk eller å spille cello som ferdighetskunnskap (1996:169). Likevel må personen ha forståelse for teorier, metoder og ulike forutsetninger i den spesifikke situasjonen for å utvikle ferdigheten. Disse forhold er påstandskunnskap som anvendes i situasjonen. Molander eksemplifiserer dette som at du kan ha fysisk kontroll og handlag med hammer og spiker, men trenger påstandskunnskap for å peke retning for hvor det kan være best å sette spikeren (Molander, 1996). Dette kan eksemplifiseres som at sykepleieren øver på å sette veneflon som en teknisk ferdighet, men må likevel kjenne

til den individuelle pasientens- og utstyrets forutsetninger, teorier som omhandler for eksempel anatomi, hygiene, kommunikasjon og smertelindring samt ulike metoder for å beherske ferdigheten.

### 2.1.3 Fortrolighetskunnskap

Ut fra Molander er fortrolighetskunnskap en sammensatt kunnskap som går tvers gjennom alle teoretiske spesifikke delområder, og er ikke kunnskap som kan objektiveres. Han skriver at fortrolighetskunnskap består av mange elementer, som forståelse, ferdigheter, fortrolighet, kunst og personlig engasjement.

Fortrolighetskunnskap utvikles ved å gjenkjenne tidligere erfaringer eller eksempler, men Molander tydeliggjør at tidligere erfaringer ikke direkte kan overføres til nye kontekster. Fortrolighetskunnskap er aldri uttømmbar og vil kunne endre seg ut fra ulike spesifikke situasjoner. Aktøren kan benytte eksempler eller tidligere erfaringer som inspirasjon eller til å oppmuntre til dialog, men fortrolighetskunnskap krever en åpenhet i den spesifikke situasjonen. For å kunne utvikle fortrolighetskunnskap mener Molander at det er nødvendig med overblikk. Overblikk kommer gjennom fortrolighet og forståelse for et større område, som kan være for eksempel et fagfelt eller en virksomhet. Molander eksemplifiserer dette gjennom båtbyggeren Göstas helhetsforståelse, hvor Gösta har hele båten i sitt hode før han begynner å bygge. Dette har han fordi han har erfaring med å bygge slike båter. Han vet hvilke handlinger som må gjøres først, og hva de ulike handlingene fører til, og har en forståelse for hva som kreves for å ferdigstille båten. Han benytter både påstandskunnskap, som illustrasjon av rekkefølgen båten skal bygges i. Han benytter også ferdighetskunnskap som å kjenne til hvordan hammeren og spikeren skal brukes (1996:174). Fordi Gösta er fortrolig med båtbyggingen gjør han et valg i forhold til hvilken illustrasjon eller bruksanvisning han trenger for å bygge akkurat denne båten. Han gjør også valg i forhold til hvilken teknikk han vil benytte, samt bruk av tilgjengelige ressurser. Molander (1996) viser til at fortrolighetskunnskap ikke bare omhandler faktakunnskap, men relevans til fakta i den spesifikke situasjonen. I fortrolighetskunnskap, slik jeg forstår det, ligger vurderingen av det riktige valget i situasjonen som peker mot den beste handling. Dette mener Molander at vi ikke kan lese oss til eller finne alene, men at ”*andre visar oss vad vi har sagt och gjort*” (1996:172). Det sentrale for vurderingen og argumentasjonen for riktig



eller gal handling vil være eksempelbasert dialog og refleksjon i et sosialt samspill (Molander, 1996). Det er gjennom utvikling av fortrolighetskunnskap vi oppnår argumentasjon for våre handlinger. Metaforer og eksempler kan være nødvendig for å få frem hva som menes, og av og til kan det å tale indirekte være nødvendig for å nå kjernen (Molander, 1996). En person med lang erfaring innenfor et felt kan ha mange eksempler og metaforer som bidrar til å synliggjøre en fortrolighet i nye situasjoner. Fortrolighetskunnskap forenkler personens mulighet til å skaffe seg et overblikk slik at beslutninger kan tas raskere. Overblikk gir forståelse, men et overblikk er aldri fullstendig. Jeg forstår fortrolighetskunnskap som det elementet ved kunnskap som gir retninger og forståelse av hva som viktig og riktig for handlinger. En aktør med fortrolighetskunnskap ser det spesifikke i situasjonen, støtter seg til påstandskunnskap og tilpasser sine ferdigheter ut fra dette for å utføre nødvendig handling.

#### **2.1.4 Den kyndig sykepleier benytter det faglige skjønn**

I Molanders forståelse finnes kunnskap kun i mennesker og ikke i bøker eller teorier. Han benytter begrepet "det kyndige mennesket" for å beskrive idealet for hvordan kunnskapselementene benyttes. Den kyndige er interessert i å oppdage problemet, ha evne til å forstå og kunne håndtere problemets utfordringer, kommunikative- og pedagogiske evner, kildekritiske evner, evner til å orientere seg i ulike teori- og modellverdener ut fra problemets art, samt innehar gode håndverkskunnskaper (Molander, 1996:181). Den kyndige har et rikt repertoar av eksempler, bilder, tolkninger og handlinger – både fra yrkesliv og fra andre erfaringer, og behersker tekniske ferdigheter. Denne kyndigheten utvikles stadig gjennom dialogen, både med tekst og i sosialt samspill, og forutsetter oppmerksomhet hos aktøren.

Jeg oppfatter dette som at sykepleiere ikke nødvendigvis blir dyktig kun gjennom erfaring. Kriteriet for å bli flink vil avhenge av om personen er oppmerksom og tilstede i situasjonen. Hos Molander er oppmerksomhet et sentralt begrep (1996). Den kyndige er oppmerksom både på egne- og situasjonens forutsetninger, men er også oppmerksom på aspektblindhet og er kontinuerlig opptatt av å lære og gjøre handlingene sine best mulig. Den kyndige gjør så godt som mulig, og det kan alltid gjøre bedre. Molander

viser til yrkesetiske retningslinjer som personen benytter til å vurdere om en handling er god eller dårlig. Yrkesetikk støtter seg på retningslinjer, som Molander skriver er en del av påstandskunnskap. Om personen utøver gode eller dårlige handlinger kan ikke vurderes ut fra hennes kjennskap til retningslinjer – men ut fra de handlinger, den innsikt, oppmerksomhet og moral som hun utviser i praksis. For å gjøre vurderingen for hva som er best mulig i den spesifikke situasjonen kan personen støtte seg til retningslinjer. For Molander er ikke ”det beste” et gitt mål som kan objektiviseres, men handler om å være og eksistere på best mulig vis i de ulike situasjonene (1996:265). Dyktige sykepleiere, ut fra Molander, deltar i dialogen om hva som er riktige handlinger, de holder åpne flere alternativer til mulige handlinger og er oppmerksomme på det unike i situasjonen. Det kyndige mennesket, er slik jeg forstår Molander et personlig ideal som forutsetter fokus på utvikling av egen kunnskap. En person som utfører sine arbeidsoppgaver på best mulig måte kan utføre sine handlinger perfekt, men det betyr ikke at denne personens handlinger er til det beste for fellesskapet eller virksomheten. Praktiske problemstillinger er sjelden vel definerte og formulerbare og har ikke bare én beste løsning. Derfor er den kyndige personen avhengig av overblikket og dialogen, og kan aldri bli utlært. Den kyndige ”er et selvstendig subjekt som selv kan veie for og imot, resonnerer og ta ansvar” (Molander, 1996:173).

Molandars beskrivelse av ”det kyndige mennesket” mener jeg er nært knyttet til Martinsens beskrivelse av idealbildet av den kompetente sykepleier. Martinsen understreker at omsorgen forutsetter praktisk handling, og er mer enn holdninger og begreper. Sykepleieren har et erfaringsgrunnlag om pasientens situasjon som det medmenneske hun er, men i tillegg har sykepleieren fagkunnskap som gjør at hun utviser omsorg på en mer hensiktsmessig måte (Gjengedal & Alvsvåg, 2000). Omsorgen ligger i sykepleierens fagkunnskap som kommer frem gjennom sykepleierens handlinger for pasienten. Martinsen kaller denne fagkunnskapen for skjønn. Til tross for at Martinsen benytter andre begrep om kunnskap så leser jeg disse i overensstemmelse med Molanders beskrivelse av hva slags kunnskapsformer som ligger til grunn for kyndighet. Martinsen beskriver skjønn som det som kommer til syne gjennom vår oppmerksomhet, vår daglige tale, våre handlinger og som omfatter å gjøre nyanserte vurderinger. Det faglige skjønn læres i kliniske sammenhenger i

samhandling med andre mennesker, og har to hovedkomponenter; det at sykepleieren er åpen til å se appellen om livsmot hos den syke og kan bruke fagligheten for å forstå pasienten og handle godt for og sammen med ham (Martinsen, 2006). Martinsen fagkunnskap balanserer mellom nærhet og avstand til den vi hjelper, og hun mener at det faglige skjønn gjør denne vekslingen mulig. Martinsen løfter opp det faglige skjønn som en nødvendig del av sykepleiers kunnskapsbase (Gjengedal & Alvsvåg, 2000).

Martinsen (2006) skriver videre at fagkunnskap alene ikke er nok for å utføre faglig forsvarlig sykepleie, det kreves også moral. Hos Martinsen er moral en del av skjønn. Moralen har to sider, en spontan og en normbasert. Den spontane moralen er en spontan og uegennyttig handling, som uttrykkes umiddelbart når sykepleieren føler seg berørt. Martinsen mener den spontane moral kan være ubevisst. Normmoralen er den sekundære moralen. Denne form for moral utløses av regler og prinsipper skapt av samfunnet til hjelp for å gjøre riktige vurderinger for fellesskapet. Når spontaniteten svikter, må man holde på normene. Martinsen (2006) skriver at en kompetent sykepleier er både spontan og reflektert ut i fra den unike situasjonen. Vurderingsevnen for hva som er en riktig moralsk handling utvikles hele tiden gjennom både egen erfaring og eksempellæring, og krever at sykepleieren er bevisst sitt ansvar for kunnskapsutvikling. Martinsen hevder at det moralske ansvaret må bygge både på solidaritet og nestekjærlighet (Martinsen, 2006). Skjønn, slik jeg forstår Martinsen, innbefatter begrepene påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Skjønn må ligge til grunn for å kunne være oppmerksom i situasjonen, vurdere situasjonen faglig samt handle riktig både i forhold til pasienten og virksomhetens krav – som en faglig kompetent og moralsk sykepleier eller med Molanders ord – som et kyndig menneske.

### **2.1.5 Organisatorisk kompetanse**

Martinsen tar opp at omsorg avhenger av politisk engasjement og solidaritet. Sykepleieren har en viktig oppgave i å ivareta pasientens tillit, og Martinsen skriver at omsorg krever oppmerksomhet ut over pasientens situasjon for å sikre riktige forhold og rammer til forsvarlig pleie (Martinsen, 2006).

*”Den faglig dyktige sykepleier er også en kritisk sykepleier. Hun stiller seg kritisk til arbeidsforhold og strukturer i omsorgens felt, som innsnevrer tillitens rom og som rutinerer arbeidet. Hun har et reflektert forhold til verdier og prioriteringer i helsevesenet”*(Martinsen, 2006:165).

Jeg oppfatter at Martinsen beskriver idealet av en sykepleier, mens Orvik (2004) peker på at dette er ikke sannheten om de fleste sykepleiere i dag. Han hevder at sykepleiere generelt i liten grad reflekterer kritisk over strukturer og prioriteringer i helsevesenet. Orvik kaller dette for et kunnskapsgap som består av manglende organisatorisk kompetanse. Organisatorisk kompetanse består både av organiseringskompetanse og organisasjonskompetanse. Organiseringskompetanse er en handlingsrettet kompetanse og viser til sykepleierens evne til ledelse, samhandling og endring i konkrete situasjoner. Organisasjonskompetanse omhandler sykepleierens innsikt i systemet og hennes evne til å virke i dette systemet. Orvik hevder at nyutdannede sykepleiere mangler organisatorisk kompetanse og dermed opplever ”realitetssjokket”. Dette sjokket kommer når sykepleierne oppdager at det de har lært som idealer, gjennom for eksempel Martinsens omsorgsbegreper, likevel ikke lar seg gjennomføre i en tidspresset arbeidsdag. For meg betød dette at jeg ofte ønsket å benytte tid sammen med pasienten for å for eksempel kunne observere effekt av smertelindring, men opplevde at jeg ikke hadde tid til dette fordi blant annet legevisitter og andre undersøkelser krevde enten min eller pasientens tid. Jeg gikk ofte hjem med dårlig samvittighet for pasienten eller hoppet over mine matpauser for å gjøre det jeg mente var nødvendig for pasienten. Strukturer som blant annet bygningsmasse, arbeidstid, koordinering, organisering og ledelse har betydning for hvordan sykepleieren kan utøve sitt fag, men jeg var ikke bevisst på dette. Jeg var dermed heller ikke i stand til å endre disse strukturene. Jeg manglet organisatorisk kompetanse. Orvik skriver at for at sykepleieren skal kunne utøve sin fagkunnskap i praksis, så må sykepleieren også forstå systemet og kunne handle sammen med andre profesjoner i organisasjonen. Organisatorisk kompetanse mener jeg er en del av det Molander kaller fortrolighetskunnskap. Sykepleieren må være oppmerksom og fortrolig med systemet og dets påvirkning på sykepleien. Organisatorisk kompetanse er for meg en presisering og utdyping av hva fortrolighetskunnskap består av.

## 2.2 Kunnskap for å utføre avviksprosedyren

Å anvende avviksprosedyren krever ut fra Molanders syn på kunnskap både ferdighetskunnskap, påstandskunnskap og fortrolighetskunnskap.

Ferdighetskunnskap i forhold til avvik er både å kunne handle i forhold til pasienten eller i den aktuelle situasjonen, men også å beherske software og datateknologien er nødvendig for å kunne skrive avviket.

Prosedyren for avvik mener jeg er en form for påstandskunnskap. Prosedyren er en beskrivelse av formål med avviksmelding og hvordan meldingen skal utføres. Den krever at sykepleier skriftlig skal melde ethvert avvik ut fra ulike lover og regler. Hva som er et avvik eksemplifiseres ikke utfyllende i rutinen. Sykepleiers påstandskunnskap og ferdighetskunnskap i forhold til avvik kan avkrysses på en sjekkliste, noe som er vanlig for nyansatte sykepleiere på avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Jeg krysset av at jeg hadde gjennomført internundervisning om avvik og hadde fått kode til software. Dermed fremsto det som at jeg hadde nødvendig kunnskap for å levere avvik. Utfordringen, ut fra Molanders forståelse av kunnskap, er at hva som er et avvik ikke kan forstås gjennom en prosedyre alene, men gjennom å oppdage, lære og formidle gjennom kontakt og dialog med andre i praksis. Selv om sykepleieren har teoretisk kunnskap om avviksregistrering, så er ikke denne kunnskapen integrert i sykepleiers kunnskapsbase før kunnskapen vises i hennes oppmerksomhet til å oppdage avvik og gjennom handlinger når hun erfarer avvik. For å utføre avviksprosedyren kreves fortrolighetskunnskap som i denne sammenheng omhandler oppmerksomhet, forståelse, overblikk, ferdigheter, kritiske evner og holdninger. Dette er elementer av kunnskap som ikke kan sertifiseres på forhånd, men som vil kunne dokumenteres gjennom vedkommendes handlinger i praksis (Martinsen, 2006; Molander, 1996).

Avviksprosedyren inneholder ingen eksakt definisjon av hva som skal meldes som avvik. Sykepleieren må kunne vurdere i de ulike situasjonene om pleien er optimal, eller om den er av en slik art at den kan betegnes som uverdigg eller uforsvarlig pleie. Vurderingene som sykepleierne gjør er en del av deres fortrolighetskunnskap, som er i

stadig utvikling. Ved å benytte Molander forstår jeg at den sammensatte kunnskapen som er nødvendig for å melde avvik er først og fremst en form for oppmerksomhet – eller nysgjerrighet og interesse for å oppdage avviket. Molander skriver at rutiner ligger i bakgrunnen, det er resten som skiller oss fra datamaskinen (Molander, 1996). Rutiner er slik jeg oppfatter Molander en del av det som vekker vår oppmerksomhet og gir retning for handlinger, mens det er fortroligheten i situasjonen som gir rom for ytterligere oppmerksomhet. Det er denne oppmerksomheten som gir oss mulighet til å oppdage mulige ukjente elementer i den spesifikke situasjonen. Når avviket først er oppdaget, kreves forståelse av avviket og konsekvensene av både avviket og de handlinger som blir besluttet utført. Sykepleieren må kunne vurdere ulike interessenter og valgmuligheter i situasjonen, og kunne utdype valgmuligheter gjennom å benytte faglige argumenter. Hun må kunne vurdere kritisk kilder som har betydning for valg av handling. Sykepleieren må ha en basiskunnskap for å kunne ta riktig beslutning både for pasient, kollegaer og organisasjon gjennom å kjenne til oppdatert forskning og organisatoriske forhold. Hun må også beherske praktisk utførelse av nødvendige handlinger for å gjøre godt for og sammen med både pasienten og organisasjonen (Molander, 1996). Å utvikle denne form for helhetskunnskap krever erfaring, selvinnsikt og det å kjenne sine grenser, som fremmes gjennom erfaringer i praksis og dialog med kollegaer. Dialog er viktig for forståelse av yrkeskultur, og er et viktig element for å oppdage en større del av helheten enn det en kan finne alene (Molander, 1996).

Sykepleiere er opplært til nærhet til pasienten, i tråd med Martinsens omsorgsteori, men sykehus er komplekse organisasjoner med stor grad av samhandling mellom ulike yrkesgrupper som formes av blant annet politisk styring og økonomiske ressurser. Dette fordrer at sykepleiere har innsikt i sin yrkesrolle i organisasjonen og har kompetanse til å utøve de funksjoner som ligger til stillingen.

Slik jeg oppfatter Martinsen (2006) så innehar den idealiserte kompetente sykepleier et politisk engasjement. Dette engasjementet gjør at sykepleieren påvirker politiske beslutninger som har betydning for utvikling av helsetjenester. På denne måten viser sykepleieren omsorg for pasienten i et langtidsperspektiv og ikke bare inne på

pasientrommet. Martinsen fremstiller dette som en selvfølgelig del av sykepleierens faglige kunnskap. Orvik (2004) fyller ut Martinsen ved å hevde at dette engasjementet ikke nødvendigvis er tilstede hos sykepleiere i dag. Han konkretiserer dette nærmere ved å beskrive at politisk engasjement i seg selv ikke er nok. Nødvendig fagkunnskap er å inneha evner til å påvirke de riktige instanser i en kompleks virksomhet.

Organisatorisk kompetanse skal føre til at sykepleiere oppnår innsikt i at kvalitet i sykepleie handler om helheten i en organisasjon, og derfor tar medansvar utover den enkelte situasjon, avdeling eller fagprofesjon. Helheten omhandler også ressursfordeling – og det å være en medspiller for ledelsen. Om sykepleieren opplever at rammene for arbeidet ikke legger til rette for faglig forsvarlig sykepleie så mener Orvik at sykepleieren må kunne besitte et språk som gir mening for flere yrkesgrupper i en kompleks organisasjon. Mangel på organisatorisk kompetanse hos sykepleierne kan få konsekvenser både for faglig forsvarlig sykepleiepraksis og for sykepleiernes arbeidsbetingelser. En kunnskapsorganisasjon som et sykehus er avhengig av at fagpersonalet også tar ansvar for arbeidsorganisering; daglig drift og utvikling, fordi den pasientopplevde kvaliteten er avhengig av en slik dobbeltkompetanse (Orvik, 2004). Slik jeg oppfatter Orvik er det ikke nok i dagens spesialisthelsetjeneste at jeg som kliniker oppdager et avvik og kun utøver handlinger ut fra min kliniske kunnskap i situasjonen. Kvalitet i sykepleie blir ikke definert ut fra enkelthandlinger, men ut fra fellesskapets definisjon av kvalitet.

### **2.3 Oppsummering av relevante kunnskapsbegreper**

Sykepleierens kunnskap vises gjennom hennes *oppmerksomhet* til å oppdage situasjonen, samt de handlinger som utføres. Gjennom handlingene som utføres viser sykepleierens sin sammensatte kunnskap gjennom den *påstandskunnskap* som teorier og modeller hun velger å benytte, *ferdighetskunnskap* hun behersker, og *fortrolighetskunnskap* i situasjonen som gir rom for skjønnsmessige vurderinger. For at sykepleieren skal være kyndig i en virksomhet så må sykepleieren inneha *organisatorisk kompetanse* som gir innsikt i rollen i et fellesskap, samt mulighet til å beherske, delta og påvirke dialogen i praksisfeltet. Dette er en presisering av fortrolighetskunnskap, og fremstår som spesielt viktig for sykepleiere i dag i komplekse organisasjoner.

”Kyndighet” og ”skjønn” som begreper fremstår med store likhetstrekk, og jeg vil benytte disse synonymt i analysen. Skjønn ble for meg viktig å trekke med inn i analysen fordi dette er et mye benyttet begrep blant sykepleiere, og jeg opplever at det for mange sykepleiere er vanskelig å beskrive hva begrepet betyr. Det er viktig å tydeliggjøre hva begrepet inneholder og hvilke kunnskapsformer begrepet omfatter. Molanders tredeling av kunnskap gjennom å se på fenomenet fra ulike synsvinkler mener jeg kan gjøre det enklere å eksemplifisere hvor eventuelle kunnskapsmangler sitter, med hjelp av Orvik som peker på et konkret kunnskapsgap hos sykepleiere. Jeg vil i analysen av materialet hovedsakelig legge vekt på begrepene; *oppmerksomhet, påstandskunnskap, ferdighetskunnskap, fortrolighetskunnskap, organisatorisk kompetanse, skjønn og kyndighet.*



### **3 Metode**

I dette kapittelet redegjør jeg for metodisk tilnærming, den konkrete gjennomføringen av datainnsamlingen og de forskningsetiske overveielserne. Metodekritikk og studiens troverdighet blir redegjort for i et senere kapittel.

#### **3.1 Forskningsmetode**

Avviksregistrering er et komplekst tema. Sykepleiernes vurderinger avhenger av skjønn og er dermed verdiladet. Jeg har valgt en kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming, hvor selve datainnsamlingen gjøres gjennom en dialogpreget metode i form av kvalitative forskningsintervju. Det kvalitative intervju er beskrevet å være godt egnet for å få tak i informantens egne erfaringer (Dahlberg, Nyström, & Dahlberg, 2008). Det som skiller intervjuet fra en vanlig samtale er en metodisk bevissthet om spørreform, og en dynamisk bevissthet over interaksjonen mellom intervjuer og den som intervjuer, samt kritisk bevissthet over det som sies og egne tolkninger av det som sies (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kvalitative intervjuet har syv ulike faser; tematisering av intervjuprosjektet, design, selve intervjuet, transkribering av intervjuet, analyse, verifikasjon og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2009:38). Jeg har delt fasene inn i dataproduksjon, analyse og funn.

Hermeneutisk tilnærming vil si at jeg må være oppmerksom på at teksten fremkommer gjennom en kontinuerlig studie av delene opp mot helheten når en uttalelse fortolkes. Gjennom intervjuene og analysen så jeg at data ble redusert til deler som igjen måtte forstås og fortolkes ut fra helheten, og helheten kunne igjen forstås og fortolkes ut fra delene. Jeg har en forforståelse som har preget mine valg av forskningsspørsmål, teoretisk rammeverk og metode. Forforståelsen har påvirket interaksjonen med informantene og ikke minst analyseprosessen (Gadamer, 1959). Dette ble svært synlig gjennom arbeidet, hvor jeg så hvordan mine spørsmål formet svarene fra informantene. Jeg har forsøkt å bli bevisst min egen forforståelse i forkant av intervjuene og har forsøkt å beskrive den så langt som mulig.

## **3.2 Dataproduksjon**

Designet jeg har benyttet er åpne intervju med bruk av intervjuguide. Guiden skulle gi meg en mulighet til spørre åpne spørsmål, for så følge opp informantens svar (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg utformet en guide som besto av fem tema som på ulikt vis omhandlet avvik, vedlegg 1. Guidens undertemaer synliggjorde min forforståelse og var til hjelp for å følge opp informantenes svar. Jeg ønsket å se om informantene tok opp undertemaene, men ville ikke komme inn på disse selv. Intervjuguidens spørsmål ble formet av mine egne erfaringer om avvik, men forsøkt utformet med så åpne spørsmål som mulig og ikke konfronterende. Ved å få frem sykepleiernes erfaringer rundt temaet avvik, og søke bakenfor ordene som ble uttalt til en kritisk og dypere tolkning gjennom perspektiv på kunnskap, mente jeg å kunne utforske problemstillingen.

### **3.2.1 Rekruttering av deltakere**

Jeg har rekruttert deltakere til studien gjennom informasjonsbrev vedlagt forespørsel om deltakelse i prosjektet, vedlegg 2, og ved å benytte meg av oversykepleiere for å få tilgang til informanter, vedlegg 4. Oversykepleiere mottok i tillegg informasjonsbrev, vedlegg 2. I startfasen av oppgaven ønsket jeg å få kontakt med seks informanter. Tre sykehus i tre ulike helseforetak ble valgt ut med tanke på å rekruttere to informanter fra hvert av disse. Jeg ønsket geografisk spredning på informantene, samtidig som sykehusene passet i forhold til reisevirksomhet tilknyttet mitt arbeid i NSF. Sykehusene ble foruten disse kriteriene valgt tilfeldig. Først skrev jeg et brev vedlagt informasjonsbrev, vedlegg 2, til klinikkjefene på de tre sykehusene med forespørsel om å få gjøre studien i deres klinikker, vedlegg 3. Av de tre klinikkjefene jeg kontaktet fikk jeg godkjenning for å gjøre studien fra to klinikker. Den tredje hørte jeg ikke noe fra. På den ene klinikken kontaktet jeg to oversykepleiere, henholdsvis på en kirurgisk sengepost og den andre på en medisinsk sengepost. Jeg informerte om studien og ba om deres hjelp for å få tilgang til informanter. I den andre klinikken tilbød klinikkjef seg å viderebringe informasjonen til oversykepleier på en for meg tilfeldig valgt avdeling. Utvalgsstørrelsen ville jeg ikke ha for stor, men heller ikke så liten at diskusjonen ikke fanget opp nyanser, anbefalt er 10 +/-5 informanter (Polit & Beck, 2008). For at utvalget i denne studien skulle være håndterbart ut fra tid til rådighet, men samtidig

belyse forskningsspørsmålet i tilstrekkelig grad, valgte jeg å begrense utvalget til fire informanter etter råd fra min veileder. Jeg leverte to informantpakker til hver oversykepleier – til sammen seks i første omgang. Informantpakken inneholdt informasjon om studien og samtykkeskjema, med betalt porto på svarkonvolutt. Informantene som oversykepleier forespurte ut fra kriteriene, fikk beskjed om at de fire første som svarte ble inkludert i studien. Sykepleierne som ønsket å delta i forskningsprosjektet tok direkte kontakt med meg gjennom vedlagte returkonvolutt innen svarfrist som var satt til 26.09.2010. Oversykepleier skulle også informere muntlig om at studien var frivillig, og at hun ikke ville få vite hvem som ble inkludert i studien. Dette ble gjort for at informantene ikke skulle oppleve unødvendig autoritetspress som kunne påvirke studien. Informantenes anonymitet skulle dermed være bevart. Etter tre ukers ventetid hadde jeg kun fått ett samtykke fra én informant. Jeg sendte derfor igjen ut to informantpakker til hver av de tre oversykepleierne. Til sammen ble det sendt ut tolv informantpakker, og kort tid etter hadde jeg mottatt seks samtykker fra potensielle informanter. Jeg valgte ut de fire første, ringte oppgitt telefonnummer, svarte utfyllende på spørsmål om studien og avtalte tidspunkt og sted for intervju. De to siste som ga sitt samtykke kontaktet jeg via telefon og jeg fikk godkjenning for å kunne komme tilbake til dem på ett senere tidspunkt om det skulle være nødvendig. Ved studiens avslutning har ikke dette vært nødvendig. Det viste seg i etterkant at informantene ved det ene sykehuset hadde forstått dette som noe de måtte delta på, men ved telefonsamtale for å avtale intervjutidspunkt ble disse misforståelsene oppklart. De interesserte sykepleierne fikk også vite at deres oversykepleier ikke ville få vite om de deltok eller ikke. Det var ingen som trakk seg fra studien.

### **3.2.2 Deltakere**

Jeg har valgt deltakere ut fra et strategisk utvalg som passer med tanke på studiens problemstilling (Thagaard, 2009). I mitt utvalg var kriteriene satt til minimum to års erfaring som sykepleier i praksisfelt ved spesialisthelsetjenesten, samt at sykepleieren ikke skulle ha gjennomført videreutdanning. Kriteriene var satt fordi jeg mente at to år i praksisfeltet var lenge nok til å kunne ha erfart avvik, samt at tidligere forskning viste at sykepleiere uten videreutdanning i mindre grad meldte avvik enn andre. Valget av

sykehus og erfaring hos informantene er tilfeldig ut over dette, men viser likevel likhet mellom de to involverte avdelingene.

Tabell 1 gir en oversikt over informantene som deltok. Sykepleierne er gjengitt med fiktive navn.

Sykehus A	Sykehus B
Grethe, 10 års erfaring	Vencke, 12 års erfaring
Karin, 2 års erfaring	Maren, 2 års erfaring

Tabell 1: Oversikt over informanter

### 3.2.3 Gjennomføring av intervjuet

Datainnsamlingen foregikk fra perioden medio september til medio november. Som et ledd i forberedelsene til intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju i forkant med en sykepleier jeg kjenner og som jeg stolte på ville gi meg konstruktiv kritikk. Ett spørsmål ble justert i etterkant da hun opplevde dette som konfronterende. Jeg prøvde å være oppmerksom på holdningen som jeg uttrykte med min væremåte og toneleie, og ble oppmerksom på at når informanten i prøveintervjuet oppga informasjon som jeg oppfattet relevant så lot jeg mitt engasjement flomme fritt både i holdning, toneleie og språk. Jeg lente meg forover, avbrøt informanten for å klargjøre min forståelse og snakket generelt alt for mye selv. Denne oppdagelsen var for meg det mest nyttige ved prøveintervjuet og ga meg mulighet til justeringer og bedre selvkontroll i de andre intervjusituasjonene. Jeg ønsket fortsatt å fremstå som interessert, men ville at informanten skulle få tale ut for så å møte han/henne med utdypende spørsmål.

Ett intervju foregikk på et møterom på sykehuset som var godt atskilt fra informantens sengepost, ett intervju foregikk på møterom på informantens sengepost. Informanten oppga i dette tilfellet at hun selv hadde gitt slipp på sin anonymitet på arbeidsplassen i forhold til deltakelse i forskningsprosjektet, og at hun opplevde dette som uproblematisk. Dette ble likevel problematisk for meg i analysen for å beholde anonymitet når materialet ble presentert. To intervju foregikk på møterom utenfor sykehuset. Alle fire intervjuene varte rundt 60 minutter. Intervjuene ble gjennomført på informantens fridager eller i forbindelse med pause og vaktskifte. Jeg benyttet meg av en digital taleopptaker for å kunne få informantens uttalelser ordrett til analysearbeid i

etterkant. Jeg avtalte med informanten om å skru av opptakeren om dette på noe tidspunkt var ønskelig, og i forkant av intervjuet ble informanten informert om anonymisering og destruering av lyd materialet rett etter transkribering (Thagaard, 2009). Det ble ikke nødvendig å skru av opptakeren på noe tidspunkt. Jeg tenkte at det kunne være følsomme tema som ble berørt gjennom intervjuet, og var opptatt av at informantene skulle slappe av og kunne fortelle meg også om det var noe som var vanskelig. For å kunne skape tillit og klargjøre eventuelle misforståelser snakket jeg med informantene kort i forkant og i etterkant av intervjuet. I forkant gikk jeg gjennom forskningsprosjektet og klargjorde at jeg ikke hadde noen fasit på mine spørsmål. Under intervjuet fokuserte jeg på å lytte oppmerksomt og interessert på det som ble fortalt. I etterkant av alle intervjuene pratet vi rundt opplevelsen av intervjuet. Jeg spurte om informantene ønsket å si noe mer eller opplevde noe uklart, samt ba informantene om å ta kontakt om de i etterkant syntes noe var uklart. I et av intervjuene ble det nødvendig å be om å få sette på lydopptaker igjen, i og med at det fremkom ytterligere viktige opplysninger. Det er ingen av informantene som har tatt kontakt etter intervjuene.

I det første intervjuet ga informanten tilbakemelding om at deler av intervjuet var som å være på en eksamen. Jeg gjennomgikk intervjuet i etterkant og snakket med min veileder om dette. Hun ga meg rådgivning på at enkelte begrep som for meg var klare, som faglig forsvarlig sykepleie, kunne virke konfronterende for andre. I de andre intervjuene gjorde jeg forsøk på å stille spørsmålene enda åpnere og utdypet med kjente begrep eller eksemplifiseringer av begrep.

Jeg transkriberte selv intervjuene over til tekst samme dag som de var gjennomført, og lagde et sammendrag av egen oppfatning av intervjuets innhold og nonverbale signaler jeg oppfattet i intervjusituasjonen. Det ble viktig å sikre at transkripsjonene var nøyaktige, slik at de gjenspeilte helheten i intervjuet. På denne måten ble analysearbeidet i følge Polit og Beck (2008) forenklet, og studien oppnådde større troverdighet. Etter samtlige intervju noterte jeg ned egne refleksjoner rundt intervjuet og forhold som fremkom umiddelbart, slik at jeg hadde størst mulighet til å huske andre elementer ved situasjonen som kunne være viktig og ville gjøre det enklere å være kritisk til egne antakelser jamfør Thagaard (Thagaard, 2009). Jeg har benyttet samme

intervjuguide, men mitt fokus i guiden har utviklet seg gjennom at ny kunnskap fremkom i prosessen. Jeg lærte meg å benytte lengre tid mellom hvert spørsmål. Jeg mener intervjuene ble mindre ”masende”, da jeg lot informantene tenke gjennom og komme frem med flere innspill omkring temaet. I tre av fire intervju opplevde jeg at informantene var svært engasjerte i studiens tema og at dette var en av årsakene til deltakelse i prosjektet. Jeg opplevde at jeg og informantene hadde gjensidig tillit og at informantene ikke skjulte noe for meg i og med at de også tok opp situasjoner som for dem opplevdes som vanskelig. I ett av intervjuene ønsket ikke informantene å utdype avviket hun hadde levert på sin kollega da dette opplevdes vanskelig.

### **3.3 Etikk, personvern og sikkerhet**

Studien er gjennomført i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjer for forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001c; Kunnskapsdepartementet, 2006; World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008). Jeg innhentet skriftlig samtykke fra informantene gjennom utformet informasjonsskriv, vedlegg 2. Skrivet informerte om at informantene til enhver tid hadde rett til å avbryte sin deltakelse, og at deltakelse var basert på frivillighet. Dette ble også informert om muntlig i forkant og i etterkant av intervjuet. Informasjonsskrivet beskrev også formålet med undersøkelsen, og hovedtrekkene i prosjektet. Thagaard (2009) skriver at for mye informasjon ville kunne påvirke informantenes atferd. Derfor var det viktig for meg at skrevet ble utformet slik at formålet ble beskrevet sannferdig, men samtidig ikke la føringer for informantenes svar. Studien etterspurte sykepleieres refleksjoner og kunne gjennom dette frembringe episoder som kunne ha vært ubehagelige eller som ble eksemplifisert gjennom beskrivelse av pasienter, kollegaer eller ledere. Om informantene eller andre blir gjenkjent i studien kan det skape ubehagelige konsekvenser for dem, og jeg har derfor valgt å rekruttere informanter fra flere sykehus og med geografisk spredning for å kunne sikre deres anonymisering. Informantene fikk også informasjon både skriftlig og muntlig om at eventuelle pasientopplysninger som kunne fremkomme under intervjuene måtte de aidentifisere. Jeg presiserte for informantene at alle opplysningene ville bli behandlet konfidensielt. Informantene fikk informasjon om at de ved henvendelse til meg kunne få vite hvilke opplysninger jeg hadde brukt fra intervjuene, samt når som helst kreve data destruert. Om informantene likevel i etterkant av studien opplever

ubehag eller opplever fremstillingen som uriktig så har jeg informert informantene om at de er velkommen til samtaler med meg når det måtte være.

Datamaterialet oppbevares i tråd med retningslinjer fra de Regionale Etiske Komiteer for medisinsk- og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Framleggsvurdering ble sendt til REK, hvor komiteens mening var at denne studiens formål falt utenfor lovens rammer og at videre søknad ikke var nødvendig, vedlegg 5. Studien ble også sendt til NSD fordi dette prosjektet trenger å lagre og behandle personopplysninger med sensitive opplysninger. Studien ble godkjent av NSD (De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2009; Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, 2010), vedlegg 6. Samtykkeerklæringer som inneholder informantens navn og arbeidssted oppbevares i låst skap på mitt kontor frem til destruering umiddelbart etter avsluttet masteroppgave juni 2011.

Lydbåndopptak ble overført til eget nettverksområde på UIT, som er beskyttet av brannmur og egen kode. Transkriberte intervju ble direkte aidentifisert og oppbevares på samme nettverksområde med sikkerhetskopi. Jeg har satt en egen kode for hver informant, som kun jeg kjenner til og som ikke er nedskrevet. Thagaard (2009) skriver at metodisk sett er det riktig å presentere informantene slik de fremstår for forskeren, men etisk sett er det viktig å skjule identitetene. Jeg har derfor ikke endret meningsinnholdet i informantens utsagn, men jeg har språklig normalisert alle intervjuene og fjernet dialekt og fyllord slik at materialet ikke skal være gjenkjennbart. Jeg har i tillegg for enkelhets skyld valgt å kalle sykepleieren for ”hun” gjennom hele studien.

### **3.4 Metode for analyse**

Det er ingen bestemt standard for hvordan forskeren skal analysere kvalitative data, men innholdsanalyse er anbefalt til studier med hermeneutisk tilnærming (Polit & Beck, 2008). Jeg har latt meg inspirere av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (2004). Den inneholder fem trinn for å klassifisere og kategorisere meningsenheter, som igjen kondenseres til koder, kategorier og tema. I trinn én har jeg søkt etter meningsenheter, som er ord eller setninger som relaterer til samme mening. Jeg understreket digitalt de ulike meningsenhetene i ulike farger på det transkriberte

materialet. Trinn to besto av å kondensere meningsenhetene til en beskrivelse som lå nært teksten, mens trinn tre kondenserte beskrivelsen over til en forståelse uten at meningsinnholdet gikk tapt. Dette trinnet kalte jeg kode. Trinn fire var å abstrahere forståelsen over til kategori som ble en fellesbetegnelse for en gruppe koder. Kategoriene ble abstrahert over til tema i trinn fem. I analyseprosessen søkte jeg helhetsperspektiv gjennom å lese det transkriberte intervjumaterialet mange ganger. For hver ny runde lesing, noterte jeg nye observasjoner eller justerte notatene fra forrige gang slik som Graneheim og Lundman anbefaler (2004). Jeg leste gjennom materialet fem ganger, og noterte ned min forståelse underveis og i et sammendrag. Jeg merket notatene etter nummer på gjennomlesning. Som beskrevet tidligere benyttet jeg hermeneutisk tilnærming for å skape dialog med teksten. Dahlberg (2008) skriver at forskeren skal inneha en åpenhet til teksten slik at nye aspekter kan fremtre, samtidig som forskeren er bevisst egen forforståelse under hele forståelses- og tolkningsprosessen. Jeg ser at gjennom hele arbeidet med å samle meningsenheter, kondensere meningen og abstrahere over i temaer har det dukket opp ny forståelse, som har ført til ulike kategoriseringer.



## 4 Analyse

Oppgavens problemstilling er hva sykepleiere *oppfatter som sitt ansvar* når de erfarer uønskede hendelser i sykepleiepraksis. Jeg mener ansvar vises gjennom handlinger, og er derfor opptatt av å presentere sykepleiernes oppfatninger av egne handlinger når de erfarer avvik. Analysen er basert på at sykepleieren har erfart avvik, og at avviksprosedyren ut fra dette skal følges. Sykepleierne svarer på hvordan de *forstår* avvik, og hva de *gjør* i tilknytning til de erfarte avvikene. Materialet presenteres gjennom temaene, med underoverskrifter fra kategoriene, samt min tolkning av materialet fremmet gjennom tekstens meningsenheter.

### 4.1 Avvik skal meldes, men det avhenger av avvikets alvorlighetsgrad

**Funn:** Alle sykepleierne mener at alvorlige hendelser, som kan få negative konsekvenser for pasienten, er klare avvik som alltid skal meldes skriftlig. Tre av fire sykepleiere oppgir likevel at alvorlige avvik ikke alltid registreres skriftlig. En av sykepleierne, som tidligere har arbeidet som leder, oppgir å ha meldt alle alvorlige avvik hun har erfart.

**Funn:** Enkelte hendelser forstås som avvik, men oppfattes av tre av fire informanter som ikke hensiktsmessig å melde hverken skriftlig eller muntlig.

**Funn:** Detaljer og kontekst i forbindelse med avvik er nødvendig for å kunne forklare hva som er avviket i situasjonen. Dette er særlig krevende ved avvik som krever bruk av avansert skjønn.

**Funn:** Sykepleiere med mest erfaring har flest eksempler som omhandler sammensatte avvik. De fremviser flest faglige argumenter for hva de oppfatter er avviket i hendelsen.

**Funn:** Det er ingen automatikk mellom å oppdage avvik og å skriftliggjøre avvik.

**Funn:** Normen for hvilke avvik som meldes skriftlig forstås gjennom dialogen på arbeidsstedet.

Materialet preges av ulike dilemmaer som oppstår i sykepleiepraksis når sykepleierne erfarer avvik. Dilemmaene eksemplifiseres gjennom sykepleiernes handlingsambivalens. De beskriver hva de forstår som avvik, og hva de gjorde i situasjonen. Videre argumenterer de for hvorfor handlingene deres sjelden er i samsvar

med idealet for hva som burde vært gjort. Sykepleierne beskriver avvik enten som klare feil ut fra ulike retningslinjer, eller som hendelser de opplevde som feil, men som likevel er vanskelig å vite om de er avvik. Sykepleierne beskriver ut fra min tolking fire ulike kategorier av avvik: 1. avgrenset og alvorlig, 2. sammensatt og alvorlig, 3. avgrenset og triviell, og 4. sammensatt og triviell. Avgrensede avvik er i min tolkning av materialet en hendelse hvor det er enighet i sykepleiergruppen om at dette er et klart avvik. Disse avvikene er et klart brudd på en beskrevet kvalitetsforskrift, eller en skriftlig beskrevet rutine. Avgrensede avvik er ikke avhengig av kontekst eller skjønnsvurderinger – enten er det et avvik eller så er det ikke det. Sammensatte avvik er situasjoner hvor flere forhold virker sammen. Slik jeg tolker materialet, oppfatter sykepleierne sammensatte avvik som når det av flere ulike årsaker gis dårlig sykepleie til pasienter. Disse avvikene kjennetegnes av at det er flere faktorer som leder frem til hendelsen og det er flere handlinger som kan være riktig.

#### **4.1.1 Avgrensede avvik og alvorlighetsgrad**

**Funn:** Alle sykepleierne mener at alvorlige hendelser, som kan få negative konsekvenser for pasienten, er klare avvik som alltid skal meldes skriftlig. Tre av fire sykepleiere oppgir likevel at alvorlige avvik ikke alltid registreres skriftlig. En av sykepleierne, som tidligere har arbeidet som leder, oppgir å ha meldt alle alvorlige avvik hun har erfart.

**Funn:** Enkelte hendelser forstås som avvik, men oppfattes av tre av fire informanter som ikke hensiktsmessig å melde hverken skriftlig eller muntlig.

Alle sykepleierne beskriver at avvik skal meldes skriftlig. Det som kommer først frem som eksempler på avvik er avgrensede hendelser og alvorlig hendelser. De beskriver hendelser som medikamenthåndtering, fallulykker, skader på pasient, feil eller skader på utstyr, ikke avholdte tidsfrister eller rutinefeil. Dette er hendelser som er klare, avgrensede og med et tydelige mål for hva som kan forbedres slik som Vencke forklarer:

*”Avvik er mye innenfor en veldig stor skala, det er mye som kan meldes. Jeg vil melde fallulykker, medisinalavvik, portører som ikke kommer slik at undersøkelser blir forsinket, apparatur som ikke virker slik som bekkenspyler, eller dårlig mat*

*fra kjøkkenet. Det er jo ting vi ikke kan gjøre noe med, men kanskje forbedre rutiner”.*

*Vencke, Sykehus B*

Jeg oppfatter at sykepleierne først og fremst forstår avvik som hendelser som er enkle å definere inn i riktig eller galt, og at disse avvikene er relativt enkle å registrere. Feilen er synlig og kan lett beskrives både med konsekvens av feilen og mulig løsning. Slike avvik er ikke avhengig av skjønnsmessige vurderinger – enten er det en feil eller så er det ikke en feil. Jeg oppfatter at sykepleierne mener at de kan forbedre kvaliteten på den generelle pleien gjennom å benytte skriftlig avviksprosedyre når det gjelder konkrete og avgrensede hendelser. Dette kan forstås som at de er fortrolige med at denne delen av sykepleie skal avviksregistreres.

Likevel forteller sykepleierne om avvik som ikke blir registrert. Disse avvik beskriver sykepleierne som trivielle og blir eksemplifisert som tropper, hylster, bandasjer og annet utstyr som glemmes i pasientsenger, uryddige og skitne nattbord, puter og dyner som faller på gulvet, brist i rutiner, småfeil eller mangler på medisinsk- eller teknisk utstyr. Grethe forteller om daglige avvik men at hun ikke meldte avvikene likevel fordi *”...det er jo litt med graden av avviket det og, om man vil melde det eller ikke”*. Tre av fire sykepleiere forteller at disse daglige avvikene er av mindre betydning for pasienten. De tre sykepleierne argumentere videre for at trivielle avvik er best å bare ta opp muntlig, her eksemplifisert gjennom Maren:

*”...når det ikke får konsekvenser for behandling synes jeg egentlig heller ikke dette skal meldes skriftlig, det kan jo bare sies i plenum så ordnes det opp i”.*

*Maren, sykehus B*

Formålet med avviksmeldinger er å forbedre rutiner slik at utilsiktede negative hendelser ikke skjer igjen. Dette samsvarer med sykepleiernes hensikt med muntlige avviksmeldinger, men som Maren beskriver så fungerer ikke muntlige overføringer optimalt: *”det sklir jo ofte ut igjen da”*.

Alle sykepleierne er entydige på at det er sykepleiernes ansvar å gi beskjed videre når de opplever noe avvikende for god pleie, og at det er deres ansvar å følge opp pasienten på alle måter. Tre av sykepleierne formidler at jo flere ganger et avvik blir oppdaget

desto større sjanse er det for at avviket blir tatt opp – men ikke nødvendigvis skriftlig som Maren viser til: *”Når jeg så at det skjedde flere ganger så ga jeg beskjed, men muntlig da”*. Karin fra det andre sykehuset mener at *”om vi sier i fra mange gang nok muntlig, så blir det vel gjort noe”*.

Sykepleiens kontinuitet i pleien er både skriftlig gjennom dokumentasjon i journalen, men også muntlig gjennom rapport. Alle sykepleierne oppgir rapport som en arena for å gi beskjed om at pleien er tyngre enn det er ressurser til, eller til å videreformidle alle de arbeidsoppgaver som de ikke har rukket utføre i løpet av dagen, slik som Grethe beskriver:

*”Vi diskuterer det av og til i rapportsituasjonen, det at vi har for lite folk på, eller at pasienten ikke har fått det tilsynet eller pleien den burde, men det blir nok ikke snakket så mye om dette ellers. Det er få som skriftliggjør det vi snakker om, eller som gjør noe med det”.* Grethe, sykehus A

Jeg tolker sykepleierne i retning av at å ta opp avvik som de oppfatter som dagligdagse og trivielle er enklere å ta opp i muntlig form, også fordi de mener tidsbruken til registrering er uhensiktsmessig. Å ikke skriftliggjøre avvik sparer tid. Å ikke fortelle de andre på avdelingen om avvikene, men bare rydde opp i det praktiske sparer enda mer tid, i alle fall kortsiktig. Jeg stiller spørsmålstegn ved om dette sparer tid. Om de trivielle avvikene hadde blitt ryddet opp i ville det kanskje spart en del dobbeltarbeid og opprydding etter andre. Utfordringen for avviksregistrering oppfatter jeg er sykepleiens kontinuitet som natur. Arbeidsoppgaver som ikke er gjort kan videreformidles til neste skift, men hva med når oppgavene ikke er gjort på hele døgnet eller hele uken? Grethe forklarte at hun tenkte ikke så mye på hva som skjedde i etterkant av å ha videreformidlet arbeidsoppgavene eller oppfølging av avvik:

*”Man vet hva man selv gjør for å unngå avvik, men hva andre gjør tenker jeg ikke så mye over”.*

*Grethe, sykehus A*

Karin forteller hvordan hun ikke meldte avvik når rutiner som å sjekke akuttrallens utstyr ikke ble fulgt og hun beskriver dette som et trivielt og dagligdags avvik. Den største utfordringen for sykepleieren ved å ikke skriftliggjøre avvik er å vite om avviket

kan få alvorlige konsekvenser eller ikke. For å gjøre denne vurderingen bruker Karin skjønn. Denne skjønnsmessige betoningen av avvikets alvorlighetsgrad fordrer høy kunnskap om både kortsiktige og langsiktige konsekvenser. Manglende rutinesjekk på en akuttralle er i utgangspunktet en liten feil om akuttrallen ikke har vært i bruk. Om det derimot hadde vært nødvendig å bruke akuttrallen og noe av utstyret var defekt kunne manglende rutinesjekk blitt en livstruende feil. Årsaken til rutinesvikt bør være i sykepleierens interesse å finne slik at dette ikke skjer igjen. Det er et soleklart avvik, både ut fra klare retningslinjer for hvilket utstyr akuttrallen skal inneholde, og også ut fra skjønnsmessige vurderinger av konsekvenser for pasient. God pleie foregår ikke bare inne på pasientrommet, men også i oppfølging og utforming av rutiner som gir god pleie. Denne rollen ser det ikke ut som om alle sykepleierne er seg bevisst i sin stillingsinstruks.

Jeg har gjort meg noen tanker rundt hvilke avvik som oppfattes som alvorlige og hvilke som oppfattes som trivielle. Spissformulert mener jeg å se at de trivielle avvikene som beskrives er brister i den generelle sykepleien beskrevet som luft, lys, mobilisering, hygiene, ernæring, samtalen, velvære og observasjoner (Nightingale, 1997). De alvorlige feilene som beskrives er tilknyttet sykepleiens del av pasientbehandlingen. Alle sykepleierne oppgir at alvorlige avvik skal skriftliggjøres. Et eksempel på et alvorlig avvik som alle sykepleierne oppgir, er om de oppfatter at en pasient har fått feil medisin. Tre av sykepleierne oppgir likevel at skriftliggjøring av slike avvik ikke alltid ble gjort. Karin beskriver dette igjen som en vurdering av avvikets alvorlighetsgrad: ”om det blir gitt **virkelig** feil medisiner så må det meldes skriftlig”. Hun forteller at hun engang ga en pasient et medikament som ikke var ordinert. Dette er en avgrenset hendelse og en klar feil ut fra skriftlig ordinasjon, og skal ut fra sykepleiernes uttalelser meldes skriftlig som et ledd i kvalitetsforbedring. Karin beskriver videre hvordan likevel valgte å melde avviket kun muntlig:

*”Det var bare en beroligende, og han hadde fått det før. Jeg ga beskjed til pasienten om feilmedisineringen, og han sa det var greit. Jeg sa også ifra til gruppeleder om feilmedisinering, men det ble ikke gjort noe mer. Å gi denne medisinen feil var ikke så alvorlig, og heldigvis gikk det jo bra.*

*Karin, sykehus A*

Dette avviket ble ikke meldt skriftlig som Karin sa; ”*det ble aldri skrevet ned noe sted, ikke i journal heller – jeg tenkte ikke på det engang*”. Karin mente at om hun hadde gitt et medikament som ga alvorlige eller skadelige konsekvenser for pasienten så skulle dette ha blitt meldt. Avviksprosedurens formål er å lære av situasjonen for å unngå at liknende hendelser skjer igjen. Når avvik som potensielt kunne skadet pasienter ikke blir meldt, vil avviket kunne skje igjen – med en annen sykepleier eller på et annet tidspunkt. Dette betyr at det er ikke alltid nok at hendelsen er klart definert som et alvorlig avvik, hendelsen må gi synlige og målbare konsekvenser for pasienten om det skal skriftliggjøres.

Det sykepleierne derimot alltid gjør er å håndtere situasjonen når den inntreffer. Avvik er blitt så vanlig for sykepleierne at jeg oppfatter Karin som at hun ikke lengre er bevisst hvorfor hun skulle registrere hendelsen. Sykepleierne forteller at når de erfarer avvik er det første de gjør å minimere konsekvensene av avviket for pasienten. Dette betyr å stoppe avviket om det lar seg gjøre, tilkalle hjelp eller rydde unna elementer som er avvikende.

Karin forteller et eksempel til på hvordan hun håndterte praktisk et dilemma når hun sto inne hos en pasient som trengte hjelp til teknologisk utstyr som hun ikke kjente til:

*”Jeg visste ikke hva jeg skal trykke på den maskinen. Pasienten måtte så fortelle meg hva jeg skulle trykke på og da ble jo han usikker igjen. Men jeg måtte jo spørre pasienten, for jeg var jo usikker og kunne risikere å skade pasienten om jeg trykte på feil knapper. Det var skikkelig ubehagelig. Jeg kan jo si at jeg ikke har hatt opplæring, at jeg nekter å gjøre dette, men da får ikke pasienten det stellet han skal ha. Men om det skjer noe så er jo jeg ille ute. Uff, det er jo mitt ansvar om jeg gjør noe feil”.*  
Karin, sykehus A

Karin valgte å håndtere situasjonen der og da, siden det ikke var andre sykepleiere på vakt som kunne hjelpe henne. Hun sier at hun følte stor usikkerhet og også at det var en risiko inne i bildet med tanke på å skade pasienten. Ved gjenfortelling av situasjonen indikerer hun at hun følte et ansvar for pasientens pleie. Hennes dilemma ble at det var en risiko for at hennes manglende fortrolighet og ferdighetskunnskap med medisinsk teknisk utstyr kunne forverre pasientens situasjon. Karin oppfattet ikke seg selv som kyndig i denne situasjonen og mente hendelsen var et avvik. Hun registrerte likevel ikke hendelsen som et avvik. Jeg oppfatter dette som at sykepleierne er villig til å gå langt i å

utfordre sin egen komfortsone for å løse arbeidsoppgaver som angår pasientene slik at de skal få det stellet de oppfatter pasienten burde ha. To av de andre sykepleierne kom med liknende eksempler på arbeidsoppgaver som bare måtte gjøres selv om de opplevde faglig usikkerhet, med argumenter som Grethe brukte:

*”Man kan jo aldri alt, og man må jo ha de pasientene man får, så må man bare gjøre det beste ut av det”.*

*Grethe, sykehus A*

Sykepleierne skildrer at de er aldri utlærte og må derfor forvente å komme i kontakt med nye situasjoner hvor de opplever seg faglig usikker. Jeg oppfatter dette som en generell begrunnelse for hvorfor uønskede eller ubehagelige hendelser i pleiepraksis som har å gjøre med for eksempel kunnskapsgap likevel tolereres. Kyndighet innebærer å ha høy kunnskapsbase og være fortrolig med praksisfeltet, i tillegg til oppmerksom på forbedringsmuligheter. Det kan synes som de heller velger å fikse det praktiske i situasjonen der og da etter beste evne på tross av manglende ferdigheter eller andre avvikende faktorer, enn å risikere enda dårligere pleie for den pasienten de står overfor ved å ikke utføre pleien eller prosedyren. Det er en fortrolighet i å være vant med å håndtere ukjente situasjoner også. Sykepleierne oppgir at de svært sjelden melder avvik hverken muntlig eller skriftlig på disse hendelsene. Dette betyr for meg at sykepleieren tar på seg ansvaret for kvalitet i pleien selv om hun ikke alltid er sikker på at de handlingene hun utfører er god pleie. Sykepleierne viser til at kunnskapsgap må tolereres, men dette blir ikke uttalt høyt hverken til pasienten eller ledelsen.

Sykepleierne beskriver avviksprosedyren som en tidkrevende oppgave på toppen av alle andre oppgaver som er pasientnære eller krever dokumentasjon av pasientnære oppgaver. Tre av sykepleierne forteller om store mørketall på avviksmeldinger, og om daglig tidspress og om det å være for sliten til å orke å melde avvik. Jeg oppfatter dette som at sykepleieren ikke ser at organisasjonens strukturer påvirker arbeidet. Dette kan forstås som en mangel på organisatorisk kompetanse. Sykepleieren oppfatter at det er hun som gjør en feil, men ser ikke at dette kunne skjedd hvem som helst og at dette omhandler rutiner, eller måten praksisen drives på, som bør endres for å unngå feil. Hun håndterer den konkrete situasjonen ut fra sin kunnskap, og manglende skriftliggjøring av avviket kan være fordi hun mangler kunnskap om egen rolle i en virksomhet.

Avviksproseduren kan forstås som bruk av påstandskunnskap for å forstå avviket, ferdighetskunnskap for å kunne skrive avviket og fortrolighetskunnskap gjennom hele prosessen for å kunne forstå konsekvensene for pasienten eller systemet og ut fra dette oppdage avviket og velge riktig handling. Jeg mener sykepleierne i studien benytter ferdighetskunnskap for å kunne melde avviket inn i digitalt skjema. De benytter også påstandskunnskap som er teori eller modeller som sykepleierne har lært, og avviksproseduren kan være en slik modell. Sykepleiere har kunnskap om en retningslinje som beskriver at å gi et medikament uten ordinasjon er et klart avvik. Hendelsen skal i avviksproseduren kategoriseres og deles inn i spesialiserte felt; hvor hendelsen har ført til, eller kunne ført til pasientskade, uventet dødsfall, bivirkninger eller hendelse med medisinsk utstyr. Sykepleier skal i tillegg skriftlig beskrive avvikets årsak og mulige løsninger. Årsak-virkning tenkning er også et av kjennetegnene ved påstandskunnskap. Dette passer godt inn med hva sykepleierne i studien eksemplifiserer som avvik de skriftliggjør, og stemmer også overens med foretakets målsetning med å skriftliggjøre avvik. De registrerer avvik som er knyttet til behandling, noe som viser at sykepleierne mener at å registrere slike avvik kan forbedre pasientsikkerheten. Sykepleiere som forstår at deres handlinger er en del av helheten og utøver aktive handlinger og påvirker organisasjonen har ut fra dette perspektivet en organisatorisk kompetanse. Sykepleierne som melder skriftlige avvik kan ut fra dette forstås som å inneha organisatorisk kompetanse. Dog tyder materialet på at denne kompetansen er begrenset.

#### **4.1.2 Sammensatte avvik og alvorlighetsgrad**

**Funn:** Detaljer og kontekst i forbindelse med avvik er nødvendig for å kunne forklare hva som er avviket i situasjonen. Dette er særlig krevende ved avvik som krever bruk av avansert skjønn.

**Funn:** Sykepleiere med mest erfaring har flest eksempler som omhandler sammensatte avvik. De fremviser flest faglige argumenter for hva de oppfatter er avviket i hendelsen.

**Funn:** Normen for hvilke avvik som meldes skriftlig forstås gjennom dialogen på arbeidssstedet.



Sammensatte avvik er slik jeg tolker materialet faglig uforsvarlige hendelser hvor ulike faktorer er bestemmende for hva som blir riktig handling. Faktorer kan blant annet være tid, prioriteringer, vurderinger og ulike interessenter. Jeg har tenkt at for å kunne melde slike avvik, så må sykepleierne også forstå konsekvensene av sine avgjørelser kortsiktig og langsiktig. De må benytte skjønn. Materialet viser at dette ikke er enkelt.

Alle sykepleierne oppgir at det er vanskelig å vite helt sikkert hva som er et reelt avvik, eller slik som Grethe beskriver:

*”Jeg synes det er vanskelig å vite hva som er et avvik. Alle gjør jo ting på sin måte, det er vanskelig å si hva som er et avvik”.*

*Grethe, sykehus A*

Når sykepleierne forteller om avvik så fremkommer ulike uheldige hendelser som kjennetegnes av at de er sammensatte. Alle sykepleierne beskriver det som langt vanskeligere å vite om hendelsen er et avvik eller ikke når resultatet preges av sykepleiernes egne vurderinger for hva som er best for pasienten. Jeg oppfatter sykepleierne dit hen at det er utfordrende å bestemme om handlinger er avvikende fordi det finnes ulike handlinger som kan være til pasientens beste. Prosedyrer kan utføres forskjellig uten at det nødvendigvis blir galt. Sykepleierne er avhengig av å få frem beskrivelsen av den spesifikke situasjonen for å vise hva de mener er avviket i situasjonen. Deres vanskeligheter med å kunne argumentere for hva som var avviket i situasjonen kan forstås som språklige utfordringer. Både Molander og Orvik omtaler at den praktiske kunnskapen i større eller mindre grad består av taus kunnskap. De hevder at den tause kunnskapen ikke alltid kan artikuleres, men de er tydelig på at ulike elementer bør forsøkes å artikuleres. Om sykepleierne ikke kan fortelle hva som er avviket i situasjonen, kan de heller ikke registrere avviket i systemet. Eksempler og metaforer er gode måter å få frem det som kan være taus kunnskap, også fordi eksemplifisering ut fra Molander rommer helheten av situasjonen. Alle sykepleierne i studien benytter eksempler for synliggjøre hva de mener er avvik, og eksemplene krever at mottaker har en forståelse av kontekst. Sykepleierne oppgir også at de digitale skjemaene for avvik gir for lite rom for eksempler. Eksempler som gjentas som sammensatte avvik er smertelindring uten reell oppfølging, medikamenter som ikke blir gitt til riktig tid, stell som ikke blir utført i tråd med prosedyre eller ikke i det hele tatt,

samtalen som de ser er nødvendig men som ikke blir tatt, eller som Grethe beskriver: ”Ja, generelt det at vi ikke får observert det som vi skal”.

Det er likevel forskjell på utfordringene som foreligger ved bruk av skjønn ved avgrensede og sammensatte avvik. De sammensatte avvikene krever en stor kunnskapsbase bestående av både påstands-, ferdighets- og fortrolighetskunnskap, til å forstå hva som kan være konsekvensene av handlingene som utføres.

Sykepleierne forteller om mange avvik som ga synlig negativ innvirkning på pasienten, slik som Karin beskrev;

*”Når pasienter ligger og faster i flere døgn, det mener jeg også er et avvik. Gamle mennesker, de kan ligge bra lenge...De får væske, men ikke spist. De blir jo urolige og forvirret noen, men om man skal melde det, nei det vet jeg ikke”?*  
Karin, sykehus A

Jeg oppfatter Karin som at hun mener pleien ikke er god nok, men at hun er usikker på om dette er et avvik. Når ingen andre på avdelingen tilsynelatende reagerer på hendelser som foregår daglig så kan ikke Karin kalle hendelsen avvikende. Det er ulike elementer som kan virke på om hendelsen er et avvik eller ikke, blant annet normer og regler. Pleien er avvikende fra det Karin oppfatter er god pleie, men hun vet ikke om det er avvikende for avdelingens normer og regler. Mange hendelser oppleves for sykepleierne som avvik, men de opplever det er vanskelig å finne hva som eksakt er avvikende. Jeg forstår dette som at Karin er oppmerksom og oppdager avviket. Hun benytter påstandskunnskap som fysiologi til å begrunne avviket. Hun viser også til sine moralske vurderinger, og konkluderer med at hun mener hendelsen er et avvik. Likevel vet hun ikke om hun skal melde dette. Dette forstår jeg som en manglende fortrolighetskunnskap spesifisert som organisatorisk kompetanse. Hun er usikker på om hennes skjønn er godt nok. Hun gjør ikke noe spesielt for å finne ut av dette, og vil derfor fortsatt være usikker på om liknende hendelser er reelle avvik. Hun er ikke alene om denne usikkerheten, og i likhet med den andre informanten med minst erfaring så skrev ikke Karin avvik på slike hendelser.

Ved å trekke inn Molanders kunnskapsperspektiv mener jeg at funnene kan tyde på at manglende ferdighetskunnskap hos den enkelte ikke oppfattes som et reelt avvik, men mer er å oppfatte som en forventet del av pleiepraksisen. Ingen av sykepleierne trekker fram at slike mangler i ferdigheter eller opplæring kan ses i en større organisatorisk kontekst hvor det å sikre faglige ferdigheter hos den enkelte også handler om systemets ressurser og prioritering av opplæring. Det presenteres som ubehagelig å gå inn i slike situasjoner med mangler i ferdighetene, men sykepleierne tar heller ikke opp etiske perspektiver eller ansvarsforhold når de gjennomfører prosedyrer de ikke er fortrolig med som kan skade pasienten. Dette kan tyde på mangler i fortrolighetskunnskap, eller mer spesifisert som organisatorisk kompetanse.

Når sykepleierne forteller om avvik går ordet uforsvarlig igjen hos alle sykepleierne, og gjerne satt i sammenheng med elementer ved sammensatte avvik som ble beskrevet som faglig uforsvarlig pleie. En av sykepleierne med lite erfaring benytter begrepet uforsvarlig flere ganger når hun skal beskrive hendelser hun mener er avvik. Hun mener likevel begrepet faglig forsvarlig ble noe annet.

*”Når du setter faglig foran, sånn faglig uforsvarlig, da blir det plutselig litt mer vanskelig. Jeg kan si at det er uforsvarlig ja, men faglig uforsvarlig nei...”.*  
*Karin, sykehus A*

Hovedutfordringen til Karin, slik jeg forstår hennes utsagn, er at hun ikke har fått prøvd ut sin faglige forståelse i et felleskap. Ut fra det Karin sier kan jeg forstå det som at hun er usikker på sitt eget fag og på hva som faktisk er uforsvarlig. Det kan se ut til at hun mangler fagkunnskapen som gir argumentene for hvorfor hun opplever dette som uforsvarlig. Samtidig har hun opplevd hendelsen som uforsvarlig, og hun beskriver dette som en følelse i kroppen av at det skjer noe som ikke er riktig. Jeg forstår henne som at hun i liten grad er fortrolig med sin fagkunnskap og har vansker med å artikulere hva hun opplever. Begge sykepleierne med kort erfaring oppgir få eksempler på avvik som ikke er avgrensede og regelstyrte. De forteller om hendelser de har reagert på og om hendelser som de mener kan ha skadet pasient eller avdelingen på ulikt vis. De er likevel usikre på om hendelsene er å betrakte som avvik. De har vansker med å finne den faglige argumentasjon for hva avviket består av, som Maren beskriver: *”Det kan jo være noe bare jeg ser”*. Dette kan komme av at de har færre erfaringer med avvik, og i

mindre grad har diskutert eksempler på avvik med kollegaer. De beskriver en usikkerhet på om hvorvidt det de oppfatter som avvik er det samme som avdelingens normer for hva som er avvik som skal meldes. Å vurdere om hendelsen er et avvik eller ikke krever en oversikt som Maren eksemplifiserer:

*”Nyutdannede har jo samme ansvar som de med lang erfaring, men vi har ikke samme mulighet til oppdage feil eller mulige feil, også med systemet og sånn. De er jo ikke nødvendigvis dårligere, men er jo mindre kjent og kanskje ikke så trygg som fagperson. Du mangler kanskje den fulle oversikten”.*

*Maren, sykehus B*

Alle sykepleierne oppgir erfaring som sykepleier og trygghet i fagfeltet som en faktor for å oppdage og forstå sammensatte avvik. De forteller at feil er vanskeligere å melde for nyutdannede, fordi det omhandler kjennskap til rutiner og systemer og til organisasjonen som helhet. Vencke beskriver det slik:

*”Når du har lang erfaring tror jeg det er lettere å skille på hva som skal meldes og hva som ikke skal meldes. Da vet man hva som er jobben sin, og hva man kan klare, og man vet hvorfor det ble feil”.*

*Vencke, sykehus B*

Fortrolighetskunnskap omhandler å kunne artikulere med faglige argumenter for hvorfor avvik skal meldes. Orvik snakker om et språk som sykepleierne må øve på for å gjøre seg forstått blant andre aktører i helsevesenet, og at sykepleierne må opparbeide seg en helhetsforståelse av organisasjonen. Det skriftlige språket blir bastant, etterprøvbart og må være faglig og presist. Dette krever tid, som sykepleierne oppgir at de ikke har. Jeg mener videre at materialet antyder at de heller ikke har den nødvendige ferdighetskunnskap for å skriftliggjøre avvik.

Sykepleierne med lengst erfaring, har et utall eksempler på hendelser som de oppfatter som avvik. Grethe ramser opp mange slike hendelser:

*”... for eksempel smertetopper som burde vært tatt før det ble for ille, antibiotika som ikke blir gitt til rett tid, pasienter som ligger og venter på å bli katerisert mye lengre enn nødvendig...”*

*Grethe, sykehus A*

Grethe oppgir at hennes observasjoner av pasienter gjør en forskjell. Hun forholder seg ikke bare til oppsatt smerteregime men bruker skjønn og mener at hennes observasjoner kan føre til at smertelindring blir gitt tidlig nok. Hun er i så måte en kyndig sykepleier. Hun gjør best mulig samtidig som hun er oppmerksom på elementer som her at pasienten trenger mer smertestillende. Kyndigheten kommer særlig godt til syne når det skjer sammensatte avvik. Sykepleierne forteller om en utrygghet som nyutdannet sykepleier, og at de er blitt tryggere i sin rolle gjennom erfaring. Dette kan forstås som at de har bygd på med ulike kunnskapsformer og oppnådd en fortrolighet. Sykepleieren må bruke sitt skjønn, som består både av påstands-, ferdighets- og fortrolighetskunnskap, til å forstå hva som kan være konsekvensene av handlingene som utføres. En sykepleier med mye erfaring kan ha opparbeidet seg både økt påstandskunnskap faglige teorier, retningslinjer og lovverk, men også ferdighetskunnskap i form av å beherske teknologi eller praktiske øvelser. Ferdighetskunnskap kan være å sette kateter på en pasient som Grethe beskriver. Om pasienten ligger for lenge før prosedyren kommer i gang så henter Grethe frem sin påstandskunnskap som forteller henne om mulige konsekvenser som kan vanskeliggjøre prosedyren og gi negative konsekvenser for pasienten i etterkant. I tillegg benytter hun sin fortrolighetskunnskap til å vurdere at det er uetisk å la pasienten ligge med blærespreng og smerter lenger enn nødvendig. Jo høyere kunnskapsnivå på de tre elementene, jo enklere vil det være å kunne vurdere om handlingene er utført kritikkverdig eller ikke, og samtidig finne argumenter for hva som kan forbedres. Når sykepleieren er fortrolig med sin kunnskap og egne handlinger i situasjonen kan hun også evne å ha oppmerksomhet på andre faktorer som kan påvirke situasjonen.

Slike andre faktorer som kan virke på pleien er det sykepleierne med mest erfaring eksemplifiserer. Faktorer er for eksempel at tropper i seng kan føre til liggesår, at dårlig hygiene kan føre til infeksjoner og at smertestillende som ikke blir gitt kan føre til unødvendige smertetopper. Økt kunnskap i ett eller flere av de tre kunnskapsformene kan føre til at sykepleierne oppdager avviket som de ikke forsto tidligere, samt at økt kunnskapsbase gir de argumenter og trygghet for å levere avviket. Det er interessant å merke seg at det at sykepleierne beskriver at erfaring har ført til at de oppdager avvik

som de ikke så når de var nyutdannede, men materialet viser at dette ikke nødvendigvis fører til at de skriftliggjør avvikene.

Organisatorisk kompetanse som en del av fortrolighetskunnskap er her naturlig å nevne. Høyere organisatorisk kompetanse vil kunne bety at sykepleierne i større grad ser seg selv som en brikke i et system. Ut fra dette kan materialet forstås om at tre av sykepleierne ikke ser sin rolle som sykepleier fullt ut. De er opptatt av sin kliniske rolle i tilknytning til pasienten, men viser manglende oversikt over rollen som en del av en organisasjon. Om de forstår at feilene de gjør ikke bare er personlige feil, men også er en konsekvens av systemet er det rimelig å anta at de i større grad melder avvik som er dilemmafylte.

Vencke viser til hvilke elementer hun i dag bruker for å vurdere og argumentere for om hendelsen er et avvik, kontra når hun var nyutdannet:

*”Sånn helt overordnet så har jo avvik å gjøre med yrkesetiske retningslinjer, men jeg tenkte ikke på det når jeg var nyutdannet. Jeg ville nok meldt feil da og, men mer sånn systemfeil, som at pasienten ikke blir hentet til riktig tid, eller rutiner som ikke er gode nok, for eksempel dobbeltkontroll av narkotika”.*  
Vencke, sykehus B

At Vencke trekker frem yrkesetiske retningslinjer, og i tillegg beskriver at hun ikke ville ha tenkt på det da hun var nyutdannet forteller noe om at erfaring som sykepleier har betydning for hvordan hun forstår og argumenterer for hva som er et avvik. Dette kan ha betydning for hvilke avvik som blir meldt. Yrkesetiske retningslinjer er nedskrevne regler for hvordan sykepleierne bør opptre i forhold til pasienter, kollegaer, organisasjonen og samfunnet som helhet. Jeg forstår Vencke slik at de yrkesetiske retningslinjene hjelper henne til å oppdage og vurdere hva som er et avvik, noe hun ikke tenkte på tidligere og dermed leverte kun systemfeil – eller konkrete feil som ikke behøvde skjønnsmessige vurderinger. Om hendelsen hun erfarte ikke var i samsvar med retningslinjene, kunne hun benytte disse til å argumentere for at hendelsen var et avvik. Yrkesetiske retningslinjer kan regnes som påstandskunnskap - som en teori - men krever likevel bruk av sammensatt kunnskap i praksis. Jeg oppfatter Vencke som at det var nødvendig med praksiserfaring og fortrolighet til feltet for å kunne forstå og benytte

disse retningslinjene, noe som er helt i tråd med Molanders syn om at det ikke er hensiktsmessig med et skille mellom praktisk og teoretisk kunnskap fordi de er sammenvevd.

De tre andre sykepleierne benytter allmenne retningslinjer og normer til hjelp for å forklare hva som er et avvik. Alle sykepleierne trakk frem kollegaers dårlige holdninger i møte med pasienter som et avvik som burde meldes.

*”Jeg kan reagerer på kollegaers holdninger og kommunikasjon til pasienter. Jeg ville jo ikke selv ha blitt behandlet sånn. Jeg tenker at jeg reagerer ut fra normal folkeskikk”.*

*Grethe, sykehus A*

Allmenne retningslinjer som folkeskikk er uskrevne normer, og jeg oppfatter disse som svakere enn skriftlige regler som yrkesetiske retningslinjer. Normene er sterke nok til at sykepleierne reagerer på brudd på disse og vurderer det som avvik. Samtidig sier samtlige noe om at de opplever disse avvikene som vanskelige å melde. Normene er subjektive og vanskelig å forklare som Karin beskriver:

*”Folkeskikk er, jo jeg vurderer det som om det er noe jeg reagerer på, sånn som jeg syns selv. Litt sånn hva man føler og tenker selv”.*

*Karin, sykehus A*

Yrkesetiske retningslinjer inneholder mye av det jeg vil kalle normal folkeskikk, og begge normene ville kunne blitt brukt for å argumentere for avvikene. Jeg mener det er rimelig å anta at å vise til skriftlige retningslinjer er mest troverdig å benytte som argument. Likevel benytter tre av fire sykepleiere ikke yrkesetiske retningslinjer som argument. På konkret spørsmål om de kjenner til retningslinjene så svarer alle bekreftende, men tre av sykepleierne kjenner i liten grad til innholdet. Jeg tenker at denne manglende kjennskapen kan gjøre det vanskeligere å argumentere for og å skriftliggjøre normbrudd som avvik. Samtidig viser alle sykepleierne at de reagerer på uetiske, uverdige eller uforsvarlige handlinger, og ut fra Molander handler kyndighet ikke om hva personen kjenner til men hva de gjør. Det er mulig sykepleierne handler ut fra de etiske retningslinjene selv om de ikke kjenner til innholdet i retningslinjene lengre.

Det sykepleierne reagerer ut fra kan også være det som Martinsen kaller normmoral i skjønnet, som er regler og prinsipper skapt av mennesker for å uttrykke det vi bør gjøre. Martinsen kaller dette for ”kjærlighetens idé”. Martinsen hevder at når spontaniteten svikter må man holde på normene for å få uttrykt det man ville ha gjort fordi man var glad i noen (Martinsen, 2006). Ved avvik kan man si at å registrere er å gjøre godt for pasienten på kort og lang sikt. Jeg tror ikke spontaniteten svikter av vond vilje, men jeg mener det ikke er enkelt å se at å levere et avvik er å gjøre godt, slik som Karin beskriver:

*”Jeg tenker ikke over hva jeg burde skrive avvik på og sånn, egentlig kan vi skrive avvik på alt jo. Om det skjer et avvik så faller det meg ikke inn å gå å skrive det ned”.*

*Karin, sykehus A*

De yrkesetiske retningslinjene kan sies å være sykepleierens hjelp til å uttrykke det vi bør gjøre som sykepleiere, som i tilfeller med avvik er å gjøre godt for pasienten, kollegaene og organisasjonen.

Normen for hvilke avvik som reageres på oppgis av to av sykepleierne å være formet gjennom hva som blir snakket om og fokusert på i pleiegruppen. Maren viser til at avvik er noe som av og til diskuteres på avdelingen, og at hun forstår at det som snakkes om er det som er viktig og dermed det som skal meldes. Det som blir tatt opp i pleiegruppen i følge Maren er trivielle, avgrensede avvik som eksempelvis rydding som man kunne ”skjerpe seg på”. Avgrensede, alvorlige avvik var som tidligere nevnt relativt uproblematisk å være enige om i pleiegruppen om at disse skulle meldes. Grethe sier motsatt, at avvik og diskusjon av hva som er et avvik i liten grad diskuteres blant kollegaene, og at de dermed også melder få avvik på avdelingen. Alle informantene oppgir at å melde skriftlige avvik på sammensatte hendelser er vanskelig, selv om de opplevde situasjonen som alvorlig. De begrunner dette med at sammensatte hendelser krever bruk av skjønn for å vurdere hva som er en riktig handling. De skjønnsmessige vurderingene trenger de å diskutere med andre sykepleiere, men de er som oftest alene. Det at de ofte arbeidet alene gjorde at de opplevde en usikkerhet på hva som var riktig handling, og også om de selv hadde gjort en feil, slik som Grethe viser til:



*”Ofte ser man at systemfeil meldes, men ikke personlige feil, og her er det nok store mørketall. Det er vanskelig å vite for vi arbeider sjelden to og to, så hvem skal vurdere om det er en feilvurdering eller andre personlige feil – det er jo kun om pasienten klager”.*  
Grethe, sykehus A

Jeg tolker sykepleierne som at de opplevde det nødvendig å diskutere hendelsen med en kompetent medarbeider før de eventuelt skriftliggjorde avviket. Jeg oppfatter videre at gjennom den muntlige formen, enten i rapportsituasjon eller andre uformelle situasjoner, gis det anledning til den enkelte sykepleier å prøve ut sin forståelse av den uønskede hendelsen, og komme fram til en felles faglig forståelse av hvordan avviket skal håndteres i lag med sine kolleger. Mangel på slik felles refleksjon og diskusjon kan forstås som en årsak til at mange avvik ikke blir skriftliggjort. Videre kan sykepleierne mangle ferdighetskunnskap som er nødvendig for å skriftliggjøre avviket. Dette gjelder ikke bare å kunne håndtere programvaren, som tre av fire sykepleiere beskriver som vanskelig, men også å faktisk kunne skriftliggjøre hva de erfarer i en språkdrakt som er forståelig også for de som ikke er sykepleiere og ikke har sett situasjonen. Ofte vil det kreve beskrivelsen, og den kan være lang for å få med alle detaljer som er i spesifikke situasjoner.

For at sykepleierne skal kunne styrke sin fortrolighetskunnskap, er de avhengig av dialogen i pleiegruppen. Kultur, normer og verdier - som ofte er taus kunnskap - er slik jeg forstår Molander en del av fortrolighetskunnskapen. Ut fra dette er dialogen viktig for å oppnå forståelse av hva et avvik er, både for den enkelte sykepleier – men også for fellesskapet. Om sykepleierne skal kunne ha en felles norm for hva som er avvik og hvordan man handler i disse situasjonene er det nødvendig med rom og interesse for tematisering av avvik med tanke på å gjøre vurderingene enklere for den individuelle sykepleier. Det kreves ulike elementer av kunnskap, men også mot for å argumentere for faglige vurderinger. Dette oppgir sykepleierne er krevende å få til alene.

## **4.2 Organisatoriske forholds betydning for avviksregistreringen**

**Funn:** Avvik skal følges opp ut fra en prosedyre. Avvik som ikke blir fulgt opp av leder er ut fra prosedyren et nytt avvik. Ingen av sykepleierne oppgir dette som et avvik.

**Funn:** Faktorer som virker negativt for registrering er:

- Høy arbeidsbelastning. Alle sykepleierne oppgir at å bruke tid til skriftliggjøring av avvik nedprioriteres ved høy belastning. En sykepleier med tidligere ledererfaring oppgir å likevel melde avvik, men samler disse opp til et senere tidspunkt.
- Nytteverdi av å skriftliggjøre avviket. Begge informantene fra sykehus A, oppgir manglende tiltro til at skriftlige avvik har en nytteverdi ut fra tidligere erfaring. Sykepleierne på sykehus B oppgir tiltro til at kollegaene ser avviket som et ledd i kvalitetsforbedring
- Miljøets betydning. Alle informantene oppgir at kollegial trygghet og dialog har stor betydning for om avvik blir meldt skriftlig. Sykepleierne med minst erfaring uttrykker bekymring for å ”tape ansikt” når de skriftliggjør avvik. Sykepleierne ved sykehus A oppgir frykt for sanksjoner.

#### 4.2.1 Høy arbeidsbelastning

**Funn:** Avvik skal følges opp ut fra en prosedyre. Avvik som ikke blir fulgt opp av leder er ut fra prosedyren et nytt avvik. Ingen av sykepleierne oppgir dette som et avvik.

**Funn:** Alle sykepleierne oppgir at å bruke tid til skriftliggjøring av avvik nedprioriteres ved høy belastning.

Alle sykepleierne oppgir å ha høy arbeidsbelastning. Tre av fire informanter oppgir at faktorer som arbeidspress og bemanning fører til at de gjør feil, slik som Grethe beskriver;

*”Når vi har for mye å gjøre er det mange arbeidsoppgaver som ikke blir gjort, for eksempel kan medisiner bli forsinket, og om det er smertestillende som de må ligge å vente på kan de få smertetopper, og andre pasienter har vi ikke tid til å få stelt. Jeg rekker heller ikke å gå på do eller spise lunsj. Det skjer ufattelig mange ting som aldri blir skrevet eller nevnt noen plass. Samvittigheten min, og lovverket gjør at jeg burde melde det, men det blir alt for sjelden gjort”.*

*Grethe, sykehus A*

Tre av sykepleierne forteller videre at avvik er så vanlig at de som Karin beskrev ”så tenker man liksom ikke mer over det”. De tre sykepleierne prioriterer tiden slik at de ikke bruker tid på å levere skriftlige avvik, de samler opp avvik og eventuelt skriver de

avviksmeldingene på slutten av dagen. Om det er travelt over flere dager kan de levere avvik for flere dager samlet, men at det i hovedsak ikke blir gjort:

*”Avvikene skrives ikke underveis, de skrives eventuelt på slutten av dagen eller neste dag. Vi har egentlig ikke tid og overskudd til å ta tak i de tingene”.*  
Grethe, sykehus A

De gir likevel tydelig uttrykk for et opplevd ansvar for å melde fra om uønskede hendelser, til tross for tidspress.

*”Jeg ønsker jo egentlig å melde mer. Vi har jo en plikt til å melde avvik, og man går jo og føler på at man burde gjøre noe med det”.*  
Grethe, sykehus A

Alle sykepleierne beskriver ulike dilemmaer. Når de erfarer å ikke kunne gi god pleie skaper det dårlig samvittighet i etterkant av vekten. Sykepleierne oppgir at de tenker over hva de har gjort og ikke gjort på vekten etter at de har kommet hjem, og da oppdager flere ting de burde ha gjort. En av disse tingene er å skriftliggjøre avvik, selv om det var trivielle avvik, slik som Maren forklarer;

*”Når jeg har kommet hjem så tenker jeg jo over de tingene jeg ikke har rukket, selv om det ikke er noe alvorlig man ikke har rukket, men at man i utgangspunktet synes man skulle ha rukket. Man føler innimellom at man gjerne skulle vært en time ekstra, og kanskje fulgt opp mer. Vi rekker ikke over alt vi skal gjøre. Så blir det som ikke blir gjort bare forskjøvet til nattevakten og så videre. Det er ingen god følelse å gå hjem med”.*  
Maren, sykehus B.

Dette oppfatter jeg som en handlingsstrategi som først og fremst er brannsløkking, men som ikke løser årsaken til avviket. Sykepleierne som ikke prioriterte å melde avvik kan ut fra dette ha kunnskaper som er nødvendig for å oppdage avviket, men mangler fortrolighetskunnskap i form av organisatorisk kompetanse for å se sin egen rolle i systemet. Brannsløkking som strategi vil kunne fungere der og da, men om begrunnelsen for å ikke levere avvik er dårlig tid – vil det ikke bli noe bedre av å ikke gi beskjed om dette. Det må en rutineforbedring til. Sykepleierens mener at deres ansvar er å argumentere faglig for hvorfor rutinen må endres. Fortrolighet innebærer å gjøre riktige vurderinger ut fra resultat der og da. Kyndighet omhandler å i tillegg lete etter forbedringsmuligheter. Tre av fire sykepleiere viser til at de av ulike grunner velger å

håndtere avviket der og da og å ikke skriftliggjøre det de ser eller gjør. Tid er et element som de tar opp gjentatte ganger. De skildrer en stor arbeidsbelastning og presenterer dette som en årsak til at avvik ikke blir levert skriftlig. Det er tydelig at sykepleierne opplever store utfordringer i forhold til hvordan de skal disponere tiden sin gjennom arbeidsdagen. Sykepleierne oppgir å ville bruke sin tid til beste for pasienten, men må også ta hensyn til kollegaer og virksomhetens koordinering for øvrig, i tillegg til egne private gjøremål.

*”Man kan jo plutselig gjøre en feil uten å tenke over det, henge opp antibiotika på feil sted for eksempel. Utgangspunktet er jo at du selv gjør en feil, men det henger jo sammen med arbeidspress og hvordan det er på avdelingen da”.*  
Maren, sykehus B

Tiden, slik jeg forstår materialet, står ikke alene som en statisk faktor, men påvirkes av sykepleierens skjønnsmessige prioriteringer av handlinger. De avvikene som sykepleierne beskriver skjedde på grunn av for dårlig tid til å gjøre nødvendige arbeidsoppgaver, kan også årsaksforklares med sykepleierens evner til å prioritere tiden. Dette opplever sykepleierne som dilemmafylt, og dermed som vanskelig å skrive avvik på, som Maren beskriver: ”er det min feil, eller er det avdelingens”?

Dette kan forstås som at sykepleieren benytter sin ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap til å kunne utføre arbeidsoppgaver innenfor fastsatt tid. Å prioritere i seg selv forstår jeg som en ferdighet. De må kunne utføre ulike arbeidsoppgaver og beregne tidsbruk for å kunne sette opp en prioriteringsliste. En slik ferdighet krever fortrolighet til fagfeltet og virksomheten. Sykepleierne må gjøre skjønnsmessige vurderinger av hvilke handlinger som skal prioriteres opp og ned på listen. Det er her avviksprosedyren ikke får prioritet. Jeg mener materialet viser at sykepleierne ikke prioriterer å bruke tid på å melde avvik. Problemet er at uten skriftliggjøring ser det ut til at problemet vedvarer. Sykepleierne beskriver alle å ha kjent på dårlig samvittighet fordi de ikke har gjort nok for pasienten. De oppgir slike hendelser som avvik som burde vært meldt slik at andre pasienter slapp å oppleve dårlig pleie. Det er særlig de sammensatte hendelsene som er gjennomgående hos sykepleierne som avvik de har tenkt på i etterkant burde ha vært meldt. Materialet viser også motsatt

at når pasienten er ”ute av syne”, så er de også ”ute av sinn”, slik som Grethe beskriver det å skrive avvik:

*”Man tenker at man skal gjøre det neste dag, også er neste dag like hektisk, og plutselig så er pasienten dratt”.*  
Grethe, sykehus A

Avvik som ikke får konkrete konsekvenser for den ene pasienten, som da er utskrevet fra avdelingen, kan likevel få konsekvenser for neste pasient som erfarer det samme. Dette er noe jeg oppfatter at sykepleierne ikke ser, eller som i alle fall ikke fremkommer i materialet. Orvik kaller dette et kunnskapsgap som omhandler sykepleierens del av helheten i kvalitet i pleie. Alle sykepleierne pekte på at virksomhetens drift hadde betydning for at avvik skjedde. Sykepleierne med lengst erfaring pekte på konsekvensene avdelingens organisering kunne ha for pasientene, og benyttet dette som argument for hvorfor ulike hendelser de hadde erfart burde vært levert inn som avvik likevel. Dette forstår jeg som at sykepleierne med mest erfaring er klar over at om de skriftliggjør avviket så kan de påvirke slik at neste pasient kan oppnå høyere kvalitet på pleien.

Vencke, som den eneste informanten, fremstiller at hun leverer alle avvik hun oppdager. Hun beskriver at å melde avvik er en grei ting, at hun er tro mot systemet og melder det hun skal melde. Hun beskriver mange ulike hendelser hvor hun har meldt avvik, både avgrensede hendelser og hendelser som har krevd skjønsmessige vurderinger.

*”På skalaen for å melde avvik er det jo alt mellom kjempealvorlig og andre mer sånn forbedringsområder. Jeg vil melde forbedringsområdene også. Det har vært meldt sånn nestenulykker, sånn at en sykepleier går inn til en pasient med feil antibiotika men ikke henger den opp”.*  
Vencke, sykehus B

Vencke har lengst erfaring av alle sykepleierne, og også en bakgrunn innenfor ledelse. Jeg oppfatter at Vencke beskriver at hun tar ansvar for sin del av pasientsikkerheten gjennom å melde avvik på alt som kan forbedre pasientpleien. Hun argumenter for dette slik;

*”Jeg er jo pålagt å melde avvik om noe går galt, men det er nok ikke det som driver meg. Jeg vil jo være ærlig med pasienten, ja og de andre kollegaene mine*

*også. Jeg må jo få rettet opp i feilen, begrense skaden og forhindre skade. Jeg tenker at å melde avvik er jo først og fremst på grunn av pasienten, og at det kan forhindre at noen andre gjør samme feilen. Men det er jo klart, det er jo pålagt også, og en del av min jobb”.*  
Vencke, sykehus B

Jeg mener det er en rimelig tolkning at Venckes syn på avviksregistrering er formet gjennom en utvidet organisatorisk kompetanse. Funnet indikerer at sykepleieren med ledererfaring klartest beskriver hvordan hun prøver å påvirke systemet til forbedringer til tross for blant annet tidspress. Dette forteller meg at hun ser sin rolle både som kliniker og som en del av en virksomhet. Hun vet hva hun kan og bør gjøre, men også hva organisasjonen burde endre på og hvordan hun kan påvirke til at endring skjer. Dette er det jeg forstår som organisatorisk kompetanse. Vencke oppgir at avviksregistrering er en måte å påvirke til endring. Hun sier det er nødvendig for alle sykepleiere å ta sin del av ansvaret for pasientsikkerheten. Om dagligdagse og irriterende småfeil ikke skal hende, så må det leveres skriftlige avvik også på disse, slik som Vencke sier hun gjør. Hun beskriver å være fortrolig i sitt fagfelt, og viser til hvordan hun alltid argumenter for hvilke arbeidsoppgaver hun ikke har rukket å utføre og hvilke konsekvenser dette kan medføre for pasienten. I min forståelse benytter hun sin fortrolighetskunnskap til å hente frem påstandskunnskap for å argumentere for hva som er avviket i situasjonen. Hun har nødvendige ferdighetskunnskaper til å skriftliggjøre avviket ut fra en fortrolighet til prosedyren, og hun er fortrolig med sin egen rolle i organisasjonen, både ovenfor pasient, kollegaer og som kvalitetsledd i en helhet. Hun er ut fra dette en kyndig sykepleier.

Tre av informantene mener at manglende samlet kompetanse eller for liten bemanning på avdelingen var en av årsakene til at avvik skjedde. De vurderer ansvaret for dette er hos ledelsen. To av sykepleierne, begge fra sykehus A, beskriver dette som en årsak til at de ikke bruker tid på melde avvik hverken skriftlig eller muntlig, slik som Grethe beskriver:

*”Vi har konstant for lite personell. Jeg har ikke tatt det opp med leder, men de er fullstendig klar over situasjonen. Man blir jo frustrert når det konstant er for lite folk. Jeg driver heller ikke å ringer de opp for å fortelle dem at det er for lite folk på når jeg kommer på vakt, for det vet de allerede. Det burde de ha ordnet opp i på forhånd”.*  
Grethe, sykehus A

Grethe fra sykehus A forteller videre at kompetansen måtte svare til arbeidet som kreves gjort, og om ikke så oppfatter hun det som et avvik.

*”Det trengs et trenet øye for å se forandring hos pasienten på et tidlig stadium. Ledelsen vet jo veldig godt hvem som har erfaring på de ulike områdene, likevel var det var ingen som spurte oss om vi kunne forskyves til natt, selv om vi ga beskjed til leder om at pasienten måtte ha noen med denne erfaringen. Av og til blir man litt sånn fandenivoldsk og tenker at det ikke er vår jobb å sørge for at ting ordner seg, men man tenker jo i etterkant på hvordan det gikk for den pasienten. Samtidig så vet man jo at i de aller fleste tilfeller så går det jo bra. Det er kanskje bare en tenkt risiko. Veldig ofte så seiler ledelsen på at folk tilbyr seg å jobbe”.*

Begge sykepleierne fra sykehus A beskriver en oppfatning av at leder ser på de som bare ”hender” og ikke ”hode”, og at leder ikke så ut til å forstå at individuelle pasienter krevde individuell kompetanse og at kompetansen ikke var lik hos alle ansatte. Dette forstår jeg som at de opplevde å ikke bli anerkjent for den kunnskapen de hadde. Denne manglende anerkjennelsen oppfattet jeg førte til en resignasjon hvor sykepleierne overlot ansvaret for avvik og mulige avvik i fremtiden helt og holdent til ledelsen. Jeg oppfattet likevel ikke at denne resignasjonen og ansvarsfraskrivelsen ble uttalt høyt til leder eller dokumentert på noe vis. Til tross for ansvarsfraskrivelsen så bruker Grethe ofte legene for å oppnå det hun vil for pasientene. Dette gjør hun når hun oppfatter at det ikke hjelper å henvende seg til sykepleierlederen.

*”Spesielt leger er oppmerksom på den pleietyngden sykepleierne har, og stryker ofte elektive pasienter når vi sier ifra om pleietyngden – og ikke minst at det ikke er erfarne sykepleier tilstede til å ta vare på pasienten”.*

*Grethe, sykehus A*

Hun mener at legen har stor påvirkningskraft på systemet, og beskriver hendelser hvor hun kontaktet legen, som igjen tok grep der hun mente var nødvendig. Dette gjorde hun for å gi hensiktsmessig og kvalitet i pleien, som hun sier:

*”det er liten vits for kirurgen å operere pasienten, om ikke pasienten blir tatt vare på i etterkant av kompetente sykepleiere”.*

*Grethe, sykehus A*

Grethe oppgir å hun håndterte situasjonen praktisk og at hun slik tok ansvar for pasienten. Hennes utsagn forstår jeg som en frustrasjon og en form for mistillit til leder.

Samtidig prøver hun å påvirke betingelsene muntlig der hun ut fra erfaring vet det fungerer. Dette oppfatter jeg som organisatorisk kompetanse, en utvidet kunnskap, hvor sykepleieren skal kjenne til og ha evne til å påvirke og kommunisere for å endre systemene som har betydning for pleien. Nødvendige ferdigheter er å kunne kommunisere med faglige argumenter uten å fremstå fagspesifikk. På sykehus A kan organisatorisk kompetanse se ut til å være spesielt nødvendig i og med at de beskriver en mistillit til sykepleieleidelsen og gjentar at de ikke får svar på de avvik de allerede har levert. Å ikke få tilbakemelding på om avviket er blitt lukket eller ikke, kan regnes som et nytt avvik. Dette avviket omtales ikke som avvik i materialet. Sykepleierne beskrev derimot at de har overlatt ansvaret for avviket til ledelsen. Alle sykepleierne sier at avviksprosedyren er et ledd i kvalitetssikring utenfor det som skjer inne på pasientrommet i den spesifikke situasjonen. Jeg forstår materialet som at sykepleierne ser sin rolle i organisasjonen, som en varsler, og mener at leders rolle er å følge varslene opp. Dette kan fungere uproblematisk om systemet fungerer i tråd med intensjonen til avviksprosedyren. Når virksomheten fungerer dårlig eller ikke optimalt, så settes det ytterligere krav til organisatorisk kompetanse hos sykepleieren.

#### 4.2.2 Det skriftlige avvikets nytteverdi

Funn: Begge informantene fra sykehus A, oppgir manglende tiltro til at skriftlige avvik har en nytteverdi ut fra tidligere erfaring. Sykepleierne på sykehus B oppgir tiltro til at kollegaene ser avviket som et ledd i kvalitetsforbedring

Alle sykepleierne er tydelig på at leder har stor betydning for om avvik blir skriftliggjort. Det er interessant å merke seg at det var stor forskjell mellom de to sykehusene. Begge sykepleierne fra sykehus B snakker om leders positive rolle for skriftliggjøring av avvik:

*”Vi kan jo ikke ha et system hvor vi melder avvik uten å gjøre noe med det. Det har jo ingen hensikt. Det må jo følges opp, de ansatte må få fortelle om hendelsen og vi må få innspill på hva som kunne vært gjort annerledes – også må det gjøres noe annerledes. Om ikke så er det jo bare statistikk som ikke betyr noe. Vi har en ettersamtale med involverte i avvik. Fokus i en sann ettersamtale i etterkant er på hva som kunne vært gjort annerledes, hva som førte til at det her gikk galt. Det er mer på at sykepleieren skal få fortelle om sin opplevelse, vi har jo mange tanker rundt hva som har skjedd, har jo vår historie. Når det skjer*



*avvik så er det to måter å lære av det på, det ene er statistikk, men man må ikke slutte å snakke om det for å få med fortellingene og dybden. Det er bedre læring enn kun på papir. Det er kjempeviktig begge deler. Det er alltid mer til hendelsen enn det som får plass på papiret”.*

*Vencke, sykehus B*

Sykepleierne ved det andre sykehuset snakket motsatt om at leders manglende oppfølging som førte til at de ikke skriftliggjorde avvikene.

*”Konkret har jeg vel ikke sett noen forandring om jeg har levert avvik. Det skjer jo ikke noe, det er vel det som er problemet. Når det skjer noe feil så burde det jo tas opp med hele personalgruppen. Ledelsen burde ta det opp det vi kan bli bedre på opp på et personalmøte”.*

*Karin, sykehus A*

Sykepleierne fra sykehus A formidler at ledelsen allerede vet om problemene med blant annet for stor arbeidsmengde til å levere skriftlige avvik, og dermed oppfatter de at ledelsen har overtatt ansvaret om det skulle skje noe galt. Samtidig formidlet sykepleierne at ledelsen var svært positiv til at personalet skulle skrive avvik, men Grethe fortalte om forvirring og frustrasjon på grunn av manglende konsensus mellom det leder sier og det leder gjorde:

*”Ledelsen sier det er bra at vi skriver avvik, men det hjelper jo ikke når det ikke skjer noe med de vi leverer. Jeg har ikke fått noen tilbakemelding fra leder på avvik jeg har levert”.*

*Grethe, sykehus*

Jeg forstår sykepleierne på begge sykehusene som at skriftliggjøring av avvik avhenger av å se en nytteeffekt og et mål for at de skal prioritere dette arbeidet. Det kan se ut til å være nødvendig med leders kontinuerlige fokus for å ikke oppleve likegyldighet til eller nedskalering av avviksmeldingens viktighet. En slik nedskalering kan se ut til å føre til at få avvik blir levert skriftlig.

Manglende opplæring ble trukket frem som et argument på hvorfor det skjer avvik – og på hvorfor de ikke skriftliggjør avvik, her eksemplifisert gjennom Karin:

*”Jeg visste jo ikke hvordan det utstyret fungerte, men jeg gjorde ingenting egentlig. Men det er jo ledelsen sitt ansvar å sørge for opplæring, man burde jo fått lært prosedyren før man blir kastet ut i det”.*

*Karin, sykehus A*

Leder setter sykepleierne til arbeidsoppgaver de mener de ikke har forutsetninger til, men de mener likevel at ukjente situasjoner må tolereres og håndteres. Dette dilemmaet gjør at de ikke skriftliggjør avvik. Jeg forstår sykepleierne som at ansvaret for opplæring ligger hos leder, og dermed også ansvaret for om det kommer til å skje en feil når de utfører oppgaver de ikke har fått opplæring på. Videre dilemma, slik jeg forstår materialet, er også at sykepleierne mener at leder burde vite om denne manglende kunnskapen på forhånd, uten at de selv gir leder beskjed.

Manglende opplæring beskriver sykepleierne også i forhold til å finne og kunne programvaren for å registrere avvik. Dette kan forstås som manglende ferdighetskunnskap i forhold til bruk av pc. Sykepleierne med minst erfaring sier dette har betydning for om avvikene blir levert skriftlig. Alle oppgir å ha fått undervisning på hvordan avvik skal leveres, men undervisningen skildres som tilfeldig og ikke satt i system gjennom avdelingsledelsen. To av sykepleierne beskriver undervisningen som ikke tilstrekkelig og at prosedyren er vanskelig å fylle ut teknisk:

*”Vi har fått internundervisning om avvik, men jeg skjønner jo fortsatt ikke noe av det. Skal jeg skrive ett avvik så må jeg ha hjelp av tusen andre for å få det skrevet. Kanskje jeg må gå helt til oversykepleier for å få hjelp til å få skrevet et lite avvik, som en tropp, og det vil jeg ikke gjøre”.*

*Karin, sykehus A*

En annen utfordring som sykepleierne tok opp var å vite hvilken kategori avviket skulle settes inn i den ferdige malen for avviksprosedyre. Det var gjerne de sammensatte hendelsene, som krevde bruk av etikk og dermed skjønn og fortrolighet for å vurdere riktig eller gal handling som ble vanskelig å kategorisere, slik som Vencke beskrev;

*”Også avvik som går på personlige ting, sånn som holdning, om du er litt tøff i kjeften til pasienter og sånt, det skal jo også inn i et system og behandles systematisk og dokumenteres, men en kan jo ikke det på samme måte”.*

*Vencke, sykehus B*

Å forstå prosessen når avvik blir registrert kan ha betydning for sykepleiernes handlinger når de erfarer avvik. Sykepleierne med minst erfaring på begge sykehusene har liten kjennskap til hva som skjer med avviket i etterkant av å ha at levert det til leder:

*”At et avvik er ferdigbehandlet vet jeg egentlig ikke hva betyr, men sikkert at det er fulgt opp, altså en eller annen prosess i forhold til avvik, jeg vet ikke hva det er”.*  
Karin, sykehus A

Dette kan forstås som mangler i fortrolighetskunnskap i form av organisatorisk kompetanse hos de mest nyutdannede. Sykepleierne med lengst erfaring beskriver at å registrere avvik skriftlig har høy verdi for sykepleiens kvalitet. Begge beskriver hva som skjer med avvikene i etterkant, både at de gikk til leder og leders frist på å ferdigstille avviket. Innen fristen skulle den som varslet avviket få en tilbakemelding om hva som var gjort fra ledelsens side for å forhindre at hendelsen kunne skje igjen. Grethe fra sykehus A er en av de som jeg oppfatter har gode kunnskaper om avviksprosedyren, og også en som fremskatter avvikets verdi. Jeg tolker henne likevel resignert og frustrert gjennom følgende utsagn:

*”Det skal jo ha en nytte også å melde, og å melde på noe som likevel ikke har blitt bedre over år, nei det er vanskelig”.*

Grethe, sykehus A

Vencke fra sykehus B beskriver motsatt og positiv erfaring med å skriftliggjøre avvik:

*”så følges det opp av leder og ryddes opp i det som kan ryddes opp i der og da, alt annet sendes videre til leder over. Derfor er det viktig å levere alle avvik. Det er et ledd i kvalitetssikring.”*

Venche, sykehus B

Alle sykepleierne formidler å ikke alltid ha fått tilbakemelding på avvik de har levert. På sykehus A var dette mer regelen enn unntaket, mens det var motsatt på sykehus B. Om sykepleierne må lete for å finne prosedyren for å kunne levere skriftlige avvik, er usikker på eget ansvarsforhold eller på hva som skjer i forhold til oppfølging av avviket så kan dette ha betydning for om de registrerer avviket skriftlig eller ikke. Jeg mener det er en rimelig antakelse at god oppfølging og fokus på at det er viktig å melde skriftlig avvik fører til at det blir levert mange avvik, noe Maren bekrefter gjennom å vise til nok et dilemma:

*”Melder vi mange avvik så blir vi tatt på det og, hva i all verden er det som er feil på vår avdeling. Men jeg ville heller ha ligget på en avdeling som melder mange avvik slik som vår avdeling, enn de som melder få. Der tror jeg det er store mørketall*

*Maren, sykehus B*

Jeg forstår materialet som at alle sykepleierne har sammenfallende syn på hvordan opplæring og oppfølgingen av avvik burde være, og ut fra dette kan sykehus B se ut til å ha en gullstandard på oppfølgingen. Sykehus B sine sykepleiere er svært fornøyde med oppfølgingen, men mener de har noen skritt å gå for å systematisere en god opplæring. Sykepleierne ved sykehus A er misfornøyd med systemets opplæring og oppfølging. De har ikke gjort noe spesielt i forhold til å etterspørre tilbakemelding på avvik eller påvirke organisasjonen for å oppnå en bedring.

I et teoretisk perspektiv kan sykepleiernes utsagn tolkes til at de ikke er oppmerksomme på sin organisatoriske kompetanse og når denne kan benyttes. De kan se ut til å mangle kjennskap til at også virksomhetens manglende oppfølging av avvik kan avviksregistreres, noe som er nødvendig for å følge opp et system som svikter. I tillegg mangler noen sykepleiere visse ferdigheter som kommer til syne ved bruk av datamaskin.

#### **4.2.3 Miljøets betydning**

Funn: Alle informantene oppgir at kollegial trygghet og dialog har stor betydning for om avvik blir meldt skriftlig. Sykepleierne med minst erfaring uttrykker bekymring for å ”tape ansikt” når de skriftliggjør avvik. Sykepleierne ved sykehus A oppgir frykt for sanksjoner.

Utrygghet i et kollegium fremkommer i materialet som viktig og kan medføre at avvik ikke blir meldt. Grethe forteller at det er vanskelig å diskutere egen og kollegaers kompetanse på sin arbeidsplass. Hun oppfatter situasjoner som uforsvarlig pleie nettopp fordi pleiere med for lite kunnskap om feltet blir satt på krevende pasienter. Hun mener at personen ikke er kompetent til å gjøre arbeidet og at dette i hennes øyne er et avvik:

*”Teknisk sett kan de jo gjøre det, men kunnskapen bak mangler. Man vet jo litt om kollegane sine, hva de kan og hva de ikke kan. Det er mange assistenter som*

*blir satt til å gjøre sykepleiers jobb med observasjoner, og de vet jo ikke hva de skal se etter. Det er faglig uforsvarlig mener jeg, og sånn sett et avvik. Mange kan ikke lese av et timediuresesett, også blir hele væskeregnskapet feil for eksempel. Disse avvikene blir jo aldri meldt.*

*Grethe, sykehus A*

Alle sykepleierne fremstiller liknende hendelser som avvik som er svært vanskelig å melde skriftlig. Enkelte situasjoner kan tas opp muntlig direkte med den det gjelder, eller med leder, men også dette er svært krevende og blir ofte ikke gjort. Jeg forstår sykepleierne som at de ønsker seg et arbeidsmiljø hvor kompetanse blir diskutert og det er naturlig å snakke om at ikke alle har samme kompetanse – uten at dette blir oppfattet som mobbing eller nedlatende. Alle er ikke flink til alt og noen er bedre enn andre til noen oppgaver. Det er slik realiteten er, og om dette blir diskutert i et kollegium så ville det gi mulighet til å få frem hvilke områder de enkelte sykepleierne trenger opplæring i.

Sykepleierne forteller at det oppleves som vanskelig å melde egne feil slik som Venche sier:

*”Vi har jo veldig sånn yrkesstolthet og skal ikke gjøre feil, vi er jo indoktrinert med det der, og det er klart det er ugreit på alle måter å gjøre feil. Jeg tror aldri at alle vil melde alt, det vil alltid finnes sånne personer som ikke vil melde avvik. Jeg tror det ligger i menneskets natur å ville skjule egne feil, i alle fall sånne nesten uhell som gikk bra”.*

*Vencke, sykehus B*

Jeg forstår sykepleierens utsagn som at det oppleves problematisk å erkjenne egne feil fordi det gir en følelse av å ikke være god nok faglig. Å melde egne avvik blir en måte å innrømme egne feil, og skriftliggjøre egen udugelighet. I denne sammenheng blir anonymisering av avvik viktig, og det var et tema som ble tatt opp av alle sykepleierne

*”At man ikke opplever at man blir hengt ut til allmenn, eller straffet i neste stillingsutlysning. Det skjer mye rart rundt omkring”.*

*Grethe, sykehus A*

På sykehus A oppgir sykepleieren med lengst erfaring at avvikene ligger åpne slik at alle på avdelingen kan logge seg på systemet og lese de. Hun mener dette kan føre til at færre avvik blir skriftliggjort. Hun forteller at det er sykepleiere på avdelingen som ikke ønsket å vise frem til alle hvilke feil de selv gjorde eller oppdaget. Jeg oppfatter at sykepleierne ved sykehus A beskriver utrygghet i forhold til sine kollegaer gjennom

både å tape ansikt som faglig sterk sykepleier, men også i forhold til leder med redsel for sanksjoner. Begge sykepleierne på dette sykehuset mener at avvik kan tas opp kun muntlig, slik at det ikke blir så store konsekvenser av det, og spesielt om avviket omhandler kollegaers uakseptable holdninger eller handlinger:

*”De slipper liksom sånne advarsler om du bare tar det muntlig. Man er sikkert redd for at man selv skal kunne bli tatt, for alle kan jo gjøre feil. Jeg tror det er lettere å se på andre hva som burde vært gjort annerledes. Jeg gjør jo feil jeg og sikkert, men man greier ikke se seg selv like godt”.*

*Karin, sykehus A*

Sykepleierne på det andre sykehuset oppgir også at det var ille å gjøre feil, og Vencke beskriver liknende utfordringer med manglende anonymisering som på sykehus A, til tross for at hun hevder at anonymiteten er bevart i systemet:

*”Men ofte er det jo snakk da, og at vi vet hvem det gjelder uansett. Det kan jo være vanskelig for noen”.*

*Vencke, sykehus B*

Hun forteller videre at det kan være svært tøft å være åpen om disse tingene, og at de som har gjort feil som fikk alvorlige konsekvenser for pasientene kan slite lenge med dette i etterkant. Begge sykepleierne på sykehus B beskriver likevel at avdelingens fokus på at alle kan gjøre feil former et trygt arbeidsmiljø hvor det er lov å gjøre feil, slik som Maren skildrer:

*”Jeg synes folk er flinke til å ta avvik som en erfaring og ikke gå til angrep på den som har meldt, mer at det blir delt med resten og mulig med en felles læring”.*

*Maren, sykehus B*

Jeg forstår sykepleierne som at det er klart enklere å melde avvik skriftlig på en kollega som de ikke kjenner og ikke samarbeider med til daglig. Sykepleierne beskriver særlige dilemmaer når avvikene gjelder andre enn seg selv, og kommer med argumenter for hvorfor de unnlater å registrere skriftlig når de erfarer avvik som gjelder kollegaer på samme avdeling. Det ligger en slags ikke uttalt kutyme om at man ikke melder avvik på kollegaer, men gir muligheten til å ordne opp i det praktisk og muntlig først. Om dette ikke hjelper så kan man gå muntlig til leder med dette, som to av sykepleierne beskriver. En av sykepleierne med minst erfaring peker på at hun synes det er enda

vanskeligere å ta opp for eksempel en kollegas uakseptable holdninger eller handlinger direkte med den det gjelder, da ville hun heller kontakte leder direkte og diskutere det først. Samtidig beskriver hun hvordan hennes idealbilde av riktig handling i situasjonen er:

*”Jeg burde kunne snakket med den det gjelder, det blir jo bare å skyve over på ledelsen det man enkelt kunne ha gjort selv. Det er jo feigt det er det jo, men sånn er det”.*  
Karin, sykehus A

Jeg oppfatter begge de to sykepleierne med minst erfaring som spesielt engstelig for å måtte stå for faglige argumenter som ikke samsvarer med andre høyere i et hierarki. Hierarkiet kan være formet enten ved lederposisjoner eller i kraft av ansiennitet. Maren beskriver hvordan hun opplevde å melde feil på andre da hun var helt nyutdannet:

*” Det er mye vanskeligere å melde på noen andre når man er ny, jeg tror aldri jeg ville meldt avvik på noen andre når jeg var ny, og enda mindre på en lege eller en leder. Man er kanskje redd for å stille spørsmålstegn ved, ja både leger, ledere og kollegaer”.*

Maren, sykehus B

Det er en rimelig antakelse at de sykepleierne med minst erfaring melder færre sammensatte avvik enn de med mest erfaring, og spesielt om det er avvik på andre enn seg selv.

Vurderingsevne er en del av fortrolighetskunnskap. Fortrolighetskunnskap innebærer å kunne utøve ferdighetskunnskap godt nok til å vite når det blir feil. Dette gjelder også når andre personer gjør feil. Å kommunisere med pasienter er en ferdighet, og jeg mener sykepleierne oppdager når kollegaer ikke kommuniserer ut fra deres egne norm for hva som er godt nok. Det er også en ferdighet å kunne kommuniserer fag og holdninger med sine kollegaer. Denne form for ferdighetskunnskap er ikke velutviklet hos sykepleierne ut fra materialet. Fortrolighetskunnskap innebærer også kjennskap til ulike modeller og teorier som virker på arbeidsoppgaven. Sykepleierne viser til yrkesetiske retningslinjer og normal folkeskikk når de reagerer på sine kollegaers holdninger. Dette oppfatter jeg som at de benytter skjønn formet av ulike kunnskapsformer som de er fortrolige med. Skjønn innebærer også å kunne vurdere, og i disse hendelsene gjøre moralske vurderinger for hva som er riktig og gal handling når

de har erfart avviket. Jeg opplever at sykepleierne gjør vurderinger av hva som er rett og galt, og de konkluderer med at riktig handling blir den som skader minst for alle interessenter. Interessentene kan være pasienten, seg selv, kollegaen eller avdelingens renommé. Det beste for pasienten blir i min tolkning av materialet preget av sykepleiernes kortidsperspektiv. Varsling som en del av forbedring og forebygging av liknende tilfeller faller utenfor tre av fire sykepleieres vurdering.



## 5 Diskusjon

Studiens tema er avviksmeldinger, og problemstillingen er hva sykepleiere oppfatter som sitt ansvar når de erfarer uønskede hendelser i faglig praksis. Avviksprosedyren er en del av et kvalitetsforbedringssystem i dagens helsevesen, utviklet gjennom NPM, en ledelses- og styringsstrategi med fokus på kontroll og målstyring. I ulike undersøkelser rapporterer helsepersonell om mørketall vedrørende registreringer av avvik. Det har vært gjort mange studier som tar for seg leders rolle, kultur og ukultur ved avviksmeldinger og systemansvar. Jeg har vært opptatt av å få frem hva sykepleierne gjør når de erfarer avvik. Min forståelse og dermed premiss i studien har vært at sykepleierne viser hvilket ansvar de oppfatter at de har gjennom sine handlinger når de erfarer avvikende hendelser. Mitt hovedfokus er på det individuelle ansvar og hva slags kunnskap som er nødvendig for å kunne erkjenne og ta dette ansvaret.

Virksomhetens målsetning er god kvalitet på helsetjenesten, og avviksregistrering er en del av kvalitetssystemet (Moe, 2011). Lovverk plikter både virksomhet og ansatte å registrere og dokumentere uønskede hendelser. Avviksprosedyren har som premiss at alle avvik skal leveres - også forbedringstips. Er sykepleieren usikker på om det er et reelt avvik, så skal hun likevel registrere hendelsen. Sykepleierne i studien har bekreftet at det er store mørketall vedrørende avviksregistrering. Materialet viser at det er to hovedutfordringer for avviksregistrering. Sykepleierne med minst erfaring oppdager få avvik. Erfarne sykepleiere oppdager flest avvik, men det er ikke automatikk i at selv alvorlige avvik blir registrert. Dette er i tråd med Dolonens (2010b) og Hjorts (2007) undersøkelser hvor bare de alvorligste tilfellene blir meldt.

Det er flere faktorer ved virksomheten som sykepleierne beskriver som årsaker til hvorfor avvik ikke blir registrert; for høy arbeidsbelastning, mangelfull opplæring, utrygt arbeidsmiljø, leders manglende oppfølging av avvik og tungvint digital prosedyre. Avviksprosedyren kan i mange tilfeller oppfattes som unødvendig byråkrati i et vanskelig tilgjengelig system. Sykepleierne vil heller bruke sin tilmålte tid sammen med pasienten. I tillegg viser materialet at det er elementer ved selve typologien av avvik som kan lede til få registreringer. Sykepleierne erfarer ulike typer avvik og

beskriver avvikene med ord som daglige, vanlige eller alvorlige. Min oppfatning av materialet er at de avvikene som er forstått som alvorlige er knyttet til pasientens behandling, og de avvik som er forstått som vanlig og dagligdags er knyttet til den generelle sykepleien. Gjennom materialet har jeg utviklet en typologi for å vise at avvik er av ulike typer. De fire formene for avvik som jeg mener å finne i materialet er vist under i tabell 2.

Tabell 2

	<b>Kontekstuelle avvik</b>	<b>Kontekstuavhengige avvik</b>
<b>Avvik knyttet til behandling</b>	A. Eks: Smertelindring gis for seint og pasienten får smertetopper	B. Eks: Medisinsk og/eller teknisk utstyr fungerer ikke
<b>Avvik knyttet til generell sykepleie</b>	C. Eks: Observasjoner ikke gjort eller holdninger ikke i samsvar med etiske retningslinjer.	D. Eks: Rot, skittent, tropper i seng

Jeg mener tre av sykepleierne i min studie i hovedsak registrerer kontekstuavhengige avvik knyttet til behandling eller de alvorligste kontekstuelle avvik – også de knyttet til behandling. Materialet viser at to av sykepleierne oppfatter avvik som går på den generelle sykepleie - som luft, lys, hygiene, ernæring, samtale og generelle observasjoner - som dagligdags avvik som sjelden prioriteres å registrere. Alle sykepleierne beskriver at kontekstuelle avvik som krever avansert bruk av skjønn blir nedprioritert å skriftliggjøre. Løsningen som sykepleierne oftest tyr til er å si fra muntlig til sine kollegaer eller ledere om problem og/eller å rydde opp i det praktiske tilknyttet pasienten uten å ta problemet opp senere.

Det er ett unntak i studien. Sykepleieren med ledererfaring skiller seg ut gjennom å hevde at hun alltid melder avvik og gjennom å vise blant annet til lovverk, yrkesetiske retningslinjer og langsiktig pasientsikkerhet for hvorfor hun melder avvik. Hun beskriver hvordan avviksprosedyren fungerer og hvordan hennes registreringer har betydning for at virksomheten skal fungere optimalt.

## **5.1 Ledelse og organisatorisk forhold har betydning for avviksregistrering**

Materialet bærer preg av sykepleiernes dilemmafylte arbeidsdager. De vil gjøre godt for pasientene, men oppgir å ha for dårlig tid. De oppfatter ofte bemanningen som for liten eller kompetansen som mangelfull både hos seg selv og sine kollegaer. Sykepleierne oppgir at samtalen med pasienten, oppfølgingen av smertelindring eller å rydde rot og skitne sengeklær blir nedprioritert når de har det travelt. Sykepleieres bekymringer for sykepleien under krav om målstyring og resultat er til stede også i denne studien. Organisatoriske forhold som ledelse, rammebetingelser, kultur for avviksregistrering og arbeidsmiljø spiller en viktig rolle når avvik skal registreres.

Det er forskjell på de to sykehusene. Sykepleierne ved sykehus A hevder elementer ved virksomheten gjør at de ikke registrerer avvik som blant annet tidspress, manglende oppfølging fra leders side, et tungrodd system for å registrere avvik og et utrygt arbeidsmiljø. Studiens funn antyder, i tråd med tidligere studier (Arbeidsforskningsinstituttet, 2004; Holte, 2009; Kallhovd, 2010), at et utrygt arbeidsmiljø hvor kollegaene er redde for å tape ansikt eller bli straffet for å melde fra fører til at færre avvik blir meldt. Sykepleierne ved sykehus B hevder også at tidspress er en negativ faktor og oppgir mørketall på avviksregistrering. Derimot mener de at leder påvirker de ansattes holdning i retning av at alle kan gjøre feil og at avviksmeldingen fører til positive endringer. Dette forteller meg at virksomhetens elementer som virker på pleiepraksis er ikke statisk, men kan endres gjennom personers involvering.

Alle sykepleierne oppgir at å melde avvik om kollegaer er krevende, og at å melde avvik om kollegaer oppover i et hierarki er mest krevende. Dette stemmer med Malmesdals (2009) undersøkelse. I motsetning til Malmedals studie så antyder min studie at sykepleierne med mest erfaring likevel mener at de gjennom erfaring synes det har blitt enklere å registrere avvik om andre oppover i et hierarki. Dette gjelder særlig avvik som går på holdninger eller som går synlig ut over pasienten på noe vis. For meg viser det at lojaliteten er nærmere pasienten enn leder. Sykepleierne i denne studien mener i likhet med Vågen (2009) at leders fokus på forbedringer og oppfølging av avvik har størst betydning for om avvik blir registrert. Sykepleierne oppgir at det er leders

ansvar å sørge for riktig bemanning, riktig kompetansefordeling på vakt, et trygt arbeidsmiljø, god nok opplæring for de ansatte både faglig, på pc-utstyr samt et ansvar for å gi avviksprosedyren nytteverdi.

Jeg mener denne studien også støtter Holtes (2009) studie om en sosial policy for taushet beskrevet som "Curriculum Silentium". Media har eksponert varslere som har opplevd sanksjoner til tross for en styrket arbeidsmiljølov. Det skal derfor ekstremt mot til for å tørre å varsle om uheldige hendelser som kan få alvorlige konsekvenser for andre interessenter.

Kallhovd (2010) viser at det blir registrert flere avvik gjennom innføring av digitale verktøy, mens min studie viser at det er klare utfordringer for enkelte typer avvik. Tre av sykepleierne beskriver at ved avvik knyttet til avansert bruk av skjønn, som ved etiske dilemmaer og vurderingen av om pleien er god nok, er det digitale verktøyet for avviksregistrering ikke godt nok. For noen sykepleiere kan det være krevende å bruke datamaskin til å skrive avvik. I denne sammenheng er det ferdighetskunnskap med pc som er problemet. For andre sykepleiere er det den overføring fra et muntlig språk til skriftspråk som er problematisk. Muntlig overføring kan dra nytte av eksemplifisering og et rikt, praksisnært språk. Språket som kreves for å melde skriftlig avvik må være rikt nok til å få frem alle nødvendige detaljer som ligger i unike kontekster, samtidig som språket må være presist og inneholde faglige argumenter. Dette oppleves som ekstremt krevende, og nærmest umulig både med faglige formuleringer, i forhold til tidsbruk, og ut fra den digitale løsningen på avviksmeldinger som brukes. Sykepleierne oppgir at de har liten anledning til å diskutere hendelser og reflektere over egen praksis med kolleger, og følgelig lite trening i å verbalisere hendelser. Muntlige overføringer kan bli oppfattet som subjektiv synsing som er vanskelig å forholde seg til, og uten røtter i målbare systemer. I vår tids helsevesen preget av NPM er det målbare forhold som først og fremst får verdi. En muntlig framstilling åpner for dialog hvor mottaker og avsender kan be om avklaringer eller utdypinger der det skulle være nødvendig. Skriftlig framstilling blir forstått som bastant med kun en forklaring og løsning på avviket. Det er få avvik som kan skrives med et slikt språk. Det kan være slik at det skriftlige avvikssystemet i for liten grad åpner opp for at noen typer avvik i større grad

enn andre ikke har kun én forklaring. Det er rimelig å anta at veien fra erfart hendelse til nedskrevet fortegnelse oppleves som uoverkommelig for mange når de samtidig er usikre på sine faglige argumenter som for de minst erfarne sykepleierne. Å forvente at sykepleiere skal ha et rikt og presist fagspråk som skal formidle kontekstuelle hendelser over få linjer kan derfor etter min mening framstå som urealistisk.

## **5.2 Kyndighet krever skjønn, overblikk og dialog**

En kyndig sykepleier er fortrolig med sin rolle som yrkesutøver. Hun vet hvilken teori, teknikk eller vurdering som blir riktig i de ulike situasjonene og kan være oppmerksom på nyanser og forbedringsmuligheter. Jeg oppfatter sykepleierne i studien som kyndige fordi de gjør det de mener er best mulig ut fra sin kunnskap, og ønsker å utvikle sin kunnskap eller forbedre pasientpleien. Ansvar tar de gjennom å skaffe overblikk over fagfelt og over arbeidsoppgaver for den konkrete arbeidsvakten. Overblikket mener de å få gjennom erfaring, samarbeid, dialog, felles refleksjoner og flerferdigheter i en avdeling, noe som samsvarer med Hamrans (1991) undersøkelse som viste at samarbeid var viktigere i pleiepraksis enn klare linjer og formelt ansvar for oppgaver. Sykepleieres arbeid er aldri statisk og kan ikke reguleres fullt og helt. Selv standardiserte rutiner krever bruk av skjønn fordi pasienters behov aldri er standardiserte. I overblikket ligger det å sørge for og ta ansvar for alt som må gjøres i forhold til pasientens beste. Når de har overblikk er det mulig å benytte skjønn og de er ikke like avhengig av rutiner og standardiseringer, men kan benytte disse som hjelpemidler i vurderingen.

Denne studien viser at sykepleierne bruker skjønn ved enhver erfaring med uønskede hendelser. Noen avvik krever avanserte skjønnsmessige vurderinger. Slike avvik er hensiktsmessig å diskutere med kollegaer og/eller leder. Dialog, åpenhet og felles refleksjon blir fremhevet som viktige faktorer for å oppnå trygghet både faglig og i et kollegium. Trygghet er et element som har betydning både for kunnskapsutvikling og for at avvik skal registreres. Om sykepleiere har mangelfull faglig kunnskap kan de skjønnsmessige vurderingene føre til avvik.

Hjort (2007) peker på at avvik kan komme på grunn av slurv og uskikket personell, eller på grunn av uheldige omstendigheter eller systemsvikt. Min studie viser at det kan være

viktige avvik som aldri blir meldt både på grunn av systemsvikt, men også fordi sykepleieren synes det er vanskelig å innrømme slurvfeil eller fordi de ikke har nok opplæring på aktuelt fagfelt. Sykepleierne beskriver at de ofte ser at vurderingene ble feil retrospektivt og ikke i øyeblikket. De fremhever dialog og samarbeid som viktig for å lære av hverandre, og av stor betydning for å utvikle et fagspråk både muntlig og skriftlig og for å bli klar over eventuelle kunnskapsgap. De oppgir at de arbeider mye alene og at kompetanse i liten grad blir diskutert i avdelingen.

To av sykepleierne i min studie oppfatter at det på avdelingen ikke er noen individuell kompetanse. Alle skal kunne gjøre de samme oppgavene uansett om det er en vikar eller en med mange års erfaring. De oppgir at de ikke føler seg fullt ut verdsatt for sin individuelle kompetanse. De etterspør kompetansediskusjoner og ønsker å rette fokus mot at forskjeller i kompetanse og/eller erfaring også burde vises i større grad i hva slags oppgaver den enkelte utøver. Alle sykepleierne ønsker mer rom til å dele sine faglige betraktninger, og mulighet til å gi innspill som kan gi kunnskapsutvikling i fellesskapet og endringer på pleiepraksis. Det kan se ut til at faktorer ved virksomhetens organisering skaper utfordringer for måten sykepleiere arbeider på og utvikler sin kunnskap på. I sykepleieres forståelse av hvilket overblikk som er nødvendig for å utøve sykepleie er ikke disse organisatoriske faktorene tatt med.

Problemet med manglende kompetansediskusjoner kan forstås som et vedheng fra NPM, hvor spissformulert arbeidere er hender og ikke hode. Manuelle arbeidere skal utføre handlinger som andre bestemmer. I et slikt tanke sett er det ikke nødvendig å diskutere kompetanse – arbeiderne skal bare utføre arbeidsoppgaver som andre har bestemt uavhengig av annen erfaring eller kompetanse. Det vil heller ikke være nødvendig å diskutere hendelser i og med at det skal foreligge standardiserte rutiner for hvordan alle handlinger skal gjennomføres. Om det foreligger usikkerhet er dette et tegn på mangelfulle rutiner. Det er nok ikke slik toppledelse eller sykepleieledelse i spesialisthelsetjenesten har tenkt om pleiepraksis eller sykepleieres kompetanse. Likevel kan det være elementer ved driften som påvirker slik at noen sykepleiere opplever at erfaring og kunnskapsutvikling ikke blir verdsatt nok.

### 5.3 Ansvar for pasienten – ikke systemansvar

Funn i min studie viser at sykepleierne alltid sørger for pasienten i situasjonen og i hovedsak melder noen avvik muntlig og noen få skriftlig. Å utføre nødvendige handlinger i forbindelse med sykepleie, men ikke dokumentere disse når avvik erfare, kan forstås som at sykepleien ikke er en del av den samlede kvalitet på helsetjenesten. Dette samsvarer med Olsvolds (2010) undersøkelse som viser at sykepleiere tar på seg uformelle oppgaver uten å hverken debattere eller dokumentere oppgavene. Sykepleiens rolle i pasientbehandlingen kan stå i fare for å bli usynliggjort. Olsvold viser videre at pasientsikkerheten kan forringes av at sykepleiere tar uavgrenset ansvar (Olsvold, 2010). Jeg mener de tre sykepleierne i min studie ikke tar uavgrenset ansvar<sup>5</sup>. De tar uavgrenset ansvar for å sikre at pasienten blir fulgt opp klinisk i den spesifikke situasjonen. De tar derimot ikke det jeg kaller for systemansvar. Systemansvar omhandler å bruke og utvikle egen kunnskap og rolle for å forbedre systemet og sin egen yrkesutøvelse, som til sist skaper bedre pasientsikkerhet og høyere kvalitet på sykepleien. Ut fra materialet tar sykepleierne ansvar for å gjøre skjønnsmessige vurderinger av hva som er et avvik og ut fra det bestemme valg av handling. Vike (2002) skriver at med ansvar følger alltid makt (Vike, et al., 2002). Om sykepleiere tar ansvar for hvordan avvik skal håndteres, så har de også makt over hvordan avvik håndteres. Makten til å definere hvilke avvik som er verdt dokumentasjon mener jeg sykepleiere ikke tar, i alle fall ikke bevisst. Dette kan være et ansvar og en makt ikke alle er interessert i å ha, men mest mener jeg sykepleiere ikke vet at et avvik ikke er en standard, men at de *kan* delta i diskusjonen av hva som er viktig å registrere. To av sykepleierne i min studie oppgir at de sier fra om ulike elementer med virksomheten og driften som må endres men at de opplever en resignasjon fordi argumentene deres ikke blir hørt. Tre av sykepleierne beskriver mange avvik som de mener skjer som en direkte årsak av virksomhetens drift. Slike avvik blir ikke skriftliggjort fordi de tre sykepleierne mener leder allerede kjenner til problemene. Jeg oppfatter sykepleierne dit hen at ansvaret for langsiktig pasientkvalitet ligger hos leder. De har forflyttet sitt ansvar til leder gjennom å melde om avvik ofte bare muntlig.

---

<sup>5</sup> Forbehold om at jeg kun har Olsvold sammendrag så er det en fare for at jeg ikke har forstått hva som ligger i uavgrenset ansvar.

Til tross for at noen sykepleiere hevder at ansvaret for avvik ligger hos leder så viser materialet at de likevel tar ansvar for både virksomhetens og kollegaers feil gjennom å gjennomføre de praktiske handlinger som er nødvendig i situasjonen. De bærer ansvaret for pasientsikkerheten slik som Vike (2002) viste til. Når sykepleiere utfører handlinger uten å dokumentere arbeidsoppgaver eller problemområder, bidrar ikke dette til at de løser problemet og på sikt kan få mer tid sammen med pasienten. Jeg kaller det brannslukking. Sykepleierne i studien beskriver samtidig dårlig samvittighet for situasjoner som ikke ble bra for pasienten, så ansvarsforflytningen er ikke fullstendig. Håndteringen av uønskede hendelser er ut fra en faglig overbevisning, og jeg mener i likhet med Vike (2002), at sykepleiere tar ansvar for pasientene der og da, men ikke for virksomheten.

#### **5.4 Organisatorisk kompetanse gir nødvendig overblikk**

Et av premissene - også for avviksproseduren - er at sykepleiere ønsker å gjøre det beste for pasienten. Materialet viser at sykepleierne mener at ulike elementer som tidpress gjør at det er vanskelig å utføre pleien slik sykepleierne ønsker. Derfor kan ikke ansvaret for pasientens sikkerhet gjelde kun for klinisk arbeid alene. Hamran (1991) oppfordret allerede for tjue år siden til et reflektert forhold både til sitt eget arbeid og forutsetningene for å utøve arbeidet. Et reflektert forhold er en forutsetning for å kunne ta stilling til nødvendige endringer (Hamran, 1991). En slik oppfordring betyr for meg at sykepleiere må reflektere over sykepleiens rammebetingelser for å kunne forandre elementer som legger negative føringer for pleiepraksis. Strategier, styringssett, manglende nytteeffekt og dårlig fungerende programvare for avviksproseduren og dårlige kulturer kan kritiseres, men det fritar ikke sykepleiere for plikter i henhold til arbeidskontrakt og lovverk. Lovverk plikter ansatte å varsle om både uforsvarlige og uverdige hendelser (Arbeidsdepartementet, 2005; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a, 2001e). Yrkesetiske retningslinjer er enda strengere vedrørende kvalitet i sykepleien enn lovverket og oppfordrer i tillegg sykepleierne til å engasjere seg i debatter om sykepleie som kan bidra til forbedringer på arbeidstedet (Norsk Sykepleierforbund, 2001). Ut fra studiens funn følger sykepleierne ikke alltid verken retningslinjer eller lovverk i og med at de viser store mørketall i registrering av avvik. Studiens funn viser at innholdet både i aktuelle lover og retningslinjer er lite kjent.



Derimot viser to av sykepleierne til uttrykket ”å være pasientens advokat”, men hvordan kan sykepleierne vite hvor advokatansvaret stopper når de i liten grad kjenner til plikter i lover? Stopper det individuelle ansvaret egentlig når leder har fått beskjed?

Ansvarsforflytningen som noen sykepleiere gjør uttales ikke høyt i noe forum eller til leder. Min oppfatning er at sykepleiere er ikke klar over hvilke plikter de selv har, og kjenner i liten grad til egne muligheter til å påvirke virksomhetens drift. På det ene sykehuset beskriver begge sykepleierne driften som statisk og bestemt av andre enn de som arbeider der. Ut fra denne forståelsen er det ingen hensikt å registrere avvik. Dette er trolig en holdning som også nyutdannende blir presentert for. Jeg mener at om det ikke skjer ønskede endringer gjennom leder er det nødvendig å kreve faglige motargumenter. Absolutt stillhet fra leder kan forstås som dårlig ledelse eller som manglende motargumenter. Dette bør ikke bli en sovepute for sykepleierne. Det finnes ledere og beslutningsarenaer over nærmeste ledere. Fagforeninger, media, politikere og opinionen er også med i beslutningsarenaer.

En av sykepleierne hevder å skriftliggjøre alle avvik hun oppdager og gir mange eksempler på sammensatte avvik som hun har registrert. Denne sykepleieren kan forstås som å besitte høy organisatorisk kompetanse. Hun er klar over sin egen rolle i organisasjonen, vet hva som er hennes arbeid og vet hvem sitt ansvar det er når det går galt. Hun forteller om egen utvikling av faglig- og kollegial trygghet gjennom år i praksis, og hvordan hennes kjennskap til organisasjonen har endret hennes syn på hva som bør meldes som avvik. Hun kjenner at det er ubehagelig å melde både egne feil og andres feil, men hun vet også at det er nødvendig å fremme for hverandre at alle kan gjøre feil. Meldingen er nødvendig for å forhindre at liknende feil skjer senere. Hun sier ikke at det er enkelt, men er opptatt av å være oppmerksom og på å bruke faglige argumenter for hva hun ser og kunne stå for dette i etterkant. Hun vil ikke skjule egne feil, eller lage noe glansbilde av sykepleierrollen. Hun gjør det fordi hun må, ut fra yrkesetiske retningslinjer, et lovverk som forplikter henne til å handle og dokumentere, men også fordi hun vil være ærlig med pasienten og med sine kollegaer. Jeg mener dette kan tyde på at høy organisatorisk kompetanse er en viktig faktor for å sikre at sykepleiere tar ansvar for avvikssystemet og dermed for virksomheten.

En annen sykepleier med lang erfaring forteller også om situasjoner hvor hun har benyttet kjennskap i organisasjonen til å få gjennom det hun ønsker. Hun har gått direkte til lege for å få strøket pasienter begrunnet i lav eller dårlig sammensatt bemanning på avdeling. Dette oppfatter jeg også som en form for organisatorisk kompetanse, men her brukes denne til ”brannsløkking” heller enn å ta ansvar for langsiktig pasientsikkerhet. At hun går denne veien og ikke bruker avvikssystemet begrunnes med manglende tillit til at ledelse følger opp.

Trekker man her inn noen av de overstående punktene mener jeg at det avtegner seg sammenhenger i materialet som er interessant. Det er tre hovedfaktorer for at sykepleierne skal kunne ta ansvar for avvikshåndtering. For det første er lang erfaring og/eller mulighet til refleksjon over praksis en viktig faktor for å bli i stand til oppdage ulike former for avvik, både av betydning for generell sykepleie og behandlende sykepleie. For det andre må det foreligge tillit til at avvikssystemet følges opp og har reell nytteverdi, samt at å melde blir mottatt positivt av leder og kollegaer. Her avtegner leders rolle seg som svært viktig. Funnene tyder videre på at høy organisatorisk kompetanse sannsynligvis er en avgjørende faktor for at sykepleier skal erkjenne systemansvar og at avvikssystemet benyttes i tråd med intensjonen. Skjønner forstått som klinisk fagkunnskap er ikke nok i dagens spesialisthelsetjeneste. Nøkkelen er at høy organisatorisk kompetanse, inkluderende faglige læringsforhold og et felles forståelsesgrunnlag vedrørende avviksmeldinger må være tilstede om avvik skal registreres skriftlig.

## **5.5 Mulige tiltak for å fremme avviksregistrering**

### **5.5.1 Utdanning**

Min oppfatning er at sykepleierutdanningen er svært klinisk rettet. Studentenes pensum inneholder riktignok flere elementer som er viktig for å bygge organisatorisk kompetanse, men jeg mener det er viktig å sette teorier i en praktisk sammenheng. Jeg mener rammebetingelsene påvirker sykepleien i så stor grad at dette bør være et viktig element i studiet. Organisatorisk kompetanse er i dag ikke en kompetanse som studentene blir vurdert på gjennom praksisperioder. Studentene bør gjennom casestudier og debatter i praksisfeltet erfare dilemmaer som sykepleierne i denne studien beskriver.

Verbaliseringen og skriftliggjøring av sentrale begrep med et fagspråk ser ut til å ha betydning og kan læres gjennom dialog og fokus hos studenter, kontaktsykepleier og utdanningsinstitusjonen. Studenten kan evalueres på kjennskap til praksisstedets beslutningsarenaer og rammebetingelsenes virkning på sykepleien. Dette bør være gjennomgått i teori og diskutert med avdelingens leder og kontaktsykepleier i forkant av praksisperioder. På denne måten kan studentens læring innbefatte plikter og individuelt ansvar i en organisasjon. Studentene kan i praksisfeltet tilegne seg en fortrolighet med kulturelle normer og verdier, her også avdelingens holdninger til avviksregistrering. Som enhver annen holdning skal studentene kunne vurdere denne kritisk. Forbedringspotensialet er i mye større grad å utforske måten vi utøver sykepleie på - ikke bare som et ideal - men innenfor gitte rammer. Gjennom dette kan språket utvikles og gjøre sykepleiere i stand til å faglig begrunne handlinger og dermed oppleve stolthet og ikke realitetssjokk når de kommer i arbeid.

### **5.5.2 Arbeidssted**

Avviksproseduren krever bruk av skjønn – og erfarne sykepleiere har langt bredere kunnskapsspekter enn nyutdannede. Materialet viser at økt faglig kompetanse gir utslag i å oppdage avvik. Dette bør få betydning for hvordan arbeidsstedet gir rom for kunnskapsutvikling.

Noen sykepleiere registrerer ikke avvik på generell sykepleie på grunn av manglende kunnskap, enten i form av faglig usikkerhet eller manglende organisatorisk kompetanse. Dette samsvarer med Skivenes og Trygstads rapport som Kallhovd (2010) viser til - sykepleiere registrerer ikke alle avvik fordi de er utrygge på egne faglige vurderinger. Min studie viser at dette gjelder de to uerfarne sykepleierne. De oppgir at det er vanskelig å vite om de gjør riktig eller gal vurdering fordi de arbeider mest alene. De får tilbakemeldinger fra pasientene, men standard for om sykepleien er god eller dårlig setter de selv. Sykepleierstudenter testes både teoretisk og praktisk, og veiledes ut fra kunnskapen som fremvises. På et arbeidssted skal sykepleieren selv vurdere om kunnskapen holder faglig standard, og arbeidsstedet skal gi rom for faglig forsvarlig praksis samt kunnskapsutvikling. Kanskje trenger også ferdig utdannede sykepleiere en form for veiledning? For meg virker det vanskelig for ledere med stort kontrollspenn å

kunne veilede ut fra ansattes kunnskap og hvilke områder som er mangelfulle. Kunnskap er ikke statisk og utvikles kontinuerlig. Om det foreligger kunnskapsgap er det ofte kun alvorlige gap som fremkommer, med alvorlige konsekvenser både for pasienter og den enkelte ansatte. I dagens virksomhetsstyring mener jeg ledere er avhengig av å ha ansatte som tar ansvar for kunnskapsutvikling og tør å si fra om feil og usikkerhet.

Hamran (1991) stilte spørsmål allerede på 1990-tallet om endringene som ble innført i offentlig sektors ledelse var riktige for pleiepraksis. Ut fra studiens funn hvor den generelle sykepleien i liten grad fremvises som en del av den samlede kvalitet stiller jeg dette spørsmålet på nytt. Virksomhetens målstyring er ikke nødvendigvis feil, men det er et spørsmål om hva vi måler og hvordan. God sykepleie er mer enn det som kan måles kvantitativt, og en sykepleiers skjønn kan ikke kvalitetssikres fullt ut. Jeg forstår målet for enhver kunnskapsorganisasjon, som et sykehus i spesialisthelsetjenesten er, er at de ansatte søker å utøve idealet for sin rolle. For at sykepleiere skal ta sin del av ansvaret i systemet ser det ut til å ha stor betydning at også leder tar sitt ansvar for oppfølging av avvik. Med dette kommer spørsmålet om det er hensiktsmessig å registrere alle avvik, og hvorvidt har leder kapasitet til å imøtekomme forbedringsforslag. Jeg har gjennom arbeidet med studien vurdert hvor grensen går for hvilke avvik som må registreres. Arbeidsgiver må sikre en åpen og trygg kultur for oppmerksomhet på forbedringer både generelt og fagspesifikt. Kontekstuelle avvik krever beskrivelsen av situasjonen. Jeg mener en måte å løse dette på kan være om sykepleiere kan melde inn hendelser til leder: "til felles refleksjon". For å gjennomføre slike refleksjonsarenaer må virksomheten legge til rette for dette i arbeidstiden. Det vil muligens kreve mer bemanning og definitivt en nærværende fagledelse som kan moderere diskusjonen.

Erfaringsutveksling og derigjennom kunnskapsutvikling kan også gjennomføres gjennom jevnlige og modererte plenumsmøter hvor aktuelle avvik diskuteres. Jeg mener moderator fortrinnsvis bør være nærmeste leder. Diskusjon i pleiegruppen kan ta utgangspunkt i skjønnets innhold. Naturlige begrep å verbalisere finnes i yrkesetiske retningslinjer og kan knyttes opp mot faglig forsvarlighet. Sykepleiere øker sin

kunnskapsbase mest trolig ut fra sitt interesseområde. For hensynet til samlet kvalitet kan det likevel være gunstig å diskutere samlet kompetanse i avdelingen. Moderator bør utfordre sykepleierne til å sette ord på hva som menes med sykepleiefaglige begreper, og hvordan de skal kunne klargjøre begrepene for andre som ikke er sykepleiere. Slike diskusjoner vil kunne synliggjøre kunnskapsgap hos den enkelte sykepleier og i sykepleiegruppen, og dermed gi mulighet til å fylle eventuelle gap. Samtidig ser jeg at dette kan skape store utfordringer, og kan helt sikkert oppleves som mobbing av enkelte når man peker på at noen er bedre eller dårligere enn andre. Tidligere pleiekulturer var tuftet på et tankesett om at de mer erfarne lærte opp de nyutdannede og noen var mer kyndig enn andre på ulike fagfelt. En hjelpepleier kunne være den som var flinkest til å vurdere sår ut fra sin lange erfaring. Var man usikker så hentet man hjelp til vurderingen uavhengig av formelle linjer – uten at dette var et nederlag for pleieren. Dette gjøres nok i dagens helsetjeneste også, men kanskje i mindre grad i og med at sykepleierne arbeider mer alene og oppgir et tidspress. Derfor er det viktig å lage rom for kollegiale faglige refleksjoner på andre arenaer. De mindre erfarne kan lære gjennom eksempler fra sykepleierne med mest erfaring, og de nyutdannedes nye øyne på elementer som blir tatt for gitt er viktig for forbedringer. Ut fra studien er det viktig at leder og kollegaer fokuserer på å gi nyutdannede trygghet til å tørre å stille spørsmål og undre seg sammen med erfarne sykepleiere uten å tape ansikt. Dette gir føringer for kulturendringer som kan være nyttige for å oppnå at avvik blir meldt både muntlig og skriftlig. Dialog kan også få frem hvilke områder sykepleiere er svært dyktige på og bør lære fra seg til andre. Dette kan gi en faglig trygghet som ut fra studien er nødvendig for å melde avvik.

Faglig kompetansebygging kan se ut til gjøre at sykepleiere oppdager avvik, mens økt organisatorisk kompetanse sannsynligvis gir utslag i å registrere avvik. Organisatorisk kompetanseheving blant de ansatte vil komme arbeidsstedet til gode gjennom engasjerte ansatte som er oppmerksom på forbedringsmuligheter og som viktigst av alt; følger lovverket. Om sykepleiere ikke er klar over hvilke plikter deres rolle innbefatter for organisasjonen de er ansatt i, vil de heller ikke ta systemansvar. Arbeidsgiver kan hjelpe de ansatte å høyne sin organisatorisk kompetanse. Nyansattekurs kan innbefatte kjennskap til beslutningsarenaer og langsiktige strategier, den enkeltes plikter for

kvalitet i en hel organisasjon, metoder for kunnskapsutvikling og rammebetingelsers innvirkning på det kliniske arbeidet. I tillegg er det viktig å skape aksept for undring og fordre samarbeid mellom profesjoner og hierarkiske linjer, med pasientens sikkerhet i hovedsete. Arbeidsstedet kan øke ansattes kompetanse, som på sykehus B, hvor de har satt fokus på avvik gjennom ukentlige plenumsmøter, gjennom opplæring og kontinuerlig holdningsskapende arbeid. Det er også mulig å kurse de ansatte i hvordan organisasjonen fungerer gjennom ulike opplæringsmetoder som foredrag, e-læringsprogrammer, casestudier og gruppearbeid. Et nært samarbeid med utdanningsinstitusjoner kan her være naturlig.

Opplæringen i avviksprosedyren kan ta utgangspunkt i min studies typologi av avvik for å bevisstgjøre at avvik avhenger av bruk av skjønn og er derfor viktig å diskutere i fellesskap. Samtidig kan en slik typologi av avvik i skriftlig, formell form gi mulighet for statistikk som kan peke retning for hvilken type avvik som blir registrert og om det er nødvendig med ytterligere opplæring i staben. På sikt vil det kunne gi økt kvalitet på tjenesten. Det viktigste for pasientsikkerheten i sykepleien mener jeg er at de ansatte på en avdeling har et reflektert og åpent debattert forhold til at avvik er ulike typer og at leder er tilstede i denne dialogen. Avvik på sykepleien må fremvises slik at en får frem verdien for pasientbehandling og kvalitet på helsetjenesten.

### **5.5.3 Sykepleiere**

Sykepleierne i studien oppgir at de aldri kan bli utlært og derfor må forvente å komme opp i ukjente situasjoner. De hevder at kunnskapsgap må tolereres. Dilemmaet er at det oppleves svært ubehagelig å måtte innrømme kunnskapsgap til pasienten, til leder eller en kollega. Da kan det av og til være bedre å forsøke å gjennomføre handlinger som de tror er best og håpe på det beste. Jeg tar det som et eksempel på at sykepleierne egentlig mener at kunnskapsgap ikke er akseptabelt. Derfor mener jeg det er viktig at faglige forhold og kunnskapsutvikling diskuteres i pleiegruppen. Sykepleiere bør aktivt øke sin kunnskap gjennom å være oppmerksomme på mulige kunnskapsgap, og si ifra om de opplever noe som usikkert eller utrygt. Jeg mener erfarne sykepleiere har et særskilt ansvar for være oppmerksomme på egne feil og ha mot til å fremme disse slik at de nyutdannede opplever at alle kan gjøre feil. Om en sier fra om dette er det trolig at det

er andre som opplever det samme - noe som vil kunne ha stor betydning for sykepleiens samlede kvalitet. Å aldri være utlært samsvarer etter min mening med begrepet kyndighet – en sykepleier som bruker sitt faglige skjønn og samtidig er oppmerksom på forbedringsmuligheter. Om kyndighet er et ideal for sykepleieren så mener jeg hun aktivt bør øke sin totale kunnskapsbase.

Mange sykepleiere er misfornøyde med virksomheten. Min oppfatning er at sykepleiergruppen sammen må ta ansvar for å endre de delene av systemet som de er misfornøyde med. NSF beskriver at innholdet i begrepet ”faglig forsvarlig” kan endres gjennom personers involvering. Endring er vanskelig å få til alene, men ingenting skjer om ingen starter. Det eneste sykepleiere kan endre på er seg selv. Jeg mener de to faktorene, kunnskap og virksomhetens struktur og kultur, står i multiplikativt forhold til hverandre og vil derfor virke på hverandre. Individuelt ansvar for langsiktig pasientsikkerhet kan ut fra studien tas gjennom å øke eget kunnskapsnivå. Økt kompetanse, og særlig organisatorisk kompetanse kan se ut til å gi velformulerte faglige argumenter som kan virke til endring av uheldige faktorer for sykepleiepraksis.

## **5.6 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet**

Graneheim og Lundman deler begrepet ”trustworthiness” inn i credibility, dependability og transferability (Graneheim & Lundman, 2004), av meg oversatt til troverdighet, pålitelighet og overførbarhet. Disse forhold må sees i sammenheng, og sammenfattet beskriver de om studiet er gjort på en tillitsvekkende og pålitelig måte, og om studien har en overføringsverdi. For at studien skal være troverdig må den være pålitelig. For at studien skal være overførbar så må den være gjennomført på en pålitelig måte og troverdig.

Studiens pålitelighet omhandler konsistens og nøyaktighet i gjennomføringen. Påliteligheten kan styrkes ved at praktiske forhold blir synliggjort godt nok til å ”danne en sti” som skaper gjennomsiktighet og etterprøvbarehet (Thagaard, 2009). Jeg har beskrevet hvordan jeg har gjort studien, helt fra jeg fikk ideen om tema og problemstilling, til gjennomføring, analysefasen og slutføringer. Jeg har intervjuet

sykepleiere i spesialisthelsetjenesten - en arena jeg kjenner fra eget arbeidsliv. Det har derfor vært svært viktig å vise min rolle som medskaper av resultat i studien.

Studiens troverdighet omhandler flere elementer. Et element er om min påvirkning i studien er redelig og om min tolkning av materialet kan sies å være troverdig. I studien har jeg brukt meg selv som ”måleverktøy”, og jeg har derfor beskrevet min forståelse av avvik som tema, egne erfaringer med temaet og relasjoner til praksis samt forståelse av kunnskap som berører temaet i innledningen. Jeg har forsøkt å sette et kritisk blikk på egne ideer og rolle gjennom bruk av et teoretisk perspektiv. Bruk av metoder, møtet med informantene og egne tolkninger har jeg fått hjelp til å vurdere av veileder og med studenter. Det er ikke mulig å beskrive egen forforståelse fullstendig, og et grunnleggende prinsipp i kvalitativ forskning er at materialet utvikles og prosjektansvarlig er medskaper i studien. Jeg har likevel forsøkt å være oppmerksom på min påvirkning på studien og forsøkt å beskrive denne gjennom hele prosessen. Både jeg, informantene og litteratur som har vært brukt kan sees på som subjekter som gjensidig påvirkes av hverandre.

I denne oppgaven har tidsperspektivet vært et element som kan ha virket inn på studiens resultat. Min avgrensning til kun fire informanter har gjort materialet håndterbart, men flere informanter eller feltobservasjoner kan ha gitt studien en større troverdighet. Bedre tid ville jeg i hovedsak ha benyttet til å lete etter mer litteratur og kanskje spesielt flere utenlandske artikler. Kvalitative studier er for meg en modning av materialet, og det er trolig at lengre tid kunne ha gitt flere eller mer relevante tolkninger materialet.

Gjennom NSF har jeg reist rundt i store deler av landet, skrevet avisinnlegg, resolusjoner og blitt presentert i media. En feilkilde kan være om informantene kan ha hatt kjennskap til meg gjennom min rolle i organisasjonen, men jeg ser ikke noe i materialet som tyder på dette. En annen feilkilde med forskning i eget felt kan være hjemmeblindhet. Metoden, både det kvalitative intervjuet og analysemetoden inspirert av Graneheim og Lundman kan kritiseres for å lete etter essens ut fra egen forforståelse. Studiens troverdighet fordrer at prosjektansvarlig er nær nok til å kunne forstå fenomenet, men samtidig har skapt avstand nok til å kunne utdype og oppdage



elementer som utfordrer egen forforståelse. Å forsøke å finne ”blinde felt” (Paulgaard, 1997) har vært krevende. Nødvendig distanse til feltet skapte jeg gjennom å velge geografisk spredning på sykehusene i studien. Min studentrolle ga også avstand både for posisjon og tid borte fra praksisfeltet. Dette mener jeg har vært nyttig for å oppnå en åpenhet til feltet. Et annet forhold som jeg opplevde skapte distanse til feltet var å lese og skrive ut et teoretisk perspektiv. Jeg har stilt åpne spørsmål ved hjelp av intervjuguiden og forsøkt å prøve informantens svar gjennom å stille utfyllende spørsmål noe motsatt av det jeg selv tenkte var årsaken til avvikenes mørketall. En informant ønsket ikke å utdype sin erfaring med å melde avvik om en kollega fordi hun opplevde det som ubehagelig. Det er mulig det lå viktig informasjon i dette som jeg ikke har fått kjennskap til og hennes nøling med å fortelle alt kan tolkes som en mistillit til studiens aidentifisering. Samtidig mener jeg sykepleieren ellers var åpen og delte av sine erfaringer som gjaldt henne selv. Hun beskrev årsaken til hvorfor hun ikke ønsket å gå inn på situasjonen i sin helhet fordi hun mente detaljene hadde liten betydning i dag. En annen av informantene hadde jeg et fjernt bekjentskap til. Dette oppdaget jeg ikke før vi møttes i intervjusituasjonen. En svakhet med det kvalitative intervjuet er at informantene kan fortelle det som gagnar dem selv, eller unnlate å fortelle om sine erfaringer. Sykepleieren som jeg kjente tidligere kunne ha spesielt vanskelig for å svare sannferdig om vanskelige tema. Hennes svar samsvarer i stor grad med de andre informantene, og derfor mener jeg kjennskapet ikke påvirket resultatet i studien. Jeg opplevde sykepleierne svært åpne ut fra at de delte flere hendelser hvor de fremstilte feil og vanskelige vurderinger som de selv hadde opplevd, og ingen av dem fremstilte et glansbilde av seg selv eller avdelingen. Thornquist (Thornquist, 2003:56) skriver at å si noe er å gjøre noe. Hun viser til filosofen J. L Austins bok fra 1975, hvor Austin skiller mellom handlingen i selve uttalelsen, kraften i utsagnet som kan gjøre noe med på mottakeren, og det vi oppnår med utsagnet. Informasjon er ikke noe som uberørt fraktes mellom sender og mottaker og dette påvirker også skriftliggjøring av tale (Thornquist, 2003). Jeg har intervjuet sykepleiere og dermed skriftliggjort tale. Dette gir begrensninger i studien. I det muntlige var både sykepleierne og jeg tilstede med kropp og i en kontekst. De skriftlige ord, som er blitt til i studien, er påvirket av situasjonen under intervjuene, de nonverbale og verbale utsagn fra meg og fra informant. Konteksten var blant annet at en av informantene gjennomførte intervjuet i en pause på

jobb noe som kan ha ført til at hun hadde for dårlig tid til å utdype temaer. Likevel var det ikke noe i intervjuet som tydet på dette, og informanten selv bedyret at hun hadde mer tid på slutten av intervjuet. Sykepleierne som oppga at de hadde et personlig engasjement for temaet kan ha hatt skjulte agendaer for å delta i intervju. Jeg mener likhetene i de fire intervjuene ikke tyder på at dette har påvirket studiens resultat.

Analysemetoden kan føre til at noe går tapt gjennom å forsøke å fortette meningen ut fra sitatene, eller gjennom kategorisering og tematisering. Dette tilsier at andre lesere vil kunne få en annen forståelse. Jeg mener likevel metoden hjalp på hjemmeblindhet gjennom å kategorisere, noe som for meg ga nye perspektiv på det jeg opprinnelig oppfattet som meningen med sitatet. Etter råd i Polit og Becks tekster (2008) har jeg gjort en oppsummering av min forståelse av intervjuet i fellesskap med informantene direkte i etterkant av intervjuet. I analysen har jeg gjort materialet i noen grad tilgjengelig for leseren så langt plassen tillater det gjennom å vise frem sitater hentet fra intervjuene.

Det transkriberte materialet har mistet kontakten med informantene og verken de eller jeg har kontroll over hvordan leser forstår det skriftlige. Jeg har ikke mulighet til å ha kontroll med hva utsagnene gjør med mottaker. Jeg har latt to personer lese deler av studien for å kunne diskutere på hvilken måte det de leste berørte dem.

Tilbakemeldingene jeg fikk var at studien har ført til refleksjon hos mottaker, men også at deler av studien har provosert. Leseren var ikke uenig i innholdet, men synes formuleringene var for unyansert. Enkelte elementer i studien har jeg derfor endret ordlyd på uten å endre mening for å forhindre en ikke bevisst rettet provokasjon. Mitt kjennskap til temaet og praksisfeltet har også vært en fordel både for å kunne forstå informanten og stille utfyllende spørsmål i intervjuene, men også gjennom et personlig engasjement for tema som har gjort arbeidet med oppgaven lystbetont. En annen utfordring har vært å aidentifisere informantene, og spesielt informanten som jeg møtte på avdelingen som selv hadde røpet sin deltakelse i prosjektet. I analysen har jeg ikke dempet eller endret noe på meningen med det de sa, og mener derfor ikke at dette har hatt betydning for studiens resultat. Det har vært nødvendig og svært nyttig med innspill fra medstudenter og veileder på min tolkning av informantenes sitater.

### 5.6.1 Overførbarhet

Et annet element av troverdighet er om studien har relevans i forskningen (Polit & Beck, 2008). En kvalitativ studie er ment å fremme en forståelse av et tema og ikke nødvendigvis kunne konkludere eller generalisere (Thagaard, 2009). Overførbarhet innebærer gjenkjennelse, og beskriver i denne sammenheng om funnene er gjenkjennbar for andre enn de fire informantene. Jeg mener funnene i denne studien vil være gjenkjennbar også for andre sykepleiere og for andre profesjoner. Jeg har diskutert funnene med personer innenfor mange yrker hvor de kjenner seg igjen både i informantenes sitater og kan forstå min tolkning av sitatene. Jeg mener det er mulig å trekke linjer fra denne studiens funn ut over sykepleiepraksis til generelle utfordringer som avviksregistrering innebærer uansett praksis. Imidlertid er det først og fremst avviksregistrering innenfor sykepleie jeg har vært opptatt av å forstå mer rundt. Media har presentert flere store saker som omhandler uforsvarlige helsetjenester siste år. Dette viser at studiens tema er relevant for forskning. Et utvalg på fire informanter er svært lite. Likevel mener jeg at materialet i stor grad sammenfaller med de uformelle samtaler jeg har med sykepleiere i forbindelse med arbeid både i sykepleierorganisasjonen og på sykepleierutdanningen.

### 5.6.2 Forslag på videre studier

I denne studien er det kun sykepleiere som har blitt intervjuet. Det har vært interessant å se studiens funn opp mot leders synspunkter. Er det samsvar mellom leders og sykepleieres mål med håndtering av avvik, og samsvarer leders vurdering av hvilke avvik som skal registreres med sykepleiernes? Sykepleierne beskriver manglende tilbakemeldinger på avvik. Det kan derfor være interessant å gjennomføre et studie hvor registrerte avvik blir sett på med fokus på hva som faktisk blir forbedret. Kunnskap om organisatorisk kompetanses betydning for avvikshåndtering kan være en ny innfallsvinkel for et intervensjonsstudie<sup>6</sup>. Intervensjonen kan være å lage rom for

---

<sup>6</sup> Begrepet intervensjon handler om å påvirke deltakere for å kunne måle effekt. fra NOU:2005:1. God forskning – bedre helse. URL hentet 07.05.2011.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-01/5.html?id=389631>

motivert diskusjon på en avdeling med tema som faglig forsvarlig sykepleie, eller å gjennomføre intern opplæring i organisasjonskompetanse. Ønsket effektmål kan være økt avviksregistrering eller økt engasjement på annet vis i virksomhetens systemer. Et svært interessant studie mener jeg er å intervensere sykepleierutdanningen. Rammeplan og fagplan kan innebære opplæring i organisering og organisasjon i større grad. Evalueringene i praksisfeltet kan endres til også å innbefatte organisatorisk kompetanse, i tillegg til å dele kunnskaper om veiledning på dette felt med avdelingene og kontaktsykepleiere. Effektmål her kan være studenters evner til å verbalisere og skriftliggjøre sentrale begrep innen sykepleie, studenters engasjement i utdanningens virksomheter og på sikt de ferdig utdannede sykepleiers registreringer av avvik på arbeidssted.

## 6 Avslutning

Avviksregistrering er ofte en del av et kvalitetssikringsystem iverksatt som styringsverktøy for toppledelsen i en virksomhet. Litteraturen viser at mange avvik av ulike årsaker aldri blir registrert. Leders rolle blir trukket frem som svært viktig for å fremme registreringen.

Å skille teoretisk- og praktisk kunnskap er ikke hensiktsmessig i sykepleien. Det er andre begreper som beskriver kunnskapsformer som er mer hensiktsmessig. Begrepene som er benyttet i denne studien får frem at kunnskapsformene er sammenvevd. En kyndig person har en stor kunnskapsbase og oppmerksomhet på hvordan hun kan øke sin kunnskapsbase. Jeg har vist til skjønn som er et velkjent begrep blant sykepleiere. Begrepet er ikke differensiert og kan oppfattes som vanskelig å vite hva det inneholder. Dermed blir det ofte vanskelig å vite hva som kreves for å være en kyndig sykepleier. Å differensiere skjønn i ulike kunnskapsformer kan være hensiktsmessig for å øke forståelsen for hva sykepleierne kan og hva de ikke kan.

Materialet viser at alle avvik må oppdages og er avhengig av en godt utviklet kunnskapsbase hos sykepleieren. Avvikene som oppdages håndteres ulikt og preges av skjønnsmessige vurderinger i situasjonen. Avvik som ikke krever avanserte vurderinger blir ofte registrert skriftlig om forholdene på arbeidsstedet er lagt til rette for dette. Faktorer i virksomheten som virker på registreringen er et trygt arbeidsmiljø, et godt og enkelt verktøy for å registrere avvik og en leder som følger opp de registrerte avvikene. Avvikene som oftest blir registrert er knyttet til pasientens behandling. Avvik hvor hverken forklaring eller løsning på avviket er entydig blir sjelden skriftliggjort, men alltid håndtert ut fra det situasjonen krever for pasienten der og da. Utfordringene som sykepleierne beskriver er å forstå og kunne argumentere faglig for det avvikende i situasjonen. Avvikene blir som oftest ikke registrert når de er knyttet til generell sykepleie og etiske dilemmaer. Det langsiktige perspektivet for pasientsikkerhet, ansvaret for sykepleie som fag og de plikter som sykepleiere har i en virksomhet er mangelfull hos tre av de fire sykepleierne i denne studien. Ut fra studien er det

sannsynlig at økt kunnskapsbase og da særlig organisatorisk kompetanse kan føre til at sykepleiere oppdager og argumenterer for flere avvik.

Alt i alt fremstår ansvaret for å fremme sykepleiernes avviksregistrering som tredelt, hvor både utdanning, arbeidssted og den enkelte sykepleieren selv må bidra.

Sykepleierens individuelle ansvar oppfattes i dag å være knyttet til pasienten i den spesifikke situasjonen og i liten grad til virksomheten og langsiktig pasientsikkerhet. Gjennom et aktivt og reflektert forhold til egen kompetanse, sykepleiepraksis og pleiens rammebetingelser kan sykepleiere være med og påvirke til endringer som er nødvendig for å ivareta pasienten også i et mer vidtrekkende perspektiv.

## Referanser

- Alsvåg, H., & Gjengedal, E. r. (2000). *Omsorgstenkning  
En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Stavanger: Fagbokforlaget.
- Arbeidsdepartementet. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.  
(Arbeidsmiljøloven)*. Lokalisert 24.03 2011, på <http://www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html>
- Arbeidsforskningsinstituttet. (2004). Prosjekt munnkurv: Utført av  
Arbeidsforskningsinstituttet på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. Oslo.
- Arbeidstilsynet. (2010). *Avviksmelding nytteløs hvis selve problemløsningen strykes av  
budsjettet*. Lokalisert 06.05 2010, på  
<http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=213906>
- Dahlberg, K., Nyström, M., & Dahlberg, H. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd  
utg.). [Lund]: Studentlitteratur.
- De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2009). Lokalisert  
23.11 2009, på <http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public>
- Dolonen, K. A. (2010a). Lær HMS av oljebransjen. *Tidsskriftet Sykepleien*, 10, 28-33.
- Dolonen, K. A. (2010b). Uønskede hendelser kan halveres. *Tidsskriftet Sykepleien*, 10,  
34-37.
- Elstad, I., & Hamran, T. (2004). *Et kvinnefag i moderniseringen : sykehuspleien mellom  
fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Friesen, M. A., Farquhar, M. B., & Hughes, R. (2008). *The Nurse`s Role in Promoting a  
Culture of Patient Safety*. Lokalisert 31.08. 2008, på  
<http://www.nursingworld.org/mods/mod780/cerolefull.htm>
- Gadamer, H. G. (1959). Om forståelsens sirkel (H. Jordheim, Overs.) *Forståelsens  
filosofi*  
*Utvalgte hermeneutiske skrifter* (s. 33-69): J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Gjengedal, E., & Alsvåg, H. (2000). *Omsorgstenkning : en innføring i Kari Martinsens  
forfatterskap*. Bergen: Fagbokforl.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analyses in nursing  
research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse  
Education Today*, 24(2), 105-112.

- Haarstad, M. (1999). Vedlegg 6: Kontrollspenn - teori og praksis *NOU: En bedre organisert politi- og lensmannsetat* (Vol. 10, s. 128-146). Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. [Oslo]: Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001a, 09.04.2010). *Helsepersonelloven*. Lokalisert 09.04 2011, på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#4>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001b, 22.08.2008). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Lokalisert 05.05 2011, på [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=psykisk\\*%20helsevern\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=psykisk*%20helsevern*&&)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001c). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Lokalisert 10.01.2011 2011, på <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001d, 04.09.2010). *Lov om pasientrettigheter*. Lokalisert 05.05 2011, på [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighet\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighet*&&)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001e). *Lov om Spesialisthelsetjenesten*. Lokalisert 2011 25.04, på [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenestelov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenestelov*&&)
- Hjorth, P. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holte, K. L. (2009). Hysj! En kritisk didaktisk relasjonsanalyse av Curriculum Silentium; den skjulte policyen for taushet om arbeidsrelatert kritikk hos ansatte. *Karlstad University Studies*, 2009:35.
- Kallhovd, K. B. (2010). Underrapportering av uønskede hendelser i helsesektoren er et problem - analyse og muligheter *Master of information Technology med spesialisering i Sundhetsinformatikk*. (s. 76). Aalborg: Aalborg universitet
- Kunnskapsdepartementet. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Lokalisert 10.05.2011 2011, på [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20060630-056.html&emne=forskningsetikklov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20060630-056.html&emne=forskningsetikklov*&&)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malmedal, W., Hammervold, R., & Savemann, B.-I. (2009). To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care



carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009:37, 744-750.

- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. [København]: Gad.
- Moe, O. (2011). *Melderutiner for uønskede hendelser*. 3.1. Lokalisert 18.05.2011 2011,
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. oppl. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Molven, O. (2009). Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet  
Statens helsetilsyns tilnærming. *Lov og rett*, 48-1, 3-26.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie. Samlede utgaver. Universitetsforlagets sykepleieklassikere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. (2010). *Personvernombudet for forskning - meldeskjema*. Lokalisert 16.05 2010, på  
<https://pvportal.nsd.no/Meldeskjema/?MID=4ED9670C8ADE973F202A2FE3C572CCC1>
- Norsk Sykepleierforbund. (2001). *Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere - ICNs etiske regler* (Vol. 02/01). Oslo: NSF serien.
- Norsk Sykepleierforbund. (2008). Det du bør vite om faglig forsvarlighet Lokalisert på  
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135908/Faglig%20forsvarlighet.pdf>
- NOU. (2004). *Barnhjem og spesialskoler under lupen - spørsmålet om erstatningsansvarlig krav for uforsvarlig behandling*. (23). Lokalisert på  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2004/nou-2004-23/20/2.html?id=388135>.
- NYPORTS, N. Y. P. O. R. a. T. S. (2009). *Testemoni: Public hearing on NYPORTS*. Lokalisert 19.10 2009, på  
[http://www.nysna.org/advocacy/testimonies/nyports\\_hearing.htm](http://www.nysna.org/advocacy/testimonies/nyports_hearing.htm)
- Olsvold, N. (2010). Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. *Sykepleien Forskning* 04/10(329), 1.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utenfra eller begge deler? I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (8th utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vågen, S. R. (2009). *Avdelingssykepleierens rolle er nifst viktig*. Lokalisert 25.11 2009, på [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p\\_document\\_id=295864](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=295864)
- World Medical Assosiation Decloration of Helsinki. (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert 10.05 2011, på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

# Vedlegg 1

## Intervjuguide

### Grunnleggende informasjon.

- Kan du fortelle hva du oppfatter som avvik som skal registreres?
  - Hvordan vurderer du ulike avvik – gjør du deg tanker om hva som kan regnes som avvik?
  - Skille mellom trivielle og dramatiske uønskede hendelser?
  - Kan du si noe om din oppfatning av holdningen i avdelingen til hva som defineres som avvik?
  - Er dette forskjellig mellom yrkesgrupper?
  
- Kan du fortelle om episoder hvor du har meldt avvik?
  - Hva fikk deg til å melde dette?
  - Alvorlighetsgrad?
  - Gjorde du noe mer enn bare å registrere dette?
  - Hva er din oppfatning av de digitale skjemaet til å levere avvik?
  
- Kan du fortelle om episoder hvor var usikker på om du burde meldt avvik, men likevel ikke gjorde dette?
  - Alvorlighetsgrad?
  - Hva gjorde du i stedet for å registrere dette som avvik?
  
- Hva mener du om lover og regler som omhandler ansvarsfordeling ved uønskede hendelser?
  - Hvordan definerer du ansvar?
  - Hvordan vurderer du ditt ansvar i tilknytning til dette?
  - Yrkesetiske retningslinjer?
  - Virksomhetsansvar, kollektivt ansvar, individuelt ansvar
  - Kvalitetsutvalg

## Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om sykepleiers erfaringer med uønskede hendelser i sykepleierpraksis.**

Tidligere undersøkelser både nasjonalt og internasjonalt viser store mørketall når det gjelder å melde avvik. Dette samtidig som det årlig dør eller skades pasienter på sykehus på grunn av uønskede hendelser, også kalt avvik.

Denne studien har som formål å frembringe kunnskap om sykepleiernes håndtering av uønskede hendelser i sin praksis, og i den forbindelse ber jeg om å få intervju deg som sykepleier med mer enn to års erfaring i arbeid på sengepost og som ikke har tatt videreutdanning. Deltagelse i studien er frivillig.

Studien er meldt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og godkjent av din klinikkledelse. Pasientene jeg kan få informasjon om er beskyttet av min taushetsplikt, samt studiens anonymisering. Studien skal resultere i en masteroppgave i helsefag ved Institutt for helse- og omsorgsfag – Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, for undertegnede masterstudent. Min veileder gjennom studien er Siri Moe - Institutt for omsorgsfag.

Masteroppgavens tittel er:

***”Betydningen av avvik for faglig forsvarlig sykepleie”***

Intervju gjennomføres med flere sykepleiere på avdelinger ved to ulike sykehus, og vil omhandle de inntrykk du har av situasjoner der du har meldt eller vurderte om du skulle melde avvik. De første som gir sitt samtykke blir inkludert i studien. Intervjuet vil foregå på et sted vi bestemmer – gjerne et møterom på ditt sykehus, som ikke er tilknyttet din avdeling. Intervjusamtalen vil ha en varighet på rundt en time, og vil bli tatt opp på lydbånd som oppbevares etter gjeldende lovverk og retningslinjer for forskningsetikk. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og opplysningene vil bli oppbevart aidentifisert i studieperioden, og destrueres ved oppgavens avslutning 20.06.2011. Det er kun undertegnede som vil få tilgang til personidentifiserbare data. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, samt korrigeret eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Samtykke kan også trekkes tilbake,

og du kan kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre de allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Tilbaketrukket samtykke vil ikke få noen konsekvenser for deg, og du trenger heller ikke begrunne det. Resultatene vil ikke ha noen direkte konsekvenser for deg som deltaker, men vil kunne få betydning for fremtidig sykepleiepraksis. Resultatene av studien vil publiseres slik at din identitet ikke kommer frem.

**Dersom du ønsker å delta i studien – vær vennlig å returnere underskrevet samtykkeerklæring i vedlagte ferdig frankerte konvolutt, samt at du beholder et eksemplar selv.**

Jeg tar kontakt så snart som mulig og avtaler tidspunkt for intervju.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen

Masterstudent - Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Telefon: +913 74037

Epost: sverresdatter@me.com

Adresse: Kuttersvingen 20, 9017 Tromsø

---

#### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig (og muntlig) informasjon og er villig til å delta i studien ”Betydningen av avvik for faglig forsvarlig sykepleiepraksis”.

Navn \_\_\_\_\_ og jeg

kan kontaktes på telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

## Vedlegg 3 – Forespørsel Klinikksjef

### Forespørsel om forskningsprosjekt i klinikk

Mitt navn er Lill Sverresdatter Larsen og jeg er masterstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø.

Semester høst 2010 og vår 2011 skal jeg gjennomføre masteroppgaven og ber i den forbindelse om tillatelse til å gjøre en studie i Klinikk

---

Studiens formål er å frembringe kunnskap om avvikshåndtering i sykepleierpraksis. Jeg ønsker å intervju tre til fem sykepleiere på ulike avdelinger ved to sykehus for å få deres erfaringer med avvik, se vedlegg – ”Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt” for ytterligere detaljer.

Jeg vil mer enn gjerne informere deg videre om studien om du ønsker, før du gir din tillatelse skriftlig ved å signere på dette skjema og sende det tilbake på meg.

mvh

Lill Sverresdatter Larsen

Telefon: +47 913 74037

Epost: [sverresdatter@me.com](mailto:sverresdatter@me.com)

Adresse: Kuttersvingen 20

---

Jeg tillater at Lill Sverresdatter Larsen innhenter data til sin studie ”Betydningen av avvik for faglig forsvarlig sykepleiepraksis”.

-----  
(Signert av Klinikksjef, dato)

Lill Sverresdatter Larsen

## Vedlegg 4 – Forespørsel oversykepleier

### Forespørsel til oversykepleier om bistand til forskningsprosjekt.

Mitt navn er Lill Sverresdatter Larsen og jeg er masterstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø.

Semester høst 2010 og vår 2011 skal jeg gjennomføre masteroppgaven og ber i den forbindelse om hjelp til å komme i kontakt med mulige informanter til studien. Jeg har fått godkjenning av din klinikkssjef til å innhente data i denne klinikken.

Studien formål er å frembringe kunnskap om avvikshåndtering i sykepleierpraksis. Jeg ønsker å intervju tre til fem sykepleiere på ulike avdelinger ved to sykehus for å få deres erfaringer med avvik, se vedlegg ”Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt” for ytterligere informasjon.

Jeg trenger din hjelp til å dele ut det vedlagte skjema til to tilfeldig valgte sykepleiere ut fra disse kriteriene.

- sykepleier med mer enn to års erfaring med klinisk arbeid på sengepost
- sykepleier uten videreutdanning
- sykepleier som kan ha erfart uønskede hendelser/avvik i sykepleiepraksis.

De som er interessert kan bes fylle ut vedlagte skjema og returnere de i vedlagte konvolutt. Jeg vil så ta direkte kontakt med informantene som har sagt seg villig. De tre-fem første som gir sitt samtykke vil bli inkludert i studien. Det ville vært fint om du også informerer om at din rolle er å gjøre studien kjent for sykepleierne, men vil ikke kunne vite hvem som har sagt seg villig til å delta, eller følge studien videre.

Om du **ikke** kan hjelpe meg med dette ber jeg om tilbakemelding snarest på telefon +47 913 74037 eller epost: sverresdatter@me.com

På forhånd tusen takk for hjelpen,

Lill Sverresdatter Larsen

Lill Sverresdatter Larsen



Siri Moe  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

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

Vår dato: 27.08.2010

Vår ref: 24777 / 3 / IBH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.08.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24777	<i>Betydningen av avvik for faglig forsvarlig sykepleie</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Siri Moe
Student	Lill Sverresdatter Larsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

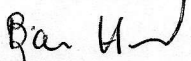
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Ingvild Bergan

Kontaktperson: Ingvild Bergan tlf: 55 58 32 32  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Lill Sverresdatter Larsen, Kuttersvingen 20, 9017 TROMSØ





Prosjektvurdering - Kommentar

24777

Utvalget består av 3-5 sykepleiere. Førstegangskontakt med utvalget opprettes av oversykepleiere ved de aktuelle arbeidsplassene. De som er interessert i å delta tar så selv direkte kontakt med student Lill Sverresdatter Larsen. Datamaterialet samles inn ved personlig intervju, som det gjøres lydopptak av. Lydopptakene behandles elektronisk.

Utvalget mottar muntlig og skriftlig informasjon, og det innhentes skriftlig samtykke, jf. informasjonsskriv registrert 13. august 2010.

Det forutsettes at det ikke behandles opplysninger som er undergitt taushetsplikt.

Det forutsettes at bruk av privat pc er i overensstemmelse med Universitetet i Tromsø sine interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Ved prosjektslutt, og senest innen 20. juni 2011, anonymiseres datamaterialet. Ombudet minner om at med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte eller indirekte.

*[Faint signature]*

*[Faint signature]*  
Lill Sverresdatter Larsen

Kopier Lill Sverresdatter Larsen, Kånsveien 30, 9017 TROMSØ  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kontaktperson: Lill Sverresdatter Larsen, tlf. 90 58 32 32

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:

Lill Sverresdatter Larsen

lill.sverresdatter.larsen@sykepleierforbundet.no

Dokumentreferanse: 2010/1371-11

Dokumentdato: 26.05.2010

#### FRAMLEGGINGSVURDERING - MASTEROPPGAVE HELSE- OG OMSORGSFAG

Vi viser til forespørsel om fremleggingsplikt av 25.05.2010 med vedlegg.

De prosjektene som skal fremlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som fremleggelsespliktig for REK eller ikke.

Formålet med prosjektet sies å være å frembringe kunnskap om avvikshåndtering i sykepleiepraksis ved intervju med sykepleiere på to forskjellige sykehus. Det forutsettes at informantene på vanlig måte overholder sin lovpålagte taushetsplikt.

Formålet faller etter komiteens mening utenfor lovens rammer og skal derfor ikke fremlegges for komiteen.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare  
førstekonsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK,  
NORD-NORGE  
REK NORD**

Besøksadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø  
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post:  
post@helseforsking.etikkom.no