

**Avdelingslederens erfaringer med å behandle avviksmeldinger på sykehjem**



---

**UiT** / THE ARCTIC UNIVERSITY  
OF NORWAY

**Ingvil Birkelund Andersen**

**«Man skriver ikke avvik på omsorg»**

**Mastergradsoppgave i helsefag, Flerfaglig studieretning  
Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet,**

**UiT**

Oktober 2014

## FORORD

Det er mange mennesker jeg må takke for at denne studien lot seg gjennomføre. Først og fremst alle avdelingsledere for deltagelse. Dere har vært imøtekommende, delt kunnskaper, tanker og erfaringer. Deretter min dyktige, kunnskapsrike og tålmodige veileder Lill Sverresdatter Larsen. Jeg kan ikke få takket deg nok for ditt engasjement. Tusen takk for din støtte, veiledning og fantastiske hjelp! En hilsen rettes også til Aud Obstfelder.

Valget om å studere til en mastergrad ved siden av jobb og familie har ført til beinharde prioriteringer, men jeg har ikke angret ikke et sekund. Å reise av sted fra barn, hjem og jobb har ikke vært problemfritt, men arbeidsgivere og familiens medlemmer har bidratt. Foruten deres tro på mitt studieprosjekt hadde ikke dette vært mulig. Tusen takk for at dere lot meg få muligheten og rom til å få fullføre denne studien. Dere vet den har betydd mye for meg.

En hilsen spesielt til min kjære mann Ruben og mine tålmodige barn Thea, Pernille og Herman. Denne oppgaven har virkelig bidratt til nye perspektiver på flere områder – jeg ser frem til å være sammen med dere!

Til deg som leser studien.

Håper du finner den interessant og inspirerende!

Storslett, den 01.10.2014

*Ingvil Birkelund Andersen*

## SAMMENDRAG

Bakgrunn: I dag bor det over 40 000 pleietrengende eldre på norske sykehjem. Statistisk sett har de fem diagnoser hver. Avdelingslederens formelle ansvar er påse at pleietilbud er av god og forsvarlig karakter. En måte å kontrollere kvalitet og pasienters sikkerhet på er gjennom avviksprosedyren. Denne prosedyren er en del av kommunenes interne kontrollsystem.

Formål: I forskningssammenheng er avviksregistrering, kvalitet på pleietilbud, og pasienters sikkerhet på sykehjem lite utforsket. Formålet med denne studien er å undersøke hvordan ledere forstår avvik, og hvordan de hever kvalitet og pasientsikkerhet i sykehjem. Problemstillingen er: «*Hva forstår ledere som avvik og hvordan de benytter de avvikssystemet til å sikre pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene?*»

Metode: Dette er et kvalitativ studie med en hermeneutisk tilnærming som baserer seg på seks dybdeintervju, med avdelingsledere fra fire ulike kommuner. Bearbeidelse av data er inspirert av Tjoras stegvise - deduktive - induktive (SDI) analysemetode, og er videre fortolket med de valgte teoretiske perspektiver om pleiekultur og sosiologisk ansvar.

Resultat: Ledere kategoriserer avvik gjennom hva de selv oppfatter som gode eller mindre gode meldinger. Formuleringen av avviket er avgjørende for å gi ledere mulighet til å forstå, kontekstualisere og handle for å forbedre pasienters sikkerhet og kvalitet på pleietilbud. Ledere synes det er vanskelig å gjøre noe med rapporterte avvik basert på pasienters omsorgsbehov, og disse blir kategorisert som mindre gode meldinger. Dette fordi de er krevende å artikulere og argumentere for videre i meldesystemet. Det er problematisk for ledere å benytte avviksprosedyren som dokumentasjon på faglig uforsvarlige forhold i sykehjem.

Konklusjon: På bakgrunn av denne studiens funn foreslår jeg økt oppmerksomhet for hvordan sykepleiefaglig kvalitet og pasientsikkerhet kan fremmes på sykehjem. Og fokus på hvilke avvik som synliggjøres – og hvilke avvik som ikke fremtrer gjennom dagens avvikssystem.

**Nøkkelord:** Pasientsikkerhet, meldesystem, avvik, avviksrapportering, kvalitetssikring, avvikshåndtering, kommunehelsetjeneste, sykehjem, kvalitet, uheldig hendelse.

## SUMMARY

**Background:** Today more than 40,000 care needy elderly live in Norwegian nursing homes. Statistically each of them has an average of five different diagnoses. The formal responsibility of the department leaders is to ensure that the quality of nursing offers is of defensible character. One way to control quality and safety of each patient is by applying the deviation procedure, as a part of the internal control system in the local government.

**Purpose:** There is currently little research on reporting systems, quality of care offers and also on the patient safety at Norwegian nursing homes. The purpose of this study is to explore how leaders understand deviations and how they raises quality and patient safety in nursing homes. The research question is: "What leaders understand as deviation and how they use deviation system to ensure patient safety and quality of services?"

**Method:** This is a qualitative study with a hermeneutic approach, based on six in-depth interviews with department managers from four different local governments. The processing of data is developed by Tjora stepwise deductive-inductive (SDI) method of analysis, and is further interpreted by the selected theoretical perspectives about care culture and sociological responsibility.

**Results:** Leaders categorizes deviations through what they perceive as good or less good messages. The formulation of the deviation is essential to give the leaders the ability to understand, contextualize and act to improve patient safety and quality of care deals. Leaders find it difficult to do something with reported deviations based on patient care, and these deviations are often categorized as less good messages. This because it is demanding to articulate and argue for them further in the reporting system. It is difficult for managers to use the deviation procedure as proof of professional unsafe conditions in nursing homes.

**Conclusion:** Based on this study's finding, I propose increased attention to how nursing quality and patient safety can be promoted in nursing homes. And a special focus on which deviations is presented - and which deviation not presented by the current deviation system.

**Keywords:** Patient safety, reporting system, deviation, deviation reporting, quality control, deviation management, local government, nursing homes, quality, unfortunate event.

## INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
-------------	---

SAMMENDRAG .....	0
SUMMARY.....	1
1 INNLEDNING .....	4
1.1 Studiets tematikk og formål .....	4
1.2 Studiens bakgrunn.....	5
1.2.1 Avviksproseduren innført for å sikre kvalitet på pleietilbud .....	6
1.2.2 Ny styringsideologi skaper endringer for pleiepraksis.....	7
1.2.3 Kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet.....	9
1.2.4 Avdelingslederens ansvarsområde på sykehjem .....	11
1.3 Studiens problemstilling .....	12
1.4 Tidligere forskning .....	13
2 TEORETISK RAMMEVERK.....	15
2.1 Pleiekultur og ansvar .....	16
2.1.1 Ansvar et en sentral faktor i pleiekulturen .....	16
2.1.2 Sykepleieres ansvarsområder som synlig og usynlig arbeid.....	17
2.1.3 Artikulering og synliggjøring av eget arbeid .....	19
2.2 Faktorer for å ta ansvar for pasientens sikkerhet .....	20
2.2.1 Organiseringen av arbeidet.....	20
3 METODE .....	23
3.1 Metodisk tilnærming og forskningsmetode .....	23
3.2 Dataproduksjon .....	24
3.3.1 Rekruttering av informanter.....	24
3.3.4 Gjennomføring av intervjuene.....	25
3.3.5 Transkripsjon av datamaterialet .....	26
3.3 Etikk, personvern og sikkerhet .....	27
3.4 Metode for analyse .....	28
3.5 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet .....	28
4 PRESENTASJON AV DATA .....	33
4.1 Hva ledere sier et avvik er .....	33
4.1.1. Avviksproseduren er et kommunikasjonsmiddel knyttet til noe som må forbedres.....	33
4.1.2 Når skal et avvik meldes og hvordan skal det meldes? .....	35
4.1.3 Eget faglig skjønn tilknytt avviksproseduren.....	45
4.2 Hva ledere gjør .....	46
4.2.1 Kontroll av kvaliteten i avdelingen .....	46
4.2.2 Ledere usikkerhet tilknyttet lovverk og forskrifter avviksproseduren bygger på .....	47
4.2.3 Avviksproseduren som kvantitativt bevis på faglig uforsvarlige forhold tilknytt bemanning ..	48
4.2.4 Bemanning og tid er avgjørende for pasientens ivaretagelse av omsorg.....	50
4.3 Studiens funn oppsummert.....	52
5 DISKUSJONSDEL.....	55
5.1 Et avvik forstås gjennom hendelsens alvorlighetsgrad .....	56

5.2 Moralsk ansvar for pasienten og kollegialt samarbeid .....	58
5.3 Bemanning, tid og oppmerksomhet.....	60
5.4 Lederens ansvar på sykehjem .....	61
5.5 Tiltak for å fremme pasienters sikkerhet og kvalitet på pleietilbud .....	63
5.5.1 Sykepleiere og utdanning .....	63
5.5.2 Avdelingsledere og arbeidssted.....	64
5.5.3 Staten .....	65
5.6 Oppsummering.....	66
6 AVSLUTNING .....	67
<i>Forslag på videre studier</i> .....	68
LITTERATURLISTE .....	69
Statistisk Sentralbyrå. Pleie- og omsorgstenester, 2013, førebelse tal. Stadig meir helsetenester i heimen. (2014) Tilgjengelig fra: <a href="http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie">http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie</a> (Hentet: 28. September 2014).....	72

# 1 INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg presentere studiens tema, bakgrunn, formål og problemstilling. Jeg vil også posisjonere denne studien ut fra tidligere forskning og litteratur om temaet. Samt klargjøre egen forforståelse og fremvise hvordan studiet er systematisk er lagt opp for videre lesning av den.

## 1.1 Studiets tematikk og formål

Hjort (2007) anslår at om lag 4000 mennesker årlig blir skadet under pasientopphold i norske sykehus. Hovedfokuset til den offentlige regjering har derfor vært mest opptatt av å undersøke, sikre og heve kvaliteten på tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Hjort (2007) foreslår at det også bør sees nærmere på pasientsikkerheten i norske sykehjem. Til nå har forskning og fokus på forsvarlige pleietilbud i helse- og omsorgstjenestene fått lite oppmerksomhet. Studiens tema bunner ut fra et område som i lav grad er dekket i forskningssammenheng og faglitteratur (Hjort, 2007; Bergland og Moser, 2013). Internasjonale studier tyder på at pasientsikkerheten til eldre på sykehjem kan være av preget av dårlig karakter (Kohn, et.al.2000; Castle et. al. 2010).

I spesialisthelsetjenesten finnes et lite antall av studier som har fokusert på kvalitet og pasientsikkerhet. Disse har undersøkt meldesystemet som helhet, hva som rapporteres av hendelser og om hva som trolig underrapporteres. Disse studiene har ikke sett på sykepleielederes forståelse av avvik, eller hvordan de erfarer å behandle dem.

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan avdelingsledere på sykehjem forstår avvik, og hvordan ledere hever kvalitet og pasientsikkerhet gjennom avviksprosedyren. Dette utføres ved å analysere lederes forståelse, hvilke begreper de benytter seg av og hvordan de handler. Denne studien berører et felt som handler om å skulle levere høy faglig kvalitet på pleietilbud, og på samme tid avdekke feil og mangler. Studiens tema vil omhandle begrepene kvalitet, faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet sett fra avdelingslederens perspektiv.

Min interesse for avviksregistrering bunner ut fra egne erfaringer med å rapportere avvik. I tjeneste for samme arbeidsgiver, men under mange ulike avdelingsledere på kort tid, ble jeg oppmerksom på at alle ledere hadde svært ulik holdning til avviksprosedyren. Også ulik praksis å behandle avviksmeldinger på. Å jobbe under et stadig ulikt og skiftende syn på hva som skulle rapporteres var forvirrende for meg som sykepleier. Noen ledere oppfordret til å rapportere alle erfarte avvikende hendelser, og en annen leder fortalte meg at avvik ikke ble

behandlet på avdelingen. Jeg har erfart å høre pleiere som ytrer at å rapportere avvik er tidkrevende arbeid til liten nytte. Også vært vitne til å se at avvik som skulle vært meldt ikke har blitt det. På samme tid har jeg også sett at å rapporterte avvik har hatt positive utfall i avdelingen. Min forforståelse er at kommuner og sykehjem i Norge har ulike rammer for hvordan avviksregistreringen utføres på, og i forlengelsen av dette også ulike måter å håndtere dem på. Jeg ble nysgjerrig på hva som ligger bak avdelingslederens ulike forståelse tilknyttet avvik, og deres praksis i håndteringen av rapporterte meldinger.

Denne studien har betydning i en samfunnsmessig kontekst, både for den som rapporterer avvik, de som behandler dem, for pasienter og deres pårørende. Studien har også betydning i en politisk kontekst for å påse at det blir utviklet trygge og gode tjenester på pleietilbud. Jeg håper derfor denne studien kan bidra til refleksjon, innsikt og forståelse av viktigheten til å rapportere avvik, også behandlingen av dem.

## **1.2 Studiens bakgrunn**

I følge Lov av Kommunale Helse- og Omsorgstjenester<sup>1</sup> skal alle kommuner i Norge tilby offentlige og forsvarlige helsetjenestetilbud<sup>2</sup>. Kommunene, inkludert helsepersonell, har derfor ansvaret for den daglige pleie og omsorg som blir gitt til pleietrengende eldre. Disse menneskene ivaretas i institusjoner på sykehjem eller i de eldres egne boliger med hjelp av hjemmesykepleie. I dag mottar over 80 000 mennesker tjenestetilbud i sine egne hjem og det bor omtrent 40 000 pleietrengende i sykehjem (Statistisk Sentralbyrå, 2014). Det er et nasjonalt mål å ivareta de eldre i egne hjem så lenge dette er forsvarlig. Antall sykehjemspasienter har derfor hatt en nedgang i løpet av de siste tretti år, og i dag er eldre mennesker som flytter inn på sykehjem mer pleietrengende enn tidligere (Statistisk Sentralbyrå, 2013). Resultatet er multiple og kroniske syke sykehjemspasienter, for statistikk tilsier at hver av dem har fem diagnoser hver (Statistisk Sentralbyrå, 2014) Ivaretagelse av eldre mennesker som ikke kan ta vare på seg selv krever individuell pleie, omsorg, døgkontinuerlig overvåkning og tilsyn. Dette bidrar til at mange eldre har begrensede muligheter til å selv melde ifra om pleie av dårlig kvalitet, og ved mangler på tjenester de mottar (Ytrehus i Bergland & Moser, 2013:30). På samme tid publiserer media stadig nye oppslag der pasienters pårørende ytrer store bekymringer ovenfor kvaliteten deres eldre

---

<sup>1</sup> m.m av 24.06.2011 nr.30 §3.2

<sup>2</sup> Forsvarlige praksiser i sykehjem skal påses under disse nasjonale lovverk: Lov om Helsepersonell m. v av 02.07.1999 nummer 64, Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester med mer av 24.06.2011 nr. 30 og Lov om pasient – og brukerrettigheter av 02.07.1999 nr. 63.



mottar på pleietilbud i norske sykehjem. På tross av juridiske formaliteter som skal påse at pasientene får gode og trygge pleietilbud, vet vi i dag likevel lite om hvordan kvaliteten og pasientsikkerheten er på pleietilbudene. Eller hvordan pasientene selv opplever dem.

### **1.2.1 Avviksproseduren innført for å sikre kvalitet på pleietilbud**

Oljeindustri, kjernekraft og luftfart har lang tradisjon og god innarbeidet kultur for internkontrollsystemer og avviksregistrering. Internkontroll ble først innført og lovpålagt i nasjonale helseorganisasjoner på midten av 90 – tallet (Roald, 2013). Først ble det lovfestet plikt til å rapportere hendelser og deretter fulgte første nasjonale strategi for kvalitetsutvikling. Internkontroll ble lovfestet og innført. Og avviksregistrering er derfor i dag et ledd i sykehjemmenes lovpålagte kvalitetssystem og internkontrollprogram.

Kvalitetsforskriften<sup>4</sup> og Internkontrollforskriften<sup>5</sup>, skal bidra til at oppgaver, innhold og kvalitet i tjenestetilbud påses gjennom interne og eksterne kontroller. Et hvert sykehjem skal derfor utarbeide et eget internkontrollsystem og en kvalitetshåndbok. Her skal organisasjonens verdigrunnlag, visjoner og målsetninger for virksomheten samles, og det skal fremvises hvordan pålagt internkontrollsystem skal fungere og forvaltes (Orvik, 2004). All denne dokumentasjonen må kontinuerlig revideres etter Helsetilsynsloven<sup>6</sup>. Internkontrollforskriften §3 fastsetter at det systematisk skal utarbeides prosedyrer og tiltak for å påse at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes. Forsvarlige helsetjenester får man derfor blant annet ved at lovverk blir fulgt, og at det kontinuerlig pågår et forbedringsarbeid ved at potensielle risikoområder og svikt i pleietilbud identifiseres (Orvik, 2004). Statens helsetilsyn<sup>7</sup> har ansvar for det overordnede faglige tilsyn med alle sykehjem., og skal påse at kommunene utøver tjenester i tråd med lovverket.

### **Avviksproseduren og meldeskjemaet – et eksempel**

---

<sup>4</sup>Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov av 19. 11.82 nummer. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 nummer. 81 om sosiale tjenester med videre av 26.07.03 nummer. 792, heretter kalt Kvalitetsforskriften.

<sup>5</sup> Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten Etter Lov av 20.12.02 nummer. 1731, heretter kalt Internkontrollforskriften.

<sup>6</sup> Etter Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. av 30.03.84 nr.15 § 3, heretter kalt Helsetilsynsloven.

<sup>7</sup> Etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 1

### **AVVIKSSKJEMA**

Beskriv hendelse og konsekvenser:

Forslag til tiltak for å unngå avvik:

Signer med navn og yrkestittel:

Et hypotetisk avvik som står til avviksskjemaet over:

#### **Akuttutstyr er ikke kontrollert etter avdelingens prosedyre.**

Hendelse: Pasient på rom nr. 344 ble i dag akutt dårlig med mistanke om et TIA- anfall. Det ble i denne forbindelse oppdaget at 02- kolbe ikke hadde nesebrille påkoblet.

Konsekvens: Situasjonen medførte at pleiere måtte lete etter nødvendig utstyr for å gi adekvat helsehjelp da oksygen i dette tilfellet er første behandlingstiltak. Pasienten ble liggende i ti minutter uten 02. Eventuelt skadeomfang for pasientens vedkommende er foreløpig ukjent.

Tiltak: Gjennomgå rutiner og kontroll av akuttutstyr

#### **1.2.2 Ny styringsideologi skaper endringer for pleiepraksis**

På midten av 80- tallet ble New Public Management (NPM) innført i offentlig helsesektor. Den økonomiske styringsmodellen baserer seg på en markedsliberalistisk ideologi, og dens prinsipper har bidratt til store endringer for det norske helsevesenet. Formålet med innføringen av ny styringsideologi, var å redusere og kontrollere statens stigende ressursbruk, i lys av velferdsstatens framtreende utvikling. Gjennom et overordnet fokus på økonomiske mål og kvantitative data er det kostnadseffektivitet som i dag styrer som et overordnet prinsipp for alle helseorganisasjoner, et indre marked (Lian,2007; Vike,2003; Hamran,1992). På grunn av dette kan helseorganisasjoner i dag styres som en hvilken som helst bedrift. Prinsippet for vareproduksjon, den økonomiske filosofi, løses med samme styringsredskaper og metoder. Det spiller altså ingen rolle hvem som utfører tjenester så lenge krav og mål er innfridd uavhengig av hvem tjenesten skal utøves til. Økonomer kan i dag lede en helsebedrift uten kunnskaper om innholdet i tjenesten, eller uten faglige forutsetninger til å forstå verdigrunnet eller prinsipper for hva helse handler om (Hamran, 1993). Den gamle byråkratiske styringsmodellen i offentlig sektor var basert på faglig ledelse, noe som i dag har medført en reduksjon av profesjoners faglige skjønn og autonomi (ibid.). Dette kan være en

risiko for et fag som handler om pleie og omsorg (Hamran, 1992, 1993). Begrepsfesting og artikulering av kvalitet i dette arbeidet kan være vanskelig (Hamran 1992,1993). Det kan derfor være problematisk for omsorgsyirket at nye styringsregimer og organisasjonsformer legger rammer for hvordan kvalitetsbegrepet skal forstås, gjennom andres idologiers verdimål (Hamran, 1993). NPM baserer seg på en paternalistisk tro som legger like velferdsmål for alle. Dette kan føre til et ensidig fokus på å standardisere sosiale stønader og tjenester, og kan i forlengelsen av dette bidra til et manglende fokus på individuell autonomi og reelle behov.

NPM og dens krav om kvantitative målbare og synlige resultater har blitt fremtredende i pleie og omsorgsarbeidet. Arbeidsmålinger er innført, oppgaver blir delt og standardisert. Det skapes et skille mellom den som ordinerer og den som skal utøve, noe Hamran (1992) skriver også skaper en splittelse av oppgaver og personer. Dette kan bidra til at spørsmålet om *hvem* som skal gjøre *hva* kan bli uklart. I forlengelsen av dette gi konsekvenser for arbeidskultur og oppgavestruktur i helsevesenet. Tidligere overvåket oversykepleieren kvaliteten på pleietilbud som ble gitt i avdelingen (Larsen, 2011). I dag er denne kontrollen byttet ut mot akkreditering gjennom kvalitetssikring, evaluering og tilsyn. Den tradisjonelle overvåkingen er byttet bort mot helsepersonells egen selvdisiplin og selvkontroll. Hver sykepleier er derfor selv ansvarlig for å gi, vurdere og evaluere kvaliteten som blir utøvet på pasienttilbud. Teknologisk instrumentalisering av pleie bidrar til et økt dokumentasjonskrav, som et slags bevis på at en gjør det arbeidet en er satt til å utføre. Mindre tid går direkte til pasientene når alt skal planlegges og nedfelles i prosedyrer, dokumenteres og rapporteres. Engebretsen og Heggen (2012) mener dette minner om en mistro til profesjoners faglige kvalitet, selvstendighet og ansvarlighet. Standardisering og prosedering av pleie og omsorg har tidligere ikke hatt tradisjon i yrke der omsorg er basert på skjønn, faglige moralske verdier og prinsipper (Hamran, 1992,1993). I dag kan helsepersonell påstå at de ikke får utført god nok eller forsvarlig sykepleie, noe de ofte ikke får gehør for (Olsvold, 2011; Hamran, 1992).

Dagens helsepolitikk kan bidra til at ansatte i helsesektoren befinner seg i et *krysspress* der en må være villig til å strekke seg langt for å oppfylle statens ambisjoner i mål om kostnadseffektivitet og målbare resultater, egen profesjons faglige verdimål, pasienters og pårørendes forventninger (Olsvold, 2011; Hamran, 1992; Engebretsen, Heggen, 2012).

En mekanisk organisasjon slik som vareindustrien der tanken er skilt ut fra hånden, mener Hamran (1993) legger en demper på menneskers initiativ. Noe som kan bidra til at en forholder seg passiv til problemer som fellesskapet sammen kan finne løsninger på. Det

personlig ansvar sidesettes gjennom måten den mekaniske tradisjonen, gjennom sine strukturelle forklaring, organiserer arbeidet sitt på (Hamran, 1992, 1993).

### **1.2.3 Kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet**

Det er sentralt å oppklare begrepene kvalitet, kvalitetssikring og faglig forsvarlighet da dette er viktige begreper knyttet opp mot begrepet pasientsikkerhet.

Helsepersonell har ikke til hensikt å skade pasienter, men i krevende arbeidssituasjoner og stressende arbeidshverdager kan uheldige hendelser forekomme. Det er menneskelig å feile. Hva som er et avvik og hva som skal meldes kan ha uklare grenser, men når man snakker om pasientsikkerhet er det viktig å kunne skille mellom bivirkning, komplikasjon og uheldige hendelse (Hjort, 2007.) Dette fordi det alltid vil være en risiko forbundet med operasjoner, bruk av medisiner og avanserte teknologiske instrumenter. Pasientsikkerhet defineres slik at det handler om hvordan en kan yte og gi best mulig kvalitet på pleietilbud, og evaluere risiko av hendelser som ikke tjener til dette formål (Hjort, 2007) Dette innebærer og handler om forsvarlig praksis både i pleie og behandling. Begrepet faglig forsvarlig bunner ut fra en faglig minimumsstandard av kvalitet. Sagt på en annen måte befinner idealet for faglig forsvarlig yrkesutøvelse seg i det ene ytterpunkt og uforsvarlig praksis i det andre. Et minimumsmål finner en på grensen over uforsvarlig praksis og ideelt sett bør et pleietilbud være langt over dette minimumsmålet (Orvik, 2004). Målet er pleie av god kvalitet.

Hva kvalitet er, defineres etter hvem som konstituerer den og hvilke verdimål den enkelte har. Både gjennom hvordan kvalitet bedømmes, kjennetegnes og hva den blir målt gjennom (Hamran,1993;Kirkevold,1993;Ytrehus, 2013). Dette kan være statlige reformkrav gjennom lovpålegg og akkrediteringer, profesjoners faglige, etiske og moralske verdier, eller pasienten selv med sitt eget verdisyn gjennom kvalitative beskrivelser. Alle har egne forståelser for hvilke verdier som er viktig å ivareta (Hamran 1992;1993).

Statens verdimål gjennom juridiske lovverk må sykehjem, avdelingsledere og helsepersonell følge i det daglige. Stortingsmeldingen «God kvalitet – trygge tjenester» fastslår at kvalitet skal kjennetegnes, bedømmes og måles gjennom disse indikatorene:

*«Helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet. Kjennetegn ved god kvalitet er at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.»*

(Helse- og omsorgsdepartementet Meld. St. 10, 2012-2013)

Denne stortingsmeldingen sier lite om hva som ligger i kvaliteten som praktisk skal utføres til pasientene. Kvalitetsforskriften §1 utdyper dette og skal påse at pasienter får ivaretatt sine grunnleggende behov, sin autonomi, egenverd og livsførsel på sykehjem. Kvalitetsforskriften §3 beskriver videre at oppgaver og innhold på disse tjenestetilbudene skal ansvarliggjøres gjennom et system av prosedyrer. Dette for å påse at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenestene pasienten har behov for, til rett tid og i henhold til individuell plan. Det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, som også skal ivareta kontinuiteten i tjenesten. Pasienten og deres pårørende kan være med på å utforme og bidra til endringer av tjenestetilbudet.

Som nevnt innledningsvis er det helsepersonell som jobber tettest på pasientene, og det er disse personene som i det daglige må vurdere kvaliteten på den pleie som blir gitt, sett fra et faglig ståsted. Kvalitet i en helsefaglig kontekst kan kjennetegnes gjennom hva som rommer den gode handling (Kirkevold, 1992; Hamran, 1992). Et pragmatisk skille i profesjoners handlingsalternativer for hva som skiller godt fra vondt, skriver Kirkevold (1992) ikke eksisterer. Enhver situasjon er kontekstavhengig henvendt mot den individuelle pasient.

*«Med refleksjon over hva som er dette gode, en faglig vurdering over hva som er kvalitet, kan formes etter profesjonens faglige verdisyn. En klargjøring av hva som bør inngå i god sykepleie og hvilke verdier vi ønsker ivareta.» (Kirkevold 1992, s.77).*

Hva som rommer den «gode» handling fordrer derfor refleksjon, kontekst og individuelle handlinger. Og dette danner sammen grunnlaget for ens handlingsalternativer (Kirkevold, 1993:77).. I innledningen til de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (ICN) utgitt av Norsk Sykepleieforbund, skrevet av Marie Aakre, leder av Rådet for sykepleieetikk (2011:5) står det:

*«Sykepleieres faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid god dømmekraft. Reflektert praksis fremmer moralsk praksis, og det bør derfor jevnlig skapes arenaer for etiske refleksjoner alle steder der sykepleie utøves.»*

På tross av statens verdimål og lovverk kan helsepersonell møte på situasjoner som er problematisk i praksis. I spørsmålet om sykepleiefaglig kvalitet, kan diskusjoner oppstå for om kvalitet er akseptabel pleie, eller om den skal romme idealet for sykepleie. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal være et bidrag til å veilede i etiske og moralske dilemmaer der verken handling er faglig uforvarlig, eller der lovverk er brutt. Møter sykepleieren møte på situasjoner som ikke er preget av kvalitet eller forsvarlighet, men kritikkverdig eller

uforsvarlig pleie, skal sykepleiere varsle etter de yrkesetiske retningslinjer. Før en varsler om kritikkverdige forhold må arbeidsgiver varsles gjennom avvikssystemet.

#### **1.2.4 Avdelingslederens ansvarsområde på sykehjem**

Avdelingslederens rolle består i dag av to formelle ansvarsområder i avdelingen. Et administrativt og et faglig ansvar. Dette tilsier at ledere må tilbringe store deler av arbeidsdagen på kontor, og mindre tid kan benyttes sammen med pasientene og personalet enn tidligere (Vike et.al, 2002). I dag er ledere ansvarlig for å realisere og påse at det er kvalitet på pleietilbud, men likeså oppfylle organisasjonens målsetninger gjennom dets budsjettrammer og personalansvar (Orvik, 2004; Pfeiffer, 2002).

Pfeiffer (2002) mener et godt lederskap må romme fire roller, produsent rollen -, administrator, entreprenør, og integratortrollen. Produsentrollen handler om å produsere synlige sykepleiefaglige resultater for tjenesteyting/pleien, noe som fordrer at en kjenner sitt spesifikke fagfelt. Den andre rollen der lederen må administrere systemet, det vil si planlegge og koordinere arbeidsoppgaver, og sørge for hensiktsmessige regler i avdelingen og kontrollere dets resultater. Pfeiffer (ibid.) mener rollen som entreprenør handler om å være nyskapende for hvordan en kan organisere og videreutvikle god sykepleie på. Å være integrator handler om å skape velfungerende sosiale prosesser innad i pleieteamet. Det er hensiktsmessig at lederen skaper balanse mellom disse fire rollene, og ikke avskriver sitt ansvar for en eller flere av dem (Pfeiffer, 2002:52).

Lederens oppgave i internkontrollsystemet er å påse at pleietilbud er trygge og av god kvalitet. Dette kan gjennomføres ved å overvåke direkte utførelse av pleie som blir gitt, men også gjennom utarbeidelser og korrigeringer av prosedyrer og retningslinjer i avdelingen. Lederen må også holde seg oppdatert på nye lovverk og forskrifter, og sørge for at disse foreligger i kvalitetshåndboken. Håndteringen av avviksmeldinger tilfaller avdelingslederen i det daglige virke, og lederen er den første personen som mottar og behandler meldingene. Oppdager lederen forhold som er til fare for pasientens sikkerhet eller pleietilbud av dårlig kvalitet, er det lederens ansvar å utføre konstruktive og nødvendige tiltak for å forbedre praksis. Lederen er også, på lik linje med sykepleiere som rapporterer avvik, underlagt sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og meldeplikt for å rapportere om uforsvarlige praksiser (Pfeiffer, 2002; Orvik, 2004). Kan ikke lederen selv løse problemer i avdelingen, iverksette tiltak eller lukke et avvik, er de pliktige til å bringe saken videre i avvikssystemet. Slike saker kan kreve gode saksfremlegg (Pfeiffer, 2002). Lederen må også sørge for å

innhente og å få svar på videresendte avviksmeldinger, og ta beslutninger innen et rimelig tidsperspektiv (ibid.).

Avviksmeldinger kan kreve høy faglig kompetanse for å forstå hva som står på spill i de ulike situasjoner og hva som potensielt sett *kan* utspille seg. Dette fordrer både sykepleiefaglige og organisatoriske kunnskaper (Orvik, 2004). Lederens ansvarsområder kan være omfattende, men med NPM følger en tro på den profesjonelle leder (Lian, 2007:130).

### **1.3 Studiens problemstilling**

Da jeg startet arbeidet med denne oppgaven, oppdaget jeg at det var noen stikkord som hadde fulgt meg gjennom hele mastergradsstudiet. Faglig kvalitet, pasientsikkerhet og avviksregistrering var gjennomgående på alle tankekart. Disse stikkordene ble viktige elementer og grunnlaget for valg av studietema. Avviksregistrering og uheldige hendelser er nært knyttet opp til begrepene faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Jeg forsto ikke hva det var jeg ville utforske inntil jeg leste Larsen (2011) sin avhandling «Avviksregistrering for god sykepleie», der hun viser hvordan sykepleiefaglig kvalitet blir usynliggjort i spesialisthelsetjenesten. Avvik som angår medisinsk behandling og teknisk utstyr blir i noen grad rapportert, mens avvik som omhandler generell sykepleie ikke blir fremvist i avviksrapporter. Tidligere studier har i høy grad fokusert på sykepleieres forståelse av avviksrapportering, og jeg mener det er viktig at også lederens forståelse blir fremmet i denne tematikken. Studier etterlyser kunnskaper på dette feltet da sykepleiere forstår avviksregistrering som problematisk og at de ikke får tilstrekkelig med tilbakemeldinger på sine avviksmeldinger (Roald, 2013; Larsen, 2011).

Problemstillingen i denne oppgaven ble utformet slik:

- *«Hva forstår ledere som avvik og hvordan benytter de avvikssystemet til å sikre pasientsikkerhet og kvalitet på pleietilbud?»*

Studien bygger på en kvalitativ tilnærming basert på datamateriale fra seks dybdeintervju med temabasert intervjuguide. Ledere fra seks forskjellige sykehjem deltok fordelt på fire ulike kommuner. Oppgavens oppbygning er delt inn i en innledning og fire kapitler. I kapittel 2 vil jeg presentere oppgavens teoretiske rammeverk og i kapittel 3, metodebruk. Kapittel 4 presenterer studiets datamateriale og en oppsummering av studiets funn. Kapittel 5 følges av oppgavens diskusjonsdel, og en avslutning med forslag på videre studier.

## 1.4 Tidligere forskning

I artikkelsøk har jeg benyttet meg av kombinasjoner av søkeord som: Nurse Home, Patientsafety, reporting, error, adverse event, adverse event reporting, safety systems og quality systems. Søkebaser jeg har benyttet meg av er: Google Scholar, Helsebiblioteket, Medline, Norsk sykepleieforbund forskning, legeforeningen, PubMed, Bibsys Ask og Munin.

Det eksisterer lite forskning om avviksregistrering og uheldige hendelser i pleie- og omsorgssektoren i Norge og da særlig på sykehjem (Hjort, 2007; Bergeland og Moser, 2013).

Alsvik (2010) peker på at det *kan* foreligge underrapporteringer av hendelser i norske sykehjem, og mener det er behov for økt innsats i forskning ved å utforske rapporteringskulturen. Funnene er i lav grad overførbare da bare en kommune er inkludert i studien, men Alsvik (ibid.) foreslår at det kan være et poeng med anonyme meldesystemer slik som også flere andre nasjonale og internasjonale studier (Moumtzoglou, 2010; Larsen, 2011; Vågen, 2009; Kim et.al. 2010), og litteratur peker på (Hjort, 2007; Kohn et.al. 2000). Disse (ibid.) både forskning og litteratur, peker på felles forståelse og kunnskaper i stedet for kultur for straff og sanksjoner. Dette fordi sanksjoner kan bidra til underrapporteringer av hendelser, og at pleiepersonell ikke handler etter pasientens beste. Disse studiene (ibid.) retter et fokus på viktigheten av at den som rapporterer avvik bør belønnes og være skyldfri, og peker på systemfaktorer som årsak til avvikende hendelser.

Senere års internasjonal forskning gir oss et *grunnlag* til å tro at pasientsikkerheten på sykehjem ikke er av god nok kvalitet (Kohn. et.al. 2000; Castle et. al. 2010). Wagner et al. (2013) viser til at det årlig meldes om lag 8 millioner uønskede hendelser i amerikanske sykehjem. Shmueli (2014) fremviser i hovedsak pasient fall som gjengangere i rapporterte avvik i Israel. Det finnes mye forskning om feilmedisinering der studier viser at feil dosett og feil administrasjonsmåte er mest fremtredende, og det eksisterer mye forskning om temaet og ulike løsninger på problemene (Kim.et. al. 2010; Greene et.al. 2011; Crespín et.al. 2010; Alcántara et.al. 2014; Hansen, 2010). Ved å se nærmere på hvilke pålegg amerikanske sykehjem mottok i tidsperioden 2000 – 2007, viser Castle et.al (2010) til funn om at pasienters sikkerhet på sykehjem kan være av dårlig kvalitet. Studien (ibid.) peker på årsaksfaktorer som lav bemanning, lav kvalitet på pleietilbud og uforenlige kombinasjoner av medikamenter. Noen av disse faktorene kan gjenkjennes som bekymring i årsmeldingen til Pleie- omsorg og eldreombudet i Oslo (2013:19):



*«Bekymringene knyttet til kvalitet på tjenestene gjelder bemanningsnorm, antall fagutdannede på sykehjemmene, tilgjengelighet på sykehjemslege, fysioterapeut og ergoterapeut. Dette medfører at Ombudets bekymring for forebygging og oppfølging av fall, liggesår, kontrakturer og bevegelsestrening samt ernæring har blitt forsterket.»*

Den nasjonale og felles årsmeldingen fra alle Pleie- omsorg og eldreombudene (2014:12) viser til samme bekymringer ovenfor kvaliteten som blir utøvet i norske sykehjem.

Van Gaal et.al. (2009) har utforsket ulike pasientsikkerhetsprogrammer med den hensikt å utforske om meldesystemene fungerer når målet er å redusere og forebygge uheldige hendelser. Studien viser at hovedproblemene ligger i å utvikle gode pasientsikkerhetsprogrammer, samt problemer med implementering av dem, og et system som ikke gir tilbakemeldinger til den som melder. Studien viser til at meldesystemene blir utfordret av tilstrekkelige gode nok digitale verktøy.

Noen få studier har undersøkt hvordan sykepleiere reflekterer over erfarte avvik og hvordan de handler i praksis. Wagner et.al (2013) har utforsket hvordan sykepleiere fra sykehjem i Canada ville rapportere avvik. Sykepleiere med mest utdanning hadde best forutsetning for å avsløre og unngå uheldige hendelser, og forbedre pasientsikkerheten. Slik som også Larsen (2011) fremviser. Av disse to studiene fremgår organisasjonskompetanse hos sykepleiere som en viktig faktor for å kunne melde i tråd med meldesystemet insentiver, slik som også litteratur peker på (Orvik, 2013). Shmueli (2014) viser til at eldre sykepleiere rapporterer flest avvik. Larsens (2011) funn tyder på at sykepleiere som rapporterer avvik i lav grad melder og tar ansvar for pasienters langsiktige sikkerhet i norske sykehus. I hovedsak rapporteres hendelser tilknyttet pasientens behandling, og det foreligger mørketall i generell sykepleie og etiske dilemmaer.

Roald (2013) har undersøkt sykepleieres forståelse av meldesystemet i norske sykehus og viser til at systemet er godt implementert hos sykepleiere, men organiseringen av det bidrar til at det ikke fungerer optimalt. Roald (ibid.) viser at avviksprosedyren kan oppfattes som en monolog, som bidrar til underkommunisering, og at ledere ikke tar tilstrekkelig med ansvar for å behandle rapporterte meldinger. Roald (2013) konkluderer med at det er begrenset hvor mye meldesystemer kan bidra til lokale kvalitetsforbedringer i en avdeling. Både Larsen (2011) og Roald (2013) peker på viktigheten av tillit til at rapportere avvik har en nytteverdi, og at disse følges opp i avvikssystemet. Både litteratur (Pfeiffer, 2002; Hjort, 2007) og forskning (Larsen, 2011; Roald, 2013; Vågen, 2009) illustrerer lederens betydning som avgjørende for god rapporterings- og pasientsikkerhetskultur.

Vågen (2009) illustrerer avdelingssykepleiers rolle som «nifst viktig» og som en «ledelseskunst». Og betegner avvikhåndtering som noe som kan skape motivasjon, likegyldighet eller frykt for å melde ifra om kritikkverdig praksis. Vågen (ibid.) fremviser i sin kronikk basert på forskning fra 2007/2008 at ledere er klar over at de innehar en avgjørende rolle i mål om å skape god rapporteringskultur hos personalet. Også at de har ulik måte å gå inn i avviksproblematikk på, noe som har betydning for hvordan de behandler avvik, og den som melder på. Vågen (2009) viser til at det kan foreligge underrapportering av hendelser der pleiere ikke melder avvik på medkollegaers holdninger, men også en uklarhet i fagmiljøet på hva som skal rapporteres som avvik:

*«Det er spesielt uenighet mellom profesjonsgruppene om hva som er uakseptabel praksis. Faren er at de (lederne) går på akkord med egne verdier i lojalitet til de økonomiske rammene, eller at de strekker seg selv for langt i den praktiske hverdagen for å kompensere for manglende bemanning.»* (Vågen, 2009)

## 2 TEORETISK RAMMEVERK

Jeg valgt å benytte meg av to forfattere som på ulikt vis belyser pleiekultur, kunnskap og ansvar. I mål om å forstå rammer ledere og pleiepersonalet jobber under, benyttes Torunn Hamran bok om kvalitet på pleien gjennom pleiekultur. Og Nina Olsvolds avhandling om hvordan og hvorfor sykepleiere tar ansvar på sykehus.

**Torunn Hamran** er professor og forsker ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø, avdeling for helse- og omsorgsfag. Hamran har skrevet mange fagbøker og artikler. Jeg benytter meg av boken «*Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*» (1992, 1993). Boken begynner å bli noen år, men omhandler sykehusets tradisjonelle pleiekultur i møtet med moderne politiske verdier, prinsipper og mål. Hun belyser problemene som kan oppstå og hvilken pris dette kan få for pleie og omsorgsyirket over tid.

**Nina Olsvold** er sosiolog og forsker, og er førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole. Hennes avhandling «*Ansvar og yrkesrolle*» (2010) omhandler den sosiale organiseringen av sykepleieres arbeid og ansvar i sykehus. Dette gjør Olsvold ved å stille spørsmål over hva sykepleiere tar ansvar for, hvordan og hvorfor. Formålet var å se nærmere på hvem som *har* og hvem som *tar* ansvar i sykehus, utforsket gjennom arbeidstakernes selvforståelse tilknyttet egen profesjon og arbeid – ved å se nærmere på faglige, moralske og

yrkesetiske verdier. Avhandlingen er viktig for både sykepleiere og leger, men også viktig for ledere i helsefaglige virksomheter. Jeg mener Olsvold utdypet og moderniserer Hamran.

Disse to bøkene har vært viktige for meg for å forstå hvordan ledere er i stand til å ta ansvar for pasientens sikkerhet gjennom deres behandling av avviksmeldinger, og under de rammebetingelser de jobber under. Begreper jeg drar med videre til diskusjonsdelen er ansvar, pasientsikkerhet, faglig kvalitet og faglig forsvarlighet.

## **2.1 Pleiekultur og ansvar**

### **2.1.1 Ansvar som en sentral faktor i pleiekulturen**

Sykepleiefaget handler om å ta vare på syke mennesker og bærer ut fra en sterk humanistisk tradisjon (Hamran, 1992). Omsorgsarbeidet tilknyttet den enkelte pasient kan være krevende, men bidrar til at arbeidet blir ansvarsfullt. Ansvar er derfor et sentralt fenomen for å forstå hvordan sykepleiere og profesjoner er i stand til å ta ansvar for pasientenes sikkerhet på en forsvarlig måte (Olsvold, 2010). Dette ansvaret bidrar til at en fordeler gjøremål og ansvaret som må tas rundt pasientene, formelt og uformelt. Hensikten er å sikre ivaretagelse av grunnleggende faglige verdier og nødvendige fellesoppgaver i organisasjonen. Formelt arbeid kan være synlig, men en finner også uformelt arbeid som ikke fremtrer synlig, og som noen er nødt til å ta ansvar for. Olsvold (2010) skriver at om man undersøker hvilket ansvar sykepleiere faktisk tar, må man nettopp se nærmere på det formelle, uformelle, og det usynlige arbeidet som noen tar hånd om. Individualisert ansvar kan gi berømmelse når det tas ansvar for, men kan være problematisk når det oppstår et misforhold mellom forpliktelser, og tilgjengelige ressurser. Faren er at jo fjernere en jobber fra pasientene desto lettere kan verdikonflikter oppstå. Ulik forståelse for hva som er viktig og nødvendig i arbeidet kan skape distanse, og på denne måten er det også lettere å skyve ansvaret for pasienten bort og i fra seg, noe Olsvold (2010) kaller for en ansvarsfraskrivelse. Ansvar må forstås relasjonelt, og en må se verdien av å jobbe sammen, for hierarki kan skape sosial distanse. Samarbeid kan derfor skape felles ansvarsforpliktelse og bør basere seg på synergi, noe som skal virke sammen (Olsvold, 2010). Samarbeidet er viktigere enn klare retningslinjer, for man kan ikke slik som i den tekniske vareproduksjonen, luke ut feil (Hamran, 1992). Pleiearbeidets resultater er en del av prosessen, og pleie og omsorg tar den tiden det tar (Hamran, 1992). Hvordan omsorgsarbeidet er organisert på, er ikke tilfeldig. Det bærer ut fra pleiekulturens tradisjoner og kommer til uttrykk gjennom pleiens normer, verdier, oppgaver, rutiner, handlinger og språk (Hamran, 1992). Dette er noe som er skapt over tid, og kan fremstå som

noe usynlig, men blir integrert i pleierens handlinger.

## 2.1.2 Sykepleieres ansvarsområder som synlig og usynlig arbeid

### Pleie, behandling og et uavgrenset moralsk og sosiologisk ansvar

Sykepleiere er avdelingens lim og koordinerer eget og andres arbeid i tråd med sine kunnskapsferdigheter. Sykepleieren skal se til at det som potensielt sett kan utspille seg hos pasienten, ikke skjer. Og sammen med det øvrige personalet i avdelingen har sykepleieren ansvaret for pasientens sikkerhet (Hamran, 1992).

Hamran (1992) beskriver hvordan sykepleiere jobber og hvordan de tar del i to «verdener», gjennom *behandling* og *pleie*. Sykepleiere har tradisjonelt hatt ansvaret for pleien tilknyttet pasientene, men i dag må de også delta i legenes ansvarsområder. Det ene ansvarsområdet befinner seg «ute» i avdelingen der selve pleien til pasientene står i fokus, og det andre «inne» i avdelingen der behandlingen diskuteres og planlegges sammen med legene. Pleiearbeidet ansees som et formelt arbeid, men arbeidet tilknyttet behandlingen kan fremtre som et usynlig arbeid for andre enn sykepleieren selv (Hamran, 1992). Olsvold (2010) mener midlertidig det har vokst frem et tredje ansvarsområde for sykepleiere, som også kan fremtre som et usynlig arbeidsfelt. Dette ansvarsområdet omtaler Olsvold (2010) som et uavgrenset, og bygger på et sosiologisk og et moralsk ansvar tilknyttet organisasjonen.

De ulike profesjonene i dagens helsevesen har sine tydelige avgrensede ansvarsområder, og derav også ulike muligheter til å fraskrive seg ansvar fra posisjonen de står i, noe Olsvold (2010) mener sykepleieren er blitt et offer for. Olsvold (ibid.) beskriver hvordan sykepleiere er blitt organisatoriske aktører som ivaretar og utformer organisasjonens behandlingskontekster. Sykepleieren må ofte ta ansvar for arbeidsoppgaver som ingen andre ser eller tar ansvar for når etablerte rutiner eller personer svikter:

*«Gjennom en felles forpliktende infrastruktur der gjøremål distribueres og koordineres, i de fleste tilfeller i form av institusjonaliserte mønstre for hvem som gjør hva, sikres visse resultater, og andre hindres.» (Olsvold, 2010:285).*

Slike situasjoner krever ofte handling «der og da», og sykepleiere tar ansvar fordi de anser dette som en nødvendighet for pasientens sikkerhet. Og sykepleieren kan i lav grad selv artikulere for det arbeidet de selv utfører (Olsvold, 2010). Gjennom deltagelse i pleie, behandling og et uavgrenset ansvar tilknyttet organisasjonen bidrar til at sykepleieren kan føle dette som problematisk. Tiden strekker ofte ikke til å delta like mye i stell «ute» i avdelingen

når arbeidet «inne» venter. Og desto verre kan det bli når de «ute» i avdelingen mener at sykepleieren feilprioriterer sin tid (Hamran). Selv hjelpepleieren som jobber tettest på sykepleieren i det daglige, strever med å forstå arbeidet som sykepleieren utfører og tar ansvar for. Denne ansvarspraksisen er det Olsvold (ibid.) kaller for det sosiale og moralske ansvaret sykepleiere også i dag må forholde seg til. Dette ansvaret er ofte knyttet opp mot et personlig og et sosialt ansvar knyttet opp mot de sosiale normene på en arbeidsplass. Olsvold (ibid.) mener det kan være behagelig for organisasjonen at sykepleiere stilltiende ikke stiller spørsmål om hva de skal og ikke skal gjøre. Og ved at sykepleieren ikke får anerkjennelsen for det det arbeidet de faktisk tar ansvar for, kan organisasjonen unngå spørsmål om pasientens sikkerhet, og forholdet mellom ansvar og kompetanse (Olsvold, 2010). Om sykepleieren ikke møter forståelse for sine arbeidsoppgaver, kan en oppleve ansvaret en tar hånd om, bli til en byrde og kan føre til stress. Dette kaller Olsvold (2010:266) for et ansvarsstress og et moralsk stress.

### **Faglig, juridisk og et teknologisk ansvar**

Sykepleieren må følge de faglige moralske og yrkesetiske verdier, men må også ivareta det formelle juridiske ansvaret som er knyttet opp mot egen profesjon. Det kan synes som om det har vokst frem et spenningsforhold mellom sykepleierens faglige tradisjoner, det juridiske, og det teknologiske ansvaret sykepleiere må bære (Hamran, 1992).

Hamran (1992) setter et kritisk søkelys på den objektive, kvantitative og teknologiske pleiekulturen som i dag fordrer at arbeidsprosesser skal dokumenteres vitenskapelig og instrumentelt. Et sentralt spørsmål å stille, mener Hamran (1992), er om akkrediteringen i seg selv vil bidra til forandringer og forbedringer i kvaliteten. Hun skriver:

*Medfører de bestemte kravene ovenfra om «dokumentasjon», «omstilling» og «nytenkning» at arbeidet presses inn i nye strukturer. Strukturer som er fremmede for pleie- og omsorgsarbeidet?*  
(Hamran, 1992:28)

Ved hjelp av kvantifisering kan vi i dag måle pleietyngden, altså tid som blir benyttet til pleien målt i eksakt og instrumentell klokkeid. Tiden kan deretter regnes om til direkte kostnader. Utførelsen av omsorgsarbeidet fremstår dernest som oppstykket og reduksjonert (Hamran, 1992). Dette kan være problematisk da en holistisk forståelse og utførelse av sykepleie ikke passer inn i instrumentell måling. Og er noe som i forlengelsen av dette kan skape utfordringer for å påse god kvalitet på pleietilbudene (Hamran, 1993:114) Hamran skriver at pleie og omsorgsarbeidet derfor kan fremstå som en adskilt oppgave i kvalitetssikringsprogrammer (1993:115).

Hamran (1992) mener betydningen av kunnskap om praktiske ferdigheter gjennom kultur, handlinger og normer ikke må forringes gjennom den objektive naturvitenskapelige tradisjon der alt må kvantifiseres for å forstås. God sykepleie må sees i sammenheng med organiseringen av arbeidet og hvilke betingelser det gir (Hamran, 1992:168) Organisasjonen må tilrettelegge for at både faglige og kulturelle verdier får spillerom i utøvelse av arbeidet. Denne «nye» pleiekulturen, måten en tar ansvar på kan komme i konflikt med storsamfunnets ideologi. En metode som kanskje ikke kan benyttes og er egnet i et yrke som handler om omsorg. Kvaliteten på omsorgsarbeidet kan være vanskelig å synliggjøre virkningen av, når det ikke kan dokumenteres. Dette er et problem når arbeid må synliggjøres og dokumenteres *for*. Tradisjonelle verdier som er forankret i pleiekulturen blir derfor satt til side, kanskje uten spørsmål om nye strukturer bærer viktige verdier (Hamran, 1992). Det er mulig at helsepersonell i dag ikke ser at måleinstrumenter er rettet mot den økonomiske tradisjonen, dens effektivisering og organisering. Og ikke mot helsefaglige profesjoners forståelse og verdimål av kvalitet (Hamran, 1992). Hamran (1992) mener man også kan velge å se på dette med et annet perspektiv. Det er mulig at gjennom de «gamle» tradisjonene i pleiekulturen, omkring oppfattelse av hva kvalitet er, kan bidra til økt fokus, refleksjon og nytenkning over hva sykepleiefaglig kvalitet er.

### **2.1.3 Begrepsfesting, artikulering og synliggjøring av eget arbeid**

Idealet sykepleiere lærer gjennom grunnleggende sykepleie er individualisert pasientomsorg, men dette arbeidet kan forsvinne til fordel for medisinske og de rutinemessige gjøremål i en avdeling (Olsvold, 2010). For mye ansvar mener Olsvold (ibid.) kan gå utover pasientenes sikkerhet, for sykepleiere kan oppleve at de ikke har tid til «god sykepleie» (Olsvold, 2010; Hamran, 1992). Det mangler i dag dokumentasjon for å fremvise såkalt usynlig arbeid, noe som strider med intensjonen om at sykepleiere skal fremvise og kunne bevise den sykepleie som er utført i tråd med kostnadseffektive og målbare krav. Uten denne dokumentasjonen kan sykepleiere heller ikke fremlegge delmål eller resultat i arbeidet sitt (Hamran, 1992; Olsvold, 2011). Olsvold (ibid.) mener at det som antas som produktivt ikke kan artikuleres gjennom de tilgjengelige termer en besitter. Dette kan særlig gjelde pleie og omsorgsoppgaver, for slike oppgaver oppstår gjerne spontant og må tas ansvar for, men kan også oppstå som diffust arbeid eller et generelt arbeid (Olsvold ibid.) Skal sykepleierens arbeid og ansvar fremmes, må det tydeliggjøres og synliggjøres. Dette fordrer begrepsfesting og artikulering.

## 2.2 Faktorer for å ta ansvar for pasientens sikkerhet

### 2.2.1 Organiseringen av arbeidet

Forutsetninger for å være i stand til å ta ansvar for pasientens sikkerhet er gjennom arbeidets organisering, vilkår og rammebetingelser. Gjennom døgnets sykliske rytme er organiseringen av arbeidet i avdelingen, til pasientene og husholdningsgjøremål, forankret gjennom dag, kveld, og natt. Behandling, observasjoner, stell, måltider, omsorg, pass og hjelp veves tett inn i hverandre. Arbeidet får derfor sin bestemte form gjennom rutiner, men kvaliteten på dette arbeidet bæres ikke alene gjennom dem, for utførelsen av dem gir dets karakter (Hamran, 1992). Pleiearbeidet må derfor være organisert slik at den fremmer viktige verdier, ansvar, overblikk og kjennskap til alle pasientene. Organiseringen av arbeidet kan derfor enten gi overblikk eller utfordringer for å sikre seg at pasientene har det de trenger. Observasjoner av pasientene er viktig for deres sikkerhet for å unngå komplikasjoner og sekundære sykdommer (Hamran, 1992). Overblikk er en nødvendighet, men kan være spesielt utfordrende på natten når bemanningen er lavere enn på dagtid. Med lav bemanning, høyt «trykk» i avdelingen, eller dårlig arbeidsorganisering kan pasientene gjøre forsøk på å klare seg selv, noe som kan bidra til fall. Måten pleien organiseres på gjennom sine betingelser og rammer er derfor en betydningsfull faktor for å ta hånd om pasientenes sikkerhet.

Å benytte seg konstruktivt av klokketiden gjennom en arbeidsdag fordrer at sykepleieren må planlegge sine gjøremål. Denne oppmålte klokketiden må ofte disponeres etter organisasjonenes og medisinenes tid for gjennomførelse av arbeid (Olsvold, 2010). De ulike gjøremål har derfor sin bestemte tid for *når* de skal utføres. Dette gjennom de dagligdage gjøremål i avdelingen som stell, matservering, medisinerer, ryddeoppgaver, rapport, legevisitt, kontrollering av utstyr og apparater. Dette fordrer at en har viss oversikt og kontroll på arbeidet for å få mest mulig ut av den oppmålte klokketiden (Hamran, 1992).

Både Hamran (1992) og Olsvold (2010) beskriver en «god avdeling». Begge retter et fokus på viktigheten av samarbeid, arbeidsmiljø og arbeidsfordeling mellom personalet i avdelingen som en forutsetning for å ta hånd om pasientenes sikkerhet. En god avdeling skaper kontinuitet og «flyt» i arbeidet. En utfordring i arbeidets organisering er at personalet jobber i turnuser som er gjennomført slik at det kan være vanskelig å skape kontinuitet og «flyt» i pasientarbeidet. Personalet kommer og går av vakter gjennom tredelte skift hver dag. Lederen

i avdelingen er derfor den personen som skal samle «de røde trådene» i pasientarbeidet, og setter sitt preg på rapportene.

Rapportenes formelle hensikt er å videreformidle informasjon, kunnskaper, gjennomgå behandling og pleie tilknyttet pasientene, fordele ansvar og gjøremål i avdelingen for å oppnå kontinuitet i arbeidet. Gode rapporter deler pasientkunnskaper, bidrar til faglig refleksjon, diskusjon, begrepsfester og avklarer. Ansvarsfordelingen i arbeidet er viktig da det er lite som skal til for at arbeidsoppgaver ikke glipper. Dette kan skje om en ikke har gjennomgått hvilke oppgaver som må foretas, og ikke minst, til hvilken tid. Rom for å ta opp nødvendige spørsmål underveis i arbeidet er vesentlig for å utføre og opprettholde det ansvaret arbeidet krever. Olsvold (2010) og Hamran (1992) peker på viktigheten av at rapporten ikke bare må inneholde tekniske spørsmål og gjøremål da viktig omsorgs arbeid kan forsvinne. Rapporten må gi kontekstuell bevissthet til den enkelte pasient. Det muntlige språket er unikt, og viktige pasientkunnskaper kan forsvinne om en bare benytter seg av skriftlige formidlinger (Olsvold, 2011; Hamran, 1992).

Kontinuiteten i avdelingen er et ansvar alle i pleiegruppen må ta del i og ta ansvar for. Olsvold (2011) peker på at når samarbeidsrelasjoner, som skal sikre samhandling, samarbeid og kontinuitet svikter, kan dette få negative følger for den individuelle personkontinuitet og arbeidsprosess. Dette kan være til fare for pasientens sikkerhet. En travel avdeling med lite stabilt personale kan føre til det Olsvold (2010) kaller for fragmentering av arbeidsprosessen. En kobling mellom lav grunnbemanning, mange ufaglærte og vikarer, høyt pasientbelegg eller tung pleiebelastning, kan bidra til et høyt «trykk» ute i avdelingen. Tidspress og ukyndighet fører til stress, og at gjøremål tilknyttet pasienten blir rutinepreget. Noe Olsvold (2010) kaller for en temporal tvang som er knyttet til travelhet (Olsvold, 2010). Fleksibilitet som ligger i rutinene blir ikke utnyttet, og bidrar til at det ikke er rom for å ivareta den enkelte pasient.

Olsvold (ibid.) retter fokus på bruk av vikarer uten lokal tilhørighet som problematisk, da hun mener organisasjonsformer fordrer at en må være fleksibel nok til å innrette seg etter mange og stadig skiftende forhold. Vikarer skaper ikke denne fleksibiliteten, noe arbeidet behøver og er avhengig av. De har ikke den kontekstuelle bevissheten arbeidet behøver tilknyttet avdelingen eller pasientene, og kan i lav grad tilfredsstille personalet fellesskap når



situasjoner i avdelingen krever dette. Lokal tilhørighet gir overblikk og et nært kjennskap til pasientene, og skaper den kontekstuelle bevissthet arbeidet behøver og er avhengig av.

Alle kan i prinsippet utøve god omsorg og pleie, men ufaglærte har ikke kompetanse til å vite hvilke tiltak som bør følges bunn ut fra faglige vurderinger og observasjoner. Sykepleieres opplevelse av å ikke kunne kontrollere arbeidet de ufaglærte utøver, kan også bidra til en følelse av bristende kontroll. En vet ikke hva de ufaglærte vikarer kan, slik at ansvarsområdene for sykepleiere blir utvidet. En må kontrollere eller passe litt ekstra på arbeidet som blir utøvet, i stedet for å ivareta egne arbeidsoppgaver. Problemer kan oppstå når sykepleieren stadig henvender seg ut av avdelingen og bort fra pasientene. De øvrige personalet som består av hjelpepleiere, vikarer og personale uten kompetanse overtar ansvaret alene i avdelingen (Hamran, 1991; Olsvold, 2010) Sammensetningen av bemanningen i avdelingen, spiller derfor en avgjørende rolle, for om man er i stand til å skape kontinuitet i avdelingen.

Når sykepleieren må veksle mellom ulike ansvarsoppgaver, kan en oppleve manglende kontroll på tidsbruk i sitt arbeid. Sykepleieren må utføre nødvendig dokumentasjoner, delta i behandling, pleie og i de daglige husholdningsgjøremålene, noe som kan kalles for en temporal tvang som er knytt til travelhet. En skviset avdeling, som har for mye å gjøre på oppmålt tid, kan bidra til at sykepleieren opplever et krysspress. Diskontinuitet kan føre til fragmentering, mekanisering og travelhet i arbeidet, som kan gjøre opplevelsen av arbeidet lite tilfredsstillende. Avdelinger som ikke klarer få kontroll på kontinuitetsproblemer kan ofte bidra til et uavgrenset ansvar som må tas i avdelingen, en ansvarsoversvømmelse, og «bristende» kontroll på arbeidet en er satt til å utføre. Brannslukking av arbeidsoppgaver blir «dagligdags», og kun primære og nødvendige arbeidsoppgaver blir ivaretatt. Olsvold (2010) mener gjøremål som kan bli problematisk å tilfredsstille innenfor tilgjengelig tid er pasientenes behov for trøst, beroligelse og matning. Disse gjøremål ble sykepleierne heller ikke stilt til ansvar for. På denne måten er pleie og omsorgens karakter usynliggjort og lettere å glemme.

Gjennom avdelingens faste og standardiserte gjøremål til fastlagte tider, og måten arbeidet er organisert på, kan også føre til at personalet unnlater å utføre pasientrettede tiltak. Dette kan gjelde gjøremål som urinprøver, oppdatering av drikk og diurese-lister. Olsvold (ibid.) peker

på at dette med travelhet kan være en unnskyldning for at sykepleiere ikke gjør sitt arbeide så godt som en faglig sett burde, og derfor også svikter sitt ansvar ovenfor pasienten.

### **3 METODE**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for egen bruk av metode, design, studiens gjennomførelse og forskningsetiske overveielser. Jeg vil innlede med valg av forskningsmetode, dataproduksjon, etiske hensyn og metode for analysen. Metodekritikk vil presenteres i eget avsnitt senere i oppgaven.

#### **3.1 Metodisk tilnærming og forskningsmetode**

Overordnet er målet med all vitenskapelig forskning å utvide vår erkjennelse, og stadig skape oss nye kunnskaper til å forklare, eller forstå verden (Thornquist 2003:9). Felles for kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode, er at forskeren må følge de vitenskapelige prinsipper og etiske retningslinjer (Polit & Beck 2012).

Jeg har valgt å benytte meg av en kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming, der formålet er å undersøke hvordan ledere forstår, reflekterer og handler – gjennom behandlingen av avviksmeldinger. For å få svar på mitt forskningsspørsmål utføres derfor denne studien med dybdeintervjuer gjennom fortolkninger av tekst.

Relevante forskningsspørsmål i den kvalitative metoden starter gjerne med spørsmålsformuleringer som *hvordan opplevde* eller *erfarte* noen en situasjon, prosess eller handling (Brinkmann og Tangaard, 2012; Nordtvedt Et.al. 2007). I denne studien er mitt forskningsspørsmål knyttet opp til hvordan ledere *erfarer* å behandle avviksmeldinger. Studiet krevde nærhet til feltet gjennom personlige intervju med ledere for å gå inn i dybden på temaet. Studien er derfor utformet med dybdeintervju med temabasert intervjuguide som metodedesign. Dybdeintervjuet kan benyttes når man søker meninger, holdninger og erfaringer gjennom informantens livsverden, eller verden sett fra informantens ståsted (Tjora 2007:105). Temaer som vi har lite kunnskap om gjennom vitenskapelig forskning er spesielt gunstig for dybdeintervjuer (Tjora, 2012:105). Intervjuguiden ble utarbeidet med faste spørsmål, men med mål om at informantene likevel skulle kunne snakke fritt og berette med egne uttrykk, og begreper (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden (vedlegg 2) hadde seks hovedspørsmål som omfattet oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål med ulikt antall underspørsmål. Spørsmålene i intervjuguiden er forsøkt

utarbeidet så «åpent» som mulig, og er etter mitt skjønn lite konfronterende. Ingen av informantene gav tilbakemeldinger på at noen av spørsmålene var dette heller.

## **3.2 Dataproduksjon**

### **3.3.1 Rekruttering av informanter**

Etter studiestart hadde jeg bestemt meg for å inkludere seks ledere, da dette er i tråd med anbefalt størrelse, som på et slikt prosjekt er 5 – 10 informanter (Polit & Beck, 2012). Først ble fem tilfeldige geografiske kommuner valgt ut, og jeg visste at disse fem hadde flere sykehjem og ledere. Ved hjelp av internett kartla jeg hvem som var helse- og omsorgsledere i de utvalgte kommunene, og sendte deretter ut en informasjonspakke (vedlegg 4) til dem. I denne informasjonspakken introduserte jeg studiet og ba om hjelp til rekruttering av informanter. Rekruttering av informanter ble strategisk utvalgt basert på tre kriterier under studiens formål og problemstilling (Tjora 2012:145). De skulle være avdelingsledere, jobbe på sykehjem i kommunehelsetjenesten, og behandle avviksmeldinger.

Helse- og omsorgsledere ikke responderte på mine henvendelser, ringte jeg dem for å undersøke om de hadde mottatt informasjonspakken av meg. Etter kartlegging ønsket to kommuner delta, men hadde bare en informant hver å rekruttere. To kommuner ønsket ikke delta, og en kommune fikk jeg aldri dialog med. På grunn av studiens varighet og knappe tidsramme, valgte jeg deretter å sende ut informasjonspakker til fire nye kommuner. Totalt var det nå sendt ut forespørsel til ni ulike kommuner, og jeg fikk etter hvert inkludert seks informanter. Jeg benyttet mye tid på å rekruttere tilstrekkelig med informanter. Jeg opplyste til alle helse- og omsorgsledere at de ikke ville få kjennskap til om deres arbeidstakere ble inkludert i studien. Både by og bygd er representert gjennom studiens informanter.

Helse- og omsorgslederne videresendte min informasjon og forespørsel fra informasjonspakken, til de ulike avdelingsledere. Tre av informantene tok direkte kontakt med meg når de hadde fått forespørsel fra sin leder, og ønsket delta. Resterende tok jeg selv direkte kontakt med noen dager etter at informasjonen var sendt ut. Når antall informanter var på plass, fikk jeg en ytterlig forespørsel fra en leder om ønsket deltagelse. Jeg anså det slik at det ikke var behov for flere informanter. Etter skriftlig samtykke var på plass, avtalte jeg og informantene tid og sted for møte. De ble muntlig informert om at dette var et anonymt studie, at deres leder ikke ville få tilgang på hvem som deltok, og at de ikke hadde krav på opplysninger fra studien. Tre informanter opplyste at deres anonymitet var brutt da de selv

hadde gitt deres leder kjennskap til at de skulle delta. Det var derimot ingen av informantene som trakk seg fra studien etter deltagelse.

### **3.3.4 Gjennomføring av intervjuene**

Datainnsamlingen ble utført fra slutten av september til begynnelsen av desember 2013. Jeg gjennomførte det første intervjuet en måned etter at prosjektet var godkjent. I mellomtiden foretok jeg et prøveintervju med en avdelingsleder som jeg følte meg trygg på, og som kunne gi meg konstruktiv kritikk tilknyttet intervjurollen og intervjuguiden. Jeg fikk gode tilbakemeldinger som intervjuer, men med en bemerkning om at et spørsmålet i guiden var vanskelig å forstå. Jeg valgte imidlertid å la dette spørsmålet være som det opprinnelig var, og heller være oppmerksom på å spørre med andre ord om jeg så at informantene ble usikre. Jeg fikk tidlig erfare at det ikke alltid var enkelt å følge opp det ledere sa med gode spørsmål, og på samme tid beherske tekniske ferdigheter med båndopptak og feltnotat. Jeg hadde satt meg som mål å også registrere non verbal kommunikasjon, men ble nødt til å stryke dette da dette ble for krevende for meg.

Da en god intervju situasjon og relasjon mellom informant og intervjuperson er bygget opp gjennom tillit, forsøkte jeg skape dette gjennom min egen personlighet og tilstedeværelse, og trygge informantene om at det var greit å snakke «fritt» (Brinkmann & Tanggaard 2012:22). Selv opplevde jeg dette som uproblematisk og synes det virket som om alle informantene var åpne, ærlige og følte seg trygge til å snakke som de selv ønsket. De første intervjuene bærer nok preg av en stresset intervjuer som hele tiden følger på med spørsmål, i redsel for å ikke dekke alle spørsmål tilstrekkelig godt nok. Etterhvert ble jeg derfor mer komfortabel, fortrolig og mer fleksibel i forhold til intervjuguiden. Jeg opplevde da kunne lene meg mer tilbake, lytte aktivt, resonnere og gjøre notater underveis.

Alle informanter, sett bort fra en, ble intervjuet på sin arbeidsplass. Intervjuene varierte fra omlag 45 til 75 minutter. Før intervjuene informerte jeg muntlig til den enkelte informant om studiets forskningsetiske aspekter, om min taushetsplikt, og at informantenes anonymitet ville bli ivaretatt. Personnavn, alder, stedsnavn, arbeidsplass, videreutdannelser og er avidentifisert gjennom studiens fremstilling. Det var viktig for meg at informanten selv opplyste om eventuell informasjon som kunne bryte med deres anonymitet. Det er historier i opptakene

som jeg har valgt å ikke inkludere, da beskrivelser er så gjenkjennelig av informantene eller arbeidssted, at det kan være avslørende. Jeg informerte om at intervjuene ble tatt opp på opptaker, og at materialet ville bli destruert etter trolig et år. Jeg fortalte også at intervjuene ikke var en eksaminasjon, at jeg ikke hadde svar på spørsmålene selv, men at jeg ønsket utforske *deres* erfaringer, opplevelser og tanker i forbindelse med studiets tema. Og at informantene når som helst kunne avbryte intervjuet, eller trekke seg fra studien. I ett av intervjuene ble det nødvendig å slå av den digitale opptakeren da informanten trengte en pause for å ta en telefon, og for å oppdatere seg over avvik i egen avviksperm. Ingen av informantene trakk seg fra studien i etterkant av intervjuene. Jeg fikk i stedet tilbakemelding om at lederne ønsket lese studien og at de syntes studiens tema var av interessant karakter. Jeg fikk tillatelse til å ta kontakt med informantene i etterkant av intervjuene om jeg hadde behov for utfyllende informasjon, eller om noe skulle være uklart for meg. Dette ble det behov for i ett tilfelle, dette da jeg syntes informanten ikke hadde redegjort i tilstrekkelig grad for et av spørsmålet jeg stilte henne. Ingen av informantene har i ettertid av intervjuene tatt kontakt med meg.

### **3.3.5 Transkripsjon av datamaterialet**

Etter hvert som intervjuene ble gjennomført ble de transkriberte. Dette var tidkrevende arbeid. Jeg hadde satt meg som mål å benytte en arbeidsdag til hver av intervjuene, men jeg var ikke fornøyd før jeg hadde benyttet meg av dobbelt så mye tid. Det eksisterer ingen objektiv oversettelse fra det muntlige intervjuet når det skal omgjøres til skriftlig data, men jeg forsøkte sikre meg at transkriberingen ble så nøyaktig som mulig (Tjora, 2013; Brinkmann & Tanggaard, 2012). Tjora (2012) mener digital opptaker kan være med på å dokumentere arbeidet en utfører. Jeg hørte gjennom intervjuene mange ganger for å sikre at ord, uttrykk og setninger var riktig sitert. Jeg var svært nøye i dette arbeidet, og var opptatt av at jeg etter beste evne skulle ivareta helheten i setningene, samtidig som detaljer som tegnsetting skulle være plassert på riktige steder i tekstene. Jeg skulle ikke foreta språklig analyse av tekstene, men analysere *meningen* i det som ble sagt. Da jeg erfarte at setningens mening forandret karakter gjennom tegnsetting, ble dette derfor også en detalj som krevde nøyaktighet (Polit & Beck, 2012). Jeg benyttet meg av uthevninger der informanten hevet eller senket trykket på stemmen, eller forandret på toneleie. Underveis i transkripsjonen ble informantens setninger omformet fra deres egne dialekter til bokmål. Jeg opplevde ikke at noen benyttet seg av dialektiske ord med særegen mening, men jeg hadde heller problemer med å forstå hva informantene mente med ordet «ting» som begreper når de snakket. Dette løste jeg ved å se

ordet i tilknytning med resterende kontekst i setningen. Jeg valgte likevel å la dette stå slik det opprinnelig var i datamaterialet, for å ikke glemme av hvor artikulering og begrepsfesting var problematisk. Etter at alle transkriberte intervju var ferdig lagde jeg en liten oppsummering av helhetsinntrykket til hver og en av dem, sammen med egne feltnotater. Feltnotater hadde jeg foretatt på en kopi av intervjuguiden.

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

All vitenskapelig virksomhet krever at en forholder seg til etiske retningslinjer og prinsipper, men også at en kan redegjøre for dem (Thagaard, 2009). Ved å benytte seg av en kvalitativ metode og intervju som redskap i forskning fordrer dette etisk resonnement, gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck 2012).

Dette studiet ble antatt som ikke meldepliktig hos Regionale Etisk Komiteer for medisinsk - og helsefaglig forskningsetikk (REK), men hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Søknad ble sendt og godkjent *den* 06.09.13, se vedlegg 1.

Denne studien krevde nærhet til feltet gjennom informanter, og det stilles da det særlige krav til forskerens etiske ansvar for informert samtykke, konfidensialitet, og eventuelt ulike konsekvenser av å delta i studier, eller forskningsprosjekter (Thagaard 2009:25). Informert og skriftlig samtykke er innhentet i første omgang fra alle helse og omsorgsledere, se vedlegg 4. Deretter er også skriftlig samtykke innhentet fra alle informanter, se vedlegg 3. Begge informasjonsbrevene er utformet etter mal hentet fra personvernombudet NSD sin hjemmeside. I informasjonsskrivene fremkommer forespørsel om frivillig deltagelse i studiet, prosjektets formål og problemstilling presenteres. Det blir oppgitt hvilke opplysninger som søkes, problemstilling og hvilken metode og design som skal løse den, og hva materialet som fremkommer skal benyttes til. Også studiens konfidensialitet, hvordan datamaterialet oppbevares, hvem som har tilgang på det og når materialet destrueres, og at prosjektet er meldt og godkjent av NSD. Det opplyses om kontaktinformasjon til meg og mine to veiledere, og at det kun var vi som har tilgang på studiets datamateriale. Også at intervjuene ble slettet etter studiets avslutning. Jeg signerte på skriftlig taushetserklæring til Norges Arktiske Universitet i Tromsø I tillegg til skriftlig informasjon ble alle informanter igjen muntlig informert om disse opplysningene, før vi gikk i gang med intervjuene.

Jeg oppbevarte alle samtykkeerklæringer, feltnotater, og studiets utranskriberte intervju i en perm innelåst i skap hjemme. Alle aidentifiserte og transkriberte intervju ble oppbevart på

privat pc med egen kodenøkkel. Lydopptak og kopi av datamaterialet ble overført til universitetets nettområde, på eget felt, som er beskyttet med brannmur og eget passord.

### **3.4 Metode for analyse**

Å analysere et datamateriale betyr å dele det opp i mindre deler, for å så sette dette sammen igjen (Brinkmann og Tanggaard, 2010). Ved hjelp av hermeneutikk og den hermeneutiske sirkel var hensikten å finne frem til meningen i det som ble sagt, såkalt meningskondensering. Jeg valgte å benytte og inspirere meg av Tjora (2007) sin stegvis- deduktive- induktive (SDI) metodeanalyse. Dette vil si at jeg først og fremst har lest gjennom materialet som helhet, for å deretter trekke ut det jeg mener har vært viktig for studien i tråd med tema og problemstilling. Deretter har jeg gått «inn» og «ut» av materialet, trukket ut sitat og formet avsnitt i tråd med det som opprinnelig ble sagt under disse to emner: Hva ledere sier de forstår som avvik, og hva de gjør gjennom behandlingen av avviksmeldinger. I den induktive prosessen jobbet jeg derfor fra datamaterialet opp mot teori, og deretter deduktivt fra teorien tilbake til eget datamateriale. Den hermeneutiske sirkel startet trolig for mitt vedkommende allerede underveis i intervjuene. Dette ble jeg først klar over da jeg lyttet på intervjumaterialet mitt da jeg skulle gå i gang med å transkriberingen av dem. I intervjuene stiller jeg oppfølgende spørsmål uten å reflektere over at jeg allerede var i gang med å forsøke forstå meningen i det ledere sa. Dette gjenspeiles også gjennom mine feltnotater.

I arbeidet med datamaterialet, og etter hvert som mine overskrifter under de to kategorier steg frem gjennom meningen i det ledere sa, gikk jeg utallige ganger tilbake til det transkriberte materialet. Dette for å sikre meg at jeg forsto meningen i det som ble sagt.

I presentasjonen av mitt datamateriale er alle informanter anonymisert med nye fiktive navn. Guri, Trude, Anne, Harriet, Judith og Karin.

### **3.5 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet**

Vitenskapelig forskning som virksomhet krever bevisste handlinger og valg, gjennom systematiske redegjørelser og begrunnelser, i valg av metodebruk (Polit og Beck 2012:3). Dette fordrer kunnskaper. Og de tre indikatorene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet, kan derfor sammen si noe om studiens kvalitet (Tjora 2007:202). Gjennom metodebruk kan forskeren fremvise og begrunne hvordan en går frem for å finne gyldig kunnskap, og for hvordan forskningen kan etterprøves, gjennom validitet og reliabilitet (Dalland, 2007:81). Reliabilitet kan oversettes med pålitelighet, og validitet med gyldighet eller troverdighet.

Generaliserbarhet kan si oss noe om forskningens gyldighetsområde utover de områder som faktisk er undersøkt (Tjora, 2007).

Underveis i de ulike kapitlene har jeg redegjort for «veien» jeg har gått, og hvordan jeg kom frem til mine resultater. Jeg har benyttet meg av Tjoras (2007) stegvis- deduktive- induktive (SDI) som fremgangsmåte og systematisk analysemetode. Dette var en krevende, men også fin metode for en uerfaren forsker å følge.

Denne studien baserer seg på seks informanter og dette antallet mener jeg er godt innfor anbefalt område og er etter mitt skjønn, et maksimum for en masteroppgave. Dette med tanke på den individuelle læreprosessen og studiets begrensede tidsperspektiv (Busch, 2013). Før studiestart fikk jeg anbefalinger om å redusere antallet informanter til fire for at studien skulle bli overkommelig. Da jeg ikke fulgte dette rådet, fikk jeg også erfare hvor omfattende et studieprosjekt og masteroppgave kan bli. Etter intervjuene satt jeg igjen med et stort materiale å håndtere. Dette medførte at jeg ikke hadde tilstrekkelig oversikt, og behøvde mer enn et normert studietid.

Alle, sett bort fra det siste intervjuet jeg gjennomførte, ble transkribert. På grunn av studiens begrensede tidsperspektiv valgte jeg å ikke transkribere dette like omstendig som de fem andre. Jeg vurderte på et tidspunkt å ikke inkludere dette intervjuet med i studien, men tok det med likevel med. Dette da jeg så at informanten hadde så mange generaliserende funn, men også poengterte mine funn ytterligere. Jeg trakk derfor ut elementer i intervjuet som jeg syntes var interessant og forsto som viktig opp mot studiens problemstilling og teoretisk rammeverk. Jeg hørte på intervjuet når det var behov for det, og lyttet på det uttalige flere ganger enn de andre. I lys av at dette intervjuet ikke ble transkribert som de resterende, kan dette ha negative utfall for studiens reliabilitet. På tross av dette føler jeg likevel at helheten og meningen i det som ble sagt er ivaretatt. Jeg har i høyeste grad fått erfare at kvalitative studier behøver tid, modning og mye tankevirksomhet. Med seks informanter mener jeg likevel at dette har bidratt til å styrke studiets funn.

Denne studien er underlagt et felt jeg har jobbet i, og kjenner godt. Det er derfor ekstra viktig for meg å redegjøre for studiens troverdighet. Å forske i eget felt kan være en ulempe, men også en styrke. Mine kunnskaper kan derfor ansees som en ressurs, men må tydelig redegjøres for (Tjora, 2007:203). Min forforståelse har jeg i innledningen fremvist. For mitt vedkommende fordret det å bli klar over egen forforståelse, avstand fra arbeidsfeltet for å være i stand til å oppdage elementer som kunne utvide til nye perspektiver. I perioden ledere



ble intervjuet begynte jeg i ny jobb, og meldte ingen avvik. Jeg følte meg etterhvert godt distansert fra tidligere arbeidsfelt, og fra eget engasjement rundt avviksregistrering. Gjennom diskusjoner om studiens tematikk til arbeidskollegaer, medstudenter, veiledere og ved nedtegnelser på papir, fikk jeg etter hvert klarhet i hva egen forforståelse var. Jeg syntes dette var et vanskelig, men et helt nødvendig arbeid. Dette bidro til at jeg var svært oppmerksom på hva som var «min» forståelse, og hva som var informantenes underveis i intervjuene. Dette på tross at egen forforståelse trolig aldri kunne helt skilles ut (Tjora, 2007). Underveis i intervjuene var jeg opptatt av å ikke la egen forforståelse få spillerom, ei heller gjennom det analytiske arbeidet.

Intervjuguiden speiler nok likevel egen forforståelse, men jeg erfarte at informantene selv besvarte og tidvis hoppet mellom spørsmålene jeg hadde på guiden. Dette vil si at enkelte spørsmål rakk jeg ikke stille informantene. Mange spørsmål på intervjuguiden min, fremla og stilte de selv. Dette bidro til at det var krevende for meg å holde meg kontinuerlig oppdatert over hvor vi befant oss i guiden, hva som var sagt, hvilke spørsmål som var besvart, og hvilke jeg hadde behov for at informanten utdypet nærmere. Dette løste jeg ved å likevel følge guiden min. Det kan tenkes at informantene syntes det var slitsomt å reflektere og besvare noen spørsmål to ganger, men jeg opplevde at de da var mer presise i sine svar og gjerne utdypet de ulike spørsmålene ytterligere. At informantene selv stilte mine spørsmål, kan si noe om studiens troverdighet.

En dialog vil trolig aldri være helt repliserbar. Å sørge for god kvalitet på intervjuene var for meg et viktig element å oppfylle. For å sikre at jeg forsto informantene gjennom det de sa, benyttet jeg meg av å stille bevisste spørsmål for å oppklare meningen i det som ble sagt. Dette mener jeg var svært nyttig for å få informantene til å tilspisse egen forståelse, sine meninger og unngå feiltolkninger gjennom vår dialog. Materialet viser ofte at jeg sier: «sa du nå at», «forsto jeg deg rett når du nå sier at», «mener du nå at», «for å oppsummere nå så sa du at».

Jeg opplevde at de fleste informantene benyttet mye tid for å reflektere og forsøke finne riktige begreper når de snakket underveis i intervjuene. Jeg opplevde i et av intervjuene at det ble litt stressende å komme seg gjennom guiden under begrenset tid, og i alle fall om lederen skulle ha muligheten til å reflektere tilstrekkelig over alle mine spørsmål. Jeg ser likevel ikke noen større endringer på dette intervjuet sammenlignet med de resterende.

Underveis i prøveintervjuet jeg foretok erfarte jeg hvor lett ord og uttrykk kan smitte over på informanten. Jeg ble derfor mer oppmerksom på å «styre» samtalene før de ordentlige intervjuene fant sted, og unngå for mye «småsnakk». Dette ved å være svært bevisst min rolle, og et ønske om en studie som er både pålitelig og troverdig. Jeg var opptatt av at jeg skulle fremstå som ryddig og konkret på de «ordentlige» intervjuene. Jeg presenterte meg, informerte om prosjektet, gjennomgikk etiske retningslinjer og prinsipper, for å deretter åpne opp for spørsmål fra informanten. Deretter gikk jeg i gang med selve intervjuene. Jeg forsøkte likevel fremstå som imøtekommende, varm og forsøkte gi informantene trygghet i at de kunne være avslappet, og snakke «fritt».

I det nest siste intervjuet jeg foretok fikk jeg derimot en tilbakemelding fra informanten der hun opplevde at jeg begynte litt «brått» på selve intervjuet. Hun ønsket at vi skulle snakke mer sammen slik at hun ble mer «varm» i trøya. I ettertid har jeg tenkt at jeg kanskje var mer «knapp» i forkant av dette intervjuet enn med de andre. Jeg tror likevel ikke dette har hatt noen konsekvenser for kvaliteten på intervjuet. Denne informanten benyttet seg godt av tiden, og dette intervjuet ble det lengste av dem alle.

Tre informanter fortalte meg at de hadde brutt deres anonymitet ved å fortelle deres leder at de deltok i denne studien. Jeg informerte likevel om at disse lederne ikke hadde krav på materialet, at jeg hadde taushetsplikt, og at de ville bli anonymisert gjennom oppgaven. Resterende informanter sa at de *ikke* hadde brutt deres anonymitet. Jeg kan ikke se noen negative konsekvenser ved deltagelse i dette studiet, annet enn at det kan frembringe nye kunnskaper om studiens tema. Det var heller ingen informanter som nevnte noen negative aspekter ved å delta, annet enn at de som ikke hadde brutt deres anonymitet – ønsket forbli anonyme.

Jeg har skrevet tidligere i dette kapitlet at jeg hadde som mål å nedfelle non verbal kommunikasjon gjennom intervjuene, men at dette ble for krevende for meg. Jeg opplevde gjennom intervjuene at informantene snakket med hurtig tempo når de var sikre på noe, og når de selv sa de var usikre, var det vanskelig å formulere og begrepsfeste deres tanker. Da nøyte de, og benyttet mer tid til å reflektere seg frem til sine svar. Blikk og kroppsspråk kan derfor gi viktig informasjon om når en føler seg ukomfortabel, er usikker eller sikre på det det en snakker om. I etterkant tenker jeg at videotape hadde vært et bedre redskap å benytte seg av for å sikre denne kommunikasjonen.

I etterkant av studien har hatt en avdelingsleder jeg kjenner, lese gjennom transkriberingen og analysen, dette som en sikring av at meningen og helheten mellom disse står i tråd med hverandre. I to tilfeller fikk jeg tilbakemeldinger om at jeg burde endre på noen sitater og omformulere disse bedre. Jeg har behandlet alle data under transkribering med respekt og nøyaktighet.

Gjennom rekruttering av informanter fikk jeg inntrykk av at ledere er svært opptatte mennesker. Det ble nødvendig å purre gjentatte ganger på seks av totalt ni kommuner. Jeg fikk tilsist svar fra fire av dem, som til sammen stilte opp med seks informanter. Tilbakemeldingene jeg fikk fra ledere som ikke ønsket å delta, begrunnet dette med liten tid og at de hadde mye å gjøre. Andre fikk jeg aldri noen tilbakemelding fra. Hva som kan være årsaken til at ledere ikke hadde tid til å delta, eller ikke tok seg tid til å svare, kan ha betydning for studiens troverdighet. Liten tid kan begrunnes med at ledere ikke så studiens tema relevant eller interessant, men tid kan også være helt reelt. Tid er tid, men den er også hva man gjør den til, sa en informant. Jeg er enig. Som regel prioriteres tid til det som haster mest og som vi mener er viktig å benytte tid på. Liten tid kan bidra til at man prioriterer synlige gjøremål, og tid til refleksjon nedprioriteres. I etterkant av intervjuene når jeg takket ledere for deltagelse og for at de tok seg tid, begrunnet de dette med viktigheten av studiens tema. De så frem til å lese studien og de var spente på studiets resultater. Lederne ønsket formidle viktigheten av å rapportere avvik og håndteringen av dem, som et viktig tema å fremme. De ønsker «vekke» sykepleiere, ledere og belyse studiens tema for forskning. Det kan være rimelig å tro at informantene i denne studien har oppdaget noe viktig gjennom deres egen forståelse, og måte å behandle avviksmeldinger på. Og som andre ledere ennå ikke har oppmerksomhet på og derfor heller ikke reflekterer over dette. Eller at de ikke har fokus på avviksregistrering- og håndtering. Slik jeg tyder dette er at studiens informanter deltok, fordi de hadde noe å fortelle, som de selv ønsket å belyse og fremme- men som de trolig selv ikke hadde begreper til å formidle.

Dette studiet har rettet seg mot et lite utforsket forskningsfelt. Er denne studien overførbar til alle kommuner, sykehjem og ledere er sentralt spørsmål å stille. Jeg mener denne studien er et ledd og et bidrag til å fremme avviksprosedyren i et større perspektiv. Og gir et innblikk i hvordan ledere opplever avviksprosedyren og håndteringen av avvik, og hvilke problemer de møter på når de skal heve kvalitet og pasientsikkerhet på norske sykehjem. I samtale med flere ledere i kommunehelsetjenesten, ikke bare på sykehjem, sier de at de kan kjenne seg igjen i det informantene i denne studien sier. Dette mener jeg kan styrke studiens funn, og kan

si noe om at dette studiets tema også bør utforskes i andre ledd enn på sykehjem i kommunehelsetjenesten.

## 4 PRESENTASJON AV DATA

Materialet denne presentasjonen bygger på er lederes egne erfaringer: gjennom hva de selv forstår som avvik, og hva de gjør ut i fra denne individuelle forståelsen, tilknyttet behandlingen av avviksmeldinger. Lederne forteller om de hyppigste meldte hendelser i avdelingen, forklaringer til at de trolig oppsto, og hvilke ulike handlingsalternativer de selv mener kan knyttes opp mot hendelsen. Materialet presenteres gjennom analysen sammen med underoverskrifter fra de to ulike kategorier, og bygger på det teoretiske valgte rammeverk. Jeg har valgt å avslutte analysen med en oppsummering av studiets funn og resultater.

### 4.1 Hva ledere sier et avvik er

Alle ledere i denne studien sier at avviksregistrering er et viktig tema å utforske og studere. Dette begrunner de med at det handler om fokus på pasientens sikkerhet, kvalitet på pleietilbud, et ønske om å «vekke» ledelse og sykepleiere, og at et overordnet system bør se på meldinger som «hoper seg opp» i systemet.

*«Det har jo med kvaliteten på avdelingene våre å gjøre. Jeg tror jo alle ledere er opptatt av å ha en god avdeling.»*

Judith

Slik jeg tolker det lederne sier, synes de studiens tema er av viktig karakter, forstått gjennom pasientenes sikkerhet og kvalitet på pleietilbud. Ledere er opptatt av å ha gode avdelinger, men slik jeg forstår dem, finnes det noen elementer som bør sees nærmere på i meldesystemet. Et ønske om at noen høyere opp i kommunehierarkiet, eksempelvis et kvalitetsutvalg, bør se på disse meldingene som «hoper seg opp» i meldesystemet – og at de ønsker å formidle noe til ledelse, ledere og sykepleiere som rapporterer eller behandler avviksmeldinger.

#### 4.1.1. Avviksproseduren er et kommunikasjonsmiddel knyttet til noe som må forbedres

Alle de seks informantene omtaler og forstår meldesystemet som et forbedringssystem og avviksproseduren som en forbedringsmelding, eller en tilbakemelding. Gjennom hele materialet snakker ledere om «tilbakemeldinger» eller «forbedringsmeldinger» tilknyttet erfarte avvik. Forslag på tiltak kalles ofte for «forbedringsforslag». Alle sier noe lignende slik som Guri her: «Jeg synes det er mer et forbedringssystem enn avvikssystem.» Hun er den

eneste informanten som begrunner hvorfor hun forstår avvikssystemet som et forbedringssystem:

*«Vi kommer aldri bort i fra at vi er mennesker som skal motta tilbakemeldinger og vi er mennesker som skal gi tilbakemeldinger.»*

Guri

Slik jeg tolker ledere forstår de avviksproseduren som et kommunikasjonsmiddel. I en dialog handler kommunikasjon om å ta imot og sende et budskap til den andre. Harriet sier at *«dette har fungert tidligere i verden også, men vi hadde ikke ordet avvik, eller avvikssystem»*. Slik jeg forstår Harriet sier hun at denne «forbedringsdialogen» har eksistert tidligere, også før avvikssystemet ble innført. Informantene sier at de ikke er helt fortrolig med begrepet avvik i denne «nye» dialogen, og begrunner dette med at det kan misoppfattes hva avviksregistrering handler om. Anne sier at avviksregistrering *«..er et tveegget sverd. Har man mye avvik kan man tenke at dette er negativt.»*. Harriet mener *«..det er nok derfor det oppfattes slik. Men jeg synes at det inneholder muligheten til det å bli bedre.»*. Guri og Trude erfarer at personalet kan oppleve meldesystemet som et «angi-hverandre-system». De tror ikke pleiere side om side ønsker å melde hverandre inn i et slikt system, og at der finnes en kultur for at man ikke vil «sladre» på hverandre.

*«Det er negativt for folk opplever at de «angir» hverandre. Det er viktig å jobbe med å få folk til å oppleve dette som et forbedringssystem. At man skjønner og snakker samme språk slik at man får en felles forståelse for hva dette handler om.»*

Guri

Guri forteller videre hvordan hun erfarer at pleiere kan uttale seg i hennes avdeling:

*«Ja, når hun melder meg, så burde iallefall hun få (et avvik) på seg». Dette sier jo litt om hvordan de opplever dette da. Har jeg lagt feil i dosettene så: «Jaggu, der har jeg fått et avvik på meg.»*

Karin mener derimot at personalet ikke ser på avvikssystemet som et «angi system». Hun tror dette er noe som er foreldet:

*«Det var nok slik da avviksregistreringen ble innført. Det var en skepsis fordi man trodde man skulle bli overvåket og kontrollert.»*

Karin

Det er kanskje ikke bare personalet som har erfart at det kan være ubehagelig å «melde inn» andre. Anne er den eneste som sier hun synes dette kan være ubehagelig:

*«Jeg er kommet over det der at jeg synes det er negativt med avviksmeldinger. Det er bare positivt, men det kan jo bli litt ubehagelig. Vi jobber under små forhold. Det kan være naboen..»*

Anne

Judith er den eneste som mener det hele handler om at: *«Avvikshåndtering er så vanskelig og det er nok derfor det oppfattes som noe negativt».*

Slik jeg oppfatter ledere ønsker de tilbakemeldinger fra personalet som skal bidra til forbedringer i avdelingen. Derav også begrepet forbedringsmeldinger. Slik jeg analyser materialet gjennom det ledere sier, er at de forstår avviksprosedyren som et skriftlig kommunikasjonsmiddel mellom personalet og lederen i avdelingen. En dialog som trolig har eksistert muntlig i pleiekulturen fra tidligere, der det også har handlet om å forbedre praksis. På tross av dette, slik jeg tolker materialet, sier ledere at avviksprosedyren kan oppfattes negativt for de som melder. Dette begrunnet i en mistolkning for hva avviksregistrering handler om. Avviksprosedyren er innført for å sikre og forbedre kvalitet på pleietilbud. Slik jeg tolker ledere sier de at personalet ikke ønsker melde inn hverandre i et slikt system, og personalets lojalitet kan ligge hos kollegaer fremfor pasientansvaret. Og at dette egentlig handler om at avvikshåndtering kan være vanskelig å få til.

#### **4.1.2 Når skal et avvik meldes og hvordan skal det meldes?**

Alle informantene i denne studien har en felles forståelse for når et avvik skulle rapporteres. De sier alle de forstår et avvik slik:

*«Avvik registreres jo i forhold til svikt eller mangler i forhold til regler som er utarbeidet. Eller retningslinjer som man har. Det er avvik eller fravik på de rutinene man har.»*

Judith

Slik jeg tolker ledere er dette deres forståelse for når et avvik skal meldes. En hendelse som bryter med overnevnte, sier ledere alltid skal meldes uavhengig av hendelsens alvorlighetsgrad, likevel viser ledere at det avgjørende prinsipp for om det skulle meldes, er om hendelsen hadde konsekvenser for noe eller noen, slik som også Harriet her:

*«Avvik generelt er på rutiner eller retningslinjer, men det er jo ikke alltid at det har konsekvenser. Avvik er jo noe som har konsekvenser for noen. Og da må man prøve å gi en tilbakemelding.»*

Harriet

Studiens funn viser at ledere forstår avvik gjennom hendelsens kontekst og hendelsens konsekvens når de vurderer avvikets alvorlighetsgrad og om hendelsen skulle meldes. Ledere sier at dusj som ikke er utført, pasienter som ikke har fått drikke, sykepleier alene på vakt, fall og skyllerom som ikke er vasket, er ikke nødvendigvis avvik på tross av at regler og rutiner i avdelingen tilsier at dette.

*«En dusj som ikke ble foretatt er ikke et avvik. Jeg skjønner at det er vanskelig å dusje når man er uten vann, men dusjen kan jo utsettes til neste dag. Men det er jo et avvik at vi ikke har hatt vann.»*

Harriet

*«Pasienter som ikke hadde fått i seg nok drikke, ikke hadde fått dusjet. Det anser ikke vi som avvik. Det er ikke et avvik om du ikke får dusjet på torsdag når du står på dusjeplan. Det er et avvik om det er to uker siden du har fått dusjet og det begynner å bli helseskadelig. Får du ikke dusjet på en torsdag så kan du dusje på en fredag.»*

Anne

Deretter sier ledere at en avviksmelding bør redegjøre for hvilke tiltak som kan korrigere praksis, og alle sier noe slik som det Anne sier: *«Hva avviket gjelder og konsekvens. Forslag til tiltak for å unngå avvik.»*

Jeg mener dette viser hva som er lederens forståelse for *hvordan* og *når* avvik skal meldes. Ledere ønsker meldinger som innehar en redegjørelse for hva hendelsen gjelder, noe jeg forstår handler om hendelsens kontekst. Slik jeg analyserer det ledere sier ønsker de forbedringsmeldinger som er velformulerte, forstått gjennom hendelsens kontekst, konsekvens og forbedringsforslag.

Ledere sier at de er redd for underrapporteringer i avdelingene deres. Begrunnet i dette er alle meldinger velkommen uavhengig av hva som blir rapportert, eller hvordan meldingene ble formulert. Ledere sier de mottar mange avviksmeldinger. Flere enn det de selv forstår som «direkte avvik». Alle ledere sier at i prinsippet kan alle hendelser meldes, men den som melder må selv avgjøre når det er behov dette. Tre informanter sier at det er viktig for dem å poengtere for personalet deres at:

*«Avvik kan oppstå når som helst og når som helst. Det finnes ikke prosedyrer for alt. Det er viktig å ha lav terskel for at avvik kommer inn.»*

Harriet

*«Sier man at noe ikke er avvik så kan det være at man taper noen av de **viktige** tilbakemeldingene.»*

Karin

*«Det er innført i kommunen. Alle avvik skal meldes så det er jo det som er rutinen, kan du si.»*

Trude

Slik jeg ser dette sier ledere at det skal være lav terskel for å melde og motta avvik. Dette fordi det er dette som er rutinen, og fordi en ikke har prosedyrer for alle hendelser som potensielt sett kan skje i avdelingen. Og når en ikke har prosedyrer for alle hendelser kan dette bidra til at en mister viktige meldinger knyttet til pasientens sikkerhet. Slik jeg tolker

lederne må den som står i praksis selv avgjøre hva som bør meldes ut fra prosedyrer, men også benytte eget skjønn for hva som skal meldes.

### **Gode og mindre gode avviksmeldinger**

Gjennom materialet snakker ledere om erfarte avvik målt opp mellom to endepunkter, gode avvik og de som ikke er avvik. Hvordan ledere omtaler de ulike avviksmeldingene er i stor grad avhengig av *hva* som ble meldt, og *hvordan* meldingene ble rapportert. Ledere skiller mellom gode og mindre gode meldinger, eller de som de også omtaler som ikke er «direkte-avvik». Jeg har forsøkt å analytisk gjennomgå hva de sier de forstår gjennom disse egne begrepene, gjennom etter en inndeling av avvik.

Overordnet nevner lederne at klare avvik er hendelser eller situasjoner som bryter med rutiner, retningslinjer og prosedyrer i avdelingen. De nevner hendelser som systemsvikt, tekniske problemer, skade på inventar og utstyr, HMS for personalet, dårlig samhandling og informasjon fra samarbeidspartnere, personalsaker og avvik tilknyttet pasientene. De nevner da pasientskade, pleieplaner som ikke er skrevet, eller som må oppdateres, spørsmål om tvangsvedtak, sårprosedyrer som ikke er fulgt, mangelfull opplæring tilknyttet pasientene og medisinsk behandling. I all hovedsak benytter alle informanter store deler av intervjuene til å snakke om avvikende hendelser tilknyttet medisinsk behandling og medisinhandling. Ledere sier at brudd på pasientenes medisinske behandling er klare avvik. Informantene nevner tabletter som var krysset av for gitt, men som likevel ikke var det, tabletter på gulvet, feil dose, mengde og styrke og avvik i medisinregnskap.

Harriet er den eneste som skiller seg ut fra informantene, og mener at når pasientene ikke får medisinen sine til riktig tid er dette i utgangspunktet et avvik, men kan skyldes «*at personalet ikke har lært seg enda å jobbe fleksibelt.*» Hun er også den eneste lederen som mener at tabletter som en finner på gulvet ikke er avvik, og behøver ikke meldes. Dette begrunner hun med at:

*«Er pasienten i god form har det ikke hatt noen konsekvenser, men har dette skjedd fem ganger kan man begynne å tenke hva er feil i systemet nå?»* Harriet

Slik jeg tolker denne lederen mener hun også i dette tilfellet var at konsekvensen ble avgjørende for om det var et avvik. Dette på tross av brudd på pasientens medisinske behandling. Slik jeg tolker henne, så er brudd på pasientenes medisinske behandling, kun en



systemsvikt om det får konsekvenser for pasienten. Hvordan lederen sikrer seg at hun mottar rapportering om hendelsen skjer mer enn en gang, sier hun lite om.

### **Gode avviksmeldinger er enkle å forstå**

Slik jeg tolker materialet gjennom hva ledere forstår som meldinger i denne kategorien, er at disse meldes i tråd med deres egen forståelse av hva et avvik er. Altså, disse er i høy grad de meldinger som står til deres forståelse av at et avvik er et brudd på, eller fravik på retningslinjer, prosedyrer og rutiner i avdelingen. Slike meldinger betegnes av ledere som gode, konstruktive, opplagte og oppklarende. Ved en analytisk gjennomgang av disse «gode meldingene» tolker jeg disse meldingene lett å se og avgjøre om det var et avvik tilknyttet hendelsens kontekst, konsekvens og lederens overordnede norm for om det skulle meldes. De behøver gjerne lite refleksjon fordi hendelsen omhandler noe synlig riktig eller galt, eller godt kontra vondt. Eksempler på dette:

*«Vi har hatt saker der folk kommer beruset på jobb. Det blir meldt inn med en gang.»*

Trude

*«Hvis vi på nattestid ikke har fått hjelp fra legevakten.»*

Anne

*«Transport av pasienter eller retur av pasienter fra sykehus. Altså manglende varsling og måten de har blitt transportert på.»*

Judith

*«Når en kollega gjorde noe som en annen pleier oppdaget var er et overtramp (mot pasienten), så skal det meldes.»*

Trude

*«Pasienten ble vasket nedentil selv om hun ropte og sa hun ikke ville dette. Dette er bra. Pasienten fikk tvangsvedtak.»*

Harriet

*«En av vaskerne våre ramlet når hun hengte opp gardiner. Da var årsaken at vi ikke hadde ordentlig gardintrapp. Hun sto på en krakk og ramlet ned. Da går vi til innkjøp av ordentlig gardintrapp.»*

Anne

*«Når medisinskapet var gått i stykker da ringte jeg til min leder og sa vi hadde behov for et nytt. «Ok, bestill!» sa hun. Også bestilte jeg nytt.»*

Harriet

Harriet beskrev denne hendelsen som et godt eksempel på en god avviksmelding. Budskapet var tydelig, ikke til å misforstå og saken var lett å håndtere. Derav status som en god melding. Tydelige og enkle meldinger opplever informantene er av en art, som er betydeligere lettere å løse på eget nivå, enn meldinger som er kompliserte og som de selv ikke kunne lukke. Karin

bekreftet dette: «*Jo, enklere en melding er desto lettere er det å gjøre noe med på eget nivå.*» Harriet sa: «*De som gjelder driften de synes jeg er veldig lette.*» Slik jeg tolker dette handler denne kategorien av meldinger er at de i høy grad er knyttet til lederens administrative ansvar i avdelingen. De omhandler spørsmål om dokumentasjon, driftsmessige, organisatoriske, medisinske spørsmål i avdelingen. De handler i lav grad «direkte» om pasientenes kvalitet og pasientsikkerhet på pleietilbud. Slik jeg ser disse «gode» meldingene er de gitt få handlingsalternativer for hva som må gjøres, i den enkelte situasjon og omhandler begrensede hendelser i avdelingen. Og er ofte knyttet til praktiske saker og «ting». Disse hendelsene mottar ledere gjerne *et* avvik på. De nevner telefonlinjer, datamaskiner, teknisk utstyr som er ødelagt eller som må bestilles, mat som ikke kommer på avdelingen, pleieplaner som må oppdateres og så videre. Disse hendelsene er synlige saker som må gjøres noe med, synlig riktig eller galt, og er slik jeg ser det, i utgangspunktet «lett» å gjøre noe med. De behøver lite refleksjon for å forstå hva som står på spill i den enkelte situasjon.

Et felt skiller seg ut i dette området av «gode» avvik, for disse blir i utgangspunktet betegnet og rangert av ledere som «mindre gode» meldinger. Avvik som omhandler spørsmål om økt bemanning beskriver informantene som i utgangspunktet som problematiske å løse, men med gode avvik og argumentasjoner for konsekvenser, fikk de tildelt økte ressurser. De omtales som detaljerte og godt formulerte. Trude beskriver en situasjon med tung pleiebelastning og lav bemanning slik som også de andre informantene:

*«Og da kom det inn et godt avvik som førte til at vi fikk penger til å ha to nattevakter.»*

Ledere sier at disse gode avviksmeldingene ofte kommer fra garvede sykepleiere, men at de «jevnt over» ikke ser store forskjeller mellom måten hjelpepleiere og sykepleiere rapporterer sine avvik. Det er bare Harriet som sier at hun nesten bare mottar meldinger fra sykepleiere i sin avdeling. Gjennom refleksjon viser ledere likevel at det de kan se en forskjell på, er at sykepleieren melder mer alvorlige avvik enn andre i avdelingen. Disse rettet seg mot pasientens medisinske behandling og bemanningsspørsmål. De begrunner skillet for hva som meldes og hvordan avvikene er utformet gjennom kunnskaper og erfaring.

*«Gode avvik kommer med kunnskap. Vi har mange garvede sykepleiere som melder gode avvik.»*  
Judith

*«Jeg synes gode avvik kommer fra oppegående sykepleiere som er innforstått med sin plass i systemet, og som har gode kunnskaper. De kan reagere på noe de ser eller*

*opplever. Så jeg synes at avvik trenger kompetanse. Jeg mottar dette stort sett bare fra sykepleiere.»*

Harriet

*«Det handler om kompetanse og innsikt i aller høyeste grad.»*

Guri

Slik jeg ser alle disse meldingene benyttes «gode» meldinger som et kommunikasjonsmiddel. Det krever ikke nødvendigvis kyndige kunnskaper for å meldes. De behøver ikke mye argumentasjon eller redegjørelse for hendelsens kontekst. Det er lett å avgjøre skillet mellom det som *må* gjøres noe med eller ei. Slik jeg tolker ledere, sier de at avgjørende avvik tilknyttet bemanning og alvorlige hendelser i avdelingen kommer fra sykepleiere som har mest kompetanse i avdelingen. Alle informantene tror kompetanse og innsikt er avgjørende for å melde gode avvik. De snakker om garvede sykepleiere som har innforstått sin plass i systemet, som kan reagere på noe de ser eller opplever. Jeg tolker dette som at disse sykepleierne klarer å skriftliggjøre og nyttiggjøre seg av sine faglige, lokale og erfaringsbaserte kunnskaper inn i avviksmeldingene. Garvede sykepleiere i en avdeling vil i høy grad forstå hva som står på spill, og hvilke konsekvenser lav bemanning og dårlig kontinuitet kan medføre i arbeidet. Slik jeg ser dette klarer disse sykepleierne å artikulere og begrepsfeste, og synliggjøre problemer som kan oppstå og som er til fare for pasientens sikkerhet. Ledere klarer da å løse bemanningsspørsmål i avdelingen gjennom å benytte seg av disse gode avviksmeldingene for å kreve og fremvise behovet for økte ressurser.

### **Mindre gode avviksmeldinger er nyanserte og kontekstuelle meldinger**

Gjennom materialet og lederes beskrivelser av avvik ser jeg at meldinger i denne kategorien er meldinger som ledere er mest usikre på om var avvik, og om det skulle meldes. Disse avvik ble ofte betegnet som nyanserte, kompliserte, kontekstuelle, de som krever kartlegging, omhandler «små-ting», er problematiske, behøver refleksjon og bidrar til merarbeid. De ble betegnet som ikke direkte – avvik, mindre gode og som litt vanskelig å motta. Ved å se på de ulike avvik mener jeg de handler om tre kategorier av avvik. 1. Ikke direkte avvik – hverdagslige hendelser en kan forvente og som ofte hender i avdelingen 2. Faglige, etiske og moralske avviksmeldinger som «hoper» seg opp i systemet. 3. Avviksmeldinger som bidrar til merarbeid. Slik jeg ser avviksmeldingene er dette avvik som ofte repeterer seg i meldesystemet, og omhandler ofte samme sak.

## 1. Ikke «direkte avvik» – forventede hendelser i avdelingen som er vanskelige å forebygge

Fire ledere snakker om hendelser som en «forventer» skjer i en avdeling med eldre syke mennesker som problematiske og kompliserte avviksmeldinger. De nevner pasienter som faller ut av senger og rullestoler, på tross av at mange gode tiltak er iverksatt, men de gir i lav grad synlige forbedringer. De er vanskelige å forebygge. Alle ledere mener pasient fall i utgangspunktet er et klart avvik, men rangeres i kategorien «unngåelige» hendelser i avdelingen. Ledere sier at det er vanskelig å sikre pasienten gjennom hele døgnet. Pasientene oppholder seg tidvis alene på pasientrom, eksempelvis på natten, og pleiere kan ikke stå ved siden av og sikre pasienten hele døgnet rundt. Dette kan forklare hvorfor ledere mener dette er «forventede» hendelser. Guri sier at pasientene ikke forstår det pleiere sier eksempelvis sier som dette: «*nå må du sitte her til du får hjelp.*» Og som Trude sier: «*Vi kan kanskje si at det ikke egentlig er avvik.*» Guri forklarer hvorfor slike hendelser kanskje ikke forstås som «direkte avvik»:

*«Mange avvik er innenfor hva man kan forvente her. Altså ting som meldes som avvik ikke er avvik. At folk faller er jo ikke et avvik sånt sett. Vi har ikke backup for alt, tenker jeg. Noe er unngåelig. Ja, slik at enkelte ting er faktisk slik, og da er det med å ha en realistisk holdning til det da. Den eneste måten er å måtte knyte de fast. Og det går jo ikke.»*

Hun sier videre:

*«Er det noe jeg savner i systemet så er på en måte en slik pott som vi bare registrerer. Det er ikke alt vi klarer forbedre. Noe blir liksom litt sånne små «duppeditter» som skjer igjen.»*

Slik jeg forstår det Trude, Guri, Anne og Judith sier så er uheldige hendelser i avdelingen der pasientene faller, hendelser som er «forventet» i avdelingen. Dette begrunnes av ledere som noe vanskelig å gjøre noe «med». Er bemanningen for lav, eller organiseringen av arbeidet for dårlig, kan dette ha direkte konsekvenser for pasientens sikkerhet. Forventer en i tillegg at slike hendelser i avdelingen forekommer, slik jeg tolker ledere, kan dette trolig bidra til at man kanskje ikke rapporterer avvik på at pasient fall. Eller at man glemmer av å sikre pasientene tilstrekkelig godt nok, rett og slett fordi man «forventer» at de eldre kommer til å falle. Slik jeg analyserer det ledere sier er at forebyggende pasientarbeid er vanskelig å få til gjennom arbeidets organisering, og fordi det mangler tilstrekkelig fokus på det. Slik jeg ser dette melder personalet i høy grad avvik på forebyggende arbeid tilknyttet pasient fall, men lederne ønsker bare å registrere dem.

## 2. Faglige, etiske og moralske avviksmeldinger som «hoper seg opp» i meldesystemet

Trude synes avvik som omhandler dobbeltrom er vanskelige avvik å motta, fordi de har mange av dem, og erfarer ofte demente pasienter som ikke «passer» sammen inne på rommene. Dette bidrar til uro i avdelingen. Trude forsøker så godt hun kan å omplassere pasientene og finne gode løsninger "der og da", men med mange dobbeltrom og stadig nye pasienter, er dette et gjentakende problem i avdelingen. Trude synes disse meldingene er vanskelige fordi de «hoper seg opp» i systemet:

*«Hva gjør man hvis man får mange meldinger av samme art da? Hva gjør nærmeste leder og hva gjør neste ledd med de rammene vi har i tjenesten? Det synes jeg er viktig at blir belyst. Jeg synes det viktig at man ser på hvor de (avvikene) ender? Er det et overordnet system som skal se nærmere tilslutt på noen ting?»*

Trude

Slik jeg tolker Trude er dette en problematisk situasjon som blir rapportert med faglige, moralske og etiske begrunnelser. Hun forteller at både hun og personalet forsøker muntlig «si ifra», og også å rapportere dette skriftlig gjennom avviksmeldinger, men til liten nytte. Slik jeg forstår Trude ser hun at meldingene «hoper seg opp» da det er mange av dem, og undrer seg over hva som blir «gjort» med dem. Dette ved å belyse hva neste ledd i kommunehierarkiet foretar seg for å fremme problemet, og om det kanskje burde være andre som skulle se over tiltaket til disse meldingene. Selv nevner hun eksempelvis et kvalitetsutvalg fra kommunen.

Alle ledere nevner bemanningsspørsmål som i utgangpunktet som viktige avvik å få, men disse meldingene fulgte ikke lederens norm for *hvordan* avvik skulle meldes.

*«Alene sykepleier på vakt. Det er jo viktig at sykepleieren gir god nok informasjon så jeg kan gå til min sjef: - Forstår du at dette er et problem at vi trenger mer folk, flere sykepleiere?»*

Harriet

Harriet ønsket i dette tilfellet at melderens utdypet hvorfor hun skriftliggjorde et avvik om at hun var alene sykepleier på vakt, og hvilke konsekvenser dette hadde for pasientene i avdelingen. Dette på tross av at dette i utgangpunktet var et klart brudd på prosedyren i avdelingen om at det alltid skulle være to sykepleiere på vakt. Med mindre faglærte på jobb kan dette i verste fall bidra til uforsvarlige forhold for pasientene, og bidra til krysspress og ansvarsoversvømmelse for den faglærte. Lederen sa i sitt intervju at hun var bekymret for kvaliteten i egen avdeling og knyttet dette til lav bemanning, for lite faglærte og høyt

pasientbelegg. Jeg tolker dette som en ansvarsfraskrivelse fra lederens side tilknyttet sine ansatte, men også for pasientens sikkerhet i avdelingen. Lederen meldte ikke ifra om dette selv i avvikssystemet, hun ventet på «gode» avviksmeldinger fra personalet.

Alle ledere snakker om «småting» i avdelingen som de helst synes bør meldes muntlig. Karin får meldinger som omhandler dusjer, drikkelister, og skylleroms arbeid som ikke ble utført. Hun nevner kasseroller, kar og kopper som ikke er vasket, søppelposer som ikke er tømt og skitne kasseroller:

*«Melder man avvik for avvikets del eller for å forbedre noe?»* Karin

Personalet oppgir økt bemanning på disse avviksmeldingene, noe Karin mener man ikke kan etterkomme gjennom disse. Dette da også disse meldingene ikke blir meldt etter lederens norm for hvordan disse skulle meldes. Karin sier at hun ønsker disse avvikene som muntlige tilbakemeldinger, men tror disse meldingene kan være mer viktig, enn man rent reflekterer over i hverdagen. Hun tror disse skyldes en travel avdeling som har for mye å gjøre, og at det handler om ansvarsfordelingen og «trykket» i avdelingen. Hun sier:

*«Dette kan ha konsekvenser, fordi da må man begynne å rydde, før man gjør det man egentlig skal. Det kan i verste fall gå utover kvaliteten på pleien.»* Karin

Slik jeg forstår det Karin sier, så er normen på sykehjem at en må ta ansvar for synlige og praktiske gjøremål i avdelingen, før en ivaretar pasientarbeidet. Uavhengig av hva personalet prioriterer først, tolker jeg avvik i denne kategorien som et budskap om økt bemanning og at arbeidsbelastningen er for høy. Personalet ønsker økt bemanning for å ta ansvar for de gjøremål det er forventet at de skal utføre tilknyttet pasientene og posten. Slik jeg tolker disse meldingene handler de om «trykket» i avdelingen, og det kan tenkes at dette området kamuflerer viktig pasientarbeid, men at pleiere ikke har begreper til å synliggjøre det ansvaret de tar i avdelingen.

### **3. Bidrar til merarbeid**

Guri fikk en slik melding der det sto *«revurdere hele pasientens situasjon»*. Hun sier slike avviksmeldinger medfører merarbeid:

*«Dette her blir jo en «sopp». Man bryter den ned, også kommer man til noen gode forslag.»*

Hun begrunner dette med at den som meldte ikke har forutsetninger til å begrepsfeste det konkrete problemet gjennom avviksmeldingen. Harriet mener at mindre gode avviksmeldinger som omhandler samme sak, som er rapportert gjentatte ganger i hennes avdeling, bidrar til merarbeid. Hun begrunner dette med: *«Det er nok å skrive et avvik på en sak.»*

Slik jeg tolker disse meldingene som ledere betegner som «merarbeid», er at de som melder dem gjennom det ledere sier, ikke har forutsetninger til å artikulere problemet eller gode nok forbedringstiltak. Og gjennom det Harriet sier, så kan flere meldinger på samme sak være merarbeid for henne.

Slik jeg tolker alle disse meldingene i kategorien mindre «gode avviksmeldinger», befinner de viktigste avvik for kvalitet og langsiktig pasientsikkerhet under denne kategorien. Slik jeg ser dem handler de om hvilket ansvar arbeidstakere tar, og er i stand til å ta, gjennom pleiehverdagen på sykehjem. De handler om «trykket», kontinuiteten og bemanningen tilrådighet i avdelingen, og organiseringen av pleietilbudene. Slik som Anne beskriver det, så er dette meldinger som ikke har direkte konsekvenser, eksempelvis gjennom for lav bemanning, men på sikt kan utarte seg til å bli det:

*«Det hadde ikke skjedd et «direkte avvik», men man kan jo kalle det et avvik når man får inn pasienter som krever så mye mer enn det vi har ressurser til rådighet.»*

Slik jeg forstår dette viser ledere at normen om at en må fremvise synlige konsekvenser er vanskelige å få gjennomslag på, noe som er vanskelig når en eksempelvis ønsker fremme viktige bemanningsspørsmål for å være i stand til å ta tilstrekkelig ansvar for pasientene.

Jeg mener også at de fleste avviksmeldinger i denne kategorien handler om faglige, etiske og moralske tilbakemeldinger til ledere. Ledere behøver synlige konsekvenser på disse avviksmeldingene, noe som jeg mener personalet som melder dem, ikke fremmer i tilstrekkelig grad. Jeg mener dette forklarer hvorfor ledere omtaler slike meldinger for «mindre gode meldinger» fordi de bidrar til å «hope seg» opp i systemet. De er vanskelig å gjøre noe med og personalet fortsetter å melde disse inn i avvikssystemet. Mindre gode avviksmeldinger er ikke gitt en handling eller løsning på problemet. De krever kartlegging, dialog og bruk av faglig skjønn for å forstås. Mindre gode avviksmeldinger benyttes som dokumentasjonsmiddel videre i avvikssystemet, om lederen forstår situasjonen som viktig å løse. Slik jeg tolker disse funnene, viser ledere gjennom deres egne beskrivelser av disse

avvik, at dette er viktige avvik å motta, men de kolliderer med lederes forståelse der en hendelse alltid må ha en synlig konsekvens for å meldes. Lederen reflekterer i lav grad selv over konsekvenser «mindre gode» meldinger kan ha, og hva som kan utspille seg i avdelingen, gjennom dem.

#### 4.1.3 Eget faglig skjønn tilknytt avviksprosedyren

Gjennom lederes deres egne beskrivelser av ulike erfarte avvik, og hva de sier de gjør tilknyttet disse, bryter de alle egen norm for når et avvik skal meldes. Ledere viser at det ikke er automatikk i at de selv forstår avvik gjennom brudd eller fravær på retningslinjer, prosedyrer og retningslinjer i avdelingen. På tampen av informantenes intervjuer og etter egne refleksjoner spør tre ledere hva som «*egentlig*» skal meldes inn som et avvik. Trude sier:

*«Jeg har etterlyst mer fokus på: - «Hva er et avvik?» Jeg vet jo hva et avvik er når jeg ser et avvik, men mange ganger er det litt sånn diffust. Det kunne vi godt ha fokusert litt mer på. For det er liksom noe som blir hengende litt på.. men det blir jo selvsagt en vurderingssak.»*

Trude

Trude, Anne og Judith sier de ønsker økt oppmerksomhet og har etterlyst hva et avvik «egentlig» er. Judith spør: «*Ja, for hva er egentlig et avvik? Hva ville du meldt?*»

Meg: «Sier du nå at du synes det er for uklart hva et avvik er?»

*«Ja, hvis jeg tenker helhet i pleie og omsorgssektoren for hva et avvik er, ikke bare hva det er her for oss, så er det **veldig** rundt.»*

Judith

Det er bare en leder, Trude, som snakker om skjønn tilknyttet avviksmeldinger. Hun oppfordrer personalet til å selv kjenne *etter* om noe galt som har inntruffet, og oppfordrer alle sine ansatte til å melde uansett om hun mener det var et avvik eller ikke. Hun sier:

*«.. Det er en skjønnsvurdering fra sak til sak, tenker jeg.»*

Bare en av informantene nevner ordet skjønn tilknyttet avviksmeldinger etter om lag seks timer med intervju. Slik jeg tolker dette viser ledere at standardisering trolig hemmer lederes egne fagligmorske, etiske og skjønnsmessige vurderinger. Og det kan synes som om informantene blir oppmerksom på dette underveis i intervjuene – men ikke har reflektert over dette, eller er bevisste på dette selv.



## 4.2 Hva ledere gjør

Ledere sier at de behandler alle avviksmeldinger og gjennom «gode avviksmeldinger» sier ledere at de kan sende oppgaver tilbake til melder, eller selv iverksette tiltak. Meldinger ledere omtaler som «mindre gode» avviksmeldinger er vanskeligere å lukke. Disse blir i høy grad benyttet som dokumentasjon de på «sikt» kan fremme om de har behov for dette.

### 4.2.1 Kontroll av kvaliteten i avdelingen

Tre informanter utøver direkte kontroll av kvaliteten i avdelingen, og sier at de kan oppnå dette ved tett tilstedeværelse og oppfølging i avdelingen, nært pasientene og personalet. De føler seg som en del av personalgruppen. Gjennom å se og høre hva som utspiller seg i avdelingen kan de se hvilken kvalitet som blir utøvet. De kan delta i stell, på rapporter, i direkte veiledning til personalet, holde forelesning, og har tett dialog med personalet, pasienter og deres pårørende. Guri sier at «gjennom det så ser jeg jo hva som blir gjort og ikke gjort.» Med et nært kjennskap til avdelingen sier ledere at de kan planlegge og iverksette langsiktige mål, kortsiktige mål og korrigeringer i avdelingen. På denne måten sier de at de kan samle de røde trådene, holde oversikt og fast på kontinuiteten avdelingen behøver. Anne forklarer hvorfor:

*«Skal jeg ha det faglige ansvaret, da klarer jeg forstå hvordan jeg skulle klare dette, med å bare sitte på kontor. Så det er min måte å sikre at jeg har kontinuiteten ...»*

To informanter er usikre på hvordan de kontrollerer og sikrer seg om pleietilbudene er av god art. Judith sier likevel at hun måler dette gjennom pasienttilfredsheten på pleietilbudet, og Karin sier hun ikke har reflektert godt nok over dette.

Harriet skiller seg ut fra de andre lederne på dette området, og er den eneste som sier at hun kun overvåker kvaliteten «inne» på kontoret i full administrasjonstid. Gjennom avviksregistreringen kan Harriet holde kontroll på det som skjer «ute» i avdelingen:

*«Jeg ser ikke alt som må korrigeres der ute i avdelingen der ordentlig arbeid foregår. Når jeg får gode avviksmeldinger, da er det nesten som om vi samarbeider for å løse opp alle svikter som er her i systemet.»*

Harriet sier hun er avhengig av gode avviksmeldinger fra personalet i avdelingen for å opprettholde synergien avviksprosedyren behøver. Dette er et problem da hun i lav grad mottar mange av denne karakter. Lederen forteller at hun har problemer «ute» i avdelingen. Hun begrunner dette med et lite tilfreds pleiepersonale, dårlig arbeidsmiljø, lav sykepleiebemanning, høyt antall ufaglærte og problemer med å rekruttere nye sykepleiere.

Selv synes hun at dette bidrar til et svakt punkt i driften. Hun begrunner dette med at hun aldri mottar avviksmeldinger hos de ufaglærte, og at de faglærte ikke har tid til å lære opp de ufaglærte eller kontrollere kvaliteten på utførelsen av deres arbeid.

Slik jeg tolker denne lederen har hun gjort seg noen refleksjoner om kvaliteten i sin avdeling. Hun sier hun forsøker rekruttere nye sykepleiere til avdelingen og hun mener gode holdninger må komme fra personalet for at arbeidsmiljøet skal bli bedre. Teorigrunnlaget viser at avdelinger som dette kan få store kontinuitetsproblemer, brannslukking av arbeidsoppgaver oppstår, og kan bidra til at arbeidet oppleves lite tilfredsstillende. Avdelinger som ikke klarer få kontroll på kontinuitetsproblemer kan ofte bidra til et uavgrenset ansvar som må tas i avdelingen, en ansvarsoversvømmelse og bristende kontroll på arbeidet en er satt til å utføre. Sykepleiere slutter ofte under slike forhold (Olsvold, 2010). Slik jeg ser det alle ledere sier, er at det kan synes som om egenkontrollering av kvalitet i avdelingen synes som et vanskelig spørsmål å besvare. Jeg tolker dette som at ledere i liten grad har det klart for seg hvordan de kontrollerer kvaliteten i avdelingen. Dette fordi de muligens ikke blir stilt til ansvar for faglig kvalitet av øvrig ledelse. De er trolig ikke vant til å begrepsfeste sitt faglige ansvar i det daglige.

#### **4.2.2 Ledere usikkerhet tilknyttet lovverk og forskrifter avviksprosedyren bygger på**

Studiens funn viser at lederne *ikke* har god innsikt i, eller er trygge på lovverk og forskrifter avviksregistreringen bygger på. De benytter seg i lav grad av juridiske formaliteter inn i behandlingen av avviksmeldinger. Alle informantene kjenner til og kan nevne mange ulike lovverk og forskrifter, men ingen av informantene nevner de samme. Ingen nevner eksempelvis internkontrollforskriften. Anne er den eneste lederen som sier at hun ikke tror avvikssystemet kan fungere, om ledere ikke kjenner til retningslinjene for avvikshåndtering. Selv sier hun at hun i lav grad kjenner til eller benytter seg av lovverket, slik som også resten av informantene beskriver. Harriet er den eneste som sier at hun *ikke* benytter seg av lovverket i det hele tatt, tilknyttet behandlingen av avviksmeldinger.

Det ledere sier de gjør er å følge normene og de nedfelte rutinene som er innført i deres egen kommune tilknyttet avviksprosedyren, og at alle avvik skal behandles på laveste mulig nivå, slik som også Anne her:

*«I forhold til avvikshåndteringen, så har vi har jo nedfelte rutiner i avdelingen og på enheten så det er jo å jobbe etter de rutinene. Og akkurat hvilket lovverk de er knyttet opp til sånn direkte, det vet jeg rett og slett ikke. Men avvik behandles på laveste nivå».*

Slik jeg tolker det ledere sier er de opptatte av å følge normene for hvordan avvikssystemet er innført i kommunen, og at meldinger skal behandles på laveste mulig nivå i kommunemodellen. De kan nevne mange lovverk og noen forskrifter, men er usikre på avviksprosedurens juridiske rammer. De jobber heller ikke etter lovverk for hva pasientene har krav på tilknyttet pleietilbud på sykehjem, og benytter seg ikke av disse i behandlingen av avviksmeldinger. Anne sier avslutningsvis at *«det er jo kanskje sånn at i forhold til alt lovverk, skjer det et avvik så er det avvik.»* Slik jeg forstår Anne, sier hun at i forhold til alt lovverk som ikke følges, er dette klare avvik. Jeg tolker lederes lave kjennskap til lovverk og forskrifter som uheldig, da ledere ikke har kjennskap til hva pasientene har krav på, og ei heller jobber aktivt etter forskrifter og retningslinjer inn i behandlingen av avviksmeldinger. Kjenner en ikke lovverket og forskrifter kan en ikke vite hva som er avvikende fra dem.

#### **4.2.3 Avviksproseduren som kvantitativt bevis på faglig uforsvarlige forhold tilknyttet bemanning**

Når informantene må formidle saker fra egen avdeling, sier alle ledere at de benytter seg av avviksmeldinger som dokumentasjon og argumentasjonsmiddel som et slags «bevis», og som instrument for å oppnå overnevnte. Ledere sier det likevel ikke er gitt at en får medhold i saker en ønsker fremme og som en kan fremvise gjennom avviksmeldinger. Alle nevner økt bemanning tilknyttet pasienter som behøver «mer» pleie og omsorg enn hva personalet kan mestre å gi i arbeidsdagen sin. Slik jeg tolker det, må ledere bevise forhold som omhandler faglige bemanningsspørsmål i avdelingen. Alle sier noe slikt som Guri her:

*«Ja, for man kan jo si at det er et avvik når pasientene har behov for mer pleie enn det vi kan gi.»*

Guri

Slik jeg tolker Guri, sier hun at hun synes det er avvik når bemanningen ikke samsvarer med pleiebehovet til pasientene. Judith er den eneste lederen som mener at i enkelte tilfeller holder det ikke å dokumentere pleietyngden for at den skal forstås, hun sier den må måles i ren klokketid:

*«Det er jo ikke så lett for en utenforstående å forstå hvor lang tid et stell eller mating kan ta. Jeg kan be personalet produsere avvik for at vi skal få det bedre. Vi må derfor måle tiden vi benytter oss av inne hos pasienten for å fremlegge tidsbruken.»*

Slik jeg tolker denne lederen så nytter det ikke si noe, ei heller dokumentere avvik på bemanningen som ikke samsvarer med pleiebehovet tilknyttet pasientene i avdelingen. Hun sier at, å få utenforstående til å forstå hvor lang tid pleie og omsorg kan innebære, bidrar til at de aktivt og bevisst må dokumentere forholdene gjennom reell tidsbruk til den enkelte

pasient. Hun snakker om å produsere noe og benytter et begrep som ikke har tradisjon i pleie og omsorgsyirket. Jeg tolker dette som at nye begreper er implementert i pleiekulturens begrepsforråd. Judith forteller videre at det er vanskelig i et yrke som handler om pleie og omsorg, å ikke kunne fremvise behov, fordi de ikke har noe standard å sammenligne seg mot, for hva som er et forsvarlig minstekrav. Hun snakker da om bemanning:

*«Det eneste jeg vet om i dette tilfellet så er det å skrive avvik. Det nytter ikke å si noe. Du er nødt til å skrive avvik og vise til noe.»* Judith

Halvparten av informantene sier at faglige uforsvarlige forhold i avdelingen kan oppleves som litt vanskelig og problematisk å få gjort noe med. Anne, Guri og Trude hadde opplevd pleietilbud som var til fare for pasientens sikkerhet, eller pleie av uforsvarlig karakter.

To av de tre som hadde opplevd pleietilbud som var til fare for pasientens sikkerhet, eller pleie av faglig uforsvarlig karakter, og meldte dette inn i avvikssystemet. Ingen av disse to fikk ikke svar på sine avviksmeldinger. Den ene av disse to lederne fikk ikke løst problemet, som fortsatt pågikk den tiden intervjuet ble foretatt. Trude:

*«Vi har veldig mange avvik på akkurat dette med fall, og vi vet alle hvorfor. Men da må kanskje noen ta dette litt videre lengre opp i systemet og få en løsning på noe av dette.»*

Denne lederen hadde gjentatte ganger tatt opp dette konkret problemet til sin ledelse, men kunne ikke se at hennes avviksmeldinger, eller muntlige overbringelser, bidro til tiltak og løsninger på problemet. Trude sier at de fleste fall skjer på natten når bemanningen er redusert til en person noe hun finner litt merkelig, og sier at *«pasientene har jo som regel de samme behovene»*. Den andre lederen som ikke fikk svar på sine avviksmeldinger forteller at:

*«Tankegangen er jo at avviket skal bli behandlet på lavest mulig nivå. Jeg har aldri vært nødt til å sende videre så høyt opp som til rådmanns nivå. Det er det man må hvis man føle det ikke blir behandlet de på det nivået du er. Og kanskje er det det jeg burde ha gjort, når jeg ikke har fått svar på de avviksmeldingen som jeg har sendt.»*

Anne

Slik jeg tolker Trude og Anne, viser de at avviksprosedyren kan sette begrensninger for løsninger på problemer i avdelingen, i det området som ledere selv kaller for «mindre gode» meldinger, ved at ledere selv ikke får tilstrekkelig svar på egne eller videresendte avviksmeldinger. Studiens funn viser at går en utenom normen for avviksprosedyren, og benytter seg av ens lokale kunnskaper i kommunehierarkiet kan utfallet bli annerledes. Guri var den siste av de tre ledere som hadde opplevd faglig uforsvarlige forhold i avdelingen. Guri

benyttet seg av sine lokale kunnskaper, og gikk utenom avvikssystemet for å fremme problemet til øvrig ledelse. Denne lederen benyttet seg bevisst *ikke* av avviksproseduren. Hun syntes denne situasjonen var vanskelig fordi et avvik ikke var hendt, men det *kunne* potensielt inntre. Guri sendte tilslutt tre mail til kommuneoverlegen hvor hun gav fra seg det faglige ansvaret om noe skulle skje i avdelingen. Hun satte grense for hva hun mente hun kunne ta ansvaret for, da hun selv mente det var en stor sannsynlighet for at uheldige hendelser kunne inntreffe.

Meg: Hvorfor benyttet du deg ikke av avvikssystemet?

*«Jeg syntes det var vanskelig å formulere et slikt direkte avvik på dette her fordi det dreide seg om så mange ting. Det var ikke bare en pasient, det var mange. Det var en helt spesiell situasjon. Det kan godt hende at jeg hadde kunne benyttet meg av det (avvikssystemet), men forhold som kan gå på sikkerheten løs, våre ressurs spørsmål, det kan være vanskelig å vite hvor en skal ta det henne. Hvor skal du nå fram henne med dette her? Det står ikke et ferdig utfylt felt i avviksregistreringen som heter «faglig forsvarlighet.»*

Anne

Slik jeg forstår Anne, sier hun at bemanningen i avdelingen er avgjørende for pasientens sikkerhet, og at dette er noe som er vanskelig å formulere og få gjennomslag for i en avviksmelding gjennom faglige begrunnelser. Ved å ta direkte kontakt med kommuneoverlegen utenom avviksproseduren, løste problemene i Annes avdeling seg. Slik jeg analyserer dette, viser Anne at faglige uforsvarlige forhold tilknyttet bemannings spørsmål og pasientens sikkerhet på sykehjem, er vanskelig å fremme gjennom avviksrapportering. Vet å gå utenom avviksproseduren løste bemanningsproblemene seg, men lederen ble nødt til å fraskrive seg sitt faglige ansvar, for å få utenforstående til å forstå alvor i situasjonen.

Studiens funn gjennom å analysere de tre avdelingslederens situasjoner, viser studien at avviksregistrering kan være problematisk når at alt skal løses med strategien om behandling av avvik på «lavest mulig nivå». Dette bidrar til ansvarsfraskrivelse, og at avviksproseduren ikke tilstrekkelig kan fremme viktige og faglige spørsmål i sykehjem. Avviksproseduren er innført for å sikre kvalitet på pleietilbud. Materialet viser at dette er problematisk.

#### **4.2.4 Bemanning og tid er avgjørende for pasientens ivaretagelse av omsorg**

Ledere har ulike fokusområder i avdelingen tilknyttet pasientene og personalet. De nevner samlet sett forebygging av pasient fall, ernæring, habilitering, behandling, pleie, arbeidsmiljø og samhold i avdelingen. I tillegg til dette er alle informanter opptatte av at pasientene deres skal ha det godt, føle trygghet og trives i avdelingen. Slik som Karin sier det: «*Det er jo*

*kjempeviktig at pasientene trives for det har jo helsegevinst i så måte. Det med kvalitet i den sykepleien de får.»*

*«God pleie innebærer også at de skal ha det godt på sykehjem i og med at det jo deres hjem. Og for mange er det den siste plassen de bor.»*

Anne

*«Ja, at den pleien som de skal ha blir ivaretatt på en faglig riktig måte. At de får den pleien og den behandling de trenger innenfor visse grenser, for å si det sånn.»*

Guri

Alle er trygge på at pasientene får dekket grunnleggende behov som mat, drikke, stell og varme. Det er bare Trude som sier at det her finnes et skille for hva god sykepleie er:

*«Jeg tenker at det går kanskje et skille for om det var en god pleie. Hva er god pleie, ikke sant? Noen er jo sånn at de bare hurten og sturten går inn travel og det er jo ikke noe godt stell det, egentlig. Men vi har jo dette med tiden som alle snakker om.»*

Trude

Ledere mener utfordringen ligger i å dekke det pasientene har av individuelle behov utover dette, og alle nevner psykososiale forhold og sosial stimuli. De sier samlet sett at dette er et viktig tema fordi de eldre kan bli ensomme i sin hverdag, og sier at det er deres ansvar og oppgave å tilrettelegge for sosialt samvær. Dette mener de likevel er noe som kan være vanskelig å få til. Tre av lederne sier at de ser at pasientenes psykososiale behov på sykehjem ikke er dekket. Alle sier noe slik som også Guri: *«Men så er det liksom litt sånn på grunn av tiden så strekker ikke alt til.»*

*«Jeg tenker at pasientene må tilfredsstilt sine daglige behov, men der er jo på en måte enkelt å forholde seg til. Utfordringen er jo det pasientene trenger av nærhet, aktivitet og sosialt samvær. Grunnleggende behov det er på en måte enklere å forholde seg til å se.»*

Guri

Harriet sier at pasientene ikke får muligheter til å uttrykke seg gjennom eksempelvis å skrive, tegne eller male. Hun mener også at pasientens integritet ikke er tatt vare på når pasientene ikke får ytret seg om egne opplevelser og ønsker for pleietilbud. Hun begrepsfester de individuelle behov gjennom Maslows behovshierarki, og tror forventningene og oppmerksomhetene til pleierne bidrar til at de ikke fanger opp dette området i pleien. Hun forklarer dette slik:

*«Pasientene får mat, varme og trygghet. Vi er så lavt i Maslows behovshierarki slik at vi har mye å gjøre for å nå toppen. Det er bare visse rutiner som kan følges opp her fordi vi har så lav bemanning.»*

Harriet

*«At de får den pleien de skal ha når det gjelder de vanlige basale behovene. At de (pasienten) har det trygt og godt, og at de får være så mye stimulert som mulig, i forhold til det personalet kan make å gjøre i hverdagen altså.»*

Trude

*«Pasientene kan være så ressurskrevende at vi ikke klarer med det personalet vi har. De går på bekostning av tiden.»*

Anne

*«Så er det litt mindre bemanning i helgen. Lav bemanning, selv om vi har styrket bemanning på natt. Det vet vi jo ikke hvorfor er slik. Det er jo veldig merkelig, for det er jo like mange pasienter. Og det er ganske mange ting som skjer på natt. Det er der de fleste fall skjer, egentlig.»*

Trude

Slik jeg oppfatter lederne underveis i intervjuene, og gjennom materialet, er pasientenes omsorg noe man ikke skriver avvik på. Dette bekrefter Judith og sier *«Man skriver jo ikke avvik på omsorg»*. Harriet sier *«kanskje er det slik at pleier ikke ser dette, at deres oppmerksomhet ikke er der.»*

Slik jeg tolker det ledere sier, er at grunnleggende behov er lettere å se, kartlegge og oppfylle enn de psykososiale. Årsaksfaktorer til dette mener ledere er for lav bemanning, tid og manglende oppmerksomhet til pasienters helhetlige omsorg. De sier at personalet forsøker å ta ansvar for å gjøre alt det de makter for pasientene i hverdagen. De sier at pleiere ikke melder inn avvik på dette, og slik jeg tolker lederne forventer de heller ikke dette av personalet sitt. Ingen av lederne sier heller at noen ansvarliggjør dem for dette heller. Jeg tolker det slik at normen på sykehjem er at man ikke melder avvik på pasientens omsorg, hvilket en av lederne bekrefter. Studiens funn viser at lederes forståelse tilknyttet avviksprosedyren på sykehjem er at man ikke skal skriftliggjøre avvik basert på pasientenes omsorgsbehov, ingen forventer dette Dette får trolig konsekvenser for kvalitet på pleietilbud.

### **4.3 Studiens funn oppsummert**

Virksomhetenes mål er god kvalitet på helsetjenestetilbudene, og avviksregistrering er et av virkemidlene i kommunenes kvalitetssystem. De juridiske lovverk gir rammer og lovfester hvordan tilbudene skal være utformet og hvordan de skal kvalitetssikres. Studiens tema er

lederes forståelse av avviksmeldinger, og hva de gjør i behandlingen av dem gjennom et faglig og administrativt ansvar. Studiens problemstilling er å undersøke, og forstå hvilket ansvar ledere tar, og hvordan de heve og sikre kvalitet på pleietilbudene gjennom avviksprosedyren.

Alle ledere i denne studien forstår avvikssystemet som et kommunikasjonsmiddel og avviksprosedyren som en forbedringsmelding i en forbedringsdialog. Forslag på korrigerende tiltak forstår ledere som forbedringsforslag. Ledere sier at de forstår avvik som et brudd eller et fravær på retningslinjer, prosedyrer og rutiner i avdelingen. Det er likevel ingen automatisk sammenheng mellom overnevnte og for om lederen forstår hendelsen som et avvik. Hendelsens konsekvens forstått som hendelsens alvorlighetsgrad, avgjør om det var et avvik og for hvordan disse videre behandles.

Ledere forstår avviksprosedyren som problematisk for personalet da pleiere kan oppleve avvikssystemet som et «angi hverandre system». De tror personalet verner om sine kollegaer og samholdet i avdelingen, i stedet for ansvaret tilknyttet pasientene.

Det er ikke automatikk i at ledere benytter seg av lovverk eller forskrifter tilknyttet behandlingen av avviksmeldinger. Ledere er usikre på hvilket lovverk og forskrifter avviksregistreringen bygger på. Rutinen ledere benytter seg av tilknyttet avvikssystemet er normen for hvordan avviksregistreringen utføres i egen kommune. Avvik skal behandles på lavest mulig nivå og alle avvikende hendelser skal meldes.

Ledere omtaler avviksmeldinger gjennom to endepunkter. Gode avvik og de som ikke er avvik. Meldinger i midtsjiktet av disse, omtales og forstås som mer problematiske meldinger å motta og behandle, og omtales av ledere som «mindre gode meldinger». Mindre gode meldinger mener lederen kan være viktig å få, og disse kan i utgangspunktet være normative avvik, men blir ikke meldt etter lederens overordnede norm for hvordan hendelsen skulle meldes. Disse avviksmeldinger redegjør i lav grad for hendelsens kontekst og konsekvens. Mindre gode avviksmeldinger ved å se på hva de omhandler, er ikke gitt en handling eller en konkret løsning på problemet. Disse hendelser krever kartlegging, dialog og bruk av avansert faglig skjønn for å forstås. Meldinger i denne kategorien gjentar seg ofte i meldesystemet. De benyttes som dokumentasjonsmiddel, og er tilknyttet forhold som er vanskelig å synliggjøre og bevise konsekvenser av. Lederen kan sjelden benytte seg av disse meldingene som dokumentasjon på forhold de ønsker forbedre. Dette på tross av viktige spørsmål som



bemanning. Studiens funn viser at disse avviksmeldingene omhandler ansvaret pleiere tar tilknyttet organisasjonen og pasientenes pleietilbud. De er rettet mot faktorer for i hvilken grad pleiere kan ta ansvar for kvalitet på pasientens pleietilbud, forstått gjennom «trykket» i avdelingen.

Gode avviksmeldinger retter seg i høy grad mot lederens administrative ansvar i avdelingen. Disse meldingene meldes i tråd med lederens forståelse for hva et avvik er, når det skal meldes, og hvordan hendelsen meldes. Disse benyttes i høy grad som et kommunikasjonsmiddel videre i systemet, og krever i lav grad dokumentasjon på det en ønsker forbedre, og trenger ikke nødvendigvis kyndige kunnskaper for å meldes. Slike hendelser trenger i lav grad lite redegjørelse for hendelsens kontekst eller konsekvens. Det er lett å avgjøre skillet mellom det som *må* gjøres noe med eller ei, lett å skille mellom godt/vondt og godt/dårlig. Ledere mener gode avviksmeldinger er lette avvik å behandle, noe som kan forklares med at jo enklere en melding er, jo færre handlingsalternativer er gitt hendelsen. Gode avviksmeldinger er tilknyttet hendelser som er «synlige», lett å se og gjøre noe med på lederens eget nivå i kommunemodellen. Informantene omtaler gode avvik som begrensede hendelser i avdelingen. Et område i disse meldingene skiller seg ut og omhandler bemanningssituasjoner i avdelingen som av ledere omtales som problematisk å løse. Ledere viser at uforsvarlige forhold tilknyttet bemanning med avviksmeldinger i spissen for å heve kvaliteten i avdelingen, er problematisk for ledere. Faglig skjønn får ikke rom når lederen selv melder videre eller selv skriver avviksmeldinger til et høyere plan i avvikssystemet. Lokal kunnskap og alternative handlingsalternativer utenom avvikssystemet kan bidra til løsninger på problemer. Kyndige sykepleiere kan også rapporterer disse gode avvikene med argumentasjoner som bidrar til løsninger på bemanningssituasjonen.

Ledere viser at de har to måter å kontrollere kvaliteten i avdelingen. Den ene gjennom egen overvåkning og tilstedeværelse i avdelingen, og den andre alene gjennom avviksprosedyren. Hvordan ledere påser at deres pleietilbud er av god faglig art i avdelingen, virker som et fremmed spørsmål for ledere å besvare. Dette kan tyde på at ledere i lav grad blir stilt for faglig kvalitet på pleietilbudene i sykehjem.

Studios funn viser at standardisering hemmer lederes egne fagligmoraliske, etiske og skjønnsmessige vurderinger tilknyttet avviksprosedyren. Det kan synes som om informantene blir oppmerksom på dette underveis i intervjuene, men i lav grad selv har begreper til å formulere dette. Avdelingslederne sier at de ser at pasientens ivaretagelse av omsorg ikke er

av god kvalitet på sykehjem, og at dette ikke lar seg oppfylle grunnet faktorer som tid og bemanning. De sier at pleiere ikke melder inn avvik på dette, og slik jeg tolker lederne forventer de heller ikke dette av personalet sitt. Ingen av lederne sier heller at noen ansvarliggjør dem heller for dette. Jeg tolker det slik at man ikke skal skriftliggjøre avvik på sykehjem basert på pasientens omsorgsbehov, hvilket en av lederne bekrefter. Dette får trolig konsekvenser for pasienter kvalitet og pasientsikkerhet på pleietilbud til eldre mennesker på sykehjem.

Under en tabell jeg har utformet gjennom de ulike avvik. Jeg mener min analyse viser at ledere i høy grad mottar avvik i kategorien under faglige avviksmeldinger, men at disse er vanskelig å fremme – og har betydning for hvordan pleiere er i stand til å ta ansvar for pasientsikkerhet og kvalitet på pleietilbud i sykehjem:

<b>Lederens administrative ansvar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lett å behandle</li> <li>- Mottar et avvik på</li> <li>- Få løsninger</li> <li>- Praktiske saker</li> </ul>	<b>Lederens faglige ansvar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mottar mange meldinger på samme sak</li> <li>– Mange løsninger</li> <li>– Krever kontekst og refleksjon</li> </ul>
Juridiske spørsmål som tvangsvedtak, samhandling mellom samarbeidspartnere, mangelfull opplæring, tekniske spørsmål, systemsvikt, HMS, personalsaker, «ting» som er ødelagte eks. telefoner, møbler, datamaskiner osv.	Pasient fall og skade, medisinsk behandling, sykepleiere alene på vakt, dusj, drikkelister, tiltaksplaner og bemanningsspørsmål. Trykket i avdelingen, organiseringen av pleietilbudene, skyllerom, pasientrom og kjøkken som ikke er tatt ansvar for, uro i avdelingen pga. dobbeltrom.

Tabell, 1.

## 5 DISKUSJONSDEL

Tidligere studier har pekt på organiseringen av meldesystemene som viktig å utforske men også avdelingslederens ansvar i behandlingen av avviksmeldinger (Larsen, 2011; Roald, 2013). Lederen er den første personen som mottar rapporterte avvik i avdelingen, og hvordan lederen forstår disse meldingene spiller en avgjørende rolle for utfallet avviksmeldinger får. Begreper jeg benytter gjennom diskusjonsdelen er ansvar, pasientsikkerhet, kvalitet og forsvarlighet.

## 5.1 Et avvik forstås gjennom hendelsens alvorlighetsgrad

Studiens funn viser at avviksprosedyren er godt implementert på sykehjem ettersom ledere mottar mange avviksmeldinger, noe som står i tråd med Roalds (2013) funn i sykehus. Materialet viser at ledere forstår avviksprosedyren som et kommunikasjonsmiddel i en skriftlig «forbedringsdialog». Denne studien bekrefter derfor at ledere forstår avviksprosedyren som forbedringsmeldinger, på lik linje der studier tidligere har vist hvordan sykepleiere forstår dem (Larsen, 2011; Roald, 2013). Ledere i denne studien viser at avviksmeldinger kan bidra til problemløsning, men også til frustrasjon, slik som også Vågen (2009) fremviser. Lederes frustrasjon består av at de i lav grad mottar meldinger som er velformulerte. Meldingene understøtter ikke lederens «språk».

I pleie og omsorgsyirket vet helsepersonell at en hendelse eller en situasjon, ofte ikke er gitt *en* løsning på problemer en møter på. Det krever derfor kontekst for å forstå hvordan en kan velge å handle (Kirkevold, 1992). Når lederen mottar meldinger som ikke redegjør for kontekst og alvorlighetsgrad, bidrar dette til at lederen ikke får det nødvendige overblikk eller innsikt i hva avviket i den enkelte situasjonen omhandler. For meg virker det som om avviksprosedyren slik den fungerer i praksis, hemmer nødvendig fremvisning av kontekst i den avvikende hendelsen.

Å overføre muntlig dialog til skriftlig form fordrer det at en viderefører det rike, gode og nære kontekstuelle språket en benytter seg av i muntlige formidlinger. Materialet viser at hendelser som ikke har klart skille mellom rett og galt, vondt og godt eller fysiske ting – de meldinger som ledere omtaler som «mindre» gode, fordrer et ekstra rikt og nært språk for å klargjøre for leseren hva det var som sto på spill i den enkelte situasjon. Jeg mener særlig disse avvik fordrer faglig refleksjon og tilstrekkelig med tid, for skriftliggjøre de «gode» avviksmeldingene ledere ønsker tilknyttet dem. I min analyse viser ledere at pleiere i høy grad rapporter avvik pliktoppfyllende, etter det jeg vil kalle for en «norm» i avdelingen om at et avvik er et brudd på en standardisering av hendelser i avdelingen. Dette, slik jeg ser det, bidrar da til at en melder avvik på synlige «ting». I forlengelsen av dette bidrar dette trolig til at hendelsens kontekst faller ut av disse avviksmeldingene, og derfor også faglig refleksjon. Dette bidrar til at ledere ikke forstår det avvikende i situasjonen. Når en rapporterer avvik på synlige saker og «ting», er det ofte lite kontekst å fremvise til denne konkrete «tingen» en melder avvik på. Er eksempelvis «trykket» i avdelingen høyt, melder pleierne inn avvik på gjøremål som ikke ble utført tilknyttet avdelingen. Ikke tilknyttet pasientene. Ingen skriver avvik på at de ikke fikk utrettet viktig pasientarbeid, eller at lav bemanning kunne få

konsekvenser for pasientens sikkerhet eller kvalitet på pleietilbud. Sykepleieren fremviser i en avviksmelding at hun var alene sykepleier på vakt, melder avvik på avdelingens prosedyre der de alltid skal være to, men fremviser ikke hvilke konsekvenser dette fikk for pasientene.

Roald (2013) fremviser at sykepleiere som rapporterer avvik ikke får tilstrekkelig med svar på sine meldinger, og at det lokale kvalitetsarbeidet er underkommunisert. Sykepleierne i Roalds (ibid.) sin studie mener at de ikke får muligheten til å forklare seg om budskap og meningsinnhold forandrer karakter ved en eventuell feiltolkning fra lederens side. Sykepleierne mente at avviksprosedyren baserer seg på en monolog og ikke dialog, og de savner tilstrekkelige med tilbakemeldinger på hva rapportere avvik resulterte til, og hvilke tiltak som ble igangsatt og utført. De setter søkelys på avdelingslederens ansvar i den lokale kvalitetsforbedringen, og erkjenner ikke dette, som optimalt. Larsen (2011) og Vågen (2009) viser også til at sykepleiere som rapporterer avvik heller ikke får tilstrekkelig med tilbakemeldinger fra sin leder. Denne studien avkrefter en påstand om at ledere ikke behandler avviksmeldinger, men jeg mener den viser at problemer oppstår gjennom skriftlige overbringelser, ved at det kan være problematisk for ledere å forstå alle avviksmeldinger. Dette især når troen om at et avvik kun skal meldes etter en standardisert norm i avdelingen. Slik jeg ser mine funn, tyder de på at ledere i lav grad ivaretar avvik basert på faktorer for at pleiere er i stand til å ta ansvar for pasienters sikkerhet i sykehjem. Dette gjelder bemanningsspørsmål, organiseringen av arbeidet og «trykket» i avdelingen. Jeg mener dette kan vise hva som er avdelingslederens krysspress i avdelingen. Det er vanskelig å ivareta to formelle roller på en og samme tid. Lederens faglige ansvar ser ut til å bli satt til sidelinjen til fordel for det administrative ansvaret en har i avdelingen. For å ansvarliggjøre ledere for deres faglige ansvar mener jeg det er behov for å heve «forbedringsdialogen», både gjennom muntlige overbringelser i kombinasjon med skriftliggjøring av avvik. På denne måten ville kanskje de som melder avvik også føle at det eksisterer en mer konstruktiv dialog gjennom avviksprosedyren. Kommunikasjon fordrer en dialog begge veier, jeg mener den som rapporterer avvik, også må ta ansvar for å starte en muntlig dialog til lederen. På denne måten kan eventuelle feiltolkninger oppklares og kontekst kan redegjøres for.

Studiet til Wagner et.al (2013) har sett på hvordan sykepleiere fra ulike sykehjem i Canada ville rapportere avvik. Sykepleiere med mest utdannelse hadde best forutsetninger til for å avsløre og forbedre pasientsikkerheten gjennom avviksprosedyren. Larsen (2011) og Orvik (2013) mener gode avviksmeldinger fordrer organisatorisk kompetanse. Ledere i denne studien sier at avviksmeldinger i høyeste grad behøver kunnskaper. De kan se en forskjell på

hvordan meldingen ble rapportert, gjennom argumentasjon og tiltak på forbedringer. Ledere i min studie sier ikke at de mottar flest meldinger fra pleiere med høyst kompetanse, men viktige og avgjørende meldinger blir rapportert av dem. Disse meldingene blir sjelden skriftliggjort i avdelingen. Det kan tenkes at «garvede» sykepleiere har forutsetninger til å forstå hva en potensiell situasjon i avdelingen kan medføre, gjennom deres opparbeidede erfaringsbasert kompetanse. Gjennom denne kompetansen har de forutsetninger til å forstå, hva som står på spill i en organisatorisk sammenheng, og hvilke konsekvenser dette har for pasientene.

På bakgrunn av studiens funn foreslår også jeg at organisatorisk kompetanse implementeres i sykepleieres grunnutdanning, som et viktig element for å rapportere det som ledere oppfatter som nyttige og «gode» avvik. Og at lederen og personalet i avdelingen hever forbedringsdialogen ved både muntlig og skriftlig ansvarliggjøring av problemet i avdelingen. Ledere må gå frem som et aktivt eksempel på å selv også rapportere avvik – også gjennom egne faglige avviksmeldinger.

## **5.2 Moralsk ansvar for pasienten og kollegialt samarbeid**

I dag skal, og er pleiepersonalet juridisk ansvarlig, for å utføre en selvkontrollering av kvaliteten i lokale behandlingskontekster. Jeg mener dette byr på problemer. Ledere viser at det er en faktor tilknyttet denne selvkontrolleringen, som kan hindre og forstyrrer en konstruktiv forståelse av meldesystemet insentiver, og som kan bidra til en underrapporteringskultur. Mitt studie viser at ledere erfarer at pleiere forstår meldesystemet som et «angivelses-system». Dette står i tråd med flere andre studier (Moumtzoglou, 2010; Chan et. Al, 2013; Larsen, 2011; Vågen, 2009; Kim et.al. 2010; Alsvik, 2009). Ledere i denne studien viser at det ikke er automatikk i at pleiere skriftliggjør avvik tilknyttet etiske og moralske problemstillinger, som går på medkollegaers holdninger, eller utførelse av synlige feil i avdelingen. Dette forteller meg at pleiere ivaretar kollegiale relasjoner og det moralske ansvaret ovenfor hverandre, før pasientansvaret. Dette står i tråd med Vågen (2009) og Olsvold (2011) funn. Dette bidrar trolig til etiske og moralske problemstillinger for den enkelte pleier for hvordan en velger å handle i den enkelte situasjon. Larsen (2011) funn viser også til at sykepleiere opplever at det kan være krevende å melde avvik på kollegaer. Med andre ord kan en forståelse av å «angi» noen og rette fokus på «syndebukken» ha konsekvenser for pasientens sikkerhet, om en unnlater å rapportere hendelser, men også en ansvarsfraskrivelse fra det juridiske lovverk personalet er pålagt å følge i det lokale meldesystemet.

Alsvik (2010) foreslår det kan være et poeng med anonyme meldesystemer slik som også flere andre studier (Moumtzoglou, 2010; Chan et. Al, 2013; Larsen, 2011; Vågen, 2009; Kim et.al. 2010.) Det bør etterstrebes en kultur som er fri for sanksjoner og straff. For å være tilstrekkelig i stand til å ta hånd om pasientens sikkerhet fordrer dette et kooperativt og synergisk samarbeid «ute» i avdelingen. Dette fordrer gode relasjoner til hverandre. Mine funn tyder på at skriftliggjøring av avvik på hverandres arbeid kan bidra til at man unnlater å melde i fra om hendelser. Og at avviksprosedyren er problematisk for pleiere i spørsmålet om pasientsikkerhet og kvalitet på pleietilbud. Jeg mener dette er uforsvarlig praksis ovenfor pasientene. Larsen (2011) og Vågen (2009) peker på at ledere er grunnlaget for godt arbeidsmiljø og trygghet i at det er greit å rapportere avvik. I følge Pfeiffer (2002) handler lederens «integrator» rolle om å skape velfungerende sosiale prosesser innad i pleieteamet. Og jeg mener lederen i denne sammenheng bør ta opp denne moralske problemstillingen tilknyttet avviksrapportering med sitt pleiepersonale. Det kan være vanskelig for lederen å få gjort noe med dårlig kvalitet på pleieres holdninger, eller faglig utøvelse, om pleierne unnlater å melde viktige avvik.

Hjort (2007) mener det årlig forekommer omlag 4000 uheldige hendelser i sykehus, og at det trolig underrapporteres hendelser. Larsen (2011) funn tyder på at sykepleiere som rapporterer avvik i lav grad melder og tar ansvar for pasienters langsiktige sikkerhet i norske sykehus. I hovedsak rapporteres hendelser tilknyttet pasientens behandling, og det foreligger mørketall i generell sykepleie og etiske dilemmaer. Mitt studie antyder at pleiere i høy grad melder, og tar ansvar for å rapportere avvik på faktorer for å være i stand til å ta vare på pasientens sikkerhet. Men de knytter ikke disse hendelsene opp mot konsekvenser for pasientene. Det kan være en forklaring på hvorfor sykepleiere i Larsen (2011) sitt studie ikke sier at de melder avvik på generell sykepleie. Slik jeg ser det, er forebyggende arbeid rettet mot grunnleggende sykepleie. Pleiere skal sikre seg at det som potensielt sett kan skje pasientene, ikke utspiller seg. Annet mener jeg er faglig uforsvarlig. Denne studien bekrefter Larsen (ibid.) funn om at pleiere i lav grad tar ansvar for å melde etiske og moralske dilemmaer tilknyttet sine kollegaer. Jeg mener derfor denne studien viser at avviksregistrering kan være problematisk for de som skal rapportere avvik, og at dette kan bidra til underrapporteringer. Alsvik (2010) mener rapporteringskulturen i norske sykehjem bør sees nærmere på. Jeg støtter meg til Alsviks (ibid.) konklusjon på bakgrunn av dette studiets funn.

### 5.3 Bemanning, tid og oppmerksomhet

Materialet i denne studien viser at ledere ser at pasienters psykososiale behov og omsorg som omhandler nærhet, sosialt samspill og gode relasjoner ikke er ivaretatt på sykehjem. Jeg mener dette har betydning for hvordan eldre mennesker er i stand til å mestre egen situasjon, og for hvilken livskvalitet de har på institusjoner som sykehjem. Sett fra et holistisk og et sykepleiefaglig perspektiv er pasienters psykososiale behov like viktige å dekke som pasienters fysiologiske. Ledere i denne studien viser at pasientenes omsorgsbehov utover de grunnleggende fysiologiske behov er vanskelig å dekke. Dette er knyttet til tre faktorer lav bemanning, liten tid og manglende oppmerksomhet tilknyttet til omsorgsarbeidet. Dette arbeidet fordrer tilstrekkelig tid, nærværenhet og bevissthet. Det kan se ut til hverken sykepleiere, ledere eller organisasjonen blir kontrollert eller stilt til ansvar for viktig omsorgsarbeid til pasienter i sykehjem.

Omsorgsarbeid er vanskelig å måle, og det som ikke lett lar seg måle, kan en miste fokus på. Dette var Torunn Hamrans bekymring tidlig på 90- tallet da NPM ble innført. Når «normen» på sykehjem er at man ikke skal melde avvik på pasientens omsorg, mener jeg studien viser at omsorg er skilt ut fra sykepleieres bevissthet, noe som står i tråd med Olsvold (2011) funn i sykehus. Det kan likevel tenkes at pleiere ser at de ikke er i stand til å ivareta dette arbeidet på grunn av lav bemanning og for liten tid til individuell sykepleie til den enkelte pasient, men de kamufleres gjennom det ledere kaller for «mindre gode» meldinger. De rapporterer ofte til ledere at det er behov for flere hender i pleien, men ledere kan ikke nyttiggjøre seg av disse avviksmeldinger. Med andre ord fremmes ikke problemet heller gjennom avvikssystemet Kvalitetssikring mener Hamran (1992) skal knyttes opp mot sykepleierens verdiprinsipper, av faglig, etiske og moralsk art. Det må tydeliggjøres, fremmes og artikuleres – også gjennom den skriftlige avviksprosedyren. Det må dokumenteres. Eli Gunhild By fra Norsk sykepleieforbund (NSF, 2014) etterlyser diskusjon tilknyttet dagens avvikssystemer i kommunehelsetjenesten. Hun stiller spørsmål om dagens system er tilfredsstillende nok, i forhold til spørsmålet om å oppnå kvalitet på pleietilbud. Ved å se på funnene til denne studien vil jeg påstå at det ikke er det, og vil jeg si at det er problematisk å heve faglig kvalitet gjennom avviksprosedyren. Det får trolig konsekvenser for eldres kvalitet pleietilbud og for deres sikkerhet på sykehjem. Studiens funn viser at lav bemanningsnorm og tilstrekkelig med tid til pasientene, er vesentlig for å ta hånd om dem, men dette er et problematisk spørsmål å fremme. Og står i tråd med de nasjonale bekymringer som Pleie- omsorgs og eldre ombuders årsmelding (2013,2014) fremviser tilknyttet bekymring på kvaliteten på pleietilbud i norske

sykehjem. På bakgrunn av denne studiens funn vil jeg derfor rette oppmerksomhet mot, og diskusjon for hva god sykepleiefaglig kvalitet er i norske sykehjem.

#### **5.4 Lederens ansvar på sykehjem**

Materialet i denne studien viser at ledere er opptatte av å ha «gode avdelinger», og at pasientene skal ha det godt. De ønsker alle å være gode forbilder i mål om å skape høy og god rapporteringskultur i avdelingen, slik som også ledere i studiet til Vågen (2009). Slik jeg ser mitt materiale viser ledere at de selv mottar mange meldinger, men skriver i lav grad avvik selv på forhold de ønsker forbedre. Det ledere viser at de gjør for å være gode forbilder er at de sier at alle avvik kan meldes, og at det skal være greit å melde og si ifra. De viser i lav grad hvordan «gode» avviksmeldinger bør utformes, og praktisk skriftliggjøres. Lederne i denne studien var godt voksne mennesker, og hadde alle lang fartstid som sykepleiere og ledere. Jeg vil anta at de også kan betegnes som «garvede» sykepleiere. Slik jeg ser dette og mine funn melder ledere selv få avvik, dette på tross av at de kan melde på lik linje som personalet i avdelingen. Mine funn viser at en leder bevisst *ikke* benyttet seg av avviksprosedyren, begrunnet i at hun selv ikke trodde en skriftliggjøring av uforsvarlig situasjon i avdelingen tilknyttet bemanningsspørsmål ville løse problemet. For mitt vedkommende sier dette at lederen ser at det kan være problematisk å løse faglige bemanningsspørsmål på sykehjem, og at dette kan være en trolig årsak til at ledere ikke selv melder avvik. Eller at de selv ikke anser det som sitt ansvar å rapportere avvik i det daglig.

Innledningsvis har jeg redegjort for hvilket ansvar ledere har. De har skal utfylle en administrativ og et faglig ansvar i avdelingen. Pfeiffer (2002) mener et godt lederskap må romme fire roller, produsentrollen-, administrator, entreprenør, og integratrorollen. Produsentrollen handler om å produsere synlige sykepleiefaglige resultater for pleien, noe som fordrer at en kjenner sitt spesifikke fagfelt. Den andre rollen der lederen må administrere systemet, det vil si planlegge og koordinere arbeidsoppgaver, og sørge for hensiktsmessige regler i avdelingen og kontrollere dets resultater. Slik jeg ser det ivaretar ledere i denne studien i høy grad den administrative rollen i sykehjem, og det Pfeiffer (ibid.) kaller for faglig produsent rolle ikke er like tilstrekkelig ivaretatt. De fastsetter i lav grad sykepleiefaglige kvalitetsmål i avdelingen for hva god sykepleie er, og hva det bør romme. Ledere viser at de i lav grad er vant til å artikulere og begrepsfeste hvordan de kan kontrollere egen faglig kvalitet i avdelingen. Forklaringen på dette, kan forklares og tyde på at de ikke blir ansvarliggjort for denne rollen i avdelingen, verken fra egen ledelse, eller fra eget personale. Jeg mener derfor at pleiere på sykehjem i høyere grad må fremme faglige refleksjoner inn i avviksmeldinger, og



fremme faglig forsvarlige praksiser ovenfor pasientene. Pleie må mot til å kreve en faglig ansvarlig leder i avdelingen.

Ved å se på studiens funn vil jeg si at ledere i lav grad påser at pleietilbud, eller avviksprosedyren, følger juridiske formaliteter. De er alle usikre på lovverket avviksregistrering bygger på, og hvilke lovverk de skal følge opp tilknyttet pasientene. I spørsmålet om kvalitet og forsvarlige praksiser på sykehjem, nevner bare en informant kvalitetsforskriften. Denne forskriften var den eneste hun aktivt benyttet seg av. Dette sier meg at ledere i lav grad implementerer og jobber etter statlige kvalitetsmål i avdelingen. Ingen av lederne i denne studien viser at pleiere melder inn avvik på brudd av lovverk eller forskrifter. Og når ledere i lav grad benytter seg av, eller forstår avvik gjennom juridiske lovverk og kvalitetsmål, mener jeg dette har sine konsekvenser. Ledere vet ikke hva pasientene har krav på og hvilke verdimål som skal oppfylles fra statlig hold. Når lederen ikke henviser til lovverk i avvik de rapporterer videre i kommunehierarkiet, ansvarliggjør de heller ikke ledelse eller kommunen som virksomhet på den kvalitet som blir utøvet. Dette mener jeg kan tyde på at kommunens internkontroll i lav grad er et tilstrekkelig virkemiddel til å sikre at lovverk blir fulgt slik det er i dag. At ledere ikke kjenner til lovverk og ikke jobber aktivt etter dem, kan tyde på at det i lav grad utføres ekstern kontroll på sykehjemmene og lederes arbeid i det interne kontrollsystemet. Helsetilsynet, fylkesmann og fylkeslege som skal påse at sykehjem og ledere i kommune jobber i tråd med lovverket. Slik jeg tyder dette kan dette vise at det i høyere grad bør utføres mer ekstern kontroll på pleie- og omsorgstilbudene som blir utøvet på sykehjem. Dette kan bidra til å fremme at kommuner i høyere grad blir ansvarliggjort for å kjenne til, og jobbe etter lovverket de er pliktig å følge.

Ved å se på funn i denne studien mener jeg det er to hovedområder som er problematisk å melde avvik på. Bemanningsspørsmål og faglige avviksmeldinger får ikke rom i avviksrapportering. Slik jeg ser dette, er det problematisk å få gehør for disse spørsmålene. Ledere viser at viktige faktorer for å være tilstrekkelig i stand til å ivareta pasientene på sykehjem er tilstrekkelig med bemanning og tid til pasientene. Jeg mener pleiere i høy grad rapporterer avvik på dette feltet, men normen om at dette må ha synlige konsekvenser, bidrar til at bemanningsspørsmål et vanskelig å fremme. Dette kan tyde på at det er budsjettpostene som har overordnet fokus i avdelingen, og langt fra spørsmålet om kvalitet, men et minimumsmål i avdelingene. Når ledere selv rapporterer avviksmeldinger videre som omhandler uforsvarlige forhold eller kvalitet på pleietilbud sier de at ikke får tilstrekkelig med svar på sine avviksmeldinger. Dette gjenspeiler samme problematikk som det sykepleiere

fremviser i Roald (2013) og Larsen (2011) og Vågen (2009) sine studier. Jeg mener det viser at ledere ikke heller opplever den dialog de ønsker i meldesystemet, tilknyttet hendelser de selv opplever som viktige hendelser å få «gjort» noe med. Ledere viser at uforsvarlige forhold i avdelingen med avviksmeldinger spissen for å heve kvaliteten i avdelingene, er problematisk for ledere. Normen ledere benytter seg av er at alt skal løses på «lavest mulige nivå» i kommunemodellen, noe jeg mener hemmer lederens handlingsalternativer. Vågen (2009) fremviser at ledere har forskjellig måte å gå inn i avvikshåndteringen på. Ledere i denne studien viser at lokal kunnskap og alternative handlinger utenom avviksprosedyren, kan bidra til løsninger på problemene.

Avviksprosedyren ble innført for å påse god kvalitet på pleietilbud. Ved å se på dette studiets funn, der normen er at man ikke skal melde avvik på pasientens omsorg, og at det er problematisk å fremme faglige avviksmeldinger, og bemanningsspørsmål – mener jeg at avviksprosedyren ikke er et godt verktøy for å fremme pasienters kvalitet og sikkerhet på pleietilbud. Dette kan tyde på at NPM som mistro til profesjoners faglige kvalitet, selvstendighet og ansvarlighet fører til problemer for sykepleiere i praksis. Slik jeg ser dette bidrar dette til et krysspress for pleiere i det daglige for å være i stand til å ta hånd om pasientenes sikkerhet. De melder avvik på dette, gjennom arbeidsbelastning og bemanningsspørsmål, som de ikke klarer synliggjøre viktige og faglige konsekvenser av. I årsmeldingen (2013:19) til pleie, omsorg - og eldreombudet i Oslo retter de bekymring mot kvaliteten på pleietilbud i norske sykehjem. Dette knytter de til lav bemanningsnorm og antall fagutdannede i sykehjem. Internasjonale studier peker også bekymringer tilknyttet pasienters kvalitet på pleietilbud (Kohn. et.al. 2000; Castle et. al. 2010). Jeg mener denne studien kan vise at det er behov for å se nærmere på pasientsikkerheten i norske sykehjem, slik som også Hjort (2007) fremhever.

## **5.5 Tiltak for å fremme pasienters sikkerhet og kvalitet på pleietilbud**

### **5.5.1 Sykepleiere og utdanning**

Pleiepraxis rommer utvilsomt mange ulike situasjoner som en ikke kan forberede nyutdannede sykepleiere på. Gapet mellom den en lærer i sykepleieutdanningen, og hvordan praksis faktisk er, kan bidra til et realitetssjokk for nyutdannet sykepleiere. I spørsmålet om

god sykepleiefaglig kvalitet lærer en på utdanningen hva som rommer den «gode» handling. Også hva som ikke er «godt» tilknyttet pasientene. Jeg mener utdanningen i lav grad ivaretar og fremviser refleksjon, for hva som ligger i området mellom dette, og hva som er akseptabel praksis. Den enkelte student blir i lav grad ansvarliggjort for å reflektere over hva som er faglig forsvarlig og akseptabel praksis. Avviksprosedyren blir nevnt underveis i utdanningen, men en får ikke trening på hvordan en praktisk skal utføre dette arbeidet. Orvik (2004) og Larsen (2011) mener organisatorisk kompetanse er en forutsetning for å forstå hva som står på spill i en organisatorisk sammenheng. Og jeg vil si at dette er en forutsetning for å rapportere «gode» avvik, og jeg mener denne kompetansen bør sykepleieutdanningen prioritere inn i utdanningsplanen til sykepleiere. Jeg vil tro det er av interesse at nyutdannede ikke bare skal kunne vite noe om hva sykepleiefaglig kvalitet er, men også hvordan man kan fremme dette i praksis.

Sykepleiere i Larsens (2011) og Roalds (2013) sine studier sier at de ikke får tilbakemeldinger på sine avviksmeldinger. Jeg mener den som melder avvik har krav på tilbakemeldinger på sine rapporterte avvik, og innsyn i saken. Om sykepleieren ikke ser at nødvendige tiltak er iverksatt, eller at saken er løst gjennom avviksmeldinger, mener jeg at de selv har et ansvar for å følge opp saken de rapporterte. Får en ikke svar hos nærmeste leder kan en fremme spørsmålet til neste ledd i kommunehierakiet. Jeg mener et konkret tiltak for å fremme den enkelte sak, er å selv ta ansvar med å starte en muntlig dialog med ledere. En trenger ikke vente på at lederen skal gjøre dette.

I følge ledere melder garvede sykepleiere «ode» avvik. Disse personene kan være gode rollemodeller for sine kollegaer, og kan ta ansvar med å lære nyutdannede hvordan de reflekterer, og utformer gode avviksmeldinger.

### **5.5.2 Avdelingsledere og arbeidssted**

Lederen er limet i avdelingen og skal påse at pleietilbudene er av god karakter, noe jeg mener fordrer et godt fellesskap og samarbeid med personalet. Håndteringen av rapporterte avvik er lederens ansvarsområde, men jeg mener dette arbeidet i høyere grad kan synliggjøres og fremmes, ved å kontinuerlig gjennomgå avvik sammen med personalet. Med avsatt tid kan en sammen reflektere, diskutere hendelser, utveksle erfaringer, og i forlengelsen av dette, samarbeide om kvaliteten i avdelingen. På denne måten kan en sammen styrke kvalitetsarbeidet og understøtte lederens oppfølging av avviksmeldinger. Om personalet ikke når frem med sine avviksmeldinger på høyere plan i kommunehierarkiet, eksempelvis

tilknyttet bemanningsspørsmål, kan de også sammen forsøke synliggjøre problemene oppover i systemet. Det er jo ofte slik at samarbeid, og jo flere mennesker som står samlet om noe, jo mindre belastende oppleves det å kjempe alene for hva en mener er faglig uforsvarlig praksis.

Et annet tiltak for at pleiere skal melde «gode» avvik, er at lederen og eller arbeidsstedet, tilrettelegger, og igangsetter intern opplæring tilknyttet avviksproseduren. Dette gjennom hvordan «gode» avvik skal utformes, og hvordan faglig kvalitet kan fremmes gjennom dem. Det bør også tilstrebes refleksjonstid for å reflektere over hva god sykepleiefaglig praksis er og hva dette bør romme i eget arbeidsfelt. Da ledere ofte har travle arbeidsdager, og denne studien viser at lederes rolle i høy grad retter seg mot den administrative ansvaret, kan det være et behov for å fremme betydningen av fagutviklings sykepleieres rolle i sykehjem. Pfeiffer (ibid.) mener rollen som entreprenør handler om å være nyskapende for hvordan en kan organisere og videreutvikle god sykepleie på. Jeg mener denne rollen kan være vanskelig å realisere mellom alle oppgaver som lederen i dag må ta ansvar for. En fagutviklings sykepleier kan bidra til understøtte lederens faglige arbeid, men kan derfor også være et viktig element for å stimulere til refleksjon, fagutvikling og oppmerksomhet tilknyttet viktig omsorgsarbeid – på det enkelte arbeidssted.

### **5.5.3 Staten**

Avvik som begrep tilknyttet sykepleiefaglig kvalitet har ikke hatt tradisjon i pleie og omsorgsyrket. Ledere selv er ikke fortrolig med begrepet avvik tilknyttet «forbedringssystemet», og de tror ei heller de som melder er det. Med et blikk på at personalet kan oppleve systemet som et «angi system», mener jeg at det er på tide med en diskusjon for å se på om kanskje kan bytte begreper som passer pleiekulturen bedre. Dette kan være et tiltak til å fremme pleieres forståelse av avvikssystemet. Og at en det kanskje ikke oppleves så problematisk å få et avvik «på seg», men kanskje heller en konstruktiv påminnelsesmelding.

Med et henblikk på at ledere i lav grad kjenner til lovverk mener jeg at staten i større grad bør ansvarliggjøre kommunehelsetjenesten som virksomhet, og ledere til å gjøre seg kjent med lovverket, og benytte seg aktivt av dem. På bakgrunn av studiens funn mener jeg at det også er av betydning at eksterne kontroller i høyere grad blir innført i norske sykehjem. Det bør sees nærmere på hvordan internkontrollsystemet utøves i praksis i de enkelte kommuner, og de ulike virksomheter – og hvordan kvalitet og pasientsikkerhet er på norske sykehjem.

## 5.6 Oppsummering

Studiens funn viser at ledere i utgangspunktet forstår avvik etter en standardisert norm i avdelingen, men viser at det de gjør er å behandle dem gjennom hendelsens kontekst, og alvorlighetsgrad. Dette bidrar til at pleiere i høy grad fremmer sine avviksmeldinger gjennom «synlige konsekvenser» og ikke fremmer det som var avvikende i den konkrete situasjonen. Gode avviksmeldinger fordrer faglige kunnskaper, refleksjon, oppmerksomhet, organisatorisk kompetanse og nok tid til å skiftliggjøre avvik. Jeg mener dette viser at det kanskje er behov for å heve «forbedringsdialogen», både gjennom muntlige overbringelser og skriftliggjøring av avvik. På denne måten ville kanskje den som melder avvik, føle at det eksisterer en felles dialog om kvalitet og pasientsikkerhet i avdelingen.

Slik jeg ser mine funn, tyder de på at ledere i lav grad ivaretar avvik basert på faktorer for at pleiere er i stand til å ta ansvar for pasienters sikkerhet i sykehjem. Dette gjelder bemanningsspørsmål, organiseringen av arbeidet og «trykket» i avdelingen. Ledere melder i lav grad eller ingen avvik selv, og studiens funn viser at det er vanskelig å fremme uforsvarlige forhold i avdelingen basert på avviksprosedyren. Ledere viser at pasientenes omsorgsbehov utover de grunnleggende fysiologiske behov er vanskelig å dekke. For normen på sykehjem er at man ikke skal melde avvik på pasientenes omsorgsbehov. Dette er knyttet til tre faktorer; for lav bemanning, liten tid og manglende oppmerksomhet. Hverken sykepleiere, ledere eller organisasjonen blir kontrollert eller stilt til ansvar for dette. Jeg mener derfor på dette grunnlag at ekstern kontroll i større grad bør fremmes i sykehjem. Rapporteringskulturen bør også i større grad utforskes da pleiere forstår avvikssystemet som et angi system, da ledere tror at de verner om kollegiale relasjoner, før pasientansvaret.

Slik jeg ser det ivaretar ledere i denne studien i høy grad den administrative rollen i sykehjem, og det Pfeiffer (ibid.) kaller for faglig produsent rolle ikke er like tilstrekkelig ivaretatt. De fastsetter i lav grad sykepleiefaglige kvalitetsmål i avdelingen for hva god sykepleie er, og hva det bør romme. Ledere viser at de i lav grad er vant til å artikulere og begrepsfeste hvordan de kan kontrollere egen faglig kvalitet i avdelingen. Forklaringen på dette, kan forklares og tyde på at de ikke blir ansvarliggjort for denne rollen i avdelingen. Hverken fra egen ledelse, eller fra eget personale. Jeg mener derfor at pleiere på sykehjem i høyere grad må fremme faglige refleksjoner inn i avviksmeldinger, og fremme eget faglig ansvar ovenfor leder i egen avdeling. Ledere og personalet i avdelingen må gå sammen for å fremvise uforsvarlige forhold i sykehjem oppover i avvikssystemet. Og ikke la meldingene «hope» seg opp i meldesystemet.

Ved å se på studiens funn vil jeg si at ledere i lav grad påser at pleietilbud, eller avviksprosedyren, følger juridiske formaliteter. De er alle usikre på lovverket avviksregistrering bygger på, og hvilke lovverk de skal følge opp tilknyttet pasientene. I spørsmålet om kvalitet på sykehjem, mener jeg dette er en forutsetning å kjenne til og jobbe etter lovverket.

Avviksprosedyren ble innført for å påse god kvalitet på pleietilbud. Ved å se på dette studiets funn, der normen er at man ikke skal melde avvik på pasientens omsorg, og at det er problematisk å fremme faglige avviksmeldinger, og bemanningsspørsmål – mener jeg at avviksprosedyren ikke er et godt verktøy for å fremme pasienters kvalitet og sikkerhet på pleietilbud. Dette kan tyde på at NPM som mistro til profesjoners faglige kvalitet, selvstendighet og ansvarlighet fører til problemer for sykepleiere i praksis, når løsningen er at kvalitetssikring skal erstatte tro på faglighet og skjønn. Slik jeg ser dette bidrar dette til et krysspress for pleiere i det daglige for å være i stand til å ta hånd om pasientenes sikkerhet. De melder avvik på dette, gjennom arbeidsbelastning og bemanningsspørsmål, som de ikke klarer synliggjøre viktige og faglige konsekvenser av.

## **6 AVSLUTNING**

Avviksregistreringen kom som tidligere beskrevet i kjølvannet av NPM, med en økonomisk tankegang som bakteppe. I høyrisiko arbeid som kjernekraft, luftfart og oljebransje har de hatt lang tradisjon og implementerte avvikssystem. Slike meldesystem har vært en fremmed tradisjon for et yrke som handler om pleie og omsorg. Avvikssystemets overordnede formål er å påse at pasientforløp er preget av kvalitet og pasientsikkerhet. Hjort (2007) mener en god sikkerhets - og rapporteringskultur kan ta tid, og må bygge på en felles visjon innad helseorganisasjonene. Dette fordrer god ledelse, ledere og gode forbilder (ibid.). Lederens rolle innehar et administrativt og et faglig ansvar i avdelingene. Denne personen er den første som mottar avviksmeldinger, og hvordan ledere forstår dem, spiller en avgjørende rolle for utfallet de får for pasientene.

Ved å se på denne studiens funn viser ledere at avviksregistrering kan være problematisk for å fremme faktorer for at pleiere kan være i stand til å ta hånd om pasientenes sikkerhet i sykehjem. Hendelser som ikke er gitt en løsning på problemet kan se ut til å «hope» seg opp i meldesystemet, der normen om at synlige konsekvenser har forrang foran faglige, etiske, moralske, skjønnsmessige vurderinger. Dette fører til at man ikke skal melde avvik basert på

pasientenes omsorgsbehov. Hvilket har konsekvenser for spørsmålet om kvalitet og pasientsikkerhet i sykehjem kan heves basert på avviksprosedyren.

Min forforståelse var at kommuner utfører avviksregistrering på ulike måter, hvilket jeg har fått bekreftet gjennom denne studien. Ved å se på ledernes forståelse av avvikshåndtering gjennom studiens funn viser de at de forstår avvik overordnet likt, der avvik skal meldes etter en standardisering i avdelingen. Ved studiestart kunne ikke jeg forstå hvorfor ledere handlet så ulikt. Jeg forstår nå at avviksregistrering baserer seg på skjønnsmessige vurderinger og ikke er gitt en løsning på det saken gjelder. En forutsetning for at ledere skal forstå avvik er «gode» avviksmeldinger. Dette fordrer faglige kunnskaper og oppmerksomhet, organisatorisk kompetanse og artikulasjon til å skriftliggjøre disse meldingene. Trolig også muntlig dialog og samarbeid for å sammen løse problemer i avdelingen. Denne studien har gitt meg ny innsikt, nye perspektiver og kunnskaper. Jeg håper den også kan være et bidrag til å forstå hvor viktig det er å rapportere avvik, men også behandle dem.

### **Forslag på videre studier**

Denne studien har sett på lederens forståelse av avvik og hva de gjør tilknyttet dem. Tidligere studier har sett på sykepleierens forståelse av temaet. Både ledere og sykepleiere anser avviksprosedyren som en «forbedringsmelding». Sykepleiere som rapporterer avvik mener meldesystemet baserer seg på monolog, og at de ikke mottar tilstrekkelig med tilbakemeldinger på hvilke tiltak forbedringsmeldingen førte til. Lederen mener derimot at de ikke mottar tilstrekkelig med «gode» avviksmeldinger. Det ville i denne sammenheng vært interessant å utføre et fokusgruppeintervju med ledere og sykepleiere sammen. Dette for å se nærmere på den muntlige forbedringsdialogen dem imellom ved å sette dem inn i ulike caser. Hensikten med et slikt studie kunne vært å undersøke om det er forskjeller mellom den muntlige og den skriftlige «forbedringsdialogen», og hvordan dette kan spille inn på tiltak tilknyttet pasientens sikkerhet, og kvalitet på pleietilbud. Det ville også vært spennende å med et direkte observasjonsstudie over tid som utforsket hva ledere og sykepleiere tar ansvar for og ei gjennom arbeidsdagen og avviksprosedyren. Det ville også vært interessant å sett nærmere på hvordan ledere høyere opp i kommunehierarkiet forstår avvik, og hva de gjør når de behandler dem. Jeg mener denne studien viser at det er behov for mer forskning for hvordan pasienters sikkerhet og kvalitet på pleietilbud fremmes gjennom avviksprosedyren ved å se nærmere på registrerte og ferdigbehandlede avviksmeldinger. Dette mener jeg kan utføres gjennom en tekstanalyse. Et intervensjonsstudie ville kunne si noe om effekten

organisatorisk kompetanse eller økt oppmerksomhet på faglighet ville hatt innvirket på avviksprosedyren.

## LITTERATURLISTE

Alacàntara, A.D., Quirós V.S, Arranz, A.T (2014). «PS-013 Analysis of polymedicated elderly patients admitted with drug toxicity.» *Eur J Hosp Pharm* 2014;21:A148  
DOI:10.1136/ejhpharm-2013-000436.364.

Alsvik, J.G. (2010) *Uønskede hendelser i kommunale sykehjem*. Masteroppgave i helse- og sosialfag. Universitetet i Stavanger.

Bergeland, Å. og Moser, I. (2013) *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm.

Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2012) *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Busch, T. (2013): *Akademisk skriving. For bachelor- og masterstudenter*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Castle, N.G, Wagner L.M, Ferguson J.C, Handler S.M (2010). Nursing Home Deficiency Citations for Safety. *Journal of Aging & Social Policy*, 23 (1), side 34 - 67.

Crespin, D.J, Modi A.V, Wei D, Williams C.E, Greene S.B, Pierson S, Hansen R.A. (2010) Repeat medication errors in nursing homes: Contributing factors and their association with patient harm. *American Journal Geriatric Pharmacother*, 8 (3), Side 258 – 270.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



Greene, S.B, Williams C.E, Pierson S, Hansen R.A, Carey T.S (2010). Medication error reporting in nursing homes: identifying targets for patient safety improvement. *BMJ Quality & safety*, 2010 (19) Side 218-222

Greene, S.B, Williams C.E, Pierson S, Hansen R.A, Carey T.S (2011). Online medication error graphic reports: a pilot in North Carolina nursing homes. *Journal Patient Safety*, 7 (2), Side 92 -98.

Hamran, T.(1991) *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal

Hansen, R.A, Cornell P.Y, Ryan P.B, Williams C.E, Pierson S, Greene S.B. (2010) *Patterns in nursing home medication errors: disproportionality analysis as a novel method to identify quality improvement opportunities*. Pubmed online: *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 Oct;19(10):1087-94. DOI: 10.1002/pds.2024. (Hentet: 28. September 2014)

Helse- sosial og eldreombudet i Oslo. (2014) *Årsmelding 2013*. Oslo. Tilgjengelig fra: <http://www.ombudet.oslo.kommune.no/getfile.php/Helse-%20og%20sosialombudet%20i%20Oslo%20%28OMB%29/Internett%20%28OMB%29/Dokumenter/%C3%85rsmeldinger/A%CC%8Arsmelding%202013%20elektronisk%20versjon.pdf> (Hentet 26. September 2014)

Helse- sosial og eldreombudene i Norge (2014). *Årsmelding 2013*. Tilgjengelig fra: <http://www.ombudet.oslo.kommune.no/getfile.php/Helse-%20og%20sosialombudet%20i%20Oslo%20%28OMB%29/Internett%20%28OMB%29/Dokumenter/%C3%85rsmeldinger/POBO%20Felles%20a%CC%8Arsmelding%202013.pdf> (Hentet 26. September 2014).

Helse – og omsorgsdepartementet. *Lov av Kommunale Helse- og Omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.2011 nr.30*. Oslo. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov+om+kommunale+helse+og> (Hentet: 26. september 2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonell loven) av 02.07.1999 nr.64*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov+om+kommunale+helse+og> (Hentet: 26. september 2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om pasient – og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) av 02.07.1999 nr. 63*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov+om+pasient+og+brukerrettigheter> (Hentet: 26. september 2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. 11.82 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. av 26.07.03 nr. 792 (Kvalitet for pleie og omsorgstjenestene)*. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften> (Hentet: 26. september 2014)

Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten 20.12.02 nr. 1731 (internkontrollforskrift i helsetjenesten)*. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731?q=Forskrift+om+internkontroll+i+helse-> Lovdata. (Hentet: 26. September 2014)

Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. av 30.03.84 nr.15 § 3 (Helsetilsynsloven)*. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15?q=Lov+om+statlig+tilsyn+med> (Hentet: 26. September 2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025> (Hentet: 26. September 2014).

Hjort, P.F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære-, tenke-, og faktabok*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engebretsen, E., Heggen, K. (2012) *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kim, K. S., Kwon, S.-H., Kim, J.A. and Cho, S. (2011) Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. *Journal of Nursing Management*, 19: 346–353. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01249.x

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

Larsen, L.S. (2011) *Avviksregistreringens betydning for god sykepleie*. Mastergradsavhandling i helsefag. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Lian, O.S. (2003) *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Moumtzoglou, A. (2010). Factors impeding nurses from reporting adverse events. *Journal of Nursing Management*, 18: 542–547. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01049.x Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01049.x/abstract;jsessionid=3000AF3D992791764449336F40832DB0.f04t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> (Hentet: 26. September 2014)

Nordtvedt, M.W. og Jamtvedt, G et.al (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. – En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske retningslinjer*. Oslo: NSF serien

Norsk sykepleieforbund (2014). Etterlyser konsekvenser ved brudd på lovverket. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-nyhet/1489844/etterlyser-konsekvenser-ved-brudd-paa-lovverket> (Hentet 28. September 2014).

Van Gaal, B.G., Schoonhoven L, Hulscher M. E, Mintjes J.A, Borm G.F, Koopermans R.T, Van Achterbert, T (2009). The design of the SAFE or SORRY? Study: a cluster randomised trial on the development and testing of an evidence based inpatient safety program for the

prevention of adverse events. *BMC Health services Research*, 2009 9:58.  
DOI:10.1186/1472-6963-9-58

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Ph.D avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 9. utg. Oslo: J.W Cappelen Forlag.

Pfeiffer, R. (2002) *Sykepleie og leder. Den administrative og den faglige sykepleieleders funksjon*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2008) *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Roald, A. (2013) *Sykepleierens forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus*. Mastergradsavhandling. Universitetet i Oslo.

Shmueli, T., Noy R.H, Natan M.B og Ben-Israel J. (2014) Reporting adverse events at geriatric facilities: categorization by type of adverse event and function of reporting personnel. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014;27 (2) Side 91-98. DOI: 10.1108/IJHCQA-05-2012-0052

Statistisk Sentralbyrå. Pleie- og omsorgstenester, 2013, førebelse tal. Stadig meir helsetenester i heimen. (2014) Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie> (Hentet: 28. September 2014).

Statistisk Sentralbyrå. (2013) Eldres bruk av helse og omsorgstjenester. Tilgjengelig fra: [http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/125965?\\_ts=13f8b5b6898](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898) (Hentet: 28. September 2014).

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke (Kap 1 s 11-30)

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, AS.

Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, AS. (Side 104 -161)


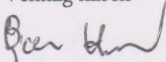
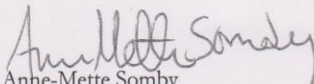
Vågen, S. R. (2009). Avdelingssykepleierens rolle er «nifst viktig». *Sykepleien tidsskrift*. DOI: 10.4220/sykepleienn.2009.0129.

Tilgjengelig fra: [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) (Hentet 26. September 2014).

Wagner, L.M, Harkness K, Hébert P.C, Gallagher T.H. (2013) Nurses' disclosure of error scenarios in nursing homes. *Nursing Outlook* 61, (1) Januar–Februar 2013, Side 43–50.

Wagner, L.M, Castle N.G, Handler S.M (2013) Use of HIT adverse event reporting in nursing homes: Barriers and facilitators. *Geriatric Nursing*, 34 (2) Mars – April 2013, Side: 112 -115.

**Vedlegg 1: Prosjektvurdering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).**

<b>Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS</b> NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES			
Lill Sverresdatter Larsen Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø MH-bygget 9037 TROMSØ		Harald Hårfagres gate 21 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: 06.09.2013	Vår ref:35319 / 3 / AMS	Deres dato:	Deres ref:
<b>TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER</b>			
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:			
35319	<i>Avviksregistreringens betydning for god sykepleie – leders perspektiv</i>		
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>		
Daglig ansvarlig	<i>Lill Sverresdatter Larsen</i>		
Student	<i>Ingvil Birkelund Andersen</i>		
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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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 <a href="http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html">http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html</a> . 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, <a href="http://pvo.nsd.no/prosjekt">http://pvo.nsd.no/prosjekt</a> .			
Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.			
Vennlig hilsen			
			
Bjørn Henrichsen		Anne-Mette Somby	



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35319

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes senest 20.05.2017 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Prosjektleder: [Handwritten Name]  
Personvernombudet: [Handwritten Name]

## Vedlegg 2: Intervjuguide

1. Kan du begynne med å si noe om din utdanning og hvor lenge du har vært leder ved denne avdelingen?
2. Hva tenkte du når du leste om temaet til dette prosjektet?
  - a. Hvorfor sa du ja?
3. Hva er god pleie og omsorg for deg som leder her?
  - a. Hvordan kommer dette til uttrykk i din avdeling?
  - b. Hvordan gjøres avvikshåndtering her?
    - i. Beskrive rutiner detaljert – hva skjer med avvikene som blir levert i systemet? Skriftlig, muntlig, oppbevaring, svar, hvor lang tid, hvem når de, hva skjer videre?
  - c. Er det noe lovverk, retningslinjer, rutiner eller liknende du arbeider etter når det kommer til avvikshåndtering?
    - i. Helse- og omsorgstjenesteloven
    - ii. Helsepersonell-loven
    - iii. Kvalitetsmål
    - iv. Serviceerklæringer
    - v. Visjoner
4. Har du eksempler på avvik som leveres til deg?
  - a. Hva gjorde du med disse avvikene?
  - b. Er det avvik du ikke kan gjøre noe med – hva gjør du med de videre?
  - c. Har du erfart å være usikker på om du burde varsle videre et innmeldt avvik?
    - i. Hva gjorde du med det?
  - d. Har du selv noen gang meldt avvik?
  - e. Hvilken opplæring har du som leder fått tilknyttet til avviksrapportering?
    - i. Trenger du noe mer opplæring tenker du?
  - f. Hvilken opplæring får ansatte på denne avdelingen tilknyttet avviksrapportering?
  - g. Forskjell mellom yrkesgrupper på hvilke avvik som leveres?
  - h. Sverresdatter Larsen viser i sin studie av 2011 at kvalitet i pleie og omsorgstjenester blir usynliggjort gjennom at kun avvik som angår medisinsk behandling og teknisk utstyr blir rapportert. Avvik som går på generell sykepleie blir ikke fremvist i avviksrapporter. (Vis gjerne frem illustrasjon i studien til forklaring) Hva tenker du om det?
5. I spesialisthelsetjenesten viser flere forskningsstudier store mørketall når det kommer til å rapportere skriftlig om feil/uønskede hendelser/avvik – hva tenker du om mørketall i kommuner slik som her?
  - a. Hva gjøres for å unngå mørketall
  - b. Hva er din rolle for å få frem meldekultur?
  - c. Er det noen negative aspekter med å melde avvik tenker du?
    - i. Økt byråkrati
    - ii. Utrygghet i staben, forsøk på å «ta hverandre»
    - iii. Varslere som begrep – hva tenker du om det?
6. Om du skulle kunne beskrive et perfekt system som fanger opp og gir hjelp til å rette opp feil og mangler i pleie- og omsorgstjenestene – hvordan tenker du det kunne fungere?

### **Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse (avdelingsledere)**

Til Avdelingsleder på sykehjem

#### **Forespørsel om deltagelse i studieprosjekt**

Tidligere forskningsstudier fra spesialisthelsetjenesten har vist store mørketall tilknyttet avviksrapporing. I kommunehelsetjenesten er det i mindre grad forsket på denne tematikken. I denne forbindelse skal jeg 2014/2015 foreta en forskningsstudie der jeg ønsker utforske hvordan avdelingsledere på sykehjem forstår avvik og hva de gjør i behandlingen av dem. Du blir forespurt om deltagelse fordi du har en rolle som avdelingsleder på sykehjem i kommunehelsetjenesten. Din deltagelse kan bidra til å fremme kunnskap om meldesystemet. På sikt kan dette bidra til å synliggjøre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten.

#### **Hva innebærer studien?**

Du mottar dette informasjonsbrev fra din leder som har samtykket til at jeg kan intervju noen av hans/hennes ansatte, og din deltagelse i studien om du selv ønsker dette. Dersom du selv samtykker til dette, gir du ditt samtykke ved å signere og returnere samtykkeskjema i vedlagt ferdig frankerte konvolutt. Din leder kan likevel ikke på noen måte få kjennskap til om du deltar. Dersom du ikke ønsker å delta i studien behøver du ikke gjøre noe. Du kan også ta direkte kontakt med meg om noe er uklart eller om du har spørsmål. Studien vil innebære individuelle intervju på ca. 1-2 timer der digital taleopptaker vil bli benyttet. Du kan uten å oppgi grunn trekke deg fra studien om du skulle ønske det. Med mindre materialet allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

#### **Mulige fordeler og ulemper ved deltagelse**

Deltakelse i denne studien vil kreve avsatt tid til individuelle intervju, men er ikke forventet å skape ubehag eller noen ekstra utgifter for deg. Din deltagelse i studien kan på sikt bidra til å videreutvikle hensiktsmessige rutiner innad i kommunehelsetjenesten, utvikle læreprosesser rundt avvikshåndtering og styrke kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Opplysninger som vil registreres om deg er informasjon fra intervjuet, og notater som blir foretatt underveis i intervjuet. Digitalt taleopptaker vil bli benyttet. Studien er meldt og godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Materialet og personidentifiserbare opplysninger om deg vil bli slettet etter studieslutt. Planlagt innen mai- 2014, men med en mulighet til forlengelse til mai- 2017. Alle dine gjenkjennende opplysninger og ditt personnavn vil bli aidentifisert gjennom studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i studiens resultater.

#### **Frivillighet**

Det er frivillig å delta i denne studien.

Ønsker du utfyllende informasjon? Kontakt:

Ingvil Birkelund Andersen

Telefon: +47 90 55 04 55

Epost: ingvilbirkelund@yahoo.com

Adresse: Ingvil Birkelund Andersen, Tømmernesvn 57, 9151 Storslett

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

Du vil deretter kontaktes snarlig for videre avtaletidspunkt for intervju.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt skriftlig (eventuelt også muntlig) informasjon og er villig til å delta i studien  
*« Avviksregistreringens betydning for god sykepleie – avdelingslederens perspektiv »*

Navn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epostadresse: \_\_\_\_\_

Rolle: \_\_\_\_\_

(Utdanning og yrkestittel)

\_\_\_\_\_  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Mastergradsstudent • Ingvil B. Andersen • ingvilbirkelund@yahoo.com • Tlf 90 55 04 55

Stipendiat Lill Sverresdatter Larsen • lill.sverresdatter.larsen@uit.no • Tlf 77 62 51 12

Førsteamanuensis Aud Obstfelder • aud.obstfelder@uit.no • Tlf 77 64 62 14

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

\_\_\_\_\_  
(Signert prosjektleder, dato)



## Vedlegg 4: Forespørsel om deltagelse (helse- og omsorgsledere)

Til Helse- og omsorgsleder

### Forespørsel om samtykke og hjelp til å finne informanter til studie

Jeg er mastergradsstudent ved UiT Norges arktiske Universitet og i 2013/2014 skal jeg gjennomføre et studieprosjekt med tittelen:

#### ” Avviksregistreringens betydning for god sykepleie – lederes perspektiv»

I denne forbindelse ber jeg om ditt samtykke til å drive datainnsamling i denne kommunen, og om hjelp til å komme i kontakt med informanter for studien.

Informanter velges ut etter følgende kriterier:

- Arbeidssted i kommunalhelsetjenesten
- Avdelingsleder ved sykehjem
- Rolle knyttet til behandling av avviksmeldinger

I din kommune ber jeg om at du deler ut **tre** vedlagte konvolutter “Forespørsel om deltagelse i studie”. Det ville vært fint om du informerte at din rolle er å gjøre studien kjent for informantene, men at du ikke vil kunne vite hvem som deltar, eller at du følger studien videre. De som er interessert i å delta kan fylle ut skjema og returnere i den ferdig frankerte konvolutt. Jeg tar deretter selv kontakt med informantene.

Denne studien vil omhandle temaet kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten med fokus på pasientsikkerhet, gjennom å se på meldesystemet med avviksrapportering. Seks avdelingsledere fra flere kommuner vil bli inkludert i studien. Se vedlegg til informanter for nærmere informasjon. Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og mine veiledere i studien er Lill Sverresdatter Larsen, Universitetsstipendiat og Aud Obstfelder, Førsteamanuensis. Begge ansatt på UiT Norges arktiske universitet.

**Dersom du gir ditt samtykke til at ansatte i denne kommunen deltar i studien – vær vennlig å sende meg en epost hvor du bekrefter dette.**

Er noe uklart eller om du **ikke** kan hjelpe meg med dette ber jeg om tilbakemelding snarest. Du kan også ta kontakt med mine veiledere for ytterligere informasjon om prosjektet.

Vennlig hilsen  
Ingvil Birkelund Andersen

**Samtykke til deltagelse i studien**

Jeg har mottatt skriftlig (og eventuelt muntlig) informasjon og er gir mitt samtykke til studien  
«*Avviksregistreringens betydning for god sykepleie – fra leders perspektiv*».

Navn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epostadresse: \_\_\_\_\_

Rolle: \_\_\_\_\_

(Nærstående, fagperson med tittel)

\_\_\_\_\_  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Antall ord i studien: 26289

