

Birte Abelone Koppen Mjanger

Avviksrapportering og meldekultur:

Erfaringer og perspektiver fra sykepleiere og leger i Bergen kommune

Masteroppgave i Helseledelse

Veileder: Mads Solberg

Desember 2022



Birte Abelone Koppen Mjanger

Avviksrapportering og meldekultur:

Erfaringer og perspektiver fra sykepleiere og leger i
Bergen kommune

Masteroppgave i Helseledelse
Veileder: Mads Solberg
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Masteroppgave i helseledelse (MHLED)

Avviksrapportering og meldekultur:

**Erfaringer og perspektiver fra sykepleiere og leger
i Bergen kommune**

Birte Abelone Koppen Mjanger

Veileder: Mads Solberg

Master i helseledelse er en fellesgrad som tilbys i samarbeid mellom
NTNU, Høgskolen i Molde og Høgskulen i Volda.



Fakultet for medisin
og helsevitenskap
|
Institutt for helsevitenskap
i Ålesund



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



HØGSKULEN I VOLDA

Sammendrag

Pasientskader som følge av feil eller mangler ved behandling i helsevesenet er en voksende global utfordring. Samtidig beskrives de fleste pasientskader som unngåelige. Det har derfor vært økt oppmerksomhet, både globalt og nasjonalt, på å redusere forekomsten av avvik og uønskede hendelser. Systematisk avvikshåndtering er beskrevet som et viktig tiltak for å styrke pasientsikkerheten. Målet med meldeordninger er å identifisere og rette opp i risikoområder før det skjer en mer alvorlig hendelse. Dette fordrer en god meldekultur blant ansatte i helsevesenet. Rapporter og tidligere studier viser mørketall og trolig en underrapportering av slike hendelser. Spesielt i kommunale helse- og omsorgstjenester har man inntil nylig manglet oversikt over forekomsten av uønskede hendelser. Kunnskap om hvordan virksomheter kan redusere forekomst av underrapportering og arbeide for å bedre meldekultur blant ansatte vil være sentralt i videre pasientsikkerhetsarbeid. Å få en bedre forståelse av hvilken meldekultur som eksisterer blant profesjonene, og hva som motiverer dem til avviksrapportering er derfor et nødvendig steg på veien. Med dette som utgangspunkt har denne studien et utforskende design, med problemstillingen:

Hvilken motivasjon ligger bak rapportering av avvik, og hvordan gjenspeiles dette i meldekultur blant sykepleiere og leger?

Det er gjort en case-avgrensning til meldeskjema i BK-kvalitet, som er et felles meldesystem ansatte i Bergen kommune bruker i dag. Avvik som en del av pasientsikkerhetsarbeid er hovedfokus for oppgaven, og studien presenterer perspektiver og tidligere forskning på temaet, samt gir en innføring i meldesystemet i BK-kvalitet. Resultat og analyse presenteres gjennom mer spesifikke forskningsspørsmål, herunder;

- 1. Hvilke erfaringer har sykepleiere og leger i Bergen kommune med avvik?*
- 2. Hvilke holdninger og verdier rundt avvik er fremtredende blant disse to profesjonene?*
- 3. Hva motiverer til rapportering av avviksmeldinger, og hvilke forventninger har informantene til avviksbehandling?*

Informantene i studien består av leger og sykepleiere ved kommunale helse- og omsorgstjenester i Bergen kommune. Med utgangspunkt i tidligere studier på feltet, belyser denne undersøkelsen trekk ved meldekultur i de to profesjonene. Analysen er inspirert av Tjoras stegvise deduktiv-induktiv metode (SDI) og dataene er basert på semi-strukturerte dybdeintervju med seks sykepleiere og fire leger.

Informantene i studien vektlegger ulike kvaliteter ved avviksrapportering som et verktøy for å oppnå økt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. På bakgrunn av deres erfaringer, enes de likevel ikke om avviksrapportering er det *beste* verktøyet for slikt arbeid. Den største ulikheten knyttet til meldekultur blant leger og sykepleiere i denne studien er at legene i større grad vektlegger konformitet og kollegialitet, mens sykepleierne beskriver skjønnsmessige vurderinger ved innrapportering av avvik. Det kommer frem gjennom intervjuene at legene ønsker, i større grad, enn sykepleierne å håndtere avvik «på bakrommet», innad mellom nærmeste kollegaer, og vektlegger i mindre grad systematisk læring ved forekomst av avvik og uønskede hendelser. Begge profesjoner opplever avvik vedrørende kollegaer som utfordrende og frykter negative konsekvenser for både melder og kollegaer ved innrapportering. Studiens funn kan indikere at ansattes meldekultur påvirkes av deres opplevelse av psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet.

Studien viser at den kommunale helsetjenesten, som et ledd i pasientsikkerhetsarbeidet, bør bevisstgjøre ansatte om hensikten med systematisk avvikshåndtering. Spesielt blant leger bør det arbeides for bedre forankring av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjennom avviksrapportering. Ledere bør særlig vektlegge læringsaspektet ved meldesystemer og sette søkelys på systemårsaker i årsaksanalyser. Ledere bør være oppmerksom på utfordringer som profesjonell kollegialitet, og barrierer mot det å rapportere hendelser som involverer kollegaer. Arbeidsgiver bør iverksette tiltak for, og jobbe kontinuerlig mot, å styrke ansattes opplevelse av psykologisk trygghet.

Feltet mangler særlig studier som undersøker meldekultur blant leger og deres opplevelser ved avviksrapportering. Det vil, i fremtiden, være verdifullt å se nærmere på hvorfor helsepersonell velger å dokumentere avvik i pasientjournaler fremfor meldesystem. Sammenhengen mellom meldekultur og psykologisk trygghet, på tvers av profesjoner, bør undersøkes nærmere i fremtidige studier. Slike innsikter vil kunne hjelpe ledere å motivere ansatte til avviksrapportering og legge til rette for en avviskultur preget av åpenhet og læring.

Abstract

Patient injuries, because of errors or deficiencies in treatment in the healthcare system, are a growing global challenge. At the same time, most patient injuries are described as avoidable. This has led to increased attention, both globally and nationally, on reducing the occurrence of deviations and unwanted incidents. Systematic deviation management is described as an important measure to strengthen patient safety. The aim of reporting schemes is to identify and correct areas of risk before a more serious incident occurs. This requires a good reporting culture among employees in the healthcare system. Reports and previous studies show a high probability of under-reporting of such incidents. Especially in municipal healthcare services, there has been a lack of overview of the occurrence of unwanted incidents, until recently. Knowledge of how organizations can reduce the incidence of under-reporting, and work to improve the reporting culture among employees, will be central to further patient safety work. Gaining a better understanding of the reporting culture that exists among healthcare professions, and what motivates them to report deviations, is therefore a necessary step on the way.

With this as a starting point, this study has an exploratory design, based on the problem:

What motivation lies behind the reporting of deviations, and how is this reflected in the reporting culture among nurses and doctors?

A case limitation has been made to the BK-quality reporting form, which is a common reporting system used by employees in Bergen municipality today. Deviations as part of patient safety work is the main focus of the thesis, and the study presents perspectives and previous research on the topic, as well as an introduction to the reporting system in BK quality. Results and analysis are presented through more specific research questions, including:

- 1. What experiences do nurses and doctors in Bergen municipality have with deviations?*
- 2. Which attitudes and values around deviance are prominent among these two professions?*
- 3. What motivates the reporting of non-conformance reports, and what expectations do the informants have regarding handling of non-conformities?*

The informants in the study consist of doctors and nurses recruited from the municipal healthcare services in Bergen. Drawing on insight from previous studies, this thesis also examines and sheds further light on some differences in the reporting culture between the two professions. The analysis is inspired by Tjora's stepwise deductive-inductive method (SDI) and the data is drawn from semi-structured in-depth interviews with six nurses and four medical doctors.

The informants in the study emphasize different qualities of deviation reporting as a tool to achieve increased patient safety and quality improvement. However, based on their own experiences, they do not agree that deviation reporting is the best tool to achieve this goal. The biggest difference in reporting culture between doctors and nurses in this study is that the doctors emphasize conformity and collegiality to a greater extent, while the nurses emphasize discretionary assessments when reporting deviations. Through the interviews, it appears that the doctors wish, to a greater extent than the nurses, to deal with deviations "backstage", and settle things internally between close colleagues. They

emphasize, to a lesser extent than the nurses, systematic learning in the event of deviations and unwanted incidents. Both professions experience deviations regarding colleagues as challenging, and they fear negative consequences for both the reporter and colleagues when reporting. The study's findings may indicate that employees' reporting culture is influenced by their experience of psychological safety in the work environment.

The study shows that the municipal health service, as part of the patient safety work, should make employees aware of the purpose of systematic deviation management. Especially among doctors, efforts should be made to better anchor patient safety and quality improvement through non-conformity reporting. Managers should particularly emphasize the learning aspect of reporting systems and focus on system causes in causal analyses. Managers should be aware of challenges, including issues of professional collegiality, and barriers to reporting incidents involving colleagues. Employers should take measures to, and work continuously towards, strengthening employees' experience of psychological safety.

The field is particularly lacking in studies that investigate reporting culture among doctors and their experiences when reporting deviations. In the future, it will be valuable to take a closer look at why healthcare personnel choose to document discrepancies in patient records rather than reporting systems. The relation between reporting culture and psychological safety, across professions, should also be investigated further in future studies. Such insights can help managers to motivate employees to report non-conformities and facilitate a culture of non-conformities characterized by openness and learning.

Forord

Da jeg startet på Ledelse i helse- og sosialtjenesten ved Høgskolen i Molde i 2019 var jeg ikke sikker på om jeg skulle fortsette på fullt masterforløp. Tre år har gått og jeg angrer ikke et sekund på at jeg fortsatte studieforløpet og i dag fullfører fellesgraden, *Master i Helseledelse*, mellom NTNU Ålesund, Høgskolen i Molde og Høgskulen i Volda.

Å skrive denne masteroppgaven har vært et krevende, men veldig lærerikt arbeid. Jeg anser meg som heldig som har fått muligheten til å forske på, og undersøke temaer jeg brenner for, nemlig avvikrapportering og meldekultur. Studiet har gitt meg motivasjon og inspirasjon for videre arbeid med pasientsikkerhet, noe jeg tar med meg videre i yrkeslivet.

Jeg vil rette en stor takk til informantene som sa seg villig til å delta i studien, deres bidrag om egne opplevelser og refleksjoner rundt avvik og avvikshåndtering har vært uvurderlig. Videre vil jeg takke de tre ansatte ved avdeling for kvalitet og styring i Bergen kommune som har bidratt med nyttig bakgrunnsinformasjon og statistikk.

Det at jeg leverer denne masteroppgaven i dag ønsker jeg videre å takke min veileder, Mads Solberg, ved institutt for helsevitenskap ved NTNU Ålesund for. Mads har bidratt med tilbakemeldinger, konstruktiv kritikk, motivasjon, nye perspektiver og råd. Hans tilgjengelighet og raske respons på henvendelser gjennom hele prosessen har vært utrolig.

Takk til venner og familie for hjelp med gjennomlesning, korrektur-sjekk og motivasjon. Sist, men ikke minst, vil jeg rette en spesiell takk til min kjære Eirik. Tusen takk for all oppmuntring, støtte, råd, motivasjon, tålmodighet og fine tur-pauser. Nå kan vi straks bruke stuebordet til å spise middag på igjen!

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Formål og problemstilling.....	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Introduksjon til BK-kvalitet	5
1.4 Utklipp fra meldeskjema for avvik.....	6
1.5 Statistikk fra BK-kvalitet på byrådsnivå.....	11
2.0 Analytisk rammeverk	14
2.1 Perspektiver og tidligere forskning.....	14
2.2 Avvik og uønskede hendelser.....	16
2.3 Avvik som en del av pasientsikkerhetsarbeid	17
3.0 Metode	19
3.1 Kvalitative intervju.....	19
3.2 Rekruttering og utvalgsstrategi.....	20
3.3 Intervjuguide	23
3.4 Gjennomføring av intervju.....	24
3.5 Transkribering	25
3.6 Personvern og forskningsetikk.....	27
3.6.1 Informert samtykke	27
3.6.2 Konfidensialitet.....	27
3.6.3 Konsekvenser.....	28
3.6.4 Min rolle som forsker og plassering i feltet	28
3.7 Styrker og svakheter ved metodevalg	29
4.0 Resultater	33
4.1 Hvilke erfaring har sykepleiere og leger med avviksrapportering?	33
4.2 Hvilke holdninger og verdier er fremtredende?.....	37
4.3 Hva motiverer til rapportering av avviksmeldinger, og hvilke forventninger har informantene til avviksbehandling?.....	41
4.4 Oppsummering av resultater.....	45
5.0 Analyse	46
5.1 Informantenes erfaringer med avvik og avviksrapportering	46
5.2 Holdninger og verdier som er fremtredende	53
5.3 Faktorer som motiverer til avviksrapportering og informantenes forventninger til avviksbehandling.....	58
6.0 Konklusjon	65

6.1 Implikasjoner for praksis	67
6.2 Videre behov for forskning	68
Referanser	69
Vedlegg	75
<i>Vedlegg 1: Godkjenning NSD</i>	<i>75</i>
<i>Vedlegg 2: Infoskriv og samtykkeskjema</i>	<i>78</i>
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide for leger og sykepleiere.....</i>	<i>82</i>
<i>Vedlegg 4: Intervjuguide for BK-kvalitet</i>	<i>84</i>
<i>Vedlegg 5: Utsnitt av regneark med empirinærekoder og tre av 16 kodegrupper (av personvern hensyn vises bare noen tekstsegmenter)</i>	<i>86</i>

Figur og tabeller

FIGUR 1.4.1 STEG 1 I MELDESKJEMA - REGISTRER MELDING	6
FIGUR 1.4.2 STEG 2 I MELDESKJEMA - MELDINGSANSVARLIG	7
FIGUR 1.4.3 STEG 3 I MELDESKJEMA – KATEGORI.....	8
FIGUR 1.4.4 STEG 4 I MELDESKJEMA – BESKRIVELSE AV HENDELSEN.....	9
FIGUR 1.4.5 STEG 5 I MELDESKJEMA – TILTAK	10
FIGUR 1.4.6 '5 X HVORFOR'	10
TABELL 1.5.1 INNMELDTE AVVIK PÅ BYRÅDSAVDELING FOR ELDRE, HELSE OG FRIVILLIGHET	11
TABELL 1.5.2 UBEHANDLEDE AVVIK PÅ BYRÅDSNIVÅ	11
TABELL 1.5.3 ANTALL AVVIK ELLER UØNSKEDE HENDELSER/MELDINGER VURDERT SOM AVVIK / DIFFERANSE .	12
TABELL 1.5.4 KATEGORIER AV AVVIK SOM ER MELDT HYPPIGST I 2021 OG 2022	12
FIGUR 2.1.1 REASONS SVEITSEROST-MODELL, ILLUSTRASJON AV BEN AVELING (CC BY-SA 4.0).....	15
TABELL 3.4.1 OVERSIKT OVER INFORMANTER	25
FIGUR 3.5.1 EKSEMPEL PÅ KODEGRUPPE (VENSTRE KOLONNE) OG EMPIRINÆR KODING (HØYRE KOLONNE. ...	27
TABELL 4.1 OVERSIKT OVER KODEAPPARAT, FRA INFORMANTUTSAGN VIA EMPIRINÆR KODE TIL OVERORDNET KODE - ERFARINGER MED AVVIKSRAPPORTERING.....	35
TABELL 4.2 OVERSIKT OVER KODEAPPARAT, FRA INFORMANTUTSAGN VIA EMPIRINÆR KODE TIL OVERORDNET KODE – HOLDNINGER OG VERDIER KNYTTET TIL AVVIK OG AVVIKSRAPPORTERING	39
TABELL 4.3 OVERSIKT OVER KODEAPPARAT, FRA INFORMANTUTSAGN VIA EMPIRINÆR KODE TIL OVERORDNET KODE – MOTIVASJON FOR AVVIKSRAPPORTERING OG FORVENTNINGER TIL AVVIKSBEHANDLING	43

1.0 Innledning

De siste 10-15 årene har det vært en økt oppmerksomhet på helsevesenets håndtering av uønskede hendelser og avvik. Verdens helseorganisasjon (WHO) viser til pasientskader som en voksende global helseutfordring og beskriver pasientskader som en av de ledende årsakene til både død og funksjonshemning på verdensbasis (2019). I Norge viser tall fra Helsedirektoratets rapport over pasientskader i 2020 at det i 13,1% av sykehusopphold oppstår minst én skade (Helsedirektoratet, 2021). WHO beskriver de fleste pasientskader som unngåelige. På bakgrunn av dette, ble det i 2019 vedtatt at det skulle lages en global handlingsplan for pasientsikkerhet, og august 2021 ble Global Patients Safety Action Program 2021-2030 vedtatt. Visjonen for denne globale handlingsplanen er "en verden der ingen blir skadet i helsevesenet, og hver pasient mottar trygg og respektfull omsorg, hver gang, overalt" (WHO, 2021).

Handlingsplanen beskriver ulike rammeverk og strategier for å minimere risiko for pasientskader, blant annet trekkes læringsperspektiv og kunnskapsdeling fram som sentrale satsningsområder (WHO, 2021). Også her i Norge har myndighetene i stor grad vært opptatt av perspektivene knyttet til uønskede hendelser, og arbeidet aktivt for å redusere risiko for uønskede fremtidige hendelser (Helsedirektoratet, 2017c; Riksrevisjonen, 2016). Dette viser seg blant annet gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019), Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) og Pasientskadeloven (2003). Fra 2012 har det også blitt lagt fram årlige stortingsmeldinger vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 2016 kom til på bakgrunn av påvist svikt i oppfyllelse av grunnleggende krav til styring og internkontroll, både i kommunale helse- og omsorgstjenester, og i spesialisthelsetjenesten. Forskriften tydeliggjør leders ansvar for å sikre at det gis faglig forsvarlige tjenester, og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten. Forskriften presiserer også medarbeideres involvering i arbeidet samt brukermedvirkning. Som helsepersonell er man på individnivå bundet av Helsepersonelloven, hvor §4 presiserer krav til faglig forsvarlig arbeid (2000). På systemnivå finner en også krav om faglig forsvarlighet i Spesialisthelsetjeneste-loven §2-2 og Helse- og omsorgstjenesteloven §4.1 (2001; 2012).

I Norge er alt arbeid for pasientsikkerhet samlet under et felles slagord – «*I trygge hender 24-7*» (I trygge hender, 2021). Visjonen for arbeidet er «En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt». Denne er ikke ulik visjonen for WHO's Global Patients Safety Action Program 2021-2030, beskrevet over. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er en del av dette arbeidet. Handlingsplanen viser til et spesielt behov for økt innsats i kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor man hittil har hatt lite oversikt over pasientskader (Helsedirektoratet, 2019, s.2).

Rapportering og behandling av avvik er viktig for enhver organisasjon, men spesielt for helseorganisasjoner gir systematisk avvikshåndtering en mulighet til å forbedre pasientsikkerheten og sikre forsvarlige tjenester (Helsedirektoratet, 2017b). WHO

presenterer i sin *Global Patients Safety Action Program 2021-2030* en rekke strategier, satsningsområder og virkemidler for å styrke pasientsikkerheten på et globalt nivå. En spesifikk strategi som blir beskrevet er hendelsesrapportering og læringsystemet knyttet til pasientsikkerhet (WHO, 2021, s.14, strategi 6.1). Den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Norge viser også til behov for bedre systemer og oversikt over uønskede hendelser, samt en kultur preget av åpenhet og læring (Helsedirektoratet, 2019).

Tross en global og nasjonal satsning rundt pasientsikkerhet gis det uttrykk for underrapportering både fra sykepleierne og leger i kommunal- og spesialisthelsetjenesten (Dragland, 2015; Hofstad, 2015c; Reppen, 2022; Olsen, 2007; Huuse et.al 2021). Faktorer som tid, forståelse av begrepet avvik, opplæring i bruk av systemer, manglende forståelse av intensjonen med rapportering, og leders respons på avviksmeldinger, er alle eksempler på faktorer som kan være medvirkende til underrapportering (Dragland, 2015; Olsen, 2007; Velle, 2014; Reppen, 2022). Tidligere forskning har vist at det har eksistert noen ulikheter i meldekultur også blant sykepleiere og leger (Sønstebø og Hærnes, 2009). Studien utført av Sønstebø og Hernæs viste eksempelvis til hvordan angsten for represalier og dårlig renommé var avgjørende for at leger vegrer seg for å melde avvik, i noe større grad enn sykepleiere (2009, s. 31).

Systematisk forbedringsarbeid fordrer innrapportering av hendelser, og Riksrevisjonen presiserer hvordan helsetjenesten derfor er avhengig av at alle typer uønskede hendelser, også nesten-hendelser, rapporteres inn i et avvikssystem (2016, s.15). I Riksrevisjonens undersøkelse presiserer Helse- og omsorgskomiteen at «det er et ledelsesansvar å skape en kultur i helse- og omsorgstjenestene for å melde fra om og lære av egne og hverandres feil» (2016, s.17). Dette viser et behov for å redusere forekomst av underrapportering og et arbeid for å bedre meldekultur i helse- og omsorgstjenesten. Jeg har derfor stilt meg spørsmålet om hvordan en som leder kan motivere og legge til rette for en slik kultur. For å se nærmere på dette er det viktig å kartlegge den meldekulturen som eksisterer i dag – hvordan opplever sykepleiere og leger det å melde inn avvik, hvilke forhold påvirker motivasjonen til å melde, og eksisterer det ulikheter mellom profesjonene?

1.1 Formål og problemstilling

For at man som leder skal kunne drive systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet må vedkommende være bevisst på, og inneha, kunnskap om hvilken meldekultur som eksisterer blant ansatte på egen arbeidsplass. Jeg ønsker at min masteroppgave vil belyse utfordringer knyttet til avviksrapportering i kommunehelsetjenesten og gi ledere nyttig informasjon om ansattes opplevelse av det å melde avvik. Jeg håper studiet kan gi et innblikk i ansattes motivasjon for å melde avvik, hva som fremmer dette, og trekk ved meldekultur blant sykepleiere og leger. Denne informasjonen håper jeg kan være nyttig for fremtidig avviksarbeid og innsats for å motivere ansatte til å melde fra om avvik og uønskede hendelser på egen arbeidsplass, og på den måten være med å motvirke underrapportering. Jeg håper også studien kan bidra til læring om mulige ulikheter blant sykepleiere og legers syn på avviksmeldinger.

Jeg har avgrenset studien til å gjelde leger og sykepleiere som jobber ved kommunale helse- og omsorgstjenester i Bergen kommune. Likevel håper jeg oppgavens formål også kan tjene andre virksomheter både i kommunale helse- og omsorgstjenester i andre

kommuner, og spesialisthelsetjenesten, ved å belyse sentrale tema i arbeidet mot å sikre en bedre og tryggere helsetjeneste.

Før jeg går nærmere inn på analytisk rammeverk og teoretiske perspektiver på pasientsikkerhet, gir jeg en introduksjon til meldesystemet Bergen kommune bruker i dag og relevant statistikk på byrådsnivå i påfølgende avsnitt. Bakgrunnsinformasjon om meldesystemet og statistikk har jeg fått gjennom intervju med tre ansatte fra Avdeling for kvalitet og styring i Bergen kommune. Informantene ga nyttig innsikt i bakgrunnen for hvorfor kommunen ønsket et felles avvikssystem og delte erfaringer fra arbeidet med anskaffelse, og utrulling av systemet. Intervjuet ble gjennomført på Teams i juni og jeg har i etterkant fått tilsendt relevant statistikk fra BK-kvalitet som presenteres i kapittel 1.5.

På bakgrunn av dette tar denne masteroppgaven utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilken motivasjon ligger bak rapportering av avvik, og hvordan gjenspeiles dette i meldekultur blant sykepleiere og leger?

Før jeg går videre vil jeg kort forklare hvilken definisjon for begrepet meldekultur som legges til grunn i oppgaven. Kulturbegrepet, som har sitt analytiske opphav i antropologifaget, har et hundretalls definisjoner (Eriksen, 2006, 34-35). Felles for disse definisjonene, er at de inkluderer aspekter som kunnskap, ferdigheter, holdninger, artefakter og væremåter som personer har tilegnet seg i kraft av å være medlemmer av et samfunn eller en sosial gruppe. I denne sammenheng knyttes begrepet kultur opp til medlemmene av helseorganisasjoner. I boken *Ledelse, organisasjon og kultur*, forklares organisasjonskultur gjennom medlemmenes *normer, verdier, relasjoner og hvordan de tolker atferd og gjenstander* (Strand, 2018, s.183). I min studie er det spesifikt *meldekulturen* blant medlemmene jeg ønsker å undersøke. Med dette ønsker jeg å undersøke profesjonsutøvernes egne erfaringer med, og perspektiver på avvik og avviksrapportering. Strand presiserer videre hvordan kulturen defineres ut ifra hva medlemmene selv legger i den, og gjennom taus kunnskap som en ikke vil kunne avdekke ved ren observasjon (2018).

Når det gjelder i hvilken grad en organisasjonskultur legger føringer for endring, som arbeidet mot pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fordrer, forklarer Jacobsen hvordan en sterk kultur kan være en potensiell barriere gjennom følgende sitat:

«Forskningen indikerer at styrken på en kultur kan være både en fordel og en ulempe. Under stabile forhold kan sterke kulturer som støtter opp under organisasjonens strategi, bidra betydelig til gode resultater. Men hvis omgivelsene endrer seg, kan en sterk kultur bli en byrde. Hvis da ikke kulturen også legger vekt på tilpasningsevne» (2018, s.101).

Dette er bakgrunnen for hvorfor jeg ønsker å se spesifikt på leger og sykepleieres meldekultur relatert til avvik.

Oppgaven er videre delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 presenterer bakgrunn for valg av tema og oppgavens formål. Som del av case-avgrensningen gis det også en introduksjon til aktuelt avvikssystem og statistikk fra Bergen kommune. I kapittel 2 presenteres analytisk rammeverk for studien. Det vises til ulike perspektiver og tidligere forskning på temaet, samt begrepsavklaring. Kapittelet ser også nærmere på avvik og avviksrapportering som en del av arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Kapittel 3 gir beskrivelse av metode for oppgaven, som er kvalitativt intervju. Her beskrives rekrutteringsprosessen, intervjuguiden og praktisk gjennomføring av intervjuene. Kapittelet inneholder også refleksjon rundt forskningsetikk og styrker/svakheter ved metode. Kapittel 4 inneholder resultater fra intervjuene og eksempler på koder som er brukt i videre analyse. Kapittelet er bygd opp rundt forskningsspørsmålene som presenteres i kapittel 3.1. Kapittel 5 består av analyse av resultatene fra kapittel fire. Jeg trekker fram funn fra relevant forskning og ser disse i sammenheng med egne funn. Kapittel 6 inneholder konklusjon, implikasjoner for praksis og videre behov forskning.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Som nyutdannet sykepleier startet jeg på Haukeland sykehus på en sengepost med stort fokus på faglig kvalitet og pasientsikkerhet. Ledelsen var tydelig på forventninger til avviksrapportering og avvikene ble systematisk brukt til forbedringsarbeid. Gjennom avviksrapportering opplevde jeg innflytelse og påvirkning på egen arbeidshverdag og det var givende å være en bidragsyter til bedre og tryggere helsetjenester. Senere gikk jeg over til kommunen, og har her vært ansatt som sykepleier på ulike arbeidsplasser som legevakt, hjemmesykepleie og bofellesskap. Jeg merket raskt forskjell i meldekultur og opplevde ikke innsatsen for pasientsikkerhetsarbeid like systematisk, og oppdaget hvor lett det var å tilpasse seg nye arbeidskulturer. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 viser også til hvordan arbeidet tidligere har hatt større fokus i spesialisthelsetjenesten enn i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019). Min opplevelse av ulik innsats i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester samsvarer med denne observasjonen.

Da jeg gikk inn i en lederstilling i kommunen fikk jeg se avviksrapportering fra en annen side. Avviksbehandling ble en av mine viktige arbeidsoppgaver og jeg ble nå kjent med nye utfordringer knyttet til arbeidet. Meldekulturen på egen arbeidsplass ble synligere og satt i et større perspektiv. Jeg oppdaget også at det innad i virksomheten eksisterte mange ulike forståelser av avvik og avviksrapportering. Jeg har undret meg over hvordan det kan være så store forskjeller i meldekultur innad på en og samme arbeidsplass. Som leder ble nytteverdien av avviksmeldinger enda tydeligere. Avviksmeldingene ga meg innblikk i selve «maskineriet» på egen arbeidsplass, hva fungerer, hva fungerer ikke, og hvor ligger svakheter? Samtidig vet man om at det forekommer underrapportering i helsevesenet. Så hvordan kan man som leder motivere for å snu dette?

Det er leders ansvar å sikre gjennomgang av avvik og uønskede hendelser (Helsedirektoratet 2017b), men leder er også avhengig av at medarbeiderne rapporterer inn det de ser, og at det eksisterer en felles forståelse av avviksbegrepet og nytteverdi av innrapportering. Helsedirektoratet presiserer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten viktigheten av en kultur for åpenhet og læring av feil (Helsedirektoratet 2017b). Grunnlaget for en slik kultur kan legges til rette gjennom tydelig ledelsesforankring og prosedyrer (Deloitte 2019).

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» var et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet (2014-2018). Målet med programmet var å redusere antall pasientskader og sikre trygge tjenester, og er «forgjengeren» til den nasjonale

handlingsplanen. En sluttrapport, utgitt av Deloitte, viser hvordan programmet hadde ulik forankring hos leger og sykepleiere (2019). Her ble det vist til hvordan innsatsområdene for programmet var pleierettet, og en videre anbefaling var derfor i større grad å involvere leger i pasientsikkerhetsarbeidet. På bakgrunn av dette har jeg ønsket å inkludere leger i min studie, i tillegg til sykepleiere. Sluttrapporten for Pasientsikkerhetsprogrammet viste hvordan engasjerte ledere var en nøkkelfaktor for arbeidet, men at det videre var nødvendig å sikre forankring i ledelsen, på *alle* nivå, gjennom spesifikke tiltak rettet mot ledere (Deloitte, 2019). Rapporten presiserer viktigheten av «at ledere har eierskap til pasientsikkerhetsarbeid, og at de tilrettelegger for at medarbeiderne kan utvikle kompetanse om hvordan man systematisk arbeider med pasientsikkerhet» (Deloitte, 2019, s. 4). Dette motiverte mine egne valg av formål og problemstilling for oppgaven.

1.3 Introduksjon til BK-kvalitet

Bergen kommune bruker i dag en felles digital løsning for avvikshåndtering hvor ledere får tilsendt avvik og uønskede hendelser meldt inn av egne ansatte i BK-kvalitet. Meldeskjemaet som brukes er felles for alle ansatte i kommunen, uavhengig av arbeidssted. Skjemaet brukes derfor både av leger, sykepleiere, helsesøstre, lærere og barnehageansatte, for å nevne noen. Alle nyansatte får gjennom et innføringskurs kort presentert hvor de finner fram til digitalt meldeskjema for avvik og uønskede hendelser. Skjemaet er utformet for å være brukervennlig og selvforklarende med tilhørende veileder. Det er ikke laget et felles opplæringsprogram for ansatte, men den enkelte leder er ansvarlig for at ansatte er trygge på bruken og skal kunne gi videre opplæring og veiledning ved behov. Kurs i behandling av avvik og hvordan man skal nyttiggjøre seg av avviksmeldinger gis både til ledere og verneombud.

Den digitale løsningen ble implementert januar 2019. Forut for dette brukte kommunen et system kalt SIM i en kort periode. Dette systemet var utelukkende ment for å melde inn HMS avvik og fanget dermed ikke opp alle avvik på arbeidsplassen. Resterende avvik og uønskede hendelser ble meldt på papirskjema, som også var den første løsningen for rapportering i kommunen. Bakgrunnen for overgang til en felles digital løsning for hele kommunen var et ønske fra Byrådsavdeling for helse og omsorg om å anskaffe et helhetlig kvalitetssystem, både for avviksrapportering og styrende dokumenter. Det ble vedtatt at dette skulle fungere som et konserndekkende system, i første omgang et felles system for HMS rapportering.

En utfordring i denne prosessen var å bli enige om lik ordlyd og begrepsbruk for avvik og uønskede hendelser. Dette var tidkrevende arbeid, ettersom de ulike arbeidsstedene i kommunen var bundet av ulike lovverk knyttet til hva en var forpliktet til å melde fra om. I dag bruker kommunen følgende definisjon på avvik og uønskede hendelser; «En uønsket hendelse kan være feil eller mangler som omfatter teknologi, systemer, verktøy, materiell, drift og mennesker. Et avvik er brudd på lover, forskrifter, regelverk eller prosedyrer» (Bergen Kommune, 2022). I tillegg til utfordringer knyttet til felles begrepsbruk var det også behov for å avklare hvilket detaljnivå avviksmeldingene skulle ligge på. Blant lederne eksisterte det ulikt behov for detaljer. Noen hadde ansvar for mindre arbeidssteder hvor de i større grad hadde anledning til å etterspørre informasjon ved behov, mens for andre ledere ville dette vært tidkrevende arbeid ettersom de hadde ansvar for en større arbeidsplass. På bakgrunn av dette åpner meldeskjema opp for både

faste avkryssninger som er obligatorisk, og noen valgfrie tekstbokser den ansatte kan fylle ut ved behov. Dette forklares nærmere i kapittel 1.4.

Bergen kommune ønsker at det skal være lett tilgjengelig og enkelt for ansatte å melde inn avvik. Bruk av meldeskjema skal være selvforklarende for de ansatte. Det er i stor grad basert på avkrysningsalternativer og det er også en klikkbar veileder i skjemaet. Som et tiltak for å tilgjengeliggjøre skjemaet kan ansatte også melde avvik via mobil, uten å være pålogget kommunenes nettverk. Det er valgfritt for melder å registrere bakgrunn for avviket eller tiltak, men det er mulig å skrive disse punktene i fritekst dersom man ønsker. I påfølgende avsnitt går jeg gjennom meldeprosessen, steg for steg, slik den er for ansatte i kommunen.

1.4 Utklipp fra meldeskjema for avvik

Under er det lagt ved utklipp fra meldeskjema slik det ser ut for enkelte arbeidstaker, her er ansatt og arbeidsgiver eksemplifisert med sykepleier ved Bergen Legevakt..

Utklippene viser prosessen steg for steg. Nærmere beskrivelse foreligger under hvert utklipp.

Figur 1.4.1 Steg 1 i meldeskjema - registrer melding

The screenshot shows a web browser window with the title 'ARBEIDSDIET'. The address bar contains 'dokumenter'. The page has a navigation bar with 'Dokumenter', 'Meldinger', 'Risikoer', and 'Aktiviteter'. The main content area is titled 'Registrer melding' and includes a link '> Vis utkast til meldinger'. Below this, there are four form fields: 'Fra enhet: Bergen legevakt Sykepleiere', 'Til enhet: Bergen legevakt Sykepleiere', 'Kategori: Velg meldingskategori', and 'Skjema: Velg skjema'. The 'Logg ut' button is visible in the top right corner.

Melder får automatisk tildelt egen enhet som mottaker, men kan velge å endre denne til andre enheter i kommunen, eksempelvis andre etater eller byrådsavdelinger. Under kategori kan melder krysse av for om avviket gjelder avvik og uønskede hendelser, systemtekniske forbedringsforslag, HMS, informasjonssikkerhet og noen få kategorier til. Ved å hake av for avvik og uønskede hendelser får den ansatte kun opp et skjema som alternativ - «Melding av uønskede hendelser, avvik og forbedringsforslag».

Figur 1.4.2 Steg 2 i meldeskjema - meldingsansvarlig

Arbeidsøet

Søk i dokumenter

Gå til visningsdelen

Logg ut

Dokumenter Meldinger Risikoer Aktiviteter

Registrer melding

> Vis utkast til meldinger

Fra enhet: Bergen legevakt Sykepleiere

Til enhet: Bergen legevakt Sykepleiere * v

Kategori: 1 - Uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag v

Skjema: Melding av uønskede hendelser, avvik og forbedrin v

Tittel: Tittel hentes ved registrering

Meldingsansvarlig: Skriv inn bruker v

Registrer uønsket hendelse / avvik eller forbedringsforslag

Kritikkverdige forhold skal varsles i BKVarsling ?

Meld på vegne av andre

Registrer melding Saksbehandle melding Opprett tiltak Utfør tiltak Godkjenn tiltak Lukk melding

Etter å ha valgt skjema får den ansatte automatisk opp nærmeste leder som meldingsansvarlig, her anonymisert. Melder kan velge å endre mottaker til andre ansatte i kommunen, dersom det er mer hensiktsmessig, ved å søke opp navn. Melder vil da få opplyst informasjon om hvor den ansatte jobber, som hjemmebaserte tjenester, sykehjem, skole, enhet for allmenmedisin for å nevne noe. Man får også opplyst hvilken avdeling, sone eller trinn den enkelte er ansatt i. Mottaker av meldeskjemaet kan videresende avviket til andre personer senere ved behov.

Videre kan en hake av for om kan melder på vegne av andre, både andre ansatte i kommunen eller studenter/lærlinger. Dersom den ansatte ønsker veiledning i skjemaet kan han/hun trykke på prosess-lenken, her markert på «registrer melding» og bli satt direkte over i aktuell veileder. For å komme videre i skjema må en velge sakstype/hendelse. Alt markert med rød stjerne er obligatorisk å krysse av for/fylle ut. I neste steg får melder opp ulike kategorier, se under.

Figur 1.4.3 Steg 3 i meldeskjema – kategori

Kategorisering

Velg den kategorien som passer best for den uønskede hendelsen, avviket eller forbedringsforslaget du vil registrere:

- * Brann/branntilløp
- Fysisk vold
- Fysisk arbeidsmiljø og bygg
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Legemiddelhåndtering
- Psykososiale, organisatoriske- og ledelsesforhold
- Saksbehandling
- Samhandling og kommunikasjon
- Smittevern/biologisk smitte/personlig hygiene
- Tjenester/tjenesteproduksjon
- Trusler og trakassering
- Uhell og arbeidsulykker
- Utstyr/materiell/teknologi
- Ytre miljø
- Øvrige fagspesifikke kategorier

Fysisk vold

- * Biting
- Kastet gjenstand
- Kniping/lugging
- Kloring
- Holding
- Slag/spark
- Skubbing/dytting
- Skalling
- Stikking
- Spyting

Hvem forårsaket hendelsen? ⓘ

- * Tjenestemottaker
- Tredjepart (innbygger, publikum, pårørende, leverandør)
- Andre


Kryss her hvis du vil registrere at hendelsen skjedde flere ganger

Avhengig av hvilken kategori man krysser av for får man opp ulike underkategorier, her illustrert med fysisk vold som kategori.

Melder må videre krysse av for hvem som forårsaket hendelsen, eksempelvis tjenestemottaker eller andre. Dersom hendelsen har hendt flere ganger kan dette også krysses av for, eksempelvis dersom utagering hendte tre ganger på samme vakt.

Figur 1.4.4 Steg 4 i meldeskjema – beskrivelse av hendelsen

Beskrivelse

Sakstittel: Tittelen bør være kort og relevant ved å inneholde nøkkelord. 

NB: Ikke skriv personopplysninger.

*

Gi en beskrivelse: Gi en kort beskrivelse NB: Ikke skriv personopplysninger i beskrivelsen


*

Årsak: Gi en kort beskrivelse av hvorfor den uønskede hendelsen/avviket oppstod.

NB: Ikke skriv personopplysninger i beskrivelsen

Hvem ble berørt av den uønskede hendelsen/avviket?

* Ansatt
 Tjenestemottaker (elev/ barn/ bruker etc)
 Ansatt og tjenestemottaker
 Tredjepart (innbygger/ publikum/ pårørende/ leverandør)
 Ingen ble berørt

Hvis relevant: Oppgi referanse til mappe/journal/sak: 

Fikk den uønskede hendelsen/avviket en konkret konsekvens?

* Ja
 Nei
 Nei, men under andre omstendigheter kunne det fått konsekvenser (tilløp til skade)

Videre må den ansatte fylle inn en nærmere beskrivelse av hendelsen. Årsaken til *hvorfor* den uønskede hendelsen eller avviket oppstod er ikke obligatorisk å fylle ut, men melder må krysse av for hvem som ble berørt av hendelsen, og om den fikk en konkret konsekvens.

Figur 1.4.5 Steg 5 i meldeskjema – tiltak

Tiltak: Gi en kort beskrivelse av allerede utførte straktiltak. Om du har flere forslag til tiltak, oppgi hvilke.
NB: Ikke skriv personopplysninger i beskrivelsen

Vedlegg (bilder/filer):
 NB! Ikke legg ved bilder eller dokumenter som kan identifisere personer

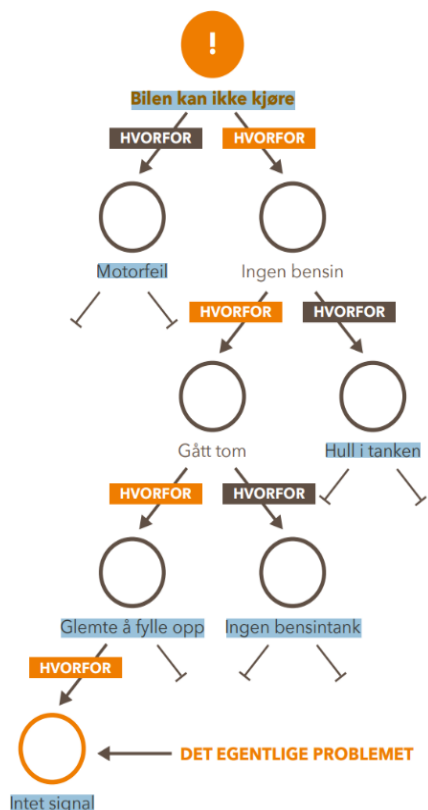
Obs: Husk at meldingen din ikke skal inneholde personopplysninger. Klikk her for å lese mer om hva personopplysninger er.

Avslutningsvis, kan melder velge å gi en kort beskrivelse av utførte tiltak, eller forslag til tiltak. Melder kan også velge å legge ved bilder/filer, eksempelvis bilde av en ødelagt stol, kløremerker eller lignende. Helt til slutt kan melder velge å enten registrere meldingen eller lagre den som et utkast og fortsette på den senere.

Når avviket er levert sendes det ut en automatisk epost til meldingsansvarlig med informasjon om å gå inn i BK-kvalitet for å lese og behandle avviket. Meldingsansvarlig må utføre en obligatorisk behandling av avviket, før det lukkes, og anbefales å utføre en årsaksanalyse for å finne rotårsaken til hendelsen.

Meldingsansvarlig oppfordres til å ta i bruk «5xhvorfør», et verktøy for kvalitetsforbedring beskrevet på side 51 i Forbedringsguiden utgitt av I trygge hender 24-7, 2018). Forbedringsguiden er en del av *I trygge hender 24-7* og inneholder modeller og verktøy til bruk i forbedringsarbeid (2018).

Verktøyet baseres på at en stiller seg spørsmålet «hvorfør» fem ganger for å komme fram til den reelle årsaken til et problem, se illustrasjon hentet fra Forbedringsguiden. Dersom en kun ser på den umiddelbare årsaken til problemet, her ingen bensin, vil det ikke være et tilstrekkelig tiltak å be ansatte om å huske å fylle på drivstoff. I stedet må man dykke dypere inn i en årsaksanalyse, ved å stille seg spørsmålet hvorfor fem ganger, slik at man kommer til rotårsaken, her «*intet signal*»,



Figur 1.4.6 '5 x hvorfor'

Hentet fra *I trygge hender*, 2018, s.51

at bilen mangler varselsignal for lite bensin. Ved å reparere varselsignalet vil en kunne forebygge lignende hendelse i framtiden.

Videre må lederen vurdere og iverksette nødvendige tiltak før avviket lukkes. Meldingsansvarlig kan registrere at meldingen ikke klassifiseres som et avvik, men heller som en uønsket hendelse, dersom den faller inn under definisjonen som beskrevet i avsnitt 1.3. Vedkommende kan også sende avviket på høringsrunde til andre aktuelle personer eller etterspørre opplysninger fra melder ved behov. Dersom avviket ikke er lukket etter 14 dager mottar meldingsansvarlig en påminnelse på epost. Meldingsansvarlig kan se bort fra påminnelsen dersom han eller hun har startet på avviksbehandling og/eller er i gang å iverksette tiltak.

Alle avvik som meldes inn via BK-kvalitet lagres og meldingsansvarlig har til enhver tid oversikt over alle meldinger vedkommende er ansvarlig for, både de som er behandlet, påbegynt og de som står ubehandlet. Alt som registreres i BK-kvalitet er det mulig å hente ut statistikk på, men dette er ikke tilgjengelig for den enkelte ansatte. Statistikk brukes eksempelvis av ulike kvalitetsutvalg og arbeidsmiljøutvalg, og for å rette økt politisk søkelys på utfordringer i kommunen, for å nevne noe. I neste avsnitt presenteres relevant statistikk for kommunen.

1.5 Statistikk fra BK-kvalitet på byrådsnivå

I etterkant av intervjuet med ansatte fra Avdeling for kvalitet og styring har jeg fått tilsendt beskrivende statistikk fra 01. januar 2019 til 04.september 2022. En del av statistikken under er på byrådsnivå, da det var ikke mulig å hente ut spesifikk statistikk fra den enkelte enhet i alle eksemplene, men lederne kan hente ut tallmateriale for eget arbeidssted. Tabell 1.5.1 viser antall innmeldte avvik til byrådsavdelingen for eldre, helse og frivillighet. Statistikken er fra 01.01.2019 hvor en gikk over til meldeskjemaet i BK-kvalitet slik det brukes i dag, til 04.09.2022.

Tabell 1.5.1 Innmeldte avvik på byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet

2019	8047
2020	14617
2021	15642
2022 (per 04.september)	11351

Tabell 1.5.2 Ubehandlede avvik på byrådsnivå

2019	610
2020	412
2021	1114
2022 (per 04.september)	4976

Her vises antall avvik som står ubehandlet på byrådsnivå, for alle avdelinger/enheter. Legg merke til den kraftige økningen i 2021 og 2022. Det fremkommer ikke en kraftig økning i antall innmeldte avvik fra 2020 til 2021 dersom en ser på tabell 1.5.1, så økningen i ubehandlede avvik kan ikke forklares gjennom dette. En plausibel tolkning av

disse trendene er at pandemien har gitt en økt arbeidsmengde på ledernivå, som har resultert i at mange avvik står åpne, fordi de ikke har blitt fulgt opp. Å besvare hvorfor det er slik faller utenfor rammen av denne oppgaven.

Tabell 1.5.3 Antall avvik eller uønskede hendelser/meldinger vurdert som avvik / differanse

2019	29015	16359	12656
2020	36803	19996	16807
2021	39606	20710	18896
2022 (per 04.sept)	30347	14683	15664

Når ansatte sender inn meldeskjema i BK-kvalitet krysser de av for om hendelsen går under kategori avvik/uønsket hendelse eller forbedringsforslag. Dersom melder krysser av for avvik/uønsket hendelse må leder under avviksbehandlingen krysse av for om hendelsen klassifiseres som et avvik eller ikke. Dette betyr at det er leder som må skille avvik og uønskede hendelser fra hverandre. Bergen kommune viser til følgende definisjon av avvik og uønskede hendelser; «*En uønsket hendelse kan være feil eller mangler som omfatter teknologi, systemer, verktøy, materiell, drift og mennesker. Et avvik er brudd på lover, forskrifter, regelverk eller prosedyrer*» (Bergen kommune, 2022).

Inntil 04.09.2022 var det eksempelvis 15664 hendelser som var rapportert inn som avvik/uønsket hendelse av melder, hvor leder ikke har vurdert hendelsen til å gå innunder definisjonen for et avvik. Hendelsen er da trolig en uønsket hendelse. Alle tall er på byrådsnivå.

Tabell 1.5.4 Kategorier av avvik som er meldt hyppigst i 2021 og 2022

2021	Legemiddelhåndtering 11331	Fysisk vold 6775	Uhell og arbeidsulykker 3857	Tjenester / tjenesteproduksjon 3444
2022 (per 04.09)	Legemiddelhåndtering 9239	Fysisk vold 5105	Tjenester / tjenesteproduksjon 2630	Uhell og arbeidsulykker 2590

Tabellen viser hvilke kategorier som, på byrådsnivå, er meldt inn hyppigst i 2021 og 2022. Det er ikke inkludert statistikk fra 2019 og 2020 da meldeskjemaet ble revidert og forbedret disse årene. Tallene under kategori er antall innmeldte avvik for tilhørende kategori. Legemiddelhåndtering er klart rapportert hyppigst begge år.

Statistikken presentert i dette avsnittet skisserer omfanget av avvik og uønskede hendelser i Bergen kommune, hvor denne studien er utført. Til og med tredje kvartal i år var det meldt inn 11351 meldinger om avvik/uønskede hendelser i enhet for eldre, helse og frivillighet. Samtidig vet en at det forekommer underrapportering, og at de reelle tallene sannsynligvis vil være høyere (Dragland, 2015. Hofstad, 2015c. Reppen, 2022. Olsen, 2007, Huuse et.al 2021). Avvik innen legemiddelhåndtering er klart kategorien som rapporteres hyppigst på byrådsnivå, og en kategori hvor en man med stor

sannsynlighet kan anta at helse- og omsorgstjenesten står for de fleste innrapporteringene. Allerede i 2012 viste Helse- og omsorgsdepartementet til behov for økt innsats mot legemiddelavvik, og St.melding 10, fra samme år, påpekte hvordan feil bruk av legemiddel var en av de to ledende årsakene til pasientskader. Meldingen la videre fram at «Regjeringen vil forbedre systemene for hvordan vi skal lære av feil, avdekke risiko, og skape en kultur for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.» (s. 8). Likevel ser vi et ytterligere behov for innsats i dette arbeidet ti år senere.

Statistikken fra Bergen kommune viser omfanget av meldinger, men også en potensiell positiv utvikling. At forekomsten av avvik, rapportert i systemet, øker viser at ansatte bruker meldesystemet til å varsle leder om områder med behov for forbedring. Færre innrapporteringer av avvik er ikke et tegn på økt pasientsikkerhet i seg selv, kanskje snarere tvert imot, ved at dette ikke gir noen garanti for at det *faktisk* forekommer færre hendelser. At ansatte rapporterer hendelser, er positivt og synliggjør behovet for ytterligere innsats i pasientsikkerhetsarbeidet. Statistikken viser også at om lag halvparten av meldingene som ble registrert innen tredje kvartal i år, blir vurdert som avvik av meldingsansvarlig. Dette indikerer at ansatte i kommunen ikke bare melder inn hendelser som har ført til brudd på lover, forskrifter, regelverk eller prosedyrer, men at ansatte også rapporterer inn hendelser som kvalifiseres som feil eller mangler. Dette er i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger som presiserer hvordan systematisk forbedringsarbeid fordrer innrapportering av alle typer uønskede hendelser (2016, s.15). Samtidig er det behov for kunnskap om hva som ligger bak disse tallene, herunder medarbeidernes motivasjon for avvikrapportering og hvordan dette gjenspeiles i sykepleiernes og legers meldekultur. I neste kapittel belyser jeg nærmere hvordan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fordrer innrapportering av hendelser, men aller først er det behov for en gjennomgang av ulike perspektiver og fra tidligere forskning, samt noen samt begrepsavklaringer.

2.0 Analytisk rammeverk

Forrige kapittel ga en introduksjon til meldesystemet som Bergen kommune bruker i dag, og presenterte relevant statistikk i forhold til bruksomfanget. I det følgende vil jeg gå nærmere inn på ulike perspektiver på avvik, og bakgrunnen for hvorfor avviksrapportering er sentralt i pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid i helsetjenesten.

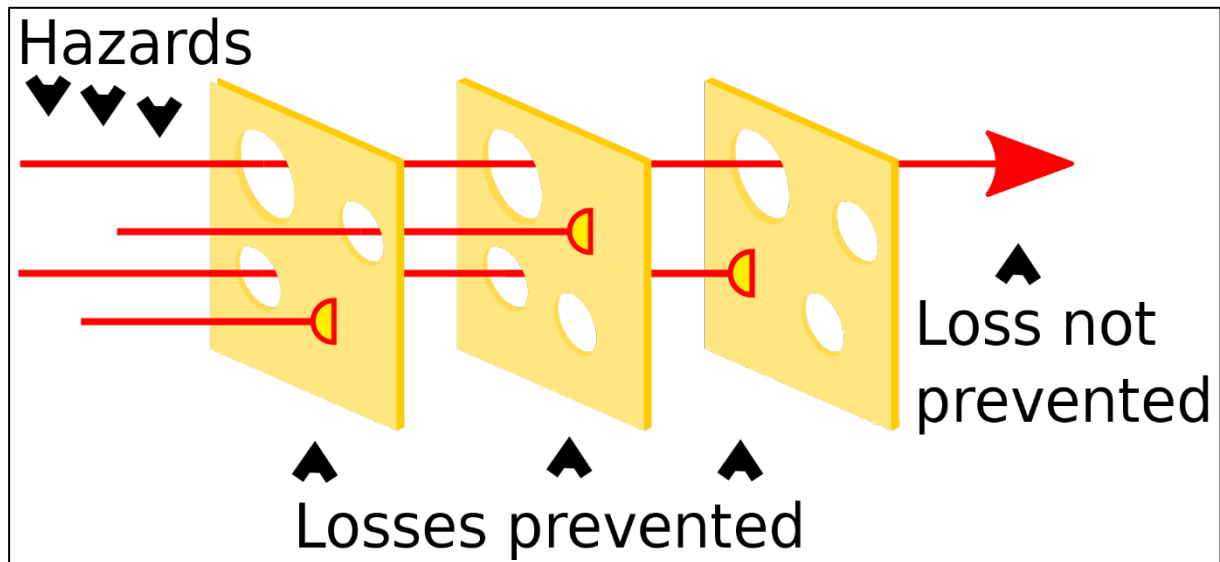
2.1 Perspektiver og tidligere forskning

Begrepene pasientsikkerhet og kvalitet er i helsevesenet tett knyttet opp til hverandre. I andre utgave av standardverket *Patient Safety* presiserer Charles Vincent hvordan pasientsikkerhet er sentralt for helsevesenets kvalitet, på bakgrunn av det faktum at helsetjenester kan skade oss så vel som helbrede oss (Vincent, 2010, s. IX, egen oversettelse). På denne måten vektlegger han fravær av skade som indikasjon på god kvalitet. Den tette koblingen mellom pasientsikkerhet og kvalitet ser vi eksempelvis i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023 (Helsedirektoratet, 2019). Handlingsplanen er utarbeidet for blant annet å legge til rette for at kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan innfris. Intensjonen bak forskriften er, blant annet, å sikre kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I en nyere norsk lærebok, viser Karina Aase hvordan sikkerhet som begrep er en del av «et bredere kvalitetsbegrep som også inneholder andre dimensjoner eller egenskaper» (2018, s. 15). I Helsedirektoratets veileder til forskriften defineres god kvalitet som at tjenesten er virkningsfull, trygg og sikker, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017c).

Aase presentere ulike teoretiske bidrag for å forstå organisatoriske årsakssammenhenger for uønskede hendelser (2018). Dette er ulike perspektiver, modeller og teorier som forsøker å forklare hvordan ulykker kan forstås som fenomen, hvorfor de oppstår, hvordan de kan overvåkes, unngås og/eller håndteres (Aase, 2018 s.27-29). Disse perspektivene inkluderer energi- og barriereperspektivet, Perrows teori om normale ulykker, teorien om høypålitelige organisasjoner, informasjonsbehandlingsperspektivet, beslutnings- og målkonflikts perspektiver og *resilience engineering*-perspektivet. Siden flertallet av disse er basert på ulykker innen industri og transport er de ikke fullgode teorier for å forstå pasientsikkerhet i helsetjenesten helhetlig.

Det eksisterer ingen overordnet og allment akseptert teori om pasientsikkerhet, men et økende fokus på utfordringer knyttet til uønskede hendelser i helsevesenet har gitt mange forskningsbidrag og konseptuelle modeller som belyser ulike aspekter ved pasientsikkerhet som fenomen, både deskriptivt og normativt. Det finnes i dag mye forskning om bakgrunn og konsekvens av avvik og uønskede hendelser i helsetjenesten. WHO viser til hvordan en økende kompleksitet i helsevesenet øker risikoen for feil (2019). Denne kompleksiteten nødvendiggjør sikkerhetstiltak i ulike ledd for å redusere forekomsten av latente feil. Latente feil kan beskrives som identifiserte eller uidentifiserte risikoområder. Sveitserost-modellen, utarbeidet av James Reason, illustrerer for

eksempel metaforisk hvordan en serie av slike risikoområder, her illustrert som hull i en ost, kan resultere i feil (Engen, 2021). Dersom helsetjenesten har mange risiko-områder øker sjansen for at feil ikke fanges opp i systemet og stoppes, og dermed resulterer i feil. Jo flere risikoområder (hull) en klarer å dekke ved treffsikre sikkerhetstiltak, jo bedre rustet er systemet for å fange opp feil og på den måten redusere risiko for feil.



Figur 2.1.1 Reasons sveitserost-modell, illustrasjon av Ben Aveling (CC BY-SA 4.0).

Hvor rustet en organisasjon er for å håndtere ulike hendelser kan knyttes til begrepet *resiliens*, som på norsk oversettes til begrepet robusthet. Begrepet brukes for å beskrive en organisasjons evne til å håndtere ytre påkjenninger uten at slik tilpasningsdyktighet resulterer i alvorlige ulykker (Aase, 2018, s. 28). Aase beskriver en resilent organisasjon som en organisasjon som har «evnen til å identifisere grensene for sikker drift, å styre unna brudd på grensene på en kontrollert måte og å hente seg inn etter et eventuelt tap av kontroll» (2018, s. 28). BK-kvalitet kan dermed sees på som et verktøy for å finne og tette hull i «sveitserosten». Men det er grunn til å spørre om man til tross for slike verktøy kan tette alle sikkerhetshull i en helseorganisasjon og oppnå full resiliens?

WHO presiserer hvordan det er menneskelig å feile og dermed urealistisk å forvente individuell perfeksjon (2017). På bakgrunn av dette er vi mennesker avhengig av at systemet rundt oss bidrar til å beskytte oss mot å gjøre feil. Helsevesenet må derfor fokusere på pasientsikkerhet på et systemnivå, fremfor å utelukkende årsaks-forklare hendelser med menneskelig svikt (Riksrevisjonen, 2016). Riksrevisjonens kontroll av statlige selskaper for 2015 beskriver eksempelvis hvordan ledere i helsevesenet som jobbet for å avdekke potensielle systemforklaringer i større grad ville kunne nyttiggjøre seg av læringsperspektivet og iverksette treffsikre tiltak (2016). Kontrollen viste også til hvordan et avvikssystem kan oppleves som et angiverisystem dersom hendelser forklares ved at en enkeltperson har gjort en feil, noe som kan øke terskelen for at ansatte tørr å melde fra om avvik og uønskede hendelser (2016, s. 17). Dette viser til et behov for grundigere årsaksanalyse ved avvik og uønskede hendelser slik at en i større grad kan bruke slike hendelser til å styrke organisasjonens resiliens.

Forskning i feltet har gitt viktige bidrag for å kartlegge årsaker til forekomsten av avvik og uønskede hendelser, samt konsekvensen av disse. Flere studier har også undersøkt

hvilke barrierer som eksisterer for rapportering av avvik blant leger og sykepleiere i Norge, samt andre land, men leger er klart underrepresentert i studiene. Karina Aase viser i sin bok *Pasientsikkerhet* fra 2018 til et behov for forskningsbidrag innen pasientsikkerhet i kommunale helse- og omsorgstjenester, samt kartlegging av uønskede hendelser og læring av slike (s.22). Dette er også presisert i *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet* (Helsedirektoratet, 2019). Studier innen avvik, rapportering og pasientsikkerhet har også avdekket et behov for å skaffe mer kunnskap om hva som fremmer, og hva som hemmer varsling av uønskede hendelser (Ulvund, Rokstad og Vatne, 2016). Andre studier har samtidig sett et behov for å sikre økt bevisstgjøring rundt avviksrapportering, da spesielt blant leger (Ademi, 2017). Denne undersøkelsen må således leses som et bidrag til å fylle dette kunnskapshullet.

Med dette som utgangspunkt, skal vi nå se nærmere på hvordan avvik og uønskede hendelser defineres i helsevesenet.

2.2 Avvik og uønskede hendelser

Karina Aase har oversatt verdens helseorganisasjons definisjon av en uønsket hendelse til norsk, som følger:

«En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer, og utstyr som brukes for å levere tjenestene. Uønskede hendelser kan være mulig å forebygge eller ikke» (2018, s 16-17).

Denne definisjonen legger skade som et kriterium for en uønsket hendelse, noe som byr på noen dilemmaer. Dersom en pasient får utdelt feilt legemiddel vil ikke hendelsen klassifiseres som en uønsket hendelse om ikke pasienten tar skade av feilmedisineringen. Hvilken mulighet har helseorganisasjonen da til å avdekke bakgrunn for slike feil og identifisere forebyggende tiltak? Og hvordan skal helsevesenet fange opp konsekvensen av en handling dersom de kun ser et øyeblikksbilde, som for eksempel ved en legevakt, og lar det seg alltid gjøre å skille mellom skade som følge av en komplikasjon ved et sykdomsforløp eller skade forårsaket av klinisk behandling? Dersom en setter WHO´s definisjon på uønskede hendelser som kriterie for innrapportering vil en gå glipp av et stort læringsperspektiv som potensielt kan true pasientsikkerheten.

Kohn et al. viser til hvordan frivillig rapportering er spesielt nyttig for å avdekke og identifisere feil som forekommer for sjeldent til at organisasjoner kan oppdage disse selv (2000). Slik rapportering kan gi bedre mulighet til å avdekke systemiske årsaker som den enkelte ikke nødvendigvis er i stand til å identifisere på egenhånd basert på engangs hendelser. Ved å også ha fokus på å rapportere uønskede hendelser og nesten-hendelser, før de resulterer i skade eller alvorlige hendelser, kan en i større grad forhindre slike ved å avdekke og rette opp i risikoområder i forkant (Kohn et al. 2000). Dette viser hvor viktig det er i pasientsikkerhetsarbeid å også fokusere på rapportering av uønskede hendelser *før* de resulterer i skade.

Bergen kommune bruker, som vi så i avsnitt 1.3, i dag følgende definisjon på avvik og uønskede hendelser;

«En uønsket hendelse kan være feil eller mangler som omfatter teknologi, systemer, verktøy, materiell, drift og mennesker. Et avvik er brudd på lover, forskrifter, regelverk eller prosedyrer» (Bergen kommune, 2022).

Hverken definisjonen for uønskede hendelser og avvik legger skade, eller risiko for skade, som kriteria for innrapportering. På denne måten åpner Bergen kommunes definisjon opp for å inkludere langt flere hendelser enn Verdens Helseorganisasjon gjør. Definisjonen legger heller ikke føringer på hvor alvorlig hendelsen skal være før den skal meldes inn. På denne måten er avvikssystemet i Bergen kommune tråd med intensjonen bak pasientsikkerhetsarbeidet i Norge, nemlig å jobbe for vern mot skade *eller risiko for skade* i helsevesenet. I neste avsnitt presenterer jeg hvordan man i Norge jobber med pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og hvilken rolle avviksrapportering har i dette arbeidet.

2.3 Avvik som en del av pasientsikkerhetsarbeid

Begrepet pasientsikkerhet er vidt og kan tolkes ulikt etter kontekst. Felles for de fleste definisjoner er fokus på minimering av skade eller risiko for skade.

Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender 24/7* beskriver pasientsikkerhet som «vern mot unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (2021).

Verdens helseorganisasjon definerer pasientsikkerhetsarbeid som «arbeid mot å forebygge og redusere risiko, feil og skade som oppstår hos pasienter under helsevesenets ivaretagelse eller tjenester» (egen oversettelse, WHO, 2019). Som beskrevet innledningsvis beskriver WHO læring av feil og uønskede hendelser som en nøkkelfaktor i sikkerhets- og forbedringsarbeidet (2019).

Fra 2011 til 2013 ble Pasientsikkerhetskampanjen iverksatt i Norge. Kampanjen hadde fokus på å redusere unødige pasientskader gjennom å bygge varige system og strukturer for pasientsikkerhet, samt bedre pasientsikkerhetskulturen (Kunnskapscenteret, 2014). Kampanjen hadde stor innsats i spesialisthelsetjenesten, men deltakelse for kommunale helse- og omsorgstjenester var frivillig. Samtidig hadde kampanjen et mål om at 25% av kommunene ville ha startet arbeid med relevante tiltak innen utgangen av 2013. Dette målet lyktes kampanjen med, da det kommer frem i sluttrapporten at 38% «av kommunene hadde implementert relevante innsatsområder ved minimum ett sykehjem eller i hjemmetjenesten» (Kunnskapscenteret, 2014, s.5). I spesialisthelsetjenesten ble det i forbindelse med kampanjen gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse i 2012. Sluttrapporten for kampanjen viser til en intensjon om å gjennomføre tilsvarende undersøkelse årlig fra 2014-2019. Undersøkelsen har senere blitt gjentatt i 2014 og 2018, dog kun i spesialisthelsetjenesten (itryggehender, 2020). Kampanjen ble senere videreført som Pasientsikkerhets-programmet fra 2014 – 2018, hvor målet var å redusere pasientskader med 25% fram til 2019 (regjeringen.no, 2014). Fra 2019 samlet man pasientsikkerhetsarbeidet i Norge under et felles slagord - *I trygge hender 24/7*, som en videreføring og videreutvikling av arbeidet (*I trygge hender*, 2021). Den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fra 2019 – 2023, som er en del av dette arbeidet, beskriver pasientsikkerhetsinnsatsen i kommunale helse- og omsorgstjenester som *nybrottsarbeid*. Videre viser handlingsplanen behov for «særlig oppmerksomhet mot kommunale helse- og omsorgstjenester» knyttet til forskning og på pasientsikkerhet i den nasjonale satsningen (2018, s.19). Tiltak 3c i handlingsplanen sikter på å undersøke muligheten for felles undersøkelse av pasientsikkerhetskulturen i disse tjenestene (Helsedirektoratet, 2019, s.17)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ble publisert av Helse- og Omsorgsdepartementet i 2016. Målet med forskriften er blant annet å bidra til kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Forskriftens § 6g presiserer hvordan øverste leder skal ha oversikt over avvik og uønskede hendelser i egen virksomhet (Helsedirektoratet, 2017a). Helsedirektoratet beskriver hvordan «en godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en *forutsetning* for å avdekke og forebygge avvik» (2017a). §8e i forskriften plikter den med overordnet ansvar for virksomheten å gjennomgå avvik og uønskede hendelser for å forebygge lignende forhold (Helsedirektoratet, 2017b). Videre avvikshåndtering med analyse av årsak vil igjen fremme læring og gjøre det mulig å avdekke tiltak som kan sikre forebygging mot lignende hendelser i fremtiden. Bernt Høye, tidligere helse og omsorgsminister, oppsummerer dette perspektivet i et svar lagt ut på Stortinget.no;

«Avslutningsvis vil jeg understreke at det viktigste tiltaket for å unngå pasientskader er at ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten sammen arbeider systematisk med forebygging av skader. Dette fordrer blant annet kompetanse i risikovurdering og kvalitetsforbedring, og en kultur der det er trygt å melde og snakke åpent om hendelser som har eller kunne skjedd for å lære av dem. Jeg vil fortsette å vektlegge arbeidet med pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet for de ansatte som ett felles viktig område for ledelsen. Det er gjennom åpenhetskultur, ledelse og systematisk arbeid vi kan lære av egne og andres alvorlige hendelser» (13.august, 2020).

Her presiseres samarbeid mellom ledere og helsepersonell, i arbeidet med systematisk forebygging av skader. Dette viser også til et behov for en felles forståelse av hensikten med slikt arbeid. For å innfri forventningene og ønsket om åpenhetskultur og systematikk er det sentralt å avdekke hvilken meldekultur som eksisterer i dag, hva som fremmer motivering av avviksrapportering og hvilke holdninger ansatte har til avviksrapportering. Dette undersøker min studie nærmere gjennom en kvalitativ tilnærming til feltet.

3.0 Metode

3.1 Kvalitative intervju

Som nevnt innledningsvis, presiserer Strand hvordan en kultur defineres ut ifra dens medlemmer, og hva de selv legger i den (2018). «Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem? [...] det er gjennom samtale vi lærer folk i å kjenne», presiserer Kvale og Brinkmann innledningsvis, i boken *Det kvalitative forskningsintervju* (2021, s.19). I denne studien var det nettopp informantenes egne perspektiver, meninger, holdninger og erfaringer knyttet til avvik og avviksrapportering jeg ønsket å undersøke. Derfor ble det et naturlig valg å bruke kvalitativt intervju som forskningsmetode. Det finnes flere ulike metoder for gjennomføring av slike intervju, eksempelvis strukturert, semistrukturert eller ustrukturerte intervju (Drageset og Ellingsen, 2011). Hvorvidt intervjuet klassifiseres som strukturert eller ustrukturert er avhengig av hvor mange føringer forsker legger for intervjuet, om intervjuet baseres på lukkede spørsmål og faste svaralternativer, eller åpner for refleksjon hos informanten. Ettersom jeg ønsket å la informantene reflektere fritt, for på den måten få et bredt innblikk i deres erfaringer, var det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i dybdeintervju med åpne spørsmål som la få føringer på informantenes svar (Tjora, 2021, s.128). Gjennom å åpne opp for at informantene kan gå i dybden, kan intervjuet ta en annen retning, og informantene svare på andre spørsmål, enn det forskerens var i stand til å forutse i forkant av intervjuet. Dette kan likevel gi nyttige innsikter om deres forhold til avvik og meldepraksis, og avdekke relevante tema for forskningen (Tjora, 2021, s 128). Gjennom en slik tilnærming, blir det også mulig å jobbe induktivt fra empirisk data, fremfor en ren teoribasert fremgangsmåte med utgangspunkt i forkunnskaper om temaet. Dette skaper imidlertid et behov for en balansegang mellom behov for frihet for informanten og behovet for strukturering av intervjuet for forsker (s.134). Utformingen av intervjuguiden kombinerte likevel deduktive elementer ved at den også var utarbeidet på bakgrunn av egne forkunnskaper og perspektiver på avvik, som presentert i kapittel 1, og erfaring med meldeskjema i BK-kvalitet.

Kvale og Brinkmann viser til syv ulike former for forskningsintervju, avhengig av kontekst og hensikt (2021, s.176). Ettersom intensjonen for intervjuene var en kombinasjon av å få fram variasjoner av erfaringer og refleksjoner knyttet til avviksrapportering, samt informantens egne fortellinger om avvik og uønskede hendelser fra arbeidsplassen, er formatet jeg har brukt en kombinasjon av begreps- eller fenomenintervju og narrativt intervju (Kvale og Brinkmann, 2021 s.180-182). Informantenes *egne* fortellinger fra arbeidsplassen ville forhåpentligvis gi en bredere og mer praktisk utdyping av hvordan den enkelte forstod og håndterte avvik og uønskede hendelser, samt hvilken mening de tilskrev slike hendelser.

Samtidig som jeg ønsket at informantene fikk dele fritt, var intervjuet også innrettet for å gi et sammenligningsgrunnlag mellom informantene. Det var derfor også hensiktsmessig å ta utgangspunkt i noen strukturerte og standardiserte spørsmål. Valg av metode falt derfor til slutt på et semistrukturert dybdeintervju. Jeg hadde ingen tidligere erfaring med slike intervju og ønsket derfor å utarbeide en intervjuguide som hjalp meg å holde oversikt og sikre at intervjuene ble gjennomført på en slik måte at

data kunne sammenlignes i ettertid. De standardiserte spørsmålene ble formet på bakgrunn av forkunnskap om avviksmeldinger fra egen erfaring, samt tidligere funn fra forskning. Sammen med de åpne spørsmålene ble intervjuguiden utarbeidet gjennom en kombinasjon av både induktive (fra empiri til teori) og deduktive (fra teori til empiri) elementer.

For å finne fram til relevante spørsmål tok jeg utgangspunkt i studiets problemstilling: *Hvilken motivasjon ligger bak rapportering av avvik, og hvordan gjenspeiles dette i meldekultur blant sykepleiere og leger?* Jeg grupperte guiden først opp i fire hovedkategorier som samlet ville dekke ulike sider ved de ansattes motivasjon og meldekultur. Disse hovedkategoriene reflekterer åpne forskningsspørsmål knyttet til informantenes erfaring, deres brukerperspektiv, holdninger/verdier, forventninger og endringsbehov, herunder:

1. *Hvilke erfaringer har sykepleiere og leger i Bergen kommune med avvik?*
2. *Hvilke holdninger og verdier rundt avvik er fremtredende blant disse to profesjonene?*
3. *Hva motiverer til rapportering av avviksmeldinger, og hvilke forventninger har informantene til avviksbehandling?*

Den videre operasjonaliseringen av disse fire temaene som forskningsspørsmål gjennom utforskning av dataene, beskrives i ytterligere detalj i kapittel 4. Ved å svare på disse forskningsspørsmålene håper jeg studiet vil gi verdifull informasjon som bidrar til å øke vår forståelse av avviksarbeidet i helsetjenesten, og at undersøkelsen kan bidra til læring om variasjon i meldekultur blant sykepleiere og leger. Ytterligere detaljert informasjon om intervjuguiden følger i avsnitt 3.3.

3.2 Rekruttering og utvalgsstrategi

For å besvare forskningsspørsmålet for studiet ønsket jeg å inkludere sykepleiere og leger som informanter. Det var naturlig å ta utgangspunkt i ansatte i Bergen kommune, med hensyn både til praktiske forhold som tilgjengelighet til arbeidsplassene, tidligere erfaringer, og egen kjennskap med avviksrapportering i kommunen. Ved å inkludere personer som var ansatt i kommunen sikret jeg også et felles sammenligningsgrunnlag ved at samtlige av informantene hadde tilgang til BK-kvalitet og meldeskjemaet der. En slik avgrensning kan omtales som en case-studie, som kjennetegnes ved at undersøkelsen utføres i settinger, eksempelvis enheter, med en naturlig avgrensning (Tjora, 2021). Gjennom en organisasjonsmessig avgrensning kunne jeg i dette tilfellet også gjøre en sammenligning mellom informantene nå det kom til bruk og erfaring med ett og samme verktøy. Min tidligere erfaring med det samme verktøyet, både som melder og behandlingsansvarlig for avvik, var også en ressurs både i planleggingen av studien og i fortolkningen av dataene. Jeg vil likevel trekke fram at dette også kan gi noen utfordringer for fortolkningsarbeidet. Dette belyses ytterligere i kapittel 3.7.

Videre ønsket jeg å se på arbeidsplasser hvor begge profesjoner jobbet tett sammen og som tilbyr helsetjenester hele døgnet. Dette var for å sikre et sammenligningsgrunnlag mellom profesjonene ved at de var en del av samme arbeidsgiver og på den måten skulle forholde seg til noenlunde samme melderutiner, enn hvis de kom fra ulike arbeidsplasser. Ved å inkludere døgnåpne helsetjenester ville informantene arbeide med et bredt spekter av pasienttilfeller, og ivareta pasienter med behov for akutt- eller langvarig helsehjelp

levert av både sykepleiere og leger. Ansatte ved eksempelvis helsestasjoner, hjemmesykepleie eller poliklinikker ble derfor ikke vurdert som relevante informanter for denne undersøkelsen.

Overnevnte var utgangspunktet for å rekruttere ansatte ved sykehjem og legevakter i Bergen. For å ha godt sammenligningsgrunnlag ønsket jeg et noenlunde likt antall informanter fra hver av de to profesjonene, samtidig ville jeg ha nok antall informanter til å oppnå en «metning» i dataene (Tjora, 2021, s.292). På bakgrunn av dette tok jeg utgangspunkt i 14 deltakere, hvor syv skulle være sykepleiere og syv skulle være leger. Det var ønskelig å få informanter med ulik profesjon fra samme arbeidsplass.

Jeg ønsket i utgangspunktet å rekruttere en sykepleier og en lege fra hver av de fire legevaktene i Bergen, samt tre sykehjem. Det var et krav at arbeidsplassen aktivt brukte BK-kvalitet for å melde avvik, og at informantene hadde vært ansatt på nåværende arbeidsplass i minimum to år. Intensjonen med dette utvalgsriteriet var å sikre at informantene hadde erfaring og kunnskap knyttet til avvik og meldekultur på egen arbeidsplass. Det ble ikke stilt krav til at informantene selv hadde meldt inn avvik på egen arbeidsplass tidligere, da årsakene til at de eventuelt ikke hadde meldt avvik også ville være interessante å undersøke.

Jeg ønsket å gjennomføre intervjuene individuelt, ettersom avvik for mange er et sensitivt tema som best egner seg i fortrolige samtaler. I tillegg ville jeg på denne måten unngå påvirkning mellom informantene, og få fram deres individuelle synspunkter og refleksjoner rundt avviksmeldinger. Videre ønsket jeg å gjennomføre intervjuene på informantenes egen arbeidsplass, men åpnet for at den enkelte kunne velge hvor intervjuet skulle gjennomføres. En årsak til dette var at jeg ville ta hensyn til informantene og gjøre det enklest mulig for dem å delta, i tillegg til at de da befant seg i kjente omgivelser som ville bidra til at de slappet mer av og fokuserte på innholdet i intervjuet. Jeg tok utgangspunkt i at intervjuene skulle gjennomføres utenom den enkeltes arbeidstid, slik at de ikke kjente på tidspress om å gå tilbake til arbeidet. Dersom de ønsket å gjennomføre intervjuet på egen arbeidsplass ble de bedt om å finne et egnet sted hvor vi kunne sitte uforstyrret.

For å rekruttere informanter ringte jeg innledningsvis til avdelingsledere og/eller enhetsledere ved ulike sykehjem og alle legevaktene i kommunen og informerte om studien. Etter avtale sendte jeg så skriftlig forespørsel om å delta i forskningsprosjektet og samtykkeskjema per epost til avdelingslederne som de igjen ville distribuere ut på sin arbeidsplass. Jeg håpet at dette igangsatte en «snøball», som Tjora beskriver som en utvalgsmetodikk hvor utvalget gradvis vokser gjennom informasjon om aktuelle informanter via disse førstekontaktene (2021, s. 150). Jeg var likevel bevisst på at dette kunne gi en begrenset variasjon i utvalget ved at førstekontaktene på denne måten styrte den videre rekrutteringen. Samtidig ville denne fremgangsmåten også kunne gi meg et adekvat utvalg ved at informasjonen om studiet ble distribuert til så mange aktuelle kandidater samtidig. Jeg håpet at mange ville prate om studien på arbeidsplassen med kollegaer, og at studien ville spre seg raskt i miljøet og fortsette snøballeffekten ved at mange relevante informanter fikk lyst å delta. I retrospekt ser jeg at dette var en noe optimistisk tanke. Basert på den umiddelbare responsen forstod jeg at rekrutteringen ville bli mer krevende enn først antatt. Tjora viser eksempelvis til hvordan metoden fordrer engasjerte førstekontakter, og at rekruttering til studier som omhandler ømfintlige temaer, som avvik kan være, noen ganger krever andre tilnærminger for rekruttering (2021). Mange avdelingsledere informerte om at

sykehjemmet stod i en krevende situasjon med Covid-utbrudd på avdelingen og høyt sykefravær. Enkelte ledere tok også en portvokterrolle, og oppga at de ikke ønsket å sende ut henvendelse til sine ansatte da de allerede stod i høyt arbeidspress og travle arbeidshverdager. Flertallet av sykehjemmene oppga også at de ikke hadde tilgjengelig lege noe som medførte ytterligere utfordringer.

En ting jeg merket i rekrutteringsprosessen var den store ulikheten i respons fra de ulike lederne. Noen ledere anså det som relevant å kommentere om de hadde mange eller få avvik. Hvordan de tolket dette, i positiv eller negativ forstand, varierte også. De lederne som *ikke* ønsket å delta, fordi de hadde få til ingen avvik, oppfordret jeg allikevel til å delta siden dette kunne gi interessante funn. Disse lederne så det derimot ikke som relevant å delta og ønsket derfor heller ikke å distribuere ut informasjon ved virksomheten de var ansvarlige for. På denne måten stoppet rekrutteringsprosessen opp på de ulike arbeidsplassene hvor leder ikke ønsket å videresende forespørselen. Dette kunne vært forhindre ved å kontakte de ansatte på sykehjemmene direkte gjennom oppmøte eller oppslag på arbeidsplassen, men det var ikke hensiktsmessig å gjøre dette når ledelsen allerede hadde sagt nei til å distribuere informasjon.

I første del av rekrutteringen lyktes jeg kun med å få en informant. Flere av sykehjemmene i kommunen opplyste at de hadde få leger som hadde hatt et lengre ansettelsesforhold hos dem tilgjengelig. Årsaker til dette var utfordringer med høyt sykefravær og høy turnover. Flere hadde kun leger inne i korte vikariater og legetjenesten ble delt med andre avdelinger og sykehjem. Flere stod derfor uten tilgjengelig lege eller delte vikarer med andre sykehjem og hadde derfor en begrenset tilgang på legetjenesten. I et forsøk på å lette rekrutteringsprosessen forsøkte jeg derfor å endre kriteriet for deltakelse i studien. Kriteriet knyttet til ansettelseslengde ble derfor justert fra to år til tre måneders ansettelse hos nåværende arbeidsgiver. Jeg sendte også en henvendelse til sykehjemslegevakten i Bergen. Sykehjemslegevakten er en legevakttjeneste for sykehjem i kommunen. Her lyktes jeg etter hvert med å få en informant med lengre erfaring fra mange ulike sykehjem i kommunen.

I runde to av rekrutteringsprosessen kontaktet jeg på ny de ulike avdelings- og/eller enhetslederne jeg tidligere hadde snakket med, og undersøkte om de hadde fått respons fra noen som ønsket å delta. Jeg henvendte meg også til flere andre sykehjem i kommunen. På denne måten fikk lederne ved alle aktuelle sykehjem i kommunen forespørsel om å sende info om studien til sine ansatte. Jeg fikk også bistand fra min veileder, Mads Solberg, som sendte en vennlig påminnelse til avdelingslederne om studien etter en stund.

Videre kontaktet jeg legevaktsjefen i Bergen som deretter distribuerte forespørselen til lederne ved de ulike lokallegevaktene og sykehjemslegevakten. Som et siste forsøk henvendte jeg meg også til Kunnskapskommunen etter anbefaling fra etatsdirektør for etat for sykehjem, men mottok dessverre ikke svar.

Rekrutteringen løsnet så smått fra juni av, og jeg har til sammen fått tilgang til ti informanter. Seks sykepleiere, hvor tre var ansatt ved legevakt og tre ved sykehjem, samt fire leger hvor tre var ansatt ved de samme legevaktene som sykepleierne, og en lege fra sykehjemslegevakten.

Til tross for at jeg endret inkluderingskriteriet knyttet til ansettelseslengde fra to år til tre måneder er det kun en av informantene i studien som har vært ansatt hos nåværende arbeidsgiver i mindre enn to år. Informanten har likevel et lengre ansettelsesforhold i

kommunen fra tidligere. Kriteriet ble i hovedsak endret i et forsøk på å inkludere flere leger fra sykehjem, men dette har jeg dessverre ikke lyktes med. Når det er sagt håper jeg at leseren finner erfaringene fra utvalget innsiktsfulle, til tross for disse begrensningene.

3.3 Intervjuguide

Intervjuguiden ble, som tidligere beskrevet utarbeidet for å sikre at intervjuene ble gjennomført så likt som mulig og med relevante spørsmål som ga meg svar på studiets problemstilling. Denne var basert på fire hovedkategorier jeg ønsket å se nærmere på og som sammen ville belyse ulike faktorer knyttet til motivasjon for avviksrapportering på arbeidsplassen. De fire kategoriene var, som tidligere nevnt, erfaring, brukerperspektiv, holdninger/verdier og endringsbehov. For hver kategori utarbeidet jeg flere spørsmål som ville belyse ulike aspekter ved temaet, og samlet sett kunne besvare studiets problemstilling. Intervjuguiden var lik for både sykepleiere og leger, ettersom jeg ønsket sammenligningsgrunnlag mellom profesjonene. Jeg noterte meg noen eksempler på generelle oppfølgingsspørsmål jeg kunne stille informantene dersom flyten i samtalen stoppet opp. Ytterligere oppfølgingsspørsmål var ikke forhåndsdefinert, men ville være avhengig av den informasjonen som ble delt underveis.

Intervjuguiden besto totalt av 14 spørsmål. Noen krevde kortere svar, som eksempelvis «Har du meldt inn avvik på nåværende arbeidsplass?» og noen lengre svar, basert på mer åpne spørsmål som ga informantene mulighet til mer utfyllende svar som «Dersom du er vitne til at en kollega gjør en feil som resulterer i et avvik – hvordan går du fram og hvorfor?».

Ettersom avvik og avviksrapportering kan være et sensitivt tema var det viktig at det ble forsøkt å opparbeide tillit mellom informantene og meg som forsker. Informantene fikk som nevnt velge om de ønsket å gjennomføre intervjuet via Teams, på egen arbeidsplass eller annet ønsket sted. Ved selve gjennomføring av intervjuene fikk informantene, i tråd med anbefalinger, mulighet til å bli fortrolig med situasjonen gjennom introduksjon til studiet og mer «ufarlige» spørsmål i starten, før jeg gradvis gikk over på mer sensitive og konkrete tema (Tjora, 2021, s.128; Kvale og Brinkmann, 2021 s. 160). Det var naturlig å starte intervjuet med at den enkelte fikk korte spørsmål som inviterte til at de ga en liten introduksjon om seg selv – «Hvor lenge har du jobbet hos nåværende arbeidsgiver og hvilken stilling har du?». Dette var et bevisst valg, til tross for at informasjonen gjerne var gjort kjent for meg tidligere via epost, siden det er hensiktsmessig å innlede med noen «ufarlige» spørsmål som lar informanten ta styringen selv. En naturlig oppfølging for å nærme oss temaet om avvik var så «Hva er ditt forhold til avviksrapportering på arbeidsplassen?». Dette spørsmålet ville også gi meg også en potensiell pekepinn på hvor åpen, trygg og involvert informanten var. Avhengig av mengden informasjon informantene ga i svaret sitt, fikk de så relevante oppfølgingsspørsmål. Underveis i noen av intervjuene var det nødvendig å ta «et steg tilbake» og heller gå nærmere inn på kortere spørsmål som var ment for å invitere til en *gradvis* refleksjon over temaet. I andre intervju fremstod informantene mer avslappet og involvert, kom med mange opplysninger samtidig, og svarte gjerne på flere spørsmål før de i det hele tatt ble stilt. Her var det gjerne behov for oppsummeringer underveis for å forsikre meg om at jeg fikk med meg alt informanten delte og at jeg oppfattet vedkommende korrekt.

Intervjuguiden tok høyde for de informantene som oppga at de ikke var kjent med meldesystemet i Bergen kommune, og som heller aldri hadde meldt avvik. Som forklart i kapittel 3.1 var intervjuet semistrukturert, og jeg åpnet derfor opp for at rekkefølgen på spørsmålene kunne variere alt etter hva som ble naturlig i det enkelte intervjuet. Informantene ble ikke stoppet eller moderert om de svarte på et spørsmål som stod lenger nede i intervjuguiden, og det ble naturlig med en del hopp fram og tilbake. Etter hvert som jeg fikk mer erfaring med å holde intervju, var det lettere å skape en bedre flyt i samtalen.

For informantene som oppga å ha rapportert inn avvik, men utenfor meldesystemet i kommunen, enten muntlig eller per e-post/brev, tilpasset jeg spørsmålene underveis. Disse informantene ville i stor grad få de samme spørsmålene, men med noen relevante justeringer som eksempelvis «Har du meldt inn avvik på nåværende arbeidsplass? Hvis ja, fortell om en gang du har rapportert inn et avvik til din leder. Hvordan gikk du fram?». Informantene som tidligere ikke hadde brukt meldeskjemaet i BK-kvalitet ville ikke få spørsmål som gikk på brukerperspektivet av skjemaet, men heller spørsmål om hva som skal til for at de melder inn avvik ved en senere anledning.

Etter hvert som jeg fikk mer erfaring med å gjennomføre intervju, klarte jeg gradvis å løsrive meg mer og mer fra intervjuguiden, og i større grad ha fokus på interaksjonen med informantene. Kvale og Brinkmann presiserer hvordan intervju fordrer «den gjensidige avhengigheten mellom menneskelig interaksjon og kunnskapsproduksjon» (2021, s. 22). Jeg la merke til hvordan jeg, gjennom å senke skuldrene og fremstå mer avslappet, lettere fikk til en mer naturlig samtale med informantene. Dette opplevde jeg også spilte positivt inn på tilliten informantene hadde til meg, noe kvaliteten på intervjuene er avhengig av (Tjora, 2021).

3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden april – september 2022. I forkant av intervjuene foregikk dialog med informantene gjennom epost eller telefon. Som tidligere nevnt åpnet jeg for at informantene selv fikk bestemme hvor intervjuet ble gjennomført. Seks informanter valgte å delta via Teams og fire valgte å delta ved fysisk oppmøte på egen arbeidsplass. De som deltok via Teams hadde både lyd og bilde på, på denne måten fikk jeg observert gestikulering, mimikk og bevegelser som kunne gi nyttig tilleggsinformasjon om respons på spørsmålene. Informantene fikk tilsendt informasjon om studien og samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Samtykkeskjema ble signert før opptak eller like etterpå.

Informantene var forespeilet en tidsbruk på 45 – 60 minutter per intervju. Varighet på opptakene varierer mellom 25 – 75 minutt. Opptakene er startet etter at informanten har fått informasjon om studien og fremgangsmåte for intervjuet. Se tabell 3.4.1 under for ytterligere beskrivelse av informantene.

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker på mobil via appen *Nettskjema*. Dette sikret at jeg fikk med alt som ble sagt og lot meg fokusere fullt og helt på selve intervjuet. Jeg tok likevel stikkord underveis for å lettere kunne finne tilbake til relevante tema samt å sikre noe data dersom det skulle skje noe med opptakene.

Alle intervjuene ble gjennomført på tomannshånd. De som ønsket at vi gjennomførte intervjuet på deres egen arbeidsplass hadde ordnet med kontor hvor vi kunne sitte

uforstyrret. Blant de som deltok fra egen arbeidsplass var det kun en som ble avbrutt et lite minutt, ellers fikk vi sitte uforstyrret.

I tillegg til intervju med informantene var jeg heldig og fikk et intervju med tre ansatte i avdeling for kvalitet og styring. Jeg sendte dem en forespørsel da jeg ønsket å få mer bakgrunnsinformasjon om BK-kvalitet, og arbeidet med meldeskjemaet slik det er i dag. Intervjuet ble gjennomført på Teams med lyd og bilde og varte i 75 minutter. Her brukte jeg egen intervjuguide, se vedlegg nr. 4, og noterte underveis. I etterkant av intervjuet fikk jeg også tilsendt nyttig statistikk fra avvikssystemet i kommunen fra avdeling for kvalitet og styring. En del av statistikken ble presentert i kapittel 2.

Tabell 3.4.1 Oversikt over informanter

Informant	Profesjon	År hos nåværende arbeidsgiver	Fysisk / Teams	Tid på opptak oppgitt i minutter
A1	Lege	13	Fysisk	24:32
A2	Lege	2	Teams	53:03
A3	Lege	12	Fysisk	73:34
A4	Lege	12	Teams	43:14
B1	Sykepleier	11	Fysisk	42:23
B2	Sykepleier	21	Fysisk	20:36
B3	Sykepleier	6 mnd (+ 2 år i kommunen)	Teams	30:13
B4	Sykepleier	12	Teams	33:15
B5	Sykepleier	16	Fysisk	38:53
B6	Sykepleier	9	Teams	26:01

3.5 Transkribering

Intervjuene har vært transkribert manuelt i perioden juni – september. Dette har vært et svært omfattende og tidkrevende arbeid, men også veldig lærerikt. Opptakene ble tatt opp på mobil via appen *Nettskjema*, som sikrer trygg lagring av data. Kvaliteten på opptakene har vært god, men under et Teams intervju mistet vi dekning to ganger og her måtte vi derfor ta en rask oppsummering før vi fortsatte.

Hver lydlogg ble gjennomgått før jeg startet grovtranskribering, dette for å kontrollere kvalitet og få en rask oversikt over intervjuet. Under grovtranskribering indekserte jeg intervjuenes innhold, vet at jeg noterte ned klokkeslett for når ulike tema ble tatt opp og beskrev i korte stikkord for hva informanten sa. På denne måten kunne jeg raskt finne tilbake til relevante klipp senere. Etter grovtranskribering gikk jeg grundigere inn i hvert enkelt opptak og tok ut sitater som dannet grunnlaget for videre koding. Koder kan beskrives som kategorier eller temaer i kvalitative data som forteller noe om hva informantens utsagn er et eksempel på (Ryan og Bernard, 2003). Denne prosessen kan forstås som det første steget i analyse av kvalitativ data hvor en som forsker forsøker å kategorisere transkripsjoner for å avdekke essensen i materialet og få oversikt (Tjora, 2021 s.218, Kvale og Brinkmann, 2021). Slik koding er nyttig for å komprimere materialet og bidra til ideskaping basert på data fra intervjuene (Tjora, 2021, s. 218). Jeg har valgt å inkludere pauser og små-ord i transkriberingen da dette kan være tegn på et informant er usikker eller har vansker med å finne de riktige ordene, noe som

kan være relevant for analysen (Tjora, 2021, s 185). Jeg oppdaget raskt hvor viktig det var å være nøye i arbeidet og transkribere ordrett, samtidig som informantenes talespråk kunne gi utfordringer når jeg senere skulle lese over transkripsjonene hvor dette var omgjort til skriftspråk. Kvale og Brinkmann forklarer hvordan ikke-verbalt språk som stemmeleie, kroppsspråk og ironi går tapt ved transkripsjon (2021, s. 205). Dette gjorde at jeg også etter transkribering har lyttet til opptak og sett på egne notater fra gjennomføringen av intervjuet for å være sikker på at jeg har fått med deler av informantenes ikke-verbale språk.

For videre håndtering av data har jeg vært inspirert av Tjoras prinsipp om empirinær koding og kodegruppering i en stegvis deduktiv-induktiv-modell for kvalitativ analyse (SDI). SDI-modellen kan kort forklares ved at en som forsker tar utgangspunkt i en prosess hvor en aktivt jobber fra empirisk materiale (utvalg og rådata) mot konseptualisering teori og tilbake fra teoretisk forståelse til det empiriske (Tjora, 2021). Arbeidet med koding i seg selv kan bygge på en slik prosess ved at koder kan avdekkes både gjennom en induktiv eller en deduktiv metode, i slikt arbeid er både informantutsagnene og forskerens perspektiver sentral (Ryan og Bernhard, 2003). Forskeren beveger seg kontinuerlig mellom en induktiv prosess og deduktiv prosess for å teste og øke sin forståelse av data. SDI-modellen gir en stegvis ramme for forskerens analytiske arbeid med rådata, med mål om å unngå at vedkommende på ugyldig vis overfører sin teoretiske forforståelse på materialet. Samtidig må jeg påpeke at en forsker alltid er posisjonert i et felt, og sjeldent klarer å forstå et fenomen/tema uten å ta utgangspunkt i en tidligere forståelse basert på kunnskap om teori eller konseptforståelse. Intervjuguiden min var, som vist i kapittel 3.3, eksempelvis dels basert på en bakgrunnsinformasjon og forståelse av avviksrapportering, men var samtidig utarbeidet for å sikre rådata som kunne gi en bedre og bredere forståelse av temaet.

Etter hvert som jeg transkriberte, ble jeg kjent med ulike koder/kategorier som gikk igjen på tvers av intervjuene. Fremgangsmåten var inspirert av Ryan og Bernhard som i «Techniques to identify themes» presenterer ulike måter å avdekke koder på (2003). De foreslår eksempelvis å markere temaer som repeteres, og ulike fraser og metaforer i transkripsjonene med ulike type farger. Transkriberingen ble derfor fargekodet etter de ulike kodene jeg fant i første omgang. Når alle intervjuene var transkribert og fargekodet laget jeg eget skjema i Excel for videre koding. Her brukte jeg direkte sitat for å lage koder, og på den måten sikret jeg at kodene var tett på informantutsagnet, og såkalt empirinære, i tråd med SDI-modellen (Tjora, 2021, s.218). Dette var et svært nyttig arbeid som gjorde meg godt kjent med data for oppgaven, og allerede her fikk jeg inspirasjon til analytiske ideer. Tjora kaller dette for empirisk-analytiske referansepunkter, hvor det gjennom detaljer fra koder og transkripsjon kan oppstå ideer for videre analyse og konseptutvikling (2021, s. 225-226). Etter å ha kodet samtlige intervjuer satt jeg igjen med svært mange koder. Deretter startet arbeidet med å sortere ut de koder som var relevant for min studie og danne kodegrupper etter tema. For å finne kodegrupper gikk jeg gjennom informantutsagnene og stilte meg spørsmålet; hva er det informanten beskriver her? Hva er dette et eksempel på? Deretter grupperte jeg lignende informantutsagn og lagde overordnede koder som rommet innholdet i utsagnene. Et utvalg av disse er lagt ved oppgaven, se vedlegg nummer 5. På venstre side finner man kodegrupper i gult, og på høyre side finner man empirinære koder uthevet i fet skrift i informantutsagn. Totalt endte jeg opp med 16 kodegrupper, hvorav ni danner grunnlag for analysen i denne avhandlingen. De resterende kodene som ikke er tematisert har gitt innsikt og bakgrunnsforståelse, men er ikke inkludert av plasshensyn.

Figur 3.5.1 Eksempel på kodegruppe (venstre kolonne) og empirinær koding (høyre kolonne).

Uklare grenser innen medisinsk behandling	13.20 "av og til kan emh.. oppleves at pasienter som er dårlig burde kommet inn før, men om det er et avvik det vet jeg egentlig ikke » 15.24 " Et øyeblikksbilde , så det er lett å være etterpåkklok" "Utrygg på egen vurdering, hva om en tar feil selv og legen ikke har gjort et avvik"
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Se også vedlegg nr 5

Dette arbeidet, herunder det som Tjora definerer som «kodetester» (for enkeltkoder) og «kodegrupperingstester» (for grupper av koder), ga meg et nytt overblikk over materialet og dannet struktur for videre analyse (Tjora, 2021, s. 224). Sentralt i SDI-modellen er at man innledningsvis fokuserer på hva informantene *faktisk forteller* (med deres ord), fremfor hva vedkommende prater *om*. Poenget er å komme fram til koder som ikke kunne vært tematisert på forhånd. Ettersom det ikke finnes noen helhetlig teori som kan forklare mine informanters erfaring med avviksrapportering som en del av pasientsikkerhetsarbeidet, ble videre arbeid for konseptutvikling basert på tidligere forskning rundt temaene jeg identifiserte i kodegruppene.

3.6 Personvern og forskningsetikk

Som forsker har man et ansvar for å opptre forsvarlig og «sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer» (Forskningsetikkloven §4). Kvale og Brinkmann viser til fire «risikoområder» innen forskningsetikk, som forskeren bør reflektere over gjennom forskningsprosessen (2021).

3.6.1 Informert samtykke

I tråd med god forskningsetikk deltok informantene i studiet på bakgrunn av et fritt og informert samtykke. Dette innebar at informantene fikk informasjon om studiens formål og design, både skriftlig og muntlig før oppstart av intervjuet. Deltakelsen var basert på frivillighet og jeg vektla at ingen skulle føle seg presset til å delta. Informantene ble også opplyst om muligheten for å trekke seg fra studiet, når som helst, uten å måtte oppgi noen videre forklaring. Samtykke ble dokumentert skriftlig og/eller muntlig på lydopptak. Dette er i tråd med retningslinjer fra NSD (2021). Informasjonsskriv informantene fikk, og godkjenning fra NSD ligger som vedlegg nummer 1 og 2.

3.6.2 Konfidensialitet

Det var nødvendig å innhente enkelte opplysninger fra informantene som ønsket å delta i forkant av intervjuet, herunder epostadresse og telefonnummer. Selv om disse opplysningene har vært anonymisert i transkribering og koding av intervjuene søkte jeg

om godkjenning fra NSD om å innhente og registrere opplysningene fordi prosjektet utløser meldeplikten jamfør personopplysningsloven. Jeg søkte også om godkjenning til at det ble tatt lydopptak av intervjuene ettersom opptak av stemmer også regnes som personopplysninger (NSD, 2021). Opptakene ble, som tidligere beskrevet, tatt opp via appen *Nettskjema*. Denne appen tilbyr sikker lagring og kryptering av lydfiler. Alle informantene ble trygget på at jeg under transkribering av intervjuene ville anonymisere opplysninger som kunne identifisere den enkelte. For å sikre konfidensialitet har jeg derfor fjernet navn, kjønn, alder og arbeidssted(er) i transkribering og videre analyse. Opplysninger den enkelte har gitt som kan identifisere nåværende eller tidligere kollegaer og ledere er også fjernet ved transkribering.

Det var ikke nødvendig å søke om REK-godkjenning da studiet var et helsetjenesteprojekt hvor det verken var behov for å innhente helseopplysninger eller hadde som formål å lete etter ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller dermed utenfor Helseforskningsloven.

3.6.3 Konsekvenser

Når det gjelder refleksjoner rundt konsekvenser for den enkelte informant, har jeg reflektert rundt potensielle fordeler og ulemper studien kan medføre, men også rundt hvilke forventninger informantene kunne ha knyttet til deltakelse i undersøkelsen. Informantene har vært opplyst om bakgrunn og intensjon med studien, men samtidig har det vært vektlagt at det ikke ville være mulig å vite på forhånd om jeg ville lykkes med formålet med studien, eller om den ville bli publisert og gjort kjent for offentligheten til slutt. Informantene har ikke blitt forespeilet eller fått tildelt noen gode for deltakelse. I rekrutteringen har jeg vektlagt hvordan deltakelse var basert på frivillighet og at ingen ville oppleve noen negative konsekvenser ved å takke nei, eller ved senere å trekke sin deltakelse.

3.6.4 Min rolle som forsker og plassering i feltet

Jeg er selv ansatt i en lederstilling ved en av legevaktene i Bergen kommune. Derfor kjente flere av avdelingssykepleierne og ansatte ved de andre legevaktene til min rolle fra tidligere. Det var derfor nødvendig for meg å avklare hvilken rolle jeg hadde tilknyttet denne empiriske undersøkelsen. Jeg la stor vekt på at studien var knyttet til min rolle som masterstudent ved NTNU, og ikke som arbeidstaker ved denne virksomheten i kommunen. All kommunikasjon foregikk via student-e-posten min. Jeg unnlot å purre på det enkelte arbeidsstedet for ikke å legge urimelig press på deltakelse, og henvendte meg derfor til legevaktsjefen som sendte ut en generell påminnelse om å delta.

Ovenfor andre informanter presenterte jeg meg bevisst kun som student, og ikke som en som var ansatt i en lederstilling i kommunen. Hvorvidt dette ville hatt noen innvirkning eller påvirket den enkelte informant er vanskelig å si. Å presentere meg som student kan ha åpnet for en mer uformell kontekst hvor informantene kanskje i mindre grad ville tenke over hvilke svar som var forventet eller ikke forventet, ettersom avvikrappoterings tema kan være sensitivt. Jeg vurderte også om jeg ved å avdekke mitt arbeidsforhold i kommunen kanskje ville bli «spart» for enkelte opplysninger da informantene på bakgrunn av min ansettelse gikk ut ifra at jeg hadde kunnskaper og innblikk i faktorer de ellers ville opplyst om. Jeg ønsket bredest mulig

innsikt i informantenes vurderinger og refleksjoner, og valgte derfor å unngå å nevne mitt arbeidsforhold, men bestemte meg for å dele dersom den enkelte spurte.

Før jeg sendte ut forespørsel til ansatte på egen arbeidsplass om deltakelse i studiet hadde jeg bestemt meg for å inkludere de første som meldte seg til deltakelse. Dette for å unngå at jeg kom i en situasjon hvor jeg måtte velge mellom deltakere, og på den måten risikere å kanskje ubevisst velge kandidater jeg tenkte ville gi interessante svar under intervjuet. I ettertid har jeg også tenkt at ved å automatisk inkludere deltakeren som meldte seg først kan det hende jeg har inkludert de som hadde størst engasjement for studien.

Ettersom jeg var kjent med kommunens meldesystem fra tidligere og hadde erfaring med systemet både som sykepleier og leder, måtte jeg være bevisst på og ikke overføre egne tolkninger på informantenes utsagn og refleksjoner. Selv om min bakgrunnskunnskap var en ressurs, kunne dette i verste fall lede til det Tjora forklarer som en lite hensiktsmessig «analytisk fiksering», der jeg som forsker på bakgrunn av observasjoner og analytiske ideer tidlig i prosessen, ender opp med premature konklusjoner (Tjora, 2021. s.228). Jeg måtte derfor ha fokus på å unngå ledende spørsmål eller styre samtalen over i spor som passet min egen vurdering av avviksmeldinger. Jeg måtte være åpen for å ta imot det informanten delte uten å avdekke om det samsvarte med mitt inntrykk av situasjonen eller om jeg personlig hadde tolket ting annerledes. Dette er i tråd med etiske krav til forsker om å være bevisst på hvordan *forskningens uavhengighet* kan påvirkes av både forskers tilknytning til feltet og/eller informantene (Kvale og Brinkmann, 2021). Jeg måtte jobbe for en balanse mellom profesjonell distanse og samtidig lytte til, og engasjere meg i, informantenes opplevelser og erfaringer med temaet. Dette var først mer utfordrende enn jeg var forberedt på, men denne refleksive øvelsen var også veldig nyttig da det synliggjorde de store ulikhetene mellom arbeidsgivers *intensjon* bak avviksmeldingene, og arbeidstakernes oppfatning av dette systemet.

Kvale og Brinkmann vektlegger hvordan det stilles etiske krav til forsker om kvaliteten på kunnskapen som legges fram (2021). Jeg har derfor strebet etter å legge fram funn så nøyaktig og representativt som mulig og samtidig reflektert over både styrker og svakheter ved metode for studien.

3.7 Styrker og svakheter ved metodevalg

Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg reflektert over styrker og svakheter med metodevalg og mulige feilkilder i datainnsamling, analyse og tolkning av materialet. I denne prosessen har jeg arbeidet i tråd med etablerte sjekklister for kvalitativ forskning, som for eksempel COREQ. Det første jeg ønsker å adressere er hvilke data man får tilgang til ved intervju som forskingsmetode. Det må i analyse av data tas hensyn til at man ved intervju kun får tilgang til informantenes perspektiver, og at dette ikke nødvendigvis samsvarer med det som skjer i praksis (Kvale og Brinkmann, 2021). Informantenes perspektiver har ikke vært etterprøvd, slik man eventuelt ville hatt anledning til ved lengre observasjonsstudier i feltet, og funn må derfor betraktes på bakgrunn av dette. Likevel er det informantenes perspektiver og erfaringer det har vært ønskelig å få tilgang til i denne studien, men informantenes oppfatning av det som forekommer i praksis bør tolkes med forsiktighet.

Det at jeg selv har vært ansatt i Bergen kommune, både som sykepleier og leder, og har erfaring fra flere ulike arbeidsplasser i kommunen var en tydelig fordel i startfasen av arbeidet med oppgaven. Erfaring med avvikssystemet og meldeskjema, både som melder og behandlingsansvarlig av avvik, har vært spesielt nyttig ettersom dette har gitt meg innblikk i ulike utfordringene fra begge sider, både når det gjelder brukervennlighet, men også utfordringer i arbeidshverdagen. Jeg har vært tett på miljøet som studien er gjennomført i, og har vært kjent med organiseringen, arbeidsfordelingen, rutiner og prosedyrer på flere av arbeidsplassene informantene deltok fra.

Likevel kan disse styrkene også introdusere noen svakheter i avhandlingen. Som nevnt i avsnitt 3.2 var mine tidligere erfaringer med meldesystemet en ressurs i både planlegging av studien, og fortolkningen av dataene. Det er likevel verdt å trekke fram at dette potensielt kan ha vært en barriere i fortolkningsarbeidet ettersom studien i utgangspunktet baserer seg på et utforskende design. Dette har krevd et kontinuerlig fokus på å holde en åpen og analytisk tilnærming til informantenes deskriptive utsagn, fremfor mine normative oppfatninger som leder. Mine forkunnskaper og erfaringer med avvik og avviksrapportering er også det som har vekket engasjement og et ønske om utføre studie rettet mot temaet. Personlig engasjement for temaet en ønsker å undersøke kan kritiseres som «støy», ved at det står i motsetning til idealet for forskeren som nøytral og subjektiv (Tjora, 2021, s.279). Samtidig viser Tjora hvordan engasjement likefult er en nødvendig forutsetning og ressurs for et godt arbeid (s.279). Likevel, ved å ha vært tett på miljøet kan jeg ha vært farget av egne oppfatninger i forkant av intervjuene og på den måten ubevisst ledet informantene nærmere min personlige oppfatning av temaet. Jeg har forsøkt å kompensere for dette ved at jeg i forkant av intervjuene noterte mine antakelser og forventninger til funn for å kunne være bevisst på disse underveis. Under intervjuene oppsummerte jeg også jevnlig informantenes svar for å forsikre meg om at jeg oppfattet det de sa korrekt. Dersom min oppfattelse ikke samsvarte med det de ønsket å formidle fikk vi avdekket, og rettet opp i, dette. I andre tilfeller ønsket informantene å utdype videre, noe som ga verdifull tilleggsinformasjon.

Jeg har videre, etter beste evne, forsøkt å ivareta de ti kvalifikasjonskriteriene Kvale og Brinkmann presenterer, at man som intervjuer skal være; kunnskapsrik om temaet, strukturert, klar, vennlig, følsom, åpent, styrende, kritisk, erindrende og tolkende (2021, s.196). Jeg har i tråd med etiske retningslinjer åpnet for at den enkelte informant har kunnet stille spørsmål både før og etter intervjuet, og de har hatt kontaktinfo dersom de skulle ønske å ta kontakt i ettertid.

Når det kommer til rekruttering av informanter har det vært et strategisk utvalg ved at informantene i lys av sin profesjon og ansettelse i kommunen har kunnet uttale seg på en reflektert måte om avvik og avvikshåndtering (Tjora, 2021, s. 145). Samtidig kan det stilles spørsmål ved om enkelte informanter har valgt å delta grunnet min rolle på arbeidsplassen, enten for å være hyggelig og på tilbudssiden, eller med intensjon om å belyse andre utfordringer enn hva oppgaven handlet om. Blant legene som deltok i studien var få kjent med meldesystemet fra før. Det kan tenkes at disse informantene deltok grunnet et ønske om å få vite mer om meldesystemet, eller for å uttrykke misnøye med opplæring og bruk. Det kan også tenkes at de ville delta for å belyse årsaker til at de selv ikke har meldt inn avvik i systemet. Samlet sett, kvalifiserer disse vurderingene rundt relevans og sammensetning av utvalget til det Tjora i SDI-modellen beskriver som «utvalgstesten» (Tjora, 2021, 297).

Som vist i kapittel 3.6.3 ble informantene opplyst om bakgrunn og formål med studien, men samtidig gjort oppmerksom på at jeg ikke nødvendigvis lyktes med dette arbeidet. Informantene har ikke vært forespeilet noen gevinster ved deltakelse, annet enn mulighet til å tilgjengeliggjøre kunnskap om ansattes erfaringer med avviksrapportering for meg, og potensielt ledere i helsevesenet ved en eventuell publisering. For å unngå at potensielle informanter kjente på press om å delta i studien har jeg lagt vekt på frivillighet ved deltakelse i studiet, og har skilt mellom min rolle som leder og min rolle som student.

Ingen av henvendelsene om deltakelse i studiet har vært sendt ut fra min kommunale epost, og rekruttering har ikke vært diskutert på jobb. For å ikke påvirke mulige informanter ble det derfor heller ikke «purret» på deltakelse fra egen arbeidsplass. Deltakelsen i studiet baserer seg på et fritt og informert samtykke og informantene mottok opplysninger om hvordan de skulle gå fram dersom de ønsket å trekke sin deltakelse. Dette er i tråd med etiske retningslinjer (Kvale og Brinkmann, 2021).

En potensiell svakhet ved rekruttering kan være at informantene som har deltatt i studiet ikke er representativ for andre ansatte med lik profesjon i kommunen. På arbeidsplasser er det gjerne noen som rapporterer avvik hyppigere enn andre og det kan tenkes at sykepleierne som meldte seg for deltakelse var blant disse, og som var ansatte som hadde et ekstra engasjement for avviksrapportering. Ettersom forespørsel om deltakelse i studiet var sendt ut til ulike ledere er det også en risiko for at lederne har vært selektiv i hvem henvendelsen er distribuert til. Et eksempel på dette er arbeidssteder hvor lederne ikke så behovet for deltakelse da de hadde svært få innrapporterte avvik blant leger og sykepleiere. Her forsøkte jeg å likevel oppmuntre til deltakelse og presiserte læringsfokus og behov for mangfold, men forespørsel ble likevel ikke distribuert ut. Det ville vært et fint supplement til utvalget å kunne inkludere noen deltakere fra disse arbeidsplassene også.

Blant de andre lederne som har informert at forespørsel har vært sendt ut til de ansatte, har jeg ikke hatt mulighet for å etterprøve at henvendelsen er sendt ut som en generell forespørsel eller kun til enkelte. Det er derfor en risiko for at lederne kan ha valgt å sende forespørselen til de som er «flink» å rapportere avvik på egen arbeidsplass, eller de som vil stille avviksarbeidet på egen arbeidsplass i godt lys. Det er likevel ikke nødvendigvis de som har en korrekt og sammenfallende definisjonsforståelse og oppfatning av avvik som har deltatt i studien. Informantene fikk ikke oppgitt definisjon på avvik under intervjuet og det har vært tatt utgangspunkt i at de som har sagt seg kjent med kommunen definisjon av avvik har siktet til definisjonen som står i selve meldeskjemaet.

Informantene hadde også ulikt engasjement under intervjuene. Noen kan beskrives som mer klassiske typer av idealiserte intervjupersoner, hvor de var veltalende, åpne, kunnskapsrik og evnet å formidle sine tanker på en sammenhengende måte (Kvale og Brinkmann, 2021, s.195). Kvale og Brinkmann forklarer hvordan denne type informanter ikke nødvendigvis er representativ for resten av befolkningen og noe en må være bevisst på i behandling av data (2021, s.195). Jeg har derfor sett på det som en styrke at mitt utvalg av informanter ikke kun har bestått av denne typen informanter, men en variasjon av typer.

Til sist vil jeg påpeke at man må anerkjenne at utvalget av informanter er for få til å kunne si at dette vil være representativt for ansatte i kommunen, og funn vil derfor ikke kunne generaliseres (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 200). Det kan være ulik meldekultur

innad på en og samme arbeidsplass, noe enkelte informanter også beskrev en opplevelse av, under intervjuet. Noen hadde ansettelsesforhold på andre arbeidsplasser i kommunen, og opplevde her ulik meldekultur fra eksempelvis sykehjem og bofellesskap. Noen opplevde også ulik kultur innad på egen avdeling på sykehjemmet, eksempelvis mellom dag- og kveldsvakter og nattevakter, eller mellom avdelinger på samme sykehjem. Jeg opplevde likevel en metthet i svarene informantene hadde på flere av spørsmålene i intervjuguiden. Det var enkelte funn som var mer overraskende enn andre, men jeg opplever likevel at data fra informantene samsvarer med mye av det jeg selv har erfart i praksis, og i tråd med funn fra tidligere undersøkelser og studier.

4.0 Resultater

Intervjuguiden var, som forklart i kapittel 3, utarbeidet med spørsmål innen fire hovedkategorier, hvor hver av disse belyste ulike forhold ved avviksrapportering på arbeidsplassen. De fire kategoriene var erfaringer, brukerperspektiv, holdninger/verdier og endringsbehov. På grunnlag av de transkriberte intervjuene, og tilhørende behandling av data, var det hensiktsmessig å belyse hver av disse hovedkategoriene i lys av mer spesifikke forskningsspørsmål. Jeg gikk derfor gjennom de transkriberte intervjuene og kartla hva informantene faktisk svarte på. Når informantene svarte på spørsmålene under kategoriene brukerperspektiv og endringsbehov, slik de var formulert innledningsvis, viste disse seg å gi noe overlappende informasjon under intervjuene. For å sikre spørsmål som var meningsfulle for informantene, især de informantene som ikke hadde brukt avviksskjemaet tidligere, ble noen av disse spørsmålene derfor omformulert underveis i datainnsamlingen. Informanter som ikke tidligere hadde brukt meldeskjema fikk derfor eksempelvis ikke spørsmål om brukerperspektiv, men heller om hva som ville motivert dem til å bruke meldeskjemaet senere, og hvilke forventninger de hadde til videre avviksrapportering. Disse vurderingene er en sentral del av det Tjora refererer til som «datatest» (Tjora, 2021, s. 286): forholdet mellom de empiriske dataene prosjektet skaper, og spørsmålene som utvalget ble presentert med, samt grad av detalj i disse. Informantene som oppga å ha brukt meldeskjemaet tidligere fikk dette som supplement til intervjuguiden. På grunnlag av denne justeringen, fikk jeg i større grad informasjon om hvilke forhold som motiverer til avviksrapportering og hvilke forventninger informantene hadde til avviksrapportering. Sammen dannet gjennomgangen av intervjuene grunnlaget for tre forskningsspørsmål. Disse var som følger:

1. Hvilke erfaringer har sykepleiere og leger i Bergen kommune med avvik?
2. Hvilke holdninger og verdier rundt avvik er fremtredende blant disse to profesjonene?
3. Hva motiverer til rapportering av avviksmeldinger, og hvilke forventninger har informantene til avviksbehandling?

Disse forskningsspørsmålene operasjonaliserer studiets problemstilling. Resultatene fra intervjuene presenteres i det følgende gjennom hvert av disse forskningsspørsmålene. For hvert forskningsspørsmål belyses relevante koder listet i egen tabell, med tilhørende omtale.

4.1 Hvilke erfaring har sykepleiere og leger med avviksrapportering?

Informantene fikk innledningsvis spørsmål som handlet om eget forhold til avviksrapportering, tidligere erfaringer knyttet til det å melde fra, og eksempler på avvik som var meldt inn. Spørsmålene var utformet for å skape refleksjon hos den enkelte informanten og ga på den måten en avslappet introduksjon til avvik som tema. Spørsmålene avdekket også informantenes kjennskap til meldesystemet i kommunen. Noen informanter brukte meldeskjemaet jevnlig, mens andre ikke kjente til at det eksisterer et system for avviksrapportering i kommunen. En tydelig forskjell mellom

informantene var at samtlige sykepleiere kjente til avvikssystemet og hadde meldt inn avvik flere ganger, mens det blant legene kun var en som var kjent med systemet fra før. Tross kjennskap med meldesystemet oppga flere sykepleiere at de likevel ikke rapporterte alle avvik som forekom, og at de kunne rapportert mer enn de gjorde i dag. Enkelte av sykepleie informantene og en av legene oppga å ha meldt enkelte avvik utenom meldesystemet i BK-kvalitet. Disse avvikene var enten sendt via epost til nærmeste leder, eller tatt muntlig med kollegaer eller ansatte i ledelsen.

Gjennom å lytte til informantens refleksjon over eget forhold til avviksrapportering og eksempler på avvik som var meldt inn, og eventuelt ikke meldt inn, fikk jeg også innsikt i hvordan informantene definerte avvik og hva de eventuelt var usikre på. Flertallet oppga at de var trygge på hvordan avvik defineres, men ut ifra deres refleksjoner og eksempler på avvik som var meldt inn eller ikke meldt ble det likevel synlig at avvik ble definert ulikt mellom dem. Noen informanter skilte mellom hendelser med og uten skade, hvor spesifikk eller konkret hendelsen var, om avviket skjedde grunnet menneskelig feil eller om det var forårsaket av systemsvikt. Avvik knyttet til medisinske vurderinger virket til å være mest utfordrende å definere for begge profesjoner. Flere vurderte at det innen medisin vil kunne oppstå ulike vurderinger og tiltak knyttet til en pasientcase uten at man nødvendigvis kan sette fingeren på hvilke av vurderingene og behandlingalternativene som eventuelt kunne være et avvik. Enkelte trakk også fram avvik som ut ifra kommunenes definisjon ville vært klassifisert som et avvik, men som den enkelte heller vurderte til å handle om en kvalitetssikringssak og som da ikke var noe de ville rapportere som avvik, men heller ta opp til diskusjon muntlig.

Selv om den enkelte informant oppga å være trygg i hvordan avvik blir definert indikerer informantens refleksjoner rundt og opplevelse av hendelser at det i praksis kan være utfordrende å se konkrete hendelser i sammenheng med definisjonen, og at informantene i tvilstilfeller ikke alltid rapporterte hendelsen. I tillegg ser det ut til at vurderingen om å melde inn/ ikke melde inn blir påvirket av flere faktorer enn kun om det er et avvik eller ikke. Dette kan tyde på at informantene, til tross for å ha en definisjonsforståelse av begrepet avvik, også har *tilleggskriterier* for hvilke avvik de selv mener skal rapporteres inn i systemet. Dette kunne være hvorvidt avviket skyldtes en menneskelig svikt, om bakgrunnen for avviket var kjent eller ikke, hvor ofte det hadde hendt tidligere og om tro på forbedring.

Når det gjelder tilbakemeldinger og effekt av å melde inn tidligere avvik, var det stor variasjon blant informantene. Noen hadde gjentatte ganger opplevd at leder ikke ga noen tilbakemelding på avvik som ble rapportert inn, mens andre viste til eksempler hvor leder hadde involvert de ansatte i avviksbehandling og iverksatt tiltak med ønskelig effekt. Noen eksempler på oppgitte effekter av avviksrapportering var økning av ressurser som ekstra personer på vakt, endring av vaksammensetning, eller justering av arbeidsplassens fysiske utforming. En informant påpekte hvordan evne til å formulere seg godt var viktig for å skape gode argumenter ovenfor ledelsen, slik at de så behovet for endring: «Jeg synes jo det at det hjelper å skrive avvik, men man må kanskje klare å formulere seg, det er kanskje det som er litt av essensen og at du klarer å være litt streng eller bruke gode ord. Det tror jeg.» (B6)

Blant de som opplevde manglende tilbakemelding ble det trukket fram eksempler både fra de som hadde rapportert avvik via BK-kvalitet og fra de som hadde meldt i fra om avvik utenfor meldesystemet. Informantene trakk fram ulik grad av tilbakemelding på avvik som var meldt inn. En informant hadde opplevd å gå flere år uten respons på noen

avvik som ble meldt inn, tross at dette ble påpekt og kritisert av ansatte. Vedkommende opplevde forbedring først med ny leder. Andre hadde mottatt muntlig eller skriftlig tilbakemelding på at avviket var mottatt, men savnet videre informasjon om leders vurdering og generell status på henvendelsen. Enkelte hadde forsøkt å purre på tilbakemelding, noen opplevde da effekt i form av bekreftelse på at avviket var mottatt, mens andre ikke hørte noe mer om saken. Det viste seg også at kommunikasjon rundt videre avviksbehandling både kunne foregå innenfor avvikssystemet, men også utenfor, enten muntlig eller via epost.

Tabell 4.1 Oversikt over kodeapparat, fra informantutsagn via empirinær kode til overordnet kode - erfaringer med avviksrapportering

Informantutsagn	Empirinær kode	Overordnet kode
<p>«Er godt kjent med BK kvalitet og har skrevet noen avvik i BK-kvalitet. (B1)</p>	<p>Godt kjent</p>	<p>Nivå av kjennskap til meldesystemet</p>
<p>- Er du kjent med meldesystemet i Bergen kommune?</p> <p>«Nei»</p> <p>- Hvis jeg sier BK-kvalitet, sier det deg noe?</p> <p>«Ingenting, jeg har sikkert hørt om det, men jeg har aldri brukt det» (A3)</p>	<p>Hørt om det, men aldri brukt det</p>	
<p>"Om, altså..det er jo noe som jeg kan oppfatte som et avvik trenger jo nødvendigvis ikke andre oppfatte som et avvik, [...] og når du jobber i et legeteam opplever du nesten daglig en medisinsk uenighet. [...] der en har mye rom for skjønn i behandlingsvalg og ulik stil. Så medisin er ikke noen</p>	<p>Rom for skjønn</p>	<p>Medisinsk behandling som tolknings spørsmål</p>

<p>vitenskap, det er jo kunst. " (A2)</p>		
<p>- "Alt er ikke svart/hvitt.. [...] da treffer du mennesker og en og annen selvfølgelig gang så tar du en feil medisinsk vurdering, men det er ikke et avvik i seg selv tenker jeg." (A3)</p>	<p>Alt er ikke svart/hvitt</p>	
<p>"Medisinsk ansvarlig mente det ikke var vits å skrive noe avvik på dette for medisinsk behandling kan tolkes – en lege kan mene at det er riktig behandling og en annen ikke. Det ble diskutert ulike saker, men h*n mente det ikke skulle rapporteres." (B1)</p>	<p>Medisinsk behandling kan tolkes</p>	
<p>"For et par år siden var det veldig tøft på jobb, og vi skrev HMS – avvik, og det var ikke mange avvikene vi skrev før det ble en endring i bemanning [...] Leder så utfordringen, og da hadde hun 'noe å slå i bordet med' til de som kun bryr seg om pengene». (B6)</p>	<p>Leder så utfordringene, og da hadde hun «noe å slå i bordet med..»</p>	<p>Erfaring med avviksrapportering</p>
<p>«Det er egentlig veldig negativt, fordi at gjennom mange år så har vi opplevd å skrive avvik på avvik og aldri fått tilbakemelding.</p>	<p>Aldri fått tilbakemelding</p>	

[...] Du gir litt blaffen (ved manglende tilbakemelding)» (B2)		
----------------------------------------------------------------	--	--

4.2 Hvilke holdninger og verdier er fremtredende?

I neste del av intervjuguiden fikk informantene spørsmål som skulle fremkalle refleksjon rundt holdninger og verdier som den enkelte hadde til avvik og avviksrapportering. Hvilke vurderinger gjør den enkelte når det har hendt et avvik, er det noen avvik de synes er utfordrende å rapportere? Er det enkelte avvik de selv vurderer å være viktigere å melde fra om enn andre; og hvordan går de fram dersom de er vitne til et avvik utført av en kollega? Ideelt sett, ønsket jeg at svarene på spørsmålene ga en noenlunde kronologisk beskrivelse av den enkeltes opplevelse og vurdering av avvik, og hvilke faktorer som var avgjørende for om de meldte fra eller ikke meldte fra om avvik. Noen av spørsmålene belyste den enkeltes holdninger, mens andre synliggjorde hvilke verdier som var framtredende. På denne måten ble også noe av motivasjonen for å melde inn avvik belyst. Svarene viste refleksjon rundt både indre og ytre motivasjon, hvor indre motivasjon kan forstås som naturlig egenprodusert motivasjon og ytre motivasjon som motivasjon som skapes gjennom påvirkning fra ytre faktorer (Holm, 2017).

På grunnlag av intervjudataene er det tydelig at bakgrunn for avviksrapportering for informantene dreier seg om å styrke pasientsikkerheten gjennom å forbedre rutiner eller prosedyrer. Generelt, informantene la vekt på pasientens beste, og at de skulle motta forsvarlig helsehjelp. Enkelte trakk i tillegg fram konkrete eksempler på avvik som de anså som viktigere å rapportere enn andre. Eksempler som ble trukket fram var pasienters opplevelse av omsorgen og pleien som ble gitt, her var en opptatt av å melde inn som avvik dersom pasienten opplevde omsorgen eller pleien som mangelfull eller dersom pasienten hadde hatt en dårlig opplevelse med en ansatt som ikke respekterte pasientens/beboerens grenser og ønsker. Hendelser knyttet til HMS som utagering mot personale eller andre pasienter/beboere ble også trukket fram. En informant var særlig opptatt av viktigheten ved å rapportere overgrep mot pasienter utført av helsepersonell. Vedkommende brukte eksempler som ulovlig bruk av tvang og utførelse av stell mot pasienter som ikke ønsket dette, men som ikke var i stand til å motsette seg det. I hovedsak vektla de at pasienter skulle få riktig helsehjelp, oppleve trygghet og motta god omsorg.

Underveis i intervjuet oppga informantene en rekke ulike kriterier for om de meldte inn avvik eller ikke. Kriteriene virket til å være påvirket av faktorer som antall ganger avviket hadde skjedd tidligere, tiden det tok å skrive avvik, tilgang på PC, tro på forbedring, om årsaken til avviket var kjent eller ikke kjent og tidligere effekt av å melde avvik. Flere virket også til å gjøre en vurdering av kostnad- /-nytteeffekt hvor de vurderte hvor mye avviksrapporteringen krevde av dem opp mot hvilken effekt de trodde det var sannsynlig at avviksmeldingen ville få. Denne vurderingen var basert på egne antakelser eller tidligere opplevelser og erfaringer ved å melde avvik.

Alvorlighetsgrad, og hvordan den enkelte vurderte en hendelse sett opp mot andre hendelser, virket til å være en annen sentral faktor som påvirket deres vurdering av om et avvik skulle meldes inn eller ikke. Et eksempel på dette var fra et sykehjem hvor man

gjærne ikke rapporterte avvik knyttet til trusler eller utagering hos enkelte beboere med kjent historikk, dersom beboeren hadde slik oppførsel ofte. Rapportering av slike hendelser ble i stede prioritert dersom man opplevde at en *ny* beboer plutselig kom med trusler eller utagerte. Denne forskjellen i praksis var basert på «hva man kunne forvente» og hva som ble ansett som unormalt på arbeidsplassen.

Flere informanter rapporterte ikke alltid inn avvik som hadde oppstått på vakt dersom de selv hadde ordnet opp og iverksatt effektive tiltak. De vurderte det da til å være lite hensiktsmessig å rapportere det inn, og begrunnet dette med at de selv hadde håndtert saken på en tilfredsstillende måte i den akutte fasen. Dersom de selv løste hendelsen på jobb, anså de det ikke som nødvendig å involvere ledelsen i saken. Dette handlet også om hvorvidt bakgrunnen for avviket var kjent. Tre informanter trakk eksempelvis fram hvordan de gjerne lot være å rapportere inn avvik dersom de var overbevist om at dette var konsekvenser av et travelt skift, eksempelvis forårsaket av underbemanning. Et annet eksempel var manglende utlevering av medikamenter. Dersom bakgrunnen for dette var kjent, eksempelvis travelt skift og glemsomhet, ble dette tatt med i vurderingen om å melde eller ikke melde. I slike tilfeller gjorde de en skjønnsvurdering av hvorfor avvikene oppsto, og vurderte det da til ikke å være nødvendig å melde inn.

Når det gjaldt avvik som var utfordrende å rapportere inn trakk informantene nesten utelukkende fram avvik som gjaldt kollegaer. I den forbindelse la jeg merke til at informantene brukte negativt ladede ord for å beskrive situasjonen. Sykepleierne brukte ord med negative assosiasjoner som kritikk, trussel, å angi, klage, å «ta» noen og personangrep når de snakket om å melde avvik som gjaldt kollegaer. Legene brukte negativt ladede ord som å angi, å anklage og å anmelde noen når de snakket om å melde avvik. Informantene beskrev denne typen avvik som så ubehagelige at de derfor kunne unnlate å melde inn slike avvik. Paradoksalt nok, ønsket flertallet likevel å få beskjed selv dersom de hadde gjort en feil som resulterte i et avvik, helst muntlig fra kollega, men noen synes det også var greit å få en slik tilbakemelding fra leder via meldesystemet.

Årsaken til at mange opplevde det som ubehagelig å melde inn avvik knyttet til kollegaer var tilsynelatende koblet opp mot forventning om negative konsekvenser for melder. Flere fryktet konflikter, baksnakking, tillitsbrudd, reduserte jobbmuligheter eller angstreksjoner, og de forventet at slike konsekvenser ble resultatet av å rapportere avvik på kollegaer. Enkelte sykepleiere hadde også opplevd interne konflikter på arbeidsplassen i ettertid av slike meldinger. Dette gjaldt både avvik de hadde meldt om sykepleie- eller legekollegaer.

Når det gjaldt konsekvenser for den det ble meldt avvik på, fryktet enkelte at det ville være belastende og ubehagelig for kollegaen. De fryktet at kollegaen ville oppleve avviket som en tilbakemelding om at de var en dårlig lege/sykepleier, eller at den enkelte ville bli veldig stresset over å ha gjort en feil. For enkelte ville det være svært belastende å få rapportert et avvik på seg, og de regnet videre med at andre kollegaer ville oppleve det på lik måte. En lege trakk fram hvordan vedkommende automatisk ville trekke slutning om at det var best å slutte i jobben dersom vedkommende fikk et avvik på seg, dette handlet om omdømme og integritet.

Tabell 4.2 Oversikt over kodeapparat, fra informantutsagn via empirinær kode til overordnet kode – holdninger og verdier knyttet til avvik og avviksrapportering

Informantutsagn	Empirinær kode	Overordnet kode
<p>«Det er forskjell på å gjøre en menneskelig feil et par ganger, men gjentakende feil bør meldes fra om, men det kommer an på hva det er. Igjen signatur har liten betydning" (B4)</p>	<p>Forskjell på å gjøre menneskelig feil et par ganger</p>	<p>Alvorlighetsgrad</p>
<p>«Melder aldri fra første gangen noe skjer, det skjer jo hele tiden, men når det er system på galskapen, når det er noe som er galt, og du ser at her bør en forbedre systemet, det er da jeg melder. Enkeltepisoder der skjer nå...det får en heller bare gripe fatt i der og da» (A1)</p>	<p>Her bør en forbedre systemet, det er da jeg melder</p>	
<p>«Jeg har aldri skrevet avvik på medikamenthåndtering, men det gjennomføres ikke alltid dobbeltkontroll.» (B2)</p>	<p>Aldri skrevet avvik på medikamenthåndtering</p>	
<p>«Kanskje ikke at de vegrer seg for å gi beskjed, men de anser kanskje, når vi på dagtid melder et avvik som har skjedd på natt så er det illojalt mot kollegaer» (B3)</p>	<p>Illojalt mot kollegaer</p>	

<p>«Nå skal jeg si noe utrolig teit, men jeg hadde nok hatt lettere for å melde et avvik på de ansatte* enn på andre kollegaer som er leger som jobber her. Eeemh, for det er på en måte den samme faglige hylle eller hva man skal si, det hadde sittet veldig langt inne hvis jeg hadde vurdert at en pasient som allerede hadde vært vurdert og vurderingen tilsynelatende ikke var riktig, da tror jeg atte det skal mye til.» (A4)</p>	<p>Lettere for å melde et avvik på de ansatte* enn på andre kollegaer som er leger</p> <p>* andre profesjoner</p>	<p>Kollegialitet</p>
<p>"Jeg som lege har ikke meldt noen avvik, men pårørende kan fort gjøre det hvis de blir veldig...for de har ikke sin lojalitet annet enn til sin nærmeste familie. Mens leger og sykepleiere..lojaliteten er veldig stor, så du skal ha gjort noe temmelig graverende, det er nesten... altså jeg ser nesten for meg at du, det er nesten sånn at hvis du[...]" (A3)</p>	<p>Lojaliteten er veldig stor</p>	
<p>"Jeg tror det er... det er generelt... generelt vil jeg tenke at det er ubehagelig å melde, anmelde personen hehe." (A2)</p>	<p>Anmelde</p>	<p>Negative assosiasjoner</p>

<p>"Å skrive avvik som går på en kollega er det vanskeligste. For mange vil det blir oppfattet som kritikk, selv om det ikke er intensjonen." (B1)</p>	<p>Blir oppfattet som kritikk</p>	
<p>«...jeg ville følt at jeg anga noen eller anklaget noen.» (A4)</p>	<p>Angiveri</p>	

4.3 Hva motiverer til rapportering av avviksmeldinger, og hvilke forventninger har informantene til avviksbehandling?

I siste del av intervjuguiden ønsket jeg å avdekke brukerperspektivet og forbedringsbehov ved avviksskjemaet i BK-kvalitet blant informantene som hadde brukt systemet tidligere. Disse informantene fikk spørsmål om de opplever at de har mulighet til å melde fra om det de ønsker i skjemaet, om de har brukt skjemaet til å melde fra om andre ting enn avvik, og om de hadde forslag til forbedring av skjemaet.

Informantene som hadde brukt meldeskjemaet tidligere oppga at de i stor grad var fornøyd med hvordan skjemaet er utarbeidet. Flere hadde erfaring med papirutgaven kommunen brukte for en del år tilbake, og opplevde stor forbedring. Det digitale skjemaet ble beskrevet som enklere i bruk ved at det er ferdig utformede kategorier og avkryssninger fremfor kun store fritekst bokser, på den måten opplevde de det digitale skjemaet som tidsbesparende. I tillegg kjente informantene på en trygghet ved at de selv hadde tilgjengelig kopi av skjemaet og kunne følge med på avviksbehandlingen. Enkelte kunne noen ganger oppleve at kategoriene var for vide eller at de ikke fant passende kategori, men de brukte da fritekst området til å utdype avviket nærmere. På denne måten opplevde de likevel at meldeskjemaet ga de muligheten til å rapportere inn det de hadde behov for. De fleste informantene oppga at de brukte kort tid på å fylle ut meldeskjema. De opplevde likevel, som vi skal se senere, meldeprosessen *i sin helhet* som tidkrevende.

Ettersom mange av legene ikke hadde erfaring med bruk av skjemaet var det interessant å se på hvorfor dette var tilfellet, og hva som kunne være med på å endre dette i framtiden. De fikk åpne spørsmål rundt hva som hadde motivert dem til å bruke skjema ved en senere anledning og hva som skulle til rent praktisk. Informantene som oppga at de allerede meldte fra ved behov, eller som selv sa de kunne bli flinkere til å rapportere mer, fikk spørsmål om hva som er nødvendig for å opprettholde eller forbedre dette.

Mange av informantene så på avviksrapportering som et nyttig verktøy for forbedring av både pasientsikkerhet og ulike forhold på arbeidsplassen. Hvorvidt man fikk ønsket effekt av å melde inn avvik ville variere etter avviksbehandlingen. Tro og håp om positiv effekt var for flere av informantene avgjørende for motivasjonen for å melde fra. Flere leger forventet liten til ingen effekt av å melde inn avvik og hadde derfor høy terskel for å melde fra. Enkelte forventet også kun negative konsekvenser som «dårlig stemning».

Samtlige hadde et ønske om å få bekreftelse på at avviket var lest og vurdert, flere så det også som verdifullt å vite hvilke tiltak som ble iverksatt. For de fleste virket det som tilstrekkelig med en kommentar i meldeskjema når leder lukket avviket med bekreftelse på at saken var håndtert og eventuelle tiltak. De hadde ikke behov for ytterligere tilbakemelding per epost eller muntlig i tillegg. Enkelte trakk fram hvordan de ikke alltid forventet å få innsikt i tiltak da dette ville avhenge av hvilken type avvik det var. Var det et avvik som gjaldt en kollega regnet de med at videre tiltak ville bli mellom leder og den enkelte ansatte, men de ønsket likevel en bekreftelse på at noe ble gjort med saken. Ved avvik som omhandlet vold, trusler, utagering eller ubehagelige opplevelser ønsket flere å bli kalt inn til en samtale hvor det var rom for å snakke ut om hendelsen, motta støtte og eventuelt tilbys samtale med bedriftshelsetjenesten, verneombud eller lignende ved behov.

Motivasjon for å melde avvik virket lederstyrt hos mange. De trakk fram hvordan det virket motiverende om ledelsen ga påminnelser om viktigheten av avviksrapportering, takket for det som ble rapportert inn, kom med konkrete tilbakemeldinger, etterlyste avvik om det var få innrapporteringer og sørget for et fokus på avviksrapportering på arbeidsplassen. Mange etterlyste kultur for avviksrapportering på egen arbeidsplass og hadde en forventning om at leder skulle ta initiativ og motivere til avviksrapportering.

Som en motvekt til motiverende faktorer trakk flere fram eksempler på faktorer som virket demotiverende eller skapte hinder for innrapportering. Kort oppsummert kan man si at hovedårsaken til at legene ikke meldte inn avvik skyldes manglende informasjon om avviksrapportering og opplæring i systemet. De kjente ikke til meldesystemet og visste ikke hvor de kunne finne avviksskjemaet, flere var også usikre på hvem som eventuelt kunne vise dem dette. I tillegg mente flere av dem at en del avvik uansett best ble løst «på bakrommet» da dette var det laveste nivået å håndtere situasjonen på. Å rapportere avvik virket «voldsomt» og «alvorlig». Begge profesjonene anså også tid som en sentral hindring for å melde fra i systemet. Selve utfyllingen og skjemaet er ikke den verste tidstyven, men prosessen fra A-Å krever en del tid. Dette innebærer å finne ledig tid i løpet av vekten, tilgjengelig kontor med ledig PC, logge på to ulike system (intern- og sikkersone) samt å finne gode formuleringer for å beskrive hendelsen. Tiden de bruker på avviksrapportering kunne potensielt føre til at andre viktige oppgaver må nedprioriteres eller ikke blir utført, overtid eller manglende inntjening på ny pasient.

Tabell 4.3 Oversikt over kodeapparat, fra informantutsagn via empirinær kode til overordnet kode – motivasjon for avviksrapportering og forventninger til avviksbehandling

Informantutsagn	Empirinær kode	Overordnet kode
«Ser på det som et verktøy til å oppnå forbedring » (A1)	Verktøy til å oppnå forbedring	Ønsket effekt
«Er kun da vi kan få en forbedring, eller få det bedre » (B6)	Forbedring, eller få det bedre	
"Du kan umulig få rettet opp i ting eller forbedret ressurser eller opplæring eller hva det måtte være, hvis ikke det blir meldt fra om. Så det er jo veldig viktig egentlig.» (B4)	Få rettet opp i ting, forbedret ressurser eller opplæring	
« Der du får veldig sånne påminnelser om å skrive avvik, der tror jeg det blir ført mer avvik. Dersom ledelsen er tydelig på at dere skal skrive avvik, og det er forventet at det kommer avvik, der har jeg inntrykk av at det blir skrevet flere avvik, at ikke det er så kvifullt...» (B4)	Der du får veldig sånne påminnelser om å skrive avvik, der tror jeg det blir ført mer avvik.	Lederstyrt meldekultur

<p>- <i>Hva skal til for at du ville meldt et avvik?</i></p> <p>«At jeg viste hvordan jeg gjorde det, og at noen som jobbet der sa til meg – vi er veldig glade for avviksmeldinger, meld rubbel og bit, alt er av interesse. Uten hadde jeg ikke vist hvor terskelen lå.» (A4)</p>	<p>At jeg viste hvordan</p> <p>At noen som jobbet der sa til meg – vi er veldig glad for avviksmeldinger</p>	
<p>«Å få snakke om det. Støtte i forhold til det en har opplevd.» (B2)</p>	<p>Å få snakke om det</p>	<p>Forventninger til avviksbehandling</p>
<p>«Forventer at det blir tatt seriøst, vurdert og behandlet og et en får tilbakemelding. [...] Ønsker ikke bare sånn.. saken er avsluttet, for det skjer av og til, og jeg ser noe ting er blitt henlagt.» (A1)</p>	<p>At det blir tatt seriøst, vurdert og behandlet og at en får en tilbakemelding</p>	
<p>"[...] utløste en respons som som...emh.. og det er jo alltid problemet med disse systemene. Ikke nødvendigvis at jeg trenger informasjon om responsen, men at noe skjer – at det blir adressert." (A2)</p>	<p>Utløser en respons</p> <p>At det blir adressert</p>	

4.4 Oppsummering av resultater

I dette kapitlet har jeg lagt fram relevante resultater fra intervjuene. Det kommer her fram at det eksisterer ulik erfaring med meldesystemet blant informantene, spesielt skiller dette seg mellom sykepleierne og leger. Kun en av legene hadde kjennskap og erfaring med meldesystemet fra før, de resterende kjente ikke til dette. Legene hadde likevel meldt et fåtall avvik utenom meldesystemet, da via epost eller muntlig. Det er tydelig at informantene vektlegger pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ved innrapportering og melding av avvik, samtidig viser de selv til en underrapportering av hendelser. Flertallet av informantene er trygg på egen definisjonsforståelse av begrepet avvik, men den viser seg å være ulik mellom dem. Avvik innen medisinsk behandling fremstår å være den typen avvik det er mest utfordrende å definere, og hvor de opplever rom for tolkning. I tillegg til ulike begrepsdefinisjoner mellom informantene operer de også med enkelte tilleggskriterier, for hvilke avvik som skal innrapporteres i meldesystemet. Faktorer som om årsaken til avviket er kjent, antall ganger hendelsen har hendt tidligere, og om hendelsen er håndtert og løst på «bakrommet», spiller alle inn i informantenes skjønnsmessige vurdering på hvorvidt et avvik skal meldes inn.

Avvik som gjelder kolleger, virker å være den typen avvik informantene synes er spesielt utfordrende å rapportere. Dette handler om frykt for negative konsekvenser, for både melder og kollegaen avviket gjelder. Tro og håp om forbedring er faktorer som virker til å motivere for avviksrapportering, det samme gjelder oppfordring og bevisstgjøring fra ledelsen. Manglende opplæring og veiledning i systemet var avgjørende for hvorfor legene ikke brukte meldesystemet, i tillegg peker begge profesjoner på tid som en barriere for rapportering. I neste kapittel vil jeg gå gjennom disse resultatene og se dem i lys av relevant forskning og litteratur.

5.0 Analyse

I dette kapittelet vil jeg analysere resultatene som ble presentert i forrige kapittel, i lys av relevant forskning med tilsvarende tematikk. Som nevnt innledningsvis, eksisterer det få studier som i hovedsak undersøker legers holdning til avvik og meldekultur. I analysen har jeg derfor trukket fram funn fra rapporter og andre typer undersøkelser som kan bidra til å belyse legers meldekultur. Leger er inkluderte i enkelte studier av helsepersonells erfaring med avviksrapportering, men er vanligvis i undertall sett opp mot andre profesjoner som sykepleiere. Dataene fra legeinformantene i denne studien har derfor et begrenset sammenligningsgrunnlag i andre studier, som i hovedsak er utført på holdninger blant sykepleiere og andre helseprofesjoner. Analysen i de påfølgende avsnittene er organisert rundt forskningsspørsmålene som lå til grunn for undersøkelsen.

5.1 Informantenes erfaringer med avvik og avviksrapportering

Som vi så i kapittel to, får ansatte i Bergen kommune automatisk tilgang til systemet BK-kvalitet, hvor meldeskjema for avviksrapportering ligger. Alle nyansatte i kommunen skal i tillegg ta et innføringskurs som gir generell informasjon om kommunen som arbeidsgiver og arbeidsplass. Dette kurset er felles for alle profesjoner og gir blant annet deltakerne kort informasjon om hvor de finner meldeskjema for avvik og uønskede hendelser. Meldeskjemaet er designet for å være selvforklarende, men det finnes en tilhørende veileder som er tilgjengelig i skjemaet. Videre opplæring og veiledning i bruk er den enkelte leders ansvar.

Kjennskap til meldesystemet og definisjonsforståelse

Alle sykepleierne som deltok på intervju, var kjent med kommunens avvikssystem og hadde meldt inn avvik flere ganger tidligere. Informantene var bevisst på at de i lys av sin profesjon har ansvar for å melde inn avvik og kritikkverdige forhold dersom de oppdaget dette. Dette er også noe som har fått oppmerksomhet i riksmidia. I en sak fra *Aftenposten* i 2019, uttalte eksempelvis tidligere leder for Norsk sykepleieforbund, Eli Gunhild By, og daværende leder for Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet, Christian Tappert, at de opplevde en større bevisstgjøring rundt avviksmeldinger blant sykepleiere enn hos leger (Røed-Johansen og Skogstrøm). By trakk eksempelvis fram hvordan sykepleiestudentene gjennom studiet sitt lærer å ha fokus på det å melde feil. I samme sak presenteres det også en hypotese om mulige årsaksforklaringer; siden dette er læringsmål i studentenes praksisperioder, kan dette også gi en bedre forankring i sykepleieprofesjonen (Røed-Johansen og Skogstrøm, 2019). Likevel presiserer Tappert at søkelys på avviksrapportering nå også er blitt en del av legenes utdanning. Dette finner vi eksempelvis igjen i læringsmål ved både NTNU, UiB og UiO (2022). For eksempel, beskriver NTNU's læringsmål for medisinstudiet, at kandidaten etter endt studie skal kunne «bruke relevante metoder for å vurdere risiko for uønskede hendelser og bidra til forbedring og pasientsikkerhet ved blant annet å anvende metoder for å følge opp dette systematisk» (NTNU, 2022). Blant legene som

deltok i min studie var det kun én som var kjent med kommunens meldesystem fra før. Her må det understrekes at vedkommende ikke arbeidet utelukkende som lege på arbeidsstedet, men også hadde et større faglig ansvar. På bakgrunn av dette var vedkommende særlig oppmerksom på avvik og uønskede hendelser, og oppfordret også andre kollegaer til å melde når de tok kontakt med vedkommende for rådføring. Informanten ga likevel uttrykk for at det blant kollegaene var vanskelig å motivere til avviksrapportering. Flere var ikke kjent med systemet og opplevde at de ikke hadde tid til å prioritere dette i løpet av vekten. I tillegg beskrev informanten kollegaenes syn på det å skrive avvik som noe «voldsomt og veldig formelt»; de ønsket heller å ta ting muntlig. Informantens inntrykk var at de som henvendte seg direkte til vedkommende, egentlig håpet at informanten – i lys av sin rolle på arbeidsplassen – ville videreformidle henvendelsene. Dette var dog ikke alltid mulig, og det var egentlig ikke innenfor informantens ansvarsområde.

De tre resterende legene som ble intervjuet var ikke kjent med kommunens meldesystem. De visste ikke hva systemet het eller hvor de kunne finne fram til det. De kunne heller ikke huske å ha blitt gitt noe informasjon eller opplæring om systemet som nyansatt, da dette var flere år tilbake. Informant A4 beskrev eksempelvis kjennskapet sin til systemet som følger:

«Vil si at jeg har aldri rapportert, aldri tenkt egentlig på muligheten for at det var et system for det en gang»

- *Nei, vet du at det er et avvikssystem?*

«Ehm, hvis noen hadde spurt meg – tror du det er et avvikssystem? Så hadde jeg sagt at det er det jo sikkert siden det er en kommunal avdeling, men jeg har ikke hørt noe om det eller fått noe informasjon om det eller hørt at noen har snakket om det, eller sett det noe sted eller nei. Så før du.. eller før jeg fikk henvendelsen for deg så har jeg på en måte ikke gjort meg noen tanker om at det er noen mulighet for å gjøre det ... Jeg må bare være ærlig.»

- *Nå vet du jo nå da at det finnes, hadde du visst hvor du skulle begynt å lete etter det nå?*

«Nei.»

De resterende legene som *ikke* var kjent med kommunens meldesystem, hadde heller ikke tidligere bedt om informasjon eller veiledning i systemet, og de visste heller ikke hvem de kunne kontakte for å få dette. De opplevde at det ikke var kultur for avviksrapportering på egen arbeidsplass og at temaet sjelden ble diskutert blant legekolleger. Paradoksalt nok, anså samtlige leger avviksrapportering som et egnet verktøy for kvalitetsforbedring og minimering av fremtidig risiko for uønskede hendelser. De hadde altså en refleksiv forståelse av hensikten med slike systemer, og var i stand til å se dette som en del av et helhetlig system for pasientsikkerhet, men uten å kjenne til det spesifikke systemet BK-kvalitet. Det er også interessant at noen av legene likevel *hadde* varslet om situasjoner som kan klassifiseres som avvik, men da utenfor systemet i Bergen kommune, enten muntlig eller via epost. Varsling utenfor meldesystemet ble også sett på som mindre tidkrevende og uformelt, noe som senket terskelen for å melde fra. To av legene oppga at de ikke hadde opplevd noe form for avvik på egen arbeidsplass, til tross for at de hadde vært ansatt som lege på arbeidsplassen i over ti år. Samtidig, trakk de fram eksempler på hendelser de opplevde som *uheldige* som etter kommunens definisjon klart var avvik som burde vært rapportert.

Det er her relevant å se disse erfaringene i lys av Riksrevisjonens undersøkelse av meldekultur ved 19 helseforetak i Norge i 2015. Undersøkelsen viste hvordan ulike definisjoner av uønskede hendelser som sirkulerer i helsevesenet hindrer avvikrapportering (Riksrevisjonen, 2016). De viser også til hvordan en altfor snever definisjon av begrepet kan føre til underrapportering av slike hendelser, og vanskeliggjøre ledelsens mulighet til å få oversikt over aktuelle risikoområder (2016).

Når det gjelder sykepleierne, oppga flere av disse at de kjente seg trygg på hvordan avvik og uønskede hendelser ble definert, men eksemplene de trakk fram viste likevel at det eksisterte en betydelig variasjon i forståelsen av begrepene blant dem. I 2014 utførte tidsskriftet *Sykepleien* en spørreundersøkelse blant sykepleiere i kommunal- og spesialisthelsetjenesten. 2814 sykepleiere deltok i undersøkelsen og 55% av disse oppga at de og kollegaene hadde en felles forståelse av hva et avvik er (Hofstad, 2015c). En kvalitativ undersøkelse av sykepleiere ved fire ulike sykehjem i Norge fra 2019 så også at hendelser som opplevdes som uønsket «ikke har en fast og entydig betydning, men at det bestemmes av situasjonen og relasjoner.» (Evensen, 2019 s. V). Dette er i tråd med Riksrevisjonens nevnte undersøkelse av meldekultur blant helseforetakene, som trakk fram hvordan dette kunne være et hinder for rapportering av uønskede hendelser (Riksrevisjonen, 2016).

Enkelte av sykepleierne i utvalget mitt, brukte konsekvensvurdering eller påført skade som kriterier for om en hendelse skulle rapporteres som avvik eller ikke. Dette illustreres godt gjennom hvordan to av informantene beskrev vurderingsprosessen bak en avviksmelding:

«[...] og selvfølgelig konsekvensen av feilen, for det er ikke alt som er like alvorlig, sant? Altså det er et avvik å ikke signere for gitt medisiner, men det er ikke.. altså det får ingen konsekvenser for pasienten eller beboeren, men det er et avvik. Det er ikke nødvendig å skrive et avvik på en signatur som er uteblitt.. Da går det an å si til den kollegaen dagen etterpå at 'du glemte å signere på den medisinen i går» (B4)

«De minst viktige avvikene er jo kanskje pasienter som faller uten skade» (B5)

Vurderingene av hendelsene som informantene her beskriver, er mer i tråd med WHO's definisjon av avvik og uønskede hendelser, hvor påført skade er et kriterium. Dette samsvarer ikke helt med kommunens begrepsforklaring, hvor definisjonen kobles til en bredere forståelse av pasientsikkerhetsarbeid. Intensjonen om at avviksmeldinger skal bidra til pasientsikkerhet i bred forstand kan illustreres med falltilfeller. Dersom pasienter eksempelvis faller uten skade kan virksomheten i større grad undersøke den bakenforliggende årsaken til at dette skjer hvis ansatte melder inn hendelsene. Det er tross alt uønsket at en pasient faller når de er i helsevesenets omsorg. Uavhengig av om falles skyldes svimmelhet eller blodtrykksfall grunnet medisiner, glatte gulv på avdelingen, eller menneskelige feil. Ringerike sykehus tok eksempelvis i bruk røde sokker med antisklimateriale på over- og undersiden som et forbedringstiltak etter at de hadde mottatt mange avvik knyttet til fallulykker hvor pasientene skled på gulvet (Hofstad, 2015b). Et halvt år senere hadde de nesten ikke avvik på skliulykker lenger. Dette illustrerer godt hvordan kvalitetsforbedring og forebygging av uønskede hendelser kan skje på bakgrunn av innrapporterte avvik.

Flere av sykepleierne trakk fram at det kunne være vanskelig å vite hva de *egentlig* skal melde fra om, på tross av at de kunne definere avvik som et fenomen i pasientsikkerhetsarbeidet. Var det kun hendelser knyttet til den kontakten pasienten har

på den ansattes arbeidsplass det burde varsles om? Sykepleier ser, kanskje i enda større grad enn legene, pasientens helhetlige situasjon utenfor den direkte kontakten med helsepersonellet i en gitt behandlingssituasjon eller konsultasjon. Kanskje oppdager de da avvik eller uønskede hendelser som har oppstått i kontakt med andre tjenester, eller grunnet mangel på kontakt med andre tjenester som hjemmesykepleie, sykehjem, fastlege eller sykefrakt. Flere informanter var i slike tilfeller usikre på hvor ansvaret for avviksmeldingen egentlig lå.

Avviksrapportering med rom for tolkning og faglig autonomi

Sykepleieinformantene var trygg på at det var riktig å melde konkrete avvik som angikk pasienten i den spesifikke kontakten de hadde med helsepersonell der og da, men noen var altså usikre på om det var forventet at de også skulle rapportere inn avvik som var knyttet til kollegaer, pårørende, system og/eller samarbeidspartnere. Flere oppga at dersom avviket var en helt konkret hendelse som ikke kunne diskuteres, og hvor det ikke var rom for tolkning eller synsing, var det lettere å være trygg på at hendelsen skulle rapporteres. Fra deres perspektiv, var de avhengige av klare retningslinjer som veiledet de i hvordan man skulle definere brudd på retningslinjene. Legemiddelavvik, hvor pasienter enten ikke fikk utlevert medisin, eller mottok feil medisin, var enkelt for de fleste å identifisere. Hendelser hvor det var større rom for tolkning av en situasjon, eller nesten-hendelser, var knyttet til betydelig usikkerhet. Dette gjaldt spesielt medisinske vurderinger som flere fra begge profesjoner trakk fram at kunne variere fra lege til lege. Dette poenget illustreres godt av tre ulike informantutsagn, hvor en er sykepleier og to leger:

"(anonymisert) mente det ikke var vits å skrive noe avvik på dette for medisinsk behandling kan tolkes. En lege kan mene at det er riktig behandling og en annen ikke. Det ble diskutert ulike saker, men h*n mente det ikke skulle rapporteres." (B1)

«[...] spør aldri kollegaer om hvorfor de gjør som de gjør. Det gjør du ikke med kollegaer, for du tenker at hver enkelt som jobber der som er.. som har sin unike tilnærming, og vi har jo en generell forventning oss kollegaer imellom at vi spør hvis vi blir usikre» (A3)

"[...] det er jo noe som jeg kan oppfatte som et avvik trenger jo nødvendigvis ikke andre oppfatte som et avvik. [...] Så medisin er ikke noen vitenskap, det er jo kunst. " (A2)

Disse resultatene kan vi se i lys av en tidligere undersøkelse fra Australia fra 2004, som undersøkte sykepleieres og leges holdning til rapportering av avvik (Kingston, et al.). Studien avdekket at legene i større grad så på rapportering av hendelser som uetisk, og satte dette i sammenheng med tidligere studier som viste til en legekultur preget av faglig autonomi og kollegialitet. Legene i mitt utvalg rapporterte at de var svært villige til å diskutere pasienttilfeller med kollegaer, men først *etter* at en kollega hadde bedt om råd. Flertallet av informantene la seg ikke opp i en kollegas vurdering dersom det var noe de stusset over, men lot derimot tvilen komme kollegaen til gode, og stolte på at avgjørelser ble tatt på riktig grunnlag. De fryktet for å ta feil dersom de konfronterte en kollega angående en beslutning. Dette ville være pinlig og kunne skape dårlig stemning i kollegiet. Rommet for faglige diskusjoner var først noe som kunne åpnes dersom andre ba de om råd.

Disse opplevelsene kan sees i lys av spørsmålet om faglig autonomi, som er en sentral verdi i legeprofesjonen. En undersøkelse fra Dancke (2008) så på legers opplevelse av autonomi tre år etter endt utdanning. Studien fant at informantene opplevde svært stor

grad av autonomi allerede etter tre år, både i og utenfor sykehus. Samtidig trekker forfatteren fram hvordan nyutdannede leger gjerne merket mindre til forhold som truet deres faglige autonomi, som for eksempel helsepolitiske endringer, nye reformer, økonomiske bestemmelser og økt søkelys på brukermedvirkning, enn leger som hadde vært lengre i yrket. Studien påpeker for eksempel at nyutdannede ikke kjente til noen annen måte å jobbe på, samtidig som de hadde en lavere forventning om autonomi grunnet det hierarkiske systemet på arbeidsplassen (2008). Flere av legeinformantene i min studie opplevde en lavere terskel for å veilede nyutdannede leger, og uttrykte at de var opptatt av å hjelpe disse til å unngå feil i behandling. Samtidig savnet de mer veiledning som nyutdannet selv og kjente da på en faglig utrygghet. Å oppleve sterk grad av autonomi tidlig i en arbeidskarriere kan være positivt og vise til høy tillit fra både kollegaer og pasienter. Samtidig kan sterk opplevelse av autonomi også gi fallgruver innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 5.2.

Det er mange kilder til at det forekommer underrapportering av avvik i helsevesenet, likevel er det vanskelig å finne eksakte tall på hvor stort dette problemet er, spesielt i kommunale helse- og sosialtjenester mangler slik oversikt (Helsedirektoratet, 2019). Det finnes i dag mye forskning på sykepleiernes forhold til avviksrapportering og studier som sier noe om hvilke barrierer denne profesjonen opplever for å melde fra. Likevel, til tross for at flere kilder peker på det som trolig er en høyere underrapportering blant leger, er det verdt å merke seg at jeg ikke har lyktes i å finne tilsvarende forskning på leger (Røed-Johansen og Skogstrøm, 2019; Deloitte, 2019). Denne skjevheten i forskningslitteraturen kan ha å gjøre med at forskningskulturen blant leger og sykepleiere er noe ulik, med større grad av refleksivitet og fokus på egen profesjonspraksis i sykepleieforskningen (Jensen og Knutstad, 2019).

Evenstad, Larsen og Gravningen gjennomførte riktignok i 2020 en kvalitativ studie blant leger, jordmødre og barnesykepleiere som er relevant i denne sammenhengen. De undersøkte hvilke barrierer det var mot etterlevelse av retningslinjer som eksisterte blant helsepersonell på sykehus. Selv om studien tok utgangspunkt i *faglige* retningslinjer, kan man trolig trekke linjer hva angår mer generelle retningslinjer for arbeidet som helsepersonell, her iblant plikten til å rapportere inn avvik. Studien fant at retningslinjer latet til å være enklere å etterleve dersom helsepersonell *oppfattet dem som faglig velbegrunnet, logiske, relevante eller i samsvar med egne kliniske erfaringer og følelser* (Evenstad, Larsen og Gravningen, 2020, s.18).

Med tanke på tilfellet avviksrapportering kan dette bety at leger og sykepleiere sitter med forskjellige opplevelser av hvorvidt grunnlaget for avviksrapporteringen er velbegrunnet, logisk og relevant, på lik linje med faglige retningslinjer. Det å følge de faglige retningslinjene er også sterkt knyttet til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, som igjen er en del av helsepersonellens plikt innen pasientsikkerhetsarbeidet.

Legeinformantene beskrev ulike årsaker til hvorfor de ikke rapporterte avvik eller så behovet for dette. Årsakene handlet om uklare forventninger til den enkelte ansatte, manglende kultur for å rapportere avvik, mangel på tid og manglende motivasjon fra ledelsen. Flere informanter mente også det ofte ville være enklere å «ordne opp på bakrommet» eller gå i direkte dialog med den det gjelder fremfor å rapportere det i systemet. De var opptatt av å løse hendelsene på lavest mulig nivå og gjennom den fremgangsmåten de selv anså som mest hensiktsmessig, og som oftest vurderte de dette til å være muntlig. En interessant studie fra 2006, utført av Henriksen og Dayton, undersøkte blant annet skjulte trusler for pasientsikkerhet i helsevesenet. Studien trakk

fram hvordan noe av det unike med profesjoner som leger og sykepleiere gjenspeiler seg i deres autonomi og evne til å ta raske avgjørelser for å håndtere en hendelse. Nettopp disse egenskapene blir også presentert som mulige hindringer for pasientsikkerhetsarbeid fordi profesjonene ofte tar initiativ til individuelle løsninger og raske «reparasjoner» (Henriksen og Dayton, 2006). De refererer også til studier hvor sykepleiere i 97% av tilfellene i møte med utfordringer som feil, mangel på utstyr eller utilgjengelig personale, fant egne løsninger på problemene, og at bare syv prosent rapporterte dette inn (Henriksen og Dayton, 2006). En slik håndtering tilfredsstillende da et umiddelbart behov, men bidrar ikke på systemnivå til å hindre at lignende hendelser skjer igjen. Når legene i min studie, på lik linje med sykepleierne, tar en vurdering på hvorvidt en hendelse er håndtert og løst før man eventuelt melder fra (se avsnitt 4.2), tyder dette på at de her ikke ser hensikten av systematisk avvikshåndtering og heller ikke vektlegger læringsperspektivet ved slik innrapportering. Det kan også være tegn på at enkelte av informantene vurderer enkelte avvik som for små til å ha nytteverdi i meldesystemet. Dette kan tolkes dithen at ansatte som gjør slike vurderinger ser på avviksrapportering som en måte å be om hjelp til å løse en konkret hendelse på, snarere enn et bidrag til forebygging og læring av avvik og uønskede hendelser.

Norsk Pasientskade-erstatning (NPE) publiserte i 2019 en rapport som konstaterte at få behandlingsfeil ble rapportert i de lokale avvikssystemene (NPE, 2019a). Rapporten fant at 1/8 av pasienter ble skadet under sykehusopphold i 2019 og bare 1/3 av disse var meldt inn i de lokale avvikssystemene. I det nevnte intervjuet i Aftenposten, viste Tappert (tidligere leder ved Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet) eksempelvis til interne rapporter fra St. Olavs Hospital som viser at bare tjue prosent av sakene meldt til NPE kunne gjenfinnes i sykehusets eget avvikssystem. Likevel var hele 90% av skadene dokumentert i pasientjournaler (Røed-Johansen og Skogstrøm, 2019). En lege i utvalget mitt trakk fram hvordan vedkommende ville informert pasienten om å ta kontakt med NPE for å levere klage på hendelsen og søke erstatning ved pasientskade. Deretter ville vedkommende informert nærmeste leder om saken, men presiserte at hvorvidt hendelsen ble rapportert i avvikssystemet var avhengig av om leder oppfordret til dette. Viktigheten av motivasjon fra ledelsen trekkes også frem i andre studier (Henriksen og Dayton, 2006). Også sykepleierne i utvalget mitt oppga flere eksempler på avvik som var godt dokumentert i journal, som for eksempel feilmedisinering, men som de likevel unnlot å rapportere i avvikssystemet. Det vil være interessant å se nærmere på hvorfor leger og sykepleiere, noe paradoksalt, av og til velger å dokumentere avvik eller feil i behandling i pasientjournaler, men ikke i avvikssystemet.

Mangel på tid som barriere for rapportering

Både sykepleierne og legene trakk fram mangel på tid som en stor barriere for å rapportere avvik. Vaktene var ofte travle, og helsepersonellet hadde liten tid til annet arbeid enn de oppgavene som var direkte knyttet opp til pasientarbeid. De måtte derfor prioritere andre arbeidsoppgaver, og avviksrapporteringen ble nødt til å vike for dette. Konsekvensen av å bruke tid på avvik kunne bli manglende stell, utdeling av medisiner, eller lengre ventetid for pasienter, for å nevne noe. For noen leger ville tid brukt på å skrive avvik også gå ut over tid de kunne brukt på pasienter, og dermed fått inntjening på. Mangel på tid er også trukket fram som en betydelig hemmende faktor for avviksrapportering i tidligere studier av sykepleieres forhold til avviksrapportering

(Aljabari og Kadhim, 2021 og Løvhaug & Glorud, 2019). Dette sammenfaller med Riksrevisjonens undersøkelse fra 2015, som også viser til tid som et hinder for god meldepraksis ved sykehusene (Storvik, 2016). I Ålesund kommune ble det i 2022 foretatt en undersøkelse som viste at 65% av ansatte i hjemmesykepleien lot vær å melde fra om avvik, og tid ble også her trukket fram som en av de viktigste årsakene til dette (Reppen, 2022).

Sykepleierne oppga at meldeskjemaet i BK-kvalitet var brukervennlig og effektivt; de brukte sjeldent mange minutter på å fylle ut skjemaet. Likevel opplevde de avviksrapporteringen som tidkrevende. Sykepleierne forklarte dette med at de måtte ut av systemet de jobbet med pasientjournalene i, og flytte seg over i et annet system for å komme til meldeskjemaet. Denne prosessen tok verdifull tid. En tilsvarende navigering i programvarene måtte også legene gjennom for å rapportere inn avvik. Det er verdt å merke seg at de ansatte på sykehjem brukte et annet journalsystem enn de på legevaktene. I dette journalsystemet hadde de mulighet til å rapportere enkelte hendelser knyttet til de individuelle pasientene, som for eksempelvis fall. Dermed kunne de ansatte raskt hente ut oversikt over hvor mange fall som var registrert på pasienten innenfor et gitt tidsrområde. Slike avviksrapporter skal likevel også føres i meldesystemet hos BK-kvalitet, men når en hendelse allerede var rapportert i pasientjournalen opplevdes det som unødvendig dobbeltarbeid å føre dette i avvikssystemet i tillegg. Det er sannsynlig at en tilsvarende mekanisme er i spill når legene først og fremst dokumenterer avvik i pasientens journal fremfor i BK-kvalitet.

En lege beskrev for eksempel følgende fremgangsmåte dersom vedkommende hadde vært vitne til et avvik på arbeidsplassen; «Jeg ville nok tenkt at jeg i utgangspunktet journalførte det i hvert fall, at det ble tydelig at jeg hadde registrert det som et avvik. Også ville jeg snakket med leder hvis jeg tenkte det var graverende.» (A4).

Pasientjournalen er det systemet begge profesjonene jobber i og som automatisk er en del av deres arbeidshverdag. En hypotese er at dette systemet oppleves som et mer tilgjengelig verktøy for praktikere enn BK-kvalitet. Blant sykepleierne var flere vant med å bruke BK-kvalitet til å finne fram prosedyrer eller lignende, men blant legene var det som nevnt kun én som var kjent med meldesystemet fra før. En slik tolkning er i tråd med data fra Riksrevisjonens rapport fra 2015, som viser høy brukerterskel ved elektronisk meldesystem, uten at bakgrunnen for dette forklares (2016).

Avvik som kun dokumenteres i journal havner utenfor avvikssystemet kommunen bruker og vil på den måten ikke være synlig for leder på arbeidsplassen. Når disse er usynlige, blir systematisk avviksarbeid vanskeliggjort, og leder vil ikke kunne få innsyn i forekomsten av slike avvik, uten å gjøre undersøkelser ved hjelp av andre, målrettede metoder. Å kun dokumentere avvik i pasientens journal vil bare synliggjøre avviket for den enkelte pasient (dersom de ber om utskrift av journal), og eventuelle fremtidige behandlere. Ytterligere avviksbehandling med årsaksanalyse, vurdering av implementering av tiltak og potensielle læringsmål som kan sikre vern mot fremtidige hendelser som utgjør risiko for skade for pasienter, vil dermed ikke finne sted.

5.2 Holdninger og verdier som er fremtredende

I dette avsnittet ser jeg nærmere på fremtredende holdninger og verdier til avviksmeldinger og avvikssystemet blant informantene mine. Under intervjuet ble informantene spurt om det var enkelte type avvik de selv vurderte som viktigere å rapportere inn enn andre, hvilke avvik de synes var utfordrende å rapportere, samt hvilke vurderinger de gjorde seg *før* de besluttet å melde inn et avvik eller å la det være.

Som vist i kapittel 4 vektla informantene pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ved innrapportering og melding av avvik. For informantene var det viktig å styrke pasientsikkerheten og jobbe for en trygg arbeidshverdag. Informantene var derimot ikke enstemmige i hvorvidt meldeskjemaet var det *riktige* verktøyet for pasientsikkerhetsarbeidet. Spesielt legene mente, som nevnt i kapittel 5.1, at en del saker ble bedre håndtert muntlig eller «på bakrommet».

"[...] men ja det er absolutt mye av det vi møter i den kliniske hverdagen, er ikke egnet for det avvikssystemet, men heller for en interkollegial dialog, og den kan være vanskelig nok."
(A2)

«[...] vaktleger, fordi atte av og til så kommer de og forteller om ting også sier jeg: 'kan ikke du skrive et avvik på det' og 'nei, det var nå voldsomt, det var nå nei, det blir litt... det var nå veldig formelt'. Det er noen som synes det bør være greit å bare gi beskjed muntlig og det bør en kanskje være litt lydhør for. Hvert fall for de gruppene som har tynge for å skrive avvik så må en kanskje ta imot feedback». (A1)

Informant A1 foreslo eksempelvis et muntlig avvikssystem hvor vaktleger kunne ringe inn beskjeder for å håndtere disse utfordringene, men innså deretter at hvis all informasjonen kom muntlig kunne dette by på utfordringer med tanke på å sikre systematisk avvikshåndtering. Basert på mine informanternes beskrivelser fremstår det som at flere av legene har mer tro på alternative typer for avviksrapportering enn selve meldeskjemaet i BK-kvalitet. Enten gjennom muntlig dialog med kollegaer eller direkte henvendelser til ledelsen. Kanskje fremstår ikke bakgrunnen for skjemaet faglig begrunnet eller logisk for dem? En slik tolkning er tråd med undersøkelsen til Evenstad, Larsen og Gravningen, som identifiserer den faglige begrunnelsen som en faktor som kan styrke samsynligheten for etterlevelse av retningslinjer (2020).

Tilleggsriterier for rapportering

Blant sykepleierne var meldeskjemaet bedre forankret som et verktøy for pasientsikkerheten. Flertallet av sykepleierne mente avviksrapportering var det viktigste virkemiddelet for å synliggjøre utfordringer og muliggjøre forbedring for pasientene og ansatte. Samtidig, hadde flere av informantene enkelte tilleggskriterier de la til grunn når de besluttet å melde inn et avvik; det holdt ikke alltid at hendelsen alene var definerbar som et avvik. Disse 'tilleggskriteriene', som går utover den formelle definisjonen for avvik, vist i avsnitt 1.3, belyser på en interessant måte hva informantene vektlegger når de rapporterer avvik, og avdekker på den måten deres intensjon når de først melder.

Informantene trakk fram ulike tilleggskriterier mellom seg, men noen fellestrekk var alvorlighetsgrad, hvorvidt bakgrunnen for avviket var kjent, og hvor konkret hendelsen var. Alvorlighetsgrad ble vurdert ulikt mellom informantene, men flere brukte pasientskade som mål på hvor alvorlig en hendelse var, som nevnt i kapittel 5.1. For

enkelte var alvorlige avvik den typen som førte til skade på pasienten, og de var klare på at de ville prioritert å rapportere inn slike avvik. Dette var i kontrast til avvik hvor pasienten ikke ble påført skade, og som de ville nedprioritert å melde inn. Dette samsvarer med funn fra tidligere studier, hovedsakelig utført blant sykepleiere, hvor funn indikerer at helsepersonell vurderer å melde inn avvik avhengig av hvorvidt hendelsen førte til skade for pasienten (Yung et al. 2016). Andre informanter vektla om hendelsen hadde hendt tidligere eller ikke som indikasjon på alvorlighetsgraden. For noen var det mer alvorlig dersom en hendelse hadde hendt flere ganger, men for andre ville dette heve terskelen for å melde fra. Hvilke handlinger de foretok seg i forhold til avviksrapportering var dermed avhengig av situasjon og konteksten. Dette illustreres av følgende informantutsagn:

"Gidder ikke lengre melde angående [navngitt avdeling], det skjer så ofte" (B2)

«Terskelen er høyere ved gjentakene avvik. Beboer som ofte kommer med trusler meldes kanskje ikke, men dersom en beboer som aldri har truet tidligere kommer med trusler meldes kanskje det.» (B5)

«Melder aldri fra første gangen noe skjer, det skjer jo hele tiden, men når det er system på galskapen, når det er noe som er galt, og du ser at her bør en forbedre systemet, det er da jeg melder. Enkeltepisoder det skjer nå, det får en heller bare gripe fatt i der og da.» (A1)

Utsagnet til B2 viser til at vedkommende har meldt inn avvik angående en bestemt avdeling tidligere, men ikke lenger gjør det, siden det å melde fra ikke har hatt noen åpenbar effekt og resultert i en synlig endring for melder. Tilbakemelding og respons fra ledelsen er en kjent faktor som motiverer til rapportering av avvik, dersom den oppfattes som konstruktiv, ikke-kladrende og relevant, likefullt kan manglende tilbakemelding virke demotiverende (Ademi, 2017; Hammoidi, Ismaile og Yahya, 2018; Kingston et al, 2004). Bekymringer for manglende respons trekkes også fram som en årsak til underrapportering av avvik i andre studier (Aljabari og Kadhim, 2021). Informant B2 hadde tidligere fortalt hvordan ledelsen på egen arbeidsplass i mange år unnlot å gi tilbakemeldinger på avvik. Det opplevdes da som nytteløst å fortsatt rapportere hendelser. *Sykepleien* opprettet i 2015 en leserundersøkelse som kartla hvorvidt sykepleiere opplever effekt av å melde inn avvik (Hofstad, 2015c). I undersøkelsen kom det fram at halvparten av deltakerne ikke kjente til eksempler hvor det hadde nyttet å melde fra. Dessverre finner flere eksempler i media som bekrefter at det ikke alltid nytter å melde avvik. Den 15. oktober 2018, døde en 43 år gammel pasient på akuttmottaket ved Haukeland Sykehus i Bergen. De ansatte hadde varslet om underbemanning 114 ganger fram til oktober det samme året (Fonn, 2019). Først i etterkant av hendelsen ble bemanningen økt.

Det er interessant at informantene vurderer behovet for å melde fra såpass forskjellig, basert på hvor ofte en hendelse forekommer. Samtidig, kan denne oppfatningen komme av en svak tillit til lederes forbedringsarbeid, og lave forventninger til egen arbeidsplass. Som informant B5 forklarte, vil det kanskje ikke meldes avvik dersom en beboer ofte kommer med trusler. Dette kan skyldes at de ansatte har en forventning om slike hendelser og derfor etter en stund ikke lenger ser på de som uønsket eller prioriterte, i samme grad som de gjør de første gangene. Det kan tilføyes at en av legevaktene som inngår i utvalget har hatt ekstra fokus på avvik knyttet til vold og trusler på grunnlag av mistanker om en betydelig underrapportering i virksomheten. Sykepleierne ved denne legevakten oppga at de var så vant med slike hendelser at de ofte glemte å rapportere dem. Det ble forsøkt å avdekke denne type hendelser ved å ha en rapportbok tilgjengelig på vaktrommet. Tiltaket avdekket at forekomsten av episoder med vold og trusler var

langt høyere enn det som ble dokumentert i avvikssystemet. Noe av effekten kan trolig også være på bakgrunn av tilgjengelighet, ved at rapportboken lå på vaktrommet og var tilgjengelig for alle ansatte, både sykepleiere, studenter og leger samt generell bevisstgjøring fra ledelsens side.

Utfordringer knyttet til legemiddelavvik

En type avvik som flere av sykepleierne i min studie trakk fram som en regelmessig hendelse og som forekom med jevne mellomrom, både ved legevaktene og sykehjemmene, var legemiddelavvik. Til tross for at dette var avvik som var lett å identifisere, og som mange var bevisst på, unnlot flere å rapportere inn akkurat denne type avvik i systemet. Dette så vi eksempelvis i informant B4's utsagn i avsnitt 5.1, repetert under, og illustreres ytterligere med utsagn fra B2;

«Altså det er et avvik å ikke signere for gitt medisiner, men det er ikke.. altså det får ingen konsekvenser for pasienten eller beboeren, men det er et avvik. [...] Det er ikke nødvendig å skrive et avvik på en signatur som er uteblitt.. Da går det an å si til den kollegaen dagen etterpå at du glemte å signere på den medisinen i går.» (B4)

«Jeg har ikke noen gang skrevet avvik på medikamenthåndtering, men det er klart det at det ikke alltid blir kontrollert ganger to, vi har ikke sjans til det, vi har ikke personale til det» (B2)

Informant B2 viste også til et eksempel hvor en pasient fikk feil medikament grunnet manglende dobbeltsignatur. Vedkommende fortalte at det da heller ikke ble registrert som et avvik, men sa at dette istedenfor ble dokumentert i pasientens journal. I et nytt doktorgradsarbeid, undersøkte Alma Mulac feil knyttet til legemiddelhåndtering (Mulac, 2022). Utgangspunktet for studien var feil som ble meldt inn til Meldeordningen i 2016 og 2017. Tall fra internasjonal forskning indikerer at kun et av fem avvik knyttet til feilmedisinering blir meldt inn (Hernæs, s.17, 2022a). Som Mulac kommenterte til *Sykepleien.no* «Vi vet at det som blir meldt, bare er toppen av isfjellet», og det er mulig at tallene faktisk kan være enda lavere (Hærnes, 2022b). Manglende dobbeltkontroll eller feil i dobbeltkontroll er gjengangere. Sykepleierne tar noen ganger snarveier som følge av at de ikke rekker over alle arbeidsoppgavene (Hærnes, 2022b). Som informant B2 beskriver er det ikke alltid hverken tid eller personale tilgjengelig for dobbeltkontroll. For å redusere utfordringer knyttet til legemiddelavvik, iverksatte WHO derfor i 2017 kampanjen *Medication Without Harm* hvor et av målene var å halvere antall legemiddelfeil innen 2022 (WHO, 2017). For å lykkes med dette er man avhengig av at slike avvik rapporteres, og at det gjennomføres en årsaksanalyse for å finne treffende tiltak. Helsedirektoratet viser eksempelvis til hvordan dobbeltkontroll kan bidra til å redusere antall legemiddelfeil dersom det utføres korrekt (2018). Forskningen viser også, i tråd med informant B2s fortellinger, at mangel på tid og tilgjengelig personale er to sentrale faktorer til dårlig etterlevelse av prosedyrer knyttet til dobbeltkontroll (Helsedirektoratet, 2018). Manglende dobbeltkontroll ble også trukket fram av flere av sykepleie-informantene i utvalget som et eksempel på en type avvik som ikke alltid ble dokumentert. En legeinformants beskrivelse av hvordan han gjentatte ganger observerte mulige feil i dobbeltkontroll, skildrer godt denne utfordringen:

"For eksempel det med dobbeltkontroll, at dere sykepleiere blir spurt «kan du kontrollere for meg?» også ser man bare på medikamentet, sprøyte og så videre, men man tenker ikke `er medisineringen riktig, [...] er styrken riktig? Altså hva innebærer det å gjennomføre en ekte dobbeltkontroll? Det er mer enn bare å se. Da må vi stoppe opp og tenke og lese, mange steg..."(A2).

Denne type feil er omtalt i Mulacs studie, som fremhever hvordan dobbeltkontroll ikke alltid er et treffsikkert sikkerhetstiltak, enten fordi feil ikke oppdages under dobbeltkontroll og dermed gir en falsk trygghet, eller ikke gjennomføres i det hele tatt (Mulac, 2022, s. 53-54). Slike eksempler på mangelfull dobbeltkontroll er vanskelig å oppdage uten at det rapporteres inn av personalet på vakt, siden forholdene må være rapportert og beskrevet *før* lederen kan undersøke bakenforliggende årsak og iverksette nødvendige tiltak. I sin kommentar til *Sykepleien*, viser Mulac til at sykepleierne ikke erkjenner risikoen knyttet til legemiddelhåndtering, og at hun i studien fikk svar som «det er sånn vi gjør det her» eller «sånn har vi alltid gjort det» når hun har utfordret helsepersonellet rundt tanker om risiko (Hernæs, 2022a, s.20). En rimelig tolkning er at dette kanskje handler om hvorvidt hendelsen det er snakk om har resultert i en skade eller ikke, slik som informant B4 la til grunn i sin forklaring. En slik hypotese har noe støtte fra tidligere forskning. En tverrsnittstudie fra Taiwan i 2016, undersøkte for eksempel, hvilke holdninger og barrierer sykepleier og sykepleieledere hadde til avviksrapportering. Studien avdekket at 73.5% av deltakerne i utgangspunktet mente at alt medikamentavvik burde rapporteres, men hele 83.3% av utvalget ville allikevel unnlate å melde dersom pasienten ikke tok skade av feilmedisineringen (Yung et al, 2016). Dette indikerer at utfordringen er betydelig, også i andre kontekster enn det norske helsesystemet.

I utsagnet til informant B2 på forrige side, forteller vedkommende at det ikke alltid utføres dobbeltkontroll grunnet mangel på personale, og det rapporteres heller ikke. En rimelig tolkning av utsagnet kan være at personalet vurderer det til å være unødvendig å rapportere denne type avvik siden bakenforliggende årsak, i dette tilfellet underbemanningen, er kjent fra før. En annen informant nevnte også en vurdering rundt hvorvidt vedkommende kunne forstå bakgrunnen for avviket eller ikke, som en faktor hun vurderte om det skulle meldes.

I det påfølgende utsagnet ser vi at læringsperspektivet ved å melde avvik, på systemnivå, ikke vektlegges særlig høyt, noe vi også så i starten av avsnitt 5.2:

«Men hvis det er på den andre arbeidsplassen, for eksempel i forhold til emh utdeling av medisiner så vurderer jeg før jeg melder avvik at.. OK nå var det en for lite på jobb den dagen sant, nå var det..nå vet jeg at det og det skjedde akkurat den vakten eller sånn. For jeg kan på en måte forstå at det skjer, sant, så jeg gjør meg gjerne sånne vurderinger.» (B4)

Informantene trakk blant annet fram hvordan terskelen for å melde avvik var *høyere* dersom samme type avvik var gjentakende og forholdene var god kjent, enten det var mangel på dobbeltkontroll, brudd på tidsfrister eller utagering. Det blir tilsynelatende en uskreven regel at man unnlater å melde slike tilfeller.

Kollegialitet og frykt for negative konsekvenser

Når det gjaldt avvik som informantene synes det var utfordrende å rapportere om, trakk både sykepleierne og legene fram avvik som omhandlet kollegaer. Dette samsvarer med funn i tidligere forskning både blant leger, sykepleiere, barnepleiere, jordmødre og psykiatriske sykepleiere i Norge (Evenstad, Larsen og Gravningen, 2020; Ulvund, Rokstad og Vatne, 2016). Blant informantene i mitt utvalg handlet bekymringen for slik avviksrapportering primært om hvilke *konsekvenser* avviksrapporteringen kunne få for både den som meldte inn avviket, men også den avviket gjaldt. Å rapportere inn slike avvik ble beskrevet som svært ubehagelig, og derfor noe man helst unngikk.

Informantene så for seg at den type avvik ville påvirke videre samarbeid med kollegaen, skape konflikt, føre til tillitsbrudd og de fryktet at det ville bli oppfattet som kritikk. I studien av Ulvund, Rokstad og Vatne (2016), ville nesten samtlige informanter ta opp slike avvik muntlig med kollegaen og sørge for at det ikke ble «inntatt en klandrende innstilling til de involverte» (2016, s.6). Kollegaens yrkestilhørighet påvirker også tilsynelatende beslutningen om å si i fra, i tråd med tidligere studier (Evenstad, Larsen og Gravningen, 2020, s. 10). Spesielt blant legene oppga informantene at terskelen for å melde avvik på andre leger var svært høy, og sannsynligheten for at man ville melde fra også ved alvorlige avvik var liten. Som beskrevet tidligere, har studier sett dette i sammenheng med at faglig autonomi står sentralt i profesjonskulturen blant leger (Kingston et al., 2004), og at opplevelsen av autonomi er sterkt knyttet til opplevelsen av tillit (Dancke, 2008). I så måte, er avviksmeldinger å anse som et tillitsbrudd og en trussel mot legenes autonomi, som er høyt verdsatt i kollegiet.

Flere av legene fryktet både sosiale og økonomiske konsekvenser, som hvordan de ble oppfattet av kollegaen eller andre fagpersoner i miljøet, samt påvirkning på fremtidige jobbmuligheter. Det å delta på sosiale sammenkomster framover kunne for eksempel bli vanskelig for noen. Her er tre utsagn som belyser disse vurderingene:

"Lettere å skrive avvik på pasientreiser som en ikke har en slik type forhold til, det er kun et navn på skjermen." (B1)

«Nå skal jeg si noe utrolig teit, men jeg hadde nok hatt lettere for å melde et avvik på de ansatte enn på andre kollegaer som er leger som jobber her. Eeemh, for det er på en måte den samme faglige hylle eller hva man skal si, det hadde sittet veldig langt inne hvis jeg hadde vurdert at en pasient som allerede hadde vært vurdert og vurderingen tilsynelatende ikke var riktig, da tror jeg atte.. det skal mye til [.....] og særlig liksom å melde i samme nivå. Jeg har mye lettere for å melde tilbake til HUS (Haukeland universitetssykehus), til legenes jobb der enn innad i fastlegemiljøet, for det tenker jeg det forventes en kollegialitet selv om det er kollegialt å si i fra sant, men men men....» (A2)

«Det å begynne å melde avvik på kollegaer sitter utrolig høyt, for du vet at neste gang kan det være meg [...] Du går forsiktig fram, for alle leger er veldig krenkbar når det gjelder å ha gjort feil» (A3)

A2 beskriver her et perspektiv der det er kollegialt å si i fra når avvik skjer, nettopp fordi det kan være med på å minimere risikoen for at lignende avvik skjer igjen, enten med samme kollega eller andre. Likevel vurderer informanten det som mer kollegialt å unnlate å melde fra. Dette kan ha en sammenheng med hvilke konsekvenser en frykter avviket får for kollegaen, men også for den som melder. Ønsket om å beskytte en kollega ved å unngå å rapportere avvik på vedkommende er forståelig dersom en frykter at vedkommende vil få negative reaksjoner fra ledelsen (Ulvund, Rokstad og Vatne, 2020). *The consequences of whistleblowing* fra 2021, peker på hvordan avviksrapporing kan føre til negative konsekvenser for melder, og at slike konsekvenser kan være sosioemosjonelle, økonomiske eller yrkesmessige (Lim, Zhang, Hussain og Ho). Studien anbefaler at fremtidige retningslinjer for avvikshåndtering derfor bør fokusere på å minimere konsekvensene for melder. Sykepleiens avviksunndersøkelse fra 2014 viser også til at mange har opplevd det de selv betegner som en «heksejakt» i etterkant av avviksrapporing, eller at man blir kalt inn på teppet av ledelsen (Hofstad, 2015c). Riksrevisjonens rapport fra 2015 trekker også fram et annet relevant forhold: hvis uønskede hendelser blir forklart på bakgrunn av menneskelig svikt kan avvikssystemet bli oppfattet som et angiverisystem og terskelen for bruk blir dermed høyere (2016, s.17). Dette poenget illustreres godt gjennom følgende beskrivelse fra informant A3:

«[...] de gangene der det er avvik i forhold til medisinsk behandling, som du vet selv: i neste omgang kan være deg som gjør den brøleren fordi du ikke er helt påkoblet, den er... det sitter mye lengre inne altså.»

- *Men tenker du at det å melde avvik kan redde en kollega fra å potensielt gjøre en brøler du selv har gjort med å påpeke at her satt jeg med for mange pasienter på listen, eller med et tidspress, eller..?*

«Nei, det har jeg faktisk ikke.. jeg har ikke tenkt på det på den måten, jeg har mer tenkt veldig klart at et avvik er lik en kollega tror ikke på meg, jeg går inn i en depresjon, og nå kan jeg liksom godt bare slutte. Det er min umiddelbare tanke». (A3)

Informanten tegner her et godt bilde av hvordan avvikssystemet kan oppfattes som et angiverisystem, og frykten for at det å melde avvik på en kollega kan føre til gjengjeldelse, at man risikerer å motta et avvik angående seg selv i retur. Informanten beskrev også at vedkommende var mer tilbøyelig til å rapportere avvik på en kollega som var av en slik karakter at vedkommende aldri sto i fare for å gjøre en lignende feil selv. Dette viser også hvordan informanten vurderer avvik som noe som primært omhandlet menneskelig svikt fremfor systemsvikt. Denne informanten er langt fra alene om en slik tankegang. For i større grad å kunne bruke avviksrapporter til læring, påpeker Riksrevisjonen viktigheten av å undersøke mulige systemforklaringer fremfor å utelukkende forklare hendelser som resultat av menneskelig svikt (2016, s. 17). En slik tilnærming har også støtte i forskningslitteratur (Henriksen og Dayton, 2006). Det er også verdt å merke seg at Riksrevisjonen viser til at leders håndtering av avvik kan påvirke antall meldinger som virksomheten får inn fra de ansatte (2016). Dette temaet aktualiseres ytterligere når vi ser på hva som motiverer rapportering av avviksmeldinger, og informantenes forventninger til behandlingen av disse.

5.3 Faktorer som motiverer til avvikrapportering og informantenes forventninger til avviksbehandling

Tilstrekkelig opplæring og tid

Informantene som oppga at de aldri hadde brukt meldeskjemaet i BK-kvalitet forklarte at dette først og fremst handlet om mangel på opplæring og veiledning i systemet. Opplæring og veiledning ble fremhevet som nødvendige forutsetninger for å starte med avviksrapportering i BK-kvalitet. De trodde også at sannsynligheten for å bruke meldeskjemaet ville være høyere dersom de opplevde skjemaet som brukervennlig og effektivt. Det måtte, blant annet, ikke ta for lang tid å fylle ut skjemaet. At ansatte opplever avvikssystemet som lite brukervennlig, tidkrevende, eller at det gis mangelfull opplæring har blitt identifisert som en barriere, og kan resultere i underrapportering (Ademi, 2017). Som vi har sett tidligere, ble tid også trukket fram som en hindring for rapportering blant sykepleierne. De opplevde en allerede travel arbeidshverdag, og følte at avviksrapportering ville komme i konflikt med andre nødvendige arbeidsoppgaver. Informant B5 beskrev dette som følger: «Det brenner ofte, og det er da det skjer ting, og da er det også vanskelig å sette seg ned og samle tankene» (B5). Utsagnet viser også hvordan det ofte oppleves at avvikene dukker opp når det er en stor arbeidsbelastning, noe som har støtte i forskningslitteraturen (Hammouidi, Ismailie og Yahaya, 2017; Fagerström, Kinnunnen og Saarela, 2018). Mulacs studie så hvordan to av tre legemiddel feil skjer under administrering (2022, s.54). I sin kommentar til *Sykepleien* kommenterte

Mulac hvordan hun, ved å observere sykepleierne, så en potensiell sammenheng ved at sykepleiere ofte håndterte for mange oppgaver samtidig, og i mangel på tid tok noen snarveier hvor man gjerne ikke fulgte prosedyrer som beskrevet (Hærnes, 2022a. s.19).

Sykepleier i Nord er et samarbeidsprosjekt mellom Nord universitet, kommuner, fylker, sykehus og fagorganisasjoner, som blant annet jobber for å beholde sykepleiere i Nordland og Nord-Trøndelag. Prosjektet har nylig publisert en rapport som undersøker hvorfor sykepleier velger å forlate yrket (Oslo Economics, 2022). Her ble høy arbeidsbelastning fremhevet som en av årsakene. Forbundsleder i Norsk sykepleierforbund, Lill Sverresdatter, kommenterte følgende til rapporten; «Vi vet også at den fysiske og psykiske belastningen er stor, og mange oppgir at de går på akkord med sin faglige integritet. Sykepleiere opplever å stå i en jobb der de må gjøre prioriteringer som går på bekostning av faglig forsvarlighet. Det er en belastning de verken kan eller bør stå i over tid.» (Sykepleier i Nord, 27.oktober, 2022). Prioriteringer som går på bekostning av faglig forsvarlighet som følge av høyt arbeidspress kan være betydningsfulle for å forstå meningen bak disse vurderingene.

Informant B2 som ble sitert med hvordan dobbeltkontroll ikke alltid gjennomføres begrunner årsaken for manglende dobbeltkontroll med knapp tid og for få personale. Vedkommende presiserte også senere hvordan tid var en barriere for avviksrapportering. Dette er ikke vedkommende alene om å beskrive. Disse beskrivelsene gir inntrykk av en negativ spiral: avvikene forekommer grunnet tidspress og rapporteringen av slike avvik nedprioriteres av samme grunn. Samtidig går de ansatte og kjenner på en vond følelse av at deres faglige integritet er truet grunnet tidspress, uten mulighet for å påvirke dette i nevneverdig grad. En av legene trakk også fram en type avvik som kunne forekomme når man befinner seg i pressede situasjoner. «En tar så mange avgjørelser hver dag, lett å bli ukonsentrert og overse noe alvorlig» (A3). Vedkommende forklarte eksempelvis at det noen ganger hendte at en skrev ut A- eller B-preparater til pasienter som gjerne hadde et overforbruk av slike medikamenter. Informanten vurderte det slik at det noen ganger rett og slett var mer tidsbesparende å unngå konflikt med pasienten, og da heller skrive ut en minste dose. Dette handlet også om å ivareta egen sikkerhet ved å unngå åpen konfrontasjon. Likevel ble ikke slike hendelser rapportert inn.

Flere av informantene ser ut til å ta beslutningen om å rapportere avvik eller ikke relativt hurtig etter at hendelsen hadde forekommet. Det virket heller ikke til å være avgjørelser som de reflekterte over i lang tid; enten rapporterte de på samme vakt som hendelsen inntraff, eller så lot de det være. Det var lettere å rapportere en hendelse de hadde friskt i minne, og det var også lett å glemme hendelsen til neste dag. Dette kan altså tyde på at informantene raskt 'går videre', etter at et eventuelt avvik har skjedd. Tidligere forskning, har forklart dette som en form for mestringsstrategi hvor det å unngå å dvele ved hendelser gjør det lettere å redusere en eventuell personlig påvirkning (Henriksen og Dayton, 2006). Dersom ansatte raskt 'slår seg til ro' med de avvikene som forekommer i løpet av en vakt kan dette samtidig underminere forbedringsarbeidet rundt pasientsikkerhet, ved at hendelsene ikke blir rapportert. Samtidig kan det også være slik at arbeidsplassen, på bakgrunn av arbeidsmengden den enkelte kjenner på, ikke legger til rette for avviksrapportering og at ansatte blir nødt til å haste videre til en annen oppgave.

Sykepleiens avviksundersøkelse fra 2014 viser til at halvparten av de som rapporterte å ha meldt inn avvik brukte mellom 5-10 minutter på en avviksmelding, og at 28% brukte mer enn 10 minutter (Hofstad, 2015c). Blant de 21% som rapporterte *ikke å* ha meldt

inn avvik var mangel på tid en av de hyppigste rapporterte årsakene til dette (Hofstad, 2015c). Også sykepleierne i min studie oppga at selve rapporteringen i meldeskjemaet vanligvis ikke tok mange minutter, men at prosessen *i sin helhet* krevde lengre tid enn de ofte hadde tilgjengelig. Det er naturlig at helsepersonell, i en allerede tidsknapp arbeidshverdag, er avhengige av at støttesystemene ikke er til ytterlige hinder for å løse arbeidsoppgavene. Bergen kommune har eksempelvis en løsning hvor ansatte kan melde inn avvik via mobil uten å være pålogget det kommunale nettet, dersom de ønsker det. Ettersom mobil ikke skal brukes i arbeidstiden kan det diskuteres hvorvidt denne løsningen legger opp til rapportering utenom arbeidstid. Kun en av informantene i studien visste at dette var en mulighet. De resterende virket skeptisk til å ta i bruk en slik løsning. For noen informanter virket det for komplisert, og for andre handlet det om at de ikke ønsket å bruke fritiden sin på å rapportere avvik. Det er også naturlig å tenke seg at dersom de ansatte stadig opplever høyt arbeidspress og kjemper mot klokken vil de ha høyere terskel for å gå overtid, ettersom de vet at det ofte vil være behov for slik fleksibilitet. At prioritering av avviksrapportering ofte medfører overtid for ansatte, har blitt belyst i fagpressen. I forbindelse med nyhetssaken om manglende avviksrapportering i Ålesund kommune (nevnt over), kommenterte eksempelvis hovedtillitsvalgt ved NSF Ålesund, Ståle Esvold Ræstad, at de ansatte i hjemmesykepleien i kommunen opplever at det heller ikke alltid betales overtid for å rapportere inn avvik etter endt arbeidshverdag (Reppen, 2022).

Flere av informantene oppga at arbeidshverdagen ikke la til rette for avviksrapportering. Dette handlet ikke utelukkende om tid, men også andre praktiske forhold, herunder tilgang på ledig arbeidsstasjon og PC. Flere arbeidssteder hadde for få PC'er til de som var på jobb og medarbeiderne måtte bytte på hvem som dokumenterte i journal. En informant trakk fram hvordan de i hjemmesykepleien hadde arbeidslister med faste tider hvor de skulle kjøre inn på «basen» for å dokumentere relevant informasjon om brukerne og utførte arbeidsoppgaver. Ved å ha en fast tid i løpet av arbeidsdagen hvor man hadde tid og tilgang på PC var det også lettere å huske på, og å prioritere avviksrapportering. Informantens inntrykk var at det som en konsekvens av dette ble rapportert flere avvik og at de ansatte var bevisst på avviksmelding som en del av sine arbeidsoppgaver.

Forventninger til avviksbehandling

Dersom et avvik først ble meldt inn hadde både sykepleierne og legene en forventning om videre avviksbehandling. Med unntak av en lege, ønsket alle en tilbakemelding fra leder på avviket og at det utløste en form for respons. Legen som ikke hadde noe ønske eller forventning om respons virket ikke til å ha dette på bakgrunn av at vedkommende generelt ikke rapportere avvik. Tilbakemelding og respons fra ledelsen er også noe som blir trukket fram som påvirkende faktorer ved avviksrapportering i andre studier (Ademi, 2017; Hammoudi, Isamile og Yahya, 2018; Kingston et al, 2004). Som beskrevet i kapittel 4, belyste informantene ulike erfaringer med det å få tilbakemelding på avvik. Flere av informantene opplevde det å kun motta bekreftelse på at et avvik var les som en mangelfull eller utilstrekkelig tilbakemelding. En mer tilfredsstillende tilbakemelding måtte også ha tilleggsinformasjon om lederens vurdering av hendelsen, og hvilke tiltak som eventuelt var iverksatt. Unntaket var dersom avviket gjald en kollega: her understreket flere informanter at de ikke forventet en tilbakemelding om eksakte tiltak ettersom at lederen måtte ta hensyn til taushetsplikten overfor den andre kollegaen, noe

de respekterte som medarbeidere. Manglende tilbakemelding har også i tidligere studier vist en negativ påvirkning av ansattes motivasjon for å rapportere avvik (Ademi, 2017; Hammoudi, Ismaile og Yahaya, 2018). Ademis studie satt dette i sammenheng med hvordan manglende tilbakemelding på avvik førte til at de ansatte ikke så nytten ved å melde inn avvik (2017). På denne måten går de ansatte også glipp av læringsperspektivet ved rapportering. Ettersom flertallet av informantene så på avviksrapportering som et verktøy for forbedring, og samtidig hadde et ønske om å se effekt av rapportering når de meldte inn, viser dette til et behov for at leder synliggjør resultatet av innrapportering.

En av informantene fortalte som nevnt i avsnitt 4.1 at tidligere ledelse på arbeidsplassen i flere år hadde unnlatt å gi ansatte tilbakemelding på avvik som ble meldt inn. Dette virket demotiverende og videre rapportering virket derfor som en meningsløs øvelse. Informanten bemerket riktignok at vedkommende den senere tiden hadde opplevd å få tilbakemelding. Ved en anledning fikk informanten spørsmål om forslag til hva som kunne gjøres for å unngå lignende avvik i framtiden. Dette opplevdes som at melder ble stilt ansvarlig for avviket og informanten satt igjen med en følelse av å ha begått en feil. Denne tilbakemeldingen gjorde at informanten har unnlatt å melde slike avvik på ny. Flere studier har vist at både mangel på tilbakemelding, negativ tilbakemelding på avvik, og/eller frykt for å bli stilt ansvarlig kan bidra til underreportering (Aljabari og Kadhim, 2021; Woo og Avery, 2021; Ask og Rinde, 2007). Dette er barrierer som ledere må være bevisst på i sine tilbakemeldinger på avvik. Dersom ansatte frykter negative konsekvenser fra ledelsen vil dette påvirke beslutningen om å rapportere inn en hendelse (Ulvund, Rokstad og Vatne, 2016). Ulvund, Rokstad og Vatne pekte videre på hvordan en slik frykt blant ansatte kan forklares ved at lederne potensielt vektlegger individårsaker i avviksbehandling, fremfor å jobbe for å identifisere systemsvikt. Det kan altså tyde på at det er større sannsynlighet for at ansatte frykter negative konsekvenser fra leder dersom man opplever at det er enkeltindivider som blir stilt ansvarlig, fremfor at man avdekker systemsvikt (2016). En slik sammenheng ble også identifisert av Hammoudi, Ismaile og Yahaya (2018). Dersom ansatte unngår å rapportere avvik i frykt for en dårlig håndtering fra leders side er dette bekymringsverdig, og noe virksomheten bør systematisk arbeide for å forbedre.

Læringsperspektiv ved avviksmeldinger

Riksrevisjonens rapport fra 2015 kritiserer helseforetakene for at de i liten grad utnytter informasjonen de får om uønskede hendelser til virksomhetens forbedringsarbeid (2016). Dette kan en trolig også trekke linjer til i kommunale helse- og omsorgstjenester da den Nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 viser til et ytterligere behov for bedre system og oversikt over uønskede hendelser i kommunale helse- og omsorgstjenester versus spesialisthelsetjenesten (2019). I rapporten fra Riksrevisjonen påpekes det eksempelvis hvordan de elektroniske avvikssystemene kun åpner for tilbakemelding til melder når et avvik lukkes, og at de på den måten i liten grad legger til rette for læring blant andre ansatte i foretakene (Riksrevisjonen, 2016). For at ansatte skal kunne se årsakssammenhenger ved avvik, og lære av uønskede hendelser, må slik informasjon og kunnskap i større grad deles med *alle ansatte*, ikke bare den som melder. Dersom en årsaksanalyse av et avvik avdekker behov for endring av prosedyre eller en rutine på arbeidsplassen bør de ansatte også få innblikk i bakgrunnen for dette. Som tidligere nevnt, viste studien til Evenstad, Larsen og Gravningen nettopp at

sannsynlighet for etterlevelse av retningslinjer økte dersom ansatte opplevde retningslinjen som faglig begrunnet og logisk (2020).

Selv om læringsperspektivet ved innrapporterte avvik og uønskede hendelser har fått økt oppmerksomhet, var ikke dette noe som ble vektlagt av legeinformantene i utvalget mitt i særlig grad, utover at de anerkjente at avviksmeldinger kunne gi en verdi fra et læringsperspektiv. Sykepleierne vektla læring av hendelser til en viss grad, særlig i tilfeller der innrapportering kunne bidra til oppdatering av rutiner og prosedyrer, men deres perspektiver viste tydelig at det likevel er et forbedringspotensial knyttet til læring i organisasjonen på et systemnivå. Flere av legene som deltok i min studie oppga at de ofte følte avvikene kunne håndteres bedre enn gjennom innrapportering via BK-kvalitet. De var, som vi har sett, mer opptatt av å *løse avvikene på lavest mulig nivå*; enten ved å personlig håndtere den spesifikke hendelsen der og da, som gjennom direkte dialog med den personen det gjaldt. De beskrev det som mer hensiktsmessig å løse avvik «på bakrommet» enn via systemet. Ademi (2017) forklarer underrapportering blant leger med et syn på avvik som noe som det ikke er nødvendig å lære av, dersom de opplever kontroll over situasjonen. Den kvalitative studien fra Australia, som nevnt i kapittel 5.1, så på sykepleiers og legers holdning til rapportering av avvik tilbake i 2004 (Kingston et al). I studien ble det trukket fram hvordan leger foretrakk å håndtere avvik muntlig. I tråd med mine data, fant også denne undersøkelsen at leger i større grad mente avvik burde holdes «in house», og at rapportering ble sett på som uetisk og ikke-støttende mot kollegaer. Dette forklares ved at legene opplevde avviksrapportering som brudd på moralen, ved at man gikk imot legekollegaer. Studien relaterte dette til en legekultur som i større grad er påvirket av faglig autonomi og kollegialitet enn kulturen blant sykepleierne (Kingston et al, 2004). Sykepleierne i samme studie kunne beskrive avviksrapportering som et tiltak for å holde egen rygg fri, noe som viser hvordan de i større grad vektla konsekvenser for egen situasjon fremfor fellesskapet (2004).

Dersom ansatte i størst grad motiveres av egen læring, og heller velger å håndtere hendelser på egen hånd, vil arbeidsplassen ha mindre mulighet for å avdekke systemiske årsaker. Slik «kamouflering» i forhold til meldesystemet vanskeliggjør arbeidet for å identifisere risikoområder og å rette opp i disse før en alvorlig hendelse finner sted, noe som er blant de viktigste fordelene ved frivillig innrapportering (Kohn et al., 2000). En mulig konsekvens er at arbeidsplassen blir mindre motstandsdyktig (resilient) i møte med nye hendelser, og at det blir vanskelig å lære av hendelsene. Også på et høyere nivå i helsetjenesten er læringsperspektivet utfordrende. På tvers av avdelinger, sykehus, enheter, sykehjem og legevakten har det vært manglende rutiner for læring på tvers (Wallevik og Flaatten, 2021). Helse Vest så eksempelvis på et tidspunkt behovet for å dele avvik med andre avdelinger, og åpnet i 2019 opp for at meldinger kan sendes til andre sykehus i regionen (Wallevik og Flaatten, 2021). De som mottar meldingen, må så ta en vurdering på hvorvidt det er risiko for en lignende hendelse hos dem og eventuelt informere videre hva som kan være viktig læring og forbedringspunkter for rutiner. Ettersom avviksmeldinger i BK-kvalitet kan deles med andre personer kan det se ut til at systemet også åpner opp for denne type kommunikasjon mellom enheter. Per i dag eksisterer det likevel ingen rutiner for slik kunnskapsoverføring og deling av erfaring på tvers av enheter. Hvorvidt leder deler læring av avvik og uønskede hendelser med sine egne ansatte er i dag opp til den enkelte, og krever handling utenfor meldesystemet. Kanskje har ikke informantene opplevd at leder synliggjør læringen avviksrapportering gir, og derfor ikke ser hvilke positive følger innrapporteringen kan ha.

Konformitet

Selv om både leger og sykepleiere oppga at det å skrive avvik på kollegaer ville være blant den type avvik som var mest ubehagelig å rapportere, var det flere sykepleiere som viste til eksempler hvor de likevel hadde meldt inn slike avvik. Legene påpekte på sin side hvordan vegring for å rapportere hendelsen angående kollegaer var forbundet med en sterk kollegialitet og tillit mellom legene. To av legene opplevde fastlegemiljøet som lite, og trodde en slik hendelse raskt ville bli spredd rundt blant kollegaer, og at melder da ville få et negativt rykte på seg. Dette samsvarer med tidligere forskning som har vist en frykt for dårlig renommé blant kollegaer ved innrapportering av slike hendelser (Sønstebø og Hærnes, 2009). Ingen av legeinformantene i min studie hadde opplevd å høre slike rykter om andre kollegaer i miljøet, og de tolket dette til at det ikke hadde vært rapportert inn slike hendelser. Henriksen og Dayton så i sin studie en sammenheng med hvordan konformitet blant profesjoner kan gi utfordringer for avviksrapportering (2006). Dersom det blant legene råder en opplevelse og felles oppfatning om en enighet rundt at de *ikke* rapporterer avvik på hverandre, kan dette true forbedringsarbeidet rundt pasientsikkerhet. Henriksen og Dayton påpeker derfor at ledelsen bør anerkjenne kompleksiteten av sosiale forhold, og hvordan slike faktorer påvirker atferd rundt avviksrapportering. De bemerker også at det ikke nødvendigvis trengs så mange «regel-brytere» før konformiteten i en gruppe begynner å endre seg, men at noen må starte (Henriksen og Dayton, 2006, s.1546). Det er derfor grunn til å spørre om ledere i større grad bør utfordre konformitet blant kollegaer og heller løfte fram de som inntar en mer nysgjerrig, utfordrende og spørrende holdning rundt hvorfor kolleger gjør som de gjør på arbeidsplassen, fremfor å si seg fornøyd med lite motstand og raske løsninger (Henriksen og Dayton, 2006).

Direkte påvirkning fra leder er også med å avgjøre om ansatte melder inn avvik eller ikke. Flere av informantene trakk fram eksempler på avvik de i første omgang ville ha diskutert med leder, og avhengig av leders respons og oppfordring til å rapportere hendelsen, ville de gjøre dette. Motsatt viste to av informantene til eksempler på hendelser de *ønsket* å rapportere, men etter råd fra leder valgte å unngå og rapportere. Dette illustrerer også hvordan innrapportering noen ganger kan være lederstyrt, og flere av informantene så til leder for å forstå hvor «terskelen» for innrapportering lå.

Psykologisk trygghet

Mange av forholdene som jeg har beskrevet over, som informantenes frykt for negative konsekvenser, behov for opplæring i systemet, forventninger til leders avviksbehandling læringsperspektiv, og konformitet blant kollegaer, berører aspekter ved det som i litteraturen omtales som *psykologisk trygghet* (Edmondson, 1999). Avslutningsvis, vil jeg derfor hevde at erfaringene og perspektivene fra legene og sykepleierne i mitt datamateriale, peker mot en sammenheng mellom informantenes kulturelle praksiser for avviksmeldinger og deres opplevelse av psykologisk trygghet på arbeidsplassen. Denne koblingen mellom kodegruppene og begrepet psykologisk trygghet springer ut av mitt arbeid koder og kodegrupper i forskningsprosessen, og er på den måten i tråd med Tjoras siste steg i SDI-modellen (2021, s.272). I henhold til Tjora, blir dialogen mellom kodegrupper (her basert på empirinær koding), og konseptutvikling, foregå på bakgrunn

av data gjennom en induktiv prosess (med tilhørende og langsgående deduktive 'tester'), og ikke dannes på bakgrunn av premature konklusjoner (2021, s.272).

Psykologisk trygghet kan beskrives som den relasjonelle takhøyden blant medlemmene i en gitt kontekst, ofte studert i team på arbeidsplasser. Takhøyden representerer medlemmenes forhold til mellommenneskelige risiko, herunder hvorvidt de hvor de tør å ta ordet, stille spørsmål, dele ideer og ta del i diskusjoner, uten å være bekymret for at dette kan medføre negativ respons fra de andre medlemmene (O'donovan og Mcaulife, 2020; Houge, 2021). For å oppnå psykologisk trygghet er det viktig at medlemmene føler seg sett og hørt, og de må få en opplevelse av aksept for hvem de er. Psykologisk trygghet kan skapes gjennom *positive lederrelasjoner, støttende omgivelser, forventningsavklaring og en lærende innstilling* (Lian, 2021). Slik psykologisk trygghet viser seg spesielt viktig i endringsarbeid i organisasjoner og for medlemmenes læringsevne (Edmondson, 1999; Houge, 2021). Sett i sammenheng med mine funn kan psykologisk trygghet bidra til at ansatte i større grad våger å håndtere avvik og uønskede hendelser i fellesskap med kollegaer og ledelsen, fremfor på «bakrommet» kun med de nærmeste kollegaene.

Forskning har vist en positiv sammenheng mellom sikkerhetskultur og psykologisk trygghet, hvor en organisasjons oppmerksomhet på sikkerhetskultur bidrar positivt til medlemmenes opplevelse av psykologisk trygghet, noe som igjen skaper engasjement for sikkerhetsarbeidet (O'donovan og Mcaulife, 2020, s.248). Psykologisk trygghet beskrives samtidig som ferskvare, og noe man aktivt må jobbe for å vedlikeholde blant medlemmene (Folkestad, 2019).

Vi har nå gjennomgått studiens funn og diskutert disse i lys av relevant forskning og litteratur. Som presisert innledningsvis i kapittel 5 er det et begrenset sammenligningsgrunnlag mellom legeinformantene i denne studien og annen litteratur, da det eksisterer få studier som ser på legers holdning til avvik og meldekultur alene. I neste kapittel legger jeg fram konklusjon for studien, dens implikasjoner for praksis og trekker fram hvilke videre forskningsbehov jeg har identifisert.

6.0 Konklusjon

Formålet med denne studien var å avdekke hvilken motivasjon som ligger bak rapportering av avvik, og hvordan dette gjenspeiles i meldekultur blant leger og sykepleiere. På bakgrunn av tidligere studier har jeg også ønsket å se på eventuelle ulikheter i meldekultur mellom profesjonene. Jeg har brukt kvalitativt intervju som metode, og utvalget inkluderte fire leger og seks sykepleiere fra ulike sykehjem og legevakter i Bergen kommune.

Før jeg konkluderer, ønsker jeg å trekke fram noen faktorer som påvirker denne studiens validitet og pålitelighet. Det må vektlegges at funnene fra denne kvalitative studien kun gir oss tilgang til informantenes egne perspektiver. Det har ikke vært min intensjon å etterprøve hva informantene faktisk gjør i praksis. Formålet med en kvalitativ undersøkelse av denne typen er ikke statistisk generalisering, men å få en rikere forståelse for meldepraksis i kommunehelsetjenesten, i dette tilfellet gjennom en spesifikk case, BK-kvalitet. Kvalitative studier av denne typen kan dermed bidra til det Tjora kaller konseptuell eller analytisk generalisering (s.268), utviklingen av fremtidige innsikter, konsepter og modeller med relevans for andre tilfeller enn de som har inngått i akkurat denne case-studien.

Når det kommer til antall informanter i studien er dette begrenset, men samtidig har utvalget vært tilstrekkelig for å tegne et bilde av meldekulturer og relevante ulikheter som eksisterer i de to profesjonene som her er undersøkt. Informantene har gitt innsikt i hvordan de selv opplever avvik og meldekultur på egen arbeidsplass. Selv om antall informanter er begrenset er studiens gyldighet styrket ved at funnene i min studie sammenfaller med mønstre som er identifisert i tidligere forskning, både nasjonalt og internasjonalt. Vedørende rekrutteringen av informanter kan det stilles spørsmål ved hvorvidt lederne ved de ulike arbeidsplassene har fungert som portvoktere og på denne måten potensielt bidratt til et selektivt utvalg. Studiens funn og konklusjon må derfor ta dette i betraktning, og tolkes med forsiktighet.

Studien viser at flertallet av informantene selv opplever at de har en adekvat forståelse av definisjonen for avvik og uønskede hendelser, men at de også opererer med en rekke tilleggskriterier for hvilke hendelser som bør rapporteres i systemet. Disse tilleggskriteriene handler om alvorlighetsgrad som informantene vurderer ulikt, om hendelsen har hendt tidligere, forventninger til egen arbeidshverdag, om årsaken til avviket er kjent og hvorvidt hendelsen er løst og håndtert av ansatte på vakt. For informantene er disse tilleggskriteriene, ut ifra deres profesjonelle ståsted i virksomheten, og de omstendighetene de utfører sitt arbeid i, svært meningsfulle.

Videre vektlegger informantene pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ved innrapportering og melding av avvik. Det eksisterer derimot ulike oppfatninger om hvorvidt dagens meldesystem er det beste verktøyet for å oppnå økt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Denne oppfatningen var mest fremtredende hos leger, noe som også viser seg igjen i deres manglende erfaring med bruk av meldesystemet. Flertallet av legene mente avvik best ble håndtert «på bakrommet», noe som vanskeliggjør systematisk avviksbehandling da slik håndtering ikke er synlig eller gjøres kjent for leder.

Til tross for at sykepleierne oppga å ha brukt meldesystemet flere ganger tidligere, trakk flere fram at det likevel eksisterte underrapportering blant kollegene. Dette støttes av tidligere undersøkelser og rapporter. Generelle barrierer for rapportering av avvik er manglende opplæring, mangelfull motivering fra ledelsen og tid, uklare grenser innen medisinsk behandling, og frykt for negative konsekvenser. Spesielt legene i studien viste til manglende opplæring og veiledning i systemet som årsak til underrapportering. Flertallet av informantene opplever avvik som handler om kollegaer som den type avvik det er mest utfordrende å rapportere inn. Dette er knyttet opp til en forventning om negative konsekvenser for både melder og kollega. Studier har vist hvordan frykt for slike negative konsekvenser for melder eller den avviket blir meldt på, har en sammenheng med i hvilken grad ledere stiller enkeltindivider ansvarlig for hendelser. Implikasjonen er at ledere, i større grad, bør jobbe for å avdekke systemsvikt fremfor menneskelig svikt ved forekomst av avvik. Slike årsaksanalyser vil bidra til et bredere læringsperspektiv, noe som vektlegges i nasjonalt arbeid for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Læringsperspektiv ved avviksrapportering vanskeliggjøres ved at informantene i studien bruker egne skjønnsmessige vurderinger på hvorvidt et avvik bør innrapporteres. Spesielt blant legene var ikke læringsperspektivet noe som ble vektlagt i særlig stor grad ved forekomst av avvik. At leger og sykepleiere gjerne tar initiativ til raske og individuelle løsninger for å håndtere en hendelse, er et påfallende mønster for begge profesjonsgruppene. Samtidig er dette forhold som kan underminere pasientsikkerhetsarbeidet i helsevesenet. Håndtering av avvik eller uønskede hendelser i den akutte fasen, uten innrapportering, tilfredsstiller et umiddelbart behov for den enkelte medarbeider eller pasient, men bidrar ikke til at det på systemnivå blir iverksatt tiltak for å hindre lignende hendelser senere. Dette kan gi indikasjoner på at de grunnleggende formålene bak avviksrapportering, *forebygging og læring*, ikke er tydelig nok for de ansatte. Det oppstår da en dissonans mellom arbeidsstedets intensjon bak meldesystemer og de ansattes forståelse av denne, noe som kan resultere i manglende bruk og/eller feil-bruk.

Flere av informantene viste til avvik som ble meldt utenom avvikssystemet, da fortrinnsvis muntlig eller via epost til nærmeste leder. De opplyste også om at avvik ofte kun ble dokumentert i journalsystemet, uten videre informasjon til leder. Årsaken til *hvorfor* ansatte velger å dokumentere avvik i pasientjournaler fremfor meldesystemet blir ikke belyst i denne studien, men en rimelig tolkning, basert på det informantene har fortalt, er at ansatte frykter negative konsekvenser dersom hendelsen gjøres kjent for leder. Informantene virker samtidig ikke bekymret for å dele tidligere avvik og uønskede hendelser med sine kollegaer, og spesielt legene virket til å se stor nytte av å dele sin erfaring med nyutdannede leger. De opplevde også rom for faglige diskusjoner mellom dem, men først *etter* å ha blitt spurt om råd eller veiledning.

Motivasjon for avviksrapportering virker for mange til å være lederstyrt; de motiveres av at leder bevisstgjør ansatte om viktigheten av arbeidet og at leder skaper en åpenhetskultur hvor fokus er læring. Dette fordrer at ledere i større grad undersøke systemårsaker fremfor å forklare hendelser på individuelt nivå. Ansatte ønsker å motta respons på avvik som meldes inn hvor leder bekrefter å ha mottatt melding, viser til vurdering av hendelsen og opplyser om iverksetting av eventuelle tiltak. På bakgrunn av at ansatte selv vektlegger pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ved innrapportering av avvik, vil det trolig ha stor nytteverdi at leder synliggjør effekten av avviksrapportering knyttet til disse faktorene.

Den største ulikheten knyttet til meldekultur blant leger og sykepleiere i denne studien er hvordan legene vektlegger kollegialitet og konformitet når de vurderer å rapportere hendelser. Legene jeg intervjuet ønsker, i større grad, enn sykepleierne å håndtere avvik «på bakrommet», innad mellom nærmeste kollegaer, og vektlegger i liten grad systematisk læring ved forekomst av avvik og uønskede hendelser. Samtidig viser også sykepleierne til flere eksempler hvor også de vurderer det mer hensiktsmessig å håndtere avvik og uønskede hendelser utenfor meldesystemet, men de baserer beslutningen på andre skjønnsmessige vurderinger enn legene i studien. Meldekulturen blant begge profesjonene virker derfor å være knyttet til informantenes opplevelse av psykologisk trygghet, som vist i avsnitt 5.3.

Informantenes meldekultur kan ikke forklares ut fra egenskapene ved BK-kvalitet, selv om dette utgjør case-avgrensningen for undersøkelsen. Dette ser vi gjennom legenes manglende erfaring med bruk av systemet og sykepleiernes egne beskrivelser av underrapportering. Informantene begrunner ikke dette med forhold knyttet til selve meldesystemet, tvert imot opplever de som har erfaring med bruk av skjemaet det som brukervennlig og effektivt. Meldesystemet kan derfor ikke hevdes å skape forskjeller i meldepraksis. Min undersøkelse identifiserer disse driverne i andre sosiale forhold rundt avviksrapportering. Dette er funn som presenterer seg gjennom koding av intervju og arbeidet med kodegrupper, og som peker mot betydningen av et mer generelt fenomen, *psykologisk trygghet*. Funnene i studien sammenfaller også med undersøkelser fra andre kommuner, helseforetak og land. Funnene i denne undersøkelsen kan derfor med stor sannsynlighet også være relevant for pasientsikkerhetsarbeidet i andre kommuner og helseforetak, og på så måte gi grunnlag for videre konseptutvikling rundt begrepet meldekultur. Undersøkelsens vitenskapelige bidrag er på bakgrunn av dette økt forståelse for kompleksiteten i avviksrapportering knyttet til pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenester.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studien min viser at det kan være hensiktsmessig å bevisstgjøre ansatte på fordelene ved systematisk avvikshåndtering og at dette fordrer en god meldekultur hvor ansatte er trygge på hvilke hendelser som skal rapporteres og fremgangsmåte. Slike forventningsavklaring og tydelige rammer kan bidra positivt til psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet (Lian, 2022). Ansatte bør derfor veiledes i hvilket omfang det forventes avviksrapportering, deriblant om ansatte skal melde hendelser en gjøres kjent med som har hendt utenfor den aktuelle kontakten med helsevesenet. Et tiltak kan være å inkludere denne typen spesifisering i informasjonsmateriell om avviksrapportering.

Selv om resultatene mine ikke er representative i statistisk forstand, og det trengs ytterligere forskning med tanke på legers meldekultur, tilsier funnene i studien at det bør jobbes for bedre forankring av avviksrapportering som en kritisk faktor i det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet og kvalitetsforbedring hos denne yrkesgruppen. Mine data indikerer at konformitet kan være en utfordring i profesjonene, men samtidig viser tidligere studier at det ikke nødvendigvis trengs så mange «regel-brytere» for å skape en kulturendring (Henriksen og Dayton, 2006). Ledere kan derfor trekke fordel av å utfordre slik konformitet blant medarbeidere og ikke si seg fornøyd med lite motstand og raske løsninger. Det å skape rom for at ansatte tør å stille spørsmål og ta del i diskusjoner er en viktig del av arbeidet for å oppnå og opprettholde psykologisk trygghet blant ansatte, og derfor noe som ledere aktivt bør legge til rette for, og oppfordre til.

Som beskrevet i avsnitt 5.3, har forskning vist hvordan en organisasjons arbeid for sikkerhetskultur bidrar positivt til medlemmenes opplevelse av psykologisk trygghet. Dette indikerer at arbeid innen pasientsikkerhet i seg selv vil kunne være et tiltak for å oppnå psykologisk trygghet blant ansatte, men samtidig må en i dette arbeidet ta hensyn til medlemmenes opplevelse av hvordan det arbeides systematisk med, eksempelvis, avviksrapportering. Lykkes en med dette kan det bidra til ytterligere engasjement for pasientsikkerhetsarbeid blant ansatte, noe som vil være sentralt i avviksrapportering som baseres på frivillighet. Ledere bør særlig vektlegge læringsaspektet ved meldesystemer og være en pådriver for utviklingen av en god meldekultur. Ledere bør være oppmerksomme på utfordringene profesjonene kjenner på når det gjelder kollegialitet og det å rapportere hendelser som involverer kollegaer. Slike meldinger bør håndteres profesjonelt og med fokus på ikke å straffe den enkelte, men heller jobbe for å avdekke systemårsaker. Dette vil igjen være særlig viktig i arbeidet mot psykologisk trygghet, som kan trues dersom ansatte opplever negative konsekvenser eller negativ respons fra andre kollegaer eller leder (Folkestad, 2019).

Videre bør avviksrapportering anerkjennes som en viktig del av legers og sykepleieres arbeidsoppgaver, og det må legges til rette for at de kan utføre slikt arbeid i arbeidstiden.

6.2 Videre behov for forskning

Studiens funn indikerer en sammenheng mellom meldekultur i helsevesenet og opplevelsen av psykologisk trygghet blant ansatte, noe som vil være interessant å studere videre. Forskning viser til faktorer som påvirker psykologisk trygghet, men det gjenstår et behov for å studere hvordan ledere i den norske kommunehelsetjenesten aktivt kan arbeide for å skape og opprettholde psykologisk trygghet blant sine ansatte.

Videre gjenstår det et behov for ytterligere undersøkelse av meldekultur blant leger og sykepleiere. Slik forskning kan bidra til å synliggjøre hvilke trekk ved profesjonene som er til fordel for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, og gi anbefalinger til hvordan helsetjenesten kan inkludere dette i videre arbeid. Vi mangler særlig studier som undersøker legers opplevelse av avvik og hvordan det kan jobbes for en bedre forankring av dette arbeidet blant dem. Det vil også være verdifullt å se nærmere på hvorfor helsepersonell velger å dokumentere avvik i pasientjournaler fremfor meldesystem. Fremtidig forskning bør dessuten undersøke hvordan ledere kan lykkes i arbeidet med å motivere ansatte til avviksrapportering og legge til rette for en avvikskultur preget av åpenhet og læring.

Referanser

- Aase, Karina. Red. 2018. *Pasientsikkerhet – Teori og Praksis*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Ademi, Adelina. 2017. Avvik i legemiddelhåndtering ved sykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge. Sårbare områder, meldekultur og forslag til forbedringstiltak. "Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet. Hentet 17.06.2022. <https://munin.uit.no/handle/10037/12335>
- Aljabari, Salin og Kadhim, Zuhail. 2021. "Common Barriers to Reporting Medical Errors". *The scientific world journal*, vol. 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6494889>
- Bergen Kommune. 2022. Meldeskjema for avvik, uønskede hendelser og forbedringsforslag 2022. BK-kvalitet. Internt dokument. Avdeling for kvalitet og styring.
- Dancke, Christine. 2008. Legers autonomi - Om profesjonell autonomi i forandring og behovet for ny handlingskompetanse. "Masteroppgave, Universitetet i Oslo. Hentet 27. oktober 2022. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15775/Dancke.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Deloitte. 2019. *Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7»*. Publisert 01.november. Hentet 03.07.2022.
- Dragland, Åse. 2015. "Fortsatt underrapportering av svikt". *Forskning.no*. 21. januar. Hentet 22.05.2022. <https://forskning.no/sintef-helsetjenester-partner/fortsatt-underrapportering-av-svikt/517315>
- Drageset, Sigrunn og Ellingsen, Sidsel. 2011. "Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju." *Sykepleien forskning*, 5(4):332-335. 10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Edmondson, Amy. 1999. "Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams." *Administrative Science Quarterly*, 44(2):350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Engen, Ole Andreas. "Organisatoriske ulykker". I *Store norske leksikon*. Hentet 25. oktober 2022. https://snl.no/organisatoriske_ulykker
- Eriksen, Thomas H. 2006. *Hva er sosialantropologi?* 2.opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- Evensen, Linn G. 2019. *En utforskende studie om uønskede hendelser på sykehjem*. "Masteroppgave, Universitetet i Oslo. Hentet 15.06.2022 <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/69303/Masteroppgave-Linn-G--Evensen.pdf?sequence=1>
- Evenstad, Berit, Lill Sverresdatter Larsen og Kristen Gravningen. 2020. "Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus". *Sykepleien Forskning*, 2020;15(82573):e-82573. doi: 10.4220/Sykepleienf.2020.82573

Fagerström, Lisbeth, Marina Kinnunen og Jan Saarela. 2018. "Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland". *BMJ Open*, 2018;8:e016367. doi:10.1136/bmjopen-2017-016367

Folkestad, Sigrid. 2019. "Tre tips til psykologisk trygghet." Hentet 16.november 2022. <https://www.nhh.no/nhh-bulletin/artikkelarkiv/2019/september/tre-tips-til-psykologisk-trygghet/>

Fonn, Marit. 2019. "Daniel 43 døde på akuttmottaket – Der skjedde det vi advarte om" *Sykepleien*. 30.oktober. Hentet 01.09.2022. <https://sykepleien.no/2019/09/daniel-43-dode-pa-akuttmottaket-der-skjedde-det-vi-advarte-om>

Forskningsetikkloven. 2017. *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. (LOV-2006-06-30-56). Lovdata.no <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2016. (FOR-2020-02-04-119) Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Hammouidi, Baraa M, Samath Ismailie og Omar Abu Yahaya. 2017. "Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them". *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2018 Sep;32(3):1038-1046. DOI: 10.1111/scs.12546

Helsedirektoratet. 2017a. § 6g. *Oversikt over avvik og forbedringsarbeid*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. februar 2017, lest 20.05.2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/planlegge/6g-oversikt-over-avvik-og-forbedringsarbeid>

Helsedirektoratet. 2017b. § 8e. *Gjennomgå avvik og uønskede hendelser*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. februar 2017, lest 12.06.2021). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/evaluere/8e-gjennomga-avvik-og-uonskede-hendelser>

Helsedirektoratet. 2017c. *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018, lest 12.06.2021). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet, 2018. *Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil*. Læringsnotat fra Meldeordningen IS-2774.

Helsedirektoratet. 2019. *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 28.10.2021.

Helsedirektoratet, 2021. *Pasientskader i Norge 20202 - Målt med Global Trigger Tool*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 03.08.2022.

Helseforskningsloven. 2008. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2020-12-04-133) Lovdata.no <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. "God kvalitet – trygge tjenester". Meld. St.10 (2012-2013) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Henriksen, Kerm og Dayton, Elizabeth. 2006. "Organizational silence and hidden threats to patient safety". *Health Services Research*. 2006; 41(4 Pt 2): 1539–1554. Doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00564.x

- Hofstad, Eivor. 2015a. "Oslos avvikssystem slaktet". *Sykepleien*, 12.mars. Hentet 21.06.2022. <https://sykepleien.no/2015/03/oslos-avvikssystem-slaktet>
- Hofstad, Eivor. 2015b. "Avviksmeldinger er en gavepakke". *Sykepleien*, 03.juni. Hentet 21.06.2022. <https://sykepleien.no/2015/06/avviksmeldinger-er-en-gavepakke>
- Hofstad, Eivor. 2015c. "Sykepleiens avviksundersøkelse". *Sykepleien*, 12.mars. Hentet 10.05.2022. <https://sykepleien.no/2015/03/sykepleiens-avviksundersokelse>
- Holm, Simen Fjellstad. 2017. "Nøkkelen til god motivasjon". *Psykologisk*. 03.november. Hentet 31.oktober 2022. <https://psykologisk.no/2015/10/nokkelen-til-god-motivasjon/>
- Houge, Espen Syse. 2021. "Vil du skape endring på jobb? Start med psykologisk trygghet." *Psykologisk*. 28.april. Hentet 16.november 2022. <https://psykologisk.no/2021/04/vil-du-skape-endring-pa-jobb-start-med-psykologisk-trygghet/>
- Huuse, Camilla Fredstad, Jari Bakken, Ronny Berg, Mona Grevi Norman, Nanna Johannessen og Gisle Oddstad. 2021. "Fire av fem alvorlige sykehus hendelser varsles aldri" *VG*. 14.november. Hentet 23.06.2022. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/g6JB9B/fire-av-fem-alvorlige-sykehus-hendelser-varsles-aldri>
- Hærnes, Nina. 2022a. "Det er vanskelig å tenke, regne og snakke samtidig – To av tre legemiddel feil skjer under administrering. Der står sykepleiere ofte alene." *Sykepleien*. 2022(4):16-21. Publisert: 14.10.2022
- Hærnes, Nina. 2022b. "Det er vanskelig å tenke, regne og snakke samtidig." *Sykepleien*, 15.oktober. Hentet 15.oktober 2020. <https://sykepleien.no/2022/10/det-er-vanskelig-tenke-regne-og-snakke-samtidig>
- Høye, Bernt. 2020. *Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren*, Dokument nr. 15:2171 (2019-2020) Besvart: 13.08.2020. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=80540>
- I trygge hender 24-7. 2018. "Forbedringsguiden". Hentet 26.05.2022. <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden>
- I trygge hender 24-7. 2021. "Om pasientsikkerhet". Hentet 26.05.2022. <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2018. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 3.utg. 1.opplag. Bergen: Fagbokforlaget
- Jensen, Kari Toverud og Knutstad, Unni. 2019. "Slik har sykepleieforskningen endret seg." *Sykepleien Forskning*, 14(75607):e-75607. 10.4220/Sykepleienf.2019.75607
- Kingston, Marilyn J, Sue M Evans, Brian J Smith og Jesia G Berry. 2004. "Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis." *The medical journal of Australia*. 181(1):36-39. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06158.x>

Kohn, Linda T, Janet M Corrigan og Molla S Donaldson. 2000. *To err is human. Building a Safer Health System*. US: National Academies Press.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225179/>

Kunnskapssenteret. 2014. *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen 2011-2013*. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Hentet 03.06.2022.

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend. 2021. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lian, Anne. 2022. "Psykologisk trygghet i forskning og praksis". Hentet 16.november.2022.

<https://www.hrnorge.no/fagområder/arbeidsgiverforhold/arbeidsmiljø/psykologisk-trygghet-i-forskning-og-praksis>

Lim, Charmaine R, Melvyn W B Zhang, Syeda F Hussain og Roger C M Ho. 2021. "The consequences of whistleblowing". *Journal of patient safety*. 17(6) p e497-e502. Doi: 10.1097/PTS.0000000000000396

Løvhaug, Silje Klein og Glorud, Hedda. 2019. *Barrierer – en av årsakene til underrapportering?* "Bacheloroppgave, NTNU. Hentet 03.08.2022.
<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2613359?locale-attribute=en>

Mulac, Alma. 2022. *Medication errors in hospitals. Exploring medication safety through incident reports and observation of practice*. "Doktorgradsavhandling, Universitetet I Oslo. Hentet 14.10 2022. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/93260>

Norsk Pasientskade-erstatning. 2019a. *Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes meldesystem*. Rapport meldesystem 2014-2017.
<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/undersokelse-av-samsvar-mellom-npe-saker-og-saker-i-sykehusenes-meldesystemer/rapport-meldesystem-2014-2017/>

Norsk Pasientskadeerstatning. 2019b. "33 prosent av NPE-saker blir funnet igjen i sykehusenes meldesystemer". Hentet 12.08.2022.
<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/33-prosent-av-npe-saker-blir-funnet-igjen-i-sykehusenes-meldesystemer/>

NSD. 2021. "Samtykke og andre behandlingsgrunnlag". Hentet 04.09.2021.
<https://www.nsd.no/personverntjenester/opplagsverk-for-personvern-i-forskning/samtykke-og-andre-behandlingsgrunnlag/>

NTNU. 2022. "Studieprogrambeskrivelse for Medisin – læringsutbytte." Hentet 09.09.2022. <https://www.ntnu.no/studier/cmed/laringsutbytte>

O'donovan, Róisín og McAuliffe, Eilish. 2020. "A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams." *International Journal of Quality in Health Care*. 32(4):240-250. Doi: 10.1093/intqhc/mzaa025

Olsen, Espen. 2007. "Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur". *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20(127): 2656-2660.
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2007--2656-60.pdf>

Oslo Economics, 2022. *Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning - Kunnskapsoppsummering utarbeidet på oppdrag fra Nord universitet*. 30.mars. Hentet 27.oktober. <https://www.sykepleierinord.no/post/ny-rapport-vi-har-samlet-tilgjengelig-kunnskap-om-hvorfor-sykepleiere-forlater-yrket>

Pasientskadeloven. 2003. *Lov om erstatning ved pasientskader mv.* (LOV-2001-06-15-53). Lovdata.no <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>

Regjeringen. 2014. "*Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7*". Hentet 09.06.2022. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Pasientsikkerhetsprogrammet-I-trygge-hender-24-7/id2005291/>

Reppen, Nils Kristian. 2022. "65 prosent rapporterer ikke avvik: – Avvik er ekstraarbeid." *Sykepleien*, 29.august. Hentet 04.09.2022. <https://sykepleien.no/2022/08/65-prosent-rapporterer-ikke-avvik-avvik-er-ekstraarbeid>

Riksrevisjonen. 2016. *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015*. Dokument 3:2 (2016-2017). Bergen: Fagbokforlaget. Hentet 09.09.2022. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/selskapskontrollen2015.pdf>

Ryan, Gery W. Og Bernard, H. Russel. 2003. "Techniques to identify themes". *Field Methods*. 15(1):85-109. Doi: 10.1177/1525822X02239569

Røed-Johansen, Daniel og Skogstrøm, Lene. 2019. "Mener sykepleiere er flinkere enn leger til å melde fra om feil". *Aftenposten*. 28.oktober. Hentet 06.06.2022. <https://www.aftenposten.no/norge/i/9vngq9/mener-sykepleiere-er-flinkere-enn-leger-til-aa-melde-fra-om-feil>

Storvik, Anne Grete. 2016. "Gir sykehusene refs for meldekultur og håndtering av avviksmeldinger." *Dagens medisn*, 10.november. Hentet 07.08.2022. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/10/gir-sykehusene-refs-for-meldekultur-og-handtering-av-avvik/>

Strand, Torodd. 2018. *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2 utg. 5 opplag. Bergen: Fagbokforlaget

Sykepleier i Nord. 2022. "*Ny rapport: Vi har samlet tilgjengelig kunnskap om hvorfor sykepleiere velger å forlate yrket*". Hentet 28.oktober.2022. <https://www.sykepleierinord.no/post/ny-rapport-vi-har-samlet-tilgjengelig-kunnskap-om-hvorfor-sykepleiere-forlater-yrket>

Sønstebø, Marit A og Hernæs, Lotte. 2009. *Å forholde seg til regelverket – hvordan virker dette på avvikshåndtering: En studie fra spesialisthelsetjenesten*. "Masteroppgave, Universitetet i Oslo. Hentet 19.11.2021. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/30383>

Tjora, Aksel. 2021. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 4.utg. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

UiB. 2022. "*Læringsmål for profesjonalitetssøylen*." Hentet 09.09.2022. <https://www.uib.no/med/133828/læringsmål-profesjonalitetssøylen>

UiO. 2022. "*Læringsmål og læringsutbytte i modul 3*." Hentet 09.09.2022. <https://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/MED3300/leringsutbytte/>

Ulvund, Ingeborg, Anne-Marie Mork Rokstad og Solfrid Vatne. 2016. "Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst". *Sykepleien forskning*. 10(1). Doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.58904

Velle, Vegard. 2014. "For få meldinger om avvik på sykehjem i Oslo blir stemplet som avvik." *Fagbladet*, 11. desember. Hentet 03.08.2022. <https://fagbladet.no/seksjon-helse-og-sosial/for-fa-meldinger-om-avvik-pa-sykehjem-i-oslo-blir-stemplet-som-avvik-6.91.204011.c0ac9a5ec0>

Vincent, Charles Dr. 2010. *Patient safety*, 2. utg. Storbritannia: John Wiley & Sons, Ltd. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781444323856.fmatter>

Wallevik, Marit og Flaatten, Hans. 2021. "Bedre pasientsikkerhet med avviksmeldinger på tvers?" *Dagens medisin*, 04. mars. Hentet 13.09.2022. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/03/04/avviksmeldinger-pa-tvers-kan-styrke-pasientsikkerheten/>

WHO. 2021. "Global Patient Safety Action Plan 2021 – 2030". Hentet 09.09.2022. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

WHO. 2017. "Medication without harm". Hentet 12.10.2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>

WHO. 2019. "Patient Safety". Hentet 26.05.2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Woo, Ming Wei Jeffrey og Avery, Mark James. 2021. "Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review." *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4):453-469. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.07.004>

Yung, Hai-Peng, Shu Yu, Chi Chu, I-Ching Hou og Fu-In Tang. 2016. "Nurses' attitudes and perceived barriers to reporting of medication administration errors". *Journal of Nursing Management*. 24(5):580-588. Doi: 10.1111/jonm.12360

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vurdering

14.03.2022

Referansenummer

120270

Prosjekttittel

Avvik og meldekultur: Kunnskap, holdninger og kulturforskjeller mellom sykepleiere og leger

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Prosjektansvarlig

Mads Solberg

Student

Birte Abelone Koppen Mjanger

Prosjektperiode

01.03.2022 - 01.12.2022

[Meldeskjema](#)

Dato

14.03.2022

Type

Standard

Kommentar

OM VURDERINGEN Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese

om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-](https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema)

[personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema). Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson ved Personverntjenester: Silje Fjelberg Opsvik

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Infoskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet “Avviksrapportering og meldekultur”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hvilken motivasjon og holdninger ansatte i kommunen har til rapportering av avvik. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Rapportering og behandling av avvik er viktig for enhver organisasjon, men spesielt for helseorganisasjoner gir systematisk avvikshåndtering en mulighet til å forbedre pasientsikkerheten og sikre forsvarlige tjenester (helsedirektoratet, 2017). Masteroppgave prosjektet «Avviksrapportering og meldekultur» er en kvalitativ studie basert på dybdeintervju av leger og sykepleiere i Bergen Kommune. Formålet med prosjektet er å se nærmere på hvilken motivasjon og holdninger ansatte i kommunen har til rapportering av avvik. Kunnskap om disse faktorene kan være nyttig for ledere i kommune ved at det kan være med på å avdekke hva som skal til for at medarbeidere rapporterer avvik. Prosjektet tar utgangspunkt i følgende problemstilling;

Hvilken motivasjon ligger til grunn for rapportering av avvik, og hvordan gjenspeiles dette i meldekultur blant leger og sykepleiere?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU er behandlingsansvarlig for forskningsprosjektet. Masteroppgaven leveres som del av Master i Helseledelse (MHLED). Dette studiet er et samarbeid mellom Høgskolen i Molde, Høgskulen i Volda og NTNU Ålesund.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien da jeg ønsker å intervju leger og sykepleiere ved fire legevakter og tre sykehjem i Bergen Kommune. Totalt antall informanter er 14 stykker. Det er et krav at arbeidsplassen bruker BK-kvalitet for å rapportere avvik og at du har vært ansatt på nåværende arbeidsplass i minimum 3 måneder. Det stilles ikke krav til at du har meldt inn avvik på egen arbeidsplass.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et dybdeintervju i løpet av sommeren 2022. Intervjuet tar ca. 1 time og gjennomføres på din arbeidsplass, dersom ikke annet sted avtales. Intervjuene gjennomføres en og en. Spørsmålene du blir stilt baseres på en intervjumal som er designet for at du skal reflektere over ditt forhold til avviksrapportering. Det blir tatt lydopptak av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ditt navn og ditt arbeidssted vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder.
- Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data.
- Lydopptaket fra intervjuet blir sendt til Nettskjema som umiddelbart krypterer data.
- Lydopptaket blir slettet etter transkribering og koding.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i eventuell publisering av prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01.12.2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU Ålesund ved Birte A K Mjanger (birtemj@ntnu.no) eller veileder i prosjektet: Mads Solberg (mads.solberg@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen: thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Birte Abelone Koppen Mjanger / Mads Solberg (veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Avviksrapportering og meldekultur, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide for leger og sykepleiere

Intervjuguide

Dato: _____

Klokkeslett: _____

Sted: _____

Informant nr; _____

Tema	Spørsmål	Notater
Introduksjon <ul style="list-style-type: none">- Kort informasjon om prosjektet.- Informere om lydopptak- Varighet: ca 1 time totalt	Hvor lenge har du jobbet hos nåværende arbeidsgiver? Hva er ditt forhold til avviksrapportering på arbeidsplassen?	
Erfaring	Hva er din erfaring med BK-kvalitet?	
	Har du meldt inn avvik på nåværende arbeidsplass? Hvis ja – Fortell om en gang du meldte inn avvik. <i>Meldte du inn avviket i BK-kvalitet eller utenfor systemet?</i> <i>Hvis nei – har du observert at det har forekommet avvik?</i>	
	Hvilke vurderinger gjør du før du bestemmer deg for å melde/ikke melde et avvik?	

Holdninger / verdi	Er det noen former for avvik du synes er viktigere å rapportere enn andre?	
	Er det noen typer avvik du synes er utfordrende å rapportere? Hva skyldes det? (etisk/system)	
	Når du har meldt inn et avvik, hvilke forventninger har du til avvikshåndteringen?	
	Har du opplevd effekt av å melde inn avvik?	
	Dersom du er vitne til at en kollega gjør en feil som resulterer i et avvik – hvordan går du fram, og hvorfor?	
Brukerperspektiv	Opplever du at BK-kvalitet gir deg mulighet til å melde fra om det du har behov for.	
	Har du brukt BK-kvalitet til å melde fra om andre ting enn avvik – i så fall hva og hvorfor?	
Behov for endring?	Ser du noe forbedringspotensial med meldeskjemaet? - Har du eventuelt noen konkrete forslag til endring(er)?	
Avslutning	Oppsummering av samtale. Spørsmål?	

Intervjuguide BK-kvalitet

Dato: 24.06.2022

Sted: TEAMS

Antall informanter: 3 stykker

Tema	Spørsmål	Notater
Kort info om studien og hensikten med intervjuet. Signering av samtykkeskjema.		
Introduksjon	Fortell litt om dere. Hvor lenge har dere vært ansatt i avdeling for kvalitet og styring. Hvilke arbeidsoppgaver har dere?	
	Kan dere gi en kort intro til BK-kvalitet? - Hvem er brukerne, hva er hensikten med systemet og hvordan fungerer det?	
	Hvor mange brukere i kommunen har tilgang til å melde inn avvik i BK-kvalitet? - Gis det opplæring for bruk eller tildeles tilgang automatisk?	
Historikk	Hvor lenge har avviksrapportering foregått digitalt i kommunen? - Hvilke utfordringer møtte dere i prosessen?	
	Har dere statistikk på innmeldte avvik da det var i papirform vs. digitalt?	

	Har dere sett noen fordeler/ulempes med å gå fra manuell til digital avviksrapportering?	
Statistikk	Har dere mulighet til å se variasjoner fra de ulike arbeidsplassene med tanke på innmeldte avvik, kategorier, behandlingstid eller lignende? - I så fall kan dere fortelle noe om hva denne statistikken viser eller er det mulig å få denne tilsendt?	
	Har dere mulighet til å se hvilke kategorier som er meldt inn hyppigst i byrådsavdelingen for eldre, helse og frivillighet?	
	Har dere observert noen ulikheter i avvik som meldes inn av ulike profesjoner?	
	Hvor stor prosentandel av avvik meldes inn via mobil?	
Endringer / forbedringspotensialer	Hva er den viktigste endringen som er gjort i systemet de siste årene? - Hva var bakgrunnen for denne/de endringen(e)?	
	Hvilke forbedringspotensialer ser dere med meldeskjemaet slik det er i dag?	
	Hvilke forbedringspotensialet tenker dere ligger hos de ulike arbeidsplassene knyttet til meldekultur? - Har dere eksempler på tiltak som kunne vært forsøkt på ulike arbeidsplasser?	

Vedlegg 5: Utsnitt av regneark med empirinærekoder og tre av 16 kodegrupper (av personvern hensyn vises bare noen tekstsegmenter).

KODE	Informant	A1	A2	A3
Nivå av kjennskap til meldesystemet		<p>00:30 "Har et helt greit forhold til det, pleier å melde når jeg synes det er grunn til å melde. Vet hvordan jeg gjør det og har gjort det mange ganger. Ser på det som et verktøy til å oppnå forbedring"</p>	<p>Informant: "Nei. Jeg er kjent med at det finnes et system, men jeg kan det ikke." "Jeg har aldri sett etter det, men jeg tipper jeg finner det på internsone et sted. Og nei, jeg vet faktisk heller ikke hva det heter. Hva heter det? Kan du si det?"</p> <p>"Jeg kan sikkert ringe en hvilken som helst sykepleier sannsynligvis og oppdage at <u>de heller ikke kjenner til det</u> hehe."</p> <p>"Nei. Altså jeg kan jo si at det er veldig interessant for meg også å få muligheten til å tenke over egen praksis her, Jeg har hatt en sånn veldig venstre hånds opplæring her, altså i systemene. Og måtte knote det til"</p>	<p>01.35 Er du kjent med meldesystemet i Bergen kommune? 01.38 Nei 01.40 Hvis jeg sier BK-kvalitet, sier det deg noe? - 01.45 ingenting, jeg har sikkert hørt om det, men jeg har aldri brukt det 01.50 Har du meldt inn avvik på andre måter enn via meldeskjema i BK-kvalitet? 01.56 Nei, det har jeg aldri gjort</p>
Medisinsk behandling som tolknings spørsmål		<p>06:55 Melder aldri fra første gangen noe skjer, "det skjer jo hele tiden", «men når det er system på galskapen, når det er noe som er galt, og du ser at her bør en forbedre systemet, det er da jeg melder. Enkeltepisoder der skjer nå...det får en heller bare gripe fatt i der og da».</p>	<p>"Ja, det var på et sykehjem der en sykepleier rapporterer om overforbruk av IV og IM antibiotika til veldig skrøpelige pasienter, og der en går veldig rett på bredspektrede stoffer i stedet for å bruke et som er anbefalt. <u>Altså det var mer en kvalitetsikrings sak enn et ekte avvik egentlig sant, for legen står jo fritt.</u>"</p> <p>"Jeg er... hvis det er <u>åpenbare medisinske feil</u> ville jeg gjerne meldt de inn. Når jeg ser kritikkverdige forhold som jeg ser i forhold til pleien, så ville jeg gjerne tatt det opp. Emh. Og så er det helt klart sånne vurderings ting som jeg gjerne adresserer, tar opp med, eller går i dialog med kollegaene."</p> <p>"Om, altså...det er jo noe som <u>jeg kan oppfatte som et avvik trenger jo nødvendigvis ikke andre oppfatte som et avvik, []</u>"</p> <p>"Det har vi masse vi, og når du jobber i et legeteam opplever du <u>nesten daglig en medisinsk uenighet</u>. Det du illustrerer er helt riktig, der en har mye rom for skjønn i behandlingsvalg og ulik stil. <u>Så medisin er ikke noen vitenskap, det er jo kunst.</u>"</p> <p>"Det er sånne ting, men ja det er absolutt mye av det vi møter i den <u>kliniske hverdagen er ikke egnet for det avvikssystemet</u>, men heller for en interkollegial dialog, og den kan være vanskelig nok."</p> <p>"Ja... Altså hvis jeg hadde bevittnet overgrep, og det er jo et stort spekter av ting som kan være et overgrep, så tenker jeg at det er riktig å adressere det. Forså vit er jo også <u>medisinsk overbehandling er overgrep</u>. Emh. Altså ved livets slutt. Og krenker verdigheten til den døende og gjerne også familien rundt. Det er jo mest, ja altså mest end of life care." "nei jeg tror ikke jeg ville rapportert overinvolvering i avvikssystemet hehe. Nei."</p>	<p>"altså det må være eventuelt hvis du har skrevet ut eventuelt B-preparater der du åpenbart tenker at dette kan emmh, <u>dette var gjerne ikke helt intensjonen</u> hverken til [anonymisert arbeidsgiver] eller fastlegen, men så var det mer en situasjon der du hadde for mye press."</p> <p>- "Alt er ikke svart / hvitt" "da treffer du mennesker og en og annen selvfølgelig gang så tar du en <u>feil medisinsk vurdering, men det er ikke et avvik i seg selv</u> tenker jeg."</p>
Ulike erfaringer med avviksrapportering		<p>"Har meldt avvik flere ganger" "Ved å skriftlig gjøre det får en også <u>tilbakemelding / bekreftelse på at det er håndtert</u>" "Har kun meldt inn forslag til <u>forbedring en gang</u>, ellers kun meldt avvik"</p> <p>"Kan ikke huske konkrete tilfeller (hvor avvik har hatt konkret effekt), men <u>effekten er at leder er gjort oppmerksom på det, og besluttet om det skal gjøres noe med det</u>"</p>	<p>"Ja, altså jeg har både meldt avvik på andre arbeidsplasser, det var på [anonymisert arbeidssted], og i [anonymisert arbeidssted]"</p> <p>Informanten har meldt avvik utenom avvikssystemet tidligere - Hvordan melte du det inn da? "Per mail, uten å få svar. Så jeg purret, men ja nei det hadde h'n ikke sett og sånn. De var tre som jobbet der og de var åpenbart ikke så veldig interessert i saken." - <u> fikk ikke info om hvem h*n skulle henvende seg til i steden, hørte ikke noe mer ang avvikene</u></p>	

