

Ivaretakelse av pasientsikkerhet

Høgskolelektor Astrid Berland
Førsteamanuensis, dr. polit
Gerd Karin Natvig

ENSURING PATIENT SAFETY

ABSTRACT

The main purpose of this article is to study what nurses consider most important when focusing on patient safety. The study uses a qualitative design based on focus group interviews with nurses who work with acute, critically ill patients in hospitals. Two hospitals were chosen. The data collection was conducted in October and November 2002. The research comprised 23 nurses with specialist degrees, including one man, divided into four groups. The criterion for inclusion in the study was being a nurse with advanced training in anesthesiology, intensive care, or operating-room nursing. The nurses were between 35 and 61 years old. The job experience as nursing specialist varied from 3/4 to 32 years. The findings show that the informants were concerned with patients' safety, and they placed a considerable emphasis on their personal responsibility for safety. The informants discussed safety in relation to themselves and their colleagues, and to a lesser degree with respect to their level in the organizational structure. The nurses were concerned with themselves, their own attitudes, and efficient teamwork with other groups of professionals. Cooperation requires speaking the same language. Different cultural and linguistic backgrounds can be problematic. They had written procedures that were not based on higher national or international standards. Both standards and individual judgment were evaluated as important for patient safety.

KEY WORDS: Nursing, safety, standards, judgment, focus groups.

Introduksjon

Pasienter i akuttavdelinger er i relativt stor grad utsatt for hendelser som kan redusere deres sikkerhet. Kritisk syke pasienter er gjenstand for mange risikofylte intervensjoner i løpet av den tiden de er innlagt på sykehus, samtidig som de har redusert evne til å informere personalet om alvorlige symptomer (1). Begrepet pasientsikkerhet innebærer en systematisering av pasienttilbudet, rapportering av feilbehandling og iverksetting av tiltak som kan redusere risikoen for medisinsk feilbehandling (1). Denne artikkelen vil sette søkelys på hvordan sykepleierne selv vurderer de betingelser som bør være tilstede for at de skal kunne ivareta sikkerheten til akutt, kritisk syke pasienter.

Litteraturgjennomgang

En gjennomgang av litteratur om pasientsikkerhet viser at begrepet oftest blir benyttet om fysiske faktorer, som forebygging av infeksjoner og ulike typer skader samt feilmedisinering (2, 3, 4, 5, 6). Tradisjonelt har både forskning og arbeid med sikkerhet handlet om fysiske forhold. Sikkerhetsarbeid har i mindre grad vært rettet mot psykososiale forhold omkring de personene som skal gjennomføre tiltakene. Når det gjelder slike betingelser for sikkerhetsarbeid, vil prinsipper fra nyere studier som er utført innen arbeidslivsforskning kunne benyttes som forklaringsramme også for sykepleieres arbeid med pasientsikkerhet. Denne type forskning bygger på forklaringsmodeller som er helhetlige i den forstand at de vektlegger mange ulike faktorer og har en forståelse av sikkerhetsbegrepet som en integrert del av bortimot all menneskelig aktivitet (2). Hovden (2) skisserer en modell for sikkerhet som har to nivåer. Det øverste av disse utgjør makroforhold som økonomiske, politiske og sosiale aspekter. Det laveste nivået beskrives som mikroforhold.

Disse utgjør det enkelte individs opplevelse av personlig mestring av arbeidsoppgavene og en følelse av trygghet i arbeidssituasjonen (2). Mange typer faktorer ligger altså til grunn når målet for arbeidet er øket sikkerhet, og sykepleierne som har det faglige ansvaret for pasientene, bør ha både tilstrekkelige kunnskaper og gode nok rammebetingelser som sikrer at pasientene unngår helsemessige skader og belastninger. En slik helhetlig modell for sikkerhet har dannet grunnlaget for denne studien.

En utredning om sikkerhetsforskning fra 1998 (2) konkluderer med at sykehussektoren har vært lite involvert i denne type forskning samtidig som nettopp denne sektoren står overfor mange utfordringer og problemfelt. Resultater fra nyere medisinsk forskning viser at omfanget av feilbehandling av pasienter er relativt stort og omfatter forhold som feilaktig utførte prosedyrer, feil diagnose, og feilutført behandling (7). For pasientene kan dette få store konsekvenser. Fra USA rapporteres det om flere dødsfall hvert år av feilbehandling enn antall dødsfall forårsaket av motorsykkelulykker, cancer mammae eller AIDS (7). De økonomiske konsekvensene er også store (7). Verdens Helseorganisasjon har nylig satt temaet på agendaen ved en resolusjon (5) som setter søkelyset på forskning og utviklingsarbeid for å fremme pasientsikkerhet. Bakgrunnen er studier som rapporterer et relativt stort omfang av pasientskader sett i forhold til antall sykehusinnleggelser (5). En hel rekke tiltak blir foreslått for å imøtekomme dette problemet (6). Det dreier seg om utvikling av internasjonale normer og standarder for sikkerhet, bedring av kvaliteten i pasienttilbudet ved å fremme helsepersonellens kompetanse, og en videreutvikling av evidensbasert praksis (6). Videre har nyere helsefaglig forskning om sikkerhet som omfatter pasienter innlagt på

sykehusenheter for kritisk syke, satt fokus på helsetjenestens organisering og utvikling av en sikkerhetskultur som et viktig tillegg til de menneskelige, individuelle sikkerhetsfaktorene (3, 4, 8). Andre legger vekt på helsepersonells muligheter til teamarbeid som en viktig faktor for å fremme pasientenes sikkerhet (9). Et slikt syn på arbeidet med pasientsikkerhet er i overensstemmelse med den helhetlige modellen for sikkerhet som har vært utgangspunktet for denne studien.

Som løsning på problemet med å sikre pasientene et faglig sett forsvarlig helsetilbud, har det vært foreslått etablert en rekke standarder for sykepleiepraksis. Dette arbeidet har bestått i å utvikle et standardisert språk for sykepleiediagnoser i tillegg til standarder for sykepleieintervensjon og resultatmål (10). Begrunnelsen for denne utviklingen har ligget i den muligheten som dette gir til å innføre skriftlige rapporteringssystemer i et fagområde som historisk sett har vært basert på muntlige tradisjoner. En utvikling i retning av slike rapporteringssystemer gjør det mulig å vurdere om sykepleietilbudet kvalitetsmessig sett holder mål. Et neste skritt består i å videreutvikle rapportssystemet til også å omfatte normer og standarder for sykepleiediagnoser og pasienttiltak. Utvikling av effektive rapporteringssystemer på det nivået hvor den direkte pasientomsorgen foregår, blir også sett på som viktige tiltak for å bedre pasientsikkerheten i situasjoner hvor ulike profesjonsgrupper skal samarbeide om behandlingen (7). I prinsippet vil en slik utvikling være hensiktsmessig i arbeidet på akuttavdelinger fordi arbeidet med pasienter i akuttsituasjoner ofte vil være av en slik art at det krever en form for teknisk, handlingsrettet tilnærming (11). I Norge har det allikevel vært tilbakeholdenhet med å ta i bruk overordnede standarder for sykepleiepraksis (12). Denne hold-

ningen er reflektert i praksis, hvor arbeidet med standardisering av prosedyrer kun er i begynnerfasen. Til tross for denne tilbakeholdenheten, har det i Norden vært samarbeidet om standardisering og kvalitetssikring av sykepleietilbudet i en årrekke (13). For å sikre at pasientene skal bli godt ivaretatt, er det også i internasjonal sammenheng arbeidet med å utvikle en rekke standardiserte prosedyrer (14). Også International Council of Nurses har arbeidet med å gi sykepleiepraksis en språkform som kan være hensiktsmessig når det gjelder bruk av elektroniske informasjonssystemer (15). Ønsket om en slik standardisering har ofte vært begrunnet i de mulighetene som standarder kan gi for forskningsbasert kunnskap (16). Videre blir det lagt vekt på at standarder i sykepleie vil kunne synliggjøre en praksis som ellers kan være både taus og usynlig (17). På den annen side har det vært hevdet at en slik standardisering kan ha uheldige konsekvenser for sykepleien som fag fordi en vektlegging av standarder kan stille sykepleierne arbeid med skjønsmessige vurderinger i skyggen (18,19). Det blir også hevdet at en drøfting av sykepleiekvalitet bør baseres på en mer subjektiv vurdering hvor også individuelle og situasjonsbestemte forhold blir tatt med i vurderingen (20). I denne artikkelen er begrepet standard benyttet for å beskrive praktiske prosedyrer og etablerte rutiner enten de foreligger i skriftlig form eller kun er etablert gjennom praksis.

Hovedfokus er hva sykepleierne vurderer som viktig når de skal ta vare på pasientenes sikkerhet.

Problemstillinger

Hva legger sykepleierne selv i begrepet pasientsikkerhet? Hvilke rammebetingelser mener sykepleierne bør være tilstede for at de skal kunne ivareta pasientenes sikkerhet?

Hva forstår sykepleierne med begrepet standardisering, og hvilken betydning har dette for ivaretagelse av pasientenes sikkerhet?

Hva forstår sykepleierne med begrepet skjønsmessig vurdering, og hvilken betydning har dette for ivaretagelse av pasientenes sikkerhet?

Metode

Det ble benyttet et kvalitativt design med fokusgruppeintervju som tilnæringsmåte. Fokusgruppe som metode ble valgt fordi det er en kvalitativ metode hvor komplekse temaer kan være gjenstand for analyse og drøfting. Fokusgruppemetode ble videre valgt fordi vi også var interessert i å fange opp samspillet mellom aktørene. Den er tidligere blitt vurdert som en hensiktsmessig metode til å evaluere holdninger, kunnskaper og erfaringer hos helsepersonell (21). En fokusgruppestudie er en nøye planlagt serie av diskusjoner der en ønsker å oppnå kunnskap om en definert problemstilling i en sammenheng preget av aksept og støtte (22). Formålet med fokusgruppe er å lytte og samle informasjon. Det er en måte å få bedre forståelse for hvordan mennesker føler eller tenker om en sak. Deltakerne deler sine erfaringer og oppfatninger med hverandre i gruppediskusjonen (22). Det fokuserte gruppeintervju skiller seg fra andre kvalitative forskningsmetoder ved å trekke inn gruppeinteraksjonen som en faktor for meningsdannelse hos informantene. På den måten kan de ulike tema få en bredere presentasjon (23).

Utvalg

To sykehus ble valgt som utgangspunkt for intervjuene. Sykehusene hører til under samme regionale helseforetak. Begge sykehusene har tilbud innen de fleste kliniske spesialiteter. Søknad om tilgang til to grupper med inntil 6 deltakere i hver

gruppe ved hvert sykehus ble sendt til de administrative lederne ved sykehusene. Gruppene skulle være sammensatt av spesialsykepleiere fra tre avdelinger innen anestesio-, operasjon- og intensivsykepleie. Etter at tillatelse var gitt, ble skriftlig informasjon om studien og forespørsel til aktuelle sykepleiere gjort gjennom avdelingssykepleierne. De som ønsket å delta, fylte ut svarslipp for skriftlig samtykke. Undersøkelsen omfatter 23 spesialsykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriet om å være spesialsykepleiere innen anesthesio-, intensiv- og operasjonssykepleie. Deltakerne er valgt ut fordi de har visse karakteristika felles som relaterer til tema for fokusgruppen (22). I utgangspunktet ble 24 informanter forespurt om å være med i undersøkelsen. En deltaker meldte frafall umiddelbart før intervjuet. Utvalget består derfor av 23 informanter, hvorav en mannlig sykepleier. Alderen var 35 til 61 år. Yrkeserfaring som spesialsykepleier var fra $\frac{3}{4}$ til 32 år.

Datasamling

Datasamlingen ble gjennomført i oktober og november 2002. Det ble foretatt fire gruppeintervju, to på hvert sykehus. Samtalene foregikk i arbeidstiden, og sykehusene stilte lokaler til disposisjon. Intervjuene var av rundt to timers varighet. Informantene var svært engasjerte, og mye spontan diskusjon mellom informantene forekom i gruppene. Formuleringer framkom noen ganger som halve setninger ved at gruppe medlemmer uttrykte støtte i forhold til hverandre. Utsagn fra en enkelt deltaker ble ofte fulgt opp av kommentarer fra andre i gruppen. Atmosfæren var god, og det var iblant humor og latter. Intervjuene ble gjennomført med førsteforfatter alene som moderator. Hennes bakgrunn som anestesisykepleier og høyskolelektor ble i denne sammenheng vurdert til å være et godt utgangspunkt for å følge opp diskusjonene. Modera-

tor må ha adekvat bakgrunnskunnskap om tema som blir diskutert for å kunne ha perspektiv på kommentarene og følge opp kritiske områder innen tema (22). Moderator stilte tilleggs- og oppfølgingspørsmål, og hun sørget for at alle informantene kom til orde, samt diskusjon mellom informantene og at gruppene holdt seg til oppgitt tema. Intervjuene ble avsluttet med en oppsummering og invitasjon til å komme med tilleggsutsagn. Noen av informantene benyttet seg av dette for å poengtere det de syntes var viktig for dem å formidle. Observasjoner av nonverbal kommunikasjon ble notert etter diskusjonene. Båndopptakeren var til god hjelp til å fange opp selv små nyanser i stemmeleie og tonefall og registrere pauser og uttrykte følelser.

Intervjuguide

Tema som en ønsket belyst i løpet av samtalene, var betingelser for å fremme sikkerhet i en akuttavdeling. Intervjuguiden har tatt utgangspunkt i ulike typer betingelser for praktisk handling, og disse betingelser har vært av personlig og sosial karakter. Spørsmålene i intervjuguiden var formulert som åpne spørsmål (22), og er bygget på en modell for sikkerhet (2).

Intervjuguidens temaområder:

- Innholdet i sikkerhetsbegrepet
- Kunnskaper og holdninger relatert til sikkerhet
- Opplevelse av mestring og personlig kontroll
- Samarbeidsforhold
- Sikkerhetskultur
- Rutiner for sikkerhet

Forskningsetiske betraktninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste innvilget tillatelse til innsamling og registrering av data i undersøkelsen. Søknad ble også sendt ledelsen ved sykehusene, og tillatelse ble gitt herfra. Skriftlig informasjon og forespørsel om medvirkning til undersøkelsen,

med svarslipp for skriftlig samtykke, ble gjort gjennom de administrative ledere. Før diskusjonen begynte, ble det informert om forskers taushetsplikt og om sikring av deltakernes anonymitet ved å ikke la noen opplysninger gjenkjennes, og dessuten om hvordan funn fra studien ville bli anvendt videre og senere presentert.

Analysemetode

Analysen er basert på transkriberte intervju. Samtalene ble tatt opp på lydband og ble senere skrevet ut ord for ord. Dette anbefales av Kreuger & Casey (22) som skisserer ulike måter å bearbeide data som er benyttet som grunnlag for analyse, nemlig transkripsjon, lydbandbasert og forkortet transkripsjon, notater og hukommelse.

I denne studien fulgte vi Kvalnes (24) tre nivåer for tolking: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Det første nivået, selvforståelse, er informantens utsagn. Det andre nivået, kritisk forståelse, er forskers kommentarer til utsagnene. Tolkningen har her en bredere forståelsesramme enn intervjupersonens egen. Teoretisk forståelse er det tredje nivået, der den teoretiske rammen og forskningsresultater fra andre studier trekkes inn for å utvide perspektivet.

Førstegangsgjennomlesing resulterte i fortløpige temaer som også hadde sitt utspring i intervjuguiden og studiens hensikt (22). Deretter ble manus lest for å systematisere teksten og for å avdekke hovedkategorier og underkategorier. Videre ble det gjort en teoretisk tolkning ved at kategoriene ble satt sammen i meningsfulle enheter.

I analysen leste begge forfatterne nøye gjennom utskriftene og gjorde notater for å få et helhetsinntrykk. Videre sammenlignet og diskuterte vi oss sammen frem til tematiseringen av teksten. I fellesskap kom vi frem til hvilke

utsagn som skulle velges for å belyse tema som kom frem i analysen.

Tema som kom frem ved analyse av data blir vist i figur 1.

Presentasjon av og kommentarer til funn

I dette kapitlet blir funn fra studien presentert sammen med kommentarer. Sitat fra informantene belyser hvordan temaene ble diskutert i gruppene.

Pasientsikkerhet

Spesialsykepleierne uttaler at det i de seinere år har vært sterkere fokusering på sikkerhet og det å være bevisst på deres eget ansvar. De framhever at de har og føler ansvar for hele mennesket:

De siste ti årene er det blitt mer snakking om sikkerhet, det er det, bevisstgjøring av ansvar.

Det er veldig viktig og, hva du har ansvar for. Vi har ansvar for det mennesket som er der. Hvis de ligger i narkose, så har du ansvar for hele mennesket.

Sykepleierne sidestiller begrepet pasientsikkerhet med begre-

pet trygghet. De uttaler at ivaretagelse av trygghet gjennom orden i forhold til utstyr og apparatur og nitide rutiner gir større trygghet også for sykepleierne under behandling av den enkelte pasient:

Jeg føler at det gir meg trygghet som sykepleier hvis jeg har alt i orden, har sjekket alt og liksom regner med at alt er på plass som skal være på plass, så gir det og... altså det gir trygghet i forhold til min omgang med pasienten og at han får trygg behandling...

Rammebetingelser

Ansvarsforhold

Informantene snakker om at hver enkelt spesialsykepleier er ansvarlig for egen oppdatering. I tillegg vektlegger de ledelsens ansvar:

Jeg mener at vi har ansvar hver enkelt. Den som er avdelingsleder, kan ikke liksom passe på det der, at du holder deg oppdatert. Avdelingsleder har jo et overordnet ansvar, men du har jo ansvar for å holde deg oppdatert.

Samarbeidsforhold

Sykepleierne vektlegger at samspillet må fungere optimalt i alle ledd der flere yrkesgrupper arbeider sammen i team:

Og de vi jobber med er flere yrkesgrupper, samspillet vårt må fungere i alle ledd.

God språkkunnskap hos alle medarbeidere vil være en forutsetning for ivaretagelse av sikkerhet:

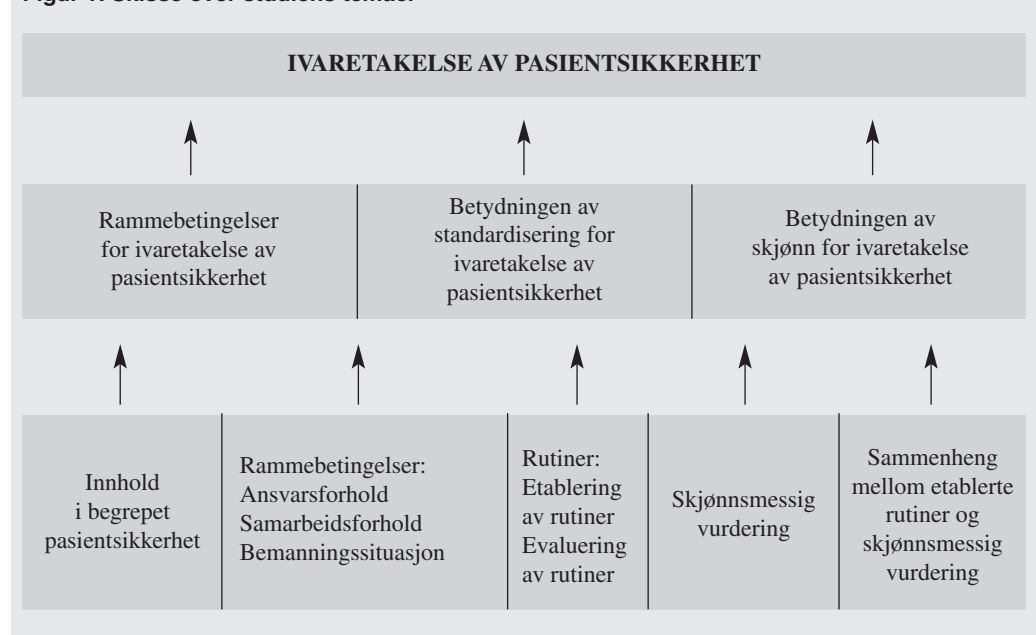
Utlendinger, det og kan gå på sikkerhet, språk slike som ikke forstår helt. Og de forstår ikke pasientene helt, svarer, nikker og smiler og gode greier. Fatter ikke helt beskjeder av og til. Spør du om slike ting... vet ikke helt om de fatter, forstår meg rett og slik. Smiler og nikker og er... Det tror jeg og er farlig av og til.

Bemannings situasjonen

Stabil bemanning kan være en forutsetning for de ansattes trygghet i rollene. Størst mulig stabilitet over tid innebærer en kvalitetssikring i seg selv:

Vi er så heldige som har så stabil bemanning at de fleste er nok så trygge i rollene sine.

Figur 1: Skisse over studiens temaer



Det hjelper godt. Det er kvalitetssikring at det er stabile folk.

Rutiner

Etablering av rutiner
Det foreligger ikke bare skriftlige prosedyrer som grunnlag for praksis. Rutiner blir også etablert kun ved at praksis blir gjentatt over tid, eller at rutiner blir endret som følge av påvirkning fra andre:

Det har litt med holdninger å gjøre dette at en kommer inn i avdelingen og sier at nå har vi lest i et svensk tidsskrift at du trenger ikke ha munnbind på deg hvis du står en meter unna. Og så plutselig henger alle seg opp..., for det er behagelig å slippe å gå med munnbind. Og så tenker de ikke over at i neste øyeblikk henger det over hele standen. Det er greit nok det, jeg vet ikke. Det har lett for å bli at det som er behagelig, henger vi oss opp i, og så gjør vi det sånn uten noe eksakt viten.

... av og til sklir det ut hos oss... Og det er veldig mange som går inne i avdelingen uten hette og munnbind... Det er heller ikke rett. En begynner, og så ser jeg andre.

Evaluering av rutiner

I gruppediskusjonene blir det gitt uttrykk for at de har en rekke kontrollprosedyrer og oppfølging i henhold til etablerte rutiner, med dokumentasjon hver gang:

Ja, vi har masse kontroll- prosedyrer for eksempel. Det er jo en del av sikkerheten som gjennomføres med mellomrom, noen før anestesi, noen en gang i uken, andre ting en gang i måneden eller slik. Det er slike ting som blir fulgt og dokumentert hver gang en gjør det.

Det har skjedd forandring med hensyn til tidligere aksepterte normer. Informantene ønsker innskjerping av standarder for bruk av smykker, parfyme med videre:

Jeg synes jo det er en voldsom god regel sånn som vi lærte da vi gikk, at alt skulle bort og ikke skulle vi lukte noe og ikke skulle vi ha noe pynt på oss, ingen verdens ting. Når jeg ser disse nye av i dag, er jeg helt sjokkert. De kommer med smykker, ringer og armbånd, jeg vet ikke hva. Vi må ta det opp, helt eksakt altså.

Flere spesialsykepleiere mener at de får for lite tilbakemelding på ting som har gått galt:

En annen ting når det gjelder sikkerhet det er: Vi får så lite tilbakemelding om ting som har vært gjort feil. Så går gjerne pasienten til avdelingen og så har han gjerne et kjempestort sår en eller annen plass etter dårlig leie eller noe og så får vi ikke beskjed... Hører det på... etterpå, ja. Vi har dårlige rutiner på tilbakemelding.

Skjønnsmessig vurdering

Mange utsagn viser at informantene vektlegger holdninger, erfaringer, oppmerksomhet og subjektive vurderinger som viktige betingelser for at sykepleierne skal ha fokus rettet på pasientsikkerhet. En av informantene gir en beskrivelse av at enkle rutiner ikke alltid kan hindre at feil oppstår. Årvåkenhet og oppmerksomhet må ligge til grunn:

Enkle rutiner fikk jeg meg en vekker på en dag. For vi hadde innringing av pasienter, og så kom de opp med feil pasient. Og så pleier vi alltid å sjekke navn og nummer når vi har dem over på operasjonsbordet. Men vi fikk faktisk vedkommende helt inn før det ble gjort, og da var det feil pasient. Så at du alltid tar de faste rutinene... Hvis du har en person da som skal i narkose og som ikke er tilregnelig, så kan du jo gjøre mye galt. Vi har gode rutiner, men glemmer du så glemmer du.

I diskusjonen hos spesialsykepleierne kom betydningen av praktiske kunnskaper og erfaringer

fram. Videre vektlegger informantene sykepleiernes ulike personlige forutsetninger under anvendelse av kunnskapen:

Og erfaring gjør jo og at en lettere, gjerne, er litt i forkant. Det kommer ikke som noen overraskelse om det kommer noe ekstra. Så både teori og det praktiske er viktig. Begge deler er viktig. Når det gjelder holdninger, så tror jeg det er noe ... du har lært en masse, og du bruker det du har lært der og. Du bruker teorien din som du har på en måte fått litt innebygd i deg. Den har du med deg på en måte pluss din egen personlighet selvfølgelig.

Sammenheng mellom etablerte rutiner og skjønnsmessig vurdering

I noen utsagn blir det påpekt at det er nødvendig med en kombinasjon av etablerte rutiner og skjønnsmessig vurdering:

Dette her med sikkerhet det går jo egentlig og på om de kan se, litt av dette med å ligge i forkant og hva komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med denne pasienten, være forberedt på det. Det og hører egentlig til sikkerheten og forberedelsene i forhold til pasienten. Derfor kan det kanskje bli litt ulikt og, den evnen en da har til å vurdere hva som kan oppstå her, for eksempel vanskelig intubasjon, hvis du ser det så vet du hvor du går og henter utstyr og hva du trenger å få med deg, så du er et «hestehode» før. Så det er klart en kan ha skriftlige rutiner, men det har veldig mye å si hvilken erfaring og observasjon og hva en ser, forbereder seg på.

Vil jo si at det er trygt og godt rundt pasienten til vanlig, men må jo tenke gjennom akutte situasjoner, men det gjør vi jo og. Vi har jo øvelser på det, men av og til kommer det noe utenom alt kan du si.

En kan jo sikkert lære mye mer om holdninger, kanskje er en

ikke flink nok. Vi har en voldsom tendens, kanskje, til å lære mer og mer om det rent tekniske og det medisinske, kanskje, og sånne ting. Men akkurat når det gjelder holdninger og sånne ting, så er vi kanskje ikke så oppdaterte som vi tror. Det du ikke vet, kan du jo ikke bruke på en måte.

Det er veldig mange ting som det er godt å høre om og som på en måte vekker deg lite grann, at en med jevne mellomrom får slike vitamininnsprøyninger.

Diskusjon

Datamaterialet fra de fire gruppediskusjonene var omfangsrikt og utgjorde et godt grunnlag for tekstanalysen. I fokusgruppeintervju utnyttet gruppeinteraksjonen til å belyse emnet mer bredt enn tilfellet ofte er hvis datagrunnlaget kun er bygget på individuelle intervjuer (23). De tema som blir fremstilt i resultatdelen i studien, er i hovedsak de samme som fremkom i alle intervjuene. Dette kan være et tegn på at temaene ble tilstrekkelig gjennomdiskutert i gruppene og at de gir et uttømmende bilde av informantenes vurdering av pasientsikkerhet. Utvalget hadde informanter fra to forskjellige sykehus. De hørte begge til det samme regionale helseforetaket og kan beskrives som representanter for sykehus i norske småbyer. Når det gjelder grad av aktivitet og innspill i diskusjonene, avvek ikke disse to institusjonene i særlig grad fra hverandre. Dette gjaldt også for den gruppen som hadde en mannlig deltaker. Videre ble gruppeprosessen beskrevet som positiv av deltakerne. Ved avslutningen av samtalen gav flere av informantene uttrykk for at gruppeintervjuene hadde vært en god opplevelse. I en slik situasjon vil det også være mulig for deltakerne å komme med motstridende synspunkter. På bakgrunn av disse forhold er studiens validitet forsøkt ivarettatt.

Studien viser at informantene er opptatt av sikkerhet. I samsvar med Hovdens (2) modell for sikkerhet, blir sikkerhet og trygghet brukt synonymt. Da dreier det seg om trygghet både for sykepleierne selv som fagpersoner i tillegg til det ansvaret som sykepleierne har for pasientenes trygghet. Ut fra samtalen med sykepleierne kommer det frem at de legger stor vekt på at de har et personlig ansvar for pasientsikkerheten. Det videre arbeidet med kvalitetssikring i denne type praksis bør derfor ikke bare foregå ved at det utarbeides et skriftlig materiale som beskriver trygge prosedyrer. Det er også viktig med et holdningsskapende arbeid overfor personalet. Denne studien viser at det i siste instans er sykepleierne selv som avgjør om rutiner er nødvendige og hensiktsmessige. Hvis ikke rutiner oppfattes slik, vil ikke selv vedtatte prosedyrer bli fulgt opp i praksis. Dette er særlig viktig på avdelinger for kritisk syke pasienter. Disse pasientene er avhengige av at sykepleierne kan handle raskt og riktig på vegne av dem fordi de som oftest er i en situasjon hvor de ikke kan ta vare på seg selv (1).

Våre informanter diskuterer sikkerhet i forhold til seg selv, men også i forhold til medarbeidere. En viktig forutsetning for å kunne samarbeide er at aktørene har samme språk og er kjent med hverandres ulike kulturer. I akutte situasjoner er det nødvendig å kunne forstå hverandre umiddelbart. Utsagn fra informantene viser at dette ikke alltid er tilfelle og at slike situasjoner kan utgjøre en risiko for pasientene. Nyere forskning (1) konkluderer med at helsepersonell på avdelinger for kritisk syke pasienter har et spesielt behov for opplæring i kommunikasjonsferdigheter og samarbeidsevne for bedre å kunne ivareta pasientenes sikkerhet. Videre vil problemer som tidspress og en ustabil bemanningssituasjon kunne utgjøre en risiko for pasientene.

I diskusjonene kommer det frem at det i de seinere år har vært en sterkere fokusering på sikkerhet og bevisstgjøring av ansvar. Dette er i samsvar med gjeldende lovverk (25) som setter fokus på helsepersonells individuelle ansvar. Denne studien viser at sykepleierne legger vekt på sitt eget ansvar i større grad enn ledelsens. Imidlertid har lovverket også tillagt ledelsen et ansvar og en plikt til å etablere trygge og hensiktsmessige rutiner for sikkerhet. Det har blant annet vært arbeidet med å utvikle systemer for kvalitetssikring og internkontroll (26). Flere utsagn fra denne studien viser likevel at sykepleierne savner tilbakemelding på feil som oppstår. Det ser ut for at feil som gjøres, ikke alltid blir fanget opp av det interne kvalitetssikringssystemet. Et slikt system er viktig og kan med fordel være basert på et standardisert språk og tilrettelagt for informasjonsteknologi.

Sykepleierne i denne studien hadde skriftlige prosedyrer som grunnlag for praksis, men prosedyrene var ikke etablert etter overordnede nasjonale eller internasjonale standarder. Det er imidlertid en utvikling i retning av å etablere slike standarder i Norge. Blant annet er det internasjonale klassifikasjonssystemet oversatt til norsk (27). Informantene uttrykte behov for at det ble etablert flere rutiner. Det var ulike grunner til et slikt ønske. Godt innøvde rutiner kan være avgjørende i en akutt situasjon. Det kan gi sykepleierne et nødvendig grunnlag til å takle uforutsette ting. I tillegg kan skriftlige rutiner utgjøre et viktig undervisningsmateriale. Dette kan også vise seg å være en nødvendig utvikling, for lovverket krever en øket standardisering av sykepleietilbudet. I den nye helseloven (28) er helsepersonell pliktig til å dokumentere sine sykepleiehendelser i en pasientjournal.

Som en tilleggsfaktor til de standardiserte rutinene, vektleg-

ger informantene en skjønnsom vurdering fra sykepleiernes side. Dette vil også være av betydning for at sykepleierne skal kunne ivareta pasientsikkerhet. Ikke all sykepleiepraksis kan være gjenstand for standardisering. En skjønnsom vurdering er nødvendig for å kunne tilpasse arbeidet til den enkelte pasient og i den enkelte situasjon. Fordi arbeidet med pasientsikkerhet er et stadig pågående arbeid for å gjøre nye situasjoner sikre, er ferdigheter i kritisk tenkning viktig for sykepleiere i avdelinger for akutt syke, (29). Utvikling av en slik sikkerhetsbevissthet skjer gjennom erfaringslæring og ved stadig refleksjon over praksis (29). Den kunnskapsformen som er spesifikk for praksis, eller slik Alvsvåg (30) uttrykker det, som blir til i livets skole, er en type kunnskap som i liten grad kommer til uttrykk i mer standardiserte former. Andre forfattere beskriver et lignende forhold ved begreper som erfaringsrettet kunnskap eller kunnskap i handling (31). Ut fra dette kan vi se eksempler på ulike typer kunnskap. Den standardiserte formen blir gjerne beskrevet som faktakunnskap og tilhører den naturvitenskapelige forskningstradisjonen (32). I tillegg kommer den type kunnskap som utgjør grunnlaget for skjønnsmessige vurderinger. Denne kunnskapsformen er mer individuell, subjektiv og situasjonsbestemt og tilhører humanistiske forskningstradisjoner (32). Martinsen (33) er kritisk til en utvikling i retning av en teknifisering og regelstyring av praksis og argumenterer for bruk av skjønnsmessige vurderinger som grunnlag for sykepleierens arbeid med pasientene. Som det framgår av denne studien, blir både standarder og skjønn vurdert som viktige når det gjelder sykepleierens ivaretagelse av pasientsikkerheten. Sykepleierne uttrykker et klart ønske om å kunne kombinere begge disse former for kunnskap i det praktiske arbeidet med pasientene.

Konklusjon

Fokus for de diskusjonene som har dannet grunnlaget for denne studien, har vært sykepleierens vektlegging av personlig ansvar for pasientenes sikkerhet. I tillegg har informantene diskutert forholdet til medarbeiderne. Informantene gir en beskrivelse av sikkerhet som en form for trygghet både for sykepleierne selv som fagpersoner og for pasientene. Videre viser studien at sykepleierne legger aspekter av både standardisering og skjønn i begrepet pasientsikkerhet.

Godkjent for publisering
28.02.2005

* Astrid Berland¹ og Gerd Karin Natvig²

¹ Høgskolelektor, Sjukepleierutdanningen, Høgskolen Stord/Haugesund, Norge.

² Førsteamanuensis, dr. polit, Sjukepleierutdanningen, Høgskolen Stord/Haugesund, Norge.

Korrespondanse til:
Høgskolelektor Astrid Berland
Høgskolen Stord/Haugesund
Sjukepleierutdanningen
Bjørnsonsgt. 45
NO – 5528 Haugesund
astrid.berland@hsh.no

Referanser:

1. Vorde Vande KM, France A-C. Proactive error prevention in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2002; 14: 347–358.
2. Hovden J. Sikkerhetsforskning en utredning for NFR. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1998.
3. Etchells E, Baker R. Editorial. Safety and Critical Care. *Journal of Critical Care* 2002; 17: 76–7.
4. Pronovost P, Wu AW, Dorman T, Morlock L. Building Safety Into ICU Care. *Journal of Critical Care* 2002; 17: 78–85.

5. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Report by the secretariat, 2002.
6. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Report by the secretariat, 2003.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. Institute of medicine. Washington, D.C.: National academy press, 2000.
8. Luther KM, Maguire L, Mazabob J, Sexton Bryan J, Helmreich RL, Thomas E. Engaging nurses in patient safety. *Nursing Critical Care Nursing Clinics of North America* 2002; 14: 341–6.
9. Kaissi A, Johnson T, Kirschbaum MS. Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economics* 2003; 5: 211–8.
10. Bulechek GM, McCloskey JC. Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes in Effectiveness Research. I: Bulechek GM, McCloskey JC, red. *Nursing interventions: effective nursing treatments*. Philadelphia: Saunders, 1999: 1–24.
11. Kirkevold M. Vitenskap for praksis? Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
12. Børmark SR. Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 2003; 5: 152–167.
13. Bunch EH. SSN's arbeidsgruppe «Standard og kvalitet i sykepleietjenesten». *Vård i Norden* 1992; 12: 4–6.
14. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing interventions classifications (NIC) 3rd ed.* St. Louis: Mosby, 2000.
15. Coenen A. The international classification for nursing practice (ICNP) programme: Advancing a unifying framework for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*. April 3, 2003 (http://nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_8.htm) (27.02.04).
16. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. *Online Journal of Issues in Nursing*. Sept 30, 1998 (http://nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm) (27.02.04).
17. Bowker GC, Star SL, Spasser MA. Classifying nursing work. *Online Journal of Issues in Nursing*. March, 2001 (http://nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_6.htm) (27.02.04).
18. Dahl K. Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. *Tidsskriftet Sykepleien* 2002; 3: 46–51.
19. Førland O. Mellom klassifikasjon og fortelling. *Tidsskriftet Sykepleien* 1999; 10: 51–4.
20. Sørensen NØ. Sykepleiekvalitet Abstrakt eller konkret? Skriftserie fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole, 22, 1996.
21. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299–302.
22. Kreuger A, & Casey M. *Focus groups-3rd Edition – A practical guide for applied research* 2000; Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications, Inc.
23. Maunsbach M, & Dehlholm-Lambertsen B. Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk medisin* 1997; 4:126–8.
24. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1997.
25. Norsk sykepleierforbund. Faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten. Oslo: Norsk sykepleierforbund, Temahefte 6, 2001.
26. Moen A, Hellesø R, Quivey M, Berge A. Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere. Oslo: Akribe Forlag 2002.
27. Gordon M. *Nanda Sykepleie diagnoser: Definisjoner & Klassifikasjon 2001–2002*. Gjøvik: Akribe Forlag, 2003.
28. Ot.prp. nr. 13 (1998–99). Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
29. Bennett Simmons D, Dune L. *Everyday thoughts: Harnessing the thought process toward a practical frameword for increasing critical thinking and reducing error*. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2002; 14: 385–390.
30. Alvsvåg H. Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? I: Kirkevold, Nortvedt F, Alvsvåg H, red. *Klokskap og kynighet*. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Norge: Ad Notam Gyldendal AS, 1993: 19–32.
31. Molander B. *Kunnskap i handling*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB, 1993.
32. Aadland E. «Og eg ser på deg...» Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. Otta: Tano Aschehoug, 1997.
33. Martinsen K. Talens åpenhet og evidens – dialog med Jens Bydam. *Klinisk sykepleie* 2003; 4: 36–46.