

Sammendrag

Organisasjoner i helsevesenet øker i kompleksitet, og utsettes for stadig økende krav til tjenesten. Det er hurtige endringer i arbeidsbelastningen fra dag til dag, og noen ganger fra time til time. Dette øker også kravene til at sykepleiere i et akuttmottak skal være fleksible og finne gode løsninger i arbeidshverdagen. Det er derfor viktig å ha en bedre forståelse for hvorfor sykepleiere velger å benytte egne løsninger som omgår retningslinjer.

Hensikten med denne studien er å få en bedre forståelse for hvorfor sykepleiere i et akuttmottak bruker workarounds, og hvordan dette kan påvirke organisasjonens læring. Tidligere studier tyder på at workarounds er et uttrykk for resiliens, og kan ha negativ påvirkning på organisasjonens læring, men også at workarounds kan være en mulighet for nye og gode løsninger. Denne studien tar derfor sikte på å få en bedre forståelse av hvorfor sykepleierne benytter slike løsninger, og dens påvirkning på organisasjonslæring.

Studien er en intervjustudie med semistrukturerte intervju med fire sykepleiere ved et norsk akuttmottak. Det er benyttet en kvalitativ fremgangsmåte i studien med bruk av stegvis deduktiv-induktiv metode som analysemetode. Studien viser at sykepleieres uttrykte årsak til bruk av workarounds passer overens med tidligere forskning og kan deles inn i fire kategorier: Tidseffektive, lagorienterte, pasientsentrerte og grunnet kontekstuelle begrensninger. Sykepleieres bruk av workarounds kan videre forstås som et resultat av accountability, og deres opplevelse av accountability overfor pasienten og kolleger. Bruk av workarounds som beskrevet av sykepleierne kan ikke forstås som å ha positiv innvirkning på organisasjonens læring.

Sykepleieres benyttelse av workarounds er i stor grad grunnet pasientrettede årsaker, og de gir uttrykk for at dette er noe de gjerne tar ansvar for. Bruken av workarounds kan forstås gjennom accountability som et uttrykk for at sykepleiere primært føler seg accountable overfor det som de tenker er pasientens beste og overfor kolleger. Bruken av workarounds som beskrevet av informantene har ingen positiv innvirkning på organisasjonens læring, men de workarounds som informantene beskriver har potensiale til å ha positiv innvirkning på organisasjonens læring om de blir håndtert annerledes av ledere.

Nøkkelord: sykepleie, workarounds, resiliens, accountability, organisasjonslæring, helsevesen

Abstract

The complexity of healthcare organizations is increasing, and the demands put on healthcare services is rising. With workloads changing rapidly from day to day, and sometimes from hour to hour. This increases the demand put on nurses in emergency departments to be more flexible and to find new ways to handle their everyday work. Thus it is important to have a better understanding of why nurses use workarounds that deviate from organizational protocols.

The aim of this study is to better understand why nurses in an emergency room use workarounds, and how this affects organizational learning. Earlier studies imply that workarounds are expressions of resilience, and that workarounds may have a negative impact on organizational learning, but also that workarounds can be an opportunity to find new and innovative solutions. The aim of this study is to gain a better understanding of why nurses use workarounds, and what impact said use may have on organizational learning.

The study is based on semi structured interviews with four nurses who work in a Norwegian emergency room. The method of this study has a qualitative approach and uses a method of analysing the data called a stepwise deductive-inductive method. The findings in the study show that nurses express that the reason for their use of workarounds are in line with previous research, and that it can mainly be divided into four categories: time effective, team oriented, patient-centered and due to contextual limitations. Nurses use of workarounds can furthermore be understood by nurses' perception of their accountability towards their patients and their colleagues. The use of workarounds as described by the nurses does not appear to have a positive impact on organizational learning.

Nurses indicate that patient centred reasons are mainly why they use workaround, and they express a willingness to take responsibility for actions that conflict with organizational guidelines. Their use of workarounds can be explained through a lens of accountability as an expression that nurses first and foremost feel accountable for what they perceive to be the patient's needs. The use of workarounds found in this study cannot be said to have a positive impact on organizational learning, but the use of workarounds as described by nurses has the potential to have a positive impact on organizational learning if managed differently by the department leadership.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Tidligere forskning	6
1.3 Problemstilling	8
1.4 Avgrensing av problemstillingen.....	9
2.0 Teori	10
2.1 Innledning.....	10
2.2 Workarounds	10
2.2.1 Resiliens og workarounds	11
2.2.2 Workarounds og læring	13
2.3 Læring	16
2.3.1 Eksperimentell læring.....	16
2.3.2 Organisasjonslæring	18
2.4 Accountability	23
2.4.1 Accountability som et relasjonelt begrep.....	23
2.4.2 Profesjonell og Organisasjonell accountability	26
2.4.3 Accountability for sykepleiere i et akuttmottak.....	27
2.5 Tillit	30
3.0 Metode	31
3.1 Design	31
3.2 Utvalg.....	33
3.3 Databehandling og analyse	34
3.4 Egen forforståelse.....	37
3.5 Etske aspekt	37
3.6 Kritikk av metode.....	38
4. Funn og analyse	39
4.1 Hvorfor benytter sykepleiere «workarounds»?.....	39
4.1.1 Det tar for lang tid	39
4.1.2 Systemet fungerer ikke/Aksept.....	41
4.1.3 Det er jo til det beste for pasienten.....	44
4.1.4 Når de har ligget lenge, så har noe endret seg.....	46
4.1.5 En må jo kunne stole på seg selv	48
4.1.6 De må jo bare stole på at det jeg sier er riktig	49
4.2 Hvordan kan bruk av workarounds påvirke organisasjonens læring?	53
4.2.1 Det er bare sånn vi gjør det her	53
4.2.2 Ledelsen vet nok ikke om det	56
4.2.3 Jeg har ikke delt min løsning med noen	61
5.0 Avslutning	63
5.1 Konklusjon	63
5.2 Veien videre	66
6.0 Litteraturliste	68

1.0 Innledning

Helsetjenester i et akuttmottak er en tjeneste med stor variasjon i oppgaver og arbeidsbelastning i et sammensatt og komplekst system hvor behandlingsforløpet til den enkelte pasient avhenger av mange individuelle faktorer som må virke inn samtidig for å oppnå ønsket kvalitet. Pasienttilstrømmingen varierer mye fra dag til dag og fra time til time, som gir tidvis økt press på de ansatte som arbeider i helsevesenet for å gjøre gode valg og å finne gode løsninger på de utfordringene de møter i sin arbeidshverdag. Arbeidsmiljøet kan tidvis være preget av stort tidspress og høye krav til hva den individuelle sykepleier skal klare å håndtere, og konsekvensene for å ikke gjøre jobben godt nok kan være alvorlige for pasienten. Dermed er det viktig at en kan forstå hvorfor sykepleierne handler som de gjør.

Jeg har lenge vært nysgjerrig på hvorfor sykepleiere velger å gå utenom retningslinjer og handle som de gjør. Er det systemet som tvinger de til å handle slik? Tenker de gjennom hvorfor systemene er der? Går slike handlinger kun på vane, eller vurderer sykepleieren fra gang til gang hva de skal gjøre? Er slike «snarveier» riktig å bruke, og hadde det i så fall ikke vært bedre om de da ble brukt som standard fremgangsmåte på avdelingen? Disse spørsmålene og andre lignende har gjort at jeg som tema for denne oppgaven har valgt å se nærmere på hvorfor sykepleiere sier at de bruker handlinger som omgår retningslinjer kalt «workarounds», og hvordan bruken av slike handlinger kan ha implikasjoner på organisasjonens læring. For å bedre kunne forstå hvorfor sykepleiere gjør dette har jeg valgt å benytte tema som «workarounds», resiliens og «accountability» som teori for å bedre forstå hvorfor sykepleiere velger å omgå retningslinjer i arbeidshverdagen sin. Og jeg har også valgt å benytte teori om læring og organisasjonslæring for å tolke hvordan en slik bruk av «workarounds» kan påvirke læringen i organisasjonen.

1.1 Bakgrunn

Ansatte i et akuttmottak har liten grad av kontroll over hvor mange pasienter som blir innlagt til enhver tid, og det er et fastsatt antall sykepleiere og leger på jobb samt et fast antall sengeplasser. Ansatte i akuttmottak har også i mindre grad enn ved mange andre sykehusavdelinger mulighet til å planlegge aktiviteten fremover i tid, da det ikke er mulig å vite om hvilke pasienter som kommer i morgen, og det er ikke mulig å tilpasse

bemanningsstørrelsen til pasientbelegget raskt. Med mindre evne til å kunne planlegge fremover, og liten evne til å kunne endre på hvor mange ansatte som er på jobb og hvor mange sengeplasser avdelingen har, legger det større press på sykepleierne i et akutt mottak til å løse problemene når de oppstår. Slik evne til å tilpasse seg til endringer i krav, samt å klare å gjøre de oppgavene som må gjøres, kalles resiliens.

Gjennom flere års erfaring som sykepleier i akuttkjeden har jeg selv sett og erfart hvordan økende pasienttilstrømming, krav til dokumentasjon, krav til pasientbehandlingen og krav til effektivitet kan føre til motstridende press på sykepleiere i form av f.eks.

samtidighetskonflikter, behov for å velge hvilken pasient de skal hjelpe først, samt å klare å balansere tiden brukt på direkte pasientkontakt og dokumentasjon. Pasientene har store individuelle forskjeller i behov for hjelp og behandling, og deres diagnoser kan falle innenfor flere medisinske fagfelt som gjør det vanskeligere å på forhånd definere hva som er riktig behandling. Dette gjør at de som behandler pasientene har mindre forhåndsdefinerte behandlingsretningslinjer å støtte seg på, og må i større grad gjøre egne valg ut fra hva de vurderer er til pasientens beste. Dermed er det viktig å forstå hvorfor sykepleiere velger som de gjør.

En litteraturstudie av Nibbelink og Brewer (2018) om hvordan sykepleiere velger i klinisk arbeid viser at valg som tas av sykepleiere i akutte hendelser er en kompleks prosess hvor sykepleieren må ta stilling til mange konkurrerende hensyn for å møte pasientens behov. Studien beskriver også at sykepleiere som behandler kritiske pasienter kan ta valg så ofte som hvert 30. sekund. (Nibbelink og Brewer, 2018)

Tucker og Spear (2006) viser i sin studie av sykepleieres arbeidsmiljø ved seks amerikanske sykehus at sykepleiere i gjennomsnitt møter 8,4 forstyrrelser i arbeidsflyten sin gjennom en 8 timers vakt. Studien viser at sykehus kan karakteriseres som komplekse tilpassende systemer, og at under slike forhold vil resiliente og erfarne ansatte tilpasse arbeidet sitt til den nåværende tilstanden med positive fleksible løsninger. En del av disse løsningene kan kalles «workarounds». En «workaround» er ifølge en studie av amerikanske sykepleiere gjennomført av Tucker og Edmondson (2003) kort beskrevet som når en sykepleier møter et hinder i egen arbeidsflyt, og finner en omvei for å unngå dette problemet. «Workarounds» er også ifølge Tucker og Edmondson (2003) ofte preget av enkeltkretslæring, og gjør lite for å utbedre selve årsaken til problemet.

Med økende kompleksitet i helsevesenet er de enkle og gode løsningene også vanskeligere å finne, og motstridende krav kan føre til at løsningen på et problem, bare forverrer et annet. Dette er noe som Kjekshus (2017) beskriver som floker i en artikkel om lederutfordringer i norsk helsevesen. Kjekshus (2017) hevder at en floke er et problem, hvor løsningen på dette problemet ofte skaper nye problem i en annen del av organisasjonen. Kjekshus (2017) mener at ved å forstå disse som en floke fremfor et problem så er det lettere å forstå hvordan en ved å løse på en floke bare flytter floken lengre ned på tråden. Selv om Kjekshus (2017) sin artikkel tar for seg lederutfordringer, er ikke floker noe som bare påvirker ledere, også sykepleiere blir påvirket av slike floker når knuten flytter seg ned på tråden til de som jobber nærmest pasienten. Et akuttmottak er en avdeling som spenner over flere fagfelt internt, og hvor både pasienter, medier, sykehuset og kommunehelsetjenesten har en interesse og påvirkning på arbeidet. Dette beskriver det som Kjekshus (2017) hevder er typisk for sektorer som er preget av floker: *«Typisk for sektorer som er preget av floker er kompleksitet, divergerende interesser og at policyområdet strekker seg ut over mange aktører med uklar beslutningsstruktur.»* (Kjekshus, 2017, s. 87)

I de siste årene har arbeidet med kvalitetsforbedring i akuttmottak økt med hensikt i å lære av feil og å unngå disse. Nye retningslinjer for å unngå feil introduseres, men disse følges likevel ikke alltid. Derfor har jeg i denne oppgaven valgt å se nærmere på hvordan sykepleiere i et norsk akuttmottak bruker «workarounds», og hvordan dette påvirker læring i organisasjonen.

1.2 Tidligere forskning

Da «workarounds» er et relativt nytt begrep innenfor forskning på helsetjenestene som har økt i bruk siden 2000-tallet, så var det noe vanskelig å finne mye forskning om temaet. Det meste av forskning jeg kunne finne i ulike internasjonale databaser var av de samme forskerne, og det fokuserte mer på de praktiske årsakene og konsekvensene av «workarounds», og mindre på hvordan sykepleiere tenker om bruken av «workarounds». Artikler som nevnt i bakgrunnskapittelet av Tucker og Edmondson (2003) og Tucker og Spear (2006) har vist flere årsaker til at «workarounds» forekommer, men har ikke gått i dybden for å bedre forstå hvorfor sykepleiere gjør disse handlingene. De har i større grad basert seg på

observasjoner av sykepleiere, eller av sykepleieres egne utsagn for å forklare årsakene til deres bruk av «workarounds» som har ført til noe mer overfladiske beskrivelser av hvorfor sykepleiere benytter «workarounds».

Siden jeg i denne oppgaven har brukt en forståelse av «workarounds» som en manifestasjon på resiliens i praksis, har jeg også gjennomført søk på resiliens i helsevesenet. I liket med «workarounds», er også resiliens innenfor helsevesenet et relativt nytt konsept som har økt i omfang de siste årene. Forskning på resiliens har sterke koblinger til «safety-II» tenkningen som også nevnes i teoridelen av denne oppgaven.

Med tanke på koblingen mellom organisasjonslæring og «workaround», har jeg ikke funnet så mye forskning, kun studier som viser negative påvirkninger og muligheter som bruk av «workarounds» kan ha på forbedring i organisasjonen, men ingen av disse var spesielt tungt knyttet til teori om organisasjonslæring. En reviewstudie om begrepet «workarounds» av Lalley og Malloch (2010) viser også at bruk av «workarounds» som oftest skjer skjult fra ledelse, og kan føre til nye problemer for andre deler av systemet. Tucker og Edmondson (2003) påstår likevel i sin studie av sykepleiere, at det er mulig for «workarounds» å hjelpe organisasjonen ved å avdekke problemområder og bidra med nye kreative praksisnære løsninger. Debono et al. (2018) gjennomførte en studie av resiliens og «workarounds» om amerikanske sykepleiere, og hevder at siden vi vet at «workarounds» forekommer hyppig, og gitt at hendelser som oftest går bra, så kan en også argumentere for at «workarounds» bidrar til at ting går bra. Denne tanken om at ting som oftest går bra, og at en dermed bør lære av det som fungerer kalles «safety-II», som presentert av Hollnagel et al. (2015) i deres «White Paper» som er en konseptutviklende drøfting av resiliens og kvalitetsforbedring.

Jeg mener at en kan få en bedre forståelse av årsakene til at sykepleiere benytter «workarounds» ved å belyse bruken av «workarounds» gjennom begrepet «accountability», som er et begrep jeg vil gjøre mer rede for i teoridelen av denne oppgaven. Jeg har ikke klart å finne noen tidligere forskning som kobler disse to begrepene sammen. Derfor har jeg for å utrede for begrepet «accountability» funnet forskning som beskriver hvordan «accountability» kan forstås, samt begrepets utvikling mot hvordan «accountability» kan forstås i helsevesenet. Det var mange funn ved litteratursøk som kobler resiliens og «accountability», men ingen av disse hadde noen klar kobling til bruken av «workarounds».

1.3 Problemstilling

Jeg ønsker med denne oppgaven å se nærmere på hvordan sykepleieres bruk av «workarounds» kan påvirke læring i organisasjonen. I denne oppgaven har jeg jobbet ut fra problemstillingen:

«Hvorfor benytter sykepleiere i et akuttmottak «workarounds», og hvordan kan dette påvirke læring i organisasjonen».

For å kunne besvare denne problemstillingen har jeg først sett på hvilke årsaker mine informanter gir til at de benytter «workarounds», for så å ta for meg hvordan deres bruk av «workarounds» kan påvirke organisasjonens læring ut fra teori om eksperimentell læring og organisasjonslæring. Jeg har videre introdusert og benyttet teori om «accountability» som tolkningsgrunnlag for å belyse en dimensjon av de underliggende årsakene til at sykepleiere benytter «workarounds». Jeg vil videre hevde at det å ha en bedre forståelse for årsaker til at sykepleiere benytter «workarounds», kan gi et bedre grunnlag for organisasjonslæring. Jeg ønsket å se om tidligere forskning på sykepleieres bruk av «workarounds» stemte overens med funn i mine intervju.

I arbeidet med denne oppgaven startet jeg ut med følgende forskningsspørsmål:

- Hvorfor bruker sykepleiere i et akuttmottak «workarounds»?
- Hvordan kan sykepleiers bruk av «workarounds» påvirke organisasjonens læring?

Tidligere forskning på «workarounds» har fokusert mer på de overfladiske årsakene til bruk av «workarounds», og ikke gått like tungt inn på de underliggende årsakene til at sykepleiere sier de benytter «workarounds». Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte teori om «accountability» og tillit for å gi en bedre forståelse av hvorfor sykepleiere velger å benytte «workarounds» i arbeidshverdagen.

I arbeidet med analysen av data ble det klart for meg at det som kom frem i intervjuene ble vanskelig å forklare kun med funn av teori om «workarounds» og organisasjonslæring. Derfor kom jeg i samarbeid med veileder frem til at det kunne være relevant å benytte teori om «accountability» for å bedre forstå mine informanternes utsagn. Som en følge av dette så la jeg til enda et forskningsspørsmål:

- Hvordan kan sykepleieres bruk av «workarounds» forstås ut fra begrepet «accountability».

1.4 Avgrensning av problemstillingen

I denne oppgaven fokuserer jeg på sykepleieres bruk av «workarounds» i et akuttmottak. Derfor har jeg begrenset meg til å kun benytte sykepleiere som informanter selv om «workarounds» er noe som alle helsearbeidere kan benytte seg av. Jeg har også valgt å sette søkelys på innvirkningen som sykepleieres bruk av «workarounds» kan ha på organisasjonens læring ved å benytte noen modeller for eksperimentell læring og organisasjonslæring. For at denne studien skal være mer spesifikk, har jeg valgt å ikke ta for meg andre modeller om læring, eller gå inn på tema om hvordan sykepleiere som yrkesgruppe lærer, som f.eks. Patricia Benners novise til ekspert modell.

Jeg har valgt å analysere det som informantene uttrykker ut fra resiliens og «accountability» for å kunne gi ny forståelse. Grunnet oppgavens omfang har jeg dermed måttet velge bort andre teorier som også kan gi andre forståelser for temaet, som f.eks. profesjonsteori som ligger tett opp mot både resiliens og «accountability».

Da informantene mine kom med flere utsagn som handlet om tillit, valgte jeg også å inkludere en grunnleggende forståelse av tillit, uten at dette er et hovedtema i oppgaven min. Der informantene bruker uttrykk som tillit så vil jeg vise at dette også kan forstås som et aspekt av «accountability».

2.0 Teori

2.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant teori for min problemstilling. Jeg vil først presentere teori og forskning omkring «workarounds» og resiliens i helsevesenet, for deretter å ta for meg noen teori omkring eksperimentell læring og organisasjonslæring. Jeg vil presentere hvordan begrepet «accountability» kan forstås, dets utvikling og presentere noen artikler som beskriver «accountability» for sykepleiere i et engelsk akuttmottak. Til slutt tar jeg for meg en kortfattet beskrivelse av tillit, da dette var et ord som ble brukt av mine informanter.

2.2 Workarounds

Begrepet «workaround» lar seg ikke så lett definere med norsk språk. Ord som snarvei, omvei og improviserte løsninger kan ved første inntrykk virke dekkende, men når en ser nærmere på de så passer de ikke helt. Ordet snarvei kan indikere at det er en form for latskap som motivasjon, ordet omvei indikerer at veien rundt hinderet er lengre og mer tungvint, og en improvisert løsning kan få det til å fremstå som at en bare tar det på sparket hver gang løsningen benyttes. I en reviewstudie av begrepet «workarounds» av Lalley og Malloch (2010), defineres en «workaround» som: «*Workaround is a creative, redesigned process that facilitates care to patients by providing opportunities for nurses, designers, regulators and administrators to interact and produce novel patterns or knowledge*». (Lalley og Malloch, 2010; s. 3) Jeg har dermed i denne oppgaven ut fra denne definisjonen, og i mangel på et godt norsk uttrykk, valgt å benytte ordet «workaround» for å beskrive dette fenomenet.

I en konseptutviklende artikkel av Hollnagel et al. (2015) beskrives tidligere tenkning om kvalitetsforbedring, også kalt «safety-I». Slik tenkning forstår organisasjoner som maskiner som kan tas fra hverandre og analyseres for å finne feil når noe går galt. I artikkelen så hevder de at menneskelig feil som oftest blir brukt for å forklare hva som går galt ut fra den mer industrielle «safety-I» tenkingen.

Hollnagel et al. (2015) hevder videre at organisasjoners og systemers økende kompleksitet gjør at det ikke er mulig å ta disse fra hverandre for å finne årsaker til feil, men at de heller må forstås som en sammensatt helhet. Ut fra denne tankegangen som de kaller «safety-II» så er menneskene en del av organisasjonen. Artikkelen hevder videre at siden ting stort sett går galt et mindretall av tiden, og går riktig mesteparten av tiden, så er det viktigere å lære av hva som går bra enn av hva som går galt. Ut fra denne forståelsen av at ting stort sett går bra, så argumenterer de for at mennesker også er årsaken til at ting går bra og at menneskelig adferd er en større kilde til positive utfall enn til feil.

Hollnagel et al. (2015) hevder videre at grunnet økende kompleksitet i systemer og endringer som skjer over tid så vil det bli en diskrepans mellom hvordan en tenker at et system skal fungere og hvordan det faktisk fungerer. De bruker begrepene «Work As Imagined» (heretter kalt WAI) som betegner det som skal skje under normale omstendigheter i et system eller en organisasjon, og «Work As Done» (heretter kalt WAD) som er det som faktisk skjer. De påstår også at organisasjoners økende kompleksitet, og økende krav til de ansatte som skal gjennomføre oppgaver fører til at gapet mellom WAI og WAD stadig blir større. For å tette dette gapet i praksis så benytter ansatte flere ulike strategier blant dem «workarounds» (Hollnagel et al., 2015).

2.2.1 Resiliens og workarounds

Når det gjelder begrepet resiliens så er dette et begrep som historisk har noe ulik betydning i ulike fagfelt som f.eks. psykologi, ingeniørvitenskap og biologi, men det har ifølge en konseptavklarende litteraturstudie om resiliens i helsevesenet av Wiig et al. (2020) i økende grad blitt benyttet som en måte å beskrive hvordan helsearbeidere og helseorganisasjoner har en iboende tilpasningsevne til endringer i krav, forutsetninger og ressurser. Denne studien av Wiig et al. (2020) tar også opp at resiliens kan innbefatte læring ved at resiliens kan være proaktiv når en tilpasser seg til en forventet situasjon før den forekommer. Wiig et al. (2020) definerer resiliens som «...*the capacity to adapt to challenges and changes at different system levels, to maintain high quality care.* (Wiig et al., 2020, s. 6.) Wiig et al. (2020) beskriver videre at resiliens bør forstås på ulike nivå, både på mikro, meso og makronivå i en organisasjon. Aase og Rosness (2018) definerer i sitt kapittel som kalles «Organisatoriske ulykker og resiliente organisasjoner i helsetjenesten» en resilient

organisasjon som: «en organisasjon som har evnen til å tilpasse seg feil og forstyrrelser uten å produsere alvorlige ulykker» (Aase og Rosness, 2018, s. 28).

I en reviewstudie av Berg og Aase (2019) om karakteristikker av resiliens i helsevesenet hevdes at det finnes fire karakteristikker på resiliens i helsevesenet, som kan kategoriseres på individnivå, teamnivå og ledelsesnivå. Disse fire karakteristikkene er:

- Forventning, som er å forutse situasjoner før de oppstår og tilpasse seg slik at en forhindrer uønskede hendelser å oppstå.
- Forståelse, som er nødvendig for å klare å skjønne hva som foregår slik at en kan gjøre tilpasninger og trade-off for å håndtere endringen.
- Trade-off, som er de valg en gjør grunnet kompleksiteten i arbeidshverdagen. Det beskrives at to typer trade-off er vanlig: kognitive trade-off på individnivå, og trade-off mellom motstridene krav eller mål på teamnivå.
- Tilpasninger som er praktiske justeringer i arbeidshverdagen som et resultat av at en må håndtere komplekse krav og omgivelser (Berg og Aase, 2019, s. 84).

Et annet funn som Berg og Aase (2019) viser til er at resiliente handlinger på lavere nivå som individ og teamnivå i en organisasjon, kan føre til mindre resiliens på organisasjonsnivå. (Berg og Aase, 2019)

Likt med hvordan Berg og Aase (2019) finner at tilpasninger er en karakteristikk av resiliens, så hevder Debono et al. (2018) at «workarounds» kan sees på som eksempler på resiliens i praksis, da de viser hvordan en kliniker tetter gapet mellom WAI og WAD grunnet varierende forutsetninger. «Workarounds» er en form for WAD, da de er den praktiske tilpasningen som blir gjennomført når retningslinjer eller prosedyrer (WAI) ikke er tilpasset det behov en har. Wiig et al. (2020) beskriver dette som en «trade-off», eller byttehandel, mellom et laverestående mål som å følge retningslinjene, mot et høyerestående mål som å oppnå normal funksjon som i denne oppgaven kan uttrykkes som å gi pasientene nødvendige medisiner.

Debono et al. (2018) finner at «workarounds» som de observerer i sin studie for det meste kan deles inn i fem ulike kategorier: tidseffektivitet, pasientsentrert, teamorientert, pasientsikkerhet og kontekstuelle begrensinger.

- Tidseffektive «workarounds» var de som sykepleierne gjorde fordi de brukte mindre tid.
- Pasientsentrerte «workarounds» var når sykepleierne omgikk retningslinjene ut fra at de vurderte dette var til pasientens beste.
- Lagorienterte «workarounds» var når sykepleierne brukte en «workaround» for å ikke belaste andre kolleger unødvendig, er når de heller valgte å gjøre en «workaround» fremfor å konfrontere andre med hendelser.
- Pasientsikkerhet var når sykepleierne brukte en «workaround» fordi de mente at om de fulgte retningslinjene så ville dette utsette pasienten for risiko.
- Kontekstuelle begrensninger var når sykepleierne benyttet en «workaround» fordi ytre begrensninger gjorde at det å følge retningslinjen ikke lot seg gjøre. (Debono et al., 2018, s. 68-70)

De fant videre at kommuniseringen av hvordan sykepleierne tenkte om og handlet med «workarounds» ofte måtte observeres da de gjerne ble kommunisert med f.eks. sarkasme, korte megetsigende blikk og himling med øynene, spesielt når det gjaldt kolleger som ikke klarte å få oppgavene sine gjort og måtte få hjelp av andre. De fant også at den samme «workarouden» kunne bli brukt til forskjellige hindringer i arbeidsflyten og med forskjellig hensikt fra sykepleieren. De beskriver også sykepleieres hverdag som preget av hurtig endrede forutsetninger og motstridende krav til sykepleieren. Dette gjør at sykepleiere må tilpasse seg, være fleksible og håndtere motstridende krav. De overkommer de endrede forutsetningene ved å finne egne løsninger, og gjøre egne prioriteringer som navigerer motstridende og skiftende krav som i en ideell verden ikke burde vært lagt på sykepleieren. Dette er det som de beskriver som resiliens, og nødvendig for å tette gapet mellom WAI og WAD (Debono et al., 2018).

2.2.2 Workarounds og læring

Det finnes flere studier som tar opp aspektet med «workarounds» sin påvirkning på læring, både positivt og negativt. I den tidligere nevnte litteraturstudien av Lalley og Malloch (2010) hevder de at «workarounds» som oftest blir ignorert eller frarådet av ledelsen, men hevder at ved å anerkjenne og jobbe med disse, kan en oppnå nye muligheter som: Å lære opp ansatte om muligheten for positive og negative konsekvenser av «workarounds», å identifisere «workarounds» og benytte disse for å finne nye og bedre løsninger på problemer

i arbeidshverdagen, å observere nåværende prosesser for å finne ut hvordan disse overlapper med forventninger og hvilke «workarounds» som har oppstått for å løse disse, å oppfordre til diskusjon med ansatte om hva som ikke virker og som hindrer effektivitet og resultat (Lalley og Malloch, 2010).

Debono og Braithwaite (2015) finner i en observasjonsstudie av en amerikansk sykepleier med påfølgende teoritolkning, at «workarounds» kan være egenutviklede løsninger, men disse kan også bli allment akseptert og benyttet. Dette beskrives som at en «workaround» er adaptert kollektivt. Når de adapteres kollektivt kan dette bidra til å redusere risikoen for negative konsekvenser av en «workaround» som f.eks. å muntlig rapportere til neste skift at en medisin er gitt, men ikke registrert i journal slik at pasienten ikke blir gitt dobbel dose. Kollektivt adapterte «workarounds» øker likevel risikoen for at feil kan skje, om det f.eks. kommer en ny ansatt på jobb som ikke er kjent med hvordan sykepleierne på avdelingen omgår slike hinder ved hjelp av en «workaround» (Debono og Braithwaite, 2015).

Debono & Braithwaite (2015) viser i den tidligere nevnte studien, at «workarounds» kan være et tveegget sverd, da de er nødvendige for at en organisasjon kan tilpasse seg til endringer og lære, men at «workarounds» også kan bidra til å opprettholde dysfunksjonelle retningslinjer og prosedyrer, siden de kan skjule for ledere og andre høyere opp i systemet hva som egentlig foregår på grunnivå og hva som bør utbedres. Dette kan motvirke at organisasjonen som helhet endrer og forbedrer seg.

En annen studie av sykepleiere ved amerikanske sykehus av Tucker og Edmonson (2003) ser nærmere på årsaker til «workarounds» og deres påvirkning. De hevder at de tre største hindrene for å kunne lære av «workarounds» er:

- At helseprofesjoner har en uskreven norm som oppfordrer helsepersonell til å ta personlig ansvar for å løse problemer som oppstår i arbeidshverdagen. Dette skaper hindre for læring da en sykepleier løser problemene selvstendig uten å dele disse med andre eller skape oppmerksomhet rundt mindre effektive prosesser.
- At sykepleieravdelingene er bemannet for å skape mest mulig kostnadseffektivitet. Dette gjør at sykepleierne har mye tidspress og lite rom i arbeidshverdagen til å bruke tid på å finne løsninger som løste de underliggende årsakene til et problem. Dette arbeidspresset med pasientrelatert arbeid førte til at sykepleierne sjelden fikk tid til å

drive med dobbeltekretslering som løste problemene, men ofte heller måtte improvisere løsninger preget av enkeltkretslering for å kunne komme videre med oppgavene sine.

- At ansvarliggjøring av de ansatte sykepleierne som var beskrevet som en løsning for kvalitet og produktivitet, førte til at ledelsen var fjernere fra arbeidshverdagen til «de på gulvet». Ledere har ofte større kontaktnett på tvers av avdelinger til å løse underliggende årsaker til problemer, og de har samtidig mer tid enn pleiepersonellet til å kunne jobbe med å finne disse løsningene. Da disse hadde mindre interaksjon med sykepleiere, ble det vanskeligere for organisasjonen å oppdage og løse problemet. (Tucker og Edmondson, 2003, s. 63-64)

Tucker og Edmondson (2003) sier også at når et problem oppstår som en sykepleier ikke kunne håndtere alene, så valgte de heller å be om hjelp fra en annen ansatt som var nærmere dem selv sosialt, enn å kontakte den personen som var mest kvalifisert til å løse problemet. Dette bidro til å opprettholde ryktet til sykepleieren som en som kunne håndtere arbeidet og løse hindringer effektivt. De presenterer også tre muligheter for å oppnå positiv endring:

- Tilgjengelig ledelse som kan støtte sykepleierne og bidra ved å være rollemodeller for dobbeltekretslering, samt å avlaste ansatte slik at de får mulighet til å drive med dobbeltekretslering.
- Skape et arbeidsmiljø som oppleves trygt slik at ansatte kan snakke om feil og bekymringer, hvor det er mulig å ta opp hendelser og problemer.
- De kan bistå med innspill som kommer fra ansatte for forbedring ved å handle på disse. Om ansatte ikke ser at det kommer noen positiv endring ut av deres melding, så vil de etter hvert bare gi opp å melde nye ting da det ikke føles verdt tiden deres (Tucker og Edmondson, 2003, s. 67).

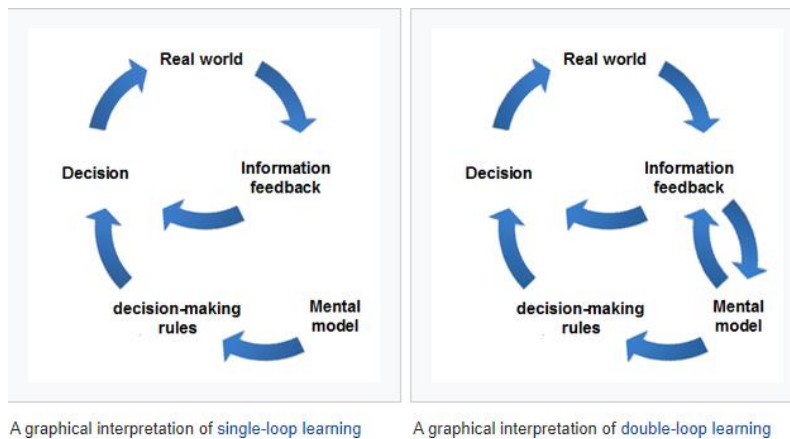
2.3 Læring

2.3.1 Eksperimentell læring

Det er flere ulike måter som læring kan forstås på. En av disse er Kolb (2015) sin beskrivelse av læring som en prosess hvor kunnskap er noe som blir dannet av erfaring. Dette er en læringsmodell som beskrives som eksperimentell læring, hvor målet for læringen er økt kunnskap. Han utviklet en lærings sirkel som har grunnlag i at en gjør observasjoner fra virkeligheten, reflekterer over observasjonene og på grunnlag av det, danner seg abstrakte teorier som blir testet ut i form av små eksperimenter ut ifra de abstrakte teoriene en har dannet seg. Denne sirkelen vil så fortsette med at en gjør nye observasjoner av eksperimentene, reflekterer over disse og gjør nye tilpasninger i fremgangsmåte.

Argyris og Schön (1978) bygger videre på Kolb (2015) sin modell om eksperimentell læring, og sier at det finnes tre nivå av læring som er rangert som et slags hierarki med enkeltkretslæring som det laveste nivå, dobbeltkretslæring som mellomnivå, og deuterolæring som det høyeste nivå av læring. En viktig forskjell på Argyris og Schön (1978) og Kolb (2015) er at Argyris og Schön (1978) forstår endring av adferd som et premiss for at en kan si at læring har skjedd. Ifølge Argyris og Schön (1978) er læring det som forekommer når kunnskap oversettes til endring i adferd som kan gjenskapes.

Et eksempel på enkeltkretslæring kan være en person som skal bruke hageslangen for å vanne blomstene, men så har hagekranen rustet fast fordi den ikke har blitt smurt på lenge og lar seg ikke åpne. Som en løsning for å kunne vanne blomstene velger denne personen da å hente vann fra kranen innendørs i en vannkanne som han tar med ut for å vanne blomstene. Dette løser problemet da blomstene blir vannet, men da personen ikke reflekterer over hva problemet med kranen er, og ikke gjør noe for å løse de underliggende årsakene så vil problemet bare gjenta seg og personen må hver gang hente vann inne fremfor å benytte hageslangen. Som vist til venstre på figur 1 under så gjentar bare denne prosessen seg da adferd ikke endres.



Figur 1. Argyris og Schøns enkeltkrets og dobbeltkretslæring. (Nettkilde, hentet fra: https://en.wikipedia.org/wiki/Chris_Argyris)

Om en ser til høyre på Figur 1, vises det som Argyris og Schøn (1978) kaller dobbeltkretslæring. Ved å bruke eksempelet med den rustne vannkranen, så kan en si at ved dobbeltkretslæring vil personen reflektere over hvorfor vannkranen i hagen ikke lar seg åpne, tenke at den trenger smøring, som en alternativ handling fremfor å gå inn og hente vann i vannkannen så velger han å smøre kranen som da lar seg åpne og han kan vanne med hageslangen. Problemet blir løst på denne måten også, blomstene får vann, og personen har nå en kjennskap til at kranen må smøres om den ikke lar seg åpne. Om en skal forstå dette som dobbeltkretslæring slik det beskrives av Argyris og Schøn (1978), så vil personen også reflektere over at kranen trenger regelmessig smøring for å unngå at denne låser seg, og dermed gjøre dette regelmessig. Dette viser ny kunnskap som fører til endring av adferd, som passer med Argyris og Schøn (1978) sin definisjon av læring. Et aspekt som også nevnes er at det kan være vanskelig å oppnå læring om det tar for lang tid fra handling til en ser resultatene av handlingen.

Det høyeste nivå av læring, som Argyris og Schøn (1978) kaller deuterolæring, er et sammensatt begrep som defineres som at en ved å lære en ny ting også lærer andre ting om verden og hvordan en lærer. Dette oppstår gjennom refleksjoner over selve læringsprosessen. Kortfattet kan en si at deuterolæring viser hvordan en gjennom å reflektere over selv læringsprosessen kan lære oss hvordan vi lærer (Argyris og Schøn, 1978).

Ifølge Argyris og Schön (1978) sine definisjoner om enkelt- og dobbeltekretslæring er disse en beskrivelse av individuell læring, og de kan ikke direkte overføres til organisasjoner. Da de mener at en organisasjon rent teknisk sett ikke kan lære. Dette er noe de modererer noe i sine senere spesifiseringer av teoriene, da de sier at teoriene om individuell læring har overføringsevne til organisasjoner. De sier likevel at kun et fåtall av organisasjoner klarer å oppnå høyere læring enn enkeltkretslæring (Argyris og Schön, 1996).

2.3.2 Organisasjonslæring

Selv om teorier om eksperimentell læring gir en forklaring på hvordan et individs læring kan forstås, så har disse teoriene også blitt videreutviklet til å omfatte hvordan organisasjoner kan lære. Jeg vil derfor presentere tre teorier om organisasjonslæring som er basert på grunnleggende teori om eksperimentell læring.

En teoretiker som har forsket på organisasjonslæring er Peter Senge. Han benytter i sin bok «Den femte disiplin» (Senge, 1999) en beskrivelse av fem ulike disipliner som en organisasjon må mestre for å kunne kalles en lærende organisasjon. I sin definisjon av organisasjonell læring tar han utgangspunkt i eksperimentell individuell læring som grunnlag for hvordan organisasjoner lærer, men overfører fra individuell til organisatorisk læring ut fra en forståelse om at en organisasjon sin bevissthet er sammensatt av bevisstheten til individene i organisasjonen. Senge (1999) sine fem disipliner for organisasjonslæring er:

- Personlig mestring: Å øke ens egen individuelle kompetanse, gjennom en slik økning av kompetanse vil også organisasjonens kollektive kompetanse økes.
- Mentale modeller: Ved å bevisstgjøre oss på, og utfordre de eksisterende mentale modellene i organisasjonen kan en finne nye løsninger for utfordringer i organisasjonen.
- Gruppelæring: Å klare å endre læringen fra ikke bare å være individuell, men også kollektiv for organisasjonen gjennom å skape et miljø av samarbeid der ansatte deler kunnskap og kan lære av hverandre.
- Felles forståelse av mål: Å samle organisasjonens ansatte rundt en felles forståelse av mål. Om ansatte ikke deler de samme visjonene og målsetningene blir det utfordrende å kunne jobbe i felles retning mot et mål.

- Systemtenkning: Den høyeste formen for organisasjonell læring som vil beskrive en helhetlig forståelse av hvordan selve systemet virker. En forståelse av hvordan ulike avdelinger og deltagere i en organisasjon spiller inn og påvirker hvordan organisasjonen som helhet fungerer (Senge, 1999).

Senge (1999) beskriver at selv om det er læring i alle de ulike disiplinene så kan ikke organisasjonen virkelig kalles lærende før de mestrer alle. Han beskriver at ulike organisasjoner er på ulike nivå ut fra hans inndeling, men at for at en virkelig skal kunne beskrives som en helt lærende organisasjon så må organisasjonen utvikle den femte (Senge, 1999).

En annen forsker på organisasjonslæring, Daniel Kim (1998) bygger videre på Argyris og Schön (1978) sin enkelt- og dobbelkretslæring, men har en mer avansert definisjon når det kommer til læring som beskriver at læring må ha en praktisk nytte. Kim (1998) definerer individuell læring som: «*Learning can be described as one's capacity to take effective action.*» (Kim, 1998, s. 43).

Kim (1998) sin definisjon av læring beskriver med andre ord læring som noe som må ha praktisk nytte. Dermed har han en forståelse av læring som skiller mellom kunnskap og læring, ved at han beskriver kunnskap som et element av læring. Ved kun økt kunnskap vil en ikke nødvendigvis kunne omsette dette til endring og praktisk nytte, dermed kan ikke kunnskap i seg selv sees på som læring.

En del av kunnskap er også det som Kim (1998) forstår som en organisasjons hukommelse. Han viser til at en stor del av det som kan beskrives som en organisasjons hukommelse er nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, men at dette ikke er hele organisasjonens hukommelse. Han hevder at de felles ideene og tankene i organisasjonen som han beskriver som de felles mentale modellene til organisasjonen også må sees på som en del av organisasjonens hukommelse. Som et eksempel for dette gir han en teoretisk situasjon hvor en tenker seg to organisasjoner hvor den ene mister alle sine nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, og den andre mister alle de ansatte med deres felles mentale modeller. Her hevder han at den organisasjonen som mister de nedskrevne retningslinjene vil klare å fungere bedre enn den organisasjonen som mister alle sine ansatte med sine mentale modeller. Med andre ord så kan ikke hukommelse kun forstås som det som er eksplisitt

nedfelt, men også de ansattes forståelse av hvordan de gjør jobben sin, som kan være implisitt og en del av organisasjonens hukommelse (Kim, 1998).

Kim (1998) skiller mellom det han kaller operasjonell og konseptuell læring, og fremhever at begge er nødvendige for å lære.

- Operasjonell læring blir beskrevet som hvordan en lærer å gjøre noe praktisk. Her blir eksempelet en snekker som kan å bruke en sag og hammer som en praktisk egenskap, men ikke klarer å sette sammen et bord som han skal montere fordi han ikke har kunnskapen som sier hvordan et bord skal se ut og dermed hvordan delene passer sammen. Dermed vil det ikke være mulig å lage bordet.
- Konseptuell læring blir beskrevet som hvordan en forstår noe på et abstrakt nivå. Dette blir det omvendte av operasjonell læring. Eksempelet her blir en ingeniør som kan designe et bord og vet hvordan delene passer sammen og hvilken bæreevne bordet skal ha, men ikke har den praktiske kunnskapen om hvordan verktøyene brukes til ikke klare å lage dette bordet. (Kim, 1998)

Kim (1998) forstår overføring av læring mellom individer og organisasjonen som et resultat av individuelle mentale modeller som påvirker de felles mentale modellene til organisasjonen og påvirker organisasjonens rutiner og rammeverk. Hans definisjon på organisasjonslæring er: «...*Organizational learning is defined as increasing an organization's capacity to take effective action*» (Kim, 1998, s. 54).

Som i definisjonen hans av individuell læring har han også med et krav om at læring må ha en praktisk nytteverdi for organisasjoner. For å visualisere hvordan organisasjonslæring fungerer har Kim (1998) utviklet en modell som han kaller OADI-SMM, som vist på figur 2 under. Denne modellen er utviklet fra Kolb (2015) sine teorier om eksperimentell læring og hans lærings sirkel hvor OADI står for Observe, Assess, Design, Implement, men utvidet med koblinger for organisasjonens læring via felles mentale modeller (Shared Mental Models).

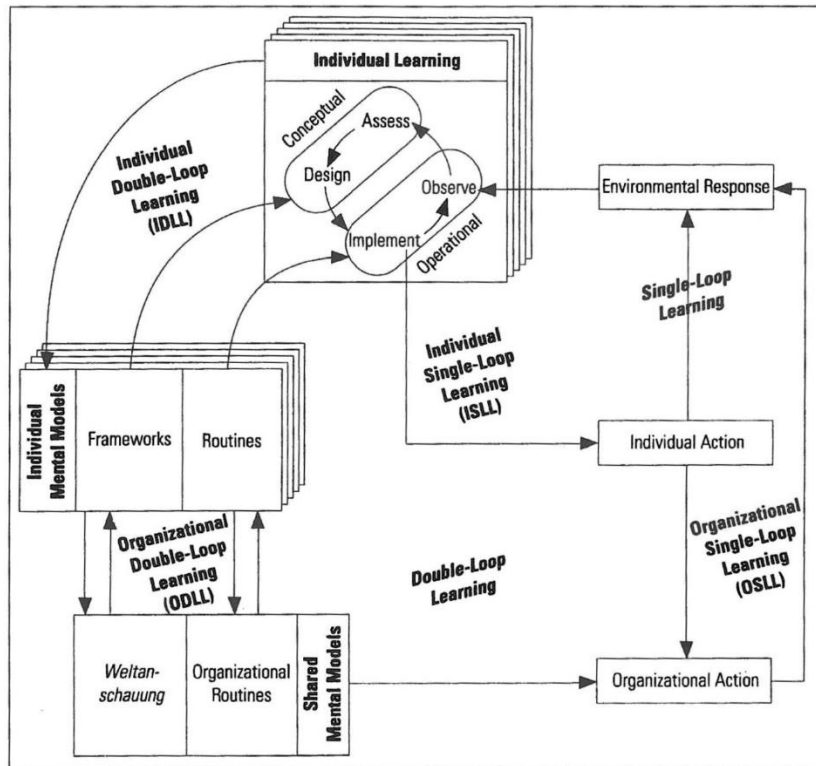


FIGURE 4-7 An Integrated Model of Organizational Learning: OADI-Shared Mental Models (SMM) Cycle.

Figur 2: Daniel Kims OADI-SMM modell, (Kim, 1998, s. 52)

I OADI-SMM modellen er det flere enkelt- og dobbelkretslærings sirkler for å vise hvordan individets læring og organisasjonens læring er sammenkoblet. Individets erfaringer, og læring vil endre de individuelle mentale modellene og individets rammeverk og rutiner. Disse individuelle mentale modellene vil igjen påvirke de felles mentale modellene som organisasjonen har, gjennom å endre organisasjonens verdenssyn og organisasjonens retningslinjer. Disse felles mentale modellene endrer organisasjonens handling og gir en miljømessig respons som så påvirker individets handling og læring (Kim, 1998).

Kim (1998) viser til tre ulike situasjoner hvor organisasjonens lærings sirkel brytes, og det medfører at organisasjonen som helhet ikke lærer. Dette kalles ukomplett læring. Disse tre situasjonene er situasjonell læring, fragmentert læring og opportunistisk læring og kan beskrives som følgende:

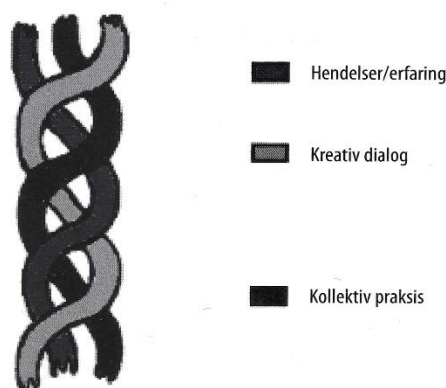
- Situasjonell læring er når en ansatt løser et problem med enkeltkretslæring som ved å improvisere en løsning og ikke rapportere dette videre til organisasjonen. Om ingen

refleksjon oppstår så vil ikke individets mentale modeller endres, og organisasjonen vil ikke kunne lære.

- Fragmentert læring er når et individ gjennomfører en dobbeltkretslæring, reflekterer over dette og endrer sine egne mentale modeller, men koblingen til organisasjonens mentale modeller ikke finnes. Den ansatte vil her endre sin egen praksis, men organisasjonen har ingen mulighet til å lære, og om den ansatte forlater organisasjonen så vil denne individuelle kunnskapen forsvinne da den ikke er knyttet til organisasjonens hukommelse gjennom nedfelte retningslinjer eller felles mentale modeller.
- Opportunistisk læring er når en organisasjon selv velger å endre de felles mentale modellene kun for noen grupper eller personer innad i organisasjonen. En årsak til dette kan være at det kan ta for lang tid å endre hele organisasjonens mentale modeller eller retningslinjer før en får innført noe nytt. (Kim, 1998, s. 55-57)

Aase og Wiig (2018) presenterer en noe enklere modell for organisasjonslæring som fokuserer på konseptet læring i en organisasjon. Deres beskrivelse av organisasjonslæring er: *«Enkelt forklart kan vi si at organisatorisk læring innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner og på tvers av organisasjonsgrenser»* (Aase og Wiig, 2018, s. 103).

Aase og Wiig (2018) bygger videre på Swart og Pye sin triple helix modell for organisasjonslæring som en sammensetning av tre elementer som danner sammenvevde akser, som vist i figur 3 under.



Figur 6.1. Trippel heliks-modellen. (Kilde: Swart & Pye, 2003.)

Figur 3: Swart og Pye's triple helix modell oversatt av Aase og Wiig (Aase og Wiig, 2018, s. 104)

Hendelseserfaring som er individuell kunnskap knyttet til erfaringer om en spesifikk hendelse, kreativ dialog som er aktiv refleksjon rundt beskrivelser av erfaringer både individuelt og kollektivt, og kollektiv praksis som handler om å følge opp det som kommer ut av den kreative dialogen gjennom individuell eller kollektiv endring av praksis ut fra hendelsene i saken (Aase og Wiig, 2018, s 103).

Ut fra Aase og Wiig sin forklaring er grunnlaget for en organisasjon sin læring en konkret hendelse som blir benyttet som utgangspunkt for en felles kreativ dialog rundt hendelsen. Denne kreative dialogen bør involvere andre ansatte for å innhente erfaringer både med denne type hendelse, men også med lignende hendelser. Gjennom denne kreative dialogen som bør inneholde refleksjon kan en få ny innsikt og komme frem til løsninger som kan bistå til å endre individuell eller kollektive praksis til noe bedre. Det skal også sies at de hevder at det ikke er vanlig at organisasjoner benytter alle tre søyler i modellen, vanligvis bare en eller to av disse (Aase og Wiig, 2018).

2.4 Accountability

«Accountability» er et begrep som kan være litt vanskelig å definere. På norsk kan det være nærliggende å definere «accountability» som ansvar, eller å stå til ansvar for noe en gjør eller ikke gjør, men flere definisjoner av «accountability» mener at ansvar kun er et aspekt av «accountability». Derfor har jeg i denne oppgaven valgt å benytte «accountability» for å beskrive begrepet som er sammensatt av flere aspekter.

2.4.1 Accountability som et relasjonelt begrep

Selve ordet «accountability» stammer ifølge en litteraturstudie om begrepet «accountability» av Bovens (2007) fra ordet account som igjen stammer fra ordet count, og oppsto fordi jordeiere måtte gi en telling av deres eiendommer til kongen i England på 1000 tallet. Det har som mange andre ord endret seg til å få en annen betydning enn den opprinnelige. Bovens (2007) tar utgangspunkt i en mer juridisk tolkning av «accountability», og beskriver den nåværende bruken av «accountability» mer som et konsept som innbefatter mange ulike betydninger alt etter hvordan det blir brukt. Han presenterer også «accountability» som at et

individ eller en gruppe må være «accountable» ovenfor noen, med andre ord så kan «accountability» sees på som en sosial relasjon mellom en eller flere aktører. (Bovens, 2007)

Mulgan (2000) går i en litteraturstudie mer i dybden på begrepet «accountability», og tar for seg fem ulike aspekter ved hvordan begrepet «accountability» brukes: ansvar, intern «accountability», kontroll, responsivitet og dialog. Med ansvar benyttes begrepet som en forståelse om at en kan holdes til ansvar for egne handlinger, eller fravær av handlinger. Med intern «accountability» benytter han en forståelse av at en føler et ansvar både ovenfor egne indre verdier, men også mot det han kaller profesjonell «accountability» som er de normer og verdier som holdes mellom like fagpersoner. Med kontroll forstår han hvordan begrepet blir brukt for å beskrive måter å holde overoppsyn og kontroll over organisasjoner. Begrepet «accountability» blir også forstått som et uttrykk for om en organisasjon responderer på press fra andre. Sist tar han for seg begrepet «accountability» brukt for dialog, der en må svare for det en gjør til noen og redegjøre for dette (Mulgan, 2000).

Power (2004) skiller i sin bok om risiko mellom det han kaller første- og andreordensrisiko. Hvor førsteordensrisiko er den risikoen som en spesifikk hendelse kan gi, mens andreordensrisiko er risikoen for at en selv kan bli holdt ansvarlig for feil som oppstår. Han skiller også til en viss grad mellom det at profesjoner er opplært til å jobbe med førsteordensrisiko som f.eks. å redusere risikoen for at en pasient får feil medisin, men ikke er like kjent med andreordensrisiko som kan sees på som f.eks. å redusere risiko for negative utfall mot seg selv etter en hendelse som at en pasient får feil medisin (Power, 2004).

Molander et al. (2012) gjorde en studie på teori omkring «accountability» ved delegering av diskresjonell makt til profesjoner i velferdsstaten i Norge. De har også en tolking av «accountability» som er ganske lik Bovens (2007) sitt begrep. En er ifølge Molander et al. (2012) «accountable» mot et forum eller en person som en må rettferdiggjøre sine handlinger ovenfor. De viser til følgende:

- a. *A is accountable to B if A has a duty to justify his judgements, decisions and actions to B.
A's duty to justify his judgements, decisions and actions stems from B's right to demand justification, thus:*

b. *A has a duty to justify his decisions, judgements and actions to B because B has a right to demand such justifications.*

(Molander et al., 2012, s. 220)

Molander et al. (2012) sier videre at «accountability» ikke bare er et begrep som innbefatter A og B, men at det må forstås som et begrep hvor en må svare for noe til noen, og at det må være en form for handling om en ikke gjør som en burde ha gjort, ellers så er «accountability» bare rapportering. De tar også opp det at diskresjon er en nødvendighet for å kunne vurdere behov for velferdsstøtte, men at for stor diskresjon kan gi problemer med likhet og rettigheter. Dermed forstår de begrepet «accountability» som noe som finnes på et spekter mellom diskresjon eller beslutningsfrihet og kontroll. De tar videre for seg fem ulike metoder som kan innvirke på ens «accountability» i valgene en tar: formative, støttende, motiverende, drøftende og deltagende (Molander et al., 2012).

Krautscheid (2014) ser i sin litteraturstudie nærmere på begrepet «accountability» for å finne en måte å beskrive hvordan dette påvirker sykepleierstudenter. Hennes definisjon blir:

«Professional nursing accountability will be defined as taking responsibility for one's nursing judgements, actions, and omissions as they relate to life-long learning, maintaining competency, and upholding both quality patient care outcomes and standards of the profession while being answerable to those who are influenced by one's nursing practice.» (Krautscheid, 2014, s. 4).

Denne definisjonen av Krautscheid (2014) er utformet med tanke på sykepleierstudenter, og ikke på yrkesaktive sykepleiere. Men grunnprinsippene rundt «accountability» vil være de samme for utdannede sykepleiere. I sin diskusjon for utformingen av definisjonen på «accountability» tar hun for seg tidligere forskning som har drøftet sammenhengen mellom ansvar og «accountability» da disse begrepene i tidligere litteratur har vært brukt litt om hverandre. Krautscheid sin definisjon inkluderer ansvar som en del av begrepet «accountability», men sier at «accountability» er mer enn bare ansvar. Studien beskriver også at en som helsepersonell er ansvarlig for å kunne svare til de som er påvirket at ens handlinger som sykepleier (Krautscheid,2014).

2.4.2 Profesjonell og Organisasjonell accountability

Halvorsen og Rivenes (2018) har i en artikkel om norske klinikers og lederes opplevelse av «accountability» etter at en pasient har tatt sitt eget liv tatt for seg tidligere teori om «accountability». De bruker en definisjon av «accountability» av Mulgan fra 2003 og viser fire ulike retninger som «accountability» tatt fra Mulgan sin definisjon av «accountability» i demokratier kan virke gjennom i sosiale relasjoner: Vertikal, horisontal, ekstern og intern.

- Vertikal «accountability» er hvordan organisasjoner er «accountable» for sine handlinger gjennom f.eks. åpne regnskap til befolkningen.
- Horisontal «accountability» beskriver de her som at en er «accountable» ovenfor sine likemenn og deres normer.
- Ekstern «accountability» er at en står til ansvar for en ekstern aktør som i Bovens (2007) forståelse av «accountability». Eksempler på dette kan være ulike tilsynsorgan som f.eks. fylkeslegen.
- Intern «accountability» beskriver hvordan en ser på seg selv som ansvarlig for sine egne handlinger eller fravær av handlinger (Mulgan (2003) gjengitt av Halvorsen og Rivenes (2018), s. 172).

Halvorsen og Rivenes (2018) deler disse fire retningene inn i to fenomener når de beskriver «accountability» i helsevesenet: profesjonell «accountability» og organisasjonell «accountability».

- Profesjonell «accountability» er en sammenfatning av intern og horisontal «accountability» og beskrives i deres artikkel som «accountability» ved at en liten og lukket krets av deltagere som føler tilhørighet til en yrkesgruppe som de identifiserer seg med vil føle seg «accountable» for å følge gruppens verdier. De vil dermed ha en ansvarsfølelse for den behandlingen de gir pasienten. De hevder også at slike felleskap kan også bidra til at gruppen lukker seg til en felles front mot ytre vurderinger som kan føre til redusert organisasjonell «accountability».
- Organisasjonell «accountability» er en sammenfatning av ekstern og vertikal «accountability», og beskriver hvordan organisasjonen reduserer individene i den organisasjonens rom for skjønnsutøvelse, ofte gjennom retningslinjer, regelverk og prosedyrer. Dette blir dermed et hierarkisk system hvor lederen ut fra sin plassering i

organisasjonen har makt til å beslutte hva de mulig mer faglig kompetente ansatte som jobber pasientnært skal gjøre. Det ideelle målet beskrives å være lik behandling for pasienter og forutsigbarhet. (Halvorsen og Rivenes, 2018 s. 172-173)

Halvorsen og Rivenes (2018) sier videre at i oppfølgingen etter et uventet selvmord så har klinikere større fokus på det som Power (2004) beskriver som førsteordensrisiko ved å fokusere på å unngå at en lignende hendelse kan skje igjen, mens lederne i større grad fokuserer på det som Power (2004) kaller annenordensrisiko ved å sikre at dokumentasjon er gjort, og retningslinjer er fulgt før gjennomgang av et ytre kontrollorgan. Med dette forstår de det som at klinikere er mer påvirket av profesjonell «accountability» mens ledelsen er mer påvirket av organisasjonell «accountability», selv om denne delingen ikke er helt rendyrket i realiteten. Både klinikere og leder gir uttrykk for at de påvirkes av både organisasjonell og profesjonell «accountability». Som eksempel på denne inndelingen, viser de til at ledere i etterkant av et uventet selvmord ønsket å gjennomføre en tverrfaglig gjennomgang så fort som mulig, samt å sikre at interkontrollsystemene ble gjennomgått slik at alt var gjort etter boken. Klinikere på den andre side ønsket heller at det skulle gå litt lengre tid til en gjennomgang for å få opplevelsen av selvmordet på avstand, da de uttrykte mer emosjonelle reaksjoner på hendelsen, og var mer opptatt av å søke råd og veiledning fra andre klinikere for å gjennomgå hendelsen uten spørsmål om skyld (Halvorsen og Rivenes, 2018).

2.4.3 Accountability for sykepleiere i et akuttmottak

For å kunne spisse begrepet «accountability» mer for min problemstilling, vil jeg også ta for meg to mer empirirettede artikler som tar for seg opplevelsen som sykepleiere har av «accountability» i et akuttmottak i England.

Rubio-Navarro et al. (2020a) sin definisjon av «accountability» er at «accountability» består av tre grener som er lov, profesjonell og etikk: *«Depending on the category of formal obligation, there are three branches of accountability: Legal, based on law; professional, based on professional codes of conduct; and etchical, based on moral principals and value»* (Rubio-Navarro et al., 2020a, s. 1).

I artikkelen hevder Rubio-Navarro et al. (2020a) at «accountability» er et subjektivt konsept som veksler mellom den individuelle sykepleieren og organisasjonen. Gjennom å utforske sykepleieres valg og prioriteringer f.eks. om hvilken pasient som skulle få medisiner først, så

beskriver de «accountability» som en syklus som veksler mellom sykepleier og organisasjonen. Sykepleierens valg vil påvirkes av profesjonell teoretisk og praktisk kunnskap som tilsier hvilken pasient som skal prioriteres først, hvor de mer ustabile pasientene stort sett blir prioritert. Organisasjonen påvirker «accountability» via retningslinjer, lover og regler, samt hvilke ressurser de stiller tilgjengelig som f.eks. antall sykepleiere på vakt. Når valget om hvilken pasient som først skal få medisiner er gjort så viser artikkelen at det kan være vanskelig å si om det er sykepleieren eller organisasjonen som er «accountable» for konsekvensene av dette valget (Rubio-Navarro et al., 2020a).

Videre beskriver de to ulike fenomen som overfører «accountability» fra sykepleier til organisasjonen, og fra organisasjonen til den individuelle sykepleieren.

Det ene fenomenet er basert på en hierarkisk delegering av ansvar, og beskrives som en fordeling av ansvar fra individet til organisasjonen via beslutninger tatt av ansatte med mer innflytelse. De beskriver disse innflytelsesrike ansatte som personer med erfaring og opplæring i konflikthåndtering som kunne redusere pasientens negative opplevelse og overbevise pasienter om at det var uunngåelig at pasientene som ble nedprioritert og ikke fikk medisiner til rett tid grunnet f.eks. stor pågang av pasienter og travle sykepleiere. Dette reduserte risikoen for klager fra pasienter og reduserte det juridiske aspektet av konsekvensene ved sykepleierens valg (Rubio-Navarro et al., 2020a).

Det andre fenomenet som Rubio-Navarro et al. (2020a) viser til overfører «accountability» fra organisasjonen og til individet er «*subjective contractual individual accountability*». Dette fenomenet beskriver at ansattes arbeid i et offentlig helsevesen er regulert av et kontraktfestet, juridisk og faglig nedfelt ansvar for hvordan de skal gjennomføre sitt arbeid, men at de likevel ikke bare styres av de regulerte kravene til arbeidet, men også av hva de selv føler de bør være «accountable» for. Som eksempel på dette fant Rubio-Navarro et al. (2020a) at sykepleiere jobbet overtid, eller droppet spisepausen om de følte dette var nødvendig eller om pasientene hadde behov for det. Studien viser også at organisasjonen gjennom press fikk sykepleieren til å føle skyld for ikke å holde liggetiden for sine pasienter i akuttmottaket under fire timer. Dette gjorde at sykepleieren følte seg individuelt «accountable» for å overholde disse tidsfristene, selv om muligheten til å gjøre noe med liggetid gjerne lå utenfor sykepleierens kontroll, og var mer styrt av faktorer i selve organisasjonen (Rubio-Navarro et al., 2020a).

I en annen artikkel av samme forfattere basert på samme data, beskriver de hvordan sykepleiere oppfatter sin «accountability» gjennom valg gjort i arbeidshverdagen. I denne artikkelen viser de at: «*...accountability can modify and is modified by care provisions, social interactions, decisions and values for both the nurse and the healthcare institution*» (Rubio-Navarro et al., 2020b, s. 6).

Med andre ord så er faktorene som påvirker «accountability» for sykepleiere i et akuttmottak sammensatte og komplekse. Artikkelen studerer sykepleieres valg og hvordan disse valgene kan si noe om deres tanker om «accountability», og finner tre grunnleggende faktorer for deres valg:

- Klinisk kunnskap, som er en kombinasjon av evidensbasert kunnskap og praktisk kunnskap ut fra erfaring.
 - Klinisk intuisjon, som er basert på kunnskap og tidligere erfaringer og er mer subjektiv.
 - Retningslinjer, som er en profesjonell og lovbestemt faktor for valg og mer objektiv.
- (Rubio-Navarro et al., 2020b)

Rubio-Navarro et al. (2020b) fant at de personlige verdiene som sykepleieren hadde ble hovedsakelig brukt som grunnlag for de beslutningene som sykepleieren tok, men om det var noen profesjonelle eller organisasjonelle verdier som sammenfalt med sykepleierens egne verdier så ble disse smeltet sammen med sykepleierens verdier. Når det gjelder lovbestemt og profesjonell «accountability» så finner artikkelen at mindre erfarne sykepleiere hadde andre syn på deres «accountability» enn mer erfarne sykepleiere. Der de mindre erfarne sykepleierne hadde direkte pasientansvar hadde de mer erfarne sykepleierne ofte et mer overordnet ansvar for pasientflyten. Både de mindre erfarne og de mer erfarne sykepleierne sa at de hadde pasientsikkerhet som sitt hovedfokus, men deres forståelse av hva de forsto som pasientsikkerhet var noe ulik. Og de mer erfarne sykepleierne brukte i større grad retningslinjer fremfor klinisk intuisjon for å støtte deres valg (Rubio-Navarro et al., 2020b).

2.5 Tillit

Ifølge Grimen (2009) så er tillit en form for relasjon som sier at det å ha tillit til noen er å handle med få forholdsregler (Grimen, 2009, s. 134) Han beskriver tillit som noe som eksisterer mellom en tillitsgiver og en tillitsmottaker. Ifølge Grimen så er det vanlig at om A stoler på B så er det ofte at:

1. *A overlater noe, X, til, eller har noe i, Bs varetekt en viss tid.*
2. *A overlater – alltid faktisk og av og til juridisk – skjønnsbasert makt over X til B, eller er i en situasjon hvor B har slik makt.*
3. *X er viktig for A*
4. *A forventer at:*
 - (a) *B ikke kommer til å gjøre noe som skader As interesser*
 - (b) *B er kompetent til å ivareta X i tråd med As interesser, og*
 - (c) *B rår over passende midler for å ivareta X i tråd med As interesser.*
5. *A tar få forholdsregler for å beskytte seg mot B.*

(Grimen, 2009, s. 20)

Grimen (2009) beskriver også at profesjoner kan ha en tillitskjede. Dette kan sies å være når flere ulike personer er avhengige av hverandres jobb for å oppnå et resultat. For denne oppgaven kan dette f.eks. forekomme ved at en lege bestemmer at en pasient trenger medisin og ordinerer denne, neste ledd er sykepleieren som tar legens ordinasjon og administrerer denne medisinen til pasienten, og at pasienten til slutt tar medisinen. Grimen (2009) ser på dette som en kjede hvor legen må ha tillit til at sykepleieren gir medisinen til pasienten, og at pasienten tar denne for at målet skal oppnås. Sykepleieren må stole på at legen har ordinert riktig medisin, og at pasienten faktisk tar medisinen som ble gitt. Når slike tillitskjeder er profesjonelle, er de ofte basert på tillitsgivers vurdering av andres kompetanse, og at de kan være tidseffektive så lenge kvaliteten er god. Tillitsgiver trenger rett og slett ikke å bruke tid på å dobbeltsjekke at de før og etter tillitsgiver i kjeden gjør som de skal. Det motsatte av tillitskjeder blir da kontrollkjeder hvor alt de andre gjør må sjekkes. Grimen (2009) sier også at det å oppnå en god balanse mellom tillit og kontroll kan være et problem i mange yrker (Grimen, 2009).

3.0 Metode

Da jeg ut fra min problemstilling ønsker å få en bedre forståelse av et fenomen, har jeg valgt å benytte meg av en kvalitativ metode fremfor en kvantitativ metode. Der en kvantitativ metode ifølge Jacobsen (2013) kan gi svar på spørsmål om årsak og virkning, er en kvalitativ metode ifølge Malterud (2021) mer egnet for å utforske betydning. Malterud (2021) sier at en ved å bruke kvalitativ metode bedre kan lære mer om, og få nyansert kunnskap om menneskelige erfaringer og adferd, som igjen øker vår forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2021, s. 31).

3.1 Design

Jeg har i denne studien valgt å benytte semistrukturerte intervju som metode for å innhente data. Ifølge Malterud (2021) er et semistrukturert intervju et dybdeintervju basert på en forhåndsutviklet intervjuguide i hensikt å besvare relevante tema for problemstillingen. Intervjuene ble gjennomført som det som Malterud (2021) definerer som individualintervju, hvor informantene ble intervjuet en av gangen. Malterud (2021) sier at slike intervju ofte velges når en skal gi informanten tid og rom til å gjengi egne erfaringer og tanker.

I forkant av intervjuene laget jeg en vignett med informasjon om prosjektet, og to pasienthendelser basert på egen erfaring og relevant teori om «workarounds». Denne vignetten ble sendt til informantene en uke i forkant av intervjuene (Vedlegg 1). Denne vignetten inneholdt også informasjon om hvordan data ville bli behandlet og bidrag anonymisert.

Intervjuguiden (Vedlegg 2) ble utformet ut fra de to pasienthendelsene i vignetten, hvor pasienthendelsene ble benyttet for å starte refleksjon rundt aktuelle tema, og som grunnlag for informantene til å dele egne erfaringer rundt lignende hendelser. Tre av intervjuene ble gjennomført hjemme hos meg selv i rolige omgivelser, ett av intervjuene ble gjennomført på Zoom da dette var noe informanten følte var mest praktisk. Alle intervju ble tatt opp på båndopptager, samtidig som jeg skrev en logg med penn og papir under intervjuene for å fange eventuelle viktige reaksjoner som ikke lot seg fange på lydopptageren.

Etter intervju nummer to, ble intervjuene lest gjennom og intervjuguiden ble tilpasset ut fra svarene de to første informantene ga, slik at ny intervjuguide (Vedlegg 3) ville gi mer informasjon om relevante tema. Som Malterud (2021) beskriver, er det viktig at en i møtet med felten er villig til å tilpasse seg de funn som kommer frem i data da dette kan gi en mer fokusert studie.

Som nevnt tidligere, laget jeg i forkant av intervju en vignett med to pasienthendelser som ble sendt til informantene i forkant av intervju (Vedlegg 1).

Hendelse 1 er basert på at sykepleier skal skrive ut en etikett og benytter en annen sykepleiers pålogging på PC for å gjøre dette. Denne bruken av en annens pålogging fremfor å bare legge til en skriver på den PC en har, beskriver en «workaround» og enkeltkretslæring. Sykepleier gjør her en «trade-off» mellom retningslinjer som skal ivareta personvern ved å bruke egen pålogging, og viktigheten av å sende prøven. Ut fra teori om «workarounds» så er dette en mindre «trade-off» da den har mindre risiko for en direkte negativ konsekvens for pasienten.

Hendelse 2 er mer sammensatt. Hendelsen her er beskrevet slik at sykepleier opplever et press for å få ting gjort, og for å få ledig rom til pasienter på venterommet. Dette beskriver tidspress som fra Debono et al. (2018). Den beskriver også en «workaround» som er benyttet av en lege ved muntlig ordinasjon, som igjen fører til konsekvenser ved at sykepleier ikke kan gjennomføre en riktig dobbeltkontroll i den elektroniske legemiddelkurven til pasienten. Dette fører til et hinder i arbeidsflyten for denne sykepleieren, som da benytter en egen «workaround» ved en muntlig dobbeltkontroll med kollega for å omgå dette hinderet i arbeidsflyten. Med andre ord en sekundær «workaround». Den initiale «workarounden» hadde også en konsekvens av at sykepleier ikke får lagt inn medisinene som er gitt i journalsystemet Metavision og overlater dette til neste vakt.

Hendelsene er bygd opp slik at hendelse 1 ut fra teorien burde bli vurdert som mer akseptabel av informantene, da denne har mindre risiko for negative konsekvenser for en pasient, siden retningslinjene som omgås her er på informasjonssikkerhet uten en klar direkte mulig konsekvens for pasienten. Hendelse 2 har et høyere potensiale for uønskede konsekvenser for pasienten grunnet omgåelse av retningslinjer for trygg legemiddelhåndtering.

Tanken bak vignetten var å kunne begynne refleksjonen til informantene angående tema i forkant av intervjuene, og kunne gjøre det lettere for informantene å dele tanker om «workarounds». Dette spesielt fordi spørsmål var knyttet til brudd på retningslinjer, og det kan potensielt være vanskelig for informantene å innrømme slike brudd.

3.2 Utvalg

Jeg valgte å intervju fire sykepleiere ved egen avdelingen i denne studien. Grunnlag for å velge egen avdeling var for det første at den var tilgjengelig, men også at egen erfaring fra avdelingen gjorde at jeg var kjent med at bruk av «workarounds» foregikk hyppig. Ved å velge informanter fra egen avdeling kunne jeg også spisse hendelsene i vignetten til å være nærmest mulig informantenes arbeidshverdag, og dermed lettere fremkalle refleksjoner.

Da teori om «workarounds» fra Tucker og Edmondson (2003) gir at «workarounds» forekommer hyppigere hos mer erfarne sykepleiere, valgte jeg å lage en liste over sykepleiere ved avdelingen som hadde to år eller mer erfaring som sykepleier ved akuttmottaket, og fem år eller mer total erfaring som sykepleier. Fra denne listen plukket jeg tilfeldig ut sju personer som ble forespurt om å delta. Av disse takket tre nei til å delta, og jeg sto igjen med fire kandidater som ble intervjuet. Hensikten med dette tilfeldige utvalget var å forsøke å redusere innvirkningen min egen kjennskap til ansatte kunne ha på seleksjon av informanter.

I Norge er alle akuttmottak underlagt de samme offentlige krav til kvalitet, og alle er underlagt de samme lov- og forskriftsfestede krav til tjenesten. Sykepleiere i norske akuttmottak er også likt utdannet. De har gjennomgått den samme nasjonalt standardiserte utdanningen for å kunne bli sykepleier. Dette gir at funn i min studie ved egen avdeling, kan ha overførbarhet til å få en forståelse for sykepleieres adferd ved andre akuttmottak. Teorien som ble benyttet for å lage vignetten baserte seg også på forskning på sykepleiere i andre vestlige land, som USA og Storbritannia, som til tross for noen forskjeller, kan sies å ha relativt like helsevesen og utdanningsinstitusjoner som i Norge.

Malterud (2021) gir at for et kvalitativt forskningsprosjekt, er det andre momenter som avgjør hvorvidt utvalget for data i studien er adekvat, utvalget bør velges slik at det kan gi et rikt og variert materiale av informasjon rettet mot problemstillingen. Da denne studien var ute etter å gi mer dybdeforståelse for et fenomen og ikke hvor vanlig «workarounds» ble

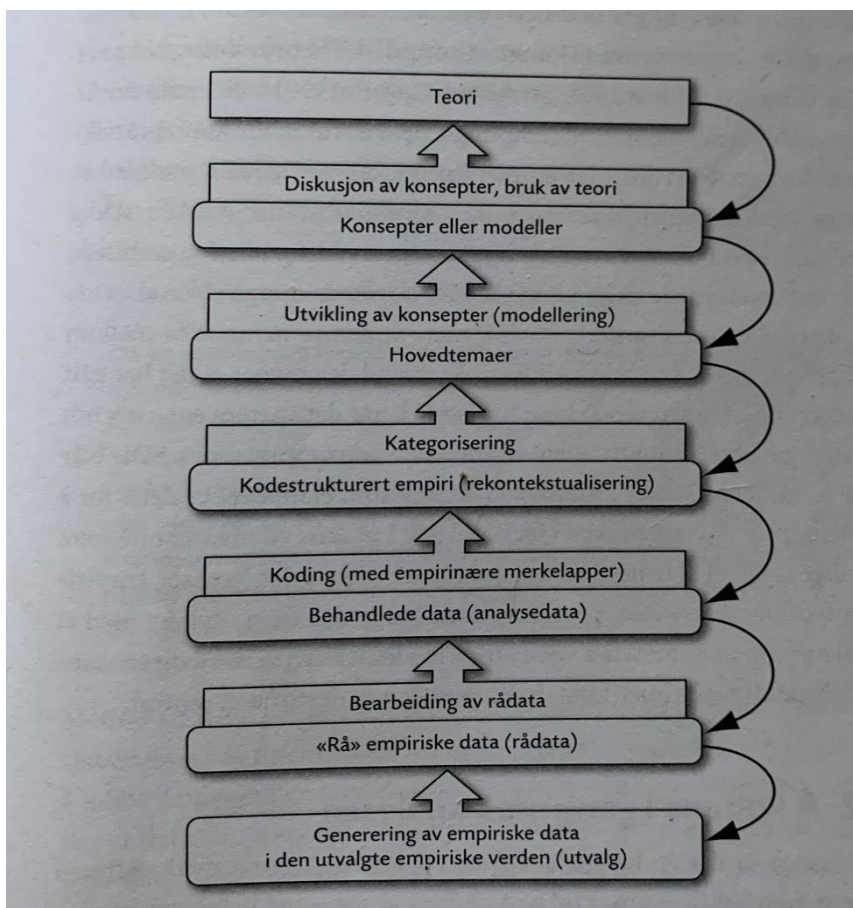
brukt vurderte jeg at det ikke var nødvendig med en stor mengde informanter. Gjennom utarbeidelse av vignett basert på tidligere forskning som et fokuspunkt for intervju, fikk jeg en relativt stor mengde relevant data for problemstillingen ut av kun fire intervjuer, som kan passe overens med det Malterud (2021) sier om at en ved et større teoretisk forarbeid og spisset analyse kan få en god validitet ut fra et mindre datamateriale, da datamaterialet kan ha større informasjonsstyrke (Malterud, 2021).

3.3 Databehandling og analyse

Ved å transkribere intervju så oversetter en data fra tale til skriftlig språk. En må gå ut fra at all informasjon som kommer frem i samspillet mellom informant og intervjuer ikke kommer med i selve transkriberingen (Kvale og Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2015) beskriver en transkripsjon som en tolking av materiale fra muntlig form til skriftlig form, hvor en mister informasjon som kroppsspråk og intonasjon i tolkningen. Dermed er transkripsjonen en svekket og dekontekstualisert representasjon av det som hendte (Kvale og Brinkmann, 2021, s.205).

I den gjennomførte transkripsjonen har jeg dermed valgt å transkribere intervjuene med fokus på det som informantene sier mer eller mindre ordrett, og ikke nødvendigvis fokusere like mye på adferd og nonverbal kommunikasjon. Lydmalende ord er tatt med da disse uttrykker nødvendig informasjon for å gi selve setningene mening. Deler av setninger er dog endret noe fra det muntlige slik at de gir mer mening på et skriftspråk, samt at dialekter er skrevet om til bokmål. Dette for å gjøre det lettere å holde intervjuobjektene anonyme, da de med et lite utvalg lettere kan identifiseres ut fra dialekt. Disse transkripsjonene er det som Tjora (2012) kaller analysedata.

I denne oppgaven har jeg benyttet en stegvis deduktiv-induktiv metode, heretter kalt SDI metode, for å analysere data. Tjora (2012) beskriver SDI metoden som en prosess hvor en arbeider stegvis med å jobbe ut fra data mot teori som han definerer som induktiv, men også fra teori og mot data som han beskriver som deduktiv. Prosessen som vises på figur 4 beskrives av Tjora (2012) som en lineær prosess, selv om han også sier at man i realiteten ikke nødvendigvis er like tvunget til den lineære prosessen og arbeider i ulike ledd av prosessen samtidig.



Figur 4: SDI modell. (Tjora, 2012, s. 175)

I mine intervju ble det hentet inn relativt store mengder relevante data. For å kunne analysere denne teksten så valgte jeg ut fra SDI metoden å benytte tekstnær koding som metode for å behandle data. Koding kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015) forstås som en prosess hvor man knytter deler av teksten til nøkkelord slik at disse kan inndeles for videre analyse. Kvale og Brinkmann (2015) nevner dog at det også er en viss uenighet om hvorvidt bruk av koding er riktig da en ved bruk av koding reduserer selve teksten og dens mening til enkeltutdrag som en selv tar ut. Dette kan gjøre at en mister verdifull kunnskap fordi dette selekteres bort i kodeprosessen. Men for SDI Metoden så beskriver Tjora (2012) at tekstnær koding er vesentlig for å kunne påbegynne analyseprosessen.

Ifølge Tjora (2012) er det viktig at kodene som lages er mest mulig empirinære for at disse skal kunne si noe om hva informantene uttrykker, og at en skal motstå impulsen til å kategorisere i dette stadiet av analysen. Jeg valgte derfor å lage disse kodene så nærme det

informantene ga uttrykk for, uten noe forsøk til å kategorisere kodene. Dette ga en stor mengde nyanserte koder hvor flere var lignende, men få av disse var helt like og enkle å kategorisere. Mine mange koder måtte dermed inndeles i tema, ut fra det Tjora (2012) kaller kategorisering. I min inndeling i hovedtema valgte jeg å dele kodene inn i fem ulike tema med tilhørende undertema, men i videre analyseprosess tok jeg kun med tre av disse hovedtemaene: oppgitt årsak til «workarounds», følelser om bruk av «workarounds» og læring.

I den videre analysen av data ble det klart for meg at store deler av det som ble beskrevet av informantene under hovedtema følelser, ble vanskelig å forstå og gruppere ut fra kun teori om læring og «workarounds», og etter samtale med veileder, ble begrepet «accountability» tatt inn i analysen for å bedre kunne forstå det informantene sa om følelser de hadde rundt «workarounds».

I enhver analyse er det viktig å være bevisst på at det en gjengir er en fortolkning av virkeligheten. Jeg har benyttet meg av hermeneutisk fortolkingsprinsipp i analyse av dette temaet. Som Bukve (2021) beskriver, kan hermeneutisk fortolkingsprinsipp sees på som en prosess hvor en går opp fra empiri mot teori, og nedover fra teori til empiri i spiraler for å fortolke mening i teksten en analyserer. Dette sammenfaller med prosessen i SDI metoden hvor en jobber induktivt fra empiri til teori, og deduktivt fra teori mot empiri. I analyseprosessen min har jeg først jobbet induktivt ved å lage tekstnære koder, men deretter deduktivt ved å gruppere disse i tema ut fra teori, for igjen å jobbe induktivt med å finne underliggende årsaker til at informantene benytter «workarounds», for til slutt å jobbe deduktivt med å analysere disse ut fra teori.

Der Tjora (2012) fremhever at en i SDI metoden har som mål å komme frem til konsepter eller teori, har jeg i denne oppgaven valgt å ikke utvikle et nytt konsept, men heller få en mer nyansert forståelse av hvordan «workarounds» kan forstås. Ved å deduktivt benytte teori om «accountability», «workarounds», resiliens og organisasjonslæring, har jeg analysert empiri fra informantene for å få et mer nyansert perspektiv på hvorfor de benytter handlinger som «workarounds», og hvordan dette påvirker organisasjonslæringen. Det endelige målet for SDI metoden som Tjora (2012) mener er å skape ny teori, er kanskje litt for ambisiøst for et såpass begrenset prosjekt som en masteroppgave. Jeg har derfor har som mål i denne studien valgt å få mer kunnskap om temaet fremfor å utvikle ny teori.

3.4 Egen forforståelse

Som min kilde til datainnsamling har jeg valgt semistrukturerte intervju for å innhente kvalitativ forståelse omkring sykepleieres bruk av «workarounds» i arbeidshverdagen. Som en del av forståelsen rundt disse intervjuene, er det viktig å forstå hvordan jeg selv påvirker intervjuet, siden jeg har en relasjon som en kollega til intervjuobjektene. Dette kan gjøre at informantene kan føle at det er vanskelig å innrømme mer sensitive ting, som for eksempel feil de har gjort, til meg. Som et forsøk for å korrigere for dette, har jeg basert intervju på oppdiktete hendelser som en mulighet til å fremkalle refleksjoner om mer hypotetiske hendelser.

Min felles fagbakgrunn med intervjuobjektene kan gjøre at jeg kan kanskje gå glipp av forklarende detaljer som kan gi forståelse for tema, siden objektene vil anta at jeg har forståelse for faguttrykk samt situasjonen på egen arbeidsplass.

Jeg har også en forutforståelse for hva en «workaround» er basert på tidligere forskning, dette gjør at jeg kanskje kan ekskludere andre forklaringer som ikke passer med denne forståelsen. Jeg har også laget pasienthendelser ut fra denne forskningen og egne erfaringer. Dermed kan en si at mitt eget konstrukt er sentralt i intervjuprosessen og kan påvirke datainnsamlingen.

3.5 Ethiske aspekt

Forskning på mennesker kan føre til at informantene gir informasjon til forskeren som de opplever som sensitivt og ikke ønsker at skal komme ut. Ifølge Malterud (2021) er det ekstra viktig å være bevisst på dette når en forsker på egne kollegaer. Når en forsker på kolleger, kan rollene bli vanskeligere å skille og informantene kan føle at de har en kollegial samtale og ikke et forskningsintervju. Dette kan gjøre at de deler informasjon som de i etterkant ikke ønsker at skal deles med andre.

Et moment som kunne vært gjort for å sikre enda bedre at informantene ikke føler at de blir utlevert, kunne ha vært å sende ferdig transkripsjon til informantene for gjennomgang slik at de kunne se om de følte at innholdet var representativt for samtalen. Dette ble dog ikke

gjennomført da data ble anonymisert og innholdet i intervjuene ikke var av spesielt personlig sensitiv karakter.

I vignetten som ble utsendt til informantene ble det beskrevet for informantene at deres bidrag ville bli anonymisert og endret slik at de ikke kunne kjennes igjen, og at dersom de ønsket det, ville deres bidrag bli fjernet fra studien. Sitater fra informantene i kapitlet om funn og diskusjoner blir beskrevet med kjønnsnøytrale pronomen da min problemstilling ikke har som utgangspunkt at det skal være kjønnsforskjell mellom menn og kvinner.

I begynnelsen av hvert gjennomførte intervju ble informasjon om anonymisering av informantens bidrag, mulighet for å trekke seg fra studien og hvordan data skulle brukes gjentatt. Alle deltagerne ønsket fortsatt å delta i studien. I skrivende stund har ingen av deltagerne tatt kontakt for å få fjernet sitt bidrag.

3.6 Kritikk av metode

I utførelse av denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av en relativt strukturert metode for å komme frem til relevant informasjon fra informantene. Intervjuene har blitt gjennomført med basis i en vignett basert på tidligere forskning om «workarounds», og informantenes refleksjoner har i stor grad vært basert på denne vignetten. Jeg mener at dette har gitt mye relevant og spisset informasjon om temaet jeg ønsket å lære mer om. Ulempen med et slikt strukturert design kan være at jo mer strukturert en legger designet, jo større er sannsynligheten for at en kan gå glipp av kunnskap som faller utenfor den strukturen som jeg har valgt. Slik kunnskap kan også bidra til å belyse tema og gi ny innsikt som ikke er dekket av forutgående teori.

Studien er også gjennomført på en liten gruppe informanter ved kun en avdeling, og det kan ikke utelukkes at ved å intervju flere informanter ved andre sykehus så kan det komme frem andre nyanser som kan bidra til å belyse problemstillingen.

4. Funn og analyse

Dette kapittelet har jeg valgt å dele inn i to hoveddeler.

I den første delen vil jeg presentere funn fra mine intervjuer som tar for seg årsakene mine informanter uttrykte til at de benyttet «workarounds» og analyserer disse årsakene ut fra teori jeg har presentert i teorikapittelet. Jeg vil i denne delen se på de mer overflatiske årsakene som informantene oppgir til bruk av «workarounds», og hvordan jeg ut fra min valgte teori kan tolke de noen av de underliggende årsakene til at de benytter «workarounds».

I den andre delen av kapittelet vil jeg presentere funn fra intervjuene mine som kan gi forståelse av hvordan informantenes bruk av «workarounds» kan ha innvirkning på organisasjonens læring, og analysere informantenes utsagn ut fra relevant teori presentert tidligere i oppgaven.

4.1 Hvorfor benytter sykepleiere «workarounds»?

4.1.1 Det tar for lang tid

Alle informanter beskriver at de selv har brukt lignende løsninger som den som hendelse 1, beskrevet i vignetten som ble sendt ut. Det var flere årsaker som de oppga til at de hadde gjort en slik «workaround», men den årsaken som alle oppga var at det tok for lang tid. Informantene beskrev at det tok for lang tid å logge seg av og på, noe som kunne gå utover andre pasienter, men også at det tok for lang tid å fikse det underliggende problemet. Som en informant sier når hen forklarer hvorfor hen bruker en annens pålogging for å skrive ut etiketter: *«En kunne brukt mere tid på å lagt til en skriver og sånne ting, men du vet like godt som meg at det...ja...det gjør vi...det tar for mye tid. Vi skal bare fikse noe...(Knipser) kjapt. Det er en etikett og så var du ferdig med det»*. En av informantene reflekterte likevel over at bruk av «workaround» knyttet til manglende etikettskriver, kunne ta mer tid i lengden enn det ville gjøre å utbedre problemet. *«Så ja. Så sånn i lengden, så det er bare en quickfix der og da, men i lengden så hjelper det jo ikke meg. Hvis jeg skal fortsette å være pålogget Metavisiontrallen som ikke skriver ut»*.

Utsagn som informantene gir om at de benytter «workarounds» fordi de ikke har tid, kan forstås som at de rett og slett har høyt arbeidspress og dermed må velge å benytte en «workaround» for å rekke de arbeidsoppgavene de skal gjøre gjennom arbeidsdagen. Men som det siste sitatet i avsnittet over kan tolkes, er informanten klar over at bruk av det som informanten kaller en «quickfix», hvor en ikke løser det underliggende problemet, bare vil kreve mer tid i lengden.

Når informantene sier at de ikke har tid, samstemmer det med Debono et al. (2018) i sine funn beskriver som tidseffektivitet som en årsak til sykepleieres bruk av «workarounds» for å spare tid. Tucker og Edmondson (2003) beskriver også dette fenomenet som at sykepleierne kan være underlagt høyt arbeidspress for å være kostnadseffektive, og at de derfor ikke har tid til å gjennomføre problemløsning. Og informantene sier jo at de ikke har tid til å finne løsninger. På den andre siden mener jeg at årsaken til bruk av «workaround» for å skrive ut en etikett også kan forstås gjennom det som Debono et al. (2018) kaller kontekstuelle begrensninger. Det er rett og slett ikke fungerende skrivere.

Ut fra definisjonen av Wiig et al. (2020) om at resiliente helsearbeider har en iboende tilpasningsevne til krav, vil jeg tolke informantens utsagn om bruk av «workarounds» fordi de ikke har tid som et aspekt av resiliens. Ut fra Wiig et al. (2020) sin definisjon så prøver bare informanten å tilpasse seg systemet, slik at hen får skrevet ut etiketten og gjort jobben sin. Om en sykepleier ikke har tid til å løse problemet så er det jo lite gunstig om pasienter ikke får behandling fordi en datamaskin ikke har installert riktig skriver. Det viktigste er kanskje da at pasienten får medisinen sin, ikke at sykepleier bruker tiden sin på å reparere skriveren. Når informantene sier at de bruker andres pålogging for å skrive ut en etikett så viser ingen av informantenes utsagn noen tegn på det som Berg og Aase (2019) kaller forståelse som en karakteristikk for resilient adferd. Informanten bare skriver ut en etikett fordi hen skal fikse noe kjapt. Selve handlingen å skrive ut etiketten kan jo sees på som en tilpasning som Berg og Aase (2019) beskriver, men ikke som forståelse da informantene ikke uttrykker dette. På den andre side så kan utsagn som den ene informanten kommer med om at en «quickfix» tar mer tid i lengden, men at den likevel benyttes tolkes som forståelse for situasjonen, men at informanten rett og slett ikke har tid der og da til å gjøre noe med problemet. Om det ikke er tid til å løse det underliggende problemet så mener jeg derfor at

det å skrive ut en etikett på en annens pålogging kan sees på som et uttrykk for resiliens. Dette viser det som Berg og Aase (2019) sier er karakteristikker på resiliens i form av: En forventning som å forutse at skriveren ikke vil fungere, en forståelse av hvor mye tid en har til rådighet til å fikse en skriver, en «trade-off» som tilsier at en heller bryter regelverket enn å kunne følge det for gjøre det som informantene ser på som en viktigere handling, og en praktisk tilpasning som rett og slett er å spørre en annen sykepleier om tillatelse til å skrive ut fra deres pålogging.

Når det gjelder muntlige ordinasjoner og muntlige dobbeltkontroller så ble også mangel på tid brukt som en hyppig forklaring fra informantene om hvorfor de gjorde slike «workarounds». Selv om informantene ikke var helt fornøyde med at legene ikke la inn medisiner i den elektroniske kurven, hadde de til en viss grad forståelse for at legen også ikke hadde tid til dette. En av informantene sa: *«Ja, det er jo ikke. Det er ikke det jeg er lært opp til, men de har ikke, og du kan hende du ringer igjen. Kan du legge det inn? Nei da, de har jo ikke tid, ikke sant? Det gjør mye annet så. Så. Så sånn blir det.»*

Denne forståelsen var likevel kun rettet mot overleger og LIS2, mens de hadde mindre forståelse for at LIS1 ikke skulle ha mulighet til dette. Dette forklarte de med at overlegene og LIS2 gikk rundt og hadde mange pasienter de hadde ansvaret for, mens informantene mente at LIS1 ikke hadde så mange pasienter og at de uansett ofte satt foran en PC. Dermed vil jeg forstå dette som et aspekt av lagorientering, som Debono et al. (2018) fant som en årsak til «workarounds». Informantene ville ikke plage de legene de mente hadde det for travelt til å legge in medisinene.

4.1.2 Systemet fungerer ikke/Aksept.

Alle informantene beskriver også på ulike måter en anerkjennelse av at systemet ikke fungerer, og at de ikke forventer at det skal gjøre det til enhver tid. Informantene beskriver det å omgå hinder i arbeidsflyten ved hjelp av «workarounds» mer som forventet del av arbeidshverdagen, og at siden retningslinjer og system ofte er gjeldende for hele sykehuset så vil de ikke passe overalt.

Et godt eksempel på hvordan informantene har vent seg til et system som ikke fungerer, er når informantene svarer på om de spør legen om råd hvis de er usikre på om hvordan et medikament skal gis. Noen av informantene oppgir at når legene legger inn medisiner i den

elektroniske kurven, stemmer ikke ordinasjonen med hvordan medisinen faktisk skal gis. Dette kan bidra til at sykepleierne er vant til at de selv må finne ut av hvordan en medisin administreres, og med dette overstyre legens «gale» ordinasjon. En av de beskriver at når hen får en slik ordinasjon, bare endrer hen legens ordinasjon og gir det som det skal gis. Som hen sier: *«Der kunne jo jeg vært flinkere og prøvd å endre det, eller ringt og fått de til å endre det, men om pasienten får 10 ml i stedet for de 100, altså det er der, ja..... Så ja, så vet jeg jo at det er feil. Men eehhh, man tenker... ja, akkurat det er ikke relevant her, så da gjør jeg det sånn her»*. Andre av informantene sier i tillegg at legen ofte ikke vet hvordan legemidler administreres, og at når de tidligere har spurt legen om hvordan en medisin skal gis så får de lite hjelp. Som en av informantene sier: *«Men ofte, eller som regel, så vet de jo sikkert det, men det er ikke alltid de vet. Hva skal jeg si. Hvor fort ting, eller skal gå. Jeg føler ofte at de sier ring sykepleier på post fordi de vet det, ikke sant?»*.

Måten informantene uttrykker seg på om at legene har feil maler for hvordan medisiner gis, og at legen selv ofte ikke vet hvordan medisiner skal gis, vil jeg tolke som at informantene er vant til å ta ansvar for administreringen av medisinene. Der hvor retningslinjene og lovverket tilsier at det er legen som har ansvaret for å ordinere korrekt, så viser informantenes beskrivelser av denne prosessen at dette ansvaret i mange tilfeller tas av sykepleiere. En forklaring på hvorfor legene ikke vet hvordan medisinene gis, og at malene er gale, kan være det som Hollnagel et al. (2015) beskriver som økende kompleksitet i organisasjoner. Denne økende kompleksiteten er en årsak til at det er vanskelig å få rutiner tilpasset til enhver situasjon. Der et stort helseforetak har rutiner tilpasset helheten, vil det være behov for tilpasning av organisasjonens rutiner på lavere nivå. Informantene her beskriver at WAI i form av lovgivning og malene som legene har for å gi medisiner, ikke stemmer overens med WAD i form av hvordan medisinene gis og hvem som egentlig bestemmer hvordan medisinene gis.

Når informantene her aksepterer at systemene ikke er tilpasset deres arbeidshverdag, og benytter «workarounds» for å kunne gjennomføre arbeidet, så er dette et uttrykk for resiliens. De tetter gapet mellom WAI og WAD med sine «workarounds». Debono et al. (2018) påstår at en «workaround» er et uttrykk for resiliens i praksis, dermed kan da en «workaround» som det å endre ordinasjonen til legen for å kunne gi medisin til pasienten sees på som et uttrykk for resiliens. Jeg vil også forstå dette som en følge av det Tucker og

Edmondson (2003) beskriver som en ansvarliggjøring av sykepleierne for å øke kvaliteten. Sykepleierne har her fått større ansvar for å løse problemene, men de er også frakoblet fra løsningen.

Informantene gir ofte uttrykk for at de er misfornøyde med at retningslinjene ikke er tilpasset hverdagen, men de gir samtidig et uttrykk for en aksept for at dette bare er sånn det må være. Informantenes aksept av «workarounds» og den utstrakte bruken av andres pålogging, muntlige ordinasjoner samt muntlig dobbeltkontroll beskriver at det er et stort spenn mellom WAI og WAD. Det at en informant oppgir at de ikke har bemanning til en ordentlig dobbeltkontroll slik det er tiltenkt, og en annen informant sier at systemet er tiltenkt for sengepost hvor de har pasienter liggende lenge og kan legge opp medisiner i forkant, beskriver ulike aspekter av hvordan WAI som retningslinjer for sykehuset ikke passer til den WAD som er realiteten i akuttmottaket.

Der WAI i form av retningslinjer sier at det er tillatt å benytte muntlige ordinasjoner der det haster, men at sykepleieren skal dobbeltkontrollere og få signatur i elektronisk kurve på denne dobbeltkontrollen av en annen sykepleier, har sykepleierne begynt å gjennomføre sin dobbeltkontroll muntlig seg imellom på grunn av den sekundære konsekvensen at det ikke er noen medisin ordinert i den elektroniske kurven å dobbeltkontrollere mot. Dette er en «workaround» som kan tyde på resiliens om en forstår det slik at grunnet lav bemanning og høy arbeidsbelastning, så er det ikke mulig for sykepleierne å gjennomføre en adekvat dobbeltkontroll av legemidlene, men for å gjenopprette en naturlig balanse ved at de faktisk kan gi medisiner til pasientene, har de da kommet opp med en «workaround» for å løse dette. Det tveeggede sverdet av en «workaround» som Debono og Braithwaite (2015) beskriver, vil da sette organisasjonen bedre i stand til å utføre sin grunnfunksjon som er å behandle pasienter, men det kan bidra til at en dysfunksjonell og lav bemanning opprettholdes da pasientene jo får medisinene sine.

Ut fra Debono & Braithwaite (2015) sin forståelse av ulemper ved kollektiv adaptasjon av «workarounds» så vil dette medføre en økt risiko for feil, da nyansatte på avdelingen ikke kjenner til disse uformelle rutinene om at det benyttes «workarounds» ved muntlig dobbeltkontroll av medisiner. Informantene sier også at det kan være vanskelig å lære opp nye ansatte til å gjøre ting på en måte som er etter retningslinjene, når det i virkeligheten gjøres på en helt annen måte enn de nyansatte læres opp til. Men informantene sier at så

lenge de nyansatte har fått opplæring ut fra hva som er riktig å gjøre, så får de selv velge om de vil benytte «workarounds». Jeg vil dermed hevde at en slik praksis bare øker risikoen for feil, da de nyansatte læres opp til WAI, mens WAD som vil møte de etter opplæringen er ferdig vil skille seg mye fra WAI.

4.1.3 Det er jo til det beste for pasienten

Alle informantene sier at de benytter muntlige ordinasjoner og muntlig dobbeltkontroll for pasientens del, fordi informantene opplever det som viktig å kunne gi behandling, eller smertelindring raskt. Det kommer også frem at informantene mener at om de ikke hadde godtatt bruk av muntlig ordinasjon, så ville det ha fått negative konsekvenser for pasienten i form av smerter eller forsinket oppstart av behandling. Som en av informantene sier: *«Ja, det er jo mitt ansvar når jeg står for det, der. Så tenker jeg at det er jo. Det velger jeg jo som du sier hvis jeg hadde valgt å ikke, hvis ikke jeg tenkte jeg ville ansvaret, så tenker jeg at da hadde jeg ventet til den der. For å se hva jeg sier, skriftlige ordineringsen forelå da. At jeg tenker nei da får pasienten ligger der i smerter da, men jeg tør ikke å ta det ansvar for det jeg gir.»*

Sitatet over må sies å uttrykke ganske sterkt at informanten føler at det riktige er å ta ansvaret for en muntlig ordinasjon, og at en gjør noe feil om en ikke «tør» å gjøre det. Som det presenteres av informanten så kan det virke som det eneste alternativet til å bruke en «workaround» for å gi medisiner, er at pasienten må fortsette å ligge der i smerter.

Informanten uttrykker at det er til pasientens beste at den skal få smertestillende, og da står informanten selv for dette ansvaret. Jeg vil også tolke dette utsagnet som at informanten uttrykker ikke bare egne verdier med at det er riktig å handle, men også en form for vurdering av hva andre bør gjøre.

En måte å beskrive dette på er som Tucker og Edmondson (2003) sier at helsepersonell har en uskreven norm som oppfordrer de til å ta personlig ansvar for å løse problemer i hverdagen, og at de ikke deler løsningene med andre, eller skaper oppmerksomhet rundt mindre effektive prosesser. Dette passer delvis med mine funn. Selv om informantene i denne studien tok lignende ansvar som i sitatet over, så delte de løsningene åpent seg imellom. En av de ga til og med uttrykk for at hen ville bli sett, og ikke holde på i det skjulte. Dermed er det kanskje litt forenklet å legge ansvaret for at slike løsninger ikke deles på

sykepleierne uskrevne normer. Informantene ga uttrykk for at dette var noe de ville ha oppmerksomhet rundt.

Jeg tolker informantens utsagn om at det riktige er å tørre å gi medisiner på en muntlig ordinasjon som et uttrykk for det Mulgan (2003) kaller intern «accountability». Informanten er ansvarlig for konsekvensen en mangel på handling ved å ikke bryte retningslinjene kan få for pasienten. Molander et al. (2012) sier at «accountability» er et relasjonelt begrep, og dermed så vil jeg her si at i relasjonen mellom sykepleier og pasient så finnes det kanskje en «accountability» hvor sykepleieren må stå til ansvar for pasienten. Om sykepleieren da ikke vil gi smertestillende fordi hen ikke «tør» å bryte retningslinjene, kan det gjøre det vanskelig for informanten å stå og se på at pasienten har smerter, mens hen jo har en mulighet til å lindre disse bare informanten bryter reglene litt. Krautscheid (2014) sin definisjon på «accountability» indikerer også at for en sykepleier så er en «accountable» overfor de som blir påvirket av ens utøvelse av sykepleie, og dette vil jo først og fremst være pasienten. Som Halvorsen og Rivenes (2018) fant så hadde klinikerne en mer personlig tilknytning til sine pasienter, dette kan også forklare hvorfor en sykepleier føler sterkere «accountability» mot pasienten enn mot organisasjonen. Jeg vil også tolke det slik at når informanten sier at om du ikke tør å ta ansvar så får pasienten bare ligge der i smerter, så uttrykker hen som jeg nevnte tidligere noe mer enn bare egne verdier. Informanten uttrykker også en form for vurdering av hva andre burde tørre å gjøre, nemlig å ta dette ansvaret så pasientens smerter lindres. Et slikt uttrykk for hva andre sykepleiere bør gjøre kan forstås som en annen side av det som Halvorsen og Rivenes (2018) beskriver som profesjonell «accountability». Et menneske som føler tilhørighet til en bestemt yrkesgruppe som mine informanter gjør til yrkesgruppen sykepleiere vil også føle at de må stå til ansvar overfor sine kolleger. Sykepleieren må ikke bare kunne svare til pasienten hvorfor hen ikke tør å gi pasienten smertestillende, men sykepleieren må også svare til sine kolleger og likesinnede om hvorfor hen ikke tør å gi smertelindring til pasienten som trenger det.

En forståelse av profesjonell «accountability» både som intern og vertikal «accountability» som jeg beskriver i forrige avsnitt, passer også med det Rubio-Navarro et al. (2020b) sier om at «accountability» blir påvirket av sosiale interaksjoner. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er også en sosial relasjon, det samme er de horisontale relasjonene mellom personer i samme yrkesgruppe. Ut fra det som Rubio-Navarro et al. (2020a) hevder om at det er tre

hovedgrener ved «accountability» for en sykepleier som er lov, profesjonell og etikk, kan det her virke som om disse opptrer motstridende og at informanten selv må velge hvilken som skal vektlegges. Dermed vil jeg si at når informanten uttrykker at det er riktig å gi behandling for å lindre smerte, selv om dette bryter retningslinjene så beskriver det at informanten følger mer etikk eller profesjonell «accountability» ved at hen gir en behandling til pasienten og ofrer det som gir lovmessig ryggdekning ved å følge retningslinjene. Dette får meg til å tro at i vurderingen av hvilke mål som skal ofres med «trade-off» så er pasientens behov en viktig faktor som ble sett på som et høyere mål enn informantens egen trygghet ved å følge prosedyrer. Dette passer med det som Rubio-Navarro et al. (2020a) fant om at det var en forskjell på hva organisasjonen mente sykepleiere var «accountable» for, og hva sykepleieren selv følte seg «accountable» for. Her uttrykker informanten at hen føler seg «accountable» for å gi smertelindring til pasienten.

4.1.4 Når de har ligget lenge, så har noe endret seg

Alle informantene gir uttrykk for at de synes det er vanskeligere å akseptere at legen benytter muntlige ordinasjoner når de opplever at det ikke haster like mye for pasienten å få medisin. I denne sammenheng beskrives bruk av muntlige ordinasjoner med mer negative uttrykk som: et økende problem, uvane, ukultur, og de gir uttrykk for at det mangler retningslinjer på dette. En av informantene sier: *«Vi kan ikke drive brannslukking hele tiden. Jeg tenker den første delen, det er litt mer sånn, det er litt sånn akutt, ok da må vi komme i gang med noe behandling så pasienten får det bedre. Så kommer det en LIS1, pasienten har ligget der i halvannen time. Og så skal du fortsette å holde på sånn?»* Sykepleierne er noe delt i hva de føler er akseptabelt eller ikke ved bruk av muntlig ordinasjoner. Noen av informantene mente at retningslinjene gir tillatelse til å benytte muntlige ordinasjoner for legene når det var akutt, men retningslinjene spesifiserte ikke nødvendigvis hva som var akutt eller ikke. Dette gir rom for subjektive vurderinger om når en muntlig forordning skal benyttes.

Det at informantene ga uttrykk for mer frustrasjon rundt bruk av muntlige ordinasjoner når pasienten hadde ligget lenge i akuttmottaket var påfallende i intervjuene. De mente at om pasienten hadde ligget i en og en halv time så var situasjonen annerledes enn når en pasient akkurat hadde ankommet akuttmottaket. Jeg forstår informantenes utsagn om dette som at en pasient som hadde ligget lenge også hadde en mer avklart diagnose, og at om en pasient

hadde ligget lenge i mottaket var det mindre sannsynlig at pasienten hadde behov for å starte behandlingen raskt. Dette ville i så fall ha blitt startet tidligere.

Dette eksemplifiserer hvordan sykepleiers faglige vurdering spiller en rolle når de velger om de skal bruke en «workaround» eller ikke. Som vist tidligere, ga ikke informantene uttrykk for motvilje, snarere en nødvendighet av å benytte muntlig ordinasjon og muntlig dobbeltkontroll når pasienten kom inn og hadde pustevansker, sterke smerter eller sepsis som var tilstander som informantene nevnte som akutte tilstander. Jeg tolker dette som at informantene påvirkes av de tre faktorene som Rubio-Navarro et al. (2020b) sier påvirker sykepleiere i et akuttmottak: klinisk kunnskap, klinisk intuisjon og retningslinjer. Når informantene sier at pasienten har ligget lenge i mottak, opplever de også pasienten som mer stabil ut fra sin kliniske kunnskap, og sin kliniske intuisjon. Dermed vil ikke informanten føle seg accountable for å gi nødvendig behandling raskt. Men informantene er fortsatt like sterkt påvirket av faktoren om lovbestemte retningslinjer.

På samme måte kan en si at informantene i denne studien også aksepterte at en brukte «workarounds» for legemiddelordinasjonen for de mer ustabile pasientene som de vurderte at trengte behandling raskt, mens en pasient som hadde ligget lengre tid ble vurdert som mer stabil. Ut fra Rubio-Navarro et al. (2020a) kan dette ses på som en handling hvor sykepleierens personlige verdier og faglig kompetanse påvirker hvorvidt de vil ta ansvar for å bryte den juridiske «accountabilitien» de har. Jeg tolker dette som at sykepleiers opplevde «accountability» ovenfor pasienten er større når sykepleier opplever at det haster, og at de dermed er mer villige til å benytte en «workaround» for å gi behandling. Men når pasienten derimot har ligget lenge, så er behovet for å gi behandling til pasienten mindre prekært ut fra informantenes faglige og personlige vurdering. Dermed føler de ikke den samme «accountability» for å gi hurtig behandling og deres årsak til å bryte regelverket med muntlig ordinasjon og muntlig dobbeltkontroll bortfaller. Ut fra deres vurdering så blir dette da opplevd mer som en lege med hierarkisk makt over sykepleierne som presser de til å gjøre noe som de ikke føler er i tråd med egne verdier, og dette skaper frustrasjon.

4.1.5 En må jo kunne stole på seg selv

Informantene har ingen problemer med at de selv eller andre benytter «workarounds» når de føler det er til det beste for pasienten. De godtar at systemet og bemanning ikke er god nok til å følge retningslinjer, og aksepterer nødvendigheten av «workarounds» når det grunnet tidspress må skje noe raskt. De er åpne på at dette er et ansvar de selv tar, og ser på dette som en del av arbeidet. De sier at de selv tar ansvar for det de gjør, og står for sine handlinger. Som en informant sier: *«Altså. Jeg tenker at man har alle et ansvar for at det er riktig, og at vi kan ikke. Vi kan ikke bare gi alt ansvaret til legen uansett. Vi har jo også et ansvar for at det vi gir er riktig.»*. Og som en annen av informantene sier: *«jeg tenker at det må man jo som sykepleier og har jobbet i så mange år, så må man jo klare å stole på seg selv at dette her er Paracet og dette kan jeg gi. Hvis du skal begynne å spørre om, om kontroll på alt det så tenker jeg det sier mer om den som skal gi det, at ikke de klarer å gi et gram Paracet da uten at de må ha kontroll. Ja, eller en ordinasjon»*

Denne viljen til å ta personlig ansvar for en handling kan sees på som et uttrykk for profesjonell «accountability» som beskrevet at Halvorsen og Rivenes (2018). Informantene gir i slike utsagn uttrykk for at de også har et ansvar for at medisinordinasjonen er riktig og for at pasienten får medisiner raskt, selv om dette ansvaret ut fra retningslinjene ligger på legen. Når den ene informanten sier at en som sykepleier som har jobbet i så mange år må kunne gi en Paracet til pasienten, selv om legen ikke har ordinert denne, så gir dette også uttrykk for at dette er noe informanten mener at en sykepleier med erfaring burde gjøre. Utsagnet er knyttet til en forståelse av hva yrkesgruppen som informantene identifiserer seg med mener er riktig, eller satt på spissen: Som sykepleier skal du kunne gjøre såpass, og om du ikke kan gjøre det så er du ikke en av oss. Videre sier også informantene at om en skal be om kontroll på alt så sier det mer om den som spør, og det kommer klart frem at det sier noe negativt om den som da må spørre om kontroll på alt. Dette kan være en måte som en slik bruk av «workarounds» spres gjennom profesjonell «accountability». En må stå til ansvar for at en ikke tør å omgå retningslinjene overfor sine kolleger.

Det at informantene sier at de tar ansvaret på seg selv for å gi medisiner, og ikke bare kan legge det på legen, uttrykker også en kollektiv forståelse av hva deres ansvar er. Dette kan være positivt for organisasjonen da det gjør den mer fleksibel til å få gitt smertestillende medisiner som Paracet til pasienten, selv om legen er opptatt og ikke har tid til å ordinere

den. Dermed kan en slik adferd forstås som resiliens på teamnivå da de har tilpasset seg til en lagorientert fordeling av ansvar. Det kan også forstås som det som Rubio-Navarro et al. (2020a) beskriver som en syklus av overføring av «accountability» mellom individ og organisasjon. Den organisasjonelle «accountability» tilsier ut fra retningslinjene at legen er ansvarlig for å ordinere medisiner som pasienten har behov for, og om legen ikke har tid så er det organisasjonen som har ansvar for å skaffe flere leger. Den profesjonelle «accountability» til sykepleier tilsier at sykepleier har et ansvar for at pasienten skal få medisiner når den har behov. Men i slike tilfeller kan det som Rubio-Navarro et al. (2020a) beskriver bli noe uklart om hvem som er «accountable» for konsekvensene av slike handlinger. «Accountability» her overføres på sett og vis fra organisasjonen til sykepleier. Om noe går galt hvem er det da som må stå til ansvar? Er det sykepleieren, legen eller organisasjonen som må stå til ansvar?

Her kan jeg tolke det som at det som Halvorsen og Rivenes (2018) kaller organisasjonell «accountability» og profesjonell «accountability» trekker i litt forskjellige retninger.

Organisasjonen har kanskje til syvende og sist ansvar for at pasientene får de medisinene de skal ha, men informantene opplever at det å sikre at pasienten får medisiner er noe de har en profesjonell «accountability» for å gjøre. Selv om informantene ikke gir eksempler på dette så kan det være at denne situasjonen har oppstått fordi organisasjonen gjennom det som Rubio-Navarro et al. (2020a) kaller «subjective contractual individual accountability» ,gjennom press har fått informantene til å føle at de er «accountable» for at pasienten skal få medisiner til rett tid, selv om dette egentlig er noe organisasjonen er «accountable» for.

4.1.6 De må jo bare stole på at det jeg sier er riktig

Informantene gir uttrykk for en bevissthet om at de er mer «utsatt» når de ikke følger retningslinjene som de gjør ved bruk av muntlige ordinasjoner. En informant sier *«Nei da jeg skjønner at den muntlige ordinasjonen legger mer ansvar på meg.»* En annen informant sier at ved muntlige ordinasjoner så har hen følgende vane: *«Nei. Jeg jeg pleier å ha navnet til legen i hvert fall.? Ja, det. For rett og slett å ha ryggen fri.»*

Alle informantene er også klare på at måten de gjennomfører legemiddelkontroll på ikke er slik som den burde være, og reflekterer rundt dette under intervjuet. Som en av de svarer om hva den andre sykepleieren egentlig kontrollerer ved en muntlig dobbeltkontroll: *«Nei, de har jo ingen sjanse til å vite hva de kontrollerer egentlig, så det er egentlig bare at. Hva er det*

den kontrollerer? Det er... Nei den har jo ikke noe sjanse til å forstå hva den kontrollerer. Det er jo bare en. Da er det jo bare en sykepleier som stoler på meg, og jeg stoler på en lege.»

Informantene beskriver også at prosessen med kontroll av medisiner er basert på tillit, hvor ansatte må stole på hverandre i mangel på noe skriftlig å sjekke mot. Som en av de sier: «*Da blir det bare at sykepleieren stoler på hva man sier da. Det er det at det rett og slett blir det skrevet inn senere, eller at det blir ikke en dobbelkontroll.»*

Slike utsagn kan forstås som at informantene uttrykker at ved bruken av «workarounds» så er de mer bevisste på at de gjør noe som de egentlig ikke skal gjøre, og dette gjør at de har behov for å erstatte bruk av retningslinjer med tillit. Dette kan være et uttrykk for at når informantene bruker «workarounds» så er de mer bevisste på det som Power (2004) kaller for andreordensrisiko, at risikoen for negative utfall mot informanten selv øker. Grimen (2009) sin definisjon av tillit som en relasjon som er å handle med få forholdregler passer med informantenes utsagn om at sykepleierne bare må stole på hverandre når de gjennomfører en muntlig dobbelkontroll. De har her ingen forbehold, men det er litt vanskelig å si om hvorvidt denne mangelen på forbehold er frivillig eller ikke. Som den ene informanten sier så blir det rett og slett at sykepleieren stoler på det informanten sier, det uttrykkes lite åpning for at motparten skal ha mulighet til å velge å ikke stole på informanten i en muntlig dobbelkontroll. En rekke av handlinger hvor partene har lite kontroll over hva neste ledd gjør kan forstås som det som Grimen (2009) kaller en tillitskjede. Det er relativt liten grad av kontroll mellom sykepleierne når en gjennomfører en muntlig dobbelkontroll. Og som en av informantene sier om hvordan en sykepleier skal vite hva den kontrollerer: «*Nei den har jo ikke noe sjanse til å forstå hva den kontrollerer. Det er jo bare en. Da er det jo bare en sykepleier som stoler på meg, og jeg stoler på en lege.»*

En årsak til at dette benyttes kan være det som Grimen (2009) sier om at tillitskjeder rett og slett er tidseffektive. Når en ikke må kontrollere at hvert ledd har gjort jobben riktig så går arbeidet fortere. Det er fortsatt noe vanskelig å kalle dette en ren tillitskjede da informantene beskriver tilliten mer som en tillit mellom sykepleiere, og er delt i hvor stor tilliten er til legene. Noen av informantene beskriver at det gjør de mer utrygg at legen kan ombestemme seg og endre ordinasjonen. Som en informant sier: «*Det gir meg ikke noe trygghet at legen kan endre mening. Fordi det det skjer at legen tenker ja, kanskje vi ikke gir Penicillin, men vi gir Cefotaxim, og da har du blandet den antibiotikaen allerede, ikke sant?»*

Med utsagnet over så uttrykker informantene en viss grad av forbehold som tilsier at de ikke har tillit til legene, og ut fra Grimen (2009) som sier at det ofte er slik at A forventer at B ikke kommer til å gjøre noe som skader Bs interesser, så kan det her sies at informanten har erfaringer som tilsier at A her som legen kan komme til å skade B som sykepleier sin interesse med å ombestemme seg i etterkant av den muntlige ordinasjonen. Om en ikke kan forstå dette som en tillitskjede, hvordan kan det da forstås?

En mulig forståelse for dette er at det som sykepleierne uttrykker med tillit her går heller kan forklares ut fra vertikal «accountability». Ut fra informantenes utsagn så kan det tolkes at de vurderer at legene ikke ser på sykepleierne som sine like og at de ikke er «accountable» ovenfor dem. Legene må ikke «svare» for sykepleieren om de ombestemmer seg og bytter medisin. Ut fra Molander et al. (2012) sin definisjon som tar opp «accountability» som en relasjon, må ikke legen svare for sine handlinger til sykepleieren når legen ombestemmer seg, sykepleieren må derimot svare for legen om det er gitt feil medisin som tilsier at sykepleier har en vertikal «accountability» overfor legen, men at legen ikke har en vertikal «accountability overfor sykepleieren.

Et annet perspektiv kan være det at informantenes handlinger styres mer av det som Halvorsen og Rivenes (2018) kaller profesjonell «accountability». I deres begrep profesjonell «accountability» så har de slått sammen horisontal «accountability» som kan angi at en er «accountable» ovenfor sine like, og intern «accountability» som er et begrep på hva en selv føler en må svare på. Da leger og sykepleiere er to ulike yrkesgrupper som samarbeider så er det mulig at de har ulik profesjonell «accountability» da de kan føle tilhørigheten til sin profesjon, ikke nødvendigvis til hele ansattgruppen. Det er sannsynligvis store likhetstrekk mellom normene til de to yrkesgruppene ved at begge har en «accountability» ovenfor pasienten og organisasjonen, men sykepleiere og leger har kanskje ingen horisontal «accountability» mellom seg da de er to ulike yrkesgrupper. Om en ser på organisasjonell «accountability» som Halvorsen og Rivenes (2018) presenterer, er det jo organisasjonen som egentlig skal være «accountable» for at pasienter får medisiner når de trenger det. Dette er jo nedfelt gjennom retningslinjer og regelverk i organisasjonen, og ut fra regelverket så skal jo legen ordinere medisiner til pasienten i journalen, og ordinere denne riktig.

Informantene gir på ulike måter uttrykk for at de synes det er vanskelig å ta ansvar for å gi medisiner på muntlig ordinasjon om det er et medikament som de ikke kjenner godt. Som en

av informantene sier: *«Ånei, det er jo. Det må jeg fikse eller jeg gjør ikke det. Jeg går rett til. For det første jeg spør jeg, jeg gir, jeg gjør ikke. Jeg, jeg gir ikke behandling hvis jeg ikke kan det, jeg undersøker»*. Om informantene er usikre på hvordan et legemiddel skal administreres så benytter de ulike metoder for å redusere sjansen for at legemiddelet gis galt før dette administreres. De fleste rådfører seg med en sykepleierkollega, noen sjekker elektroniske retningslinjer for legemiddelet og om dette ikke fungerer så krever de enten at legen er tilstedeværende ved administrasjon av legemidlet, eller at legen selv administrerer dette. En informant beskriver en slik hendelse hvor en lege sa at hen skulle gi et legemiddel hen ikke var kjent med slik: *«Det var en annen gang jeg med sss...med ett eller annet, så sa jeg da er du nødt til å stå her på en måte nå, fordi det er egentlig den som gir det som har ansvaret. Eller er jo det, så hvis du mener jeg skal gi det enten så får du gi det selv, eller så må du stå her når jeg gir det liksom»*.

I sitatet over så får jeg en forståelse av at selv om informantene som nevnt tidligere ikke har hatt noe problem med å ta ansvar for muntlige forordninger, føler informantene at det er vanskeligere å ta ansvaret for ens handlinger når de ikke vet hvordan handlingen skal gjøres. Ut fra Rubio-Navarro et al. (2020a) sine funn om sykepleieres «accountability» så kan en tolke handlinger som informantene gjør når de ikke føler seg sikre på hvordan medisinen skal administreres som et forsøk på å gjøre organisasjonen mer «accountable». Sykepleier blir her presset av hierarkiske beslutninger til å gjøre noe som strider mot deres egne verdier, som det å gi en medisin de ikke kjenner til. Metodene som de benytter for å fordele ansvaret er å spørre noen de føler er mer erfarne, kreve at legen selv legger det inn, spørre andre, kreve at legen står ved siden av sykepleier når noe administreres. En forståelse av det at informantene spør en mer erfaren kollega er at de rett og slett vil at noen skal kunne hjelpe de med et svar på hvordan legemiddelet skal administreres. Men et annet perspektiv på denne dynamikken er ut fra det Rubio-Navarro et al. (2020a) hevder at dette kan forstås som en mekanisme for å overføre «accountability» fra individet til organisasjonen. Informanten er ikke lenger alene om ansvaret for feil kan skje med administrasjonen av legemidlet, den mer erfarne sykepleieren som de spør om råd blir da også «accountable» ovenfor pasienten, og må stå til rette overfor pasienten om noe går galt. Det samme gjelder når informanten krever at legen selv skal gi medisinen eller stå ved siden av pasienten når legemidlet gis. Ved å presse legen til å være til stede ved administrasjonen så gjør informanten legen mer

«accountable» for eventuelle komplikasjoner som følge av legens valg av medisinordinasjon, ikke minst med at de tvinger legen til å fysisk være nærmere pasienten. Denne fremgangsmåten vil også endre noe av dynamikken ved at legen ikke har «accountability» ovenfor sykepleier. Ved å bruke pasienten som pressmiddel så kan sykepleier omgå legens manglende vertikale «accountability» ovenfor sykepleier, ved å benytte legens profesjonelle «accountability» ovenfor pasienten.

4.2 Hvordan kan bruk av workarounds påvirke organisasjonens læring?

4.2.1 Det er bare sånn vi gjør det her

Som nevnt i forrige kapittel, sier informantene at bruk av «workarounds» som muntlig ordinasjon og dobbeltkontroll er utbredt på avdelingen. De gir alle uttrykk for at dette er noe de føler er etablert praksis og akseptert å gjøre, selv om de vet at det ikke er helt som det skal være. Som en av informantene sier: *«For det har blitt, det er sånn, sånn gjør vi det. Det er bare sånn, og det er, alle gjør det og det er greit. Så det har blitt en kultur. At jeg føler ikke at jeg gjør noe... jeg føler ikke at jeg gjør noe feil når jeg får en muntlig ordinasjon».*

Informantene beskriver denne aksepten med begrep som kultur, ukultur, vane, uvane og de beskriver at det bare har blitt sånn. De reflekterer lite over hvordan dette har blitt en kultur, kun en bekreftelse på at det er sånn tilstanden er. En av informantene uttaler: *«Nei, det er sikkert en kultur som er bygd. At det er litt sånn opp og vedtatt at det er greit at vi gjør det sånn.»* De sa alle at bruken av «workarounds» var noe de selv hadde lært seg til, men at de også hadde sett andre gjøre det samme.

Jeg forstår utsagn som det som er nevnt over som at det informantene uttrykker er at bruken av «workarounds» er noe som skjer ofte og åpent, og at for informantene så har bruk av «workarounds» i mange tilfeller blitt den vanlige fremgangsmåten for hvordan de jobber. Det kan med andre ord sies at slike «workarounds» har blitt kollektivt adaptert som beskrevet av Debono & Braithwaite (2015) og «workarouden» har blitt ny norm for sykepleierne ved avdelingen.

Jeg synes likevel at det er litt vanskelig å kunne forstå det at informantene gir uttrykk for at deres bruk av «workarounds» er selvlært, men at alle beskriver en relativt lik fremgangsmåte for hvordan disse utføres. Informantene sier jo også at de har sett andre kolleger bruke «workarounds», men de mener likevel at de selv har lært seg til sin egen «workaround».

Det er nærliggende å lure på om en deling av bruken av «workarounds» har blitt spredd til andre sykepleiere på avdelingen, og at bruken av en «workaround» har blitt kollektivt adaptert. Kan det da forstås som at læring har oppstått? Teoriene om læring fra Kolb (2015) og Argyris og Schön (1978) tilsier at det må aktiv refleksjon til for at dobbeltkretslæring skal oppstå. Det kan ikke helt sies at bruk av «workarounds» som beskrevet av informantene fører til aktiv refleksjon, snarere tvert om. På individnivå så vil jeg si at siden informantene bare aksepterer at systemet ikke skal fungere, og de i stor grad benytter «workarounds» for å omgå hinder i arbeidsflyten uten å gjøre noe med de underliggende problemene så kan dette i beste fall forstås som enkeltkretslæring. Informantene endrer jo sin adferd, men de løser ikke underliggende problem.

En av informantene sier: *«Det er jo FEIL, men det er såpass innarbeidet at vi føler ikke at vi gjør noe feil. Vi føler at vi gjør egentlig. Det er godt nok. Det er riktig. Det har blitt, alle gjør det. Det har blitt på en måte en...retningslinje.»*. Jeg forstår dette utsagnet som at informanten aksepterer at systemet ikke fungerer, men gir uttrykk for at dette ikke er riktig. Men informantens utsagn reflekterer ikke over problemet, løsningen eller hvorfor det har blitt som det har blitt. Denne aksepten skaper ingen egen refleksjon da problemet bare aksepteres og omgås, dermed kan en ikke ut fra Kolb (2015) eller Argyris og Schön (1978) sine teorier si at læring har forekommet, kun endring av adferd. Jeg vil heller sammenligne en slik læring med det som Kim (1998) beskriver som operasjonell læring, eller noe praktisk. Individene har på et praktisk nivå lært hvordan de bedre møter problemer, men det er ingen konseptuell læring i form av en forståelse på abstrakt nivå. Jeg mener at en slik adferd også kan beskrives av det som Kim (1998) kaller situasjonell læring, hvor individet endrer sin adferd med enkeltkretslæring og ikke deler dette videre med organisasjonen.

På organisasjonsnivå så blir spørsmålet litt mer komplisert. Da bruken av «workarounds» kan sies å ha blitt kollektivt adaptert, så har det kanskje skjedd en form for refleksjon mellom de ulike sykepleierne da alle benytter samme fremgangsmåte. En av informantene beskriver en mulighet for at refleksjon oppstår gjennom bruken av selve «workarouden» slik: *«For*

eksempel, hvis jeg skal til en kollega og si du kan du sjekke denne medisinen. Det er en pasient som er dårlig og sånn. Det blir en sånn slags kommentar og samtidig refleksjon». Det kommer likevel ikke frem fra mine informanter at det er en spesielt aktiv refleksjon over grunnårsakene, men mer en slags passiv refleksjon rundt at sånn er det bare. Selv om det er en litt tynn påstand, vil jeg spekulere i om det likevel har vært en slags form for refleksjon mellom sykepleierne siden alle benytter den samme fremgangsmåten for muntlige dobbeltkontroller. Ut fra Daniel Kim (1998) sin definisjon av læring som at kunnskap har blitt omsatt til nytteverdi, så er det dog litt vanskelig å si om det er kunnskap som har blitt omsatt til nytteverdi, eller bare ren nytteverdi som har blitt adaptert kollektivt. Om jeg likevel antar at refleksjon har forekommet før den kollektive adapsjonen av «workarouden», kan dette være et eksempel på det Kim (1998) beskriver som opportunistisk læring, ved at organisasjonen (sykehuset) har endret sin rutiner for kun en del av organisasjonen (akuttmottaket) fordi det er for tungvint å endre hele systemet. Men om en vil tolke en dette som opportunistisk læring så ville jeg forvente at informantene ga mer uttrykk for at organisasjonen aktivt hadde gitt tillatelse til slik adferd. Det eneste som informantene sier som kan indikere at organisasjonen gir tillatelse, var at en informant sa følgende om at de tidligere hadde fått tillatelse av leder til å benytte muntlige ordinasjoner og dobbeltkontroller: *«Ja, men vi, det er ikke vi. Altså vi har fått lov. Det, det, det så har markert at dette blir tatt opp tidligere.»* Men at dette som hen sier ikke ble endret i noen retningslinjer: *«Nei det er ikke nedfelt. Det er mer, mer sannsynlig en muntlig beskjed.»*

Når informantene beskriver at bruken av «workarounds» har blitt en kultur, så sier dette at flere ansatte, om ikke alle ved denne avdelingen har tatt denne fremgangsmåten til seg. Dermed kan jeg forstå det slik at for denne gruppen ansatte, så har de endret sine mentale modeller. Deres mentale modell tilsier at bruk av «workarounds» er som beskrevet av den ene informantene «greit», og at det bar blitt en slags retningslinje for informantene jeg intervjuet. Senge (1999) hevder at en av mekanismene for organisasjonslæring er at dersom individene i en organisasjon øker sin kompetanse, så vil også organisasjonen som helhet øke sin kompetanse. Selv om dette er kun det laveste nivå av Senge (1999) sin inndeling av organisasjonslæring, så vil jeg forstå dette som at organisasjonen har lært, men bare om jeg ser på organisasjonen som en avdeling, og ikke som et helt sykehus. Om jeg forstår sykehuset som organisasjonen, som nok er det mest riktige, så deler ikke organisasjonen informantenes

mentale modeller. Det som derimot taler mot at jeg vil bruke Senge (1999) sine teorier om organisasjonslæring for å si at kollektiv adaptasjon her har ført til organisasjonslæring er at ingen av informantene sier at dette diskuteres i noe spesielle fora, bare litt fra sykepleier til sykepleier. Og dermed er det vanskelig å argumentere for at de mentale modellene til sykepleierne i akuttmottaket bidrar til det som Senge (1999) beskriver som å utfordre og endre organisasjonens mentale modeller, og en felles forståelse for mål innad i organisasjonen. Dermed oppnås kun i beste fall det første dimensjon av Senge (1999) sine fem dimensjoner for en lærende organisasjon.

Det kan også diskuteres hvorvidt en kollektiv adaptasjon av bruken av «workarounds» på avdelingen kan forstås som et uttrykk for profesjonell «accountability». Som nevnt tidligere, kan sykepleiers bruk av «workarounds» forstås ut fra at de føler mer «accountability» ovenfor pasienten enn ovenfor organisasjonen, men det er også nærliggende å tenke at det som Tucker og Edmondson (2003) beskriver som at sykepleier har en uskreven norm for å ta personlig ansvar for å løse problemer i hverdagen egentlig er det samme som det Halvorsen og Rivenes (2018) beskriver som profesjonell «accountability».

4.2.2 Ledelsen vet nok ikke om det

Informantene gir varierte svar når de blir spurt om de tror leder kjenner til bruken av «workarounds», men alle sier at fagsykepleierne som blir nivået under leder kjenner til det, siden disse jobber i felten. De er likevel usikre på hvor mye som blir rapportert videre til ledelsen fra fagsykepleierne. En informant mener at ledelsen nok ikke aksepterer bruken av «workarounds», men at ledelsen er uvitende om bruken: *«Det er jo sikkert nulltoleranse fra de på det her, fordi de sier jo at sånn og sånn skal det gjøres og forskriften, men de er jo ikke... Og jeg skjønner jo, men de de er jo ikke på en måte ute i felten hele tiden og ser hva vi driver med og hvordan. Men, jeg tror ikke ledelsen er... fornøyd med at det gjøres sånn nei.....»*.

Ingen av informantene hadde tatt opp forekomst av muntlige ordinasjoner med ledelse som feil, men en av de sa at hen vurderte å gjøre dette om ting ikke endret seg. Informantene sa at de ikke meldte fra om dårlig funksjon ved f.eks. journalsystemene fordi de så på disse som tungvinte system som det var vanskelig å få endret på. Flere av informantene sa også at de ikke nødvendigvis så på feil som at de var feil, de forventet ikke at system eller utstyr alltid skulle fungere da det var vanlig forekomst på avdelingen at små brudd eller feil oppsto.

Når informantene sier at fagsykepleierne vet om bruken av «workarounds», men at de er usikre på om ledelsen vet om det så forstår jeg dette som at de ser på fagsykepleierne delvis som en del av ledelsen, men ikke helt, og at informantene ser på fagsykepleierne mer som sykepleiere enn ledelse. Jeg tolker også informantenes utsagn om at de ikke forventer at utstyr og systemer alltid skal fungere som en form for aksept av at det er sånn det må være.

Det at informantene ikke melder videre om dårlig funksjon på f.eks. journalsystemer fordi de ser på disse som vanskelige å gjøre noe med, og heller lager seg egne løsninger i form av «workarounds» for å fjerne hindre i arbeidsflyten kan best beskrives som et hinder for organisasjonslæring. Argyris og Schön (1978) sin definisjon på læring sier at en for å oppnå dobbeltkretslæring så må en gjøre noe for å løse problemet. Da løsningen for å kunne endre på journalsystemet ligger utenfor informantenes kontroll så burde informantene ha meldt dette videre til ledelse slik at ledelsen kunne bidra til å løse problemet, hvis det skal skulle kunne kalles dobbeltkretslæring. Om ikke årsaken til problemet løses så har det i beste fall kun skjedd enkeltkretslæring. Dette passer overens med Debono og Braithwaite (2015) sine funn om at bruk av «workarounds» kan bidra til å skjule dysfunksjonelle retningslinjer og prosesser for ledelsen slik at de ikke blir endret. Så lenge informantene her ikke melder fra til ledelsen om at journalsystemet fungerer dårlig, så vil heller ikke ledelsen som er de som har mulighet til å gjøre noe med dette ta saken videre.

Et av de større hindrene for å oppnå organisatorisk læring i det som informantene beskriver er at de ikke melder fra via avvikssystem eller ved å snakke med andre videre oppover i organisasjonen som ledere om det de beskriver som utstrakt bruk av «workarounds». Ut fra Kim (1998) sin OADI-SMM så vil jeg tolke handlinger som melding av uønskede hendelser via avvikssystemet, eller å ta noe opp med ledelse som et forsøk på overføring av mentale modeller fra individ til organisasjon. Denne dobbeltvirkende sløyfen mellom individuelle mentale modeller og organisasjonens mentale modeller er grunnsteinen i hvordan Kim (1998) sier at organisasjonslæring forekommer. Når noe ikke meldes videre i systemet så vil individets og organisasjonens mentale modeller være frakoblet fra hverandre, og jeg forstår det da som at organisasjonslæring ikke har forekommet.

Dette er spesielt påfallende i informantenes utsagn om at det er akseptert at sånn gjør vi det her, samtidig som en annen informant sier at ledelsen nok har nulltoleranse for bruken av muntlige dobbeltkontroller. Jeg vil forstå informantenes følelse av at bruken av muntlige

kontroller er akseptert på avdelingen som deres individuelle mentale modell på hva som er greit, mens jeg forstår ledelsens nulltoleranse for slike muntlige kontroller som organisasjonens mentale modell. En måte å tolke dette ut fra Kim (1998) sine teorier, vil være at det kan forstås som fragmentert læring, hvor individene har reflektert over problemet og endret sine mentale modeller, men at koblingen til organisasjonens mentale modeller er fraværende. Denne koblingen i form av melding til ledelse via avvikssystem eller direkte kontakt med ledelse virker som nødvendig for at retningslinjer skal endres. Og som Kim (1998) påstår så er retningslinjer og prosedyrer eksempler på organisasjonens hukommelse. Da retningslinjer her ikke blir endret, og om ansatte slutter så vil organisasjonen også miste den læringen de eventuelt har oppnådd siden det ikke har blitt nedfelt i organisasjonens hukommelse. Endring av retningslinjer kan kanskje ikke sees på som at en organisasjon lærer, men som Kim (1998) sier som at organisasjonen har økt sin kunnskap. Dette må likevel få en praktisk nytte om en skal kunne kalle det læring.

En av informantene sa at hen skrev mindre avvik på uønskede hendelser fordi hen hadde mistet tiltro til avvikssystemet. Ifølge hen ga ledelsen beskjed om at det måtte skrives avvik for å synliggjøre problemet, men hen følte at disse avvikene uansett ikke ga noen endring. Som hen beskriver så hadde avvikssystemet blitt en slags hvilepute hvor meldte avvik bare ble stuet «*i onkel skrues pengebinge*» uten at det medførte noen endring. Ifølge Tucker og Edmondson (2003) er det viktig at ledelsen følger opp til forslag om forbedring som kan redusere feil. Om ansatte ikke observerer noen positive endringer som følge av sine forslag vil de over tid slutte å bruke tid på å melde disse videre og bruke tid på dobbeltkretslæring.

Ut fra det jeg kan oppfatte fra informantene så er det en vanlig tilbakemelding fra ledere når de tar opp problemer at de må skrive avvik om det, og at jo flere avvik som skrives jo lettere kan ledelsen gjøre noe med problemet. Som en av informantene beskriver et slik samtale hvor hen tok noe opp med ledelse: «*Men ja, vi kan skrive avvik, men nå har jeg jo akkurat sagt til deg hva problemstillingen er. «Ja men du må skrive avvik også». Mmmå jeg det? På alt? Eller kan vi faktisk bare ta tak i et problem uten at du må ha så og så mange avvik?»*». Dette kan forstås som det som Halvorsen og Rivenes (2018) finner i forskjell mellom lederes og klinikeres «accountability» etter et uventet selvmord. Der klinikere er mer opptatt av profesjonell «accountability», som går mer på å unngå at lignende hendelser skal skje igjen, er ledelsen mer opptatt av at retningslinjer og internkontroll er slik de skal være. I sitatet over

så viser den ansatte et ønske om å gjøre noe med et problem, men leder sitt fokus er på melding av avvik som et verktøy for at det skal kunne dokumenteres at det er et problem. Her blir det da en krasj mellom sykepleiers profesjonelle «accountability» og leders opplevelse av organisasjonell «accountability».

Som Lalley og Malloch (2010) hevder, kan ledelsen ved å anerkjenne og jobbe med «workarounds» benytte disse for å lære opp ansatte om muligheten for positive og negative konsekvenser, for å finne nye og bedre løsninger på problemer. Utsagn fra informantene tyder ikke på at «workarounds» blir jobbet med av ledelsen, muligens på grunn av at bruken av «workarounds» er ukjent for ledelsen. Bruken av «workarounds» er utbredt ifølge informantene, og har blitt tatt opp noen ganger med ledelsen. Informantene gir likevel ikke uttrykk for at det er noen kreativ dialog rundt de konkrete hendelsene som Aase og Wiig (2018) sier kan føre til kollektiv endring. Jeg vil tolke det slik at det dermed ikke har oppstått noen organisasjonslæring, bare en lokal aksept for at «workarounds» benyttes. Ut fra Aase og Wiig (2018) sin beskrivelse av organisasjonslæring, må denne utbredte bruken av «workarounds» uten at det meldes videre sees på som en tapt mulighet til å oppnå organisasjonslæring. Hadde bruken av «workarounds» blitt meldt videre, kunne de ha blitt brukt som et eksempel for den konkrete refleksjonen som Aase og Wiig (2018) beskriver som utgangspunktet for en kreativ dialog. Dette er likt det Lalley og Malloch (2010) tar opp som en mulighet til å lære opp ansatte om de positive og negative sidene ved en «workaround». Om ingenting meldes videre som informantene beskriver, vil organisasjonen dermed ikke oppnå det som Aase og Wiig (2018) kaller kollektiv endring, eller det som Lalley og Malloch (2010) beskriver som å finne nye og bedre løsninger på arbeidsprosessene.

Utsagn fra noen av informantene om at ledelsen nok kjenner til problemet, men ikke hvor utbredt det er, og at dette er noe som ledelsen ikke snakker om, samt at ledelsen nok har fokus et annet sted, kan indikere at ledelsen har en viss kjennskap til dette, men ignorerer det. Dette passer med det Lalley og Malloch (2010) beskriver om at ledelsen ofte er kjent med «workarounds», men at de blir ignorert eller bare frarådet av ledelse. En av informantene sier: *«Altså ikke hvis vi ikke hver dag, men innimellom kan vi si at man. Fanger litt grann sånn at dette ikke er greit, men man gjør det for det.»* Jeg tolker dette utsagnet fra informanten som at ledelsen kjenner til bruken av «workarounds». Om ledelsen ikke kjente til det, hvordan kan da informanten oppfatte innimellom at ledelsen ikke synes bruken av

«workarounds» er greit? Det må også sies at selv om bruken av «workarounds» stort sett beskrives som noe som er skjult for ledelsen, ga ikke informantene i denne studien uttrykk for at bruken av «workarounds» var noe de skjulte. De sa klart fra at de selv tok ansvar for deres handlinger, og ga ikke uttrykk for at dette var noe de skammet seg over å gjøre. De var åpne om at «workarounds» ble brukt, og noen av de ga uttrykk for at bruken av «workarounds» ikke var noe de ville gjøre i skjul, men at de ville bli sett av andre. Ved at ledelsen ignorerer bruk av «workarounds», vil muligheten for å skape organisatorisk læring ut av «workarouden» muntlig dobbeltkontroll også gå tapt.

Det er også mulig at ledelsen ikke ignorerer problemet. Som den ene informanten sa når hen mente at ledelsen nok kjente til problemet med bruken av «workarounds», var nok ikke ledelsen klar over hvor utbredt det er fordi ledelsen i motsetning til fagsykepleierne ikke er i felten. Dette kan mulig være en konsekvens av det som Tucker og Edmondson (2003) beskriver som en konsekvens av at ledere ble «fjernet» fra gulvet og sykepleierne ble ansvarliggjort. Tucker og Edmondson (2003) mener at avdelingssykepleierne fra gamle dager var mer involvert i den daglige driften ved avdelingen, og hadde dermed også mer kjennskap til arbeidet som ble utført. Et annet perspektiv på dette kan være at det som Tucker og Edmondson (2003) beskriver med at ledelsen ble trukket ut fra den daglige driften, har økt skillet mellom leder, som i dette tilfellet er utdannet som sykepleier, og sykepleierne på gulvet. Som Halvorsen og Rivenes (2018) beskriver, vil klinikere gjennom profesjonell «accountability» føle at de må stå mer til ansvar for den yrkesgruppen de identifiserer seg med, og der sykepleierne følte at de før identifiserte seg med avdelingssykepleieren som var mer involvert i faglig drift så passer ikke leder inn i den gruppen sykepleierne nå føler seg like «accountable» overfor. En slik tolkning om at sykepleiere føler seg mindre «accountable» overfor leder da de ikke opplever leder som en av sykepleierne, kan også bare være på grunn av at når ledelsen trekkes mer ut av avdelingen, vil de også få mindre personlige relasjoner til sine ansatte. Og som vist av Molander et al. (2012), er «accountability» et relasjonelt begrep som beskriver noe som oppstår mellom et individ og andre individer eller et forum som de må svare for.

En av informantene sier også at de av tidligere ledelse har fått lov til å benytte muntlige ordinasjoner i akutte tilfeller, men at dette var en muntlig tillatelse og ikke nedfelt i retningslinjer. Tillatelsen spesifiserte heller ikke hva som var akutt eller ikke som gjør at

denne vurderingen blir opp til lege og sykepleier i hvert enkelt tilfelle. Som informanten beskriver bruken av denne tillatelsen: *«Men det, det. Det mener jeg det er akutte tilfeller jeg snakker om nå da, men ja, men det det blir gjort hele tida. Ja, det er.»* En slik løsning hvor en har fått tillatelse fra leder til å gjøre noe som er nødvendig kan ut fra Berg og Aase (2019) sine karakteristikk for resiliens sees på som det et forsøk fra tidligere ledelse for å øke avdelingens resiliens på teamnivå. Det viser en tilpasning i arbeidsrutinene og en «trade-off» mellom motstridende krav om hurtig behandling og sikkerhet rundt legemiddelordinasjon. Men da denne tillatelsen ikke har blitt spesifisert inn i en offisiell retningslinje, og den tidligere lederen som ga tillatelsen har sluttet så blir det vanskelig å kunne stole på denne. Her kommer Kim (1998) sin forståelse av fragmentert læring til sin rett. Det har muligens vært en refleksjon av leder og forsøk på læring, men ingenting skriftlig har blitt nedfelt i organisasjonens hukommelse og lederen har sluttet og tatt med seg sin læring ut av organisasjonen.

4.2.3 Jeg har ikke delt min løsning med noen

Noen av informantene sier at de har laget seg egne rutiner rundt muntlig dobbeltkontroll av medisiner av årsaker som: egen trygghet, en ekstra sjekk, at det er bedre enn ingenting. Disse egenutformede rutinene er f.ek.s å slavisk sjekke om pasienter har allergier før medisinerne gis, få ordinerende lege til å gjenta ordinasjonen, gi mer utfyllende informasjon om pasientens sykdom og årsak til at de skal gi legemidlet til sykepleieren de dobbeltkontrollerer med. Ingen av informantene sier at de har delt disse rutinene med andre sykepleiere. Som en informant sier *«Jeg vet ikke. Jeg bare tenker at det er en ekstra trygghet for min egen del. Jeg tror ikke noen andre har lært meg det... Så det er egentlig noe jeg har lært meg selv for...for en ekstra kontroll da.»*

Slike egenutviklede rutiner kan være en mulighet for læring i organisasjonen, men dette er vanskelig når informantene sier at de ikke deler disse rutinene med andre. Som Debono og Braithwate (2015) beskriver, kan «workarounds» være nødvendige for at organisasjonen skal tilpasse seg. Informantene beskriver også at muntlige dobbeltkontroller forekommer grunnet pasientenes behov og høyt arbeidspress som gjør at de føler at de må handle utenom retningslinjene. I slike tilfeller er det mulig at noen av de rutinene som informantene sier at de har laget seg for sin egen del, også bidrar til å redusere sannsynligheten for at feil ved medisinerer skjer. Dette ville ifølge Lalley og Malloch (2010) være en mulighet til å finne nye

og bedre løsninger for hvordan arbeidet kan gjennomføres, og at det for ledelsen kunne vært en mulighet til å lære opp ansatte om de positive og negative konsekvensene av selve «workarouden». Et annet hinder for organisasjonslæringen ved at de ansatte ikke deler disse egenutviklede rutinene med hverandre, er at organisasjonens resiliens ikke bedres. Som Aase og Rosness (2018) sier, er en resilient organisasjon en organisasjon som kan tilpasse seg uten å produsere alvorlige ulykker, og slike rutiner kan bidra til å redusere sannsynlighet for alvorlige ulykker. En mister også muligheten til å lære av hva som går bra som Hollnagel et al. (2015) presenterer i sin «safety-II» tenkning. Jeg vil anta at legemiddeladministrasjonen med bruk av «workarounds» stort sett går bra siden informantene ikke kunne gi noen eksempler på at dette hadde fått negative konsekvenser for pasienten. Men om en av årsakene til at legemiddeladministrering gikk bra, var de egenutviklede rutinene som informantene beskriver, og disse ikke deles, vil ikke organisasjonen kunne lære av dette og lage nye og bedre rutiner. Det at rutinene ikke deles kan også gjøre at de har ønsket effekt for å øke pasientsikkerheten. Som den ene informanten sa når hen beskrev hvordan hen la til mer utfyllende informasjon om pasientens sykdom og årsak til medisinvalg når hen gjorde muntlig dobbeltkontroll: *«Hvis jeg sier at jeg gir morfin på en akutt abdomen da. Så tenker ikke den, jeg kunne likeså godt sagt «jeg gir morfin på smerter». Eller jeg gir morfin. Så den mottageren er vel kanskje ikke... vurderer kanskje ikke da... og da mister det jo litt... effekten da, av det jeg prøver å få til. Med den tilleggsopplysningen da.»*. Jeg tolker bruken av slike rutiner uansett om de virker, eller ikke som et uttrykk for resiliens på individnivå som Berg og Aase (2019) beskriver. Informanten forutser at en feil kan skje med den muntlige dobbeltkontrollen og forstår hvordan hen kan prøve å redusere risiko for at dette skjer, og tilpasser rutinen rundt egen «workaround» for å unngå dette.

5.0 Avslutning

5.1 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg intervjuet erfarne sykepleiere om hvorfor de bruker «workarounds». Det som åpenbarte seg i intervjuene med mine informanter var først og fremst de årsakene som informantene ga til at de selv benyttet «workarounds». Informantene sa at de benyttet «workarounds» fordi de ikke hadde tid til å følge retningslinjene, fordi det var til det beste for pasienten, fordi det var akseptert at det var slik de gjorde det der på avdelingen, og fordi at utstyr og dataprogrammer ikke fungerte eller ikke var tilpasset deres arbeidshverdag. En slik forklaring av årsaker til at «workarounds» benyttes stemmer overens med Debono et al. (2018) sine funn om sykepleieres årsaker til bruk av «workarounds» som tidseffektive, pasientsentrerte, lagorienterte og forårsaket av kontekstuelle begrensninger. Den eneste forskjellen på mine informanter og de sykepleierne som Debono et al. (2018) studerte, var at ingen av mine informanter oppga at det å følge retningslinjene ville medføre en pasientrisiko direkte.

Jeg tolker informantenes beskrivelse av egen bruk av «workarounds» som et tegn på resilient adferd da de forutser problemer, forstår komplekse situasjoner, gjør «trade-off» mellom laverestående mål som å følge retningslinjene mot det høyerestående mål å kunne gi pasientene den medisinen de mener det er viktig at de skal få, og de tilpasser sine fremgangsmåter til omgivelsene. Dette stemmer overens med de fem karakteristikene på resilient adferd som Aase og Berg (2018) finner i sin forskning. Informantenes bruk av «workarounds» for å løse hindringer i arbeidsflyten passer dermed med beskrivelsen av at en «workaround» er et eksempel på resiliens i praksis som Debono et al. (2018) beskriver, og dette kan ut fra Hollnagel et al. (2015) sin tankegang om «safety-II» medvirke til at akuttmottaket er bedre skikket til å utføre en av sine kjerneoppgaver som er å gi medisinsk behandling så raskt som mulig til de pasientene som trenger det. Bruken av «workarounds» beskrives av informantene som allment akseptert på avdelingen og alle informantene er åpne på at de benytter «workarounds» og sier selv at de tar ansvar for bruken av «workarounds». Jeg forstår dette som at bruken av «workarounds» har blitt kollektivt adaptert på avdelingen lik beskrivelsen til Debono og Braithwaite (2015).

Informantene gir i intervjuene det jeg forstår som sterkt uttrykk for at de opplever det å bruke muntlig ordinasjon og muntlig dobbeltkontroll som «workarounds» som en riktig fremgangsmåte når de mener at det haster med å få gitt behandling eller smertestillende til pasienten. Informantene gir på den annen side det jeg forstår som uttrykk for frustrasjon når legen benytter muntlig ordinasjon for pasienter som har ligget lenge, slik at informantene må benytte en «workaround» når de mener at det ikke haster like mye med å få gitt behandling til pasienten. Når informantene mener det haster å gi behandling, uttrykker de en vilje til å selv ta ansvar for mulige negative konsekvenser av en «workaround», men når informantene mener det ikke haster like mye, ønsker de heller at medisiner blir gitt etter retningslinjene.

Tucker og Edmondson (2003) beskriver en slik adferd som at helseprofesjoner har en uskreven norm om å ta personlig ansvar for å løse problemer i arbeidshverdagen. Gjennom min analyse av informantenes utsagn, vil jeg hevde at det som Tucker og Edmondson (2003) kaller en uskreven norm også kan forstås som et resultat av sykepleieres «accountability». Min analyse finner at informantene gjennom deres relasjon til pasienten først og fremst påvirkes det som jeg tolker som en profesjonell «accountability» overfor pasienten, og deretter sine kolleger som gjør at informantene er villige til å omgå retningslinjene for å gi medisiner til pasienter som de mener trenger det. Denne «accountabilityen» forstår jeg som en av de underliggende grunnene til at informantene benytter «workarounds». Som Rubio-Navarro et al. (2020a) sine funn tilsier, er det en forskjell mellom hva en sykepleier ut fra regelverket er «accountable» for, og hva sykepleieren selv føler seg «accountable» for. I mine intervju kommer det som nevnt frem at informantene uttrykker frustrasjon når de må benytte «workarounds» uten at de opplever at det haster for pasienten, eller når de er usikre på hvordan en medisin skal gis. Når dette skjer så sier informantene at de vil at legen legger inn medikamentet i den elektroniske kurven, eller at legen selv er med når medikamentet gis. Dette tolker jeg ut fra begrepet «accountability» som at informantene i slike tilfeller opplever at å bruke «workarounds» i slike tilfeller strider mot informantenes profesjonelle «accountability» om hva de skal ta ansvar for, og at de da bruker ulike fremgangsmåter for å overføre «accountability» fra informantene selv og over på organisasjonen eller legen. Dette passer overens med det som Rubio-Navarro et al. (2020a) finner om at det er en syklus som overfører «accountability» mellom individ og organisasjon gjennom ulike mekanismer. Gjennom å forstå informantenes bruk av «workarounds» som påvirket av deres opplevelse av

«accountability» så mener jeg at en bedre kan forstå hvorfor de mener det er riktig å benytte «workarounds» i noen tilfeller, mens de i andre tilfeller mener at dette er galt til tross for at «workarouden» som benyttes er den samme. En forståelse av «accountability» som en påvirkning for hvorfor informantene bruker «workarounds» beskriver også hvordan informantene trekkes mellom de motstridende kreftene i det som Halvorsen og Rivenes (2018) definerer som profesjonell- og organisasjonell «accountability», eller det som Rubio-Navarro et al. (2020a) beskriver som en sykepleiers tredelte «accountability» som bestående av lov, profesjonelle regler og etikk.

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet så fremstår informantenes bruk av «workarounds» som tegn på resilient adferd, og ut fra informantenes utsagn så kan det virke som om bruken av «workarounds» har blitt kollektivt adaptert på avdelingen. Dette gjør at det ved første blick kan virke som om det har forekommet en slags form for læring i organisasjonen. Men gjennom å tolke informantenes utsagn ut fra teori om læring og organisasjonslæring så er det vanskelig å se at organisasjonen har lært.

Informantene har kanskje delt «workarounds» seg imellom og endret sin adferd ut fra dette. Dermed kan dette passe med Argyris og Schön (1978) sine teorier om enkeltkretslæring, og muligens dobbeltkretslæring om en skal forstå det at de bruker «workarounds» som en løsning på det underliggende problemet. Men ut fra det informantene sier så kan det virke som om bruken av «workarounds», til tross for at den er utbredt, er skjult fra ledelsen lik det Lalley og Malloch (2010) viser er vanlig for «workarounds». Informantene sier at bruken av «workarounds» ikke tas opp med ledelse, og de melder heller ikke bruken av «workarounds» som uønskede hendelser i avvikssystemet som også hemmer organisasjonslæring. Gjennom min analyse har jeg tolket informantenes utsagn til at bruken av «workarounds» generelt er til hinder for læringen i organisasjonen da «workarounds», og at det mer beskriver det som Kim (1998) kaller ukomplett læring da informantenes løsninger på hinder i arbeidsflyten ikke deles med organisasjonen. Dermed er informantenes bruk av «workarounds» som kan inneholde mulighet for læring frakoblet organisasjonens system for å lære. Dette gjør at retningslinjer og arbeidsprosesser ikke blir endret, og ut fra Kim (1998) sin forståelse av organisasjonell læring vil ikke organisasjonens hukommelse bli endret og læring kan ikke sies å ha blitt oppnådd.

Ved at ikke bruken av «workarounds» tas opp med ledelse så skjuler dette dysfunksjonelle prosesser fra ledelsen som Lalley og Malloch (2010) hevder, og det bidrar til å øke spennet mellom WAI og WAD. Jeg vil likevel hevde at det ut fra noen av informantenes utsagn fremstår som mulig at ledelsen kjenner til bruken av «workarounds», men ikke gjør noe med denne bruken. Dette kan passe overens med funn av Lalley og Malloch (2010) som sier at bruk av «workarounds» ofte kan bli ignorert av ledelsen.

Selv om funn i denne studien ikke viser tegn til at bruken av «workarounds» har en positiv innvirkning på organisasjonens læring, er det likevel muligheter for at bruken av «workarounds» som informantene beskriver kan brukes for å påvirke organisasjonslæringen positivt. Informantene fremstår for meg som opptatt av pasientsikkerheten, og sier at de bruker «workarounds» fordi det er til pasientens beste. Alle informantene viser tegn til resiliens ved at de tilpasser seg situasjonen og forsøker å løse arbeidsoppgavene sine ut fra de forutsetningene de har. De utvikler til og med egne metoder for å gjøre muntlig dobbeltkontroll mer pasientsikkert. Slike metoder kan ut fra «safety-II» tenking hindre at uønskede hendelser forekommer. Lalley og Malloch (2010) hevder at «workarounds» kan bidra med nye innovative løsninger, vise problemområder i organisasjonen for de høyere opp, eller at de kan brukes som grunnlag for å skape refleksjon som igjen kan bidra til organisasjonslæring. Men for at dette skal kunne skje så bør bruken av «workarounds» adresseres av ledelse og brukes som et redskap for å oppnå positiv endring. De kan benyttes som det Aase og Wiig (2018) beskriver som en spesifikk hendelse og brukes i aktiv refleksjon og kreativ dialog for å finne nye og bedre løsninger på prosessen. Og som Senge (1999) og Kim (1998) beskriver, må de ansattes mentale modeller om ansvar og pasientfokus brukes for å utfordre organisasjonens mentale modeller og skape endring. Ut fra det som kommer frem i mine intervju vil jeg si at mulighetene er der for at «workarounds» kan bidra positivt, de må bare utnyttes.

5.2 Veien videre

Så lenge organisasjoner blir mer og mer kompliserte og behandlingsbehovene til pasienter øker, er det er også vanskelig å lage retningslinjer som skal være tilpasset alle mulige pasientbehov. Det vil alltid være rom for skjønn i sykepleieres arbeid med mennesker, og noen ganger innebærer dette skjønn at en ikke skal følge retningslinjer for pasientens beste. Dermed er det viktig å forstå hvorfor sykepleiere handler som de gjør når de benytter

«workarounds». Det er lett å bruke forenklete og mekaniske forklaringsmodeller når en skal forklare hvorfor sykepleiere ikke følger retningslinjene, men virkeligheten kan være nyansert og komplisert.

Når sykepleiere påvirkes av deres opplevde «accountability» kan deres handlinger også forstås ut fra at de styres av noe mer enn bare kontroll i form av retningslinjer og regelverk, de styres også av hva de selv føler det er riktig å gjøre. Ut fra teori om resiliens, er det viktig at sykepleiere som er nærmest pasienten får frihet til å kunne bruke sin kunnskap og erfaring til å vurdere hva som er til pasientens beste. Dette bør ledelsen ta hensyn til når en skal endre retningslinjene i organisasjonen. For stramme reguleringer vil gi et mer likt resultat for pasientene, men vil også gjøre organisasjonen mer sårbar for svingninger som det er nødvendig å tåle. Ved å forstå sykepleieres årsaker til å benytte «workarounds» kan en bedre tilpasse retningslinjer til sykepleieres arbeidshverdag, og det kan redusere presset som sykepleiere opplever når de må velge mellom motstridende krav som å følge retningslinjer, eller å gi pasienten den behandling de mener er riktig.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått en bedre forståelse for de kompliserte og sammensatte årsakene til at sykepleiere benytter «workarounds». Men dette er kun en liten studie og jeg har hovedsakelig brukt resiliens og «accountability» som mine perspektiv for å tolke deres handlinger og mine funn er dermed preget av dette. Flere studier med andre fokus kan bidra til å gi mer dybde i forståelsen av hvorfor sykepleiere benytter «workarounds».

6.0 Litteraturliste

Aase, Karina og Wiig, Siri (2018). Læring og uønskede hendelser. I Aase, Karina (Red.), *Pasientsikkerhet i teori og praksis*. (3. Utg., s.101-115). Universitetsforlaget

Aase, Karina og Rosness, Ragnar (2018). Organisatoriske ulykker og resiliente organisasjoner i helsetjenesten. I Aase, Karina (Red.), *Pasientsikkerhet i teori og praksis*. (3. Utg., s.27-48). Universitetsforlaget

Argyris, Chris., Schön, Donald A. (1978) *Organizational learning: A theory of action perspective*, Addison-Wesley

Argyris, Chris., Schön, Donald A., (1996), *Organization learning II: Theory, Method and practice*, Addison-Wesley

Bovens, Mark (2007). Analyzing and assessing Accountability: A Conceptual Framework. *European law journal*, vol. 13, utg. 4, 2007, s.447-468. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0386.2007.00378.x>

Berg, Siv Hilde og Aase, Karina (2019). Resilient characteristics as Described in Empirical studies on Health Care. I Wiig, Siri (Red.) og Fahlbruch, Babette (Red.), *Exploring Resilience: A Scientific Journey from Practice to Theory* (s. 79-87), Springer Nature forlag

Debono, Deborah S. Greenfield, David, Travaglia, Joanne F. C. Long, Janet, Black, Deborah. Johnson, Julie. Braithwaite, Jeffrey. (2013). Nurses' workarounds in acute healthcare settings: a scoping review. *BMC Health Services Research*, Vol. 13, artikkelnummer 175, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-175>

Debono, Deborah. Clay-Williams, Robyn. Taylor, Natalie. Greenfield, David. Black, Deborah. Braithwaite, Jeffrey. (2018). Using workarounds to examine the characteristics of resilience in action. I Hollnagel, Erik (Red.), Braithwaite, Jeffrey (Red.), Wears, Robert L. (Red.) *Delivering Resilient Health Care*. (s.61-74), Routledge forlag

Debono, Deborah og Braithwaite, Jeffrey. (2015). Workarounds in Nursing Practice in acute Care: a Case of a Health Care Arms Race. I Wears, Robert L. (Red.) og Hollnagel, Erik (Red.) *Resilient Health Care volume 2: The Resilience of Everyday Clinical Work*. (s. 53-68), CRC Press forlag. DOI: <https://doi.org/10.1201/9781315605739>

Grimen, Harald (2009). *Hva er tillit*. Universitetsforlaget

Halvorsen, Kjersti og Rivenes, Ann Christin, (2018). Organisatorisk og profesjonell «Accountability» i et regionalt helseforetak. I Hogset, Heidi (Red.), Berge, Dag Magne (Red.), Dale, Karl Yngvar (Red.), *Det regionale i det internasjonale. Fjordantologien 2018*. (s.167-186), Universitetsforlaget.

Hollnagel, Erik, Wears, Robert L., Braithwaite, Jeffrey (2015). From Safety-I to Safety-II: A White Paper. *The resilient health care net, utgitt samtidig av University of Southern Denmark, University og Florida and Macquarie University Australia i 2015*.

Jacobsen, Dag Ingvar (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. Utg.). Høyskoleforlaget

Kim, Daniel (1998). The Link between Individual and Organizational Learning, I Klein, David (red.) *The Strategic Management of Intellectual Capital*. (s. 41-62), Butterworth-Heinemann forlag. (1998)

Kjekshus, Lars Erik (2017). Sykehusets floker i møte med reformer. *Michael 17, 2017:14, Supplement 19*.

Kolb, David A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. (2. Utg.) Pearson Education forlag

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*, (3.utg., 2. Opplag). Gyldendal Norsk Forlag A/S

Krautscheid, Loretta C. (2014). Defining Professional Nursing Accountability: A Literature Review. *Journal of Professional Nursing, vol. 30, utg. 1, 2014*. s. 43-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.06.008>

Lalley, Cathy, Malloch, Kathy (2010). Workarounds: The Hidden Pathway to Excellence. *Nurse Leader, 2010, vol. 8, utg. 4*. s. 29-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2010.05.009>

Malterud, Kirsti (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. Utg., 3. Opplag). Universitetsforlaget

Molander, Anders. Grimen, Harald. Eriksen, Oddvar (2012). Professional discretion and Accountability in the Welfare State. *Journal of Applied Philosophy*, 2012, vol. 29, utg. 3. s.214-230. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x>

Mulgan, Richard (2000). «Accountability»: An ever-expanding concept?. *Public Administration*, vol. 78, utg. 3, 2000. s. 555-573. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00218>

Nibbelink, Christine W., Brewer, Barbara B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2018, vol. 27, utg. 5-6. s. 917-928. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>

Power, Michael (2004). *The Risk management of Everything*. Demos Forlag

Rubio-Navarro, Alfonso , Garcia-Capilla, Diego Jose , Torralba-Madrid, Maria Jose , Rutty, Jane (2020a). Decision-making in an emergency department: A nursing accountability model. *Nursing Ethics*, vol. 27, utg. 2, 2020. s. 567-586. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733019851542>

Rubio-Navarro, Alfonso , Garcia-Capilla, Diego Jose , Torralba-Madrid, Maria Jose , Rutty, Jane (2020b). Accountability issues in an English emergency department: A nursing perspective. *International Emergency Nursing* vol. 52, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100881>

Senge, Peter (1999) *Den femte disiplin: Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. (Lillebø, Arild overs.) Egmont hjemmets bokforlag, (opprinnelig utgitt i 1990)

Tjora, Aksel (2012). *Kvalitative forskningsmetoder I praksis*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Tucker, Anita L., Edmondson, Amy C. (2003). Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics That Inhibit System Change. *California Management Review*, vol. 45, utg. 2, 2003. s. 55-72. DOI: <https://doi.org/10.2307/41166165>

Tucker, Anita L., Spear, Steven J. (2006). Operational Failures and Interruptions in Hospital Nursing. *Health Services Research*, 2006, vol.41, utg. 3p1, s.643-662. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00502.x>

Wiig, Siri , Aase, Karina. Billett, Stephen. Canfield, Carolyn. Røise, Olav. Njå, Ove, Guise, Veslemøy. Haraldseid-Driftland, Cecilie. Ree, Eline. Anderson, Janet E.. Macrae, Carl. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare program. *BMC Health Services Research*, vol. 20, artikkelnummer 330, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>

Nettressurser:

Wikipedia (uten årstall, sist besøkt 13.06.2024) Argyris og Schön enkelt og dobbeltlæring modell, Url: https://en.wikipedia.org/wiki/Chris_Argyris

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Vignett til utsending

Vedlegg 2 Intervjuguide versjon 1

Vedlegg 3 Intervjuguide versjon 2

Vedlegg 1: Vignett til utsending

Takk for at du er villig til å delta på intervju for masterprosjektet mitt. I forkant får du her to caser som jeg ønsker at du leser gjennom før intervjuet. Jeg vil stille spørsmål rundt disse og dine erfaringer og tanker omkring lignende hendelser. Intervjuet vil ta 30 min til 1 time og vil bli tatt opp. Data vil bli anonymisert før publisering, slik at du ikke skal kunne kjennes igjen. Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet om du ønsker dette ved å kontakte meg. Opptakene vil bli slettet nå oppgaven er ferdig.

Case 1:

Det er en mandag og du er på kveldsvakt i akuttmottaket. De fleste sengeplassene i akuttmottaket er belagt med pasienter og det sitter flere pasienter på venterom som er triagert og venter på å komme inn på rom. Du har ansvar for en pasient som ligger på enerom grunnet infeksjon og har tatt urinprøve som skal sendes til dyrkning. Din arbeidsstasjon som du er pålogget på for vekten er en metavisiontralle. Når du har lagt inn rekvisisjonen i DIPS for urinprøven og prøver å skrive ut etikett for å sende urinprøven så viser det seg at din arbeidsstasjon ikke klarer å skrive ut etiketter på etikettskriveren. Du går dermed inn i vaktbasen hvor du finner en annen sykepleier som er pålogget på PC og låner hennes DIPS for å skrive ut etikett til urinprøven. Denne fester du på prøven som sendes til laboratoriet før du går inn til neste pasient du har ansvar for.

Case 2:

Det nærmer seg slutten av kveldsvakten og det er fortsatt stor pasienttilstrømming i akuttmottaket og du har fått beskjed fra ANS vekten om at det er stort behov for ledige rom slik at pasienter som har sittet på venterommet i to timer kan tas inn til undersøkelse og om noen av dine pasienter kan sendes videre. Den samme pasienten som er nevnt over har fått alle blodprøvesvar og journalskrivende LIS1 ringer deg og sier at pasienten skal starte med intravenøs antibiotikabehandling med Gentamycin 480mg og Cloxacillin 1g mot en infeksjon.

For å forsøke å frigjøre rom tenker du at pasienten bør starte med antibiotika snarest mulig slik at hun kan sendes opp på sengepost. Og du går dermed til medisinerom og finner frem Gentamycin for å gi denne infusjonen slik at pasienten kan overflyttes til sengepost. Når du kommer tilbake til PC så ser du at LIS1 ennå ikke har lagt inn antibiotika i den elektroniske kurven. Du velger likevel å starte behandlingen med Gentamycin og går til en kollega for å dobbeltkontrollere medisinen før administrering. Kollegaen bekrefter at du har funnet frem 480mg Gentamycin, men kollegaen spør ikke om hvilken pasient denne er til eller hvorfor den skal gis. Du administrerer medisinen, men registrerer ikke at den er gitt i den elektroniske kurven da LIS1 fortsatt ikke har lagt inn ordinasjon på antibiotikabehandling og du husker ikke etternavnet til LIS1 slik at du kan registrere det som en telefonordinasjon på hennes navn. For å sikre at dette blir registrert så gir du rapport i vaktskiftet til nattevakten som tar over dine pasienter at du har gitt Gentamycin, men ikke registrert denne i elektronisk kurve så påtroppende vakt må gjøre dette når LIS1 til slutt får ordinert medisiner i kurven.

Vedlegg 2: Intervjuguide versjon 1

Hvor gammel er du?

Hvor lenge har du jobbet i helsevesenet, og hvor lenge har du jobbet i akuttmottaket?

Hva tenker du om løsningen sykepleieren valgte i den første hendelsen? Ble problemet løst?

Tenker du at de valgene som ble gjort i casene var rette eller gale, og hvorfor var de det?

Er det noe du ville gjort annerledes og hvorfor?

Er det noen forskjell i hvordan du vurderer hvordan sykepleier handlet i de to hendelsene?

Har du noen gang gjort noen lignende løsning? Kan du fortelle om dette?

Gjorde løsningen din noe for å unngå at samme situasjon skjer igjen? Hvordan kan du bidra til å oppnå dette?

Har du delt eller diskutert din løsning med andre på arbeidsplassen? I så fall hvem?

Har du meldt videre om noe som ikke fungerer som det skal på avdelingen, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvordan gjorde du det?

Synes du at retningslinjene på jobben er tilpasset din arbeidshverdag? Om ikke, hva tenker du skal til for at disse skal bli bedre?

Om du møter noen problemer i arbeidsdagen som du ikke klarer å løse, hvem spør du om hjelp?

Vedlegg 3: Intervjuguide versjon 2

Intervjuguide versjon 2

Hvor gammel er du?

Hvor lenge har du jobbet i helsevesenet, og hvor lenge har du jobbet i akuttmottaket?

Tenker du at de valgene som ble gjort i casene var rette eller gale, og hvorfor var de det?

Ble problemet løst?

Hvorfor tror du sykepleieren valgte løsningene som ble gjort?

Hva tror du konsekvensene var av de valgene som sykepleieren gjorde?

Har du noen gang gjort noen lignende løsninger? Kan du fortelle om dette? Hvordan lærte du at det var greit?

Gjorde løsningen din noe for å unngå at samme situasjon skjer igjen? Hvordan kan du bidra til å oppnå dette?

Er det noe du ville gjort annerledes og hvorfor?

Synes du det er greit for deg å gjøre slike løsninger som ikke er etter retningslinjene? Hvorfor er det greit eller ikke?

Synes du at den ene casen er mer alvorlig enn den andre?

Synes du at retningslinjene på jobben er tilpasset din arbeidshverdag? Om ikke, hva tenker du skal til for at disse skal bli bedre?

Om du møter noen problemer i arbeidsdagen som du ikke klarer å løse, hvem spør du om hjelp?

Har du meldt videre om noe som ikke fungerer som det skal på avdelingen, hvorfor/hvorfor ikke?