

# MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i samhandling innan helse- og sosialtenester

**Korleis erfarer tilsette i kommunehelsetenesta det å oppdage og rapportere avvik og korleis kan dette bidra til læring og betre kvalitet på tenestene**

av

Kandidat nr 4

Mai 2015

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve I samhandling innan helse- og sosialtenester

Tittel:

Korleis erfarer tilsette I kommunehelsetenesta det å oppdage og rapportere avvik, og korleis kan dette bidra til læring og betre kvalitet på tenestene?

Engelsk tittel:

How experienced employees in primary health services to detect and report deviations and how does it lead to learning and better quality of the health services?

Forfattar:

Emnekode og emnenamn:

MS1-306

Kandidatnummer:

4

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (set kryss):

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

JA X      Nei\_\_

Dato for innlevering:

22.05.15

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Kvalitet, kultur, avvik, uheldige hendingar, læring, person- og systemtilnærming

Tittel og samandrag:

Bakgrunn: God kvalitet i helsetenesta handlar blant anna om å gje heilskaplege tenester som reduserer risiko for skader til eit minimum. Læring på individ og systemnivå er naudsynt for å redusere feil etter melde avvik. Nasjonale føringar vektlegg at melde avvik skal følgjast opp frå eit system og læringsperspektiv.

Hensikta med denne masteroppgåva er å undersøke korleis dei tilsette opplever å oppdage og rapportere avvik. Og målet med studien er å få auka kunnskap om ein eventuell læringsprosess etter melde avvik og om det fører til betre kvalitet på tenestene.

Problemstillinga er følgjande: Korleis erfarer tilsette i kommunehelsetenesta det å oppdage og rapportere avvik og korleis kan dette bidra til læring og betre kvalitet på tenestene?

Metode: studien byggjer på data frå eit fokusgruppeintervju med tilsette innan helse- og omsorgstenestene i ein kommune. På denne måten har eg undersøkt kva utfordringar tenestetilbodet står ovanfor når det gjeld læring av avvik og uheldige hendingar. Resultata er inndelt i følgjande hovudpunkt: medikamentavvik, avvik som dokumentasjon om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, læring på system og individnivå samt rapporteringskultur. I det teoretiske kapitlet har eg blant anna nytta læringsteoriar knytt til individ og organisasjon. Eg har i tillegg nytta teoriar som omhandlar forbetningsarbeid og tryggleikskultur som fremmar eller hemmar evna til utvikling og læring.

Studien konkluderer med at kulturen i organisasjonen og i avdelingane spelar ei viktig rolle i prosessen med å oppdage og rapportere avvik. Om tilhøva på arbeidsplassen fremjar ein open rapporteringskultur vil det fremje den einskilde si evne til utvikling og læring. At dei tilsette fekk anledning til å drøfte og reflektere etter melde avvik, var vesentleg for å skape ein læringsprosess som fører til varig endring i organisasjonen og til betre kvalitet på tenestene.

Title and Abstract:

Background: Good quality in health care includes giving services that reduce the risk of harm to a minimum. To achieve learning on both individual and organizational levels from reported adverse events is essential in reducing such events in the future. National guidelines emphasize that reported discrepancies should be followed up from a system and learning perspective.

The central purpose of the study is to examine how employees in primary health care experience the process of learning after reported adverse events, and to determine if these lead to a better quality of health services.

Issue: How do employees in primary healthcare services experience the detection and reporting of adverse events, and does this process lead to learning and better quality of health services?

Method: The study is based on data from an interview with a focus group of health care givers. I have done this to examine possible challenges health services have with learning from adverse events.

The result from this study divide into the following main points: medication discrepancies, adverse events as documentation to the management, learning at a system- and person approach, and the reporting culture.

In the theoretical chapter, I have used theories related to individual and organizational learning. In addition, I have used theories about improvement and safety culture that promote or hinder development and learning.

The study concludes that the culture of the organization is important in the process of discovering and reporting adverse events. If the conditions in the workplace facilitate a culture for reporting, it will lead to individual and organizational learning. If the employees where given time to discuss and reflect on reporting any deviation was an important factor for learning by reported adverse event and to improve the quality of health services.

## Forord

Denne masteroppgåva inngår som ein avsluttande del av masterstudiet i samhandling av helse- og sosialtenester ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Oppgåva tel 30 studiepoeng av dei 120 som masterstudiet utgjer.

Arbeidet med denne oppgåva er knytt til helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med å oppdage og rapportere avvik, og korleis dette kan bidra til læring og betre kvalitet på tenestene. Arbeidet med denne oppgåva har vore ein spennande prosess som eg har lært mykje av.

Eg ynskjer å takke rettleiaren min Aud Marie Øyen for god og konstruktiv rettleiing som har gitt meg inspirasjon til arbeidet med masteroppgåva.

Takk til arbeidsgjevar som har støtta meg desse tre åra. Eg vil og takke leiarane i helse og omsorgstenestene i denne kommunen, som la til rette for at eg kunne gjennomføre intervjuet og hjelpte meg med å skaffe informantar i ein travel kvardag. Og ikkje minst ein stor takk til informantane som raust delte sine opplevingar og erfaringar om temaet.

Til slutt vil eg takke kollegaer, venner og familie som har heia på meg frå sidelinja, den støtta har vore uunnverleg i denne tida.

xxx, 2015

XXXXXX

# Innhald

## Samandrag

## Forord

<b>1.0 Innleiing</b> .....	S. 1
1.1 Bakgrunn .....	S. 2
1.2 Hensikta med studien .....	S. 2
1.3 Tidlegare forskning .....	S. 3
1.4 Problemstilling .....	S. 4
1.5 Oppbygging av oppgåva .....	S. 4
<b>2.0 Teori</b> .....	S. 5
2.1 Sentrale omgrep .....	S. 5
2.2 Lover og forskrifter om internkontroll i kommune helsetenesta	S. 6
2.3 Helse og omsorgstenester av god kvalitet .....	S. 7
2.3.1 Arbeid med å betre kvaliteten på tenestene ...	S. 8
2.4 Person- og system tilnærming .....	S. 8
2.5 Læring på individ- og systemnivå .....	S. 10
2.5.1 Ein lærande organisasjon .....	S. 10
2.5.2 Femtrinnsmodellen .....	S. 11
2.5.3 Enkeltkrets og dobbeltkrets læring .....	S. 12
2.5.4 Trippel heliks modellen .....	S. 13
2.5.5 Demings sirkel .....	S. 15
2.6 Kulturen i organisasjonen .....	S. 16
2.6.1 Rapporteringskultur .....	S. 16
<b>3.0 Design og metode</b> .....	S. 17
3.1 Vitskapsteoretisk ståstad .....	S. 17
3.1.1 Hermeneutikk og fenomenologi .....	S. 18
3.1.2 Ein hermeneutisk-fenomenologisk metode for forskning på levd erfaring.....	S. 19

3.2 Val av fokusgruppeintervju som forskingsmetode .....	S. 19
3.2.1 Utval .....	S. 19
3.2.2 Fokusgruppeintervju .....	S. 20
3.2.3 Analyse .....	S. 22
3.3 Forskingsetiske vurderingar .....	S. 23
3.3.1 Å forske i eige praksisfelt .....	S. 23
3.4 Intern og ekstern validitet .....	S. 24
<b>4.0 Presentasjon av funn .....</b>	<b>S. 25</b>
4.1 Medikamentavvik .....	S. 25
4.2 Avviksmeldingar som dokumentasjon om kritikkverdige forhold .....	S. 26
4.3 Læring på individnivå .....	S. 27
4.4 Læring på systemnivå - forbetningsarbeid .....	S. 28
4.5 Rapporteringskultur .....	S. 30
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>S. 32</b>
5.1 Medikamentavvik .....	S. 32
5.2 Avvik som dokumentasjon om kritikkverdige forhold.....	S. 34
5.3 Læring på individnivå .....	S. 35
5.4 Læring på systemnivå .....	S. 37
5.5 Underrapportering .....	S. 40
5.5.1 Låg nytteverdi .....	S. 40
5.5.2 Diffuse avvik .....	S. 40
5.5.3 Frykt for negative konsekvensar .....	S. 41
<b>6.0 Avslutning .....</b>	<b>S. 42</b>
6.1. Vidare forskning .....	S. 45

## Litteraturliste

## Vedlegg

## Innleiing

God kvalitet i helsetenesta handlar blant anna om å gje heilskapelege tenester som reduserer risikoen for skader til eit minimum. Kvalitetsforbetring gjennom avvikshandsaming er tett knytt opp til læring på system og individnivå innanfor helse og omsorgstenestene.

Det siste tiåret har det skjedd ei auke innan forskning på arbeidet med å ivareta og fremje pasienttryggleik i helsesektoren (Aase, 2010). Frå 1990 talet og til i dag har det skjedd store endringar både i ansvar og organisering av tenestetilbodet, og i lovverket som styrer tenestene (Kassah, Tingvoll og Kassah, 2014). Tenestetilbodet har vokse i omfang og brukarane sine behov har endra seg. Samhandlingsreforma, St.meld. nr. 47 (2008-2009) trådte i kraft i januar 2012, og gav kommunane eit større ansvar for pasientane i frå spesialisthelsetenesta. Ein viktig berebjelke i den nye velferdsordninga er at innbyggjarane skal ha lik tilgang til gode og likeverdige helse og omsorgstenester, uavhengig av personleg økonomi og kvar ein bur. Samhandlingsreforma legg og vekt på at innbyggjarane skal ha tilgang til heilskapelege tenestert av god kvalitet, noko som fordrar eit fokus på tryggleik og forbetring av kvalitet på tenestene (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Kassah, Tingvoll og Kassah (2014) skriv at auka samhandling kan aktualisere ein kvalitetsdebatt blant dei som skal yte tenester, og kan bidra til at omgrepet kvalitet vert styrande for korleis tenestene faktisk vert utført.

I følgje Meld.St.10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tenester, er det naudsynt at aktørane i systemet vert involvert og engasjert for å lukkast i ein forbetningsprosess. Meldinga peika også på at for å få varige endringar må dei omfatte struktur, prosess og kultur og at endringane opplevast som naudsynte og meiningsfulle for dei involverte. Som menneske både kan og vil ein alltid kunne gjere feil, men sikre system har rutinar som fangar opp feil slik at dei kan korrigerast før dei får fatale konsekvensar (Hjort, 2007).

Mange tilsette innanfor helse og omsorgstenestene opplever etiske dilemma i sin kvardag, spesielt når ein må ta val der utfallet får konsekvensar for pasientane. Avvik skjer, og i etterkant av desse hendingane hender det at tilsette kjenner på både ansvar og skuld for at hendingane oppsto (Mesel, 2014).

I følgje Reason (1990) går det an å førebygge mange uheldige hendingar for dei er gjentakande og dermed kan forut sjåast, og han skriv at grunnlaget for å redusere uheldige

hendingar er å førebygge og å lære av dei avvik og feil som er gjentakande. Øgar og Hovland (2004), skriv at kvalitetsarbeid er ein kontinuerleg prosess som fordrar aktive og deltakande medarbeidarar og dette må kontinuerleg arbeidast med i ein organisasjon.

Men om det overordna målet er å redusere feil og uheldige hendingar i det Norske helsevesenet treng vi samstundes kunnskap om korleis desse vert forstått, verkar inn på og handterast av dei tilsette. Temaet for denne oppgåva er korleis avvikshandsaming kan føre til læring og til betre kvalitet på tenestene i kommunehelsetenesta. Dette har eg undersøkt ved å intervjuje personar som er tilsette i helse og omsorgstenestene i ein kommune.

## **1.1 Bakgrunn**

Kommunen i denne undersøkinga har eit felles intern system for rapportering og handtering av avvik. Melde avvik vert samla hjå leiar for helse- og omsorgs tenestene som kvart halvår utarbeider ein rapport med forslag til forbetring. Ved ein gjennomgang av desse rapportane for dei siste fire åra, såg eg at det var liten endring i dei avvika som var registrerte. Det var flest som omhandla medikament, på andre plass kom fall og dei andre avvika varierte i tal og omfang. Det var registrert om lag like mange avvik kvart år, og hendingane som gjaldt medikament og fall var prosentvis likt fordelt for alle åra. Etter at eg las dette vart eg nyfiken på kva som låg bak desse tala. Og ynskte å sjå nærmare på kva erfaringane dei tilsette i kommunehelsetenesta har i prosessen med å oppdage og rapportere avvik. At det var liten endring i talet på melde avvik frå år til år, gjorde meg også nyfiken på korleis dei tilsette opplever denne registreringa og om kommunen sine rutinar for internkontroll bidreg til læring og betre kvalitet på tenestene. I samband med denne masteroppgåva fekk eg moglegheit til å undersøke dette nærmare.

## **1.2 Hensikta med studien**

Hensikta med denne studien har vore å utvikle ny kunnskap om korleis dei tilsette opplever arbeidet med internkontroll i kommunen, gjennom å oppdage og rapportere avvik. Vidare ynskjer eg å undersøke om dei tilsette opplever at avviksprosessen bidreg til læring og til betre kvalitet på tenestene.



For å få kunnskap om dette temaet vil eg invitere tilsette frå helse og omsorgstenestene frå ein kommune til å delta på eit fokusgruppeintervju. I intervjuet ynskjer eg å dele erfaringar, synspunkt og å reflektere ikring temaet avvikshandsaming og læring. Fokuset i denne studien vil vere retta mot helsepersonell, men funna vil komme brukaren til gode ved diskusjon omkring forbetring av kvalitet på tenestene. Det vil seie at ny kunnskap innanfor dette feltet vil tene brukarar av tenestetilbodet i kommunen på ein indirekte måte.

### **1.3 Tidlegare forskning**

Interessa for og fokuset på tryggleik innan helsesektoren starta når American Institute of Medicine publiserte rapporten «to err is human» i 1999 (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Rapporten viste at uønskte hendingar er eit stort problem innanfor helsesektoren og gav store ringverknadar til andre land. Dette medførte eit auka fokus på kvalitet og pasienttryggleik.

Peter F. Hjort (2007) viser til ulike internasjonale studiar i si bok «Uheldige hendelser i helsevesenet», og i følgje han er det ingen gode oversikter over omfanget av uheldige hendingar i primærhelsetenesta. Han uttaler at uønskte hendingar i helsesektoren utgjer eit alvorleg problem i alle land, også i Noreg. Donaldson (2002) har utført ein forskingsstudie som omhandlar og referer til ein rapport frå det britiske helsedepartementet frå 1999 «an organisation with a memory». Denne britiske rapporten er eit strategidokument utarbeidd av ei ekspertgruppe som omhandlar læring av uheldige hendingar i helsesektoren. Forskingsartikkelen til Donaldson (2002) byggjer på denne rapporten og han skriv at ein må erkjenne at menneskelege feil er uunngåelege i eit særskilt komplisert og teknisk område som medisin. Donaldson slår fast at første steg er erkjenning av at ein har ei utfordring og det neste steget må være å innføre eit større fokus på å tenke system. Hjørnesteinane i læringsprogrammet for pasienttryggleik frå det britiske helsedepartementet er et rapporteringssystem som inneheld registrering, analysing og læring av feil eller uønskte hendingar (Donaldson, 2002).

Aase & Wiig (2006) har via Universitetet i Stavanger gjennomført ei ein studie av spesialisthelsetenesta, og denne stadfestar at fokuset på tryggleik i er lågt i helsesektoren. Eit av hovudfunna i denne studien som er utført ved eit norsk sjukehus er at helsepersonell i

for liten grad rapporterer om feil eller uønskede hendingar. På den første norske konferansen for pasientsikkerheit som blei heldt i 2008 blei det uttalt at det er for liten kunnskap om dei norske forholda knytt til pasienttryggleik (Aase, 2010).

Ved ein gjennomgang av desse ulike studia såg eg at det dei fleste undersøkingane om handtering av avvik er utført i spesialisthelsetenesta. Det førelåg lite forskning på dei tilsette i kommunehelsetenesta si oppleving og erfaring med avvikshandtering. Det er heller ikkje utført særleg mange studie som ser om kommunen sine rutinar for internkontroll bidreg til læring og betre kvalitet på tenestene, og slik eg ser det er det behov for meir kunnskap på dette feltet.

#### **1.4 Problemstilling**

Denne oppgåva tek utgangspunkt i følgjande problemstilling:

*Korleis erfarer tilsette i kommunehelsetenesta det å oppdage og rapportere avvik, og korleis kan dette bidra til læring og betre kvalitet på tenestene?*

#### **1.5 Oppbygging av oppgåva**

Oppgåva inneheld seks kapittel. I kapittel ein har eg gjort greie for bakgrunnen for oppgåva, hensikta med studien, tidlegare forskning og problemstilling. I kapittel to presenterer eg teoretisk bakgrunn og forklarar omgrepa knytt til læring og uheldige hendingar. I kapittel tre vert metoden som er brukt til innsamling og behandling av data presentert. Hovudfunna i intervjuet vert presentert i kapittel fire og i kapittel fem drøftar eg funna som er gjort opp mot valt teori og anna forskning på området. I kapittel seks vil eg komme med avsluttande refleksjonar av studien i sin heilskap. I studien brukar eg dei tilsette sine erfaringar som vert formidla i intervjuet, desse gjev meg informasjon om korleis dei erfarer det å oppdage og rapportere avvik i tenesteyting. Vidare vil eg studere om denne prosessen kan bidra til læring på individ og systemnivå og føre til betre kvalitet på tenestene.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vil eg først definere sentrale omgrep i oppgåva, sidan syner eg til aktuelle lover og forskrifter som omhandlar internkontroll i kommunehelsetenesta. Neste del handlar om definisjonar og kva føringar som ligg til grunn for omgrepet helse- og omsorgstenester av god kvalitet samt forbetningsarbeid. Etterpå viser eg til person og system tilnærming og læring på individ og systemnivå, før eg presenterer ulike teoriar om læring i organisasjonar. Til slutt i dette kapitlet ynskjer eg å eg forklare omgrepa kultur og rapporteringskultur.

### 2.1 Sentrale omgrep

Fleire norske uttrykk vert brukt parallelt for å forklare det engelske omgrepet «advers events», som er eit sentralt omgrep i internasjonal litteratur om kritikkverdige forhold i helsevesenet. Hjort 2004 tolkar det engelske omgrepet som ei «uheldig hendelse», noko som understrekar det ugunstige ved hendinga. Øgar og Hovland (2004) skriv at uheldige hendingar er alle prosessar som har eller kunne fått eit uønskt utfall, eller som gjev eit uønskt resultat uavhengig av om nokon kan klandrast for det. Dei skriv vidare at ordet «avvik» er eit anna uttrykk med same betyding, sjølv om tilsynsmyndighetene berre brukar omgrepet avvik der det føreligg brot på eit krav fastsett i lov eller forskrift. Aase (2010) definerer uønskete hendingar som ei utilsikta skade eller komplikasjon som er forårsaka av behandling og pleie og ikkje av pasienten sin sjukdom. Peter F. Hjort (2007) definerer uønskete hendingar som: «*noko som ikkje skulle hendt*», og at desse hendingane kan oppstå i møte med helsevesenet, knytt til pleie, undersøking, behandling eller opphald i ein institusjon.

I den valde kommunen nyttar tilsette innan helse- og omsorgstenestene omgrepet avvik for kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Uheldige hendingar og uønskete hendingar er ikkje omgrep som informantane nyttar i intervjuet. Men litteraturen brukar desse omgrepa og sjølv om det i definisjonen har ulike meiningar så vel eg å nytte dei om kvarandre i oppgåva.

## 2.2 Lovver og forskrifter om internkontroll i kommunehelsetenesta

Nasjonale føringar legg vekt på læring etter uheldige hendingar. I lov om statleg tilsyn med helse- og omsorgstenesta §3 (1984) står der at for å førebygge svikt i helsetenesta skal: *«enhver som yter helseteneste skal etablere et internkontrollsystem for verksemda og sørge for at virksomhet og tenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i, eller i medhold av lover og forskrifter»*. Difor er helsetenesta pålagt å etablere eit system for internkontroll.

Forskrift om internkontroll (2002) er og heimla i andre lover til dømes i Lov om helspersonell §17 (1999), og i Lov om spesialisthelsetenester § 3-4 (1999). Internkontroll handlar om å bruke systematiske tiltak som sikrar at oppgåver planleggast, organiserast, utførast og haldast ved like i samsvar med krava i lovgjevinga. Formålet med forskrifta er at helsetenestene som vert gjeve er av god kvalitet og fagleg forsvarlege. Forskrifta skildrar ikkje ein detaljert standard for nivået på tenesta, men tek føre seg dei elementa som skal ivaretakast. To av punkta rettar seg særleg inn mot handtering av uheldige hendingar:

*f) skaffe oversikt over områder i verksemda der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllding av myndighetskrav.*

*g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial – og helselovgivninga. (Internkontrollforskriften, 2002, §4).*

I vegleiaren til internkontrollforskrifta, gitt ut av Sosial og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, står der at verksemda bør bruke uheldige hendingar til læring og forbetring. Dei nasjonale føringane skildrar element som bør setjast i verk etter slike hendingar:

- *Årsakar og konsekvensar av hendinga bør gåast igjennom med dei involverte og leiinga.*
- *Tiltak må setjast i verk ved gjentakande hendingar og ved hendingar som har ein viss betyding.*
- *Vidare bør effekten av tiltak evaluerast (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 22).*

Dei sentrale føringane viser at systemet for avvikshandtering bør være eit verktøy i kvalitetsforbetringa innan helse- og omsorgstenestene. I oppdragsdokumenta til føretaka vert det uttrykt det same, at melde uheldige hendingar skal fylgjast opp ut frå eit system- og læringsperspektiv (Helse- og Omsorgsdepartementet 2010).

### **2.3 Helse- og omsorgstenester av god kvalitet**

God kvalitet handlar om å levere helsetenester som reduserer risiko for skader og biverknader til eit minimum (WHO, 2006). For å kunne lære av feil og betre kvaliteten på tenestene må vi ha kunnskap om kvalitet og pasienttryggleik. Eg vil i dette kapitlet gjere greie for dei kriteria som ligg til grunn for god kvalitet på tenestene og pasienttryggleik .

Å bli møtt med respekt og omtanke i kombinasjon med fagleg dyktigheit vil vere noko dei fleste forbinder med god kvalitet på helsetenester. Ei helse- og omsorgsteneste av god kvalitet handlar i følgje Meld.St.10 (2012–2013) om kvaliteten på kvart einskild tiltak, i tillegg til at heilskapelege tenester skal bidra til flest mogleg leveår med god helse.

Samhandlingsreforma St.meld.nr.47 (2008-2009) legg vekt på at innbyggjarane skal ha tilgang til heilskapelege tenestert av god kvalitet, noko som fordrar eit fokus på tryggleik og forbetring av kvalitet på tenestene. Helsedirektoratet har gjennom sitt strategiarbeid innan kvalitetssikring utarbeida nokre spesifiserte kriterier for å måle kva som er god kvalitet, og seier at det er tenester som inneheld:

- *Eit meir brukarorientert helse- og omsorgstilbod.*
- *Auka satsing på systematisk kvalitetsforbetring.*
- *Betre pasienttryggleik og færre uønskte hendingar (Meld.St.10 (2012-2013))*

Regjeringa har som mål at kvalitetsarbeidet skal i størst mogleg grad vere integrert i ordinær verksemd. I Meld. St. 10 (2012-2013) står der at kvalitetsarbeid handlar om å utvikle ein kultur for å betre kvaliteten på tenestene og å styrke kompetansen hos leiarar og tilsette. Vidare står der at resultata frå kvalitetsforbetringa skal målast og etterspørjast av leiarar på

alle nivå. Regjeringa ynskjer ei betre oversikt over omfang og risiko områder og at hendingar som har eller kunne ha ført til pasientskade skal analyserast og følgjast opp med tiltak.

For å betre pasienttryggleiken skal pasientar og brukarar vere trygge på at helse- og omsorgstenestene har etablert ein kultur for å melde, analysere, lære av og førebygge uønskete hendingar (Meld. St.10 (2012-2013)).

### **2.3.1 Arbeid med å betre kvaliteten på tenestene**

For å sikre at tenestene som vert gjeve har god kvalitet, nyttar ein ulike tilnærmingar. Kvalitetsmålingar skjer gjennom kontroll og dokumentasjon i form av kvalitetskontroll, kvalitetssikring med fokus på tekniske forhold, i tillegg til fokus på prosedyrar og system (Meld.St.10 (20012-20013)). Forbetring handlar om å skape meirverdi og ikkje berre forandring (Øgar og Hovland, 2004). Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidd kvalitetskriterier for helse og omsorgstenester og uttaler at tenester av god kvalitet:

- *Er virkningsfulle*
- *Er trygge og sikre*
- *Involvere brukar og gi dem innflytelse*
- *Er samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Være tilgjengelige og rettferdig fordelt*

(Sosial- og helsedirektoratet 2007:9)

I følgje Meld.St.10 (2012-2013) er det naudsynt at aktørane i systemet vert involvert og engasjert for å lukkast i ein forbetningsprosess. Vidare seier meldinga at for å få varige endringar, må dei omfatte struktur, prosess og kultur og det er viktig at endringane opplevast som naudsynte og meningsfulle for dei involverte. Meld. St. 10 (2012–2013) skriv at det er ynskjeleg at kvalitetsarbeidet skal gjennomførast og dokumenterast, og at dette arbeidet skal avdekke eventuelle manglar som vidare skal korrigerast. Det viser seg at kvalitetsarbeid er ikkje noko ein vert ferdig med, Øgar og Hovland (2004) skriv at det må vere ein kontinuerleg prosess som fordrar aktive og deltakande medarbeidarar.

## 2.4 Person- og system tilnærming

Menneskeleg feil eller svikt kan i følge Reason (2002) sjåast frå to synsvinklar, person- eller systemtilnærming. Han skriv at persontilnærminga fokuserer på at dei personane som utfører usikre handlingar er skuld i problemet, og årsaka kan vere moralsk svakheit, manglande merksemd, sløvheit, forgløyning med meir. Persontilnærminga slår fast at individ gjer feil og at ved menneskelege handlingar er det ein risiko for at feil oppstår.

Terje Mesel (2014) skriv om helsearbeidaren si oppleving av uheldige hendingar som rårar pasienten og han framhevar omgrepa skuld, ansvar og moralsk perspektiv. Han skriv at omgrepet ansvar i utøving av helsetenester definere tenesteytar og at som helsearbeider kan ein ha ulike typar ansvar for pasientane. Døme på dette er fagleg ansvar for andre, eller vere ansvarleg for at ei behandling gjennomførast etter ei viss prosedyre. Vidare definerer Mesel (2014) omgrepet skuld som personleg klander og kritikk, og som belastande for einskild personar. Omgrepet er knytt til sterke kjensler, og til at ein som helsepersonell har utført ei dårleg handling. Det rolleansvaret dei einskilde medlemmane i ein profesjon har kallar Mesel (2014) moralsk perspektiv. Med dette meiner han kva oppgåver ein kan forvente at tenesteytar skal utføre i arbeid med pasienten og kva ein må forvente av kritikk dersom praksisen ikkje svarar til dette ansvaret. I følge Mesel (2014) har ein som helsearbeider eit moralsk ansvar både for faget og som medmenneske. Med dette meiner han at ein som helsearbeider har både makt til å skade og makt til å gjere gode handlingar i arbeid med pasientar og at det er opp til den einskilde helsearbeider å forvalte dette ansvaret på best mogleg måte. Reason (2002) skriv at for å auke tryggleiken må ein fokusere på å betre den individuelle åtferda. Som menneske både kan og vil ein alltid kunne gjere feil, men sikre system har rutinar som fangar opp slike feil og gjer at dei kan korrigerast før dei får fatale konsekvensar (Hjort, 2007).

Systemtilnærming er i følge Reason (2002) at ein kan identifisere dei bakanforliggande årsakene i systemet som har vore medverkande til at hendinga oppsto. Øgar og Hovland (2004) skriv at rota til dei uheldige hendingane ofte ligg i systemet og i prosessane i organisasjonen, og ikkje berre hjå individet. Intensjonen med å melde avvik og uheldige hendingar må difor vere at det skal skje både ei individuell og organisatorisk læring.

## 2.5 Læring på individ og systemnivå

I dette delkapitlet vil eg komme nærmare inn på omgrepet læring knytt til individ og organisasjon. I denne kommunen skal avviksmeldingane gje grunnlag for å etablere nye rutinar og arbeidsprosessar, målet er betre kvalitet på tenestene og at både individet og organisasjonen skal lære.

### 2.5.1 Ein lærande organisasjon

Irgens (2007) skriv at ein kan sjå på læring både frå eit individperspektiv og frå eit sosialt og kontekstuellet perspektiv, der læring skjer i samspel med andre. Sidan tidleg på nittitalet har omgrepet lærande organisasjonar blitt brukt i auka omfang og Peter Senge (2004) har hatt stor betydning for at omgrepet har fått gjennomslag. Han framhevar det sosiale samspelet, der ein lærer gjennom refleksjon, drøfting og dialog omkring felles handlemåtar lag med andre som viktige element i ein lærande organisasjon. Senge (2004) skildrar fem områder han kallar disiplinær, og desse er: systemtenking, personleg mestring, mentale modellar, å skape felles visjonar og til sist gruppelæring. Han skriv at desse disiplinane er viktige ilag for at det skal førekomme læring mellom individa i organisasjonen og ikkje berre hjå den einskilde. Senge (2004) skildrar desse som personlege disiplinær som dreier seg om korleis vi tenker, kva vi ynskjer, korleis vi samhandlar og lærer ilag med andre.

Systemtenking er i følge Senge (2004) ein disiplin for å oppfatte heilskap og å ha kunnskap om og forståing for roller, aktivitetar, prosessar og strukturar i organisasjonen. I ein kommune handlar dette om å ha kunnskap om og forstå heile organisasjonen som heilheit. Senge (2004) skildrar denne disiplinen som eit «begrepsmessig skjelett» og at den er hjørnesteinen i ein lærande organisasjon. Han skriv at personleg mestring handlar om den einskilde arbeidstakar sin evne og vilje til læring og mestring av nye ferdigheter og kunnskap. Ein lærande organisasjon er avhengig av at alle medlemmar har evne og vilje til å lære, og at organisasjonen må jobbe målbevisst for å utvikle denne disiplinen (Senge (2004)). Mentale modellar handlar ifølge Senge (2004) om den einskilde si forståing av korleis organisasjonen fungerer, ein felles visjon er viktig for felleskaps følelsen i organisasjonen som gjer retning for arbeidet. Og han skriv at i ein lærande organisasjon betyr gruppelæring at alle medlemma i gruppa skal lære av kvarandre.



Øgar og Hovland (2004), skriv at dei uheldige hendingane må identifiserast og meldast slik at dei kan takas tak i og at kulturen i organisasjonen må vere tilstrekkeleg open, audmjuk og sjølvevaluerande for å fremje læring. Vidare skriv dei at det må lagast praktiske ordningar for melding og vurdering av hendingane, og at desse ikkje må vere for omstendelege og byråkratiske. Leiinga må sikre at årsaksforholda blir avdekt, og at reaksjonane har eit innhald og ei form som stimulerer til læring og ønska åtferdsending. Viktige moment i læringsprosessen etter uheldige hendingar og avvik er i følgje Øgar og Hovland (2004) at ansvaret for kvalitetsforbetring ligg ved dei ulike einingane og at det er leiinga sitt ansvar. Difor er det viktig at flest mogleg feil, nesten uhell og klager vert ført tilbake til verksemda og finn si løysing der.

### **2.5.2 Femtrinnsmodellen**

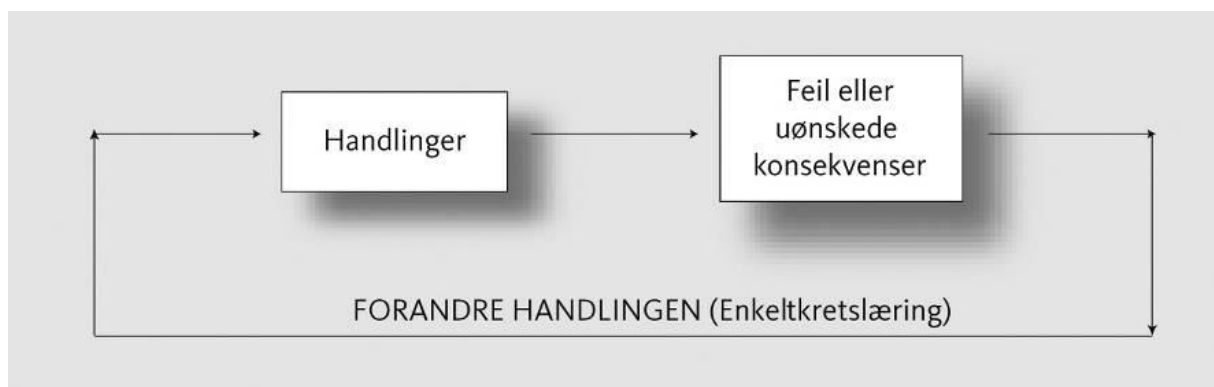
Irgens (2007) skildrar læringsprosessen i fem trinn, han har utvikla Forsberg, Lundmark og Wåglund (1989) sin firetrinnsmodell og kalla det femte trinnet organisatorisk læring. Modellen eg viser til er noko forenkla, men eg vil nytte den for å vise at avvikssystemet kan føre til læring både på system og individnivå. Det første trinnet i modellen er påverknad, som er ein føresetnad for å lære. Som tilsett vil opplæring vere ein situasjon der ein vert påverka, ved å bli presentert for nye omgrep og dei oppgåvene som skal utførast på arbeidsplassen. Det neste trinnet er innlæring, som handlar om å reprodusere og forstå den kunnskapen som er formidla. Det tredje trinnet er å utvikle kunnskap som skjer ved at ein koplær ny kunnskap med eksisterande tankemønster. Og det fjerde trinnet i modellen er å anvende kunnskap ved å bruke det ein har lært. Det femte trinnet er organisatorisk læring som er overgangen frå individuell til kollektiv læring. Det vil seie at læring blir organisatorisk når medlemmane i organisasjonen endrar sine handlingsteoriar og utfører arbeidsoppgåver på ein ny måte uavhengig av den som først tileigna seg kunnskapen (Irgens, 2007).

Vidare skriv Irgens (2007) at sjølv om tilsette skriv avvik og melder i frå om hendingar er det ikkje sikkert at det fører til forbetring og varig endring i organisasjonane. Det første trinnet er i følgje Irgens (2007) å erkjenne at forholdet er kritikkverdig og må rettast opp i. Vidare skriv han at er det enkeltstående hendingar kan det vere nok å rette opp feilen på staden, men nokon gonger har hendinga kanskje blitt ein del av kulturen, den har oppstått over tid

og har kanskje blitt dyssa ned og bagatellisert. For å få ei varig endring på kritikkverdig praksis som har pågått over tid, må ein sjå på kvifor hendinga oppstår og ikkje på einskilde hendingane om ein ynskjer at det ikkje skal skje på nytt (Irgens, 2007).

### 2.5.3 Enkeltkrets og dobbelkretslæring

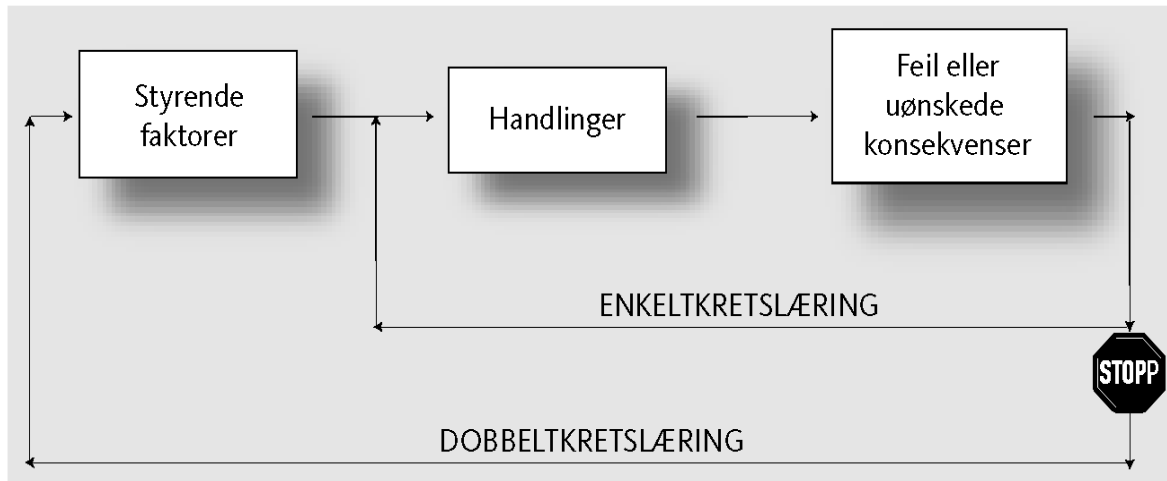
Irgens (2007) gjer også greie for Argyris (1990) sine teoriar om enkelkretslæring og dobbelkrets læring. Denne teorien ser også på individuelle og organisatoriske årsaker som kan ligge til grunn for at tilsette og organisasjonen ikkje dobbelt og enkelkretslærer. Enkelkretslæring vil seie at ein ser på feil eller uønskede konsekvensar av ei hending og tilpassar åtferda eller organisasjonen med omsyn til dette.



Enkelkretslæring (etter Argyris, 1990)

Enkelkretslæring er ei justering av det vi allereie gjer. I følgje teorien er det alltid nokon styrande føresetnader som bestemmer om vi oppnår ønska resultat. Om ein ikkje oppnår det resultatet ein ynskjer kan ein i følgje Argyris (1990) velje å justere handlingane slik at resultatet der og då blir som forventa. Modellen viser at vi er på rett veg, alt vi treng å gjere er å justere litt, endre på målsetjingane i planen vår eller setje i saman arbeidsoppgåvene annleis, til dømes sørge for at maskina som produserer feil får ein ny del. Det openbare problemet vart løyst utan at ein gjekk inn i dei grunnleggjande føresetnadane (Argyris 1990).

Doppelkretslæring ser vi i følgje Argyris (1990) når ein undersøker årsakene til at problemet eller utfordringa oppsto og gjer noko med føresetnadane.



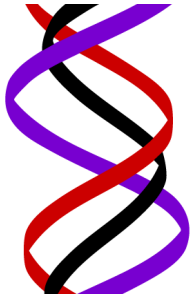
### Dobbeltkretslæring (etter Argyris, 1990)

Dobbeltkretslæring er meir krevjande og tilsette kan utvikle både kollektive og individuelle forsvarsmekanismer (som illustrert ved stoppskiltet i fig.) desse hindrar ein i å fokusere på førsetnader når ein ikkje oppnår ønska resultat. Argyris (1990) hevdar at alle organisasjoner inneheld innøvd kompetanse og organisasjonsmessige forsvarsrutiner og dei uheldige konsekvensane som fylgjer av disse. Vidare skriv han at dei utviklar seg med utgangspunkt i korleis vi som einskildindivid handterer situasjonar som er ubehagelege for oss, og etter kvart pregar dei gruppa vår og måten vi som arbeidsfellesskap fungerer. Det er då forsvarsrutinene er blitt organisatoriske og ikkje berre individuelle. Om ein person eller organisasjon kan lære gjennom å endre på føresetnadane kallast det dobbeltkretslæring (Argyris 1990).

### 2.5.4 Trippel heliks modellen

Organisatorisk læring er i følgje Aase (2010) prosessar for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innan organisasjonen og på tvers av organisasjonsgrenser. Forsking innan organisatorisk læring har dei siste ti åra fokusert på betydninga av praksis, kollektiv refleksjon og dialog og retta fokuset frå det einskilde til kollektive. Swart and Pye (2002) har utforma ein modell som kan hjelpe oss til å forstå og utvikle den kollektive tause kunnskapen i ein organisasjon, denne er kalla trippel heliks modellen. Den er illustrert ved hjelp av tre

trådar, som er avhengige av kvarandre. Heliks er det greske ordet for ei kurve som har jamn stiging og trådane har heile tida den same avstanden frå ei tenkt midtlinje.



Dei tre trådane illustrerer

- Hending/erfaring
- Kreativ dialog
- Kollektiv praksis

(Swart og Pye, 2002)

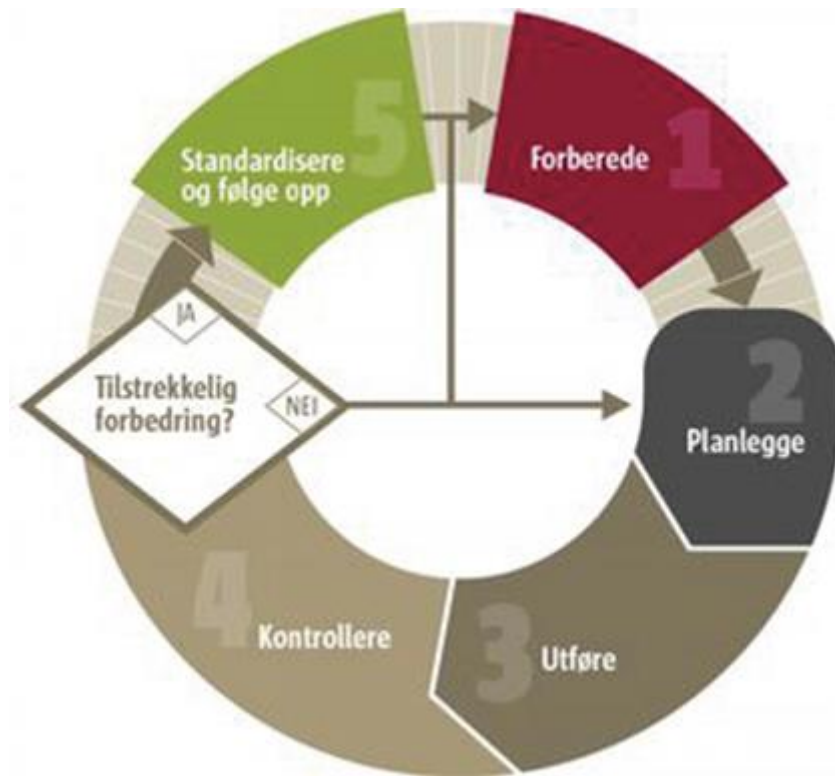
Hending/erfaring: uttrykkjer individuell kunnskap knytt til bestemte hendingar eller erfaringar. Det finnast mange ulike skildringar knytt til ei einskild hending eller erfaring, og ofte varierer det frå person til person.

Kreativ dialog: er ein aktiv refleksjon over dei ulike skildringane av hendingane/erfaringane, individuelt eller kollektivt. Og i dei kollektive prosessane er det viktig at representantar frå dei ulike perspektiva samlast.

Kollektiv praksis: handlar om å fylgje opp aspekt frå den kreative dialogen og endre eigen eller fellesskapet sin praksis, relatert til dei ulike hendingane/erfaringane (Swart og Pye, 2002).

Ein organisasjon sin moglegheit til å lære er avhengig av desse tre elementa, det betyr at om helsetenesta skal bli ein lærande organisasjon bør dei sørge for at læringsaktivitetane i ein organisasjon eller i avdelinga må inkludere områda, erfaring, dialog og praksis (Aase, 2010). Ein ideell tilnærming til førebygging av uheldige hendingar er å sjå på hendingane som symptom og kjelder til informasjon om bakanforliggende årsaker og korleis konkrete arbeidsoperasjonar fungerer. Uheldige hendingar kan difor vere nyttige verktøy for å definere risikoforhold i ulike arbeidsoperasjonar og nyttast til å lære korleis ein kan førebygge skade (Edmondson 2004, Johnstone og Kanitsaki 2005, Morath og Turnbull 2005, Reason 2000, i Aase 2010).

### 2.5.5 Demings sirkel



Demings sirkel viser på ein forenkla måte korleis systematisk styring og forbetningsarbeid kan nyttast i arbeidet med å få til kontinuerleg forbetring i organisasjonen. Den er forklart som ein sirkel der det eine momentet fører til det neste og inneheld desse punkta:

- Førebju: Vi erkjenner behovet for forbetring, ser at der er manglar eller feil og klargjer kunnskapsgrunnlaget og forankrar forbetningsarbeidet.
- Planlegge: Vi set mål for det vi ynskjer å oppnå, kartlegg noverande praksis og finn forbetringstiltak.
- Utføre: Vi gjer det vi har planlagt.
- Kontroll: Vi undersøke om det vi gjorde verka slik vi ynskte.
- Standardisere og følgje opp: Vi standardiserer ny praksis, sikrar vidareføring og spreier forbetring.

(Kilde: Nasjonalt Kunnskapsenter for helsetjenesten)

Tenkinga bak strategien frå Sosial- og helsedirektoratet (Meld. St.10. (2012-2013)) er at forbetningsarbeidet skal gå kontinuerleg. Og omgrepet sirkel fordrar at dette arbeidet skal gå kontinuerleg og vere ein integrert tankegang i det daglege arbeidet hjå tenesteytar og leiar (Sosial og helsedirektoratet, 2005).

## **2.6 Kulturen i organisasjonen**

Kulturen på arbeidsplassen spelar ei viktig rolle for å ha eit godt læringsmiljø. Aase (2010) viser til Helmreich og Merrit (2001) sin definisjon av kultur «*som ei samling individuelle verdiar og gruppeverdiar, samt haldningar og praksis som styrer gruppemedlemmane si åtferd*». Vidare skriv Aase (2010) at for å oppnå ein kultur med fokus på pasient tryggleik, må leiinga vere opptatt av å diskutere og lære av uønskte hendingar, og at kulturen i organisasjonen bør vere basert på gjensidig tillit og respekt. Irgens (2007) skriv i si bok om organisasjonar at kulturen i ein organisasjon kan forståast som det settet av normer og verdiar som utviklar seg ved at menneska i organisasjonen samhandlar med kvarandre og omgjevnadane. Vidare hevdar han at dei som har den same forståinga av kulturen vil ein ha ei lik verkelegheitsoppfatning, og oppfatte den som så sann at dei ynskjer å overføre den til nye som kjem til.

### **2.6.1 Rapporteringskultur**

Reason (1997) hevdar at om ein rapporteringskultur er verknadsfull kjem an på og dreier seg om korleis ein organisasjon handterer skuld og straff. Han skriv at det ikkje er ei lett oppgåve å overtale folk til å rapportere avvik og nestenuhell, spesielt dersom det medfører å røpe deira eigne feil. I følgje Reason (1997) vil det å vere open og tilstå ikkje vere det første ein person ynskjer å gjere etter å har gjort ein feil. Dette er spesielt om dei er skeptiske til kva som vert gjort med handteringa av informasjonen og rapporteringa i ettertid og om det var verdt det ekstra arbeidet. Eit annan moment som Reason (1997) framhevar er at den tilsette fryktar at rapporteringa vil medføre ekstra arbeid, mistillit, problem for seg sjølv eller kollegaer i form av negativ tilbakemelding og dermed ikkje melder i frå om kritikkverdige forhold.

Men presset etter å vere ufeilbar kan i følgje Aase (2010) medverke til å ikkje vere ærleg i form av at ein ynskjer å skjule dei feila ein har gjort og ikkje innrømme dei. Ho skriv at nesten alle helsearbeidarar opplever å gjere feil som skadar pasientar i løpet av sin karriere, men ikkje alle innrømmer, deler erfaringa og lar andre lære av hendingane. Øgar og Hovland (2004) skriv at det må etablerast ein kultur der rapportering av avvik er vanleg og at fokuset er på å nytte avviket til systematisk kvalitetsforbetring av helsetenesta og ikkje til å peike ut syndebukkar. Ved eit einssidig personfokus kan den tilsette av frykt for negativ tilbakemelding la vere å melde feil, nesten uhell og uheldige hendingar (Kroll , Singleton & Jones, 2008). Aase (2010) hevdar at det viktig at ein bygger opp læringsaktivitetar rundt viktige faglege problemstillingar og at ein skaper ein læringskultur for dei tilsette. Vidare skriv ho at tilsette må kunne handle med ein kalkulert risiko for å gjere feil. Å ha mot til å erkjenne feil er ein føresetnad for ein ansvarleg praksis som skapar moglegheit for endring (Aase 2010).

Ei kulturendring kjem ikkje av seg sjølv, Hjort (2007) skriv at endringane må arbeidast med over tid og forankrast frå leiinga. Vidare skriv han at det er viktig at heile organisasjonen er samla om ein felles visjon for å skape ein god kultur med fokus på tryggleik for pasientane.

### **3.0 Design og metode**

Eg vil i dette kapitlet gjere greie for forskingsprosessen i dette studiet. Det omfattar vitskapleg ståstad, førebuing, datainnsamling og analyse av materialet. Eg vil skildre metodevalet og korleis datainnsamlinga er gjennomført og til sist det praktiske analysearbeidet. Eg vil vurdere validitet generelt og der eg finn det naturleg som ein del av drøftinga.

#### **3.1 Vitskap teoretisk ståstad**

Gjeldande for all forskning er at metoden skal tilpassast formålet. Det vil seie at ein vel den metoden som ein meiner er best eigna til å utforske, eller til å svare på forskingsspørsmålet (Malterud, 2013). Problemstillinga for dette studiet er korleis tilsette i kommunehelsetenesta erfarer det å oppdage og rapportere avvik, og korleis dette kan bidra til læring og betre kvalitet på tenestene. Ein eigna måte for å studere personar si oppleving

er ein fenomenologisk tilnærming i form av kvalitative intervju. Kvalitative metodar nyttar seg av ulike strategiar for innsamling av data, men bygger i hovudsak på teoriar om menneskeleg erfaring (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk) (Malterud, 2013).

Eg vil innhente data i frå eit fokusgruppeintervju, noko som i følge Malterud, (2013) er *”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolking av de beskrevne fenomenene”*(s.134). Skildring av informantane si livsverd refererer til ein fenomenologisk framgangsmåte, medan fortolkinga av dei skildra fenomena er den delen av forskingsprosessen som forhold seg til hermeneutisk teori. Sidan desse vitenskaplege tradisjonane utgjer eit grunnlag for metodane innan kvalitativ forskning, ynskjer eg å gje ein kort presentasjon av dei her og vektlegge det som eg ser som relevant for fokusgruppeintervjuet. Målet med å innhente data ved hjelp av eit fokusgruppeintervju er å finne meiningsinnhaldet i eit fenomen slik dei opplevast av dei involverte (Malterud, 2013). I dette studie vil eg nytte ein hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming som ofte vert brukt når forskarspørsmålet søker etter meiningar ved eit fenomen for å få ei forståing av menneskelege erfaringar. Målet med denne metoden er å få ei djupare forståing av informantane sine daglegdagse opplevingar omkring problemstillinga.

### **3.1.1 Hermeneutikk og fenomenologi**

Hovudoppgåva innanfor hermeneutikken er å utvikle ei forståing av konkrete menneskelege forhold og sosiale strukturer og aktiviteter (Nyeng 2004). Den hermeneutiske tradisjonen legg vekt på ei forktoalkande tilnærming til både menneske og samfunn, medan fenomenologien representerer ei forståing der menneske sine erfaringar reknast som gyldig kunnskap (Malterud, 2013).

Malterud (2013) skriv at ved å velje eit hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv vil det krevje at forskaren gjer greie for ei fordomsfri skildring som skal føre fram til ny kunnskap. Forskaren må erkjenne sitt tyngdepunkt mellom skildring og tolking for å vere klar over kva som ligg bak fortolkingane og kva som kan ha påverka resultata. Mitt mål i denne forskingsprosessen er å undersøke korleis tilsette i helse og omsorgstenestene erfarer avvikshandsaminga i kommunen, og korleis denne prosessen fører til læring og betre kvalitet på tenestene. Eg vel difor eit hermeneutisk-fenomenologisk ståstad.



### **3.1.2 Ein hermeneutisk-fenomenologisk metode for forskning på levd erfaring.**

Lindseth og Norberg (2004) utvikla denne metoden med eit formål om å undersøke kva som er med på å påverke helsepersonell sine avgjersler og handlingar. For å finne ut dette, var dei ynskte dei å høyre om etiske vanskelege situasjonar personar hadde erfaringar i frå via intervju. Metoden legg difor opp til at ein i intervju får personar til å fortelje om hendingar og situasjonar, og refleksjonar over desse (Lindseth og Nordberg, (2004). Forteljningane vil ha aspekt ved opplevinga som er vesentlige, samtidig som dei kan være tatt for gitt av personen sjølv, og difor ikkje vil bli formidla på noko anna måte. Eg vil difor i min studie prøve å få fram nokre konkrete forteljningar om hendingar informantane har opplevd i eit fokusgruppeintervju. Metoden er fenomenologisk i form av at fokuset for forskinga er på levd erfaring, med det formål å få fram essensen ved den levde erfaringa. Kvale og Brinkmann (2009) skriv at kunnskapen vert utvikla i interaksjon mellom intervjuar og informanten. Det vil difor vere viktig for meg å gje informantane sine opplevingar og erfaringar stor plass i prosjektet.

## **3.2 Val av fokusgruppeintervju som forskingsmetode**

Den kvalitative metoden vert sett på som godt eigna om ein skal freiste å få forståing av sosiale fenomen i form av korleis menneske fortolkar den sosiale verkelegheita (Jacobsen, 2005). Metoden eg ynskjer å nytte er fokusgruppeintervju og på denne måten vil eg få tilgang til datamateriale i form av ord, setningar og forteljningar. Eg vil få høve til å få fram informantane sine refleksjonar og erfaringar rundt avvikshandteringa i kommunen og om dei tykkjer at det fører til læring. Fokusgruppediskusjonar kan mobilisere assosiasjonar og fantasi, ved at gruppedynamikken bidreg til å skape forteljningar (Malterud, 2013). Ved denne tilnærminga ynskjer eg å få fram informantane sine oppfatningar og refleksjonar av problemstillinga.

### **3.2.1 Utval**

For å skaffe data som kan svare på problemstillinga, vil utvalet bestemme kva vi har grunnlag for å seie noko om. I denne studien er utvalet informantane i fokusgruppeintervjuet, tilsette

i helse- og omsorgstenestene i kommunen. Malterud (2013) skriv at vi må sikre at utvalet gjev oss data om det fenomenet vi vil utforske og at den kunnskapen er gyldig og innan rekkevidde. Vidare skriv ho at eit strategisk utval er sett i saman med eit mål om at materialet på best mogleg måte kan belyse den problemstillinga vi ynskjer å ta opp. Ved å nytte eit strategisk utval med vekt på mangfald, vil ein få tilgang til materiale som gjer ny kunnskap eller opnar opp for nye spørsmål (Malterud, 2013).

Gjennom forskingsprosessen måtte eg ta nokre omvegar for å få tilgang til det utvalet eg var ute etter. Først tenkte eg å intervju einingsleiarane frå ulike avdelingar i ein kommune for å undersøke om dei opplevde at avvikshandtering førte til læring hjå dei tilsette. Men etter kvart såg eg at eg ville få eit betre bilete av læringsprosessane ved å intervju tilsette i kommunehelsetenesta om deira oppleving av det å oppdage og rapportere avvik.

Eg skreiv eit informasjonsbrev om prosjektet (vedlegg 1), dette leverte eg ut til ei avdeling i den valde kommunen. Eg deltok på eit personalmøte på denne avdelinga og fortalde om prosjektet og inviterte tilsette til å ta kontakt for å delta på intervjuet. Det var ingen som melde seg i møtet eller tok kontakt i etterkant. Då presenterte eg prosjektet på eit leiarmøte og fekk hjelp frå leiarane frå dei ulike avdelingane til å velje ut aktuelle informantar. Eg avtalte dato og tidspunkt for intervjuet og leiarane vidareformidla informasjonsbrevet til dei aktuelle personane. Informantane hadde via informasjonsbrevet fått i oppgåve å skrive ned eit avvik dei hugsa godt og som dei skulle presentere i fokusgruppeintervjuet.

Kriterier for utvalet i fokusgruppeintervjuet var at informantane skal ha vore tilsett i kommunen i meir enn eitt år og at dei arbeider over 50 % stilling. Det var og eit ynskje at det var variasjon i gruppa i høve utdanning og erfaring. Utvalet besto av 7 kvinner, med utdanning som sjukepleier, hjelpepleier og omsorgsarbeider alle fast tilsett i kommunen.

### **3.2.2 Fokusgruppeintervju**

Eit intervju er i følgje Kvale og Brinkmann (2009) ei samtale som har ein viss struktur og hensikt. Eit viktig forarbeid i prosessen er å førebu intervjuet ved å formulere formålet med undersøkinga og klargjere kva tema ein ynskjer å vite meir om, i tillegg til å lage ein plan for dei spørsmåla ein vil stille og kva teknikk ein vil bruke under intervjuet (Kvale og Brinkmann

2009). Vidare skriv dei at om ein har førebudd intervjuet godt, vil ein få høgare kvalitet på intervjumaterialet og det vil vere lettare å behandle intervjuet i etterkant.

I denne prosessen utarbeida eg først ein intervjuguide til fokusgruppeintervjuet som eg delte inn i fire emne. Eg planla at informantane skulle starte med å fortelje om eit avvik dei hugsar god, etter kvart i intervjuet skulle eg innom dei ulike emna i intervjuguiden som var:

1. Kva avvik informantane meiner er viktige.
2. Avvikshandsaming i kommunen og korleis informantane opplever denne prosessen.
3. Om Informantane har opplevd rutineendring etter melde avvik
4. Kva kommunen oppnår med denne prosessen.

Som underpunkt til kvar del, skreiv eg opp stikkord til støtte (vedlegg 2).

Eg valde å utføre eit individuelt prøveintervju med ei venninne, for å få teste spørsmåla og opptaksutstyret. Erfaringane frå dette prøveintervjuet var at opptaksutstyret fungerte bra, men eg justerte spørsmålsformuleringa til ei meir open formulering. Under fokusgruppeintervjuet var rettleiaren min med som observatør og tok notater. På slutten av intervjuet stilte ho oppfølgingsspørsmål, dette var til god hjelp og førte til at meir nytting informasjon vart formidla. Intervjuet varte i 90 minutt og blei gjennomført uforstyrra på eit møterom. Informantane snakka ein om gangen og eg opplevde at dei svarte ærleg på spørsmåla eg stilte. Eg er tilsett i same kommunen, men arbeider ikkje i nokon av dei einingane som informantane gjer. Likevel kjenner eg kommunen og rutinane godt, og nokre av dei døma som var nemnde hadde eg høyrte om tidlegare. Eg følte ikkje at det bremsa informantane på nokon måte, heller at samtala fekk ein kvardagsleg karakter og informantane delte ope og ærleg sine erfaringar. Men det å ha med ein utanforståande erfarte eg som ei styrke for intervjuet. Rettleiaren min stilte oppfølgingsspørsmål og oppmoda informantane om å fortelje meir utdjupande omkring emne som var kjende for meg som kjenner tilhøva i kommunen betre. Informantane representerer ulike einingar innan helse og omsorgstenestene. Eg oppfatta dei som lojale mot sine avdelingar når dei delte sine opplevingar og erfaringar om temaet avvikshandtering og læring.

### 3.2.3 Analyse

Malterud (2013) skriv at refleksivitet og systematikk er ein føresetnad for at analysen skal føre til vitskapleg kunnskap. Vidare skriv ho at analysen skal bygge ei bru mellom rådata og resultat, ved at materialet blir organisert, fortolka og samanfatta. I analysedelen ynskjer eg å nytte systematisk tekstkondensering som i følgje Malterud (2013) eignar seg for utvikling av beskrivingar av fenomen.

For å sikre at erfaringane som informantane delte med meg får nok plass i analysearbeidet har eg følgd Malterud (2013) sin modell for systematisk tekstkondensering. Denne analysen vert gjennomført i fire trinn der det første er å få eit heilheits inntrykk, andre trinnet er å identifisere meiningsdannande einingar, i det tredje skal ein abstrahere innhaldet i dei enkelte meiningsdannande einingar, og til slutt samanfatta betydninga av dette (Malterud 2013).

Utgangspunktet for analysen er det transkriberte intervjuet som utgjer rådata, og utifrå dette har eg jobba med å kode og kategorisere funna. Først las eg igjennom heile intervjuet for å få ei heilskapleg oversikt. Eg organiserte materialet i meiningsberande einingar, trekte ut den delen av materialet som er relevant og som eg ønskte å sjå nærmare på. Eg gjekk i gjennom materialet linje for linje og fann meiningsberande einingar og koda dei. Kodane vart justert og endra undervegs. Neste steg var å gje kodane meinig, eg sorterte gruppene, delte dei opp og laga undergrupper der eg vurderte at det var naudsynt, desse undergruppene kallar Malterud (2013) subgrupper. Dette var eit tidkrevjande arbeid og eg gjekk heile tida tilbake til råmaterialet for å sjå om det var noko som eg hadde valt vekk og kunne bruke likevel. Sidan omsette eg dei meiningsberande einingane til ei meir generell form og brukte eg form, Malterud (2013) kalla dette for kondensat. Teksten skal gjenfortelje og samanfatta det som kjem innunder den aktuelle subgruppa. På denne måten kom eg fram til overordna tema. Dei overordna tema vart og vurdert opp mot teksten for å sjå om fortolkinga var rett. Til sist skreiv eg materialet om til analytisk tekst som skal syne resultatata i forskingsprosjektet og eg freista å formidle essensen frå fleire historier i teksten.

### **3.3 Forskingsetiske vurderingar**

Forsking på menneske eller på menneskelege erfaringar har moralske sider. Kvale og Brinkmann (2009) framhevar tre områder som krev særskilde etiske vurderingar. Det første er kravet om informert samtykke. Informantane fekk skriftleg informasjon om hensikta med studiet og korleis det var tenkt gjennomført. I informasjonsskrivet vart det og presisert at informantane kunne trekke seg frå studien utan å gje opp noko årsak. Det andre området er konfidensialitet. Den som blir intervjuet må ikkje kunne identifiserast av andre. I denne studien var det ikkje noko poeng å gjere kjent arbeidsstad, ansiennitet, eller andre personalia. Kjønn og utdanning vert nemnt i innleiinga i oppgåva, men kan ikkje knytast til funna eller kjennast att seinare i oppgåva. Det tredje området som i følge Kvale og Brinkmann (2009) krev etiske vurderingar er konsekvensane det kan få for informantane å delta. Eg meiner at denne studien ikkje risikerer nokon stor ulempe for deltakarane sjølv om ein intervju situasjon ofte vil setje i gang tankeprosessar rundt eigne handlingar. Alle informantane fekk tilbod om å ta kontakt i etterkant dersom det var noko meir dei ynskte å formidle.

Eg ynskjer å presisere at dette er eit studie på tilsette sine opplevingar og ikkje på pasientar. I forkant av studiet sende eg inn søknad til NSD (norsk samfunnsvitenskapleg datatjeneste) men sidan det ikkje føreligg lister med namn som kan knytast til intervjuar eller transkripsjonen var det ikkje naudsynt med ein utvida søknad. intervjuopptaket er forsvarleg ivareteke og vil bli sletta ved godkjent eksamen. Intervjuutskrifta er også anonymisert og inneheld ikkje referansar til personar eller stader.

#### **3.3.1 Å forske i eige praksisfelt:**

Eg kjenner den valde kommunen godt, og nokre av informantane kjenner meg frå tidlegare arbeidsforhold eller andre relasjonar. Men eg har ikkje direkte kontakt med nokon av dei i mitt arbeid på noverande tidspunkt. Dette er ein forholdsvis liten kommune med små forhold og fleire av informantane kjenner kvarandre frå ulike samanhengar.

Malterud (2013) skriv at dersom ein utfører fokusgruppeintervju med utgangspunkt i allereie eksisterande grupper, vil samtalen ha ein meir kvardagsnær kvalitet enn i eit individualintervju eller om informantane ikkje har møtt kvarandre før (s.186). Vidare skriv ho

at mange reknar dette som ei styrke for den interne validiteten. Dersom moderator er ein del av dette fellesskapet er det lettare å avdekke dei skjulte spelereglane i gruppa (Malterud 2013). Eg kjenner organisasjonen godt og har arbeidd i kommunen i mange år, dette gjorde til at eg kjende att nokre av dei eksempla som vart fortalde i intervjuet og lettare kunne stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuet fekk ein kvardagsleg karakter og eg kunne ta omsyn til den einskilde ved å stille oppfølgingsspørsmål og oppmuntre informantane til å dele erfaringar. Nyeng (2004) skriv at å forske i eigen organisasjon har klare utfordringar med omsyn til objektivitet, men treng ikkje alltid vere av negativ karakter. Han skriv vidare at fordelene er at vi veit kvar vi skal hente informasjon og at vi har med oss erfaringar som kan bidra til at vi betre forstår korleis informantane opplever sin arbeidskvardag.

### **3.4 Intern og ekstern validitet**

Kvale og Brinkmann (2009) skriv at validitet er den grad ein metode undersøker det den er meint til å undersøke, og om våre observasjonar faktisk reflekterer dei fenomena som vi ynskjer meir informasjon om. Det betyr at eg meiner at den metoden eg nyttar i form av fokusgruppeintervju kan gje kunnskap om tilsette i kommunehelsetenesta sine erfaringar med avvikshandsaming. Kvale og Brinkmann (2009) skriv at ingen kunnskap er allmenngyldig, det vil seie at den ikkje er gjeldande under alle omstende. I ein kvalitativ studie er det få personar som blir intervjuet og desse kan oppleve sin livsverden på ulike måtar. Det er eineståande historier som ikkje kan generaliserast, men i følgje Kvale og Brinkmann, (2009) er det viktige funn som bidreg til innsikt og forståing av informantane sin situasjon. Eit vilkår for gyldigheit er at det er «ein raud tråd» imellom problemstillinga som skal belyst saman med aktuelle teoriar, metoden og dei data som fører fram til kunnskapen.

Materialet eg presenterer i denne studien er ikkje unikt, mange innan helse og omsorgstenestene vil kjenne seg att i forteljningane og i funna i oppgåva, både frå eigen og andre sin arbeidspraksis. Om resultatane er pålitelege kan i følgje Jacobsen (2005) vere påverka av sjølv undersøkingssopplegget. Difor må ein alltid vere kritisk til og klar over at det finnast mange forhold som påverkar resultatane. Uklare spørsmål, relasjonar og konflikter mellom informantane kan vere forhold som påverkar resultatane. Eg prøvde å opptre nøytralt og ikkje stille ledande spørsmål, men mi rolle kan likevel ha vore med å påverke resultatane. Ved at eg

kjenner systemet, har interesse for problemstillinga og ser at der er behov for meir kunnskap ikring temaet, stiller det krav til at eg er objektiv og bevisst open for dei utalingar som kjem. Kvale og Brinkmann (2009) skriv at forskaren sin moralske integritet, sensitivitet og engasjement vil ha betydning for kvaliteten av den vitenskaplege kunnskap som til slutt leggast fram.

Den eksterne validiteten vil i følge Kvale og Brinkmann (2009), vere den grad resultatane kan overførast til andre utval og situasjonar. Eg trur at erfaringane dei tilsette i helse og omsorgstenestene i denne kommunen vil vere nokså likt det andre opplever i tilsvarende kommunar og håpar at dei funna som kjem fram i undersøkinga vil kunne generaliserast. I denne prosessen har eg undervegs i analysen diskutert teksten med rettleiaren min for å sikre relevans og vitenskaplegheit.

## **4.0 Presentasjon av funn**

I dette kapitlet ynskjer eg å vise hovudfunna frå fokusgruppeintervjuet. Datamaterialet vert presentert innanfor fire ulike kategoriar som er: medikamentavvik, avviksmelding som dokumentasjon om kritikkverdige forhold, læring på individ og systemnivå og rapporteringskultur. Desse områda syner dei tilsette i kommunehelsetenesta sine erfaringar i prosessen med å oppdage og rapportere avvik. Vidare vil desse områda synleggjere korleis avvikshandsaming kan føre til læring og forbetring av kvaliteten på tenestene.

### **4.1 Medikamentavvik**

I dette delkapitlet skildrar eg resultatane som omhandlar avvik knytt til medikament. Ved gjennomgang av halvt års rapportar frå melde avvik i den valde kommunen, såg eg at hovudtyngda av rapporterte avvik gjaldt administrering av medikament. I fokusgruppeintervjuet uttalte fleire av informantane at mange medisinaavvik gjaldt utlevering av medikament, ved at tablettar låg att i dosetten, vart gitt til feil tidspunkt eller tablettar datt på golvet ved utdeling.

*«Det har lege att medisin i dosetten - ein tablett kanskje, ein liten, som er vanskeleg å sjå»*

Eit anna avvik er at pasienten ikkje har fått medisinen til rett tid, til dømes at morgonmedisinen ikkje vert gjeven før utpå dagen. Informantane fortalde at ei årsak til dette er at pasientar sto seint opp eller at det er mange som skal ha medisin innanfor det same tidsrommet. Det vart nemnt at i heimetenesene der tilsette må køyre for å komme fram til pasientane, var det vanskeleg å rekke ut til alle innanfor tidsramma som var før klokka ti på føremiddagen.

*«brukarane får.... medisinen for seint om morgonen, vi rekk ikkje over alt før, vi har ei grense på ti vel ti, då skal vi ha gitt alle morgonmedisinen»*

To av informantane fortel at dersom nokon skal ha medisin fleire gonger for dag, med eit visst tal timar imellom, er det lett å gløyme den neste dosa som må forskyvast tilsvarande om den første dosa vert gjeve for seint.

*«Vi har hatt ein del avvik der middagsmedisinen ikkje har blitt gitt fordi dei nettopp har fått frukostmedisinen og så er ikkje det blitt rapportert i vaktskifte at pasienten skal ha middagsmedisin til kaffien. Og når kveldsvakta skal lage til kveldsmedisinen oppdagar ein at middagstabletten ligg att».*

Det kom fram i intervjuet at det var ulike meiningar om korleis avvika skulle handterast og følgast opp i etterkant. Nokon av informantane uttalte at det var den personen som hadde utført handlinga som måtte forbetre seg, medan andre meinte at det var manglande rutinar som var årsaka til at avviket oppsto. Informantane fortalde at dei instruerer seg sjølve med å tenkje at dei må skjerpe seg og sjekke ein gong til ved utdeling. Vidare fortalde dei om rutineendringar som var sett i verk, ved at kveldsvakta alltid sjekkar medisinskåpet når dei byrjar på vakt og at tablettar skal takast ifrå medisinbeger og ikkje handa til pasienten. Informantane gjev uttrykk for at medikamentavvik har stort fokus og er det dei avvika som blir prioritert om ein ikkje får tid til å skrive alle avvika.

## **4.2 Avviksmelding som dokumentasjon om kritikkverdige forhold.**

Nokre av informantane seier at dei er bevisste på å skrive avvik for å dokumentere manglar på arbeidsplassen. Døme på dette er utstyr som ikkje fungerer eller at ein ikkje er nok personar på vakt. Dei fortel at dei skreiv avvik om det var oppgåver som ikkje vart utført på



grunn av manglande personale, om det har oppstått situasjonar på arbeidsplassen slik at ein ikkje har fått tid til å gjere alle oppgåvene.

*«eg skreiv avvik på at pasienten ikkje fekk dusje på sin dusjedag, vi fekk ikkje inn vikar den dagen».*

Ein informant hadde erfaring frå sin arbeidsplass at eit sparetiltak var å leige inn kortare vakt ved sjukdom. Dette medfører at rapporteringsrutinane må endrast og ho fortalde at det har hendt at informasjon om pasientane ikkje har blitt formidla vidare. Informanten uttaler *«eg føler at det blir så mykje sparing at det blir så mykje avvik»*. Ei anna fortel om ein episode der ho fekk beskjed frå leiinga om at det ikkje var meldt avvik på situasjonen tidlegare og dermed vart det ikkje vurdert som at det var behov for å setje inn tiltak. *«Når vi har... heldt på å seie, klaga på ting so får vi beskjed om i frå kommunen at, vi ser ikkje eit avvik om da, så då kan da ikkje vere så gale»*.

Informantane fortel at ved å melde ifrå om praktiske høve som at det var observert mus på kjøkkenet eller dører som har gått i lås, vert det sett i gang tiltak ganske fort. Ein episode som vart fortald var at ei dør med kodelås gjekk i lås ved straumbrot, og ei avdeling vart delt av frå resten av huset. Informanten fortel at dette avviket vart prioritert fort og vart ordna opp i same kveld. Det kom og fram at det er viktig å registrere effekten av tiltak, for å gje signal til leiinga dersom tiltaket ikkje hadde den ønska effekten.

### **4.3 Læring på individnivå.**

Informantane er kjende med at hovudtyngda av avvik som er registrerte i kommunen gjeld medikament. Dei fortel at dei er ekstra fokusert ved utdeling av medikament for å unngå at avvik skjer. Og fortel om kva dei sjølve gjer når dei skal dele ut medikament frå dosett.

*«Ein må skjerpe seg, og eg har lært at eg må sjå bakpå dosetten og telje tablettane før eg gjer medisin – og sjå på dosetten etter at eg har gjeve medisinen og»*

Informantane uttrykkjer at det er ei stor kjensle messig påkjenning å ha vore i ein situasjon der dei har hatt ansvar for ein pasient som har skada seg. Og uttaler at det er frå desse situasjonane dei har lært mest, enten avviket er alvorleg eller ikkje. I etterkant av slike avvik fortel informanten at dei er ekstra fokusert og skjerpa i arbeidsoppgåvene, og at dei tek

forhandsreglar for at det ikkje skal skje på nytt «*eg trur ein lærer mest av eigne avvik, dei ein har gjort sjølve, det er dei som sete i*».

Hendingane vart skildra som forferdeleg og ubehageleg og informantane seier at dei tenkjer mykje på episoden i ettertid. Alle tykte det var greitt å skrive avviket dei sjølve hadde vore ein del av og uttaler at det verste med hendinga er at pasienten blei skada. Informantane tek personleg på seg skulda for at situasjonen oppsto og kjem med utsegner som:

«- *det var veldig, veldig ubehageleg - eg synest det var forferdeleg, eg hadde jo påført han mykje ekstra, både smerte i etterkant av episoden og styr med lege*».

«- *eg var ikkje meg sjølv heile dagen og eg hadde det med meg lenge etterpå*»

«-*eg gjer det aldri att, heretter passar eg betre på*».

For å komme over hendingane seier informantane at dei søker støtte hjå kollegaer, og at det er godt å få snakke om situasjonen og få trøyst. Men fleire uttaler at dei saknar tilbakemelding frå leiar etter hendingane, og fortel at leiar ikkje alltid er informert. «*..for det er ikkje alltid ho veit om alt som føregår på avdelinga sant. For ein kan ikkje vente noko sympati tilbake når ikkje ho veit*».

Fleire uttalte at dei ikkje lærer like mykje avvik som vert gått igjennom på personalmøta og som ein ikkje har vore involvert i sjølv og uttaler: «*Men det som Guri gjorde i førre veke, det lærer eg ikkje så mykje av, sjølv om ho har skrive eit avvik*».

Når informantane skildrar avvik og uheldige hendingar som har oppstått på arbeidsplassen vert det presisert at dei vert skrive for at ein skal lære av det, ikkje for å straffe nokon. Som fleire av informantane uttaler: «*vi skal ikkje straffast, vi skal lære av det*».

#### **4.4 læring på system nivå - forbetningsarbeid**

Ein av informantane fortel at ho er med på å utarbeide statistikkar og lagar nye prosedyrar i etterkant av melde avvik. Ho er tilsett ved ei stor eining, ho kjenner systemet og rutineane godt og seier at det er vanskeleg å nå ut med informasjon til alle tilsette. Ein informant som arbeider ved ei mindre eining uttaler at det er lett å ha oversikt over avvika som oppstår og dei nye rutineane som vert innført. På hennar avdeling arbeider ein tett og snakkast ofte. Den

same informanten seier at det ikkje er vanskeleg å melde avvik og det er akseptert både å gje og få påminning om arbeidsoppgåver som er gløymde. *«Vi gjer beskjed til kvarandre når vi har gløymt noko».*

For å kontrollere at arbeidsoppgåvene er utført har fleire arbeidsplassar innført lister der dagens oppgåver er ført opp, informantane fortel at dei kryssar av når arbeidet er utført. Dersom dei ikkje får tid til alle oppdraga tek dei ei oppsummering i pausen og ber kollegaer om hjelp. Dei fortel at desse listene er til god hjelp for å sikre at alle oppgåvene vert gjort på vakta *«Det er no viktig med slike sjekklister når det er så mange i systemet, det går og på sin eigen del og dei du jobbar med at alle har gjort det dei skal».*

Fleire arbeidsplassar har innført nye rutinar i etterkant av melde avvik. Desse rutinane har personalgruppa diskutert seg fram til og informasjonen om endringane vert gjeve på personalmøta. Informantane fortel om fleire dømer på slike rutinar, blant anna at medisinvakt sjekkar medisinskåpet når dei byrjar på seinvakt for å sikre at alle får middagsmedisinen den dagen. Ei anna rutine som var innført er at dei tilsette ikkje gjev tabletar i handa til pasienten men at han skal ta dei ifrå eit medisinbeger.

Eit anna moment som kom fram under intervjuet er at praktiske tiltak for å sikre pasientane ofte vert sett i verk fort og informantane gav uttrykk for at avdelingane hadde gode rutinar på dette. Informantane fortalde at erfaring frå tidlegare avvik har ført til at dei handla raskt for å unngå at slike hendingar skjer på nytt. Døme på dette er å setje opp sengehest for å hindre at pasienten dett ut av senga eller å låse dører for å hindre at demente pasientar går ut *«Då må vi finne noko som verkar der og då, vi må handle før brotet kjem eller at pasienten rømmer frå avdelinga».*

Informantane uttaler at andre tiltak som krevjast endring av rutinar på arbeidsplassen er ein prosess som tek lenger tid, tiltaka må diskuterast og avgjerslene må takast ilag. Avvik og forslag til nye rutinar vert teke opp og diskutert på personalmøtet. Det vart formidla i intervjuet at i store einingar er det vanskeleg å nå ut med informasjon til alle tilsette, og ei av årsakene til dette er at ikkje alle møter på personalmøta der fellesinformasjonen vert gjeven. Informanten fortel at det er vanskeleg å nå rundt til alle.

*«Vi er grådig mange som jobbar ilag og det er gjerne dei same som møter på personalmøta, og så er det veldig mange som ikkje møter på personalmøta og som gjerne aldri lesar referata frå personalmøta, og som gjerne aldri får med noke ting som det er snakk om».*

Ein informant fortel at det er viktig at avvik vert registrert i etterkant av forbetringstiltaket for å dokumentere om det har hatt effekt eller ikkje. Vidare vert det sagt at leiinga treng denne dokumentasjonen for å forstå at ein treng ytterlegare tiltak for forbetring.

Leiar for helse og omsorgstenestene utarbeidar halvtårs rapport som viser ei oversikt over alle melde avvik innan helse og omsorgstenestene, med forslag til forbetring. Denne rapporten er viser alle avvik i denne perioden og samanlikna med tidlegare rapportar kan ein lese om talet på melde avvik har gått opp eller ned. Denne rapporten vert gått igjennom på personalmøta på alle avdelingane. Fleire av informantane hevda at dei aldri har sett eller høyrte om denne rapporten og uttaler *«Eg har aldri sett nokon rapport».*

Alle informantane var klar over at melde avvik vert diskutert på personalmøte og at målet med registreringa er læring. Men det var få som viste kva som skjer med avvika i etterkant og nokon uttaler at dei i periodar har vore lite motiverte for å skrive avvik og uttaler:

- *Kva er vitsen med å skrive avvik, det er ingen ting som viser att.*
- *Vi tek det opp på personalmøte og kva vidare?*
- *Blir det lagt i ei skuff?*
- *Blir det sendt vidare til fylke, er det nokon som kjem og sjekkar oss?*

Det kan sjå ut som om informantane skriv avvik og har rutinar for dette, men den vidare behandlinga i kommunen er dei ikkje informerte om. Det var ikkje alle som visste at avvikshandsaming er ein del av kommunen sin internkontroll.

## **4.5 Rapporteringskultur**

Informantane fortel at nokon avvik er lette å formidle medan andre er vanskelegare. Dei som er vanskelege vert gjerne utsett til ein annan dag og nokon gonger vert det ikkje skrive i det heile. Tidspress var også nemnt som ei av årsakene til at avvik ikkje vert skrive.

Informantane fortel om mange oppgåver som skal utførast på ein arbeidsdag og at det nokre dagar er vanskeleg å finne tid til pålagt dokumentasjon som journalregistreringar. Om der i

tillegg er avvik som skal skrivast vert det gjerne utsett om ein har liten tid. Det vert og formidla at dersom dei har fleire avvik å skrive, prioriterer dei det som dei sjølve meiner er det viktigaste og utset å skrive dei andre til seinare og at det då ofte ikkje vert gjort.

*«enkelte dagar har får du knapt skrive det du skal skrive, då tenkjer vi at vi må ta det avviket med medisin. Ja, og så skal du kanskje gjere det andre ein anna dag, og så hopar det seg berre opp og blir ikkje gjort»*

Ein av informantane seier at medisnavvik er enkelt å skrive, til dømes at tabletten er ikkje gitt og ligg att i dosetten. Medan avvik der ein skal skildre ein situasjon, treng nokon tid for å finne dei rette orda. Nokre av informantane fortalde at dei var opptekne av å kunne formulere seg godt for å gje eit korrekt bilete av hendinga til vidare handsaming, og fortalde om ein gong det vart gjort narr av ei formulering når avviket vart lest opp på personalmøte. Ein informant seier at ho tykkjer det er vanskeleg å formulere seg slik at andre forstår situasjonen og at ho brukar lang tid på å skrive slike avvik.

*«Eg skjønar kva eg skriv, og skjønar min tolking, men å få det ned på papiret slik at andre skal forstå hendinga synest eg er vanskeleg. Eg brukar kjempelang tid til å finne dei rette orda»*

Informantane uttaler at dei avvika der ein rapporterer enkle, klare ting der personalet ikkje er direkte involvert er lettast å skrive og om ein har tidspress så vel ein å skrive dei avvika som omhandlar pasientane eller medisin og utset dei andre til seinare.

Ei anna årsak til underrapportering som vart nemnt var at situasjonen er så diffus at personalet ikkje oppfattar den som eit avvik, dei tilsette er så vand med hendingane at den vert oversett og dermed ikkje rapporterer vidare. *«alle desse avvika som ikkje blir skrivne på grunn av at ein nesten ikkje faktisk ser at det er eit avvik lenger eller at ein ikkje prioriterer det».*

Ein av informantane fortel om situasjonar der kollegaer hadde uttalt at det ikkje var nødvendig å skrive avvik og trur at det er på grunn av at personen ikkje ynskte å bli sett i eit dårleg lys. Eit anna eksempel som vart fortalt i intervjuet er hendingar der ein veit det ikkje vert rapportert vidare fordi den tilsette ikkje torer å melde i frå, og grunngjev det med at den som var involvert i handlinga ikkje ville likt at det blei skrive avvik. Det vart og fortalt om at ein tilsett som hadde fått beskjed om å gjere arbeidsoppgåva og ikkje å bruke tid på skrive

avvik på det ho ikkje fekk gjort. Å bli møtt med slike utsegner gjer til at den tilsette ikkje vil rapportere liknande hendingar seinare og informantene seier «*ho kjem aldri til å skrive avvik igjenn på sånne ting*».

Heile gruppa er samde i at alle avvik bør skrivast og at det ikkje kjem an på kven ein er eller kva ein har gjort, og at målet med å melde avvik er at alle skal lære av det. Likevel uttaler dei informantane som arbeider i store einingar at det er vanskeleg å skrive avvik som omhandlar anna personale, og seier at ein er usikker på korleis den einskilde tek det og har ikkje lyst til å såre nokon. Dei seier at det ulikt korleis kollegaer reagerer når avvika vert lest opp på personalmøta, at nokon tykkjer det er ubehageleg.

«*Sånne avvik er litt ubehagelege å skrive for då går det på person, ja dei er ubehagelege. For då veit du personen sant, sjølv om ein ikkje skrive namnet på personen så veit alle kven det er*».

Det kan verke som om det er annleis i dei mindre einingane, kollegaer som jobbar tett saman seier at det ikkje er problematisk, alle veit kva det gjeld og ein snakkar ilag når avviket vert oppdaga og omtaler det å skrive avvik som «*heilt greitt*». I følgje informantane er avvik som ein har forårsaka sjølve lettare å skrive enn avvik som omhandlar andre.

## **5.0 Diskusjon:**

Som ein del av arbeidet med å forbetre kvaliteten på helse- og omsorgstenestene har det dei siste åra vore eit stadig aukande fokus på internkontroll i form av avviksregistrering. Dersom dei tilsette er kjende med at tenesta ikkje er forsvarleg seier lovverket at ein har både rett og plikt til å melde ifrå. Informantane formidla i fokusgruppeintervjuet både direkte og indirekte deira erfaringar og opplevingar ikring det å oppdage og rapportere avvik.

Erfaringane som vart formidla i intervjuet er omfattande og kan gje mykje nyttig kunnskap ikring temaet. Til inndeling av kapitla i diskusjonsdelen nyttar eg den same inndeling som i resultatkapitlet unntatt det siste punktet rapporteringskultur, det har eg endra. Eg nyttar følgjande overskrifter: medikamentavvik, avvik som dokumentasjon om kritikkverdige forhold, læring på individ og systemnivå og underrapportering.

## 5.1 Medikamentavvik

Deltakarane i fokusgruppeintervjuet var kjende med at største delen av melde avvik innan helse og omsorgstenestene omhandla administrering av medikament. Informantane gav uttrykk for at medikamenthandsaming er ei viktig arbeidsoppgåve, og fortel at dokumentasjon innanfor dette området vert prioritert. Det vart også formidla at medikament avvik er enkelt å formulere og tek kort tid å skrive. Informantane fortel at dersom dei har liten tid, vert avvik som omhandlar medikament prioritert. At avvik i forhold til ei oppgåve i organisasjonen vert vurdert som viktigare å rapportere enn andre, kan tolkast i samanheng med Irgens (2007) sin teori om kulturar i organisasjonar. Han skriv at kulturen i organisasjonen er det settet av normer og verdiar som utviklar seg når menneska samhandlar. Vidare skriv han at dei som har den same forståinga av kulturen vil oppfatte den som så sann at dei ynskjer å overføre den til nye som kjem til. Det kan også sjåast i lys av Meld st. 10 (2012-2013) som skriv at kvalitetsforbetring er systematisk arbeid for å identifisere kvalitetssvikt og tiltak for forbetring. Funna frå denne studien viser at innan helse og omsorgstenestene har dei tilsette ei felles kultur som seier at medikamentavvik er den svikten i tenestene det er viktigast å rapportere om. Dette kan vere med på å forklare kvifor det er registrert flest avvik som omhandlar administrering av medikament i denne kommunen.

I intervjuet vart det fortalt om dømer der medikament låg att i dosetten, medisin vart gjeve til feil tidspunkt eller at tablettar fall på golvet ved utdeling. Informantane fortalde om både individuelle og organisatoriske tiltak som var sett i verk for hindre at avvik skjer. Døme på individuelle tiltak var at den tilsette måtte skjerpe seg og sjekke dosetten ein gong til ved utdeling. Organisatoriske endringar var innføring av nye rutinar som at seinvakt kontrollerer at alle har fått medisinen ved vaktskifte. Eller at all medisin skal takast ifrå medisinbeger og ikkje gjevast i handa til pasienten. Informantane fortalde at dei nye rutineane vart diskutert på personalmøte og vedteke der. Dette er i samsvar med Swart og Pye (2002) sin trippel heliks modell for kollektiv læring. Denne modellen viser til at kollegaer reflekterer over individuelle hendingar og erfaringar, at det oppstår ein kreativ dialog om hendinga som fører til at dei tilsette endrar sine handlemåtar til ein kollektiv praksis. Dette er også i samsvar med internkontrollforskrifta, som skriv at *«tiltak må setjast i verk ved gjentakande hendingar og ved hendingar som har ein viss betyding»*(Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Øgar og

Hovland (2004) skriv at intensjonen med å melde avvik må vere at det skal skje ei individuell og organisatorisk læring.

Dette dømet viser at det har skjedd ei organisatorisk og individuell læring. I dette dømet er det rapportert avvik om middagsmedisin som vart gløymt å gje til pasienten. I handsaminga av avviket vart det diskutert fram nye rutinar, og desse vart vedtatt på personalmøte. Dette fører til ei endring i den kollektive praksisen, som at seinvakta kontrollerer om pasientane har fått den medisinen dei skal ha når vakta startar. På denne måten har avdelinga hatt ei individuell og organisatorisk læring som fører til betre kvalitet på tenestene.

## **5.2 Avvik som dokumentasjon om kritikkverdige forhold.**

Det er ein motsetnad å ynskje at alt skal vere bra i eigen avdeling, og på same tid arbeide for å oppdage og rapportere om kritikkverdige høver på arbeidsplassen. Leiinga i dei ulike avdelingane er pålagde å ha eit fokus på avvik og kvalitetsforbetring, men for å unngå å ha eit for stort fokus på det som går gale må ein finne måtar å nytte avviksmeldingar til læring. Alle informantane i fokusgruppeintervjuet var samde om at det vart rapportert avvik for at ein skal lære av det. Men det å takle misforhold mellom oppgåver som skal utførast og dei ressursar som er tilgjengelege på arbeidsplassen kan vere utfordrande for dei tilsette. Ein av informantane fortalde om sparetiltak ved avdelinga der ein skal leige inn kortare vakter ved sjukdom. Dette resulterte i at rapporteringsrutinar ikkje var tilfredstillande, og det har hendt at viktig informasjon ikring pasientar ikkje vart formidla til neste skift. Øgar og Hovland (2004) skriv at det ofte ikkje er vilje og kunnskap om kva som er god praksis det står på, men at økonomiske rammer og tilgjengeleg kompetanse ikkje alltid tillater ei optimal pleie og omsorg til ei kvar tid, noko som vert bekrefte av informantane i intervjuet.

Kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som informantane har rapportert om er praktiske mishøve eller mangel på personale. Døme på dette er at praktiske oppgåver ikkje vart utført for dei ikkje fekk inn vikar, at dører har gått i lås eller at det var observert mus på avdelinga. Informantane fortalde at dei ser på avviksmeldingane som dokumentasjon til leiinga, på forhold som treng forbetring. Dette er i samsvar med internkontrollforskrifta (2002) som seier at ein skal skaffe ei oversikt over områder i verksemda der det er fare for svikt eller mangel på oppfyljing av myndigheitskrav. At informantane dokumenterer for å syne leiinga



at det er kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, er og i samsvar med Meld.St.10 (2012-2013) som skriv at kvalitetsarbeidet skal målast og etterspørjast av leiar på alle nivå. Informantane uttaler at det er naudsynt å melde ifrå for å få setje i verk tiltak, eller for å dokumentere manglande effekt av tiltak. Dette arbeidet er i trå med formålet til internkontrollforskrifta, at det skal jobbast mot faglege forsvarlege tenester av god kvalitet.

### **5.3 Læring på individnivå**

Informantane fortel at dei lærer mest frå avvik dei sjølve har vore involvert i, enten det har hatt alvorlege konsekvensar for pasienten eller ikkje. Dei uttaler at dei ikkje lærer like mykje av avvik som kollegaene har gjort og som vert gått igjennom i etterkant. Informantane skildrar episodar der dei har hatt ansvar for ein pasient som har skada seg og nærmast tek på seg skulda for at hendinga skjedde. Dei fortel at dei «skjerpar seg» og endrar måten å utføre arbeidsoppgåvene på for å unngå at hendinga skal skje på ny. Dette er eit døme på Argyris (1990) sin teori om enkeltkrets læring. Teorien legg vekt på at dersom ein ikkje oppnår ønska resultat kan ein velje å justere handlingane slik at resultatet der og då blir som forventa. I denne samanhengen forbetrar den tilsette sine arbeidsmetodar etter å ha vore involvert i ei uønskt hending, og på denne måten unngår dei at episoden skjer på nytt.

Forskning om læring av uønskete hendingar bygger på at menneska kan gjere feil, og at uønskete hendingar av den grunn må forventast. Reason (2000) forklarar dette med persontilnærming i organisasjonen. Denne tilnærminga fokuserer på at dei personane som utfører usikre handlingar er skuld i problemet på grunn av manglande merksemd eller forgløyming. Når informantane fortalde om hendingar der dei hadde hatt ansvar for ein pasient som skada seg, uttrykte dei ei sterk skuldkjensle for at situasjonen hadde oppstått. Det vart uttalt at dei hadde ansvar for pasienten og ikkje passa godt nok på.

Mesel (2014) definerer omgrepet ansvar og skuld i utøving av helsetenester. Han skriv at i profesjonen som helsearbeider har ein ulike typar ansvar. Han definerer vidare omgrepet skuld som personleg klander og kritikk og at det er belastande for einskildpersonar. Når informanten i dømet fortel at ho hadde ansvar for pasienten når den skada seg. Og at ho nærmast tek på seg skulda for hendinga, viser det den belastinga den einskilde opplever når uheldige hendingar skjer. Mesel (2014) nyttar og omgrepet moralsk perspektiv, med dette

meiner han at ein som helsearbeider har både makt til å skade og makt til å gjere gode handlingar i arbeid med pasientar og at det er opp til den einskilde helsearbeider å forvalte dette ansvaret på best mogleg måte. Informantane seier at dei lærer mest av avvik dei sjølv har vore ein del av, at skuldkjensla er stor når ein føler at ein ikkje har forvalta det ansvaret ein har som helsearbeider godt nok.

Når informanten fortel at ho endrar måten å utføre arbeidsoppgåver på etter opplevde avvik, er dette individuell kunnskap den einskilde har tileigna seg etter ei hending. Fenomenet med individtenking vert skildra i Irgens (2007) sin femtrinnsmodell, der dei fire første trinna handlar om individuell læring hjå den tilsette. Desse trinna omhandlar personar sin måte å ta til seg ny kunnskap på, ved påverknad, opplæring, innlæring og utøving av nye ferdigheiter. Når informantane uttaler at dei skjerpar seg i arbeidsoppgåvene, tel tablettar og sjekkar ein gong til, er dette metodar som Irgens (2007) omtalar som «opplæring» at ein får opplæring i måtar å utføre arbeidsoppgåver på. Og den tilsette utfører desse oppgåvene i tråd med dei rutinar som er utarbeida på arbeidsplassen.

Informantane fortel at det er registrert mange avvik ved uteling av medikament, difor vert rutinar som å sjekke dosetten og telle tablettar innført som ei prosedyre for å redusere avvika. Det vert og fortalt at avdelingane har innført ei rutine på å gje tablettar frå medisinsbeger, for når pasientane fekk dei i handa, kunne det hende at dei fall på golvet. Dette er og eit døme på eit av momenta i Irgens (2007) sin femtrinnsmodell som han kalla «utøving», der den tilsette utøver den nye kunnskapen om måten å utføre arbeidsoppgåvene på. Senge (2004) kallar det same for personleg mestring, noko som handlar om den einskilde arbeidstakar sin evne og vilje til læring og mestring av nye ferdigheter og kunnskap. Dette er også i tråd med dei forbetringstiltak som står skrive i vegleiaren til internkontrollforskrifta, at tiltak må setjast i verk ved gjentakande hendingar som har ein viss betyding (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Funn frå denne studien viser at praktiske høve vert ordna opp i relativt fort, og at det vert sett i verk tiltak på avdelingane for å trygge pasientane. Døme på dette er å setje sengehest på senga for å hindre at pasientar dett på golvet, og å ha gode rutinar for å låse dører slik at demente pasientar ikkje går ut. Informantane fortel at dei må handle raskt for å forhindre skade og tiltaka vert sett i verk av dei som er på vakt. Utifrå det Informantane fortel kan ein tolke at dei har erfaring med liknande hendingar og no tek forhandsreglar for å unngå at

avviket skjer på nytt. Dette er og i tråd med føringane i Meld.st.10 (2012-2013) som skriv at hendingar som har eller kunne ha ført til pasientskade skal analyserast og følgjast opp med tiltak. Det er også eit døme på Argyris (1990) sin modell for dobbeltkretslæring, ein lærer av tidlegare hendingar og endrar på føresetnadane slik at dei ikkje skjer fleire gonger.

Men det er ikkje nok at den einskilde tilsette forbetrar sine egne prestasjonar, det er viktig at alle medlemmane organisasjonen har vilje til å lære og at organisasjonen jobbar målbevisst med å utvikle denne eigenskapen. For å få organisatorisk læring er ein avhengig av at læringa løftast frå individnivå og forankrast i organisasjonen (Argyris & Schön, 1996).

#### **5.4 Læring på systemnivå**

Funn frå denne studien viser at det vert arbeidd med kvalitetsforbetring i kommunen. Eit døme på dette er ei liste som nyleg er teken i bruk med oversikt over dagens arbeidsoppgåver. Informantane fortel at dei kryssar av på lista når oppdraga er utført og det er det lettare å ha oversikt over dagens arbeidsoppgåver enn tidlegare. Ved å innføre desse listene kan ein seie at arbeidsplassen har teke i bruk metodar for kvalitetsforbetring, endring av rutinar og prosedyrar. Dette er i tråd med eit av måla i samhandlingsreforma (St.meld.nr.47 (2008-2009)), kommunen skal kontinuerleg arbeide for å betre kvaliteten på tenestene.

Å ha god informasjonsflyt i eigen avdeling er ein vesentleg faktor som må vere til stades om ein skal oppnå ein læringsprosess etter melde uheldige hendingar. Dette viser teorien til Swart og Pye (2002) kalla trippel heliks modellen, som syner at erfaring ilag med dialog og praksis er naudsynt for at helsetenesta skal bli ein lærande organisasjon.

Funn frå undersøkinga viser at mykje informasjon ikring avvikshandsaming, kvalitetsforbetring og endring av rutinar føregjekk på personalmøta. Dei som ikkje deltok der, måtte lese referat i ettertid og få informasjon frå dei som hadde deltatt på møtet. Ein av informantane sa at dei følte at informasjonen iadelinga ikkje nådde fram til alle for det var få som møtte opp på personalmøta. Swart og Pye (2002) skriv at individuell kunnskap om ei bestemt hending, ilag med aktiv refleksjon over desse hendingane vil endre sin eigen eller fellesskapet sin praksis og føre til endring. Dette betyr at dei tilsette som får høve til å reflektere og drøfte opplevingar saman med kollegaer, og utforme nye rutinar, vil ha større

moglegheit til å endre eigen eller fellesskapet sin praksis. Og på denne måten vil ein skape ein læringskultur for dei tilsette.

Det vart og fortalt i intervjuet at leiar for helse og omsorgstenestene utarbeida halvårsrapportar frå melde avvik og at det vert parallelt arbeidd med kvalitetsforbetring avdelingsvis. Dette er i samsvar med Meld.St.10 (2012-2013) som seier at kvalitetsarbeidet skal etterspørjast og målast av leiarar på alle nivå. Ein av informantane fortel at ho deltek i arbeidet med å lage statistikkar over melde avvik på sin avdeling, og seier at utifrå desse kan ein sjå om tiltak som er sett i verk har hatt effekt. Dette kan sjåast i samanheng med Øgar og Hovland (2004) som skriv at ansvaret for kvalitetsforbetring bør ligge ved dei ulike avdelingane og at leiar er delaktig i arbeidet med å finne løysingar. I denne kommunen vert dette praktisert ved at avvik og forslag til endring av rutinar, vert teke opp avdelingsvis og diskutert på personalmøta.

Sosial- og helsedirektoratet (Meld. St. 10. (20012-20013)) skildrar kvalitetsarbeidet i organisasjonen ved hjelp av Demings sirkel. Denne teorien forklarar korleis systematisk styring og forbetningsarbeid kan nyttast i arbeidet med kontinuerleg forbetningsarbeid i organisasjonen. Teorien er forklart som ein sirkel der det eine momentet fører til det neste og inneheld, planlegging, utføring, vurdering og iverksetjing. Statistikkar og rapportar som denne kommunen utarbeider i etterkant av melde avvik, viser omfanget av uønskte hendingar og vil gje eit grunnlag for samanlikning frå år til år. Sett i samanheng med Demings sirkel er dette punktet for vurdering, det vert vurdert gjennom målingar om endringar har ført til forbetring.

Men denne undersøkinga viser at ikkje alle var informert om dette arbeidet i kommunen. Fleire uttalte at dei ikkje var klare over kven som les avvika etter at dei var gått gjennom på personalmøta. Nokon uttalte: «*kjem nokon og sjekkar oss?*» eller «*havnar dei i ei skuff?*» og fleire sa at dei verken har sett eller høyrte om halvtårsrapporten som leiaren utarbeida. Dette kan tyde på at informasjonen har stogga ein stad i systemet og at dei tilsette har ikkje ei forståing av prosessane ikring avvikshandsaminga og kommunen sine rutinar for internkontroll. Senge (2004) kallar dette systemtenking og forklarar det med ein av sine disiplinar som han kallar «mentale modellar». Denne omhandlar den einskilde si forståing av heilskapen i organisasjonen og er vesentleg for at alle skal arbeide mot same mål og for ein

felles visjon. Funn frå denne undersøkinga viser at ikkje alle tilsette i kommunen ser heilskapen i organisasjonen ved at dei ikkje kjenner til rutinane.

Det vert arbeidd med kvalitetsforbetring i denne kommunen, men informasjonen når ikkje ut til alle. Funna viser at mykje av informasjonen i avdelinga vert formidla på personalmøte og når informantane seier at det er få personar som møter der, kan det tyde på at ikkje all informasjon når ut til alle tilsette. Senge (2004) framhevar at for å skape ein lærande organisasjon treng ein samspel der ein lærer gjennom refleksjon, drøfting og dialog omkring felles handlemåtar lag med andre. Når informantane fortel at refleksjon, diskusjon og forslag til nye rutinar vert diskutert på personalmøta, vil det skje for dei som møter der. Dei som ikkje deltek på personalmøta får ikkje ta del i denne refleksjonen og vil heller ikkje lære av den dialogen som føregår der. For å skape varig endring i organisasjonen er det i følge Senge (2004) avhengig av at alle medlemar har evne og vilje til å lære av kvarandre. Dette viser også siste punktet i Demings sirkel, «standardisering og oppfølging» der ein implementerer endringane for å skape varig endring.

I intervjumaterialet kan eg sjå ei deling mellom store og små einingar i kommunen, dei som arbeider i store einingar i kommunen seier at det er vanskeleg å nå ut med informasjon til alle. Medan dei som arbeider på mindre einingar seier at dei tilsette snakkast ofte og informasjonen vert formidla raskt. Dette er naturleg, sett i samanheng med dei læringsteoriane som er presentert i denne oppgåva. Dei som arbeider i små einingar har ein tettare dialog, og kan reflektere og drøfte hendingar oftare ein i større einingar. Den som har opplevd eit avvik kan reflektere ilag med kollegaer kort tid etter hendinga har skjedd, til dømes ved vaktskifte og i pausar, og saman kan dei lære av hendingane. Irgens (2007) skriv at læring blir organisatorisk når organisasjonen endrar sine handlingsteoriar og lærer av dei einskilde som først tileigna seg den nye kunnskapen. For dei som arbeider i store einingar, er det vanskelegare å nå ut med informasjon til alle. Årsaka til dette er at dei har ikkje den same tette dialogen som dei som arbeider i mindre einingar, her blir personalmøta ein viktig arena for denne læringa. Studien viser at dei som deltek i diskusjonen på avdelingane og er deltakande i prosessen med å utarbeide rutineendringar, lærer av avvikshandsaminga og arbeider mot å betre kvaliteten på tenestene.

## 5.5 Underrapportering

Undersøkinga viser at mange avvik ikkje vert meldt vidare av ulike årsaker. Døme på dette er låg nytteverdi, tidspress, at avvik har blitt ein del av kulturen eller tilsette fryktar for negative konsekvensar for seg sjølv eller kollegaer. Øgar og Hovland (2004) skriv at leiinga må sikre at årsaka til avvika blir avdekt, og at reaksjonane har eit innhald og ei form som stimulerer til læring og ønska åtferdsending. Vidare skriv dei at dersom heile avdelinga vert involvert i forbetningsarbeidet, vil ein vise at målet er å forbetre praksis og førebygge at hendingane skjer på nytt. Øgar og Hovland (2004) understrekar at det er viktig å ikkje ha fokus på å leite etter syndebukkar, men heller leite etter bakanforliggande årsaker til at avvik skjer.

### 5.5.1 Låg nytteverdi

Informantane formidla om periodar der dei har vore lite motivert til å skrive avvik. Ei av årsakene til dette er at informantane ikkje opplevde at det vart gjort noko med avvika i ettertid, og av den grunn lurte dei på kva som var vitsen med å rapportere. Dette kan tolkast som at den opplevde nytteverdien ikkje er tilstade i organisasjonen. Senge (2004) skriv at ein lærande organisasjon er avhengig av at alle medlemmane har evne og vilje til å lære, og at det ikkje vert skapt læringsmoglegheiter når hendingar ikkje vert meldt vidare. Dersom dei tilsette er usikre på kva som vert gjort med informasjonen i ettertid, kan rapporteringa i følge Reason (1997) vurdert som lite hensiktsmessig og ikkje skriven. I følge Øgar og Hovland (2004) er kvalitetsarbeid er ein kontinuerleg prosess som fordrar aktive og deltakande medarbeidarar. Hjort (2007) skriv at for å skape ein god tryggleikskultur er det viktig at heile organisasjonen arbeider mot ein felles visjon. Når dei tilsette ikkje ser nytten av å melde i frå om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, kan det tyde på at dei ikkje ser organisasjonen sitt mål eller har ein felles visjon å arbeide mot.

### 5.5.2 Diffuse avvik

Funn frå undersøkinga viser fleire årsaker til at avvik ikkje blir skriven i denne kommunen. Informantane fortel om hendingar dei tilsette er blitt vandt til og ikkje reagerer på eller at hendingar er så diffuse at dei tilsette ikkje legg merke til dei. Dette samsvarar med Irgens (2007) sitt første trinn i læringsprosessen, som han kallar erkjenning. Dette trinnet

omhandlar ei erkjenning om at forholda er kritikkverdige og må rettast opp i. Irgens (2007) skriv at nokre gonger kan hendingar ha blitt bagatellisert eller dyssa ned, og over tid kan det ha blitt ein del av kulturen. Når informantane fortel om hendingar dei opplever som diffuse eller vanskelege å legge merke til, er det eit døme på at hendingane er blitt ein del av kulturen og dei tilsette «ser» dei ikkje eller tolka dei ikkje som avvik.

### **5.5.3 Frykt for negative konsekvensar**

Informantane fortel om avvik og uheldige hendingar dei tilsette er klare over, men bevisst ikkje rapporterer vidare om. Reason (1997) skriv at dersom den tilsette fryktar at rapporteringa vil medføre ekstra arbeid, mistillit, problem for seg sjølve eller kollegaer vil ein unnlata å rapportere om kritikkverdige høver på arbeidsplassen. Men om ein ynskjer å sikre og forbetre kvaliteten på helsetenesta er ein heilt avhengig av at kritikkverdige forhold blir kjent og erkjent.

Eit døme som vart nemnt var ei oppleving å bli gjort til latter på personalmøte på grunn av dårleg formulering. Å bli møtt med slike utsegner fordrar ikkje til ein open, audmjuk og sjølvevaluerande kultur, noko som i følgje Øgar og Hovland (2004) er vesentleg for å kunne bygge ein felles plattform for å fremje læring. Vidare viser funn frå undersøkinga at avvik som involverer kollegaer er vanskeleg å melde vidare om særskild for dei som arbeider i store einingar. Dei fortel at dei er redde for å bli misforstått, dei er usikre på korleis kollegaen vil oppfatte rapporteringa og ynskjer ikkje å støyte nokon. For dei som arbeider i mindre einingar var ikkje dette like problematisk, ein arbeider tett saman og snakkast ofte. Den tette dialogen gjer til at ein unngår misforståingar, og det er rom for å drøfte hendingar kort tid etter dei hadde oppstått.

Det kom og fram i undersøkinga at tilsette ikkje ynskte at det vart skrive avvik, og at årsaka til dette truleg var å unngå å bli sett i eit dårleg lys. Aase (2010) skriv at presset etter å vere ufeilbar kan til ein viss grad medverke til at å ikkje vere ærleg i form av at ein ynskjer å skjule dei feil ein har gjort, noko dette eksempelet viser. Dette kan tyde på at kulturen i organisasjonen ikkje er open og prega av gjensidig tillit og respekt. Dette vil i følgje Øgar og Hovland (2004) vil føre til at det vert sett ein stoppar for all diskusjon og refleksjon om uønskte hendingar i organisasjonen. At tilsette i avdelinga eller leiar signaliserer til kollegaer

at det ikkje er viktig å melde i frå om kritikkverdige praksis på arbeidsplassen kan i følge Øgar og Hovland (2004) føre til at dei fleste sluttar å melde ifrå, og det kan utvikle seg ein kultur som godtek gradvis ein dårlegare praksis.

## **6.0 Avslutning**

I dette kapitlet vert hovudfunna i oppgåva summert opp og eg freistar å svare på problemstillinga.

I denne kommunen viser rapportar frå dei siste fire åra at hovudtyngda av melde avvik gjeld medikament. Det var ikkje stor variasjon mellom tala frå år til år og på grunnlag av denne informasjonen vart eg interessert i å undersøke nærmare korleis dei tilsette i helse- og omsorgstenesta opplever kommunen sine rutinar for internkontroll. Eg ynskte og å sjå om avvikshandsaming kan bidra til læring og betre kvalitet på tenestene.

Funn frå denne undersøkinga viser at dei tilsette er informert om at hovudtyngda av melde avvik omhandlar medikament. Informantane uttaler at desse avvika vert prioritert å skrive, om ein i ein travel kvardag må velje. Som helsearbeider har ein både ei rett og plikt til å melde ifrå om svikt i helsetenesta. Ut i frå denne undersøkinga kan det sjå ut som om dei tilsette har ein felles kultur som seier at medikamentavvik er den svikten i tenestene det er viktigast å rapportere om. Noko som kan forklare kvifor det eit stort overtal av melde avvik som omhandlar administrering av medikament.

Vidar viser funn frå undersøkinga at tilsette skriv avvik for å melde i frå til leiinga om kritikkverdige høver på arbeidsplassen. Informantane fortel at dei melder i frå om praktiske forhold som treng forbetring eller for å dokumentere årsaker til at arbeidsoppgåver ikkje er utført. Dette samsvarar med innhaldet i internkontrollforskrifta (2002) som skriv at verksemda skal skaffe seg oversikt over områder der det er fare for svikt.

Men det kjem fram frå undersøkinga at dei tilsette i periodar ikkje har vore motivert til å melde avvik og at dette blant anna skuldast at den opplevde nytteverdien er låg.

Informantane fortel at dei ikkje opplever at noko vert gjort i etterkant av meldinga og at dei ikkje veit kva meldingane blir nytta til seinare. Dette kan komme av ei manglande forståing av organisasjonen i heilskap, og at informasjonen om prosessane i kommunen sin



internkontroll ikkje har nådd ut til alle. Å ha ei heilskapleg forståing av organisasjonen er i følge Senge (2004) ein av hjørnesteinane i ein lærande organisasjon og ein viktig faktor for læring.

Funn frå undersøkinga viser at dei tilsette lærer mest frå avvik dei sjølve har vore involvert i enten dei fekk konsekvensar for pasienten eller ikkje. Dei tilsette tek nærmast på seg skulda for at hendingane oppsto og at pasienten skada seg. I etterkant endrar dei tilsette sine måtar å utføre arbeidsoppgåver på for å unngå at hendingane skal skje på nytt. Men i følge ulike læringsteoriar er det ikkje tilstrekkeleg at den einskilde endrar sine måtar å utføre oppgåvene på, det er naudsynt å ha fokus på heilskap og system for at organisasjonen skal lære. Dersom ein berre har eit personfokus kan det føre til endring hos personen, men ikkje nødvendigvis føre til endring i organisasjonen

Informantane var samde om at ein skriv avvik for å lære av det og læringsteoriar framhevar at dersom den individuelle opplevingar vert formidla og det vert lagt til rette for diskusjon og refleksjon ikring hendingane kan ein skape gode læringsmiljø. Dersom ein ikkje skapar rom for å reflektere ikring dei hendingane som opplevast, kan det føre til ei manglande kollektiv forståing av at ein ynskjer å endre praksis.

Fleire av forfattarane eg har referert til i det teoretiske perspektivet i dette prosjektet vektlegg at endring og læring i organisasjonen må forankrast i kulturen for å bli varig . Denne kommunen har lukkast med det i nokre høve, og studien viser at dei tilsette har strategiar dei set i verk for å hindre at avvik skjer. Dette er bygd på erfaringar dei har gjort seg frå tidlegare hendingar og som er formidla vidare i organisasjonen. Døma som vart nemnt i studien omhandlar tryggingrutinar for pasientane eller lister med oversikt over dagens gjeremål. Desse rutiane opplevast som meningsfulle for dei tilsette og er blitt forankra i kulturen og endringane er blitt varige.

Men dette skjer ikkje på alle områder, funn viser at rutineendringar og informasjon på avdelingane ikkje når ut til alle tilsette. Dette fører til at praksisen ikkje vert endra og den tilsette vil fortsetje som før. Manglande læring kan og skuldast at den kreative dialogen er mangelfull og involverer berre nokre få slik at det ikkje vert skapt noko eigarforhold til problema eller løysingane. Denne undersøkinga viser at det føregår ein dialog om melde avvik på avdelingane, men i ulikt omfang. I små einingar er det lettare å få til ein dialog etter

melde avvik fordi dei tilsette ser kvarandre ofte og snakkast hyppig. I større einingar skjer denne dialogen på personalmøta ved gjennomgang av avvik og når forslag til forbetring vert utarbeida. Studien viser at dei som deltek i diskusjonen på avdelingane og deltek i prosessen med å utarbeide rutineendringar, lærer av avvikshandsaminga.

Funn frå undersøkinga viser at det føregår eit kvalitetsarbeid på organisasjonsnivå i denne kommunen, dette er ei samsvar med Meld.St.10 (20012-20013) som skriv at kvalitetsarbeidet skal målast og etterspørjast av leiar på alle nivå. I denne kommunen vert alle avvik samla hjå leiar for helse og omsorgstenestene som kvart halvår skriv ein rapport med forslag til forbetring. På grunnlag av denne rapporten kan leiinga måle om talet på avvik endrar seg frå år til år.

Dei fleste tilsette innan helse og omsorgstenestene har erfaring med å oppdage og rapportere avvik. Men utan ein felles forståing av kva som er innanfor ein fagleg og etisk forsvarleg praksis kan det oppstå ueinigheit om kva som er kritikkverdige praksis. Studien viser til fleire tilfelle der informantane ynskte å skrive avvik, men fekk tilbakemelding frå kollegaer eller leiar om at det ikkje var nødvendig. Korleis andre tek imot ytringane ser ut til å påverke rapporteringskulturen meir enn noko anna. Og for å ha eit godt læringsmiljø må verdiane i organisasjonen vere basert på gjensidig tillit og respekt. Den som melder i frå om kritikkverdige forhold må kunne erfare at det fører til ein kollektiv læring i organisasjonen og ikkje til konfrontasjonar eller konflikt.

Helsemyndigheitene og arbeidsgjevarane uttrykkjer eit ynskje om at dei tilsette skal melde i ifrå om kritikkverdige forhold, og at det er eit leiaransvar å legge til rette for rutinar for å melde og å ha ein open rapporteringskultur. Gode meldesystem er naudsynt, men det ser ikkje ut til at det åleine er nok for å bli ein lærande organisasjon med fokus på kvalitetsutvikling.

Denne studien undersøker korleis tilsette i kommunehelsetenesta erfarer det å oppdage og rapportere avvik. Samt korleis denne prosessen kan bidra til læring og til betre kvalitet på tenestene. I trå med samhandlingsreforma (St.meld.nr.47 (2008-2009)) vert det arbeidd for å gje pasientane tilgang til heilskaplege helse tenester av god kvalitet, noko som fordrar eit fokus på tryggleik og kvalitet på tenestene. Kvalitetsforbetring heng saman med læring på individ og systemnivå og denne undersøkinga set fokus på dette. Resultata frå denne

undersøkinga viser at læringsprosessen er knytt til den tilsette sine erfaringar, og at læring i organisasjonar skjer via det sosiale aspektet av ein læringsprosess. Det er og vesentleg at det vert lagt til rette for ein dialog rundt kva som er god praksis, og kva som ikkje er det. Å forbetre og førebygge kritikkverdige forhold krev ofte grunnleggande endringar som må forankrast i kulturen for å bli varige. Funn frå denne studien viser at dei arbeidsplassane som har ein kultur som er prega av openheit og tillit erfarer ein læringsprosess som fører til endring og kvalitetsforbetring. Dersom kulturen på arbeidsplassen ikkje er prega av dette, er endringsarbeid vanskeleg å gjennomføre. For å oppnå endringsarbeid og læring etter melde avvik og uheldige hendingar er det viktig at dei tilsette ser heilskapen i organisasjonen og har vilje og evne til å arbeide mot felles mål. På denne måten kan helse- og omsorgstenestene arbeide for å gje pasientane heilskapelege tenester av god kvalitet.

## **6.1 Vidare forskning**

Internkontroll og læring av avvik og uheldige hendingar er eit stort felt som kan studerast frå mange sider. På enkelte områder finnast forskning, medan på andre områder manglar det mykje. I vidare studiar hadde det vore interessant å studert dei tilsette i kommunen sine rutinar for å melde avvik etter innføring av elektronisk meldesystem og korleis dei opplever denne prosessen. Det kunne og vore interessant å undersøke korleis tilsette opplever samarbeid med spesialisthelsetenesta i tida etter samhandlingsreforma, om det vart endring i melde avvik etter at kommunane fekk eit større ansvar for pasientane. Og korleis opplever spesialisthelsetenesta å samarbeide med kommunehelsetenesta i prosessen med å forbetre kvaliteten på tenestene. For å skape trygge tenester for pasientane må vi stadig leite etter ny kunnskap. I tillegg til forskning er det naudsynt å nytte den kunnskapen forskning gjer, på denne måten kan pasientane oppleve heilskapelege tenester av god kvalitet.

## Litteraturliste

- Aase, K.(2010) Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet.(red.).Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase,K., Wiig,S. Olsen,O. Thomassen,R. Høyland S., (2006) *Norwegian health care does not learn from errors*. University Magazine Univers nr.3.
- Alsvik, JG (2010) Uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Masteroppgave i helse- og sosialfag, Samfunnsvitenskaplig fakultet, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.
- Argyris, C. (1999). *An organizational learning*. 2. utg. Malden: Blackwell publishing.
- Argyris, C., & Schön, D.A. (1996). *Organizational learning II Theory, Method, and Practice* Massachusetts: Addison-Wesley publishing company.
- Donaldson, L. (2002): *An organisation with a memory*. Clinical Medicine. 2,5.
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731). Henta frå: <http://www.lovddata.no>
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792.
- Helsepersonellova. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Henta frå: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)
- Helsetilsynslova. (1984). *Lov om statlig tilsyn av helse- og omsorgstjenesten mm*. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>
- Hjort, P. F., (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Irgens, E. (2007). *Profesjon og Organisasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2.utg.). Kristiansand S: Høyskoleforlaget.
- Kassah, B.L.L., Tingvoll, W, Kassah, A.K., red (2014). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kohn,L.T.,Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S.red. (2000). *To Err Is Human: building a safer health system*. Washington, DC.: National Academy Press.
- Kroll, L., Singleton, J.C. & Jones, I.R (2008). *Learning not to take it seriously: junior doctors`accounts of error*. Medical Educator, 42(10), 982-990.
- Kvale.S. & Brinkmann, (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvamme, O.J.,Mjell.J., & Hjortdal, P. (1997). *Hvilke medisinske kvalitetsbegreper bør vi bruke i Norge?* Tidsskrift for Den norske legeforening, 117(26), 3823-3826.

- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004): *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scandinavian journal of Caring Science, 18, 145-153.
- Malterud, K.(2013): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 10 (2012 – 2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentes frå: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Mesel, T.(2014) *Når noe går galt, fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten*.Oslo, Cappelen Damm AS.
- Nyeng, Frode (2004)(2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Reason, J. (1997). *Managing the risk of organizational accident*. Hants: Ashgate.
- Reason, J (2002) *Human error*. New York: Cambridge University Press.
- Reason, J. (2008). *Managing the risk of Organizational Accidents*.England: Ashgate Publishing Limited.
- Rusdal M (2010) *Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv*. Master i helse- og sosialfag. Universitetet i Stavanger. Institutt for helsefag.
- Senge, Peter M. 2004. *Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Hvordan holde orden i eget hus*. Internkontroll i sosial og helsetjenesten. IS-1183.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *....og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helestjenesten*. IS-1183.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. IS-1201.
- Spesialisthelsetjenestelova (1999). lov om spesialisthelsetjenesten mm. Hentast frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted – til rett tid*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Swart, J, Pye, A. Conceptualizing organizational knowledge as collective tacit knowledge: a model of redescription. Proceedings OKLC 2002, 5–6 April, Athens, Greece, 2002.
- World Health Organization. (2006). *Quality of care. A proess for making strategic choices in health systems*. Geneve: WHO Document Production Services. Henta 14. mai 2015, frå [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- Øgar, Petter og Hovland, Tove (2004) *Mellom kaos og kontroll. Leiing og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

# Førespurnad om deltaking i forskningsprosjekt

*Master i samhandling av helse og sosialtjenester*

## «Kan avviksregistrering og avvikshandtering bidra som læring for tilsette»

### **Bakgrunn og formål:**

Eg er student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, på utdanninga master i Samhandling i helse og sosialtenester. Temaet for masteroppgåva er korleis tilsette opplever avvikshandsaming i kommunen og om dette bidreg til læring. Kommunen sine helse og omsorgstenester er delt opp i 6 avdelingar, kalla arbeidslag, og eg ynskjer å intervjuje tilsette frå dei ulike arbeidslaga ilag i eit gruppeintervju.

Eg ynskjer å ha med personar som er fast tilsett i kommunen i meir enn 50% stilling, og som har registreret avvik og kjenner rutinane i kommunen. Eg er svært takksam for at du er villig til å delta på dette intervjuet.

### **Kva omfattar deltakinga i studien?**

Eg vil førebu meg ved å lese igjennom avviksrapportane som er registrert frå 2013 og første halvår i 2014 for å ha bakgrunnsinformasjon til intervjuet. Eg vil foreta eit fokusgruppeintervju med mellom seks og åtte personar. Intervjuet vil bli tatt opp på band, transkribert og analysert i etterkant.

Før du kjem til intervjuet ynskjer eg at du førebur deg litt ved å tenkje på eit avvik som du hugsar godt, skriv det gjerne ned og ta det med. Spørsmåla eg vil stille omhandlar avviksrutinane i kommunen og saman vil ein reflektere ikring dette under intervjuet.

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

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt. Informasjonen vil bli anonymisert og det vert ikkje mogleg å kjenne att deltakarane i publikasjonen. Informasjonen vil bli låst inn og lagra utilgjengeleg for uvedkommande og sletta i etterkant.

Prosjektet skal etter planen avsluttast i mai 2015

### **Frivillig deltaking**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Karin Strand, tlf: 98830842

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

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

Eg har motteke informasjon om studie, og er villeg til å delta på fokusgruppeintervju i oktober 2014

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

**Eg samtykker til å delta i intervju dato:.....**

## INTERVJUGUIDE

*Kan du fortelje om eit avvik som du hugsar godt,*

### **1. Kva avvik meiner du er viktige å skrive, og kvifor?**

Er det avvik som ikkje er viktige?

Kva avvik vert oftast meldt?

Er det avvik som ikkje vert meldt, og kva trur du er årsaken til det?

### **2. Kan du fortelje om korleis kommunen handterer avvika, og korleis du opplever denne prosessen?**

-Vert det gjeve tilbakemelding?

-vert det diskutert på personalmøta?

- er det noko som er vanskeleg?

- kva blir avvika brukt til vidare?

### **3. Har du opplevd at rutinar har blitt endra på grunn av eit avvik som du har meldt?**

-medfører dei endringar i rutinar og arbeidsprosessar?

-kva har du sjølv lært?

### **4. Kor fornøgd er du med dette systemet? Kva trur du kommunen oppnår med denne rutinen?**

- Opplever du at det fører til betre tenester?

- Kan avviksmelding gjerast på ein betre måte?

- Er det andre moment som er viktige å få fram?

Oktober 2014