



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

Avvikshandtering i den kommunale
pleie- og omsorgstenesta

Handling adverse event in the municipal
care service

Tonje Strandos

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing og
utdanningsleiing.

Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap/Institutt for samfunnsvitskap.

12. Juni 2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Denne masteroppgåva er eit resultat av at eg sjølv har ei stor interesse for å jobbe med kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet i helsetenesta. Avvikshandtering har vore eit tema som eg over lengre tid har vore oppteken av, då eg som sjukepleiar og leiar i helsetenesta har erfart at det å bruke avvik i den hensikt å forbetre helsetenesta ikkje alltid er like enkelt. Å kunne studere temaet avvikshandtering har derfor vore ein lærerikprosess og gjeve meg fagleg påfyll som eg vidare vil nytte i jobbsamanheng.

Eg ynskjer å rette ei stor takk til rettleiaren min, dosent Per Einar Garmannslund, som gjennom konstruktive tilbakemeldingar, engasjement for prosjektet og oppmuntrande ord har bidrege til at eg i dag kan levere masteroppgåva. Takk for at eg fekk lære deg å kjenne og nytte godt av den kunnskapen du har. Det har vore ei ære å vere din student.

Eg ynskjer å takke ulike personar, som på ulike måtar har gjort det mogleg for meg å kome i mål med oppgåva. Fyrst vil eg takke mannen min, Asbjørn Måredal, og mine fem barn, Amalie, Nikolai, Anna, Johannes og Ola for at dei har lete meg få gjennomføre masterstudiet. Fleire helgar og kveldar har gått med for at eg skulle kome i mål, og eg veit at dette ofte har gått ut over alt og alle heime. Eg vil òg takke Oddny Sørestrand, kollega og venninne, for gode drøftingar om temaet, Monica Oppedal, venninne, som alltid har stilt opp for gjennomlesing, Hilde Sognnæs Strandos, syskenbarn og lærar, for korrekturlesing av oppgåva og Kristine Longfellow, kommuneoverlege, kollega og venninne, for god hjelp i innspurten av oppgåva.

Det er med stoltheit at eg i dag avsluttar masterstudiet i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing. Kunnskapen eg har tileigna meg gjennom studiet tek eg med meg vidare i mitt virke.

Høyanger, 12. juni 2020

Tonje Strandos

Samandrag

Temaet i dette prosjektet er leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia si avvikshandtering. Kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet i helse- og omsorgstenesta har dei seinare åra fått ei sterkare organisatorisk forankring nasjonalt. Førebygging av uynskte hendingar er ein viktig del av dette arbeidet. Uynskte hendingar fører til menneskeleg lidning for pasientar, brukarar og pårørande. Helsepersonell vert òg ramma av hendingane. Avviksmeldingar har til hensikt at organisasjonen skal forbetre kvaliteten og tryggleiken i helsetenesta gjennom å lære av feil.

Undersøking har vist at det er ei underrapportering av avvik i den kommunale helse- og omsorgstenesta og at førekomsten av uynskte hendingar ikkje er kjent. Prosjektet har som føremål å sjå på om ulikskapar i oppfatninga av avvik og avvikshandtering blant leiarar og medarbeidarar kan forklare eventuell svikt i avvikshandteringa i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

Følgjande problemstilling vart utforma for dette prosjektet:

«Føremålet med denne undersøkinga er å sjå korleis leiarar og medarbeidarar i sjukeheimar og i heimesjukepleia oppfattar avvik og avvikshandtering»

Prosjektet har eit kvantitativ forskingsdesign. Datamaterialet vart henta frå ei elektronisk spørjeundersøking som vart gjennomført i perioden 4. mars til 25. mars 2019. Til saman har 289 leiarar og medarbeidarar i sjukeheim og i heimesjukepleia i 10 kommunar svart heilt eller delvis på undersøkinga. Arbeidet byggjer på ein hypotetisk modell og analyseramme som er inspirert av valte teoretikarar innan organisasjonsteori. I hovudsak er det brukt deskriptive analysar i analysen av datamaterialet. I tillegg vart det utført bivariante analysar i form av korrelasjonsanalysar.

Hovudfunna i undersøkinga viser at leiarar og medarbeidarar i stor grad melder avvik som dei sjølve er involvert, men òg avvik som dei ikkje direkte er involvert i. Leiarane opplev fleire avvik i løpet av ein månad enn medarbeidarane, og fleire leiarar enn medarbeidarar opplev i stor grad at avvik vert brukt til grunnlag for forbetringar. Leiarar og medarbeidarar ser på avvik som hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient eller tilsett, og skårar høgt på at det er viktig å melde avvik for å lære av feil og forhindre at pasientar vert skada.

Medarbeidarane vektar at god avvikshandtering er når avvik vert drøfta, at dei i fellesskap kjem fram til forbetringstiltak og at det vert sett i verk tiltak for å forhindre at nye, liknande hendingar skjer igjen. Vidare vart det funne at fleire leiarar enn medarbeidarar oppfattar at avvik er hendingar som fører til nestenuhell på personalet. Fleire leiarar enn medarbeidarar vektar at det er viktig å melde avvik fordi dette viser ansvarlegheit, kunnskap, evne til å evaluere seg sjølv og at rapportering av avvik bidreg til at den faglege bevisstheita aukar. Medarbeidarane vektar dårleg tid, at avviket vart ordna opp i på vakta og at det ikkje skjer noko med avviket som årsaker til å ikkje rapportere avvik. Det vart funne sterke samanhengar mellom leiarpåverknad og kultur for læring, mellom struktur for avvikshandtering og kultur for læring og mellom leiarpåverknad og struktur for avvikshandtering.

Det er behov for ytterlegare forskning på temaet avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta, for å kunne gje meir presise svar på kva faktorar som er fremjande og hemmande på avvikshandteringa.

Abstract

The purpose of this study is to examine how administrators and employees manage adverse event-reporting. Patient safety and quality of care in the municipal healthcare system has in recent years gained a stronger organizational foundation nationally. Preventing unwanted adverse events is an important part of this work. Adverse events lead to human suffering for patients, users and relatives. Health professionals are also affected by these discrepancies. The fundamental intention of adverse event-reporting is to stimulate the organization to focus on improving the quality and safety of the healthcare system by learning from mistakes.

Investigations have shown that there is a tendency to underreport discrepancies and adverse events in the municipal healthcare system, so the actual occurrence of adverse events is not known. The project aims to identify factors in the working environment which affects the perception of discrepancies and how they are managed, by the administrators, teamleaders and their employees in municipal nursing homes and in home nursing, and if differences in this perception explains possible failure to submit and manage reports.

The following question was designed as the purpose for this project:

"How do leaders and staff in nursing homes and in home nursing perceive discrepancies and the handling of these adverse events and their reporting?"»

The project has a quantitative research design. The data was obtained from an electronic survey that was conducted from March 4th to March 25th, 2019. In total, 289 administrators and staff in nursing homes and in home nursing in 10 municipalities responded completely or partially to the survey. The work is based on a hypothetical model and framework of analysis that is inspired by selected theorists within organizational theory and theory of management. Mainly descriptive analysis is used in the analysis of the data material. In addition, bivariate analysis was carried out in the form of correlation analysis.

The main findings in the survey showed that administrators and employees report both adverse events in which they themselves are involved directly, but also when they are not involved directly. Leaders experience more discrepancies in one month than employees. Leaders generally experience more than the employees, that deviations are used as the basis for improvement and learning. Leaders and co-workers view adverse events as the cause of

negative consequences for a patient or employee, and strongly state that it is important to report them in order to learn from mistakes and prevent patients from being injured. The employees emphasize that good discrepancy management includes discussion of the event, resulting in jointly coming up with improvement measures and that these measures have the goal to prevent new, similar events from happening again. Furthermore, it was found that more administrators than employees perceive that discrepancies are events that lead to near-accidents for the staff. More leaders than employees emphasize that it is important to report discrepancies because this shows accountability, knowledge, ability to evaluate oneself, and increases professional awareness. The employees emphasize that several factors result in the lack of motivation to report adverse events, such as not enough time to discuss and follow up the event, or perhaps the mistake was improved right when it happened, or that a report of an event is ignored. Strong correlations were found between leader influence and the culture for learning, between the structure for adverse event-management and culture for learning, and between leader influence and the structure for adverse event-management.

Further research is needed on the topic of management of adverse-event-reporting and handling in municipal nursing homes and home nursing, in order to better evaluate the factors which promote and inhibit the management of adverse events.

Innhald

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	2
1.1.1 Konkretisering av føremålet med prosjektet	2
1.2 Problemstilling	3
1.2.1 Forskingsspørsmål.....	3
1.2.2 Definisjon og bruk av omgrepa «pasientsikkerheit» og «avvik»	3
2.0 Teoridel	5
2.1 Kunnskapsstatus	5
2.2 Oppsummering av kunnskapsstatus	7
2.3 Nasjonale føringar	8
2.4 Det Institusjonelle perspektivet	10
2.5 Organisasjonskultur.....	12
2.6 Organisasjonsstruktur.....	15
2.6.1 Formell organisasjonsstruktur	16
2.7 Korleis leiar påverkar kulturen og strukturen i ein organisasjon	18
2.8 Teoretisk modell for operasjonisering av omgrep og dataanalyse	20
2.8.1 Hypotetisk modell og analyseramme	21
3.0 Metodedel.....	25
3.1 Metodeval for dette forskingsprosjektet.....	25
3.2 Datainnsamling og utval.....	25
3.3 Utarbeiding av spørjeskjemaet	26
3.3.1 Svarprosent og utvalet	27
3.4 Analysetilnærming	29
3.4.1 Samansette mål.....	30
3.5 Forskingsetiske vurderingar	33
3.6 Operasjonisering av variablar.....	34

3.6.1 Organisasjonskultur.....	34
3.6.2 Organisasjonsstruktur.....	37
3.6.3 Leiarpåverknad.....	38
3.7 Validitet og reliabilitet	39
3.7.1 Svarprosent, ubesvarte spørsmål og generalisering.	41
4.0 Empiriske funn	43
4.1 Rapportering av avvik og avvik brukt som grunnlag for forbetringar	43
4.2 Deskriptiv analyse av utvalte variablar	44
4.2.1 Avvik betyr for deg?	44
4.2.2 Kva meiner du er dei viktigaste årsakene til å melde skrifteleg i frå om avvik?	46
4.2.3 Kva oppfattar du som god avvikshandtering?.....	47
4.2.4 Dersom du ikkje melder i frå om eit avvik skrifteleg til din næraste leiar kva er årsaka til at du ikkje melder avviket?.....	48
4.2.5 Oppsummering av funn av dei grunnleggjande variablane.....	49
4.4 Resultat frå korrelasjonsanalysen.....	50
5.0 Drøfting av resultata i undersøkinga	53
5.1 Leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering	53
5.2 Ulikskapar i leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering.....	55
5.3 Samanheng mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, leiarpåverkand og oppfatning av avvik og avvikshandtering	57
5.4 Styrkjer og svakheiter med forskingsprosjektet	59
6.0 Avslutning	61
6.1 Implikasjon for praksisfeltet.....	63
6.2 Vidare forskning.....	64

Kjelder

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD prosjektnummer og statusrapport

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til kommunane

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til tilsette i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia i Sogn og fjordane

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til oppslag

Vedlegg 5: Etterspurnad av informasjon om informantane sine e-postadresser sendt til oppnemnte kontaktpersonar i kommunane

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til informantane

Vedlegg 7: Informasjon og spørjeskjemaet sendt i link på e-post

Vedlegg 8: Påminning om undersøkinga

Tabelloversikt

<i>Tabell 2.1.</i> Institusjonelle prosessar og element..	s. 11
<i>Tabell 3.1.</i> Kjønnfordeling	s. 28
<i>Tabell 3.2.</i> Aldersfordeling	s. 28
<i>Tabell 3.3.</i> Tenestetid	s. 28
<i>Tabell 3.4.</i> Utvalet sin stasjoningsstad, fordelt på sjukeheim og heimesjukepleia	s. 29
<i>Tabell 3.5.</i> Fordeling av utdanningsnivå og stillingstype i prosent	s. 29
<i>Tabell 3.6.</i> Samansette mål.	s. 33
<i>Tabell 4.1.</i> Tal avvik per månad, fordelt på leiarar og medarbeidarar.	s. 43
<i>Tabell 4.2.</i> Oppfatning av kva avvik er, heile utvalet	s. 44
<i>Tabell 4.3.</i> Oppfatning av kva avvik er fordelt på leiarar og medarbeidarar	s. 45
<i>Tabell 4.4.</i> Oppfatning av kva som er dei viktigaste årsakene til å melde avvik, heile utvalet	s. 46
<i>Tabell 4.5.</i> Oppfatning av kva som er dei viktigaste årsakene til å melde avvik, fordelt på leiarar og medarbeidarar.	s. 47
<i>Tabell 4.6.</i> Medarbeidarane si oppfatning av god avvikshandtering.	s. 48
<i>Tabell 4.7.</i> Medarbeidarane sine årsaker til ikkje å melde skrifteleg i frå om avvik.	s. 49
<i>Tabell 4.8.</i> Korrelasjonar mellom samansette mål	s. 51

Figuroversikt

<i>Figur 2.1.</i> Samanhengen mellom kulturuttrykk, kulturinnhald og kulturtema	s. 13
<i>Figur 2.2.</i> Dei Tre Kulturnivåa.	s. 14
<i>Figur 2.3.</i> Dei fem hovuddelane i ein organisasjon	s. 17
<i>Figur 2.4.</i> Hypotetisk modell og analyseramme	s. 21

1.0 Innleiing

I dette prosjektet vil eg sjå nærare på korleis ein handterer avvik i den kommunale pleie- og omsorgstenesta.¹ Kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet i helse- og omsorgstenesta har dei seinare åra fått ei sterkare organisatorisk forankring nasjonalt. Førebygging av uynskte hendingar er ein viktig del av dette arbeidet. Uynskte hendingar fører til menneskeleg lidning for pasientar, brukarar og pårørande. Helsepersonell vert òg ramma av hendingane, samt at hendingane fører til ei svekkja tillit og omdømme av helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, ss. 5-6; NOU 2015:11, s. 10; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 7). Auka satsing på kvalitetsforbetring i helsesektoren har resultert i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar 2017, og erstatta internkontrollforskrifta. Den er tydeleg på leiar sitt ansvar og omfattar kva oppgåver ein er plikta til å planleggje, evaluere og korrigere, for å systematisk arbeide med kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit (Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Registrering av små og store avvik er eit viktig verktøy i forbetningsarbeidet i helsetenesta, og kan forhindre at eit avvik med svært alvorleg konsekvens skjer. Eg har i mitt virke som sjukepleiar opplevd at avvik/uynskte hendingar som skjer i den daglege drifta ikkje vert meldt, og at avviksmeldingar i lita grad vert nytta i arbeidet med kvalitetsforbetring. I offentleg utgreiing «Med åpne kort» (NOU 2015: 11, ss. 10, 49) vert det vist til at tal uynskte hendingar i den kommunale helse- og omsorgstenesta ikkje er kjent, men at det òg her skjer hendingar med ulik alvorlegheitsgrad. Erfaringar frå pasientar, brukarar, pårørande og helsepersonell syner at alvorlege hendingar ikkje alltid vert følgt opp slik dei burde (NOU 2015: 11, ss. 24, 28-29).

Føremålet med dette prosjektet er å forsøkje å kartleggje enkelte faktorar i jobbsamanheng som påverkar avvikshandteringa til leiarar og medarbeidarar i sjukeheim og i heimesjukepleia, og sjå kva samanheng det er mellom desse faktorane og eventuelle ulikskapar og svikt i avvikshandteringa. Ved å undersøkje oppfatninga av avvik og

¹ Delar av denne teksten er henta frå eksamensoppgåvene mine i kurs ME6-500 Forskingsstrategiar og metode, haust 2017, og OR6-502 Styring, omstilling og leiing i offentleg sektor, vår 2018. Desse oppgåvene var eit førebuaende arbeid til metode- og teoridelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing.

avvikshandtering blant leiarar og medarbeidarar, vil eg forsøkje å finne kva faktorar som er avgjerande for at avvikshandtering skal vere ein naturleg del av den daglege drifta i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Er oppfatninga blant leiarar og medarbeidarar så ulik at dette hemmar ei positiv handtering av avvik? Er det ulikskap i einingane, heimesjukepleia og sjukeheim/institusjon?

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Avviksmeldingar er eit reiskap som skal nyttast til kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Rapportering av avvik skal inngå som ein del av kommunen sin eigen internkontroll og kvalitetssystem, og skal gjere det mogleg for kommunen å kunne evaluere seg sjølv og jobbe med kvalitetsforbetring på alle nivå. Kartlegging av pasientskadar og melding om uynskte hendingar gjev kunnskap om risikonivå og risikoområde i tenesta. Føremålet med avviksmeldingane er å forhindre at nye, liknande hendingar skjer igjen og forhindre at pasientar vert skada (Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Undersøking har vist at kommunane har system for avvikshandtering, men at det er ei klar underrapportering av avvik i den kommunale helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, ss. 28-29). Det går fram i fleire offentlege styringsdokument og forskrifter at det har vore ei gradvis utvikling i satsinga på kvalitetsforbetring i den norske helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dei nasjonale føringane skisserer rammene for kommunen sitt kvalitetsarbeid innan pleie- og omsorgstenesta.

1.1.1 Konkretisering av føremålet med prosjektet

Med bakgrunn i eit auka nasjonalt fokus på arbeidet med systematisk kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, samt utfordringsbiletet som er knytt til bruken av avviksmeldingar, finn eg det relevant å studere leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar/institusjonar og i heimesjukepleia si oppfatning av avvik og avvikshandtering. Tenestene har pleie og omsorg til pasientar og brukarar som si primæroppgåve, og er sjukepleiestyrt ved at tenesteleiar har grunnutdanning som sjukepleiar. Medarbeidarane kan vere sjukepleiarar, hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar og ufaglærte pleieassistentar. Tenestene i dei to områda er ulikt organiserte. I sjukeheim vert det gitt pleie og omsorg til eit fastsett tal bebuarar. Dei tilsette jobbar innanfor eit fysisk avgrensa område, og det er kort avstand mellom tilgang til

hjelp, informasjon og kontakt mellom medarbeidarar og leiar. I heimesjukepleia er det inga avgrensing når det gjeld tal pasientar/brukarar. Sjukepleiarar og hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar yter pleie og omsorg aleine i pasientane/brukarane sin heim. Medarbeidarane jobbar meir aleine, og i den praktiske kvardagen er det større avstand til medarbeidarane og leiar enn det er for dei tilsette i sjukeheim. I dette prosjektet er det interessant å sjå om det er samanheng mellom dei organisatoriske ulikskapane i dei to einingane og eventuell svikt i avvikshandteringa.

1.2 Problemstilling

«Føremålet med denne undersøkinga er å sjå korleis medarbeidarar og leiarar i sjukeheimar og i heimesjukepleia oppfattar avvik og avvikshandtering»

1.2.1 Forskingsspørsmål

- 1. «Korleis oppfattar leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia avvik og avvikshandtering?»*
- 2. «I kva grad ser leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia ulikt på avvik og avvikshandtering?»*
- 3. «Kva samanheng er det mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, leiarpåverknad og oppfatning av avvik og avvikshandtering?»*

1.2.2 Definisjon og bruk av omgrepa «pasientsikkerheit» og «avvik»

Pasientsikkerheit vert i dette prosjektet forstått som:

«Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (Vincent, Taylor-Adams & Stanhope, 1998 i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010, s. 6).

Omgrepet «avvik» er eit samleomgrep som vert brukt om hendingar, der pasientar står i fare for å verte skada eller vert skada (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010, ss. 10-12). I denne oppgåva nyttast òg omgrepa: «uynskt hending», «feil», «uforsvarleg forhold» og

«kritikkverdig praksis», og innehar den same tydinga som omgrepet «avvik». Ord som «melde», «rapportere» og «varsle» vert brukt om det å melde hendingar til nokon på arbeidsplassen, som har ansvar og mynde til å handtere og gjere noko med hendingane.

2.0 Teoridel

I denne delen av oppgåva vert relevant forskning, nasjonale føringar og teori presentert. Teorien dannar ei forståingsramme og kastar lys over problemstillinga. Utgangspunktet for val av teori er gjort på bakgrunn av funn i eksisterande forskning.²

2.1 Kunnskapsstatus

Eg har søkt etter litteratur og forskning som omhandlar avvikshandtering, avviksrapportar, avismeldingar, avviskultur, meldekultur, uynskte hendingar, uheldige hendingar og kvalitetsarbeid. Det er gjort søk i ORIA, Google Scholar og i tidsskrifter, der søkjeorda er kombinert på ulike måtar, både på norsk og engelsk. Det vart funne at det eksisterer ein del forskning som omhandlar kvalitetsarbeid og utfordringar knytt til avvik, og som kastar lys over ulike sider ved avvikshandteringa i helse- og omsorgstenesta. Forskinga er utført på leiarar og medarbeidarar i helsetenesta. I dette kapitelet vert fire relevante forskingsartiklar for dette prosjektet presentert.

Ulvund, Rokstad og Vatne (2016) publiserte i tidsskriftet «Sykepleien» i oktober 2016 ein kvantitativ forskingsstudie, som hadde til hensikt å skildre faktorar som påverkar jordmødrer og psykiatriske sjukepleiarar si varsling av avvik. Studien var ein del av eit forskingsprosjekt som var utført i samarbeid med sjukepleieforskarar ved Høgskolen i Molde og James Cook University i Australia. Studien var gjort på bakgrunn av at det frå helsemyndighetene vert forventet at avvik vert meldt. Til tross for dette syner forskning at uynskte hendingar underrapporterast. Resultata i studien synte at dei fleste kjente til prosedyrar for avvikshandtering på eigen arbeidsplass, men fleire kjente til prosedyrar for varsling av kliniske feil, enn for uetisk praksis. Den viktigaste årsaka til å varsle var å forhindre at pasientar vart skada. Før dei varsla vurderte fleire om varslinga kunne føre til ei belastning for dei sjølve eller ein kollega. Studien konkluderte med at informantane prioriterte pasientane sin rett til å ikkje verte skada høgt, når dei skulle vurdere om dei skulle varsle eit avvik.

Castel, Ginsburg, Zaheer og Tamim (2015) publiserte i BMC Health Services Research i august 2015 ein forskingsstudie som hadde til mål å identifisere og forstå faktorar, som

² Delar av denne teksten er henta frå eksamensoppgåvene mine i kurs ME6-500 Forskingsstrategiar og metode, haust 2017, og OR6-502 Styring, omstilling og leiing i offentleg sektor, vår 2018. Desse oppgåvene var eit førebuande arbeid til metode- og teoridelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing.

påverkar legar og sjukepleiarar si frykt for konsekvensar ved rapportering av uynskte hendingar. Hensikta var å undersøke kva påverknad klinikken sin demografi (alder, kjønn og tenure³ (ansiennitet)), organisasjonsdemografi (undervisningssituasjon, omsorgsstad og provins) og leiingsfaktorar (den administrative leiinga og einingsleiarar si støtte i pasientsikkerheitsarbeidet) har å seie for frykta for konsekvensar ved å rapportere uheldige hendingar. Studien var ein tverrsnittanalyse av 2319 sjukepleiarar og 386 legar frå tre kanadiske provinsar, som hadde respondert på «The Modified Stanford patient safety climate survey (MSI-06)». Funna i studien viste at demografiske faktorar (alder, kjønn og tenure) ikkje hadde noko signifikant betydning for frykta for konsekvensar for verken sjukepleiarar eller legar. Likevel viste auka organisatorisk tenure ein vesentleg forbetra score for sjukepleiarane, men ikkje for legane. Forskarane peikte på at dette kan vere teikn på at sjukepleiarane gjennom prosessar eller forhold i eigen organisasjon med tida kan utvikle tillit rundt pasientsikkerheit, noko som er fråverande hjå legane. Studien fann at i organisasjonar der den administrative leiinga og einingsleiarane snakka om og var støttande til pasientsikkerheitsarbeidet synte ein eintydig positiv effekt på frykt for konsekvensar av å rapportere avvik, men med ulik storleiksgrenser for sjukepleiarar og legar. Det vart konkludert med at ei leiing som er støttande til pasientsikkerheitsarbeidet er av betydning for å redusere frykta for å rapportere avvik hjå sjukepleiarar og legar.

Heggdal og Bukve (2014) har utført ein kvalitativ forskingsstudie av tenesteeiningar i ein utvalt casekommune, der dei såg på korleis arbeidet med kvalitetsforbetring vert utført i praksis. Studien vart publisert i 2014 i boka: «Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar», utgitt av Universitetsforlaget. Studien fann at kommunen hadde på plass eit formelt system med internkontroll og avviksmeldingar, som var i tråd med internkontrollforskrifta sin handlingsplan. Det vart funne eit klart skilje mellom heimesjukepleia og institusjon (sjukeheim), når det gjaldt tilbakemelding på avviksmeldingar frå einingsleiar. I heimesjukepleia opplevde informantane at dei fekk tilbakemelding frå einingsleiar, samt at avviksmeldingane vart drøfta i personalmøta. Informantane i institusjon beskreiv at tilbakemeldingane var varierende, og det vart stilt spørsmål om kvifor dei fylte ut avviksmeldingar. Einingsleiarane formidla at dei forsøkte å ordne opp lokalt, når eit avvik skjer. Dette vart forklart med at avvik på leiarnivå ofte omhandla samhandling mellom

³ **Tenure** er eit omgrep som hovudsakeleg vert brukt i [engelskspråkelege](#) land. *Tenure* vert gjeve til [professorer](#) eller andre med høg akademisk bakgrunn. Tenure betyr at vedkomande ikkje kan verte oppsagt (med mindre svært gode grunнар føreligg, som for eksempel lovbrøt) (WIKIPEDIA).

einingane i kommunen eller einingane og helseføretaket. Det vart konkludert med at funna i studien viste at leiarane hadde systemkunnskap, men at denne kunnskapen var varierende hjå dei tilsette. Samstundes vart det avdekkja at manglande bruk av kontrollsystemet ikkje berre omhandla informasjon og kunnskap, men at systemet òg er lite fleksibelt og tilpassingsdyktig.

Vågen (2008) gjennomførte i 2008 ein masterstudie, som hadde til hensikt å sjå på avdelingsleiarar i sjukehus sitt ansvar og moglegheiter for å bidra til ein open yringskultur. Det vart nytt ein kvalitativ forskingsmetode, der ti avdelingsleiarar frå seks ulike sjukehus vart intervjua. Det vart funne at avdelingsleiarane opplevde eit auka tal avviksmeldingar, når dei hadde fokus på at avvik skulle meldast. Mottaket og handteringa av meldingane vart òg vekta som avgjerande for at medarbeidarane skulle fortsetje å melde kritikkverdig praksis. Vågen (2008) fann to hovudområde innan avvikshandtering og kvalitetssikring som leiarnivået særskilt var utfordra på. Det fyrste omhandla at leiarane opplever det ubehagleg og vanskeleg, når dei må utfordre styringssignal og krav ovanfrå som ikkje er på linje med pasientane sine behov. Avdelingsleiarane opplever ofte lojalitetskonfliktar og krysspress frå medarbeidarar, pasientar, pårørande og leiarnivåa over. Det andre området omhandla ulikskapar i forståinga av kva som er etisk og fagleg forsvarleg praksis. Fleire leiarar gav uttrykk for at dei ikkje hadde god nok felles forståing i pleiegruppa, enkelte gav uttrykk for at ulikskapane og usemja var størst på tvers av faggruppene og nokre uttrykte at pasientane kunne ha urealistiske forventingar til kva avdelinga kunne tilby. Studien konkluderte med at leiarane betre må kunne utfordre styringssignal og krav ovanfrå og skape openheit i avdelingane om kva som er god og dårleg praksis.

2.2 Oppsummering av kunnskapsstatus

Det går fram av forskinga at handtering av avvik er ei utfordring på fleire nivå i helse- og omsorgstenesta. Gjennomgåande vert det peikt på at det i sjukehus og i kommunehelsetenesta er utarbeida system og prosedyrar for å melde avvik. Likevel er det ei underrapportering av avvik, og det er utfordrande å få til gode system som sikrar at avvik vert brukt i den hensikt å betre kvaliteten på helsetenesta. Studiane til Castel, et al. (2015) og Ulvund, et al. (2016) viser at avvik er forbunde med frykt og skuld hjå helsepersonellet, ei usikkerheit kring kva eit avvik er og ei oppleving av at meldte avvik ikkje vert følgt opp av leiar. I studien til Vågen (2008) vart det funne at avdelingsleiarane opplevde eit auka tal avviksmeldingar, når dei hadde fokus

på at avvik skulle meldast. Avdelingsleiarane vekta blant anna ulikskapar i personalet si forståing og oppfatning av kva som er etisk og fagleg forsvarleg praksis, som ei av årsakene til utfordringane knytt til avvikshandtering og kvalitetssikring. Heggdal og Bukve (2014) fann ulikskap i avvikshandteringa i heimesjukepleia og i institusjon, noko som vart forklart med ulikskap i strukturen mellom dei to einingane. Studiane peikar på at organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og leiarpåverknad er faktorar som verkar både fremjande og hemmande på avvikshandteringa (Castel, et al., 2015; Ulvund, et al., 2016; Vågen, 2008; Heggdal & Bukve, 2014). Studiane avdekkjer manglande kunnskap om faktorar som kan forklare utfordringar med avvikshandteringa i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

2.3 Nasjonale føringar

I 1992 fekk helsepersonell ei lovfesta plikt til å rapportere hendingar som har eller kunne føre til betydeleg skade på pasient (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Kravet om internkontroll i kommunehelsetenesta kom fyrst i januar 1994 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Frå den tid har det vore ei gradvis utvikling og fokus på internkontroll nasjonalt, som har lagt føringar for at den kommunale pleie- og omsorgstenesta skulle etablere heilskaplege og effektive kvalitetssystem. Innføring av internkontroll var ein del av dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsetilsynet, 2002). I 1997 fekk den kommunale pleie- og omsorgstenesta si fyrste kvalitetesforskrift. Utfordringar kring innføring av internkontroll førte til at plikta til internkontroll vart heimla i kommunehelsetenestelova, som i dag er helse- og omsorgstenestelova, og det vart innført krav om at kommunane skulle etablere eit kvalitetssystem for pleie- og omsorgstenestene innan utgangen av 2004 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000; Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

Sosial- og helsedirektoratet gav i 2005 ut ein ny nasjonal strategi for kvalitetsforbetring for sosial- og helsetenesta «...og bedre skal det bli!», som sette fokus på bruk av uheldige hendingar i kvalitetsarbeidet. Strategien byggjer på prinsipp om kvalitet, forbetningsarbeid, læring og refleksjon over eigen praksis. Dei viktigaste krava pasientar og brukarar har i møte med tenesta er tryggleik og sikkerheit. Desse krava kan betre sikrast ved å identifisere og førebyggje uheldige hendingar (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Fokuset på internkontroll og avviksmeldingar som ein del av kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstenesta går fram i fleire statlege dokument (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I stortingsmelding «God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» (2012) vart det lagt føringar for at helse- og omsorgstenestene skal vere tilpassa den enkelte pasient og brukar, og at tilbodet er sikkert og av god kvalitet. Målet var å forbetre systema for korleis organisasjonen lærer av feil, avdekkjer risiko og skapar ein kultur for systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerheit. Ansvar for kvalitetsarbeidet vart i større grad lagt på leiarar på alle nivå i tenesta og nøkkelrolla ligg hjå leiarar som jobbar nær pasientane. Stortingsmeldinga la fram forslag om ei felles forskrift for internkontroll, kvalitet og pasientsikkerheit, som resulterte i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016), innført 1. januar 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, ss. 7-15).

I den kommunale pleie- og omsorgstenesta dannar Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) grunnlaget for kommunen sitt arbeid med internkontroll og kvalitetsarbeid i tenesta. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) pålegg kommunen å etablere eit system av prosedyrar, som sikrar at brukarar av pleie- og omsorgstenesta får ivareteke sine grunnleggjande behov. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) vert det stilt krav til at helse- og omsorgstenestene skal drive fagleg forsvarlege helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit, samt at krav i helsetilsynslova og helse- og omsorgstenestelova vert følgt. Forskrifta er tydeleg på at den overordna leiinga i kommunen har ansvaret for å sikre at det vert gjennomført ei systematisk styring av aktivitetane. I prinsippet ligg ansvaret hjå kommunen sin øvste leiar, rådmannen, men i den daglege utøvinga er ansvaret og utføringa delegert til einingsleiarane. Rådmannen skal sikre at kommunen har eit system for at alle tilsette skal kunne melde uheldige hendingar/avvik. Leiarar har delegert mynde til å handtere meldte avvik og sikre at dei underordna medarbeidarane er gjort kjent med og kan nytte avvikssystemet. Medarbeidarar pliktar å rapportere uheldige hendingar som er i strid med rutinar, retningslinjer og prosedyrar (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

2.4 Det Institusjonelle perspektivet

Gjennom institusjonell teori kan ein studere ulike institusjonelle fenomen i organisasjonar (Bukve, 2012, s. 36). Eg skal i dette prosjekt studere avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. For å få ei forståing av kva faktorar som påverkar fenomenet avvikshandtering i sjukeheim og i heimesjukepleia er institusjonell teori valt som eit rammeverk for det vidare arbeidet.

I følge Bukve (2012, s. 36-37) er institusjonar eit sett av sosiale praksisar, som er regulerte av underliggjande tankemønster, normer, verdiar, konvensjonar og reglar som definerer kva som er høveleg åferd. Gjennom handlingane eller praksisane til dei sosiale aktørane kjem institusjonane til syne. Slik sett kan institusjonane eksistere og vidare verte reprodusert gjennom handling og praksis. Bukve (2012, s. 38-39) seier at institusjonane kan oppfattast som overindividuelle, då institusjonen vil eksistere uavhengig av den enkelte aktør. Samstundes er institusjonen avhengig av individa for å eksistere og verte reprodusert.

Institusjonar vert til ved at dei vert anerkjente og får status gjennom den funksjonen eller statusen som aktørane tillegg den (Searle, 1995, 2010 i Bukve, 2012, s. 38). Statusen kan institusjonane berre få gjennom ei form for kollektiv overeinskomst, der alle involverte aktørar er villige til å anerkjenne den. På den måten vert institusjonelle fakta overindividuelle, og kan kallast sosiale fakta (Durkheim, 1964 i Bukve, 2012, s. 38). I tillegg er institusjonar kjenneteikna ved at nokon tillegg institusjonelle fakta ei tyding, som funksjon eller rolle. Institusjonelle fakta får institusjonen gjennom ein sosial kollektiv overeinskomst.

Institusjonane kan vere oppstått på bakgrunn av formelle reglar og lovverk eller vere basert på kultur og normer, eller innehalde begge desse faktorane. Her peikar Bukve (2012, ss. 39-40) på at formelle reglar og rammeverk berre kan vere berarar av institusjonar i den grad aktørane anerkjenner dei og tek dei inn over seg i praksis og handling. Ein formell regel kan vere institusjonalisert i ulik grad, då reglane kan overhaldast i ulik grad frå aktør til aktør.

For å forstå og studere korleis institusjonar vert forma og utvikla, hevdar Bukve (2012, s. 38) at ein i tillegg til den sosiale kollektive overeinskomsten må ta omsyn til den konteksten institusjonen held til i. I mitt prosjekt skal eg studere avvikshandtering i sjukeheim og i heimesjukepleia, og det vert derfor relevant å ta omsyn til korleis desse to tenestene i kommunen er utforma. Her må ein derfor sjå på samanhengen og samspelet mellom den formelle organiseringa og korleis dei er forankra i dei uformelle oppfatningane knytt til

avvikshandtering. Dei formelle ordningane og organisasjonsformene finn ein nedfelt i spesifiserte reglar, instruksar, standardprosedurar og organisasjonskart, som gjev aktørane rettar, plikter og oppgåver. Aktørar som ikkje føl dei formelle ordningane kan verte møtt med sanksjonar eller straff. Uformelle praksisar er framgangsmåtar som ikkje er formelt vedtekne, men som har oppstått som rutinar og vanar, som er felles for ei gruppe aktørar i ein organisasjon. Brot på uformelle rutinar og praksis kan òg verte møtt med sanksjonar, men då gjerne som reaksjonar frå dei andre medlemmane i gruppa (Bukve, 2012, ss. 40-41).

Omgrepet «institusjonaliserte oppfatningar», òg omtalt som «symbolske institusjonar», vert delt i normative og kognitive institusjonar. Normative institusjonar omhandlar samtykket som er skapt gjennom sosiale forpliktingar, som felles oppfatningar av kva som er rett å gjere eller kva vi bør gjere. Dei normative oppfatningane er legitimerte gjennom felles normer og verdiar (Bukve, 2012, s. 40). I kognitive institusjonar vert vår tolking av verda strukturert. Viktige element vert mønsteret og formene i tenkinga vår, og korleis dette styrer utviklinga av kategoriar og konstruksjonen av typar og typologiar (G. Kaufmann & Kaufmann, 2003 i Bukve, 2012, s. 40).

Institusjonelle prosessar	Institusjonelle element
Idear og diskursar	Kognitive forståingsrammer og typar
	Normer (allmenngyldige)
	Verdiar (kulturrelative)
Organisering og praksisar	Formelle reglar, overvaking og sanksjonar
	Rutinar
	Standardprosedurar

Tabell 2.1. Institusjonelle prosessar og element. Frå «Det institusjonelle perspektivet,» av O. Bukve, 2012, Lokal og regional styring, s. 41. Copyright 2012, Det Norske Samlaget.

Institusjonell teori vert i mitt prosjekt nytta som ei overordna ramme og utgangspunkt for ei ei analyseramme. Teori om organisasjonsskultur og organisasjonsstruktur tek opp dei institusjonelle elementa, som faktorar som påverkar avvikshandtering. Dei institusjonelle elementa kan derfor vidare testast ut i mitt materiale.

2.5 Organisasjonskultur

Det går fram i tidlegare forskning at kulturen i organisasjonane er ein faktor som påverkar handteringa av avvik. I dette prosjektet vert derfor teori om organisasjonskultur relevant. Eg ynskjer å teste ut ulike faktorar i teori om organisasjonskultur, som i ulik grad påverkar leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering.

Bang (2017, s. 19-23) hevdar at organisasjonskultur er eit omgrep som er utfordrande å gje ein enkel definisjon på, som alle kan einast om. Dette fordi kulturomgrepet er noko immaterielt, noko abstrakt og eit fenomen som dei fleste av oss vil eksistere i, men som likevel er utfordrande å presist angje innhaldet i. Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 129) seier at organisasjonskultur i prinsippet skil seg frå andre kulturar ved at organisasjonskultur utviklast innanfor ein organisasjonsmessig samanheng. Dette har betydning for korleis vi skal forstå kva organisasjonskultur er, korleis den oppstår og utviklast over tid, og kva effektar kultur har på måten ein organisasjon fungerer på. Det eksisterer fleire definisjonar på organisasjonskultur. I dette prosjektet har eg valt å nytte Henning Bang sin definisjon på organisasjonskultur, då denne definisjonen tek opp i seg dei mest brukte kjerneelementa i litteraturen om organisasjonskultur; verdiar, normer og røyndomsoppfatningar.

Organisasjonskultur vert av Henning Bang (2017) definert som:

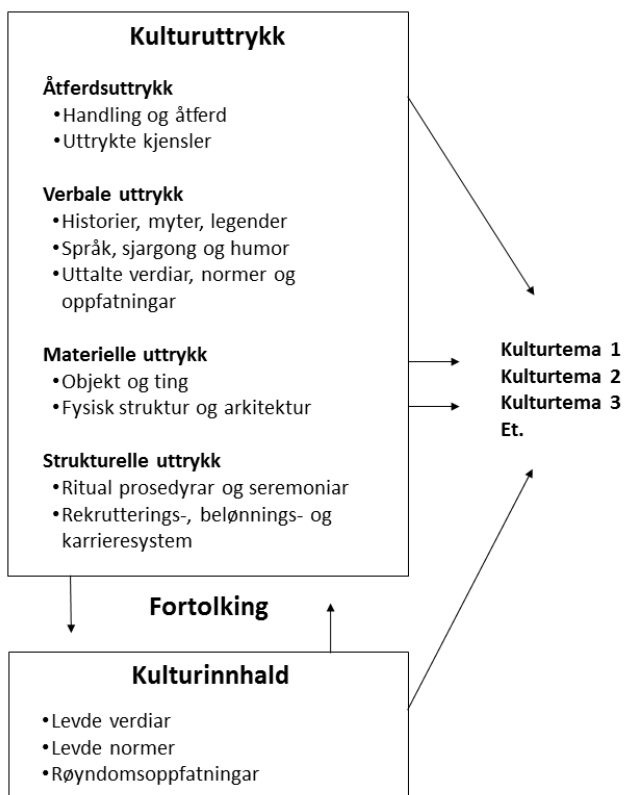
«...de sett av felles verdiar, normer og virkelighetsoppfatningar som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene.» (s.23).

Verdiar omhandlar kva som oppfattast som viktig og verdifullt, noko som ein etterstrevar å leve opp til. *Normer* seier noko om korleis ein bør oppføre seg, kva som er akseptable og uakseptable handlingar og haldningar. *Røyndomsoppfatningar* er den delen av kulturen som skal hjelpe medlemmane å forstå kva som er sant og usant, samt korleis ein kan forstå det som skjer rundt ein. I tillegg tek definisjonen opp i seg at kultur er noko *felles delt* mellom organisasjonen sine medlemmar, og at det i ein og same organisasjon, kan eksistere fleire sett av normer, verdiar og røyndomsoppfatningar. Definisjonen presiserer at kulturen veks fram av interaksjon mellom medlemmane, og det er vanskeleg å sjå at det i organisasjonar eller grupper ikkje vil vekse fram ei eller anna form for kultur (Bang, 2017, s. 23).

Bang (2017) deler organisasjonskultur inn i komponentane: *kulturinnhald* og *kulturuttrykk*. Kulturinnhaldet er det nettverk av betydingar, meiningar og modellar av og for handling som

definerer innhaldet i kulturen, som kan definerast som organisasjonen sine verdiar, normer, grunnleggjande antakelsar og røyndomsoppfatningar. Kulturinnhaldet kjem til uttrykk gjennom kulturuttrykk òg kalla artefakter, som er synlege og observerbare produkt av kulturen. Kulturuttrykka vert berarar av kulturinnhaldet som delast i; åtferdsuttrykk, verbale uttrykk, materielle uttrykk og strukturelle uttrykk. Kulturinnhaldet og kulturuttrykket påverkar kvarandre gjensidig ved at kulturinnhaldet kjem fram og manifestar seg i kulturuttrykket, samstundes er kulturuttrykket med på å forme kulturinnhaldet (Bang, 2017, ss. 45-70).

Modellen under er ei framstilling av samanhengen mellom kulturuttrykk, kulturinnhald og kulturtema. Desse elementa må beskrivast, når ein skal framstille ein organisasjon sin kultur (Bang, 2017, s. 71). Kulturtema er ein måte å organisere eit mønster av kulturuttrykk og kjerneelement på (Martin, 1992, i Bang, 2017, s. 72), som inneber ei gruppering av nokre verdiar, normer og røyndomsoppfatningar, som kjem til uttrykk i handlingar, symbol og strukturar i organisasjonen. Eit kulturelt tema kan òg vise seg når medlemmane i organisasjonen fortolkar meiningsinnhaldet i kulturuttrykket ulikt, og temaet vert ein arena for meiningsutveksling (Bang, 2017, s. 72).



Figur 2.1. Samanhengen mellom kulturuttrykk, kulturinnhald og kulturtema. Frå «Kva består organisasjonskulturen av?,» av H. Bang, 2017, Organisasjonskultur, s. 71. Copyright 2017, Universitetsforlaget AS.

Figur 2.1 dannar grunnlaget for utarbeiding av ein hypotetisk modell og analyseramme ved å definere avvikshandtering som eit kulturtema i institusjonane. Prosjektet byggjer på ein kvantitativ forskingsmetode som avgrensar moglegheitene til å studere alle sidene i kulturuttrykka og kulturinnhaldet. Det er derfor valt ut element i kulturuttrykka og i kulturinnhaldet, som kan studerast ved bruk av kvantitativ forskingsmetode. Dei valte elementa vert sett inn i ei analyseramme som viser korleis dei påverkar avvikshandteringa.

Dei Tre Kulturnivå
<p>1. Artefakter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synlege og følbare strukturar og prosessar • Observerbar åtferd (vanskeleg å tyde og oppdage) <p>2. Uttrykte verdiar og normer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideal, mål, verdiar og ambisjonar • Ideologiar • Rasjonalisering <ul style="list-style-type: none"> - Kan og kan ikkje vere kongruente med åtferd og andre artefakter <p>3. Grunnleggjande antakelsar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubevisste tankar og verdiar som ein tek for gitt <ul style="list-style-type: none"> - Fastslått åtferd, oppfatningar, tankar og kjensler.

Figur 2.2 Dei Tre Kulturnivåa. Frå «The structure of culture» av E. Schein og P. Schein, 2017, Organizational culture and leadership, s. 18. Copyright 2017, by Edgar H. Schein.

I figur 2.2 viser Edgar Schein og Peter Schein (2017, s. 18) at kultur kan analyserast på tre ulike nivå; artefakter, verdiar og normer, og grunnleggjande antakelsar. Artefaktene er dei fenomenene ein kan sjå, høyre og føle i det fyrste møtet med ei ny gruppe med ein ukjent kultur. Artefaktene er gruppa sine synlege og observerbare uttrykk for kultur, og er på den måten kulturelle symbol, som gjev informasjon om kva som kjenneteiknar dei underliggjande kulturelementa. I ein organisasjon kan artefaktene til dømes vere kleskodar, tekst, språk, historier, åtferd, bygningar, seremoniar og ritual (Schein & Schein, 2017, ss. 17-19). Schein og Schein (2017, s. 18) påpeikar at ein utanforståande ikkje kan tolke det underliggjande og djupare innhaldet i artefaktene berre ved å observere artefaktene aleine. Dette grunna at vi tek med oss våre egne fortolkingar og kulturbakgrunn inn i tolkinga, noko som kan føre til

feiltolkning og misforståingar. Dersom ein er tilstrekkeleg lenge nok i gruppa, vil meiningane med artefaktene gradvis tre fram gjennom at medlemmar i gruppa vil forklare kvifor ein gjer som ein gjer. Ein vil då få fram dei uttrykte verdiane til gruppa.

Schein og Schein (2017, s. 19-21) seier at uttrykte verdiar og normer handlar om det medlemmane i ei gruppe eller i ein organisasjon trur på og er opptekne av, og kva som er akseptable eller uakseptable handlingar og åtferd i gitte situasjonar. Dei uttrykte verdiane og normene oppstår i ei gruppe over tid, der medlemmane gjennom erfaringar frå utfordrande og vanskelege situasjonar har kome fram til eller har erfart handlingar som fungerer. Verdiane kjem til uttrykk som organisasjonen sine mål, ideal og ideologiar. Dei av organisasjonsmedlemmane som ikkje handlar i tråd med verdiane og normene kan verte møtt med sanksjonar frå dei andre medlemmane i gruppa. For at verdiane og normene skal vere ein del av organisasjonen sin kultur, må dei lærast vidare til nye medlemmar, som organisasjonen sin måte å tenkje og føle på i vanskelege og utfordrande situasjonar. Argyris og Schön (1996, ss. 12-15) deler verdiar i «uttrykte verdiar» og «bruksverdiar». Dei uttrykte verdiane er dei verdiane ein seier og grunngjev sine handlingar med, medan bruksverdiar er dei verdiane som kjem til uttrykk i dei faktiske handlingane. I dei fleste organisasjonar kan ein finne uttrykte verdiar som reflekterer dei ynskte og tenkte verdiane, men som ikkje samsvarar med bruksverdiane.

Dei grunnleggjande antakelsane er den delen av organisasjonskulturen der felles oppfatningar og meiningar er nedfelt som sanningar. Dette nivået representerer det djupaste nivået i kulturen, då den vil vere «usynleg» gjennom at dei tilsette tek antakelsane for gitt, gjerne ubevisst. Dei felles antakelsane oppstår over tid ved at organisasjonsmedlemmane erfarer at ei løysing på eit problem fungerer gjentekne gonger. Etter kvart får denne måten å handle på konsensus i gruppa, og viser seg som den «rette» måten å gjere ting på. Dei felles antakelsane er utfordrande og vanskeleg å endre (Schein & Schein, 2017, ss. 21-25).

2.6 Organisasjonsstruktur

Det går fram i tidlegare forskning at organisatoriske forhold som manglande opplæring, stor turnover i pleiegruppa, samt formelle og uformelle møtepunkt for drøfting av avvik er faktorar som påverkar avvikshandteringa (Castel et al., 2015; Heggdal & Bukve, 2014;

Ulvund et al., 2016; Vågen, 2008). Heggdal og Bukve (2014) fann òg at avvik, enkelte gonger, vart uformelt handtert. Dei strukturelle forholda i ein organisasjon er ein faktor, som eg vidare ynskjer å teste ut i mitt materiale. Teori om organisasjonsstruktur vert relevant å nytte i analyseramma til dette prosjektet.

Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 70) seier at organisasjonar kjenneteiknast ved ein organisasjonsstruktur som definerer korleis arbeidsoppgåver vert fordelt, gruppert og koordinert, og korleis vedtaksmynde skal fordelast mellom leiarar og medarbeidarar i organisasjonen. Organisasjonsstruktur gjev retningslinjer og haldepunkt for arbeidet, som igjen gjer at åtferda vert føreseieleg. I følgje Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 70-71) har organisasjonsstrukturen tre generelle effektar på organisasjonsmedlemmane si åtferd:

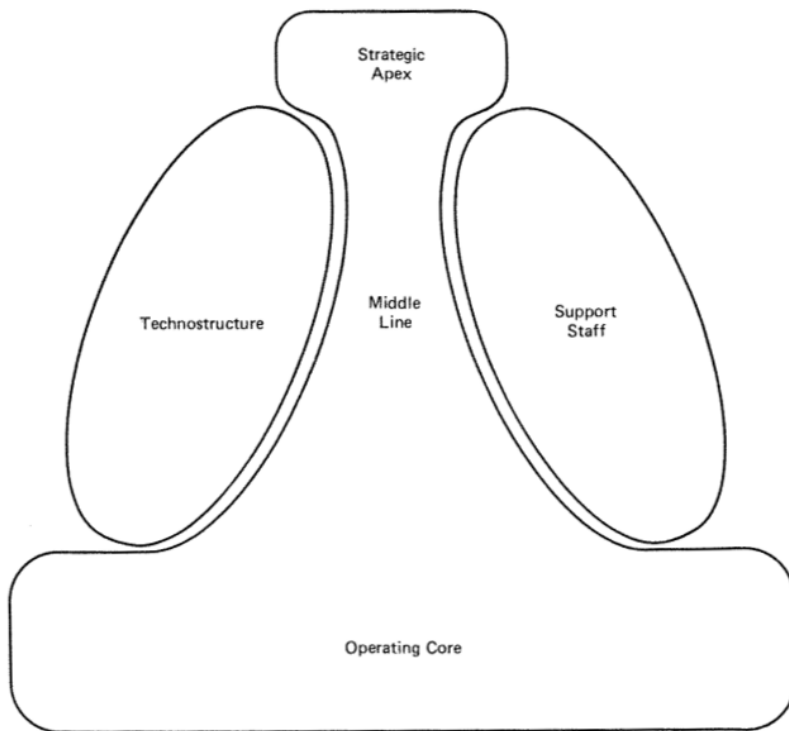
1. *Spesialisering* skjer gjennom fordeling av arbeidsoppgåver, som definerer kva den enkelte tilsett skal arbeide med. Spesialisering inneber at ein utnyttar medarbeidarane sine komparative fortrinn i forhold til ulike arbeidsoppgåver.
2. *Koordinering*. Organisasjonsstrukturen er eit verkemiddel for å koordinere ulike spesialiserte aktivitetar. Formålet er å koordinere fleire menneske si åtferd, for å få løyst oppgåver og realisere organisasjonen sine mål. Ved bruk av reglar, rutinar, belønningssystem og formelle strukturar vil menneska opptre som ei samkøyrte gruppe.
3. *Stabilitet i åtferd*. Personar som innehar ein posisjon eller ei stilling har bestemte arbeidsoppgåver som skal løysast. På den måten skapar ein stabilitet eller regularitet i det som skjer i organisasjonen.

2.6.1 Formell organisasjonsstruktur

I følgje Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 72) viser omgrepet «formell organisasjonsstruktur» til formelt vedteke arbeidsdeling for å fremje spesialisering i organisasjonen, gruppering av oppgåver i ulike organisasjonseiningar, fordeling av autoritet, og system for styring koordinering og kontroll av arbeidet. Ein organisasjon vil derfor verte delt inn etter kva mål som skal realiserast, korleis oppgåvene skal løysast, korleis oppgåvene skal koordinerast og korleis vedtaksmynda skal fordelast i organisasjonen.

Henry Mintzberg (1979, s. 18-64) har utvikla ein modell som viser dei fem hovuddelane som ein organisasjon består av for at organisasjonen skal nå sine mål (jf. figur 2.3). I botn som den største delen av organisasjonen er den operative kjerne, som består av dei medlemmane i

organisasjonen som utfører grunnarbeidet slik at organisasjonen kan realisere sine mål. I sjukeheimar og i heimesjukepleia vil dette vere medarbeidarar som yter den daglege pleia og omsorga til pasientane. I midten finn ein mellomleiinga og leiarane. Denne gruppa består av dei medlemmane som har ansvar for å styre og føre tilsyn med og koordinere den daglege drifta og utøving av tenestene. Leiarane vert bindeleddet og sikrar informasjonsflyten mellom den operative kjerne og toppleiinga. I toppleiinga finn ein dei som har det øvste administrative ansvaret for organisasjonen. Dette er t.d. helse- og omsorgssjef og rådmann i ein kommune. På sidelinja finn ein teknostrukturen og støttestrukturen som har ein stabs- og støttefunksjon som påverkar den daglege drifta av tenestene gjennom t.d. utarbeiding av planar, opplæring, økonomikontroll, lønsutbetaling etc.



Figur 2.3. Dei fem hovuddelane i ein organisasjon. Frå «Five Basic Parts of the Organization,» av H. Mintzberg, 1979, *The structuring of organizations – A Synthesis of the Research*, s. 20. Copyright 1979, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J. 07632.

Dei offentlege sjukeheimane og heimesjukepleia er lagt under ei kommunalstyring. Mintzberg (1979, s. 314) definerer denne styringsforma som «maskinbyråkratiet», og kjenneteiknast ved å ha ei stor grad av formalisering og sentralisering. Dei kommunale tenestene er gruppert i ei «markedsbasert gruppering» som inneber at ein samlar tenestebaserte oppgåver som ved pleie og omsorg til pasientar i sjukeheim eller pleie og omsorg til heimebuande pasientar i

heimesjukepleia. Den valte koordineringsmekanismen i tenestene vil vere av ein komplekskarakter, då pleie og omsorg skal ytast i større einingar av fleire tilsette med ulik kompetanse til ulike pasientar med samansette diagnosar og komplekse behov for pleie, omsorg og behandling. Koordineringsmekanismen er prega av standardisering av arbeidsoppgåver og kunnskap, uformell kommunikasjon mellom medarbeidarane, direkte ordre og tilpassing gjennom laterale forbindelsar (t.d. lege) (Mintzberg, 1979, ss. 127-130).

2.7 Korleis leiar påverkar kulturen og strukturen i ein organisasjon

Vågen (2008) fann at leiarar er i ein nøkkelposisjon i arbeidet med avvikshandtering og kvalitetsutvikling. Dette vert støtta opp om i dei andre studiane, der det går fram at leiarar har ei sentral rolle i korleis avvik vert handtert. Gjennomgåande vert det peikt på at leiarane, både på einingsnivå og på administrativt nivå, har eit ansvar for å skape ein kultur som aksepterer at avvik skjer og måten avvika i ettertid vert handtert på (Castel et al., 2015; Heggdal & Bukve, 2014; Ulvund et al., 2016; Vågen, 2008). Eg rettar derfor fokuset mot korleis leiar påverkar kulturen og strukturen i organisasjonen, og legg til grunn at leiar kan vere både ein fremjande og hemmande faktor for avvikshandteringa i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Vidare vert teori som seier noko om kva betydning leiarar har for utviklinga av strukturen og kulturen sitt innhald i ein organisasjon presentert.

Leiarar er dei viktigaste kulturskaparane i ein organisasjon, då det er leiarar som har mest makt til å prege organisasjonen med sine røyndomsoppfatningar (Schein 1983, 2010 i Bang, 2017, s. 80). Jacobsen og Thorsvik (2015, s. 148) seier at leiarar kan, sterkare enn andre tilsette, påverke dei tilsette sine oppfatningar og verdiar, fordi dei gjennom sin leiarposisjon er synlege for dei fleste. I følgje Schein og Schein (2017, s. 183) påverkar leiarar organisasjonskulturen gjennom seks ulike innebygde mekanismar. Desse mekanismane er leiarane sine tilgjengelege verktøy i arbeidet med å lære organisasjonen sin måte å oppfatte, tenkje, føle og oppføre seg på, slik at den vert i tråd med deira egne bevisste og ubevisste oppfatningar. Vidare vert dei seks mekanismane presentert.

1. Kva leiarar rettar merksemda mot, måler og kontrollerer i organisasjonen. Leiarar kommuniserer kva dei trur på, kva verdiar og normer dei har, og det dei systematisk rettar fokuset mot i organisasjonen. Dette inneber alt frå kva leiarar legg merke til og kommenterer

til det dei måler, kontrollerer, løner eller rettar merksemda mot og som dei handterer på ein systematisk måte. Dette vert sett på som den mektigaste og kraftigaste reiskapen som leiarar har tilgjengeleg. Tilfeldige kommentarar og spørsmål frå ein leiar, som konsekvent er retta mot eit bestemt område, kan verte tolka og vere like sterke som formelle kontrollmekanismer og målingar. Leiarar som er bevisst på denne prosessen og som gjev enkelte ting ei systematisk merksemd, vil erfare at dette er ein kraftfull måte å kommunisere ut eit budskap på. Derimot, dersom leiar ikkje er bevisst på denne prosessen eller ikkje systematisk rettar fokuset mot bestemte område, vil likevel dei tilsette prøve å finne mening med leiar sin oppførsel, og kan tillegge leiar motiv som ikkje eksisterer (Schein & Schein, 2017, ss. 184-185).

2. Leiar sine reaksjonar på kritiske hendingar og kriser i organisasjonen. Når organisasjonen møter ei krise, kan måten leiar møter og handterer krisa og den utfordrande situasjonen på vere med på å skape nye normer, verdiar og arbeidsprosedyrar, som etter ei tid vert ein del av kulturen i organisasjonen (Schein & Schein, 2017, ss. 190-192). Schein og Schein (2017, s. 190) peikar på at kriser kan opplevast truande på organisasjonen, og dermed ha ein stor påverknad på kulturen. Dette fordi kriser kan utløyse sterke kjensler, som angst, hjå organisasjonen sine medlemmer og dermed bidra til at læringa vert meir intens.

3. Korleis leiarar allokerer ressursar. Korleis budsjetta vert laga, korleis leiar fordeler dei økonomiske rammene og korleis ressursane vert fordelte i organisasjonen vil spegle det leiaren tru på og verdset i organisasjonen (Schein & Schein, 2017, ss. 192-193).

4. Bevisst rollemodellering, rettleiing og trening. Denne mekanismen omhandlar at leiarar si synlege åtferd er av stor verdi, når dei skal formidle verdiar og normer til dei andre medlemmane i organisasjonen, særskilt overfor nyttilsette (Schein & Schein, 2017, ss. 193-194). Bang (2017, s. 81) utdjupar leiarar si synlege åtferd med å gjelde kva oppgåver dei gjer og ikkje gjer, korleis dei utfører dei, korleis dei omtalar sine overordna, kollegaer og underordna, korleis dei snakkar til folk, i det heile alt dei gjer og måten dei gjer det på som leiarar.

5. Korleis leiarar fordeler belønning og status. Organisasjonsmedlemmane lærer gjennom egne erfaringar kva organisasjonen verdset og kva den mislikar. Denne erfaringar får dei i møte med organisasjonen sitt formelle og uformelle belønningssystem og gjennom diskusjonar

med leiar om kva organisasjonen beløner og kva den straffar (Schein & Schein, 2017, ss. 194-195). Bang (2017, s. 82) seier at dette kan vise seg ved at dei tilsette ser kven som stig raskare i løn enn andre, kven som får anerkjenning for arbeidet, kven som får kritikk og det dei gjer dei som får belønning eller straff. Schein og Schein (2017, s. 194) seier at leiarar kan effektivt få kommunisert ut sine egne prioriteringar, verdiar og antakelsar gjennom å nytte belønning og sanksjonar til den åtferda dei ynskjer å påverke.

6. Korleis leiarar vel ut, forfremjar og seier opp. Prosessen der leiar vel nye medlemmar inn i organisasjonen, vert sett på som den mest effektive måten leiarverdiar vert fletta inn og vert varig i organisasjonskulturen. I denne prosessen kan leiar velje ut dei personane med dei verdiane og antakelsane som passar inn i organisasjonskulturen eller slik leiar ynskjer at kulturen skal endrast til (Schein & Schein, 2017, ss. 195-196). Bang (2017, s. 82) seier at leiinga sine verdiar og antakelsar kjem til uttrykk gjennom kriteria for kven som vert forfremja, kven som vert førtidspensjonert og kven som vert sagt opp.

2.8 Teoretisk modell for operasjonalisering av omgrep og dataanalyse

I operasjonalisering av teori er det utarbeida ein hypotetisk modell og analyseramme for operasjonalisering av omgrep og dataanalyse. Modellen framstiller korleis element i organisasjonsteori kan påverke leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering. Tenkinga og utarbeidinga av modellen er inspirert av Schein og Schein (2017, s. 18) sin modell; « Dei Tre Kulturnivåa » (jf. figur 2.2), Bukve (2012, s. 41) sin modell; « Institusjonelle prosessar og institusjonelle element » (jf. tabell 2.1) og Bang (2017, s. 71) sin modell; « Samanhengen mellom kulturuttrykk, kulturinnhald og kulturtema » (jf. figur 2.1). I det følgjande vert hypotetisk modell og analyseramma presentert og forklart.

2.8.1 Hypotetisk modell og analyseramme

Figur 2.4. Hypotetisk modell og analyseramme for operasjonalisering av teori og dataanalyse.



Hypotetisk modell og analyseramme (figur 2.4) er utarbeida med bakgrunn i organisasjonsteori. Organisasjonsteori er eit spesielt felt med fleire tenkingar, men i dette arbeidet har eg valt å ta utgangspunkt i tre ledestjerner innan organisasjonsteori: Edgard Schein og Peter Schein (2017) sin teori om organisasjonskultur og leiarskap, Henning Bang (2017) sin teori om organisasjonskultur og Henry Mintzberg (1979) sin teori om organisasjonsstruktur. Modellen viser korleis desse tre hovudelementa i teorien kan påverke temaet: leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia si avvikshandtering. For å kunne teste ut hovudelementa og deira påverknadar på

avvikshandteringa er dei kategorisert i underordna element. Den kvantitative forskingsmetoden set avgrensingar når det gjeld å kunne måle alle sider i dei tre hovudelementa. Eg har derfor valt ut dei kjerneelementa som let seg måle og teste ved hjelp av kvantitativ metode.

Organisasjonskultur er eit sentralt omgrep i organisasjonsteorien, og tek utgangspunktet i nokre grunnleggjande kjerneelement som: verdiar, normer, grunnleggjande antakelsar, artefakter og verbale uttrykk (Schein og Schein, 2017; Bang, 2017). Kjerneelementa kan delast i uttrykte verdiar og bruksverdiar. *Uttrykte verdiar*, normer og røyndomsoppfatningar seier noko om kva som er viktig og verdifult, og kva som er akseptable eller uakseptable haldingar og handlingar. Organisasjonen sine *bruksverdiar*, normer og røyndomsoppfatningar kjem til uttrykk og vert synlege gjennom individ sine artefakter og verbale uttrykk som i meiningar, haldingar og åtferd i praksis (Argyris & Schön, 1996). Gjennom teori om organisasjonskultur er det eit mål å finne svar på kva dei grunnleggjande verdiane, normene og røyndomsoppfatningane til leiarar og medarbeidarar er knytt til avvikshandtering, og korleis desse påverkar avvikshandteringa. Dette vil verte testa i variablar som omhandlar respondentane sine oppfatningar til avvik og avvikshandtering.

Organisasjonsstruktur handlar om dei formelle strukturane i ein organisasjon som består av, korleis mynde og arbeidsoppgåver er fordelt for at organisasjonen skal kunne realisere sine mål (Mintzberg, 1979; Jacobsen & Thorsvik, 2015). Det er her tale om formelle rutinar, prosedyrar og arbeidsoppgåver som vert fordelt for at organisasjonen skal realisere sine mål. Pleie- og omsorgstenesta har ein kompleksstruktur med formalisering og standardisering av arbeidsoppgåver, kunnskap, direkte ordre og uformell kommunikasjon mellom medarbeidarane, og er underlagt styring og kontroll frå leiinga over. Pleie og omsorg vert utøvd av medarbeidarar med ulik kompetanse til ulike pasientar med komplekse diagnosar og eit varierende hjelpebehov (Mintzberg, 1979). Med dette prosjektet er det eit mål å finne svar på om dei formelle strukturane i einingane, som rutinar, prosedyrar, opplæring, kompetanse og møtepunkt for drøfting av avvik, har påverknad på avvikshandteringa.

Leiarpåverknad handlar om korleis leiar påverkar organisasjonskulturen og organisasjonsstrukturen og på den måten påverkar avvikshandteringa. Litteraturen vektlegg at leiarar har ein særskilt posisjon og makt til å prege ein organisasjon sine røyndomsoppfatningar, og at leiarar sterkare enn andre kan påverke dei tilsette sine verdiar og

oppfatningar (Schein og Schein, 2017; Bang, 2017; Jacobsen & Thorsvik, 2015). I dette prosjektet vil eg teste ut i kva grad leiarpåverknad påverkar avvikshandteringa i sjukeheim og i heimesjukepleia. Tre av punkta i Schein (2017, ss. 181-206) sin teori om leiarar sine mekanismar til å påverke utforminga av strukturen og kulturen i ein organisasjon er valt for å teste ut leiarpåverknad:

1. Kva leiar rettar merksemda mot, måler og kontrollerer, som handlar om det leiar trur på, kva verdiar og normer han/ho har og kva dei rettar fokuset mot.
2. Bevisst rollemodellering, rettleiing og trening, som handlar om korleis leiar gjennom si synlege åtferd til dei tilsette syner kva verdiar og normer han/ho har.
3. Korleis leiar fordeler belønning og status, som handlar om korleis leiar gjennom belønning og sanksjonar effektivt kan kommuniserer ut sine egne prioriteringar, verdiar og antakelsar.

Hypotetisk modell og analyseramme (jf. figur 2.4) er utgangspunkt for å operasjonalisere variablar som har til hensikt å måle faktorar som påverkar avvikshandteringa til leiarar og medarbeidarar. Bukve (2016, s. 99) seier at eit forskingsdesign må vere utforma slik at vi kan trekkje slutningar om tilsvarande fenomen på forsvarleg vis for at undersøkinga skal ha høg validitet. Omgrepsvaliditet inneber i kva grad ein faktisk måler det teoretiske omgrepet som ein ynskjer å måle. Teoretiske omgrep vert målt gjennom å etablere eit sett av empiriske mål eller indikatorar som er relatert til omgrepet. I dette arbeidet må ein vere merksam på kor godt spørsmåla er eigna til å etablere operasjonelle mål på dei teoretiske omgrepa ein vil nytte (Bukve, 2016, ss. 99-101). I dette prosjektet var det viktig at spørsmåla i spørjeskjemaet bestod av dei indikatorane, som måler det eg ynskjer å måle. Variablane vart delt inn i tre hovudelement med tilhøyrande kjerneelement som påverkar avvikshandtering (jf. figur 2.4). Vidare vart variablane utforma i spørsmål som omhandla avvik og avvikshandtering som hadde til hensikt å måle elementa som påverkar avvikshandtering.

3.0 Metodedel

3.1 Metodeval for dette forskingsprosjektet

I mitt masterprosjekt har eg valt å nytte eit variabلسentrert design òg kalla kvantitativdesign.⁴ Ein kvantitativ forskingsstrategi byggjer på at sosiale fenomen syner ein så stor stabilitet at måling og kvantitativ skildringar er meiningsfylte. Kvantitativ metode kjenneteiknast som reduksjonistisk og data frå mange einingar. Eg fann det hensiktsmessig å nytte eit tverrsnittdesign for å finne svar på problemstillinga. Eit tverrsnittdesign inneber at ein samlar inn same slags data i eit avgrensa tidsrom frå mange einingar der kvar respondent vert spurt ein gong (Ringdal, 2016, s. 107). Designet passar best til studiar der det er fokus på variasjon mellom grupper og einingar (Bukve, 2016, ss. 103-104; Ringdal, 2016, s. 147).

Temaet i dette prosjektet er leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia si avvikshandtering. Til grunn for prosjektet ligg eit ynskje om å finne samanhengar mellom avvikshandtering, dei tilsette si oppfatning av avvik og avvikshandtering, organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og leiarpåverknad. Prosjektet har som føremål å sjå på om ulikskapar i oppfatninga av avvik og avvikshandtering kan forklare eventuell svikt i avvikshandteringa i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia. Eg vil konkret sjå på om det er samvariasjon mellom leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering og om eventuelle ulikskapar i oppfatninga påverkar avvikshandteringa.

3.2 Datainnsamling og utval

Datasamlinga har ei høg grad av standardisering, som inneber at utvalet fekk identiske spørsmål i spørjeundersøkinga (Ringdal, 2016, s. 118). I denne delen vert gjennomføring av datasamlinga presentert.

Alle kommunane i Sogn og fjordane, som i 2018/2019 bestod av 26 kommunar (Sogn og Fjordane fylkeskommune, 2018), vart invitert til å delta i undersøkinga. Løyve til gjennomføring og forankring av prosjektet i kommunane vart innhenta via eit

⁴ Delar av denne teksten er henta frå eksamensoppgåvene mine i kurs ME6-500 Forskingsstrategiar og metode, haust 2017, og OR6-502 Styring, omstilling og leiing i offentleg sektor, vår 2018. Desse oppgåvene var eit førebuaende arbeid til metode- og teoridelen i masteroppgåva i organisasjon og leiing.

informasjonsskriv til rådmennene⁵. I alt godkjente 11 av dei 26 kommunane deltaking i mitt prosjekt. Prosjektet fekk oppnemnt ein kontaktperson for kvar av deltakarkommunane. Kontaktpersonane fekk tilsendt informasjon om prosjektet til bruk i personalmøter⁶, eit informasjonsskriv til oppslag⁷, samt at dei vart bedt om å sende tilbake ei oversikt over e-postadressene til dei aktuelle respondentane⁸. Ein kommune sendte e-postadressene til dei tilsette etter at spørjeundersøkinga var starta. Desse vart inkludert og spørjeundersøkinga vart forlenga. Ein kommune fall frå forskingsprosjektet, grunna manglande informasjon over e-postadresser til sine tilsette. I alt fekk eg tilsendt 1358 kommunale eller private e-postadresser til leiarar og medarbeidarar i sjukeheim og i heimesjukpleia i 10 kommunar i Sogn og fjordane.

Inklusjonskriteriet var leiar og medarbeidar i kommunale sjukeheimar og heimesjukepleia i Sogn og Fjordane. Leiarane er tenesteleiarar med personalansvar. Medarbeidarane er tilsette med helsefagleg bakgrunn, men med ulikt kompetanse- og utdanningsnivå (sjå vedlegg 7). Dette valet er gjort då dei ulike yrkesgruppene jobbar tett i lag, og fordi avvikshandtering vedkjem alle tilsette.

Utvalet avgrensar seg til dei som valte å svare etter invitasjon og purring⁹. Strengt tatt er dette å rekne som eit bekvemmelegheitsutval. Til datainnsamlinga vart webverktøyet SurveyXact brukt. 1358 respondentar vart invitert til spørjeundersøkinga via link i e-post¹⁰. Totalt svarte 289 respondentar på heile eller delar av undersøkinga.

3.3 Utarbeiding av spørjeskjemaet

I utforminga av spørjeskjemaet var eg oppteken av å stille dei rette spørsmåla og tilstrekkeleg med spørsmål for å kunne svare på problemstillinga, samt å tilstrebe ein høg svartprosent og at spørjeundersøkinga skulle vere enkel og rask å svare på. Spørsmåla vart utforma med bakgrunn i tidlegare forskning, teori og eigen kompetanse. Det vart brukt kjente ord og uttrykk knytt til avvik og avvikshandtering som vert nytt i det daglege i sjukeheimar og i

⁵ Vedlegg 2

⁶ Vedlegg 3

⁷ Vedlegg 4

⁸ Vedlegg 5

⁹ Vedlegg 8

¹⁰ Vedlegg 6 og 7

heimesjukepleia. Av Ingeborg Ulvund, høgskulelektor ved Høgskolen i Molde, fekk eg tilgang til spørsmåla til forskingsstudien: «Varsling av avvik. En vanskelig balansekunst». Enkelte av spørsmåla som omhandlar kommunikasjon om avvik og leiarpåverknad, er henta frå Ulvund et al. (2016) sin studie. Svaralternativa til spørsmålet «Kva meiner du er dei viktigaste årsakene til å melde skrifteleg i frå om avvik?» er henta frå Dolonen (2008) sin definisjon på årsaker til å melde i frå om avvik.

Spørjeskjemaet hadde 43 spørsmål med til saman 53 variablar og fleire typar svaralternativ. På vurderingss spørsmål som omhandla respondentane si åtferd og reaksjon på avvik vart respondentane bedt om å svare på eit av to svaralternativ: «ja» eller «nei». Spørsmål som omhandla oppfatninga av avvik og avvikshandtering vart utforma som vurderingss spørsmål der respondenten vart bedt om å ta stilling til eit eller fleire utsegn, og krysse av for eit eller fleire svaralternativ. På vurderingss spørsmål som omhandla oppfatning og åtferd knytt til avvik og avvikshandtering vart respondentane bedt om å ta stilling til eit av fire moglege svaralternativ: «ingen grad», «i lita grad», «i stor grad» og «i svært stor grad». Spørjeskjemaet vart pilottesta før utsending.

3.3.1 Svarprosent og utvalet

Datamaterialet vart innhenta frå den elektroniske utførte spørjeundersøkinga i perioden 4. februar til 25. mars 2019, med éi påminning. 22% (289) av utvalet på 1319 respondentar har svart heilt eller delvis på spørjeundersøkinga. 18,4% (242 respondentar) av utvalet har svart på heile spørjeundersøkinga og 3,6% (47 respondentar) har svart på delar av spørjeundersøkinga. 78% (1029 respondentar) har ikkje svart på spørjeundersøkinga. Det fyrste datasettet bestod av 289 respondentar. 19 respondentar hadde berre svart på bakgrunnsdata og vart fjerna frå datasettet. Undersøkinga stod att med 270 svar.

Utvalet i dette forskingsprosjektet er medarbeidarar og leiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia i 10 kommunar i Sogn og Fjordane. I spørjeundersøkinga vart det stilt spørsmål om respondentane sin bakgrunn. I det følgjande vert det gjort greie for kjenneteikna til dei 270 respondentane som deltok i undersøkinga.

Tabell 3.1. Kjønnfordeling

Kjønn		
	Frekvens	Prosent
Kvinner	259	95,9
Menn	11	4,1
Totalt	270	100

Ni av 10 av respondentane er kvinner, medan ein av 10 er menn. Fordelinga kan relaterast til at helsesektoren er ein typisk kvinne­dominert sektor.

Tabell 3.2. Aldersfordeling

Alder		
	Frekvens	Prosent
18-35 år	78	28,9
36-55 år	130	48,12
56-70 år	62	23
Totalt	270	100

Fem av 10 respondentar er i aldersgruppa 36-55 år og utgjer den største delen av respondentane i undersøkinga.

Tabell 3.3. Tenestetid

Tenestetid		
	Frekvens	Prosent
0-5 år	117	43,3
6-11 år	55	20,4
12-20 år	53	19,6
>20 år	45	16,7
Totalt	270	100

Den største delen, fire av 10 respondentar, har vore tilsett i stillinga i 0-5 år.

Tabell 3.4. Utvalet sin stasjoningsstad, fordelt på sjukeheim og heimesjukepleia

Stasjoningsstad		
	Frekvens	Prosent
Sjukeheim	153	56,7
Heimesjukepleia	117	43,3
Totalt	270	100

Seks av 10 respondentar jobbar i sjukeheim, og fire av 10 jobbar i heimesjukepleia. Totalt er ni av 10 av respondentar fasttilsette og ein av 10 er vikarar.

Tabell 3.5. Fordeling av utdanningsnivå og stillingstype i prosent

Utdanningsnivå /stillingstype	
	Prosent
Høgskule / Leiar	8,1
Høgskuleutdanna / sjukepleiar, spesial sjukepleiar, assisterande avdelingssjukepleiar, koordinerandesjukepleiar, fagutviklingssjukepleiar	37
Fagutdanna / hjelpepleiar, helsefagarbeidar, spesial hjelpeleiar og helsefagarbeidar.	41,9
Ufaglært/pleiepersonell	13
Totalt	100

Fire av 10 respondentar er sjukepleiarar, fire av 10 er hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar, ein av 10 er leiarar og ein av 10 er ufaglært pleiepersonell. Fordelinga kan forklarast med at dette prosjektet hadde større tilgang på medarbeidarar med helsefagleg utdanning enn leiarar og ufaglært pleiepersonell.

3.4 Analysetilnærming

Analysen er i hovudsak å rekne som deskriptive analysar. For dei enkelte variablane viser ein til deskriptiv statistikk som sentraltentens, spreining og frekvens i antall og prosent. I tillegg er det utført bivariante analysar i form av korrelasjonsanalysar. Arbeidet byggjer på ein hypotetisk modell og analyseramme som er inspirert av valte teoretikarar innan organisasjonsteori (jf. figur 2.4). Den hypotetiske modellen og analyseramma viser ulike element i organisasjonen som påverkar avvikshandteringa til leiarar og medarbeidarar. Analysen vart gjennomført ved hjelp av programvara SPSS Statistics versjon 24.

Korrelasjonar vil seie statistisk samanheng mellom to variablar, og er i dette prosjektet brukt til å forklare samanhengen mellom utvalte sumvariablar, samansette mål (Ringdal, 2016, s.

303). Pearsons r vart brukt til å vurdere retninga og styrken på korrelasjonane og Cohen sin fortolkingsnøkkel vart brukt for å fortolke korrelasjonskoeffisientane. Verdier lågare enn 0,1 (forskjellen er mindre enn 0,1 standardavvik) vert sett på som ikkje signifikante eller ugyldige, verdier mellom $r=.10$ og $.29$ reknast som svak, verdier mellom $r=.30$ og $.49$ reknast som middels og verdier mellom $r=.50$ og 1.0 vert rekna som sterke (Cohen 1988, i Pallant, 2013,s. 139).

Faktoranalyse og konfirmerande faktoranalyse vart gjennomført for å undersøkje dimensjonalitet, og sjå om det gav grunnlag for å konstruere samansette mål (sumvariablar) for dei tre hovudelementa: organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og leiarpåverknad. Formålet med faktoranalyse er å representere eit relativt stort tal observerte variablar ved hjelp av eit mindre tal hypotetiske underliggande variablar (Bjerkan, 2017, ss. 252-268). Samansette mål frå faktoranalysen vert vidare presentert og forklart.

3.4.1 Samansette mål

Kultur for læring

Rapporterte avvik har til hensikt at organisasjonen skal lære av avvik, og nytte erfaringar frå avvik til å forbetre praksis som sikrar at nye, liknande hendingar ikkje skjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2017). Forsking viser at dersom varslingsfrekvensen på rapportering av avvik skal aukast må dei som melder oppleve at rapportering har nytteverdi og fører til endring og forbetring (Ulvund et al., 2016). Sett i samanheng med leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering, vil det vere av betydning om dei tilsette opplev at avvik vert brukt til forbetringar og at avvik vert handsama på ein god måte. Kultur for læring er målt gjennom fire utsegn som vektlegg respondentane si oppleving av at rapporterte avvik vert brukt til forbetringar på arbeidsplassen (*eks.: I kva grad opplev du at avvik vert brukt som grunnlag for forbetringar i di avdeling?*). Den indre konsistensen i konstruktet, som vart målt med Chronbacks alpha, er god ($\alpha = 0,88$).

Kultur for openheit og kommunikasjon om avvik

Faktoranalysen viste reint statistisk at kultur for openheit og kultur for kommunikasjon om avvik kom ut som to ulike faktorar. Slik eg ser det har dei ei felles teoretisk grunngeving, og eg vel derfor å gje den teoretiske grunngevinga under eitt. Ein kultur som er prega av openheit om avvik og at avvik er ei kjelde til forbetring vert i nasjonale føringar peikt på som

ein avgjerande faktor for å lukkast i det systematiske og kontinuerlege arbeidet med kvalitetsforbetring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dei av organisasjonane som i større grad lukkast med å forhindre at dei same hendingane skjer igjen kjenneteiknast ved at dei har evne til å erkjenne at uheldige hendingar har si årsak i systemet og ikkje i enkelt individ (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I kva grad det er kultur for openheit om avvik omhandlar korleis dei tilsette, som gruppe, utfører dette i praksis noko som vil vise seg i rapportering og drøfting, og korleis dei i fellesskap kjem fram til forbetringar (Schein og Schein, 2017; Bang, 2017). Forsking viser at ein kultur for openheit om avvik og varsling vil føre til at dei tilsette melder i frå om avvik (Ulvund et al., 2016). Openheit og kommunikasjon om avvik vil vere faktorar som er av betydning for leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering. Kultur for openheit om avvik vart målt gjennom to utsegn som vektlegg om respondentane drøftar avvik med sine kollegaer (*eks.: I kva grad drøftar du rapporterte avvik med dine kollegaer?*) Den indre konsistensen i konstruktet, som vart målt med Chronbacks alpha, er tilfredstillande ($\alpha = 0,65$).

Kultur for kommunikasjon om avvik vart målt gjennom to utsegn som vektlegg om respondentane drøftar urapporterte avvik med sine kollegaer (*eks.: I kva grad meiner du at urapporterte avvik som vert drøfta med kollegaer i kvardagen fører til forbetring i di avdeling?*) Den indre konsistensen i konstruktet, som vart målt med Chronbacks alpha, er god ($\alpha = 0,72$).

Struktur for avvikshandtering

Skal ein lukkast med å nytte avvik i forbetningsarbeidet må det leggest til rette for at medarbeidarane har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse, får tid til å utføre arbeidet, samt at aktivitetar og resultat vert anerkjent. Organisasjonen pliktar å ha eit system slik at dei tilsette kan melde tilbake til leiinga om oppgåver, tiltak eller planar som ikkje vert løyst på ein hensiktsmessig måte (Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det går fram i tidlegare forskning at forhold som mangelfull opplæring, stor turnover i pleiegruppa, formelle og urformelle møte punkt for drøfting av avvik og uformell handtering av avvik er faktorar som påverkar avvikshandteringa (Castel et al., 2015; Heggdal & Bukve, 2014; Ulvund et al., 2016; Vågen, 2008). Ein struktur for avvikshandtering omhandlar at organisasjonen har rutinar, prosedyrar og eit meldesystem som dei tilsette er kjent med og kan

bruke (Jacobsen & Thorsvik, 2015). Struktur for avvikshandtering er målt gjennom tre utsegn som vektlegg respondentane sin kjennskap til og kan bruke rutinar og prosedyrar knytt til kvalitetssystemet og korleis dette fungerer i praksis (*eks.: I kva grad er du kjent med arbeidsplassen sitt kvalitetssystem og rutinar for handtering av avvik?*). Den indre konsistensen i konstruktet, som vart målt med Chronbacks alpha, er god ($\alpha = 0,79$).

Leiarpåverknad

Ansvar for at det er eit system for kvalitetsforbetring, der under avvikshandtering, er plassert hjå øvste leiar i kommunen. I praksis vert ansvar for arbeidet med kvalitetsforbetring for den enkelte eining delegert ned til tenesteleiarane (Helsedirektoratet, 2017). Leiarar er viktige kulturskaparar, og innehar mest makt til å prege organisasjonen sine røyndomsoppfatningar (Schein 1983, 2010 i Bang, 2017; Jacobsen & Thorsvik, 2015). Forsking viser at leiarar er i ein nøkkelposisjon og innehar ei sentral rolle i arbeidet med avvikshandtering og kvalitetsutvikling (Castel et al., 2015; Heggdal & Bukve, 2014; Ulvund et al., 2016; Vågen, 2008). Leiarar har eit ansvar for å skape ein kultur som aksepterer at avvik skjer og at avvika i ettertid vert følgt opp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Leiarar kan på den måten påverke kulturen og strukturen i organisasjonen og verke både fremjande og hemmande på avvikshandteringa. Leiarpåverknad er målt gjennom seks utsegn som vektlegg respondentane si opplevinga av korleis næraste leiar sine haldningar og handlingar knytt til avvik verkar i praksis (*eks.: I kva grad opplev du at din næraste leiar fremjar bruken av avvik som eit middel til forbetringar i di avdeling?*). Den indre konsistensen i konstruktet, som vart målt med Chronbacks alpha, er god ($\alpha = 0,8$).

Tabell 3.6. Samansette mål

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Skeivheit	Kurtosis	Chronbacks alpha
Kultur for læring	10,05	2,43	-0,13	-0,30	0,88
Kultur for kommunikasjon om avvik	4,38	1,19	0,38	0,62	0,72
Kultur for openheit om avvik	5,02	1,19	-0,03	-0,11	0,65
Struktur for avvikshandtering	7,91	1,83	-0,06	-0,55	0,79
Leiarpåverknad	8,07	1,66	-0,15	-0,14	0,8

Alle samansette mål ser ut til å vere normalfordelt. Skeivheit og ketose ut i frå Chronbacks alpha ser ut til å ha god nok eller tilfredsstillande reliabilitet.

3.5 Forskingsetiske vurderingar

Forsking skal ikkje på nokon måte utsetje menneske for psykisk eller fysisk skade. Forskaren skal jobbe ut i frå ein grunnleggjande respekt for menneskeverdet. Dei som deltek skal sikrast fridom, sjølvbestemmelse og vern mot skade. Deltakarane kan inkludrast i forskingsprosjekt berre ved eit informert samtykke. Forskaren skal sikre at deltakarane får tilstrekkeleg informasjon og at alle opplysningar vert behandla konfidensielt. Alle forskingsprosjekt er meldepliktige (Ringdal, 2016, ss. 454-459). Dei etiske prinsippa vart i dette prosjektet ivareteke ved at respondentane vart informert om undersøkinga og gjennom utfylling av spørjeundersøkinga gav sitt samtykke til deltaking. Respondentane er garantert anonymitet, då invitasjon til deltaking og svar på spørjeundersøkinga ikkje kan knytast til den enkelte respondent si e-postadresse. Rådata inneheld ikkje opplysningar som på nokon måte kan identifisere deltakarane. Før undersøkinga vart sendt til utvalet vart forskingsprosjektet meldt til og godkjent av Norsk senter for forskingsdata (NSD)¹¹, som er Høgskulen på Vestlandet sitt personvernombod for forskning (Norsk senter for forskningsdata, 2020).

¹¹ Vedlegg 1

3.6 Operasjonalisering av variablar

I det følgjande vert operasjonalisering av teori og utforming av variablar presentert nærmare.

3.6.1 Organisasjonskultur

Organisasjonar (institusjonar) består av kognitive forståingsrammer og typar, normer, verdiar, formelle reglar, overvaking, sanksjonar, rutinar og standardprosedyrar (Bukve, 2012; Bang, 2017; Schein og Schein, 2017;). I kva grad desse elementa er berarar av ein organisasjon avheng av i kva grad aktørane anerkjenner dei og tek dei innover seg i praksis og handling, og vert institusjonalisert i ulik grad gjennom ulike sosiale mekanismar. Reglane kan derfor overhaldast i ulik grad frå aktør til aktør (Bukve, 2012). Bang (2017) har i sin definisjon av organisasjonskultur definert at omgrepet inneheld felles verdiar, normer og røyndomsoppfatningar. Han peikar på at det i ein organisasjon kan eksistere fleire sett av desse elementa. I følgje Schein og Schein (2017) handlar uttrykte verdiar og normer om det medlemmane i ei gruppe eller i ein organisasjon trur på og er opptekne av, og kva som er akseptable eller uakseptable handlingar og åtferd i gitte situasjonar. Dei av medlemmane i ei gruppe som ikkje handlar i tråd med verdiane og normene kan verte møtte med sanksjonar frå andre medlemmar i gruppa.

Oppfatning av avvik og avvikshandtering

I studien til Vågen (2008) var det ulik oppfatning blant avdelingsleiarane om kva som var årsakene til utfordringar knytt til avvik og avvikshandtering. Det vart peikt på område som manglande forståing og oppfatning i pleiegruppa, ulikskapar mellom yrkesgruppene og urealistiske forventingar til avdelinga frå pasientar og pårørande. I studien til Ulvund et al. (2016) vert det peikt på at det er behov for å drøfte retninga på pasientsikkerheitsarbeidet, etablere konsensus for kva hendingar som skal varslast og kva som kan løysast på andre måtar for å auke varslingsfrekvensen av avvik og uynskte hendingar.

Med bakgrunn i organisasjonsteori og tidlegare forskning er det i dette forskingsprosjektet sentralt å sjå på leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering. I operasjonalisering av omgrepet «oppfatning av avvik og avvikshandtering» har eg nytt eigen kompetanse og erfaring med avvik og avvikshandtering, samt at eg drøfta innhaldet i avvik og avvikshandtering med andre kollegaer. Dolonen (2008) sin definisjon av årsaker til å melde i frå om avvik vart brukt som svaralternativ på eit av spørsmåla.

Leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering vart målt gjennom fire vurderingss spørsmål med fleire svaralternativ. Vurderingss spørsmåla tek opp i seg ulike delar av avvik og prosessen med avvikshandtering, som kva dei oppfattar at avvik er, viktigaste årsakene til å melde i frå om avvik, årsaker til å ikkje melde i frå om avvik og kva dei meiner at god avvikshandtering er.

Eksempel: «*Kva betyr avvik for deg?*»

Svaralternativ:

- *Hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient.*
- *Hendingar som kunne ha ført til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.*
- *Hendingar som fører til uhell, sjukdom eller skade på personalet.*
- *Dersom prosedyrar eller rutinar ikkje vert følgt og som medfører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.*
- *Hendingar som fører til nestenuhell på personalet.*
- *Dersom prosedyrar og rutinar ikkje vert følgt, men som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.*
- *Dersom teknisk utstyr ikkje fungerer som dei skal.*

Kultur for å lære av avvik

Det går fram i Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) at eit sentralt mål med kvalitetsforbedring er å identifisere svikt eller forbettringsområde, teste ut tiltak og justere til ein oppnår ynskt resultat og forbetringa vert vedvarande. I dette ligg å dokumentere eit problem, identifisere årsaker, teste ut moglege løysningar og implementere effektive tiltak (Helsedirektoratet, 2017). I arbeidet med kvalitetsforbedring handlar det om å skape ein lærande organisasjonskultur med openheit, evne og vilje til å forandre og forbetre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I ein organisasjonskultur finn ein verdiar, normer, røyndomsoppfatningar og felles antakelsar, som i denne samanheng påverkar måten ein organisasjon handterer og lærer av avvik (Schein & Schein, 2017; Bang, 2017).

Kultur for å lære av avvik er målt gjennom sju spørsmål som vektar korleis leiarar og medarbeidarar opplev at dei er kjent avvik på arbeidsplassen og om avvik vert brukt i

kvalitetsarbeidet (eks.: *I kva grad opplev du at avvik vert brukt som grunnlag for forbetringar i di avdeling?*)

Avvik til bruk i kvalitet- og forbetningsarbeid

I likskap med ein kultur for å lære av avvik er det òg sentralt at avvik vert brukt i kvalitet- og forbetningsarbeidet på arbeidsplassen. Kunnskapen ein får gjennom avvik handlar om å avdekkje og ha oversikt over risiko, svikt, uynskte hendingar og forbetningsområder, og vidare kunne nytte dette i kvalitet- og forbetningsarbeidet (Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Avvik til bruk i kvalitet- og forbetningsarbeidet på arbeidsplassen vart målt i sju spørsmål som vektar leiarar og medarbeidarar si oppleving av at rapporterte eller ikkje rapporterte avvik fører til forbetring (eks.: «*I kva grad meiner du at rapporterte avvik fører til forbetring i di avdeling?*»).

Kultur for openheit og kommunikasjon om avvik

Helsedirektoratet vektlegg i Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) at i det systematiske og kontinuerlege forbetningsarbeidet med å lukke avvik, førebyggje uynskte hendingar, utvikle tenestane og betre pasient- og brukarsikkerheita må det vere ein kultur som er prega av openheit, der feil og uynskte hendingar vert sett på som kjelde til forbetring (Helsedirektoratet, 2017). I strategi for kvalitetsforbetring «... og bedre skal det bli!» (2005) vert det vist til at i arbeidet med å sikre tryggleik og sikkerheit for pasientar og brukarar best kan sikrast ved å identifisere og førebyggje uheldige hendingar, og at organisasjonar som meistrar å erkjenne at uheldige hendingar oftast har årsak i systemet menneska jobbar i og ikkje i enkelt individ i større grad lukkast med å forhindre at dei same hendingane skjer igjen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Forsking viser at kulturen på arbeidsplassen har ei avgjerande rolle for at dei tilsette skal melde i frå om avvik og korleis avvika vert handtert og brukt i kvalitetsarbeidet. I studien til Ulvund, et al. (2016) fann dei at personalet si avgjersle for om dei skulle varsle eit avvik eller ikkje i stor grad var påverka av kulturen. Ein kultur for openheit om avvik og varsling, samt støtte til dei involverte utan tildekking av skuld eller fare for sanksjonar vil føre til at dei

tilsette melder i frå om avvik. To andre studiar påpeikar at det må skapast ein kultur og ei felles forståing for avvikshandtering, der dei involverte ikkje opplev frykt for sanksjonar, når eit avvik skjer og skal meldast (Castel et al., 2015; Ulvund et al., 2016). I studien til Castel et al. (2015) vart det konkludert med at når klinikarane fryktar å melde i frå om avvik mislukkast eit viktig ledd som har til hensikt å redusere pasientskader og dødelegheita grunna medisinske feil.

I operasjonalisering av omgrepet kultur for openheit om avvik tok eg kontakt med Ingeborg Ulvund som er medforfattar i forskingsstudien «Varsling av avvik- en vanskelig balansekunst» og fekk tilsendt spørsmåla som vart nytta i studien. Fire av spørsmåla vart brukt for å måle kultur for openheit og dialog om avvik og kultur som aksepterer at avvik skjer. Spørsmåla vektlegg i kva grad leiarar og medarbeidarar opplev å verte møtt av andre på arbeidsplassen når eit avvik vert meldt (*eks.: I kva grad opplev du negative konsekvensar dersom du melder i frå om eit pasientsikkerheitsproblem?*). Eit av spørsmåla vekta kva ansvar medarbeidar og leiar meiner at dei har for å melde og følgje opp avvik på arbeidsplassen.

3.6.2 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur inneber at organisasjonar igjennom koordinering av arbeidsoppgåver, fordeling av ansvarsmynde og styring og kontroll av arbeidet, er organisert på ein slik måte at organisasjonen kan nå sine mål (Jacobsen & Thorsvik, 2015). Kommunale sjukeheimar og heimesjukepleia kan klassifiserast i «markedsbaserte grupperingar» som inneber at dei er delt inn i tenestebaserte oppgåver ut i frå om pasientane mottek helsehjelpa heime eller i institusjon. Ein finn ein kompleks koordineringsmekanisme som er prega av standardisering av arbeidsoppgåver, kunnskap, uformell kommunikasjon, direkte ordre og tilpassing gjennom laterale forbindelsar (Mintzberg, 1979).

Struktur for avvikshandtering

I arbeidet med kvalitetsforbetring peikar Helsedirektoratet (2017) på at leiinga skal ha oversikt over område med risiko for svikt eller mangel på etterleving av myndigheitskrav og område der det er behov for vesentleg forbetring av kvalitet på tenesta og pasient- og brukarsikkerheit. Eit viktig middel i dette arbeidet er å innhente tilsette si innsikt om risiko, og verksemdene må ha eit system som sikrar at risikovurderingar skjer som ein kontinuerleg prosess (Helsedirektoratet, 2017). I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i

helsetjenesten (2016) vert det presisert at den øvste leiinga skal sikre at kommunen har eit system som gjer det mogleg for alle tilsette å melde uheldige hendingar/avvik. Forskrifta er òg klar på at medarbeidarar i den daglege drifta og som er nær pasientane/brukarane pliktar, etter naudsynt opplæring, å rapportere uheldige hendingar/avvik.

Forsking viser at organisatoriske forhold som mangelfull opplæring, stor turnover i pleiegruppa, samt formelle og uformelle møtepunkt for drøfting av avvik er faktorar som påverkar avvikshandteringa (Castel et al., 2015; Heggdal & Bukve, 2014; Ulvund et al., 2016; Vågen, 2008). Heggdal og Bukve (2014) fann i sin studie at manglande bruk av avvikssystemet/kontrollsystemet ikkje berre omhandla informasjon og kunnskap, men at det òg var lite fleksibelt og tilpassingsdyktig. Dette kunne forklare at dei tilsette ofte vel å løyse problema lokalt, framfor å nytte det formelle kvalitetssystemet.

Korleis det vert lagt til rette for avvikshandtering vert undersøkt gjennom fire spørsmål. Spørsmåla vektlegg kva opplæring som er gitt, kva kjennskap medarbeidar og leiar har til kvalitetssystemet og korleis dette vert utført i praksis på arbeidsplassen (*eks.: I kva grad er du kjent med din arbeidsplass sitt kvalitetssystem og rutinar for handtering av avvik?*).

3.6.3 Leiarpåverknad

Schein (1983, 2010 i Bang 2017) hevdar at leiarar innehar mest makt til å prege organisasjonen med sine røyndomsoppfatningar, og på den måten er viktige kulturskaparar i organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik (2015) peikar på at leiarar, gjennom sin leiarposisjon, har ein sterk påverknad på dei tilsette sine oppfatningar og verdiar. I følgje Schein og Schein (2017) har leiarar innebygde mekanismar som dei nyttar i arbeidet med å lære organisasjonen sin måte å oppfatte, tenkje, føle og oppføre seg på slik at den vert i tråd med deira eigne bevisste og ubevisste oppfatningar. Dette ved at leiarane kommuniserer kva dei trur på eller bryr seg om gjennom det dei systematisk rettar merksemda si mot.

Leiar sin påverknad på avvikshandtering

Leiarar har i praksis fått delegert mynde frå rådmannen til å handtere og følgje opp meldte avvik, samt sikre at medarbeidarane er gjort kjent med og kan nytte avvikssystemet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). I forsking vert leiarar trekt fram som ein avgjerande faktor for kulturinnhaldet og strukturen på arbeidsplassen, og dermed ein

faktor som påverkar avvikshandteringa (Ulvund et al., 2016). Castel et al. (2015) fann at organisasjonar der den administrative leiinga og einingsleiarane snakka om og var støttande til pasientsikkerheitsarbeidet synte det ein eintydig effekt på frykt for konsekvensar av å rapportere uynskte hendingar. I studien til Vågen (2008) vart det funne at avdelingsleiarane opplevde eit auka tal avviksmeldingar, når dei hadde fokus på at avvik skulle meldast. I studien til Heggdal og Bukve (2014) fann dei at avvik på leiarnivå ofte vart ordna opp lokalt, noko som utfordra den vertikale læringssløyfa. Leiarane i studien hadde systemkunnskap, medan denne kunnskapen var varierende hjå dei tilsette.

Leiar sin påverknad på avvikshandtering er målt i seks spørsmål som måler medarbeidarane si oppleving av korleis næraste leiar handterer og møter dei tilsette når avvik skjer, og om leiar vektlegg avvik til bruk i forbetningsarbeidet på arbeidsplassen. (*Eks.: I kva grad opplev du at din næraste leiar vurderer og anerkjenner personalet sine forslag til forbetringstiltak?*).

3.7 Validitet og reliabilitet

Validitet handlar om dei slutningane ein gjer i forskning, og går ut på at ein faktisk måler det ein vil måle (Ringdal, 2016, s. 96). Validitet i ei undersøking kan vurderast ut i frå statistisk validitet, indre validitet, omgrepsvaliditet og ytre validitet (Garmannslund, 2016). Reliabilitet handlar om pålitelegheita og inneber at gjentekne målingar med same måleinstrumentet viser det same resultatet (Ringdal, 2016, s. 96). I denne delen vert validitet og reliabilitet for dette forskingsprosjektet vurdert.

Teorien og forskinga vart vurdert etter Kildekompasset sine kriterier for vurdering av kjelder (Høgskolen i Sørøst-Norge, Universitetet i Agder, Universitetet i Stavanger, 2016). Teorien vart valt med omsyn til at teoretikarane skulle vere anerkjente innan organisasjonsteori. Forskinga var valt med omsyn til at det skulle vere studiar som hadde studert ulike sider og utfordringar ved helsetenesta si avvikshandtering.

Omgrepsvaliditet handlar om vi faktisk måler det vi trur vi måler (Garmannslund, 2016). Utarbeiding av spørjeskjemaet vart gjort med utgangspunkt i gjeldande teori, forskning og nasjonale føringar. Målet var å operasjonalisere organisasjonsteori forskning til variablar som målte ulike sider ved leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering.

For å kunne teste ut korleis teorien kunne forklare mitt datasett og få ei mest mogleg presis operasjonalisering av teorien, vart variablane delt inn i tre hovudelement med tilhøyrande kjerneelement og plassert inn i ein analysemodell (jf. figur 2.4). Variablane vart utforma i enkeltspørsmål eller utsegn om avvik og avvikshandtering som hadde til hensikt å måle ulike element som påverkar avvikshandtering.

I arbeidet med spørsmålsformuleringane var det eit mål at respondentane i størst mogleg grad skulle forstå spørsmåla og svare så ærleg som mogleg. Eg fekk tilgang til og kunne bruke spørsmål som er brukt i ein tidlegare forskingsstudie, samt at eg nytta kjente definisjonar på årsaker til å melde avvik. Dette var gjort for å sikre at respondentane skulle oppfatte spørsmåla og at eg betre kunne måle det eg ynskte å måle. Eg nytta òg eigen kompetanse og erfaring med korleis avvik vert omtala i helsetenesta. Resultatet vart eit strukturert spørjeskjema (jf. kap. 3.3). Spørjeskjemaet vart testa i ein pilot med eit utval på fire respondentar og utydlege spørsmålsformuleringar vart korrigert før spørjeundersøkinga vart sendt ut.

I analysen vart det i hovudsak brukt deskriptive analysar. Det vart gjennomført frekvenstabellar av variablane i programvara SPSS Statistics versjon 24. For å vurdere likskapar og ulikskapar i leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering i dei enkelte variablane, vart det brukt deskriptiv statistikk som sentraltendens, spreining og frekvens i antal og prosent. Det vart òg utført bivariate analysar i form av korrelasjonsanalysar. Fem indeksar, samansette mål, vart utarbeida (jf. kap. 3.4.1). Indeksar er sett saman av fleire enkelt utsegn og bidreg til å auke reliabiliteten ved at tilfeldige målefeil knytt til enkeltvariablar opphevar kvarandre (Østerud, Goldmann & Pedersen, 1997 i Garmannslund, 2016). Reliabiliteten i dei samansette måla vart målt i Chronbachs alfa, ein statistisk størrelse som varierer frå 0 til 1. Høge alfa, helst over 0,7, gjev ein indeks som har tilfredsstillande reliabilitet (Ringdal, 2016). Ut i frå Chronbachs alfa viser dei samansette måla i dette prosjektet god nok eller tilfredsstillande reliabilitet. Dette til tross for at sumvariabelen: «*kultur for openheit om avvik*» hadde ein alfaverdi på 0,65, som ikkje tilfredsstiller kravet om ein verdi på 0,7. Eg fann likevel alfaverdien som høg, då den var nær idealverdien, og dimensjonen av sumvariabelen vart vurdert til god nok. Styrken og retninga på korrelasjonane vart målt i Pearsons r . Alle korrelasjonane viste seg å ha statisk styrke som varierte frå den svakaste på $r=0,280$ til den sterkaste på $r=0,733$.

3.7.1 Svarprosent, ubesvarte spørsmål og generalisering.

Det var eit mål å inkludere flest mogleg respondentar til undersøkinga. Estimat som er basert på store utval vert meir presise enn estimat som er basert små utval (Ringdal, 2016, s. 214). Spørjeundersøkinga vart sendt ut til eit utval på 1319 respondentar. Svarprosenten var på 22 %, noko som eg fann som ein god svarprosent for dette prosjektet. Ikkje besvarte spørsmål er ei utfordring ved sjølvutfyllingsskjema, då enkelte kan velje å avslutte spørjeundersøkinga undervegs (Ringdal, 2016, s. 119). I dette prosjektet såg eg at enkelte berre hadde svart på bakgrunnsdata, noko som ikkje kunne nyttast i analysane. Totalt stod eg att med 270 svar, men i enkelte analysar vart dette redusert til 242 svar. Noko som vart vurdert til tilfredsstillande for å kunne utføre fleire analysar.

Utvalet består av leiarar og medarbeidar som jobbar i sjukeheim og i heimesjukepleia i 10 kommunar. Dei vart invitert til å delta i undersøkinga via link i e-post, noko som gjer at utvalet er å rekne som eit bekvemmelegheitsutval. Det vart utført frekvenstabellar på bakgrunnsvariablane som viste ei skeivfordeling i dei ulike gruppene. Det er fleire kvinner enn menn, fleire høgskuleutdanna og fagutdanna enn det er leiarar og ufaglært pleiepersonell (jf. tabell 3.5). På bakgrunn av problemstillinga og omfanget av prosjektet vart utvalet delt i gruppene: «leiarar» og «medarbeidarar». Det er ei skeivfordeling mellom desse to gruppene der ein av 10 respondentar er leiarar og ni av 10 er medarbeidarar. Denne fordelinga var forventet, då det i denne undersøkinga var større tilgang på medarbeidarar enn leiarar. Det er i analysane og fortolkinga av funna teke høgde for denne skeivfordelinga.

Det empiriske grunnlaget gjev ikkje grunnlag for å hevde at dei same funna vil vere like for dei i utvalet som ikkje har svart på undersøkinga eller blant leiarar og medarbeidarar i andre sjukeheimar og i heimesjukepleia. Undersøkinga må derfor sjåast på som eit bidrag til meir innsikt i kva som mogleg verkar hemmande og fremjande faktorar i avvikshandteringa.

4.0 Empiriske funn

I dette kapitlet vil resultat og funn frå spørjeundersøkinga verte presentert. Den hypotetiske modellen og analyseramma vert trekt inn i presentasjonen (jf. figur 2.4) og dannar grunnlaget for strukturen av både deskriptive funn og korrelasjonar. Etter at spørjeundersøkinga vart avslutta, såg eg at empirien vart meir omfattande enn forventa ved prosjektstart. I arbeidet med datamaterialet er det gjort prioriteringar ut i frå ein fagleg ståstad og forskingsspørsmåla. Analysane vart gjennomført ved hjelp av programvara SPSS Statistics versjon 24. I det vidare vert resultat presentert i tabellar og interessante funn vert kommentert.

4.1 Rapportering av avvik og avvik brukt som grunnlag for forbetringar

Det var eit formål med prosjektet å undersøkje om det var ulikskapar mellom leiarar og medarbeidarar sin praksis med å rapportere avvik, i kva grad dei opplev at avvik vert brukt til grunnlag for forbetringar og kor ofte dei opplev at avvik skjer. Funna viser at alle leiarane og ni av 10 medarbeidarar har svart at dei melder eigne avvik. Vidare svarte åtte av 10 leiarar og sju av 10 medarbeidarar at dei melder avvik som dei ikkje er direkte involvert i. Ni av 10 leiarar og fire av 10 medarbeidarar svarte at avvik i stor grad vert brukt til grunnlag for forbetringar.

Tabell 4.1. Tal avvik per måned, fordelt på leiarar og medarbeidarar

Kor ofte opplev du at avvik skjer i di avdeling?				
	Leiar		Medarbeidar	
Tal avvik pr. mnd.	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
0-3	2	9,1	92	37,1
3-6	8	36,4	82	33,1
6-10	3	13,6	38	15,3
>10	9	40,9	29	11,7
Totalt	22	100	241	97,2
Missing	0	0	7	2,8
Totalt	22	100	248	100

Ut i frå tabellen ser ein at det i ytterpunktta er ulikskapar mellom leiarar og medarbeidarar si oppfatning av kor ofte avvik skjer på eigen arbeidsplass. Det at det er 22 i gruppa «leiarar» gjer at ein skal tolke tala med varsemd, men til tross for dette ser ein ulikskap mellom dei to gruppene.

4.2 Deskriptiv analyse av utvalte variablar

Prosjektet hadde som målsetjing å sjå på samanhengar mellom leiar og medarbeidar si oppfatning av avvik og avvikshandtering på eigen arbeidsplass. Det vart ved prosjektstart lagt til grunn at ein ville finne ulikskapar i oppfatninga mellom dei to gruppene. Oppfatning av avvik og avvikshandtering vart målt gjennom spørsmåla: «Avvik betyr for deg?», «Kva meiner du er dei viktigaste årsakene til å melde skrifteleg i frå om avvik?», «Kva oppfatar du som god avvikshandtering?» og «Dersom du ikkje melder i frå om eit avvik skifteleg til din næraste leiar, kva er årsaka til at du ikkje melder avviket?». Respondentane fekk på kvart enkelt spørsmål fleire svaralternativ der dei kunne velje alle utsegna eller enkelte utsegn som passar med deira oppfatning. I det følgjande vert funna av den deskriptive analysen presenterert i tabellar. Interessante funn vert kommentert.

4.2.1 Avvik betyr for deg?

Tabell 4.2. Oppfatning av kva avvik er, heile utvalet

Avvik betyr for deg?		Valt	Ikkje valt	Total
Hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient.	frekvens	203	67	270
	prosent	75,2	24,8	100,0
Hendingar som kunne ha ført til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.	frekvens	198	72	270
	prosent	73,3	26,7	100,0
Hendingar som fører til uhell, sjukdom eller skade på personalet.	frekvens	218	52	270
	prosent	80,7	19,3	100,0
Dersom prosedyrar eller rutinar ikkje vert følgt og som medfører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.	frekvens	230	40	270
	prosent	85,2	14,8	100,0
Hendingar som fører til nestenuhell på personalet.	frekvens	150	120	270
	prosent	55,6	44,4	100,0
Dersom prosedyrar og rutinar ikkje vert følgt, men som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.	frekvens	126	144	270
	prosent	46,7	53,3	100,0
Dersom teknisk utstyr ikkje fungerer som dei skal.	frekvens	180	90	270
	prosent	66,7	33,3	100,0

Åtte av 10 respondentar har svart positivt på at dei forbind avvik med hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient og hendingar som fører til uhell, sjukdom eller skade på personalet. Ein uventa høg del på ni av 10 respondentar har svart at dei forbind avvik med prosedyre- og/eller rutinar som ikkje vert følgt og som fører til ein negativ konsekvens for ein

pasient, medan fem av 10 respondentar har svart at dei forbind avvik med prosedyrar og/eller rutinar som ikkje vert følgt, men som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein pasient.

Tabell 4.3. Oppfatning av kva avvik er, fordelt på leiarar og medarbeidarar

Avvik betyr for deg?		Leiar			Medarbeidar		
		Valt	Ikkje valt	Total	Valt	Ikkje valt	Total
Hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient.	frekvens	19	3	22	184	64	248
	prosent	86,4	13,6	100,0	74,2	25,8	100,0
Hendingar som kunne ha ført til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.	frekvens	20	2	22	178	70	248
	prosent	90,9	9,1	100,0	71,8	28,2	100,0
Hendingar som fører til uhell, sjukdom eller skade på personalet.	frekvens	21	1	22	197	51	248
	prosent	95,5	4,5	100,0	79,4	20,6	100,0
Dersom prosedyrar eller rutinar ikkje vert følgt og som medfører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.	frekvens	21	1	22	209	39	248
	prosent	95,5	4,5	100,0	84,3	15,7	100,0
Hendingar som fører til nestenuhell på personalet.	frekvens	18	4	22	132	116	248
	prosent	81,8	18,2	100,0	53,2	46,8	100,0
Dersom prosedyrar og rutinar ikkje vert følgt, men som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.	frekvens	14	8	22	112	136	248
	prosent	63,6	36,4	100,0	45,2	54,8	100,0
Dersom teknisk utstyr ikkje fungerer som dei skal.	frekvens	17	5	22	163	85	248
	prosent	77,3	22,7	100,0	65,7	34,3	100,0

Ein ser ein likskap i leiarar og medarbeidarar si oppfatning av kva avvik er. Dette viser seg ved at ni av 10 leiarar og sju av 10 medarbeidarar har svart at avvik er hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient, og at ni av 10 leiarar og sju av 10 medarbeidarar har svart at avvik er hendingar som kunne ha ført til ein negativ konsekvens for pasientane. Ein ser at leiarar og medarbeidarar skårar høgast på at avvik er dersom prosedyrar og/eller rutinar som ikkje vert følgt og som fører til ein negativ konsekvens for ein pasient, og at avvik er hendingar som fører til uhell, sjukdom eller skade på personalet. Ein ser ein ulikskap i oppfatninga av at avvik er hendingar som fører til nestenuhell på personalet. Her svarar åtte av 10 leiarar og fem av 10 medarbeidarar at dei oppfattar dette som avvik.

4.2.2 Kva meiner du er dei viktigaste årsakene til å melde skrifteleg i frå om avvik?

Tabell 4.4. Oppfatning av kva som er dei viktigaste årsakene til å melde avvik, heile utvalet

Viktigaste årsakene til å melde avvik		Valt	Ikkje valt	Totalt
For å dokumentere feil og lære av dei.	frekvens	216	54	270
	prosent	80	20	100
For å hjelpe leiaren til å drive avdelinga best mogleg.	frekvens	111	159	270
	prosent	41,1	58,9	100
For å forhindre at pasientar vert skada.	frekvens	206	64	270
	prosent	76,3	23,7	100
Fordi skriftleg dokumentasjon i forhold til feil er viktig. Dei vert ikkje gløymt så lett.	frekvens	95	175	270
	prosent	35,2	64,8	100
Fordi utfylte avviksskjema gjer at leiinga må påteikne skriftleg sitt syn på avviket noko som sikrar at avviket vert behandla.	frekvens	136	134	270
	prosent	50,4	49,6	100
Vi synleggjer og dokumenterer problema med dårlig kvalitet, dårleg økonomi, rutinesvikt og så vidare.	frekvens	162	108	270
	prosent	60	40	100
Fordi det er etisk uakseptabelt å ikkje seie i frå om uverdige eller uforsvarlege forhold.	frekvens	148	122	270
	prosent	54,8	45,2	100
Ansvaret for avviket overførast til leiinga (i dei fleste tilfelle).	frekvens	59	211	270
	prosent	21,9	78,1	100
Det er godt å få lov til å sei i frå.	frekvens	55	215	270
	prosent	20,4	79,6	100
Den som fyller ut avviksskjemaet syner ansvarlegheit og kunnskap, samt evne til å evaluere seg sjølv.	frekvens	125	145	270
	prosent	46,3	53,7	100
Den faglege bevisstheita aukar.	frekvens	156	114	270
	prosent	57,8	42,2	100
Fordi det er lovpålagt.	frekvens	96	174	270
	prosent	35,6	64,4	100

Tabell 4.4 viser at hovudårsakene til å melde avvik er knytt til å lære av feil og forhindre at pasientar vert skada. Ein ser at det å melde avvik for å synleggjere ansvarlegheit, kunnskap, evne til å evaluere seg sjølv og at rapportering av avvik bidreg til at den faglege bevisstheita aukar i mindre grad vert vektlagt.

Dei grunnleggjande variablane om årsaker til ikkje å melde i frå om avvik vart òg differensiert mellom leiarar og medarbeidarar. Dette for å sjå om det var likskap eller ulikskap i oppfatninga mellom dei to gruppene.

Tabell 4.5. Oppfatning av kva som er dei viktigaste årsakene til å melde avvik, fordelt på leiarar og medarbeidarar. Tabellen viser dei utsegna som har ein +/- 10 prosentpoeng skilnad mellom dei to gruppene. Alle utsegna for spørsmålet er vist i sin heilskap i tabell 4.4.

Viktigaste årsakene til å melde avvik		Leiar			Medarbeidar		
		Valt	Ikkje valt	Totalt	Valt	Ikkje valt	Totalt
For å dokumentere feil og lære av dei.	frekvens	21	1	22	195	53	248
	prosent	95,5	4,5	100	78,6	21,4	100,0
For å forhindre at pasientar vert skada.	frekvens	20	2	22	186	62	248
	prosent	90,9	9,1	100	75,0	25,0	100,0
Vi synleggjer og dokumenterer problema med dårlig kvalitet, dårleg økonomi, rutinesvikt og så vidare.	frekvens	18	4	22	144	104	248
	prosent	81,8	18,2	100	58,1	41,9	100,0
Fordi det er etisk uakseptabelt å ikkje seie i frå om uverdige eller uforsvarlege forhold.	frekvens	16	6	22	132	116	248
	prosent	72,7	27,3	100	53,2	46,8	100,0
Det er godt å få lov til å sei i frå.	frekvens	2	20	22	53	195	248
	prosent	9,1	90,9	100	21,4	78,6	100,0
Den som fyller ut avviksskjemaet syner ansvarlegheit og kunnskap, samt evne til å evaluere seg sjølv.	frekvens	14	8	22	111	137	248
	prosent	63,6	36,4	100	44,8	55,2	100,0
Den faglege bevisstheita aukar.	frekvens	17	5	22	139	109	248
	prosent	77,3	22,7	100	56,0	44,0	100,0
Fordi det er lovpålagt.	frekvens	11	11	22	85	163	248
	prosent	50	50	100	34,3	65,7	100,0

Ein ser at leiarar og medarbeidarar på nokre påstandar vektar årsaker til å melde avvik ulikt. Ulikskapane er utprega for dei årsakene som er knytt til at meldte avvik synleggjer og dokumenterer ulike områder for systemsvikt, og for områda der den som melder avvik viser ansvarlegheit, kunnskap, evne til å evaluere seg sjølv og at rapportering av avvik bidreg til at den faglege bevisstheita aukar. Det er derimot likskap i oppfatninga av at årsaker til å melde avvik er for å dokumentere feil og lære av dei og for å forhindre at pasientar vert skada.

4.2.3 Kva oppfattar du som god avvikshandtering?

I dette prosjektet var det interessant å kartleggje kva respondentane oppfattar som god avvikshandtering. I det følgjande vert medarbeidarane sine svar på dette spørsmålet presentert.

Tabell 4.6. Medarbeidarane si oppfatning av god avvikshandtering

God avvikshandtering?		Valt	ikkje valt	Totalt
Avvik vert dokumentert i avvikssystemet.	frekvens	169	79	248
	prosent	68,1	31,9	100,0
Leiar tek opp avvika i personalmøta.	frekvens	166	82	248
	prosent	66,9	33,1	100,0
Avvik vert drøfta i personalgruppa og i fellesskap kjem ein fram til tiltak for forbetring.	frekvens	181	67	248
	prosent	73,0	27,0	100,0
Det vert sett i gang tiltak for å redusere liknande hendingar i framtida.	frekvens	191	57	248
	prosent	77,0	23,0	100,0
Tiltak som vert sett i gang vert evaluert og justert undervegs.	frekvens	132	116	248
	prosent	53,2	46,8	100,0
Tiltaket vert ein del av dei nye rutinane på arbeidsplassen.	frekvens	143	105	248
	prosent	57,7	42,3	100,0

Funna viser at medarbeidarane si oppfatning av god avvikshandtering er sterkt forbunde med at det vert sett i gang tiltak for å forhindre at liknande hendingar skjer igjen, at avvik vert drøfta og at ein i fellesskap kjem fram til tiltak for forbetring.

4.2.4 Dersom du ikkje melder i frå om eit avvik skriftleg til din næraste leiar kva er årsaka til at du ikkje melder avviket?

I dette prosjektet var det relevant å kartleggje medarbeidarane sine årsaker til å ikkje å melde i frå om avvik. Dette for å sjå om det er element som påverkar avvikshandteringa meir enn andre.

Tabell 4.7. Medarbeidarane sine årsaker til ikkje å melde skrifteleg i frå om avvik

Årsak til ikkje å melde avvik		Valt	Ikkje valt	Totalt
Det skjer ikkje noko med avviket.	frekvens	56	192	248
	prosent	22,6	77,4	100,0
Eg har ikkje tid i min arbeidsdag til å melde avviket.	frekvens	109	139	248
	prosent	44,0	56,0	100,0
Eg opplev å få negative sanksjonar frå leiar.	frekvens	13	235	248
	prosent	5,2	94,8	100,0
Eg opplev å få negative sanksjonar frå andre medarbeidarar.	frekvens	18	230	248
	prosent	7,3	92,7	100,0
Eg meiner at avviket kan løyast på ein anna måte enn å melde skriftleg i frå til leiar.	frekvens	43	205	248
	prosent	17,3	82,7	100,0
Avviket vart ordna opp i på mi vakt, og eg meiner derfor at det ikkje er naudsynt å melde avviket.	frekvens	65	183	248
	prosent	26,2	73,8	100,0
Eg melder ofte same type avvik, og det skjer ikkje noko med dei avvika som eg har meldt.	frekvens	46	202	248
	prosent	18,5	81,5	100,0
Eg var sjølv ikkje involvert i avviket.	frekvens	57	191	248
	prosent	23,0	77,0	100,0
Eg er usikker på kva eit avvik er.	frekvens	3	245	248
	prosent	1,2	98,8	100,0

Medarbeidarane vektlegg dårleg tid, at avvik vert ordna opp i på vakta og at det ikkje skjer noko med avviket som årsaker til å ikkje melde skrifteleg i frå om avvik. Det er ein uventa høg del av medarbeidarane, tre av 10, som har svart at avviket vart ordna opp i på vakta, og at det derfor ikkje er naudsynt å melde avviket.

4.2.5 Oppsummering av funn av dei grunnleggjande variablane

Funn frå den deskriptive analysen viser at leiarane og medarbeidarane i stor grad ser på avvik som hendingar som får eller kan føre til ein negativ konsekvens for ein pasient, og at avvik er hendingar som fører til nesten uhell på personalet. Leiarar og medarbeidarar skårar høgast på at avvik er dersom prosedyrar og/eller rutinar ikkje vert følgt og som fører til ein negativ konsekvens for ein pasient, og at avvik er hendingar som fører til uhell, sjukdom eller skade på personalet. Færre oppfattar at avvik er brot på prosedyrar- og/eller rutinar, som ikkje fører til ein negative konsekvens for ein pasient. Ein finn at leiarane i større grad enn medarbeidarane oppfattar at avvik er hendingar som kan føre til nestenuhell på personalet.

Leiarar og medarbeidarar vektlegg at årsaker til å melde avvik er for å lære av feil og forhindre at pasientar vert skada. Funna viser at leiarar i større grad enn medarbeidarane vektlegg at årsaker til å melde avvik er for å dokumentere område for svikt, at den som melder avvik viser ansvarlegheit, evne til personleg evaluering og at rapportering av avvik bidreg til at den faglege bevisstheita aukar.

Vidare viser funna at medarbeidarar opplev god avvikshandtering når det vert sett i verk tiltak for å forhindre liknande hendingar i framtida, når avvik vert drøfta og at dei i fellesskap kjem fram til forbetringar. Medarbeidarane vektar dårleg tid, at avvik vert ordna opp i på vakta og at det ikkje skjer noko med avviket som årsaker til å ikkje melde i frå om eit avvik.

I tillegg vart det utført utforskande krysstabellanalysar på tre dikotome variablar, som spurte om respondentane melder ulike typar avvik, og bakgrunnsvariablane: stasjoningsstad, utdanningsnivå/stillingstype og tenestetid. Funna viste liten skilnad mellom tilsette i sjukeheim og i heimesjukepleia på rapportering av eigne avvik og avvik som ein sjølv ikkje er involvert i. Analysen viste ein skilnad i rapportering av avvik som fører til betydelege konsekvensar og som ingen merkar. Her svarar ni av 10 tilsette i heimesjukepleia og sju av 10 tilsette i sjukeheim positivt på at dei rapporterer desse avvika. Vidare viste analysen at det er eit skilje mellom fasttilsette og vikarar i rapportering av avvik. Den største skilnaden viste seg å vere i rapportering av avvik med betydelege konsekvensar og som ingen merkar. Åtte av ti fasttilsette og fem av 10 vikarar svarar positivt på at dei melder desse avvika. Det vart funne eit skilje mellom fagutdanna helsepersonell (leiarar, sjukepleiarar og hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar) og ufaglært pleiepersonell i rapportering av avvik. Det største skiljet var på rapportering av avvik som ein sjølv ikkje er involvert i. Her svarar åtte av 10 leiarar, åtte av 10 sjukepleiarar, sju av 10 hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar og fire av 10 ufaglærte positivt på at dei melder desse avvika. Krysstabellanalysane viste i lita grad funn som bidreg til å svare på mi problemstilling, og dei vert av den grunn ikkje vektlagt i det vidare arbeidet.

4.4 Resultat frå korrelasjonsanalysen

I denne delen vert korrelasjonar av dei samansette måla presentert i tabell 4.11. Korrelasjonar mellom dei samansette måla: «Kultur for læring», «Kultur for kommunikasjon», «Kultur for openheit», «Struktur for avvikshandtering» og «Leiarpåverknad» vert kommentert med kva

samanheng desse har på leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering. Cohen sin fortolkingsnøkkel er nytt i vurderinga av styrken mellom variablane i korrelasjonane. Fortolkingsnøkkelen har referanseverdiane: svak $r = .10$ til $.29$, middels $r = .30$ til $.49$, sterk $r = .50$ til 1.0 (Cohen 1988, s. 79-81 i Pallant 2013, s. 139).

Tabell 4.8. Korrelasjonar mellom samansette mål

Korrelasjonar	1	2	3	4	5
1. Kultur for læring	...	,402**	,280**	,653**	,733**
2. Kultur for kommunikasjon		...	,321**	,258**	,328**
3. Kultur for openheit			...	,304**	,292**
4. Struktur for avvikshandtering				...	,628**
5. Leiarpåverknad					...

$P \leq 0.01$ level (2-tailed).

$N=242$.

Alle korrelasjonane i tabell 4.8 er statistisk signifikante og positive. Den sterkaste samanhengen ser ein mellom leiarpåverknad og kultur for læring ($r = ,733$). Dette viser at det er samanheng mellom leiarpåverknad og at avvik vert brukt til grunnlag for forbetringar. Det er òg ein sterk samanheng mellom struktur for avvikshandtering og kultur for læring ($r = ,653$), noko som fortel at det er samanheng mellom dei tilsette sin kjennskap og kunnskap om avvikshandtering og avvikssystemet og kultur for læring av avvik i organisasjonen. Vidare er det ein sterk samanheng mellom leiarpåverknad og struktur for avvikshandtering ($r = ,628$). Dette fortel at det er samanheng mellom leiarpåverknad og dei tilsette sin kunnskap om avvikssystemet og avvikshandtering.

Det er ein middels samanheng mellom kultur for kommunikasjon og kultur for læring ($r = ,402$), noko som indikerer at det er ein samanheng mellom at avvik vert drøfta på arbeidsplassen og at avvik inngår i forbetningsarbeidet. Ein finn ein middels samanheng mellom leiarpåverknad og kultur for kommunikasjon ($r = ,328$). Dette fortel at det er ein samanheng mellom leiarpåverknad og at avvik vert drøfta i personalgruppa. Det er ein middels samanheng mellom kultur for openheit og kultur for kommunikasjon ($r = ,321$), noko som fortel at det er samanheng mellom at personalgruppa drøftar rapporterte avvik og at urapporterte avvik vert drøfta. Det er òg positive samanhengar for dei andre korrelasjonane, sjølv om desse er svake.

5.0 Drøfting av resultata i undersøkinga

Formålet med dette forskingsprosjektet var å sjå korleis leiarar og medarbeidarar i sjukeheimar og i heimesjukepleia oppfatta avvik og avvikshandtering. I denne delen av oppgåva vil funn og resultat av undersøkinga verte drøfta opp i mot teori som er lagt grunn for dette prosjektet. Grunna omfanget av oppgåva, er drøftinga avgrensa til å gjelde hovudfunna i undersøkinga.

5.1 Leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering

I mi undersøking er det særleg to funn, som etter mitt syn, er framtreddane. For det fyrste ser både leiarar og medarbeidarane ut til å ha eit likt syn på at avvik er hendingar som får eller kan føre til ein negativ konsekvens for ein pasient. Avvik vert òg av fleire oppfatta som uhell, sjukdom eller skade på personalet. Ut i frå dette kan ein hevde at personalet si oppfatning av avvik er for å forhindre og førebyggje skade, sjukdom og andre negative konsekvensar for pasientar og tilsette. Dette ser ein òg ved at dei fleste oppfattar at det er viktig å dokumentere avvik for å lære av dei og forhindre at pasientar vert skada. I praksis er dette positive funn som fortel at dei tilsette har fokus på at arbeidet skal utførast på ein trygg og sikker måte. Funna er i tråd med studien til Ulvund et al. (2016) som fann at når eit avvik skulle meldast, vurderte personalet pasientane sin rett til å ikkje verte skada høgt. Respondentane i mi undersøking er på linje med helsemyndigheitene. Hensikta med å melde avvik er for å identifisere område for svikt og forhindre at nye, liknande hendingar skjer igjen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2017).

For det andre viser analysen at flest oppfattar avvik som brot på prosedyrar og/eller rutinar, som fører til negative konsekvensar for pasientane. Funnet kan forklarast med at det i praksis er eit stort fokus på å følgje gitte standardarar. Når det skjer eit avvik vert det kontrollert og sjekka om dei involverte har handla i tråd med standardane, for å vidare å korrigere praksis hjå det enkelte individ. Ein veit at helse- og omsorgstenesta har eit omfattande kvalitetssystem med prosedyrar og rutinar, som skal sikre ei trygg teneste for brukarar og pasientar. Dette er nedfelt i dei nasjonale føringane som stiller krav til kommunen om å etablere system som sikrar at brukarane får ivareta sine grunnleggjande behov. Ansvar for å følgje opp avvika er delegert til leiarar på mellomleiarnivået (Helsedirektoratet, 2017; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Leiarane har på den måten eit press ovanfrå om å sikre at prosedyrar og rutinar vert følgt, noko som blant anna vert kontrollert gjennom meldet avvik.

Det kan her vere tale om at leiarane innehar eller er tillært eit verdigrunnlag som baserer seg på å etterleve pålegg og krav i etablerte prosedyrar og rutinar, for å sikre ei trygg teneste av god kvalitet. Dette viser trekk av organisasjonsforma som Mintzberg (1979) kallar for maskinbyråkratiet, der ein styrer og koordinerer verksemda gjennom skriftelege reglar og prosedyrar. Mellomleinga, som i dette prosjektet er leiarane, har ansvar for å føre tilsyn med og koordinere helsetenesta og skal formidle informasjon oppover og nedover i systemet (Helsedirektoratet, 2017). Leiarane sine verdiar vert igjen kommunisert ut til medarbeidarane i måten leiarane føl opp avvika på. Bang (2017) omtalar verdiar og normer som vert kommunisert gjennom leiarane sine åtferdsuttrykk. I denne samanheng viser dette seg i måten leiarane føl opp og handterer avvik på. Schein (2017) påpeikar at den mektigaste og kraftigaste reiskapen leiarane innehar er måten dei kommuniserer sine verdiar og normer på, som gjennom det dei rettar merksemda mot og som dei handterer på ein systematisk måte. I denne samanheng vert det gjerne kommunisert at avvik oppstår grunna brot på prosedyrar og rutinar, og på den måten vert hendingar med negative konsekvensar relatert til brot på standardane og av dei fleste oppfatta som avvik.

På den andre sida viser analysen at færre, både leiarar og medarbeidarar, oppfattar at avvik er når prosedyrar og/eller rutinar ikkje vert følgt og som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein pasient. Mogleg forklaring på dette kan vere at det ikkje er like stort fokus på brot på prosedyrar og/eller rutinar som ikkje fører til negative konsekvensar, og at dette då ikkje vert oppfatta som avvik. Samstundes er prosedyrar og rutinar utarbeida for å sikre at dei tilsette ikkje skal gjere feil som kan skade pasientar eller dei tilsette. Å nedteikne skriftleg alle rutinar og gjeremål vil gjere systemet unødig uoversiktleg (Helsedirektoratet, 2017), og er etter mitt syn ei umogleg oppgåve. Dei som skal nytte standardane må derfor inneha ein gitt kompetanse eller tilstrekkeleg opplæring til å kunne utføre og forstå prosedyrar/rutinar. Faglege vurderingar i utøvinga av prosedyrar/rutinar må ligge til grunn, og ved brot på standardane kan det i enkelte tilfelle fagleg grunngevast. Funnet kan òg sjåast i samanheng med at det er få medarbeidarar som vektar at det å melde avvik er for at den faglege bevisstheita aukar, noko som fortel at det kan vere eit mindre fokus på eigen fagleg refleksjon i bruken av avvik og avvikshandtering. Jacobsen og Thorsvik (2015) påpeikar at maskinbyråkratiet som organisasjonsform gjer organisasjonen rigid, noko som gjer til at det å følgje reglane lett kan verte eit mål i seg sjølv og kan verke demotiverande på dei tilsette. Kommunen som organisasjon er organisert i ei «markedsbasert gruppering» der fagpersonane med sin fagkompetanse er gruppert i einingar ut i frå kva teneste ein yter (Mintzberg, 1979).

Avvik som er knytt til brot på ei prosedyre og/eller rutine utan negative konsekvensar kan kanskje i større grad ha sitt opphav i ei fagleg grunngeving. I avvikssystemet og i avvikshandteringa kan denne typen avvik vere viktig å dokumentere, då dei kan vere til lærdom for andre og til forbetring av prosedyrar/rutinar.

5.2 Ulikskapar i leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering

Resultata i mi undersøking viser at leiarar og medarbeidarar i stor grad melder avvik som dei sjølve er involvert i. Det er òg mange som melder avvik som dei ikkje er direkte involvert i. Samstundes viser funna at leiarane opplev fleire avvik i løpet av ein månad enn det medarbeidarane gjer. Til tross for at funna vert tolka med varsemd, grunna skeivheit i utvalsstorleiken av leiarar og medarbeidarar, gjev dei grunnlag for å hevde at det er ulikskapar i leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering. Denne påstanden kan underbyggjast med funn i studien til Vågen (2008) som fann at leiarane opplevde avvikshandteringa som utfordrande, ei av årsakene til dette vart forklart med at det ikkje var god nok felles forståing i pleiegruppa rundt kva som er fagleg og etisk forsvarleg praksis.

Det går fram av NOU 2015: 11 at det i den kommunale helsetenesta er ei underrapportering av avvik og uynskte hendingar. Mi undersøking viser at eit av hovudårsakene til at medarbeidarane ikkje melder avvik, er grunna manglande tid i arbeidsdagen. Dette er forhold som omhandlar struktur og tilrettelegging i arbeidskvardagen til dei tilsette. I hektiske arbeidsdagar der dei tilsette må prioritere sine arbeidsoppgåver, er det gjerne rapportering av avvik som vert nedprioritert og skyvd på. Dette kan igjen ha samanheng med oppfatninga av viktigheita av å melde avvik, særskilt når det kjem til avvik som synleggjer dårleg kvalitet, økonomi, rutinesvikt også vidare. Funna viser at fleire leiarar enn medarbeidarar skårar høgt på at det er viktig å dokumentere denne typen avvik. Noko som kan forklarast med at det er leiarane som sit med ansvaret for å synleggjere og kommunisere svikt i slike forhold oppover i systemet, og medarbeidarane kan derfor i mindre grad oppleve at denne typen avvik har nytte.

Vidare viser undersøkinga at enkelte medarbeidarar let vere å melde avvik som dei sjølve ordnar opp i medan dei er på jobb. Med ein slik praksis sviktar målsetjingane med avviksmeldingar, som er å lære av feil, avdekkje risiko for svikt og skape ein kultur for systematisk kvalitet- og pasientsikkerheitsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Avvik som vert ordna opp i utan å meldast gjev ein potensiell fare for at liknande hendingar gjentek seg og fører til ein negativ konsekvens, noko som kan forhindrast ved at alle avvik vert meldt og vert til lærdom for andre gjennom bevisstgjerjing og etablering av eller endring i prosedyrar og rutinar. Ein slik praksis kan ha samanheng med kva medarbeidarane har oppfatta frå sine leiarar som rett praksis å behandle «nesten» avvik på, og dermed er denne praksisen vorte ein del av avvikskulturen. Heggdal og Bukve (2014) fann i sin studie at leiarane forsøkte å ordne opp lokalt når eit avvik skjer, då dette var enklare enn å fylle ut ei avviksmelding og sende til overordna. Dette kan vere ei av forklaringane på funna i mi undersøking. Schein (2017) peikar på at leiarar er rollemodellar for dei tilsette. Leiarane si synlege åtferd har stor verdi når dei skal formidle sine verdiar og normer. Den synlege åtferda omhandlar i følge Bang (2017) kva oppgåver leiarane gjer og ikkje gjer og korleis dei utfører dei.

Mangelfull oppfølging av avvik vert òg vekta som ei årsak til å ikkje melde i frå om avvik. Funnet kan sjåast i samanheng med ulikskapane i oppfatninga av at avvik vert brukt til grunnlag for forbetring. Her viser undersøkinga at nær alle leiarane og under halvparten av medarbeidarane i stor grad opplev at avvik vert brukt til grunnlag for forbetringar. Ulvund et al. (2016) fann ein tendens til at spesialsjukepleiarane ikkje har tillit til at merksemda på pasientsikkerheit og læring av feil vert opprettheldt i praksis. Studien peikar på at dei som varslar skal oppleve at varslinga har nytteverdi og føre til endring og forbetring for pasientane. Helse- og omsorgsdepartementet (2012) peikar på at tilsyn med helsetenesta har avdekkja at manglande forankring og leiing av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet er ei viktig årsak til uynskte hendingar og feil, og at leiinga i lita grad etterspør og er kjent med kva risiko pasientar og brukarar er utsett for. Vidare kan ein stille spørsmål ved om det er samanheng mellom det at få medarbeidarar opplev at avvik vert brukt til grunnlag forbetringar og at eit av årsakene til å ikkje melde avvik er at avvik vert ordna opp i på vakta. Schein (2017) peikar på at medlemmane i ei gruppe over tid har erfart at handlingar i ulike situasjonar har fungert og dermed vert dei ein del av gruppa sine uttrykte verdiar og normer. Dersom ein innehar ei oppleving og erfaring med at det ikkje skjer noko med eit avvik kan det utvikle seg ein kultur der ein let vere å melde enkelte avvik. På den andre sida kan det her vere tale om at medarbeidarane i ulik grad overheld dei formelle reglane, som legg føringar for at alle typar avvik som synleggjer områder for svikt skal rapporterast. Bukve (2012) peikar på at formelle reglar og rammeverk berre kan vere berarar av ein institusjon

(avvikshandtering) i den grad aktørane (leiarar og medarbeidarar) anerkjenner dei og tek dei inn over seg i praksis og handling.

Det går òg fram av analysen at fleire leiarar enn medarbeidarar vektar at det er viktig å melde avvik for å synleggjere ansvarlegheit, kunnskap, evne til å evaluere seg sjølv og at rapportering av avvik bidreg til at den faglege bevisstheita aukar. Ein finn òg eit skilje i at fleire leiarar enn medarbeidarar vektlegg at det er etisk uakseptabelt å ikkje melde i frå om uverdige eller utforsvarlege forhold. Mogleg forklaring på funna kan vere måten ein oppfattar avvik på, der kliniske feil oftast vert forbunde med avvik. Her viser funna at nær dei fleste ser på avvik som hendingar som fører til ein negativ konsekvens for ein pasient eller tilsett og at dei fleste skårar høgt på at det er viktig å melde avvik for å forhindre at pasientar vert skada. Dette viste seg òg i studien til Ulvund, Rokstad og Vatne (2010) der den viktigaste etiske grunngevinga for å varsle eit avvik var for å forbetre praksis og minimalisere skade på pasient. Mogleg forklaring på ulikskapane i oppfatninga av å melde avvik kan forklarast med korleis leiarane formidlar sitt syn på avvik og viktigheita av å melde avvik. I ein hektisk kvardag kan det for ein leiar vere enkelt og raskt å korrigere kliniske feil med å finne praktiske løysingar utan å fokusere på dei etiske- og faglegedrøftingane, som enkelte avvik gjev grunnlag for. Drøfting og refleksjon rundt avvik vert gjerne nedprioritert til fordel for andre og meir «viktige» arbeidsoppgåver og saker i personalmøta og i andre møtearenaer. Dermed vil ikkje medarbeidarane få ei oppleving og oppfatning av at avvik stimulerar til ei personleg evaluering og ei auka fagleg bevisstgjerjing. Schein (2017) seier at leiarar kommuniserer ut det dei trur på og bryr seg om gjennom det dei systematisk rettar merksemda si mot. Argyris og Schön (1996) viser til «uttrykte verdiane» og «bruksverdiane». Dei uttrykte verdiane er dei verdiane som ein grunnlegg sine handlingar med, medan bruksverdiane er dei verdiane som viser seg i faktisk handling. Leiarane har gjerne eit meir eller eit ynskje om å ha eit meir innhaldsrikt syn på viktigheita av å melde avvik, men i den praktiske kvardagen kan det vere ei utfordring å kommunisere dette synet ut til medarbeidarane.

5.3 Samanheng mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, leiarpåverking og oppfatning av avvik og avvikshandtering

Korrelasjonsanalysen viste at den sterkaste samanhengen er mellom leiarpåverking og kultur for læring. Funnet fortel at det er ein sterk samanheng mellom leiar sin påverking og at avvik

vert brukt til grunnlag for forbetringar og at forslag og forbetringstiltak vert sett ut i live. Vidare fortel funnet at det er av betydning at leiar sikrar at avvika vert handsama på ein god måte. I dette ligg at leiar har ei støttande haldning til at arbeidet vert utført på ein trygg og pasientsikker måte, at leiar anerkjenner og er støttande til personalet sine forslag og tiltak til forbetring, samt føl opp vedtekne forslag til forbetring. Funnet kan sjåast i samanheng med at analysen viste middels samanhengar mellom kultur for kommunikasjon og kultur for læring, mellom leiarpåverknad og kultur for kommunikasjon og mellom kultur for openheit og kultur for kommunikasjon. Totalt sett fortel desse funna at openheit og kommunikasjon om avvik i personalgruppa og at dei i fellesskap kjem fram til forbetringar, er av betydning for at avvik skal verte meldt og vidare brukt til læring og vedvarande forbetring. Leiar har i denne samanheng ein betydning for at avvik vert drøfta i personalgruppa. Dette vert støtta opp under av funnet frå den deskriptive analysen som viste at medarbeidarane oppfattar god avvikshandtering når avvik vert drøfta i personalgruppa, at dei i fellesskap kjem fram til tiltak for forbetring og at tiltak vert sett i verk. Funna kan underbyggjast med funna i studien til Heggdal og Bukve (2014) som viste at informantane ynskte meir openheit rundt avvik, at avvik vert lagt fram på personalmøta og at dei i fellesskap kjem fram til løysningar. Respondentane i mi undersøking viser haldningar som er på linje med helsemyndigheita der det vert fremja at leiinga må setje kvalitet, læring og forbetringar på agendaen på faste møter. Leiar og tilsette må i fellesskap identifisere forbetningsområde for kvalitet og pasientsikkerheit og utvikle ein kultur for læring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Det er ein sterk samanheng mellom struktur for avvikshandtering og kultur for læring. Dette fortel at det er ein sterk samanheng mellom dei tilsette sin kunnskap om og kjennskap til arbeidsplassen sitt kvalitetssystem og avvikshandtering og at det skal skje ei forbetring av meldte avvik. I dette ligg at dei tilsette må oppleve at rutinar og prosedyrar for avvikshandtering vert utført i praksis og at dei får tilstrekkeleg opplæring i avvikshandtering og meldesystemet for at avvik skal verte meldt og at det vert iverksett forbetringstiltak. Funna kan sjåast i samanheng med tidlegare studiar. Undersøking har vist at kommunane har på plass system for avvikshandtering, men at dei tilsette sin kjennskap til systemet er varierende på grunn av mangelfull opplæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I studien til Heggdal og Bukve (2014) vart det funne at leiarane hadde systemkunnskap, men at denne kunnskapen var varierende hjå dei tilsette. Det er her tale om strukturelle tilrettelagte forhold som må sikrast for at dei tilsette skal kunne melde avvik og bidra inn i forbetring- og kvalitetsarbeidet.

Ansvar for å sikre at dei tilsette melder avvik, får medverke i forbetningsarbeidet og har tilstrekkeleg opplæring i og kan nytte avvikssystemet er delegert til leiarar som jobbar nær pasientane (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette ansvaret kan sjåast i samanheng med at det i mi undersøking vart funne ein sterk samanheng mellom leiarpåverknad og struktur for avvikshandtering. Funnet inneber at leiar sin påverknad i form av å fremje bruken av avvik som middel i forbetningsarbeidet og anerkjenner og føl opp tiltak for forbetningar vil ha ein positiv innverknad på at rutinar og prosedyrar for avvikshandtering vert utført i praksis og dei tilsette sin kunnskap om avvikssystemet og avvikshandtering. Det kan her vere tale om at måten leiarane legg til rette for medarbeidarane si opplæring i avvikshandtering, og sikrar at medarbeidarane får avsett tid til å melde sine avvik og har tilgang til avvikssystemet vil kunne gje ei positiv effekt på rapportering av avvik. Leiarane kan på den måten vise at dei prioriterer og rettar merksemda si mot viktigheita av å melde avvik, noko som er ein måte for leiarane å kommunisere sitt syn på avviksmeldingar. På same måte vil det å ikkje legge til rette for rapportering av avvik signalisere at avviksmeldingar er mindre viktig (Schein & Schein, 2017). På den andre sida har òg medarbeidarane eit ansvar for å rapportere avvik, lære arbeidsplassen sitt kvalitetssystem og å kunne bruke avvikssystemet (Helsedirektoratet, 2017). Dette inneber at det ikkje berre er eit leiaransvar å sikre at avvik vert rapportert og brukt til forbetningar. Likevel kan funna i mi undersøking indikere at leiarane sine haldningar til avvik og avvikshandtering, som viser seg gjennom ord og handling, ha betydning for korleis medarbeidarane ser på avvik, at avvik vert meldt og si eiga rolle og ansvar i avvikshandteringa. Dette kan underbyggjast med funn i studien til Vågen (2008) som fann at når leiarane sette fokus på at avvik skulle meldast auka tal avviksmeldingar. Mottaket og handteringa av avvika vart òg vekta som avgjerande for at medarbeidarane skulle fortsetje å melde i frå om kritikkverdige praksis.

5.4 Styrkjer og svakheiter med forskingsprosjektet

I arbeidet med dette prosjektet erfarte eg undervegs at empirien var meir omfattande enn først forventa. I etterkant ser eg at eg med fordel kunne ha redusert noko av kompleksiteten og i større grad avgrensa spørjeundersøkinga til for eksempel å berre stille spørsmål som omhandla oppfatninga av avvik og avvikshandtering. Samstundes har eg hatt eit stort læringsutbytte av å måtte avgrense og ta val undervegs. Særleg vart vala avgjerande i arbeidet

med framstillinga av resultat og funna som kom fram. Med utgangspunkt i ein fagleg ståstad og forskingsspørsmåla kom eg fram til sentrale hovudfunn i undersøkinga, som vart brukt til å svare på problemstillinga og forskingsspørsmåla. Svakheita med denne måten er at relevante funn i undersøkinga kan ha blitt oversett og utelatt.

Spørjeskjemaet er delvis eigenutvikla og vart pilottesta og korrigert før utsending. Det er ei styrkje at nokre spørsmål er prøvd ut i ein tidlegare forskingsstudie, og at eg fann kjente definisjonar på viktigheita av å melde avvik. Samstundes har eg brukt min eigen kompetanse og erfaringar med avvik og avvikshandtering i utforminga av spørsmåla. Det er likevel ein fare for at spørsmål kan ha vorte mistolka og svara kan ha blitt feiltolka. Lite fråfall i forma av ikkje besvarte spørsmål kan tyde på at respondentane har oppfatta spørsmåla.

Spørsmåla var lukka med fastsett svaralternativ, men ved nokre spørsmål hadde respondentane moglegheit til å velje fleire utsegn. Svakheita med denne typen svaralternativ er at dei inviterer til å gje forenkla svar (Ringdal, 2016, s. 206). Det er ein potensiell fare for at enkelte respondentar kan ha svart det same svaralternativet på like spørsmål, samstundes tvingar svaralternativa respondentane til å uttrykkje meiningane sine i førehandsdefinerte svaralternativ. Eigenrapportering i spørjeskjema vil ikkje nødvendigvis vise heile bilete av eit fenomen, og enkelte respondentar kan ha svart ut i frå arbeidsplassen sine anerkjente oppfatningar til avvik og avvikshandtering, eit ynskje om at noko ikkje skal kome fram eller at ein ynskje om å uttrykke ei «korrekt» meining om temaet. Det kan heller ikkje utelukkast at det kan vere uforholdsmessig fleire i utvalet som har større interesse for avvik og avvikshandtering som har svart på spørjeundersøkinga, medan dei som har mindre interesse for temaet ikkje har svart på undersøkinga.

Utvalet består av leiarar og medarbeidarar i ti kommunar frå tidlegare Sogn og Fjordane. Dette er eit bekvemmelegheitsutval som betyr at eg fekk tak i dei respondentane som det var mogleg å få tak i på undersøkingstidspunktet. Svakheita med denne måten å inkludere respondentar på er at spesielle grupper kan verte overrepresenterte og at det ikkje gjev eit representativt utval (Ringdal, 2016, s. 213). Utvalet si samansetjing er lik yrkesgruppene slik dei er samansett i yrkeslivet. Frekvenstabellen viste at det er fleire medarbeidarar enn leiarar, fleire kvinner enn menn, fleire tilsette med høgskuleutdanning og fagskuleutdanning enn ufaglært pleiepersonell.

6.0 Avslutning

Utgangspunktet for dette masterarbeidet var å studere avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Problemstillinga var med følgjande forskingsspørsmål:

«Føremålet med denne undersøkinga er å sjå korleis medarbeidarar og leiarar i sjukeheimar og i heimesjukepleia oppfattar avvik og avvikshandtering.»

1. «Korleis oppfattar leiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia avvik og avvikshandtering?»

Resultata i denne undersøkinga viser at leiarar og medarbeidarar i stor grad oppfattar at avvik er hendingar som får ein negativ konsekvens, som uhell, sjukdom eller skade, for ein pasient eller tilsett. Flest ser på avvik som når prosedyrar- og/eller rutinar ikkje vart følgt og som fører til ein negativ konsekvens for ein pasient. Færre, både leiarar og medarbeidarar, oppfattar at avvik er når prosedyrar- og/eller rutinar ikkje vart følgt og som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein pasient. Dei fleste, både leiarar og medarbeidarar, skårar høgt på at det er viktig å melde avvik for å lære av feil og forhindre at pasientar vert skada.

Medarbeidarane vektar at god avvikshandtering er når avvika vert drøfta, at dei i fellesskap kjem fram til forbetringstiltak og at det vert sett i verk tiltak for å forhindre at nye, liknande hendingar skjer igjen.

2. «I kva grad ser leiar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia ulikt på avvik og avvikshandtering?»

Undersøkinga viser at leiarar og medarbeidarar i stor grad melder avvik som dei sjølve er involvert i, men òg avvik som dei ikkje direkte er involvert i. På tross av dette viste funna ein ulikskap i opplevinga av tal avvik per måned, der leiarane opplev fleire avvik per måned enn det medarbeidarane gjer. Nær alle leiarane og under halvparten av medarbeidarane har svart at avvik i stor grad vert brukt til grunnlag for forbetringar. Funna sett opp i mot kvarandre gav indikasjon for å hevde at det er ulikskapar i leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering. Funna viste at fleire leiarar enn medarbeidarar ser på avvik som hendingar som fører til nestenuhell på personalet. Vidare vart det funne at leiarar i større grad enn medarbeidarane vektlegg at årsak til å melde avvik er for å synleggjere og dokumentere problem med dårleg kvalitet, dårleg økonomi, rutinesvikt og så vidare. Fleire leiarar enn medarbeidarar skårar høgt på at det er viktig å melde avvik fordi dette viser ansvarlegheit, kunnskap, evne til å evaluere seg sjølv og at rapportering av avvik bidreg til at den faglege

bevisstheita aukar. Medarbeidarane vektar dårleg tid, at avviket vart ordna opp i på vakta og at det ikkje skjer noko med avviket som årsaker til å ikkje melde i frå om eit avvik.

3. «Kva samanheng er det mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, leiarpåverknad og oppfatning av avvik og avvikshandtering?»

Korelasjonsanalysen viste ein sterk samanheng mellom leiarpåverknad og kultur for læring ($r=,733$). Dette fortel at det er ein sterk samanheng mellom leiarpåverknad og at avvik vert brukt til grunnlag for forbetringar, at forslag og forbetringstiltak vert sett ut i live og at leiarane sikrar at avvika vert handtert på ein god måte. Det er ein sterk samanheng mellom struktur for avvikshandtering og kultur for læring ($r=,653$), noko som fortel at det er ein sterk samanheng mellom dei tilsette sin kjennskap og kunnskap om avvikshandtering og avvikssystemet på arbeidsplassen og at det skal skje ei forbetring av meldte avvik. Det er ein sterk samanheng mellom leiarpåverknad og struktur for avvikshandtering ($r=,628$), noko som fortel at det er samanheng mellom leiar sin påverknad og dei tilsette sin kunnskap og kjennskap om avvikshandtering og avvikssystemet på arbeidsplassen.

Det er ein middels samanheng mellom kultur for kommunikasjon og kultur for læring ($,402$), noko som indikerer at det er ein samanheng mellom at avvik vert drøfta på arbeidsplassen og at avvik inngår i forbetningsarbeidet. Ein finn ein middels samanheng mellom leiarpåverknad og kultur for kommunikasjon ($r=,328$), noko som fortel at det er ein samanheng mellom leiar sin påverknad og at avvik vert drøfta i personalgruppa. Det vart òg funne ein middels samanheng mellom kultur for openheit og kultur for kommunikasjon ($r=,321$). Dette fortel at det er samanheng mellom at personalgruppa drøftar rapporterte avvik og at urapporterte avvik vert drøfta.

Det er behov for ytterlegare forsking på temaet avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta, for å kunne gje meir presise svar på kva faktorar som er fremjande og hemmande på avvikshandteringa.

6.1 Implikasjon for praksisfeltet

Dei moglege forklaringane av funna i dette forskingsprosjektet kan ha betydning for det vidare arbeidet med avvikshandtering, som ein del av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Her vil eg trekkje fram at leiarane har ei avgjerande rolle i arbeidet med å sikre at avvik vert brukt i den hensikt å lære av feil, avdekkje risiko for svikt og skape ein kultur for systematisk kvalitet- og pasientsikkerheitsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Etter at Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjeneste (2016) trådde i kraft i 2017 vart leiarane sitt ansvar i arbeidet med kvalitetsforbetring meir tydeleg og arbeidsoppgåver definert (Helsedirektoratet, 2017). Funna i mi undersøking er drøfta opp i mot funn i tidlegare forskning, nasjonale føringar og det teoretiske grunnlaget for dette prosjektet. Eg har på dette grunnlaget gjort meg opp tankar kring korleis mine funn kan ha betydning for praksis.

Avslutningsvis vil eg trekkje fram nokre konkrete anbefalingar for det vidare arbeidet med avvik som ein viktig del av kvalitet- og forbetningsarbeidet. Anbefalingane er tufta på funn i mitt forskingsprosjekt, tidlegare forskning og teori. Det er særskilt to område eg finn relevant å kaste lys over inn i dette arbeidet.

For det fyrste kan det jobbast for å skape ei felles forståing av avvik og avvikshandtering, som kan bidra til at avvik vert meldt og vidare brukt til forbetringar. I dette arbeidet må leiarane vere seg bevisst den rolla og makta dei innehar til å påverke medarbeidarane sine haldingar til avvik og avvikshandtering. Dette handlar om korleis leiarane kommuniserer ut sitt syn på avvik og avvikshandtering, og at ein er bevisst på måten dei snakkar om avvik og korleis dei vel å handtere avvika (Schein & Schein, 2017; Bang 2017). Vidare kan det vere viktig å skape ein konsensus på arbeidsplassane for kva hendingar som skal rapporterast og kva som kan løysast på andre måtar (Ulvund, Rokstad, & Vatne, 2016). Ein måte for leiarane å kommunisere ut sitt syn på og auke fokuset på avvik og avvikshandtering, er å ta opp avvik i personalmøter der medarbeidarane kan få snakke om avvika og kome med forslag til forbetringar. Leiarane kan òg nytte uformelle møteplassar for drøfting av avvik med dei tilsette. Ein hensiktsmessig måte for leiarane å gjere dette på er å vere synleg og tett på dei tilsette. Med dette meiner eg at leiarane bør kjenne sine tilsette og kjenne til dei utfordringane dei tilsette møter i løpet av arbeidsdagen. At leiar etterspør om det i løpet av ein arbeidsdag har skjedd uheldige hendingar vil kunne opne opp for at dei tilsette får drøfta avvik og leiar får rom til å kunne retteleie sine tilsette, noko som vil kunne signalisere viktigheita av å nytte

avvik til å forbetre praksis og vidare auke meldingsfrekvensen. For å sikre at vedtekne forbetringstiltak vert iverksett og implementert i praksis kan det vere av betydning at leiarane er positive og tett på i denne prosessen. Ein fruktbar måte å gjere dette på er å la medarbeidarane få ansvaret med å jobbe med forbetringane, men leiar bør vere støttande, delaktig og pådrivar for forbetringane skal verte implementert i praksis. Dette kan bidra til å skape ei oppleving av at det skjer noko med avviksmeldingane og at rapportering av avvik har nytteverdi.

For det andre bør dei strukturelle forholda leggast til rette for at dei tilsette skal melde avvik. Skal ein jobbe for å få til ein avvikskultur der dei tilsette melder avvik, at avvik vert drøfta og forbetringstiltak vert implementert kan det vere hensiktsmessig at leiarane legg til rette for at det vert sett av tid til å melde avvik og jobbe med forbetringane i etterkant. Dette handlar om at leiarane aktivt kan gå inn og sikre at dei tilsette melder avvik. Ved at leiar til dømes definerer avviksrapportering som ein del av dei faste arbeidsoppgåvene vil det kunne signalisere viktigheita av at avvik vert meldt, noko som igjen kan bidra til at det vert funne tid i løpet av arbeidsdagen til å melde avvik. Det kan vere avgjerande for at avvik skal verte meldt at dei tilsette kjenner seg trygge på bruken av avvikssystemet. Dette kan sikrast ved at det vert sett av tid til tilstrekkeleg opplæring i korleis ein melder avvik og bruken av avvikssystemet. I tillegg bør det takast omsyn til at kvar enkelt tilsett kan ha ulikt behov for opplæring. Heggdal og Bukve (2014) peikar på at skal leiarane kunne ta dei rette vurderingane knytt til avvik er det behov for å setje fokus på læring og ta omsyn til lokale tilpassingar og læringsprosessar.

6.2 Vidare forskning

Den tidlegare forskinga som er gjort innan temaet har bidrege til å kaste lyse over og forklare ulike sider som påverkar avvikshandteringa i helsetenesta. Mi undersøking har gitt eit bidrag til å få meir innsikt i liksskapar og uliksskapar mellom leiarar og medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering, samt kva samanheng det er mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, leiarpåverknad og leiarar og medarbeidarar si avvikshandtering. Det empiriske grunnlaget gjev ikkje grunnlag for å hevde at dei same funna vil vere like i andre kommunar. Det ville derfor vore interessant å vidareføre ein studie på leiarar og

medarbeidarar si oppfatning av avvik og avvikshandtering, og studere kva faktorar som hemmar og fremjar deira avvikshandtering.

Å studere komplekse samfunnsfenomen, som eg vil hevde at avvikshandtering er, og presist kunne årsaksforklare kva faktorar som konkret påverkar avvikshandteringa i den kommunale pleie- og omsorgstenesta vil krevje ytterlegare forskning. I samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt studerer ein gjerne menneska sine handlingar og åtferd i ein gitt samfunnskontekst. Mennesket er tenkjande og handlande vesen, og i stadig utvikling (Ringdal, 2016). Det hadde vore interessant å kunne studere kjenneteikn ved dei avdelingane/einingane som kan vise til positive resultat i arbeidet med avvikshandtering og kjenneteikn ved dei avdelingane/einingane som ikkje meistarar å få dette til. Det ville òg vore interessant å studert ulike typar leiarstilar og deira betydning for avvikshandtering.

Kjelder

- Argyris, C., & Schön, D. (1996). *Organizational learning II. Theory, Method, and Practice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Bang, H. (2017). *Organisasjonskultur (4. utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjerkan, A. (2017). Faktoranalyse. I T. Eikemo, & T. Høyvarde, *Kvantitativ analyse med SPSS En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker (2. utg.)*. (ss. 252-268). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring - eit insitusjonelt perspektiv*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bukve, O. (2016). *Forstå forklare forandre -om design av samfunnsvitskalege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Castel, E. S., Ginsburg, L. R., Zaheer, S., & Tamim, H. (2015, August 14). *Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors?* Henta frå BMC Health Services Research (15): <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0987-9>
- Dolonen, K. (2008, Oktober 26). *Du plikter å melde avvik*. Henta frå Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/2009/02/du-plikter-melde-avvik>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)*. Henta frå <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250/>
- Garmannslund, P. E. (2016). *"Fra Planlegging Til Utføring. Lærerens Mulighet Til Å Øve Innflytelse På Elevers Lærings- Og Arbeidsvaner I Overgangen Fra Læringens Planleggingsfase Til Utføringsfase"*. (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Heggdal, H., & Bukve, O. (2014). Reguleringsstrategier og kvalitetsarbeid. I O. Bukve, & G. Kvåle, *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (ss. 77-98 (22)). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. (St. meld. 28 1999-00)*. Henta frå Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-28-1999-00-/id192863/sec1?q=Innhald og kvalitet i omsorgstenestene>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. (St.meld. 45 (2002-2003))*. Henta frå Regjeringa.no:

- [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-45-2002-2003-/id197245/?q=internkontrollforskriften 2004](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-45-2002-2003-/id197245/?q=internkontrollforskriften+2004)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. (Meld. St. 10 (2012-2013))*. Henta frå Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. (Meld. St. 11 (2014-2015))*. Henta frå Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. (Meld. St. 11 (2018–2019))*. Henta frå Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring - Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Henta frå Helsedirektoratet.no:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>
- Helsetilsynet. (2002, Januar). *Rapport til helsedepartementet - Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (5/2002)*. Henta frå
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2002/nasjonal_strategi_kv alitetsutvikling_helsetjenesten_rapport_052002.pdf
- Høgskolen i Sørøst-Norge, Universitetet i Agder, Universitetet i Stavanger. (2016, Januar 13). *Kildekompasset*. Henta frå kildekompasset.no:
<http://www.kildekompasset.no/kildekritikk/boeker.aspx>
- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2015). *Hvordan organisasjoner fungerer (4. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *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)*. Henta frå <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792/>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2010, Mai). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Henta frå fhi.no:

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf

Norsk senter for forskningsdata. (2020, April Torsdag). *NSD Personverntjenester*. Henta frå nsd.no: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/om_oss.html

NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Henta frå Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>

Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual (5. utg.)*. China: Everbest Printing Co.

Ringdal, K. (2016). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode (3. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schein, E., & Schein, P. (2017). *Organizational culture and leadership (5. utg.)*. Canada, United States of America: John Wiley & Sons. Inc., Hoboken, New Jersey.

Sogn og Fjordane fylkeskommune. (2018, Oktober 14.). *Sogn og Fjordane fylkeskommune*. Henta frå statistikk.fylkesatlas.no: <https://statistikk.fylkesatlas.no/>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015. IS-1162*. Henta frå Helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf

Ulvund, I., Rokstad, A.-M. M., & Vatne, S. (2016, oktober 3). *Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst. Sykepleien (2016)*. Henta frå Sykepleien.no: 10.4220/Sykepleienf.2016.58904

Vågen, S. R. (2008). *"Sånn sett så rydder vi i eget hus, men vi gjør det veldig stille", - om avvikshåndtering og yringskultur (Mastergradsavhandling i profesjonsetikk, Universitetet i Oslo)*. Henta frå

[https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32954/Masteroppgave-AvvikshndteringxogxYtringskultur.pdf?sequence=1.](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32954/Masteroppgave-AvvikshndteringxogxYtringskultur.pdf?sequence=1)

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD prosjektnummer og statusrapport

NSD Personvern

17.01.2019 10:05

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 340502 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 17.01.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til kommunane

Førespurnad om løyve til å gjennomføre forskingsprosjektet:

«Avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia»

Eg heiter Tonje Strandos, og jobbar som dagleg leiar og sjukepleiar ved Høyanger legekantor. Eg er 36 år, og tek mastergrad i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

I det høvet ynskjer eg å gjennomføre ei spørjeundersøking blant mellomleiarar og medarbeidarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia i Sogn og Fjordane. Prosjektperiode er planlagt frå 01.des.2018 til 01. feb. 2019.

Målsetjinga med forskingsprosjektet er å sjå på i kor stor grad samanhengar mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og leiar sin påverknad på organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen kan forklare eventuelle ulikskapar og svikt i avvikshandteringa blant medarbeidarar og mellomleiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

Eg ber i den samanheng om løyve til å:

- inkludere tilsette, mellomleiarar og medarbeidarar, i sjukeheim og i heimesjukepleia i (namn på kommune)
- innhente e-postadressene til dei tilsette.
- publisere informasjon om forskingsprosjektet i einingane og på heimesida til kommunen.
- ta kontakt med avdelingsleiarar for å informere om prosjektet.

Det er ei **anonym** spørjeundersøking, som vil verte sendt ut på e-post til dei som vert inkludert i prosjektet. Dei som svarar på undersøkinga fyller ut spørjeskjemaet ved å følgje ein link i e-posten. Underteikna kan ikkje spore eller linke svara tilbake til dei personane som svarar på spørjeskjemaet.

Eg håpar at (namn på kommune) vil delta og at eg får løyve til å gjennomføre prosjektet i dykkar kommune. Deltakinga vil kunne vere med å bidra til forskning innan handtering av avvik i dykkar organisasjon.

Om ynskjeleg vil funn og resultat frå studien sendast til dykkar kommune.

På førehand takk!

Med venleg helsing

Tonje Strandos

Masterstudent i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til tilsette i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia i Sogn og fjordane

Informasjon til bruk i personalmøter.

Vil du delta i forskingsprosjektet «Avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia» ?

Eg heiter Tonje Strandos, og jobbar som dagleg leiar og sjukepleiar ved Høyanger legekantor. Eg er 36 år, og tek mastergrad i organisasjon og leing ved Høgskulen på Vestlandet.

I det høvet vil eg gjennomføre ei spørjeundersøking blant mellomleiarar og medarbeidarar i sjukeheimar og i heimesjukepleia i Sogn og Fjordane i perioden 1. januar 2019 til 31. desember 2019.

Målsetjinga med forskingsprosjektet er å sjå på i kor stor grad samanhengar mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og leiar sin påverknad på organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen kan forklare eventuelle ulikskapar og svikt i avvikshandteringa blant medarbeidarar og mellomleiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

Som tilsett i sjukeheim eller i heimesjukepleia vil du om kort tid få tilsendt ei spørjeundersøking per e-post, **som tek deg ca. 5-10 minutt å svare på.**

Rådmannen i din kommune har gitt løyve til å gjennomføre undersøkinga ved din arbeidsplass. Administrasjonen har gjeve meg informasjon om at du er tilsett i kommunen og at din arbeidsplass er i sjukeheim eller i heimesjukepleia. Dei har òg gjeve informasjon om di e-postadresse.

Det er ei **anonym** spørjeundersøking der ingen svar kan sporast tilbake til deg. Spørjeundersøkinga vert gjennomført elektronisk og vert sendt til di e-postadresse med avsendar «Høgskulen på vestlandet».

I studien vil eg kun ha tilgang til di e-postadresse, ingen andre personopplysningar vil verte etterspurt. Ved planlagt slutt 31. desember 2019 vil e-postadressa di verte sletta.

Eg vil oppfordre deg til å svare på **undersøkinga**. Jo fleire som svarar, dess meir gyldig vil bidraget til forskning som gjeld *avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta* bli.

Spørsmåla er i motsetnad til mange andre generelle spørjeundersøkingar, ”skreddarsydd” til medarbeidarar og mellomleiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia. Spørsmåla omhandlar avvikshandtering og faktorar i jobbsamheng som kan påverke avvikshandteringa ved din arbeidsplass. Kvaliteten på undersøkinga er òg avhengig av at du svarar så ærleg som mogleg.

Det er frivillig å delta i undersøkinga. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekkje samtykkje tilbake utan å oppgje noko grunn. Det vil ikkje ha noko negativ konsekvens for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekkje deg. Dersom du ynskjer å trekkje tilbake ditt samtykke etter å ha svart på undersøkinga må du ta kontakt med underteikna eller rettleiar for å få sletta dine opplysningar.

Rettleiar for forskingsprosjektet er Per Einar Garmannslund, dosent ved Universitetet i Agder. For meir informasjon om prosjektet kan du ta kontakt med Garmannslund på e-post: per.e.garmannslund@uia.no

Eg håpar du vil sette av nokre minutt til å gjennomføre undersøking når den om kort tid kjem på e-post til deg!

På førehand takk!

Med venleg helsing

Tonje Strandos, Masterstudent i organisasjon og leing ved Høgskulen på Vestlandet.

SPØRJEUNDERSØKING OM

Avvikshandtering i kommunale

sjukeheimar og i heimesjukepleia

Alle tilsette i kommunal sjukeheim og i heimesjukepleia i (**namn på kommune**) vil i perioden 1. februar til 1. mars få tilsendt ein e-post med informasjon om forskingsprosjektet «**Avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia**» og lenkje til spørjeundersøkinga. E-post kjem frå Høgskulen på Vestlandet.

Målsetjinga med forskingsprosjektet er å sjå på i kor stor grad samanhengar mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og leiar sin påverknad på organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen kan forklare eventuelle ulikskapar og svikt i avvikshandteringa blant medarbeidarar og mellomleiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

Det er ei **anonym spørjeundersøking der ingen svar kan sporast tilbake til deg**, og det er frivillig å delta i undersøkinga.

Spørjeundersøking tek deg ca. 5-10 min. å svare på.

Eg vil oppfordre alle til å svare på **undersøkinga**. Jo fleire som svarar, dess meir gyldig vil bidraget til forskning som gjeld *avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta* bli.

På førehand takk!

Med venleg helsing

Tonje Strandos

Masterstudent i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

Vedlegg 5: Etterspurnad av informasjon om informantane sine e-postadresser sendt til oppnemnte kontaktpersonar i kommunane.

Hei,

Viser til at (namn på kommune) er med i forskingsprosjektet «**Avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia**» og takkar for at de vil bidra til forskning på dette området.

I fyrste omgang vil eg be om å få tilsendt oversikt over e-postadresser til alle tilsette (mellomleiarar, sjukepleiarar, hjelpepleiarar og pleieassistentar) i heimesjukepleia og i sjukeheimar i (namn på kommune).

Eg vil seinare kome tilbake med informasjon til bruk i personalmøter og til oppslag i einingane. Planen er at undersøkinga vil verte sendt ut til informantane ila januar 2019.

Venleg helsing

Tonje Strandos,

masterstudent i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til informantane

Informasjonsskrivet vart sendt på e-post i lag med spørjeundersøkinga til informantane.

Vil du delta i forskingsprosjektet «Avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia» ?

Eg heiter Tonje Strandos, og jobbar som dagleg leiar og sjukepleiar ved Høyanger legekontor. Eg er 36 år, og tek mastergrad i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet. Rettleiar er Per Einar Garmannslund, dosent ved Universitetet i Agder.

I det høvet vil eg gjennomføre ei spørjeundersøking blant mellomleiarar og medarbeidarar i sjukeheimar og i heimesjukepleia. Prosjektperiode er frå 1. januar 2019 til 31. desember 2019. Rådmannen i din kommune har gitt løyve til å gjennomføre undersøkinga ved din arbeidsplass. I dette skrivet gir eg deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltakinga vil innebere for deg.

Spørjeundersøkinga tek deg ca. 5-10 min. å svare på.

Ved å klikke på linken: <%MorpheusMailLink%> godtek du i å delta i undersøkinga.

Målsetjinga med forskingsprosjektet er å sjå på i kor stor grad samanhengar mellom organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og leiar sin påverknad på organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen kan forklare eventuelle ulikskapar og svikt i avvikshandteringa blant medarbeidarar og mellomleiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

Spørsmåla i undersøkinga er i motsetnad til mange andre generelle spørjeundersøkingar, ”skreddarsydd” til medarbeidarar og mellomleiarar i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia. Spørsmåla omhandlar avvikshandtering og faktorar i jobbsamheng som kan påverke avvikshandteringa ved din arbeidsplass. Kvaliteten på undersøkinga er òg avhengig av at du svarar så ærleg som mogleg.

Det er ei anonym spørjeundersøking der ingen svar kan sporast tilbake til deg.

Det er frivillig å delta i undersøkinga. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekkje samtykkje tilbake utan å oppgje noko grunn. Det vil ikkje ha noko negativ konsekvens for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekkje deg. Dersom du ynskjer å trekkje tilbake ditt samtykke etter å ha svart på undersøking må du ta kontakt med undertekna eller rettleiar for å få sletta dine opplysningar.

Eg vil oppfordre deg til å svare på undersøkinga. Jo fleire som svarar, dess meir gyldig vil bidraget til forskning som gjeld avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta bli.

Eg håpar du vil sette av nokre minutt til å gjennomføre undersøkinga!

Har du spørsmål til undersøkinga kan du ta kontakt med:

Høgskulen på Vestlandet ved:

Masterstudent Tonje Strandos

E-post: tonje.bjorkum.strandos@hoyanger.kommune.no

Mobil: 99236155

Rettleiar Per Einar Garmannslund

E-post: per.e.garmannslund@uia.no

På førehand takk!

Med venleg helsing

Tonje Strandos, masterstudent i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

Vedlegg 7: Informasjon og spørjeskjemaet sendt i link på e-post

Spørsmål til forskingsprosjektet «Avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia»

Under finn du totalt 43 spørsmål som er knytt til avvikshandtering.

For kvart spørsmål skal du krysse av for ulike svaralternativ. Hovudsakleg er det eit val for kvart spørsmål. På enkelte spørsmål kan du krysse av for fleire svaralternativ, desse vil då vere merka.

Det er ei **anonym** spørjeundersøking der ingen svar kan sporast tilbake til deg.

Kvaliteten på undersøkinga er avhengig av at du svarar så ærleg som mogleg.

Det tek deg ca. 5-10 min. å fylle ut spørjeundersøkinga.

Takk for at du bidreg til forskning som gjeld avvikshandtering i den kommunale pleie- og omsorgstenesta!

Med venleg helsing

Tonje Strandos, masterstudent i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

1. Er du kvinne eller mann?

- (1) Kvinne
- (2) Mann

2. Kva er din alder?

- (1) 18-25 år
- (2) 26-35 år
- (3) 36-45 år
- (4) 46-55 år
- (5) 56-70 år

3. Kvar har du di hovudstilling?

- (1) Heimesjukepleia
- (2) Sjukeheim

4. Kva stilling har du?

- (1) Leiar med personalansvar
- (2) Assisterande avdelingssjukepleiar
- (3) Koordinerande sjukepleiar
- (4) Fagutviklingssjukepleiar
- (5) Sjukepleiar
- (6) Spesialsjukepleiar
- (7) Hjelpepleiar
- (8) Helsefagarbeidar
- (9) Spesialhjelpepleiar
- (10) Spesialhelsefagarbeidar
- (11) Pleieassistent

5. Er du fasttilsett eller vikar?

- (1) Fasttilsett
- (2) Vikar

6. I kor mange år har du hatt stillinga di?

- (1) 0-2 år
- (2) 3-5 år
- (3) 6-8 år

- (4) 9-11 år
- (5) 12-15 år
- (6) 16-20 år
- (7) >21 år

7. Har du ansvar for å handtere meldte avvik?

- (1) Nei
- (2) Ja

8. Kor mange tilsette er det på di avdeling?

- (1) <20 stk.
- (2) 20-40 stk.
- (3) 41-60 stk.
- (4) 61-80 stk.
- (5) >80 stk.

9. Kor mange pasientar/brukarar er det ved di avdeling?

- (1) <20 stk.
- (2) 20-30 stk.
- (3) 31-40 stk.
- (4) 41-50 stk.
- (5) 51-60 stk.
- (6) 61-80 stk.
- (7) >80 stk.

10. Avvik betyr for deg? (fleire svaralternativ er mogleg)

- (1) Hendingar som får ein negativ konsekvens for ein pasient.
- (2) Hendingar som kunne ført til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.
- (3) Hendingar som fører til uhell, skade eller sjukdom på personalet.
- (4) Dersom prosedyrar eller rutinar ikkje vert følgt og som medfører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.
- (7) Hendingar som fører til nestenuhell på personalet.
- (5) Dersom prosedyrar og rutinar ikkje vert følgt, men som ikkje fører til ein negativ konsekvens for ein eller fleire pasientar.
- (6) Dersom teknisk utstyr ikkje fungerer som dei skal.

11. Kor ofte opplev du at avvik skjer i di avdeling?

- (2) 0-3 gonger per måned
- (3) 3-6 gonger per måned
- (4) 6-10 gonger per måned
- (5) Fleire enn 10 gonger per måned

12. Melder du avvik som du sjølv er involvert i i arbeidsplassen sitt system for avviksmeldingar?

- (1) Nei
- (2) Ja

13. Melder du avvik som du oppdagar, men som du sjølv ikkje har vore involvert i i arbeidsplassen sitt system for avviksmeldingar?

- (1) Nei
- (2) Ja

14. Dersom du ikkje melder i frå om eit avvik skriftleg til din næraste leiar kva er årsaka til at du ikkje melder avviket? (fleire svaralternativ er mogleg).

- (1) Det skjer ikkje noko med avviket.
- (2) Eg har ikkje tid i min arbeidsdag til å melde avviket.
- (3) Eg opplev å få negative sanksjonar frå leiar.
- (4) Eg opplev å få negative sanksjonar frå andre medarbeidarar.
- (6) Eg meiner at avviket kan løyast på ein anna måte enn å melde skriftleg i frå til leiar.
- (5) Avviket vart ordna opp i på mi vakt, og eg meiner derfor at det ikkje er naudsynt å melde avviket.
- (7) Eg melder ofte same type avvik, og det skjer ikkje noko med dei avvika som eg har meldt.
- (9) Eg var sjølv ikkje vore involvert i avviket.
- (8) Eg er usikker på kva eit avvik er.

15. I kva grad opplev du at avvik vert brukt som grunnlag for forbetringar i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

16. I kva grad er du kjent med avvik som skjer i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad

- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

17. I kva grad opplev du at dine meldte avvik vert handsama på ein god måte?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

18. I kva grad meiner du at du har eit sjølvstendig ansvar for å ta tak i eller følgje opp uønska hendingar/avvik på din arbeidsplass?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

19. I kva grad er avvik og uønska hendingar diskutert på personalmøta i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

20. I kva grad er du kjent med din arbeidsplass sitt kvalitetssystem og rutinar for handtering av avvik?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

21. I kva grad opplev du at du har fått tilstrekkeleg opplæring i handtering av avvik på din arbeidsplass?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

22. I kva grad opplev du at meldesystemet for avvik er enkelt å bruke?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

23. I kva grad vert forslag og tiltak til forbetringar drøfta i personalmøta i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

24. I kva grad opplev du at forslag og tiltak til forbetring vert sett ut i live i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

25. I kva grad drøftar du rapporterte avvik med dine kollegaer?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

26. I kva grad drøftar du urapporterte avvik med dine kollegaer?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

27. I kva grad drøftar du avvik med din næraste leiar?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

28. I kva grad meiner du at rapporterte avvik fører til forbetring i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

29. Kva meiner du er dei viktigaste årsakene til å melde skrifteleg i frå om avvik? (fleire svaralternativ er mogleg).

- (1) For å dokumentere feil og lære av dei.
- (2) For å hjelpe leiaren til å drive avdelinga best mogleg.
- (3) For å forhindre at pasientar vert skada.
- (4) Fordi skriftleg dokumentasjon i forhold til feil er viktig. Dei vert ikkje gløymt så lett.
- (5) Fordi utfylte avviksskjema gjer at leiinga må påteikne skriftleg sitt syn på avviket noko som sikrar at avviket vert behandla.
- (6) Vi synleggjer og dokumenterer problema med dårlig kvalitet, dårleg økonomi, rutinesvikt og så vidare.
- (8) Fordi det er etisk uakseptabelt å ikkje seie i frå om uverdige eller uforsvarlege forhold.
- (7) Ansvar for avviket overførast til leiinga (i dei fleste tilfelle).
- (9) Det er godt å få lov til å sei i frå.
- (10) Den som fyller ut avviksskjemaet syner ansvarlegheit og kunnskap, samt evne til å evaluere seg sjølv.
- (11) Den faglege bevisstheita aukar.
- (12) Fordi det er lovpålagt.

30. I kva grad meiner du at urapporterte avvik som vert drøfta med kollegaer i kvardagen fører til forbetring i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

31. I kva grad meiner du at urapporterte avvik som du har drøfta med din næraste leiar fører til forbetring i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

32. I kva grad opplev du at rutinar og prosedyrar for avvikshandtering vert utført i praksis i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

33. I kva grad meiner du at det å melde eit avvik vil føre til negative konsekvensar for personen som melder avviket?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

34. Kva oppfattar du som god avvikshandtering? (fleire svaralternativ er mogleg).

- (1) Avvik vert dokumentert i avvikssystemet.
- (2) Leiar tek opp avvika i personalmøta.
- (3) Avvik vert drøfta i personalgruppa og i fellesskap kjem ein fram til tiltak for forbetring.
- (4) Det vert sett i gang tiltak for å redusere liknande hendingar i framtida.
- (5) Tiltak som vert sett i gang vert evaluert og justert undervegs.
- (6) Tiltaket vert ein del av dei nye rutinane på arbeidsplassen.

35. Dersom du gjer eit avvik som har betydelege konsekvensar og ingen merker det, vil du då la vere å melde i frå om det?

- (1) Nei
- (2) Ja

36. Dersom nokon finn ut at du har gjort ein feil, vil du då verte disiplinert?

- (1) Nei
- (2) Ja

37. I kva grad opplev du negative konsekvensar dersom du melder i frå om eit pasientsikkerheitsproblem?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

38. I kva grad opplev du at din næraste leiar støttar opp om deg og er positiv når du har utført arbeidet på ein trygg, sikker og pasientvenleg måte?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

39. I kva grad opplev du at din næraste leiar fremjar bruken av avvik som eit middel til forbetringar i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

40. I kva grad opplev du at din næraste leiar vurderer og anerkjenner personalet sine forslag til forbetringstiltak?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

41. I kva grad opplev du at din næraste leiar følg opp vedtekne tiltak for forbetringar i di avdeling?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

42. I kva grad opplev du at din næraste leiar vil at du skal jobbe raskare når arbeidspresset aukar, sjølv om det går ut over tryggleiken til pasientar og tilsette?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

43. I kva grad opplev du at din næraste leiar overser gjentekne pasientsikkerheitsproblem?

- (1) I ingen grad
- (2) I lita grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad

Du er no ferdig med å svare på undersøkinga.

Takk for ditt bidrag!

Ved å klikke deg vidare på "avslutt" går du ut av undersøkinga.

Vedlegg 8: Påminning om undersøkinga

Påminninga sendt på e-post til informantane frå SurveyXact.

Hei,

minner om spørjeundersøkinga som omhandlar avvikshandtering i kommunale sjukeheimar og i heimesjukepleia.

Ved å klikke deg vidare på linken <%MorpheusMailLink%> godtek du i å delta i undersøkinga.

Om du er begynt å svare på undersøkinga kan du fortsetje å svare på undersøkinga ved å klikke på linken over.

Undersøkinga er anonym og ingen svar kan sporast tilbake til deg!

Det tek deg ca. 5-10 min. å svare på spørjeundersøkinga.

På førehand takk!

Med venleg helsing

Tonje Strandos,

masterstudent i organisasjon og leing ved Høgskulen på Vestlandet.



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i organisasjon og leing

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	29-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Sluttdato:	12-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgåve	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 MR691 1 MA 2020 VÅR1		

Deltaker

Naun:	Tonje Strandos
Kandidatnr.:	301
HVL-id:	060630@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	21183	
Egenerklæring *:	Ja	Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei
Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:		

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei