



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

## Avvik og uønskede hendelser på sykehjem

En kvalitativ studie med intervju av ledere i sykehjem

## Deviations and adverse events at nursing homes

A qualitative study by means of interviews from leaders of nursing homes

**Silje Fanebust**

Masterstudium i organisasjon og ledelse, helse -og velferdsledelse og utdanningsledelse.

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap.

Innleveringsdato: 23 oktober 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Gjennom denne master oppgaven har jeg forsket på hvordan ledere arbeider med avvik og uønskede hendelser på sykehjem, og hvordan sykehjemmene bruker meldinger om avvik og uønskede hendelser til å lære av. Etter fire år på deltidstudiet master i organisasjon og ledelse så sitter jeg igjen med masse kunnskap, og en opplevelse av en god studietid. Jeg har brukt mange kvelder og helger på oppgaver og samlinger, og særlig det siste året har vært både krevende, spennende og lærerikt.

Jeg har i intervjuene til oppgaven fått snakket med dyktige avdelingsledere og enhetsledere ved ulike sykehjem i Vestland. Jeg ønsker å takke dere for at dere stilte som informanter til masteroppgaven min, og for at dere delte av deres erfaringer og kunnskap med meg.

Jeg er så utrolig takknemlig for min veileder Grete, som har stått som en bauta for meg gjennom alle opp og nedturer. Du har utfordret, diskutert, veiledet, rettet og forklart. Du har hatt en tålmodighet med meg som ingen andre. Ikke minst så har du hatt tro på meg. Tusen takk!

Og så skylder jeg mine nærmeste en evig takk. Takk for tålmodigheten og utholdenheten gjennom fire lange år. Takk til Jan, Sara og Isabella som virkelig har måtte stå i det med meg gjennom frustrasjon og glede. Nå gleder jeg meg til å være med dere!

Bergen, oktober 2020

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er i de senere årene meldt om flere alvorlige hendelser ved norske sykehus og sykehjem. Media forteller at det i forkant av disse alvorlige hendelsene, hadde vært meldt inntil flere avvik på forhold i avdelingen. Manglende avvikshåndtering, oppfølging av tiltak som blir satt i verk, og overføring av kunnskap mellom avdelingene har vært medvirkende til at disse alvorlige hendelsene kunne oppstå ifølge media. For å kunne tilby tjenester av god kvalitet, som er trygge, og har høy brukervedvirkning innehar ledelsen i sykehjem og andre kommunale helsetjenester en viktig rolle. En viktig forutsetning for å sikre dette, er å kjenne til hvor avvik og uønskede hendelser kan forekomme, og at vi lærer av feilene vi gjør.

**Formål:** Hensikten med studien er å se nærmere på hvordan ledere på ulike nivå i sykehjemstjenesten forstår og arbeider med meldte avvik og uønskede hendelser, og hvordan de bruker meldingene til å forbedre dette i praksis.

**Metode:** Jeg har i denne oppgaven studert avdelingsledere og enhetsledere i tre kommuner. Jeg har gjennom en kvalitativ fler-case studie intervjuet fem avdelingsledere og tre enhetsledere på sykehjem.

**Problemstilling:** Problemstillingen i denne oppgaven er «Hvordan arbeider ledere på ulike nivå med avvik og uønskede hendelser, og hvordan blir meldinger om avvik og uønskede hendelser brukt til å forbedre praksis?»

**Resultat:** Avdelingsledere og enhetsledere vurderer meldte avvik og uønskede hendelser subjektivt på bakgrunn av sin egen erfaring. De veksler mellom to ulike tilnæringsmåter (enkel versus helhetlig tilnærming) når de skal behandle meldinger om avvik eller uønskede hendelser. Studien viser at når de skal få til en endring i avdelingen, er det viktig at helsepersonell er involvert i hele prosessen for å forstå hvorfor det gikk galt. Likeens understreker studien hvor viktig det er at helsepersonell også blir tatt med i vurderingen av hvilke tiltak som skal iverksettes i en avdeling. Dette er avgjørende for både å redusere eventuelle konsekvensen av hendelsen og/eller forhindre at hendelsen skjer igjen.

## Summery

**Background:** In later years there has been reported several serious events within Norwegian hospitals and nursing homes. Media reports that in advance of these serious events there had been reported a considerable amount of deviations on relations in the department. A lack of such as non-conformance management, follow through on measures adopted, and transition of knowledge in between departments has contributed to allowing these serious events to happen, according to the media. In order to offer services of high quality, which are safe and offer user influence, the nursing home management and other local health services have a key role. An important prerequisite in order to ensure this is to know under which conditions the deviations and adverse events can occur, and that one learns from mistakes made.

**Research purpose:** The intent behind this study is to take a closer look at how leaders at different levels in the nursing home services understand and work with reported deviations and adverse events, and further how they apply these reports in order to improve work practice.

**Research method:** As a method I have studied department leaders and unit leaders from three municipalities. I have, through a qualitative multiple-case study, interviewed five department leaders and three unit leaders at nursing homes.

**Research question:** My research question in this thesis is “How do the leaders at different management levels work on deviations and adverse events, and how are these reports on deviations and adverse events used in order to improve practice?”

**Result:** Department leaders and unit leaders assess reported deviations and adverse events subjectively on the basis of their own experience. They interchange between two different approaches (simple versus extensive approach) when they act on reports of deviations and adverse events. The study shows that when employing a change in the department it is important that health personnel are involved in the entire process in order to understand why there was a deviation from procedure. Additionally, the study emphasizes how important it is that health personnel also are included in the assessment of which measures should be put in place in a department. This is crucial for both reducing potential consequences of adverse events and/or preventing these events from happening in the first place.

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Sammendrag.....	ii
Summery .....	iii
Innholdsfortegnelse .....	iv
Figur liste.....	vi
1.0 Innledning.....	1
1.1 Introduksjon.....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.3.1 Avvik.....	3
1.3.2 Uønskede hendelser.....	4
1.4 For-forståelsen av sykehjem som kontekst.....	5
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	6
2.0 Nasjonale føringer, lovverk og kunnskapsstatus .....	7
2.1 Hva er det som styrer oss?.....	7
2.2 Politiske dokumenter som regulerer helsetjenesten.....	8
2.2.1 NOU 2015:11 «Med åpne kort» .....	8
2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet - Stortingsmelding 11, 2018-2019 .....	10
2.2.3 Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023.....	10
2.3 Lover .....	11
2.3.1 Kommnehelseloven .....	11
2.3.2 Helsepersonelloven.....	11
2.3.3 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.....	12
2.3.4 Pasient og bruker rettighetsloven .....	12
2.4 Kunnskapsstatus .....	12
2.4.1 Søke strategi .....	12
2.4.2 Søkeord og søkebase .....	13
2.5 Kunnskapsstatus .....	14
2.5.1 Sikkerhetskultur i sykehjem .....	14
2.5.2 Pasientsikkerhet ved sykehjem i Tønsberg.....	14
2.5.3 Avviksbehandling i sykehjem .....	15
2.5.4 Pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.....	16
2.5.5 Kvalitet og pasientsikkerhet i England.....	16
2.5.6 Avviksbehandling sett i lys av transformasjonsledelse .....	16
2.5.7 Sykepleiere sitt forhold til avviksmeldinger.....	17

2.5.8	Hvordan påvirker avvik og uønskede hendelser sykepleiere .....	17
2.5.9	Psykiatriske sykepleiere og jordmødres erfaring med å melde avvik .....	18
2.5.10	Læringsprosessens fremmere og hemmere.....	18
2.6	Oppsummering av kunnskapsstatus .....	19
3.0	Teori .....	20
3.1	Læring i en sosial kontekst .....	20
3.2	Enkelkrets og dobbelkrets læring .....	21
3.3	Læring gjennom organisasjonskultur .....	22
3.4	Kvalitet .....	23
3.4.1	Kvalitetsforbedringsmodellen .....	24
3.4.2	Fasene i forbedringsarbeidet.....	25
3.5	Tamme og uregjerlige problem .....	26
4.0	Metode.....	28
4.1	Design av oppgaven .....	29
4.2	Det vitenskapsteoretiske grunnlaget .....	30
4.3	Utvalg.....	31
4.3.1	Utvalg av kommuner .....	31
4.3.2	Utvalg av nivå av ledere i sykehjem.....	32
4.4	Fremgangsmåte .....	34
4.5	Datainnhenting .....	35
4.6	Dataanalyse .....	35
4.7	Validitet.....	36
4.8	Reliabilitet .....	36
5.0	Empiriske funn .....	37
5.1	Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser? .....	37
5.1.1	Avdelingslederne.....	37
5.1.2	Enhetsledere .....	39
5.1.3	Retningslinjer .....	40
5.1.4	Kategorier for avvik og uønskede hendelser .....	41
5.1.5	Oppsummering .....	42
5.2	Hvordan arbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?.....	43
5.2.1	Hvordan arbeider avdelingsledere med meldinger om avvik og uønskede hendelser?. .....	43
5.2.2	Hvordan arbeider enhetsledere med meldte avvik og uønskede hendelser .....	46
5.2.3	Hvordan samarbeider avdelings- og enhetslederne om meldte avvik og uønskede hendelser .....	48
5.2.4	Hvem samarbeider enhetsleder og avdelingsledere med? .....	50
5.2.5	Oppsummering .....	51

5.3	Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?.....	53
5.3.1	Oppfølging av mottatte meldinger.....	53
5.3.2	Valg av tiltak .....	55
5.3.3	Innføring av nye tiltak .....	58
5.3.4	Involvering av helsepersonell i avdelingen .....	61
5.3.5	Oppsummering .....	62
6.0	Analyse av empiriske funn .....	64
6.1	Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser? .....	64
6.2	Hvordan arbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?.....	68
6.2.1	Arbeid.....	68
6.2.2	Samarbeid.....	72
6.3	Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?.....	74
6.3.1	Retningslinjer .....	74
6.3.2	Kostnadskrevenende tiltak .....	75
6.3.3	Kartlegge risiko og kompetansehevende tiltak.....	76
6.3.4	Ingen tiltak.....	77
6.3.5	Innføring av tiltak og involvering av helsepersonell .....	78
7.0	Konklusjon .....	81
7.1	Videre arbeid .....	82
	Litteraturliste .....	83
	Vedlegg 1 Intervjuguide .....	86
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv .....	94
	Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD.....	98

## Figur liste

Figur 1	Komponenter i en sosial teori om læring.....	20
Figur 2	Deming sirkel.....	25
Figur 3	Illustrasjon på organisering.....	33

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon

Avvik og uønskede hendelser i helseforetakene er noe vi ofte ser mediedekning om. Haukeland har hatt flere saker der avvik og uønskede hendelser forekommer. I 2018 døde en 43 år gammel mann i akuttmottaket alene av et hjerteinfarkt. Han hadde da ringt på alarmen til sykepleierne i over en time, før noen gikk inn for å se til han. I etterkant av dødsfallet ble det kjent at akuttmottaket over flere år hadde meldt fra om konsekvensene av lav bemanning gjennom meldte avvik og uønskede hendelser. Artikkelen fra NRK viser til at tiltak ble iverksatt i forkant av dødsfallet, på bakgrunn av hyppige meldinger om avvik knyttet mot bemanning, uten at de hadde gitt ønsket effekt (Otterlei, 2018b). Helseminister Bent Høye (H) sier at helseforetakene er for dårlige på å lære av alvorlige avvik på tvers av organisasjonene (Otterlei & Duesund, 2018). Det blir forventet at hendelser som medfører en risiko for pasientsikkerheten blir formidlet på tvers av organisasjonene. Det er for lite kunnskap i hvordan kulturen for dette faktisk er, både i helseforetakene og kommunene (Otterlei, 2018a).

Fylkeslegen Helga Arianson forteller at både helseforetakene og kommunene er for dårlige til å formidle effektive tiltak på avvik. Dette gir konsekvenser for pasientsikkerheten på tvers av virksomhetene (Otterlei, 2018a). NRK melder at på et sykehjem i Kristiansund ble det meldt 46 alvorlige avvik på tre måneder. Lav grunnbemanning bidro til at pasienter ikke fikk medisiner eller nok hjelp til måltidene. Her hadde 44 av avvikene blitt lukket uten videre tiltak (Hole, 2019).

Dette gjør det interessant å se på hvordan kommunene arbeider med avvik og uønskede hendelser, særlig siden media påpeker at verken helseforetakene eller kommunen er gode nok på dette.

Som helsepersonell utøver vi sykepleie som skal være av god kvalitet og være faglig forsvarlig. Kommunehelsetjenesten består av sykehjem, hjemmetjenester, brukerstyrt assistenter, fastlege, helsestasjon, kommunal psykiatritjeneste, jordmor og legevakt. For å kunne ivareta tilbudet om helse og omsorg i kommunene, er det lovpålagt med sykepleier i kommunehelsetjenesten som vist til i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §§ 3-1 og 3-2. Tjenesten kan være spredt i hele kommunen og i ulike bygg. Dette medfører at sykepleiere i kommunehelsetjenesten har -i varierende grad, tilgang på andre sykepleiere og leger i løpet av



døgnet. Dette står i kontrast til spesialisthelsetjenesten som har ressurser lett tilgjengelig og under samme tak. Dette kan påvirke læringsoverføringen mellom helsepersonell.

Helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplever at idealet for utøvelse av sykepleie står i kontrast til virkeligheten. Knappe ressurser og lite tid til refleksjon gir igjen konsekvenser for den faglige kvaliteten og kollegastøtten som en kan ha behov for i en krevende arbeidssituasjon (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torsheim, 2016).

Det er derfor interessant å se hvordan ledelsen i kommunehelsetjenesten kan bruke meldinger om avvik og uønskede hendelser til å få overblikk over de kompliserte og enkle problemstillingene som er i kommunehelsetjenesten. Det vil være relevant å se hvordan ledere planlegger og gjennomfører tiltak, og hvordan de bruker meldingene til å forbedre tjenesten i kommunen.

## 1.2 Problemstilling

Jeg vil med denne oppgaven se på hvordan ledere i sykehjem håndterer meldinger om avvik og uønskede hendelser, og hvordan de anvender denne kunnskapen til å forbedre praksis.

Det som jeg opplever som interessant er lederperspektivet og hvordan kommunene anvender føringene som er gitt for internkontroll. Kommunene står fritt til å prioritere hvordan de sørger for de helsetjenester som loven pålegger. Dette medfører variasjoner i hvordan føringene kommer til uttrykk. Jeg ser at kommunene kan bruke ulike verktøy for å løse utfordringene som de har, for eksempel LEAN og pasientsikkerhetskampanjen.

Det som jeg finner lite tidligere forskning på, er hvordan ledere i kommunehelsetjenesten anvender og forstår avvik og uønskede hendelser i primærhelsetjenesten. Meldte avvik og uønskede hendelser er en del av internkontrollen. Det påvirker hvordan lederen prioriterer ressurser, lager kompetanseplaner og legger føring for utøvelse av helsetjenestene.

Forskning viser at for å få til god pasientsikkerhetskultur må dette være forankret i alle ledd fra toppledelsen og ned i organisasjonen. Organisasjonenes kultur har en innvirkning på meldte avvik og uønskede hendelser.

Problemstillingen min i denne oppgaven blir derfor:

*Hvordan arbeider ledere på ulike nivå i sykehjemstjenesten med avvik og uønskede hendelser, og hvordan blir meldinger om avvik og uønskede hendelser brukt til å forbedre praksis?*

### 1.3 Begrepsavklaring

På bakgrunn av problemstillingen min, så skal jeg se nærmere på avvik og uønskede hendelser. Jeg vil videre legge frem hvordan teorien forklarer og definerer begrepene.

#### 1.3.1 Avvik

Arbeidstilsynet (2019) definerer avvik som hendelser som er brudd på lovverket, instruksjer, internt reglement og prosedyrer. Dette omfatter alt som avviker fra sikker drift, som ikke kan forklares med naturlige variasjoner. Avvik skal ha søkelys på hvorfor det går galt. En må kjenne til hvordan arbeidet skal håndteres på en rett måte for å forstå hva som går galt (Lundberg, Rollenhagen & Hollnagel, 2010).

Det finnes andre måter å forklare avvik på, som eksempel ytelsesavvik. Ytelsesavvik er avvik som forklarer at avvik kan skje på bakgrunn av menneskelig feil, tekniske feil, eller feil som forekommer selv om handlingen er korrekt, gjennom prosedyrer og regler. Ytelsesavvik er med å forklare de komplekse årsakssammenhengene gjennom å se på aktive og latente forhold som ligger bak avviket. Rammeforholdene kan forklare ytelsesavvik, sammen med skjulte forhold. Dette kan være med å forklare komplekse forhold som vi finnes i helsetjenesten (NOU 2015:11, 2015, s. 40-41).

I denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i arbeidstilsynets definisjon av avvik; Brudd på prosedyrer og regler.

### 1.3.2 Uønskede hendelser

Verdens helseorganisasjon (2005), oversatt av Karina Aase (2018), definerer begrepet uønsket hendelse «*En skade som er relatert til kliniskbehandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer, og utstyr som brukes for å levere tjenestene. Uønsket hendelser kan være mulig å forebygge eller ikke*» (Aase, 2018, s. 16 - 17).

NOU 2015:11 (2015) viser til at forsvarlighetsbegrepet er et juridisk begrep som omhandler helsehjelpen som ytes. Uønskede hendelser er da knyttet til utfallet av den helsehjelpen. Den uønskede hendelsen kan forekomme både i prosessen, og i resultatet av helsehjelpen.

Forsvarlighetsbegrepet må derfor sees i lys av den uønskede hendelser, en behandling kan gi følgetilstander som er uønsket, men ikke som en konsekvens av uforsvarlig behandling (NOU 2015:11, 2015, s. 35 -36).

Enn annen måte å se på uønskede hendelser er årsak – virkning. Gjennom å tenke årsak-virkning identifiserer vi hvor i en lineær linje det går galt, og dermed kan vi korrigere dette gjennom å forbedre praksis eller adferd for å hindre uønskede hendelser. Dette er basert på sekvensielle modeller. En kan se på uønskede hendelser som et samspill mellom flere forhold som feiler. Det gjør det dermed vanskelig å definere en årsak når det er komplekse årsakssammenhenger som spiller inn (Lundberg et al., 2010; NOU 2015:11, 2015, s. 40 - 41).

Kommunen plikter å ha kartlagt hvilke uønsket hendelser som kan inntreffe og sannsynlighet for dette, som skal sammenfattes i en risiko og sårbarhetsanalyse (Sivilbeskyttelsesloven, 2010).

Definisjonen av Aase (2018) forklarer at uønsket hendelse er en skade på bakgrunn av helsehjelpen, ikke en komplikasjon. Denne definisjonen kan sees sammen med Lundberg et al. (2010) som forklarer at årsaksforholdet kan skyldes kompliserte mekanismer, i samspillet mellom pasient, helsepersonell, systemet og utstyr. Dette vil jeg legge til grunn for oppgavene når jeg ser nærmere på uønskede hendelser i sykehjemstjenesten.

#### 1.4 For-forståelsen av sykehjem som kontekst

I kommunehelsetjenesten er erfaringene og kompetansen til de ulike ansatte varierende, og kunnskapen for å identifisere hva som går galt, og hvorfor, er etter min erfaring veldig ulikt. Her vil jeg presentere min for-forståelse av sykehjem. Som sykepleier og tidligere avdelingsleder ved en sykehjemsavdeling har jeg med meg en for-forståelse når jeg arbeider med oppgaven.

En refleksjon jeg har hatt i arbeid med denne oppgaven, er en erfaring jeg hadde fra sykehjemmet jeg arbeidet ved. I løpet av uken fordeles pasientene på ulike dager der de får tilbud om en dusj. Dagen er besluttet og bestemt utfra hvor mange en har kapasitet til å dusje i løpet av en dag. Et spørsmål som ofte ble stilt av helsepersonell var om når pasienten ikke fikk dusje fordi det ikke var tid til det, er det da et avvik, og hvordan de skulle skrive det. Jeg som avdelingsleder så dette som et uttrykk for travelhet, knappe ressurser, og stadig prioriteringer mellom oppgaver. Jeg opplevde det vanskelig å forstå hvordan dette skal føres som avvik for det er jo egentlig ikke uttrykk på noe som utfordrer fagligheten eller pasientsikkerheten, og jeg spurte derfor min leder. Svaret jeg fikk var at dette var ikke et avvik, med andre ord en kan ikke si at en ikke fikk tid, for det handler om å prioritere. Hva vi anser som avvik, og hvordan vi oppfatter avvik kan være ulikt på bakgrunn av hvilken forståelse vi har. De tilsette som vil belyse at det er travelt i avdelingen, kan gjøre dette gjennom å føre avvik. Så hvordan da håndtere et avvik eller uønsket hendelse som tilsynelatende handler om dusj, men egentlig er et symptom på et underliggende problem. Etter min erfaring handler avvik og uønskede hendelser om de små tingene i hverdagen som oppstår, ofte som et symptom for et større problem.

Erfaringer fra sykehjem, som har vært min arbeidsplass som sykepleier, er med å bidra til at jeg har en for-forståelse av hva jeg tenker om avvik og uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten. Mange helsepersonell synes det er utfordrende å skrive avvik, både på bakgrunn av at det er travelt, men og at de opplever det vanskelig å føre disse avvikene, og skrive de på en måte som uttrykker problemet. Som sykepleier har jeg både ført avvik og uønskede hendelser, og som avdelingsleder har jeg behandlet disse. Min forforståelse av sykehjem gjør at jeg kan tro jeg forstår sammenhenger. Jeg må derfor i arbeidet må jeg være oppmerksom på at jeg likevel etterspør hva som menes når jeg intervjuer, og at jeg ikke fortolker funnene mine utfra egne erfaringer. Erfaringen gir meg likevel en plassering av kontekst for å kunne se for meg det som kommer frem i intervjuene.

## 1.5 Oppbygging av oppgaven

I denne oppgaven vil jeg først se på de ulike lovverket, og politiske dokumentene som bygger grunnlaget for hva som er førende og hvilken retning sykehjem i kommunene skal ha.

Deretter har jeg sett nærmere på kunnskap statusen som omhandler ledelse, avvik og uønsket hendelser, dette for å gi meg et nærmere bilde av hva som er gjort tidligere, for å spisse problemstillingen min. Jeg vil så presentere teorigrunnlaget for oppgaven og analysen.

Problemstillingen min vil så spisses og jeg vil presentere forskningsspørsmålene jeg har stilt meg i denne oppgaven. Forskningsspørsmålene mine vil gi grunnlaget for å svare på problemstillingen. Metoden jeg har anvendt vil bli presentert før jeg går videre på funnene mine. Disse er satt opp for å svare på forskningsspørsmålene mine.

I analysen vil jeg se nærmere på politiske dokument, lovverk, teori, og tidligere forskning opp mot funnene i oppgaven. Deretter vil jeg presentere en konklusjon og mine tanker om veien videre.

## 2.0 Nasjonale føringer, lovverk og kunnskapsstatus

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hvilke lover og føringer som regulerer helsetjenesten. Lovene er styrende for hva helsepersonell, kommunen, pasienter og brukere skal forholde seg til. Samtidig vil de politiske dokumentene som NOU og stortingsmeldinger forplikte helsetjenesten til å ha fokus på det som opptar befolkningen og politisk styre. Politikken til gjennom de ulike partiene vil være med å forme de meldingene som blir lagt frem. Jeg vil og se nærmere på kunnskapsstatusen på område ledelse, avvik og uønsket hendelse.

### 2.1 Hva er det som styrer oss?

Internkontrollbegrepet ble innført i 1993, og i 1995-2000 kom strategi for kvalitetsutvikling som vektla betydningen av internkontroll og kvalitetsutvikling i virksomhetene. I 2000 ble rapporten «To err i human» lansert i USA, og pasientsikkerhet ble satt på dagsorden. WHO lanserte i 2004 et internasjonalt program for pasientsikkerhet for å få det internasjonale samfunnet til å forstå betydningen av pasientskader og helseutfordringen dette utgjør. Dette ble satt på dagsorden i EU i 2005 når Luxemburg erklæringen ble presentert. I Luxemburg erklæringen ble blant annet punktene i pasientsikkerhet fremhevet at det skal være en kultur for å lære av feil, sanksjonsfrie meldeordninger og risikostyring. I 2005 kom Norge med en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring «og bedre skal det bli – nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse og sosial tjenesten 2005-2015». Denne ble fulgt opp av kampanjen «i trygge hender» i 2011, og videreføring av pilotprosjektet «pasientsikkerhetskampanjen» i 2014. Stortinget kom med sin første melding om kvalitet i helsetjenesten i 2012. «God kvalitet – Trygge tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten, St meld 10, 2012-2013 (NOU 2015:11, 2015, s. 26 - 27).

Påfølgende har stortinget fulgt opp med stortingsmeldinger om kvalitet i helse og omsorgstjenesten, der en følger opp fremdrift, og vektlegger videre arbeid gjennom Meld. St. 11 (2014-2015) - Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, Meld. St. 12 (2015–2016) - Kvalitet og pasientsikkerhet 2014, Meld. St. 13 (2016–2017) - Kvalitet og pasientsikkerhet 2015, Meld. St. 6 (2017–2018) - Kvalitet og pasientsikkerhet 2016, Meld. St. 11 (2018–2019) - Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Som en etterfølger av dette ble Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023 presentert.

«Sørge for» begrepet omhandler kommune helsetjenesten. I dette ligger det at tjenesten skal fylle de oppgaver som beskrevet i lov og forskrifter (NOU 2015:11, 2015). Lover og forskrifter som regulerer kommunehelsetjenesten som kan være gjeldene her er helse og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017; Helse- & omsorgstjenesteloven, 2012; helsepersonelloven, 2001).

## 2.2 Politiske dokumenter som regulerer helsetjenesten

Her vil jeg se på de mest relevante politiske styringsdokumentene, som NOU og stortingsmeldinger. NOU er en rapport som kan legge grunnlaget for hvilken strategiske valg de politiske partiene skal gjøre, og kan være med å danne grunnlaget for stortingsmeldinger. Stortingsmeldingene er et strategisk valg av retning, og blir behandlet politisk. Dette er viktige dokumenter, for de er med å påvirke retningen som helsetjenesten i kommunene tar. Måltid på sykehjem er eksempel på et strategisk politisk valg, som medfører både mye media dekning og reelle endringer i kommunene på hvilke mat en skal tilby til brukere og pasienter, og hvilket tilbud de enkelte sykehjem skal ha.

### 2.2.1 NOU 2015:11 «Med åpne kort»

I 2015 ble det publisert NOU 2015:11 (2015) «Med åpne kort». Bakgrunnen for mandatet de fikk var Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester, der det blir belyst at behovet for en offentlig utredning av hvordan samfunnet skal følge opp alvorlige hendelser og lovbrudd i helse og sosial tjenesten. I dette mandatet skulle de og se på hvordan en kan følge opp pasienter, pårørende og helsepersonell etter alvorlig hendelser, samt hvordan tjenesten kan lære og forbedre praksis etter uønskede hendelser.

I samhandlingen mellom helsepersonell og pasient og pårørende bør god kommunikasjon, og brukermedvirkning være sentrale elementer i samhandlingen for å redusere risiko for uønskede hendelser. Dette gir en felles plattform for å forstå og redusere risiko i behandling av pasienten, og dermed bygge et tillitsforhold i behandlingen.

På systemnivå skal organisasjonen legge til rette for at pasient og pårørende har stemme som blir hørt, sett og tatt på alvor. Det skal komme til uttrykk gjennom møtene med helsepersonell, og som klagemuligheter og veiledning.

Læring av feil og uønskede hendelser bør foregå i alle ledd i organisasjonen gjennom å forankre i hele organisasjonen endringer på bakgrunn av ny kunnskap og forståelse. Feil som forekommer er ofte sammensatt, og bør sees i lys med organisasjonenes rammer for utøvelse av pleie og behandling. Gjennom å se på læring i et organisasjonsperspektiv, må en og se på den sosiale læringen som skjer på arbeidsplassen gjennom kultur og holdning. Kultur er ikke bare forståelse og holdninger, men kommer til uttrykk i adferd i sosiale relasjoner. Gjennom åpenhetskultur i organisasjonen vil ledere aktivt arbeide med å identifisere områder for risiko, og kjenner de uønskede hendelsene som forekommer i organisasjonen. Dette medfører at ansatte og ledere kan sammen arbeide for å forebygge hendelser, og lære av de feil som skjer (NOU 2015:11, 2015).

Utvalget har derfor pekt på tre områder der en bør systematisk arbeide med å forbedre.

1. Risikobeviste ledere på alle nivå som forebygger og håndterer uønskede hendelser.
2. Kompetente og ansvarlige ansatte som forebygger, avdekker og er åpne om uønskede hendelser.
3. Pasienter som blir godt ivaretatt særlig når det har skjedd alvorlige hendelser og som medvirker både i prosessen som berører egen helse og utvikling av trygge helse og omsorgstjenester (NOU 2015:11, 2015, s. 192).

På bakgrunn i denne rapporten ble det lagt frem PROP L 68 (2016 – 2017) Lov om statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgs tjenesten og PROP L 150 (2016-2017) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven), som resulterte i helsetilsynsloven fra 15.12.2017, som medførte blant annet endringer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, om hvordan helsetjenestene skal både ha internkontroll, men og drive kvalitetsforbedringsarbeid.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, b; NOU 2015:11, 2015)



## 2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet - Stortingsmelding 11, 2018-2019

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) har lagt frem en kvalitet og pasientsikkerhetsmelding for 2017. Dette er den femte kvalitetsmeldingen som har blitt lagt frem årlig. Et gjennomgående tema i meldingene er ledelse, kultur og system for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Hensikten med denne meldingen er å skape oppmerksomhet og bevissthet rundt kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid for å skape tjenester som er trygge og av god kvalitet som sikrer brukermedvirkning.

Stortingsmeldingen peker på læringspotensialet av å kunne bruke erfaringer på tvers av tjenestene, og lære av egne og andres feil. Dette skal sikres gjennom tydelig ledelse og en åpenhetskultur der ledelsen og medarbeidere arbeider åpent med uønskede hendelser og avvik, for å forbedre praksis gjennom å planlegge, utøvelse, evaluere og korrigere.

Pasientsikkerhet skal prioriteres og arbeides med systematisk. Det er en viktig oppgave å identifisere hvor i systemet det svikter når uønskede hendelser og avvik oppstår.

Helsepersonell som arbeider i tjenesten har et selvstendig og lovpålagt ansvar å yte tjenester som er forsvarlige, men leders ansvar er å etablere rutiner og systemer som bidrar til å levere forsvarlig helsehjelp. Både leder og helsepersonell har et selvstendig ansvar til å utvikle seg, og bidra til kvalitetsforbedring. Det er viktig med en kultur på arbeidsplassen der alle har et eierskap til forbedringsarbeidet, men og der vi sammen løfter frem det som fungerer, og god praksis blir delt på så vi kan lære av hverandre. Et godt arbeidsmiljø vil gi grunnlag for god og sikker pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

## 2.2.3 Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023.

Som krav til Meld St. 11 (2018-2019) bad stortinget om en overordnet handlingsplan til de årlige meldingene om kvalitet og pasientsikkerhet. Denne handlingsplanen ble publisert i februar 2019, og skal medvirke at helsetjenesten skal kunne etterleve kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) plasserer pasientskade som nummer 14 over sykdoms byrde i verden, og anslår at halvparten av skadene oppstår i primærhelsetjenesten. Norge mangler en total oversikt over nasjonale tall på pasientskader da meldesystemene er fragmenterte og ikke ensartet.

Handlingsplanen ønsker at kvalitetsarbeidet og forbedringsarbeidet skal ha en synergi mellom de ulike fagområdene som arbeider med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Som et tiltak i handlingsplanen er at ledelse og kultur blir fremhevet for å sikre læring gjennom åpenhet om avvik og uønskede hendelser. Gjennom å legge til rette for erfaringsutveksling og læring på tvers av organisasjoner vil en kunne ta med seg andres erfaringer for å sikre god pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2019).

## 2.3 Lover

Helsetjenesten reguleres av ulike lovverk for å sikre at de som yter helsehjelp og de som mottar helsehjelp har både rettigheter og plikter regulert gjennom lov. Lovene som er styrende for de tjeneste kommune gir til innbyggerne sine, og regulerer handlingsrommet til helsepersonell og kommunen.

### 2.3.1 Kommnehelseloven

Kommunene er pålagt gjennom lov å tilby tjenester til sine innbyggere. Dette finner vi i helse- og omsorgstjenesteloven (2011), der formålsparagrafen §1-1 spesifiserer at kommunene plikter å tilby likeverdig tilbud, og tjenester av god kvalitet.

### 2.3.2 Helsepersonelloven

Alle som yter en tjeneste til pasienter og brukere, uavhengig av utdanning har plikter gjennom helsepersonelloven (2001). Formålet § 1 i helsepersonelloven (2001) er å skape sikkerhet for pasientene, og skape tillit mellom innbyggere og helsepersonell.

### 2.3.3 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2017) §1, formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Det er en ledelsesoppgave å sikre at tjenesten som utføres er helhetlig og koordinerte, med god kvalitet, og faglig forsvarlig.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) peker på avviksmeldinger og rapporter som viktige internverktøy for leder i arbeid med kvalitetsforbedring, og at forbedringsarbeidet skal skje gjennom å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.

### 2.3.4 Pasient og bruker rettighetsloven

Med virkning fra 1. januar 2014 ble det gjort endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (2001) for å styrke pasienters, brukeres og pårørendes stilling i tilsynssaker og ved uønskede hendelser. Det ble blant annet lovfestet en mer omfattende informasjonsplikt for helsepersonell. Loven gir og brukere en rett på å medvirke og få informasjon for det som gjelder brukeren selv som vist til i pasient- og brukerrettighetsloven (2001) kapittel 3.

## 2.4 Kunnskapsstatus

I denne delen vil jeg vise til søkemetoden jeg har brukt for å finne frem til tidligere forskning. Jeg vil presentere forskningen hver for seg, og oppsummere funnene til slutt.

### 2.4.1 Søke strategi

En litteratur søk er å gjennomgå hvilken type litteratur som finnes på det område jeg vil undersøke. Litteraturgjennomgangen skal gi en kunnskapsstatus som er med å plassere egen forskning i et forskningsfelt, og i en faglig sammenheng. (Bukve, 2016, s. 189)

Jeg har først søkt bredt, både google scholar og tidligere masteroppgaver, der jeg har brukt større søkeord, som «nursinghome, Leadership». Jeg har så snevret inn mot søkeord knyttet opp mot tema i oppgaven.

Jeg har søkt i tidligere masteroppgaver for å se hva andre har skrevet, og hvilke andre søkeord de har brukt. På denne måten arbeidet jeg meg videre på søkeordene, ved å se hva andre har brukt. På denne måten fant jeg blant annet flere måter å søke på avvik, som wrongdoing og adverse events. Dette gav et bredere treff. Jeg har gjennom andre oppgaver og forskning anvendt litteraturlisten til å finne ulike forskningsartikler som blir brukt.

#### 2.4.2 Søkeord og søkebase

Jeg har søkt for å finne relevant informasjon på nordiske forhold. Med dette finner jeg 95 treff i HVL sin søkebase ORIA. Jeg har brukt følgende søkeord:

- Kommnehelse\* Sykehjem hjemmesykepleie eldreomsorg
- Avvik uønskede hendelse\* pasientsikkerhet\*
- Ledelse, leder\*

For å finne internasjonal forskning har jeg brukt kombinasjoner av følgende søkeord:

- Nursing Home Risk Management
- Patient Safety AND Leadership
- Adverse events in healthcare
- Leadership Adverse events
- Wrongdoing nurses
- Uønskede hendelse
- Ledelse

Søkebasen jeg har i hovedsak brukt er Cinahl, Academic Search Elite, Medline.

## 2.5 Kunnskapsstatus

Her vil jeg presentere relevant forskning som belyser problemstillingen min. I kapittel 2.6 vil jeg presentere en samlet oppsummering av forskningsfunnene.

### 2.5.1 Sikkerhetskultur i sykehjem

Gartshore, Waring og Timmons (2017) er en review som ser på empiri på sikkerhetskultur på sykehjem. De finner 24 empiriske oppgaver og en artikkel skrevet om sykehjem og aldershjem, i hovedsakelig USA, og seks empiriske oppgaver fra Australia, Canada, og Europa. Metoden som i hovedsak er brukt er kvantitative undersøkelser, som studerer de ansatte med direkte pasient nær kontakt, men og noen som ser på administrasjon av sykehjem. De finner at sikkerhetskultur er akseptert som indikator for å belyse kvalitet på helsetjenestene. De finner at forskningen som er gjort mangler dybde for å forstå de kulturelle kontekstene som finnes på sykehjem, og hvordan det påvirker sikkerhetskulturen på sykehjem. Bakgrunnen for mange av studiene er funnet i rapporten «To err is human» som ble publisert i 2000 (Gartshore et al., 2017).

### 2.5.2 Pasientsikkerhet ved sykehjem i Tønsberg

Bondevik, Hofoss, Husebø, Tveter Deilkås og Deilkås (2017) ser på holdninger til sikkerhet blant personalet på norske sykehjem. I denne undersøkelsen har de sett på fem ulike sykehjem i Tønsberg i en kvantitativ undersøkelse. I denne undersøkelsen har de brukt spørreskjema Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version (SAQ-AV). Sykehjems pasienter er en særlig sårbar gruppe, og fokus på pasientsikkerhet viktig å ha fokus på. Elementer i pasientsikkerhet som de har sett på jobbtilfredshet, evne til å anerkjenne stress, samarbeid, sikkerhetskultur, og arbeidsforhold. De finner at det er en signifikant sammenheng mellom høy alder og høy stillingsprosent når det gjelder høye score på pasientsikkerhetsfaktorer, samarbeidsklima, sikkerhetskultur, arbeidsglede og arbeidsforhold. Disse funnene kan tolkes ulikt, men artikkelen problematiserer funnene mot at yngre ansatte kan finne flere feil i pasientsikkerheten grunnet at de er nyere utdannet, og dermed mer kritisk til måten en arbeider på. De finne at samarbeid og kommunikasjon med sykehjemledelsen er mangelfull og konsekvensen her kan være at beslutninger fattet av sykehjem ledelsen vil påvirke arbeidsglede og arbeidsforhold for de ansatte ved sykehjemmet. Funnene indikerer at det kan

være rom for forbedring. Denne forskningen peker på at det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom pasientsikkerhet og forekomst av avvik og uønskede hendelser (Bondevik et al., 2017).

### 2.5.3 Avviksbehandling i sykehjem

Andersen og Larsen (2014) undersøkte gjennom sin masteroppgave hvordan avdelingsledere på sykehjem behandler avvik. Utvalget er både mindre og større kommuner. Gjennom oppgaven kommer det tydelig frem at avvik på sykehjem kan deles inn i tre ulike kategorier. En finner avvik som en «gode», enkle å løse og bygger på et administrativt problem. Dette er avvik som avdelingsledere kan løse med enkle tiltak. Så er det avvik som er vanskelig å forebygge, men en forventer skal forekomme på sykehjem. Dette er avvik som lederne helst ikke vil ha, fordi de er uløselige, som eksempel fall, og blir problematisert at de er vanskelig å få sånne avvik, fordi de ikke kan føres et tiltak på, og dermed avviker de fra normen de har med å behandle avvik. Så finner hun avvik som er knyttet til det etiske og faglige. Dette er avvik som knyttes opp mot bemanning, faglig kvalitet og sikkerhet i avdelingen. Avvikene her preges av dårlig utforming, vanskelig for pleiere å sette ord på, og viser seg ofte igjen som mange små og kompliserte avvik. Som eksempel oppgaver som ikke er utført, mangel av sykepleiere på jobb, men ikke konsekvensen av dette, og avvik som en tenker at dette kan true faglighet og sikkerhet hos pasientene om det ikke blir håndtert, men enda er det ingen skade skjedd. Avdelingsledere opplever at dette er de vanskeligste avvikene og håndterer fordi de krever mye arbeid og ikke alltid kan de løses. Dette er avvik de håndterer på ulike måter, både ved å løse de med enkle tiltak, sende de videre opp i systemet, eller sende de i retur til den som sendte det. Avdelingslederne etterspør hvordan ledelsen over de håndterer de kompliserte avvikene, og da ofte at det handler om flere avvik sendt som belyser samme situasjon. Avdelingsledere etterspør om disse avvikene tas med i eksempelvis kvalitetsutvalget i kommunen. Noen av avdelingslederne belyser og at de opplever at for de å melde avvik har lite for seg, og dermed bruker de andre tiltak når de skal kommunisere et behov til ledelsen over de igjen. Gjennom funnene peker de på at det kunne vært interessant og sett hvordan ledere over avdelingsledere håndterer avviksmeldinger (Andersen & Larsen, 2014).

#### 2.5.4 Pasientsikkerhet i hjemmesykepleien

R. M. Olsen og J. Bjerkan (2017) har iverksatt en kvantitativ undersøkelse av hjemmesykepleien der de skal se på pasientsikkerhetsklimaet i hjemmesykepleien. Det er seks hjemmesykepleie enheter som deltar i studien, og de undersøker helsepersonell i de ulike enhetene. De finner at det 68% av enhetene skårer dårlig på sikkerhetskultur. De knytter sikkerhetskultur opp mot ledelse ved at der ledere har et aktivt forhold til sikkerhetskultur vil en finne bedre resultater i sykehusene. Undersøkelsen viser at det er behov for ytterligere forskning på hjemmesykepleie og pasientsikkerhet, og at det hadde vært inntresant å se dette opp mot utdanning og erfaring (R. Olsen & J. Bjerkan, 2017).

#### 2.5.5 Kvalitet og pasientsikkerhet i England

Dixon-Woods et al. (2014) gjennomførte en forskning på den engelske helsetjenesten gjennom intervju, etnografiske casestudier, survey og dokumentanalyse. Objektene som ble studert var alle ledd i helsetjenesten fra styremedlemmer, ledere i ulike nivå, helsepersonell, pasienter og pårørende. Områdene de såg på var sykehus, primærhelsetjenesten og akutthelsetjenesten. De skal se på kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. I lederstrukturen må det settes mål for kvalitet og kvalitetsforbedring, og dette må være forankret gjennom hele organisasjonen, og der blir kultur i organisasjonen sett på som et viktig element, og at ledere er kultur bærer i organisasjonen. De finner at ledelsen bruker ulike modeller for kvalitetsforbedring, blant annet kvalitetsforbedringsmodellen, og LEAN. I de organisasjoner der ledere og helsepersonell arbeidet om de samme målsetningen, og kontinuerlig korrigerende adferd sammen klarte bedre å yte god kvalitet og ha fokus på pasientsikkerhet i behandling av pasienter (Dixon-Woods et al., 2014).

#### 2.5.6 Avviksbehandling sett i lys av transformasjonsledelse

Liukka, Hupli og Turunen (2018) ser på hvilken elementer av transformasjonsledelse de bruker i behandling av avvik. De intervjuet elleve sykepleierledere fordelt på to ulike sykehus. De finner at dersom ledere ikke viser interesse for uønskede hendelser og avvik, vil personalet ikke melde avvik som igjen går på bekostning av pasientsikkerheten. Ledere må klare å diskutere de underliggende årsakene til avviket, uten å klandre ansatte. Dette må diskuteres i personalgruppen for å sammen finne ut hva som gikk galt, for så å lære av de

feilene som er gjort. Gjennom undersøkelsen finner de at ledere trenger mer trening i pasientsikkerhet og avvikshåndtering på en måte som gjør at personalet ikke opplever seg skyldige. Gjennom denne undersøkelse finner de at det er behov for mer forskning på hvordan lederne betrakter sin egen rolle i mottak av avvik (Liukka et al., 2018).

### 2.5.7 Sykepleiere sitt forhold til avviksmeldinger

King (2001) ser på hvordan sykepleiere forholder seg til avvik og avviksmeldinger. Det er en kvantitativ undersøkelse, der registrerte sykepleiere som arbeidet som sykepleiere ble invitert til å delta. Totalt deltok 372 sykepleiere fra USA på denne undersøkelsen. Han finner at jo alvorligere avviket er, desto større sannsynlighet for at sykepleiere vil melde fra om avviket. Dersom en sykepleier oppdager at en annen har gjort noe galt, vil den heller ta det med kollegaen først. Om kollagen innser hva som har gått galt, vil de anse det som liten fare for gjentagelse og dermed unnlate å melde fra. Funnene i denne undersøkelsen viser at å melde fra om avvik på kolleger er et sensitivt og vanskelig tema, som gir grobunn for kritikk i personalgruppen. Å løse avvikene på lavest mulig nivå er en strategi han finner at de bruker. Dersom avvikene er gjort med hensikt kan en oppleve at det blir fremsatt trussel om å melde fra til ledelsen, og på den måten prøve å korrigere adferden til kollegene (King, 2001).

### 2.5.8 Hvordan påvirker avvik og uønskede hendelser sykepleiere

Kable, Kelly og Adams (2018) intervjuer ti sykepleiere i akuttmottak. Han ser på effekten avvik og uønskede hendelser har på sykepleiere. Han finner fire temaer etter å analysere intervjuene. Sykepleieren viser til konflikten mellom tid og akutt helsehjelp, når noe går galt når du er oppi en situasjon. Behovet for å tenke igjennom situasjonen, og hvordan travelhet kan påvirke. En mestringsstrategi gjennom hendelsen er å ha en pasientfokuset tilnærming (Kable et al., 2018).

Når et avvik oppstår, og det gir fatale konsekvenser for pasientene opplever sykepleieren skyldfølelse, og psykologiske innvirkninger som konsentrasjonsvansker, endret adferd, flashback, og frykt. De rapporterer om at de får mindre tro på seg selv som sykepleiere, og endrer adferden som sykepleier deretter. Dette påvirker arbeidsplassen med endret dynamikk mellom kollegaer. Likevel anser sykepleierne avvik som uunngåelige og egen oppgave å håndtere følelsene i ettertid. I ettertid av avvikene er det behov for kollagestøtte,



anerkjennelse av følelsene, og muligheten til å snakke igjennom hendelsen. De søker og støtte fra ledelse, og behov for tiltak iverksatt fra ledelsen. Artikkelen peker på et behov for en større undersøkelse for å se på hvilke effekter alvorlige avvik har på sykepleier (Kable et al., 2018).

#### 2.5.9 Psykiatriske sykepleiere og jordmødres erfaring med å melde avvik

Ulvund, Dale og Ødegård (2015) gjennomførte en kvantitativ undersøkelse av psykiatriske sykepleiere og jordmødre, og deres erfaring med å melde avvik. Frykt for konsekvenser ved å melde fra om avvik, indikerer at ansvaret plasseres på enkeltindivider. Sykepleierne viser til at det kunne vært de kan være en mulig årsak til at tre fjerdedeler av sykepleierne i denne undersøkelsen ikke ville meldt fra om avvik. Årsaksforholdene og systemet rundt sykepleierne er komplekse og ved å legge feilen hos enkeltindividet kan en miste oppmerksomheten på dette. Å melde fra om avvik besluttet derfor av sykepleierne basert på konsekvensen for pasienten og organisatoriske og kulturelle forhold på arbeidsplassen (Ulvund et al., 2015).

#### 2.5.10 Læringsprosessens fremmere og hemmere

Hatletveit og Helledal (2018) undersøkte i sin masteroppgave læringsprosessens fremmere og hemmede i norsk oljeindustri. Funnene kan være overførbare til andre aktører. Funnene viser at tiltaksprosessen ofte er flytende med tanke på å prioritere tiltak, iverksette tiltakene, og følge opp om tiltakene er iverksatt som planlagt, samt evaluering av tiltakene. De peker på at oppfølging av tiltakene og evaluering er de områdene som blir nedprioritert, men der mest kan gå galt er noen av funnene. De peker på at læring etter hendelser ikke nødvendigvis er til stede uten at det rettes oppmerksomhet på det (Hatletveit & Helledal, 2018).

## 2.6 Oppsummering av kunnskapsstatus

Hvilke faktorer som fremmer og hemmer rapportering av avvik i helsetjenesten trenger mer forskning på. (Ulvund et al., 2015) Det som belyses av forskningen er at faktorer som påvirker de emosjonelle og kollegiale forholdene har stor betydning når en vurderer å melde fra om avvik. Med dette gjelder både reaksjoner fra medkollegaen, og støtten den ansatte får av sine kollegaer når det meldes fra om avvik. (Kable et al., 2018; King, 2001; Liukka et al., 2018; Ulvund et al., 2015) Konsekvenser av å melde avvik, både offisielle og uoffisielle konsekvenser fra ledelsen er noe som tas opp som en årsak til hvorvidt det meldes avvik. Dersom det er frykt for å melde avvik, i redsel for hvilke konsekvenser det vil få fra leder, vil det være større terskel for å melde fra. Her er det ikke skilt mellom hva som er varslings, og hva som er avvik. (Donaldson, Kohn & Corrigan, 2000; Hatletveit & Helledal, 2018; Liukka et al., 2018) Donaldson et al. (2000, s. 49) peker på at ved å klandre individer for feilene som oppstår, gjør det at de komplekse årsaksforholdene bak feilene ikke blir tatt tak i, og dermed vil feilen dukke opp igjen. Donaldson et al. (2000, s. 63 - 64) ser på avvik som system tilnærming. Ved å kritisk analysere uønskede hendelser kan en oppdage kritiske svakheter i systemet, og rette disse før de fører til feil. Ulvund et al. (2015) finner at leder må legge til rette for en åpenhetskultur på arbeidsplassen. Det må være rom for å diskutere å forstå avvik som en del av et større årsaksforhold. Det må være en konsensus om hva som skal varsles.

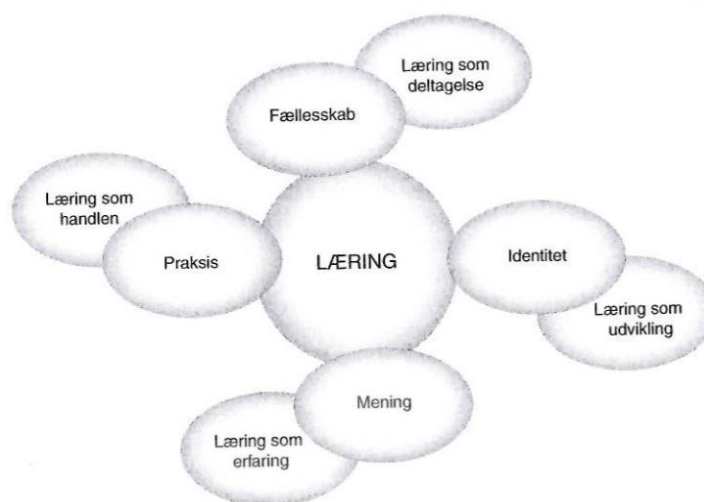
Ledelse og ledelses involvering er vesentlig for å skape god kultur for å melde og forstå avvik og uønskede hendelser, ifølge Dixon-Woods et al. (2014) må dette være forankret i alle ledd i en organisasjon. I utredningen gjort i NOU 2015:11 (2015) peker de og på ledelse som en forutsetning for arbeidet med pasientsikkerhet gjennom å ha risikobeviste ledere i organisasjonen. Undersøkelsen til Andersen og Larsen (2014) viser at avdelingsledere etterspør både mer kunnskap om hva et avvik er, og at de etterspør hvordan ledelsesnivået over de håndterer og behandler avvik, og hvordan de ser sammenhengen mellom avvikene, og hva de egentlig uttrykker.

### 3.0 Teori

For å få forstå på hvordan ledere på ulike nivåer arbeider med meldinger om avvik og uønskede hendelser, og hvordan de bruker meldingene til å forbedre praksis må jeg se teorier som kan belyse funnen mine. Jeg vil se til ulik teori som ser på hvordan individer og organisasjoner lærer gjennom å se på sosial læring, enkelkretset og dobbelkretset læring i organisasjonene, og hvordan organisasjonskultur påvirker læring. Jeg vil se på kvalitetsbegrepet, og forbedringsmodellen for å se nærmere på hvilke elementer jeg kan forvente å finne i arbeidet med å behandle avvik og uønskede hendelser. Så vil jeg se på hva som kan påvirke arbeidet med meldinger om avvik og uønskede hendelser gjennom å se nærmere på Rittel og Webber (1973) sin teori om tamme og uregjerlige problem.

#### 3.1 Læring i en sosial kontekst

Mennesker er omgitt av ulike felleskap i de ulike rollene. Wenger (1998) sier at dersom en plasserer læring i en sosial kontekst, vil det påvirke hvordan vi forstår og bruker læring (Wenger, 1998, s. 152). Læring som skal sees på med en sosial kontekst må betraktes fra det felleskapet den er i. Læring på individet skal være engasjerende, erfarer, utvikler seg. Det er fire komponenter som er viktig å betrakte når en ser på læring i en sosial kontekst. Vi har en identitet, felleskap, praksis, og mening (Wenger, 1998, s. 156).



Figur 1 Komponenter i en sosial teori om læring

(Wenger, 1998, s. 153)

For felleskapet er læring viktig for å utvikle praksis, og gjøre arbeidsplassen rustet for videreføring av den praksisen. Læring betyr for organisasjoner at bedriften vet hva som gjør de effektive og bærekraftig, og handlingen er i tråd med organisasjonens verdier og mål (Wenger, 1998, s. 156). Felleskapet på en arbeidsplass viderefører kunnskap mellom medarbeidere.

Vår forståelse av læring, påvirker hvilken læring vi anerkjenner, og dermed hvilke handlinger vi tar for å endre praksis. Informasjon kan gis ved undervisning, der vi blir fortalt hva vi skal lære. Sett fra en sosial kontekst, vil vi først ta imot denne informasjonen gjennom sosial aktiv deltagelse, som diskusjon, refleksjon, og praksis. I arbeid kan dette bety at vi får retningslinjer og skjema som skal si noe om alt utøvelse av praksis. Dette i en sosial kontekst bidrar ikke nødvendigvis til økt læring, men heller en hemming av egen påvirkning på praksis og faglig stagnering, da individet ikke får utfolde seg og dra læring av erfaring (Wenger, 1998, s. 157 - 158). Dette kan være til hjelp for å forstå hvordan praktisk kunnskap utvikler seg i en sosial kontekst. At påvirkninger fra andre faktorer som felleskap og praksis virker inn på læring i praksisfelleskapet, sett fra denne konteksten. Dette kan være med å forstå hvordan arbeid med kvalitetsforbedring påvirkes av praksisfelleskapet.

### 3.2 Enkelkrets og dobbelkrets læring

Organisasjonen er ikke en lærende organisasjon i seg selv, det er individene som utfører oppgavene som gir læring (Argyris, 1974). Læring kan identifiseres ved at individet tilegner seg ny kunnskap, og anvender dette ved å endre adferd. (Jacobsen & Thorsvik, 2013) En kan ikke si at det å identifisere et problem, og finne en løsning er i seg selv læring, men først når denne løsningen iverksettes i organisasjonen vil en oppnå læring (Argyris, 1974).

Læring i organisasjoner forutsetter to betingelser; dersom handlingen en utfører gir ønsket resultat, og om handlingen gir uønsket resultat, og en korrigerer for å oppnå resultatet. Enkelkretset læring vil ikke ta høyde for at individet som utfører oppgaven er styrt av egne verdier, holdninger og mål. Den forutsetter at en oppgave blir utført på en spesifikk måte, og dersom handlingen ikke gir ønsket resultat, endrer man rutinen eller adferden for å oppnå dette (Argyris, 1974).

Tidligere modeller er laget på at dersom mennesker opplever at handlingene er motstridene verdiene vil mennesket selv korrigere sine handlinger. Argyris (1974) sier at det er et misforhold mellom menneskets handling og dens verdier vil ikke den være selvkorrigerende. Dette kan skilles mellom uttrykt teori- det vi sier at vi gjør, og bruks teori- det vi faktisk gjør.

I organisasjoner vil individet sine egne verdier, og holdninger komme til uttrykk og sette preg på oppgavene som skal gi ønsket resultat. Ved å ta høyde for dette, samt gruppedynamikken og kulturen mellom individene når en skal identifisere en mulig løsning på misforholdet mellom handling og resultat, vil en oppnå dobbelkretset læring (Argyris, 1974).

Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen og von Plessen (2012) viser til behovet for å se helheten i organisasjonen, og kunnskap om prosessen bak de endrede rutiner som en del av dobbelkretslæringen i organisasjonen. Med økt forståelse for kompleksiteten i hverandres oppgaver, gir det bedre grunnlag for å kunne gjøre varige endringer for å forbedre kvaliteten. Læringen må skje både på et individnivå og på et organisasjonsnivå. Dersom en skal endre rutiner og handlinger på et område, må vi kjenne organisasjonen og vite hvordan dette påvirker organisasjonen i sin helhet, og på andre områder. Det vil gjøre endringen bærekraftig.

### 3.3 Læring gjennom organisasjonskultur

Meld St 11 (2018 - 2019) kvalitet og pasientsikkerhet og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019) peker på kulturen i en organisasjon sin betydning for å skape varig endring, og forbedring av helsetjenestene. Organisasjonskulturen er et produkt av de uformelle normer og verdier i en organisasjon, og ansatte kan sosialiseres inn i denne kulturen. De formelle og uformelle normene kan være ulike, men påvirke hverandre gjensidig (Røvik, Roness, Lægreid & Christensen, 2009, s. 52 - 53).

I en organisasjon vil læring forekomme der ansatte må samarbeide om å løse oppgaver, og måten læring skjer på vil avhenge av det sosiale felleskapet. Dette er fordi ulike kulturer vil anvende kunnskap i den kulturelle konteksten de befinner seg i (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 376 - 377). Ved å bruke teori om organisasjonskultur vil jeg kunne forstå de ulike kontekstene som jeg undersøker. Den konteksten de befinner seg i, påvirker både den sosiale og individuelle læringen. Når en leder skal arbeide med avvik, vil konteksten påvirke hvordan

de oppfatter læring, og den institusjonelle kulturen vil påvirke den sosiale kulturen i organisasjonen. I offentlig organisasjoner er tjenestene sammensatte. En kan se på organisasjoner gjennom tre perspektiv. Den instrumentelle har betydning for hvordan organisasjonen reguleres gjennom føringer, politiske vedtak og profesjon. Det kulturelle perspektivet er sammensatt av de indre normer og tradisjoner. Myte perspektivet ser på eksterne betydningen av en organisasjon. De ulike perspektivene er bakgrunnen for at konteksten i de enkelte organisasjonene er komplekst. Komplekse organisasjoner vil måtte tilpasse etter konteksten de befinner seg i, og dermed gjør det læring på tvers av og innad i organisasjoner må ta høyde for konteksten for å være anvendbare (Røvik et al., 2009, s. 194 - 195).

### 3.4 Kvalitet

Definisjon av kvalitet er *«forholdet mellom hva som ytes, og hva som kreves eller forventes»* (Arntzen, 2014, s. 59).

Kvalitet kan deles i tre ulike dimensjoner. Opplevd kvalitet vises til pasienten og brukerens opplevelse. Faglig kvalitet knyttes til utførelsen av oppgavene opp mot pasienter. Ledelsens tilrettelegging av opplevd og faglig kvalitet gjenspeiler ledelsens ansvar for kvalitet i helsetjenesten (Arntzen, 2014).

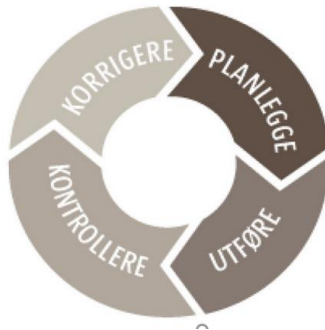
Kvalitet kan vurderes subjektiv, og konsekvensen av de avvikene som er milde eller uten konsekvens for pasientene kan gi utslag i hvordan pasient og pårørende opplever helsetjenesten. Opplevd kvalitet er en subjektiv opplevelse av møte med tjenesten og de som yter helsehjelp. Den faglige kvaliteten vil pasienter ha mindre forutsetning for å kunne gjenkjenne, og møte med tjenesten blir avgjørende (Arntzen, 2014, s. 80). Tillitt i helsetjenesten er viktig for å kunne utøve god sykepleie, og ivaretagelse av pårørende. Kommunikasjon og kvalitet kan bli forringet av manglende tillitt. Ved å ha fokus på læring av avvik vil en kunne stadig utvikle tjenesten og ha en dynamisk tilnærming til pasienter og pårørende.

### 3.4.1 Kvalitetsforbedringsmodellen

Demming sirkel består av fire elementer i en prosess. Denne prosessen er en kontinuerlig prosess, og det er et ledelsesansvar å legge til rette for at arbeidstakeren kan utføre arbeidet sitt uten hindringer i systemet bak. Dette baserer seg på tanken om at medarbeiderens ønsker å gjøre en god jobb, men systemet i organisasjonen forstyrrer dette. Det er da et ledelsesansvar å legge til rette for at arbeidstakeren ikke blir forhindret til å utføre en god jobb (Arntzen, 2014, s. 85 - 86). Dersom noe fungerer dårlig så er det i forbedringsarbeidet fokus på systemet og enheten som skal korrigeres, ikke på enkeltindividene som utfører oppgavene. Like vesentlig er det at utdaterte prosedyrer fases ut og fjernes, og det som skriftlig gjøres ikke er en oppsamling av rutiner som ikke er implementert i organisasjonen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Folkehelseinstituttet har lagt frem sitt forslag for kvalitetsforbedringsmodellen. Denne modellen består av fem deler; Forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp (Konsmo et al., 2015).

Helsetjenesten består av komplekse systemer, som påvirker hverandre. Kvalitetsarbeid i komplekse systemer er komplisert, og det er vanskelig å finne entydig forskning på hva som påvirker hvilken del. Det ligger derimot noen forutsetninger til grunn som må være til stede for at forbedringsarbeid skal lykkes. Ledelses forankring i alle nivå må være til stede, der mål og visjoner for organisasjonen samsvarer og er integrert med det daglige arbeidet. Forbedringsarbeidet må være tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon, og medarbeiderens må være engasjerte og aktive deltagere i arbeidet (Konsmo et al., 2015, s. 11 - 12). Ved å anvende forbedringsmodellen, vil jeg identifisere hvordan meldinger om avvik og uønsket hendelser blir brukt til å forbedre praksis. Kvalitetsforbedringsmodellen er gjengitt i viktige styrende dokumenter om forbedringsarbeid i helsetjenesten, og dermed forventer jeg å finne elementer av dette.

### 3.4.2 Fasene i forbedringsarbeidet



Figur 2 Deming sirkel

(hentet fra Brudvik, 23.01.2010)

Første fase er planlegging. Hensikten med dette er å kunne identifisere hvor i organisasjonen svikt kan forekomme, hvor utviklingspotensialet er, og hvilken elementer som må forbedres. En må ha kjennskap til organisasjonens hovedoppgaver, hvilke forskrifter og lover som regulerer virksomheten, og hvordan interne rutiner og prosedyrer fungerer opp mot kravene. Svikt og uønskede hendelser må kartlegges, og en må finne mulige løsninger og tiltak som kan iverksettes (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Ansattes medvirkning er viktig i denne fasen for å involvere alle ledd i organisasjonen. Pasienter eller representanter for pasientene blir fremhevet i kvalitetsforbedringsmodellen som en viktig faktor for å sikre brukermedvirkning. På denne måten får en belyst flere sider av erfaringsgrunnlaget sett i kontekst av organisasjonens kultur og system, og dermed få en bedre oversikt over hvilke tiltak som bør iverksettes og prioriteres (Konsmo et al., 2015).

Andre fase er utføre. Hensikten her er å sikre at tiltak blir iverksatt i organisasjonen. I denne fasen må en sikre at det som blir iverksatt er som planlagt, og at budskapet i endringen formidler og gjennomføres igjennom organisasjonen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Dette kan en sikre med å innhente indikatorer på at det som skal gjennomføres faktisk blir gjennomført (Arntzen, 2014, s. 86). Ved å iverksette flere tiltak samtidig vil det være vanskelig å identifisere hvilket tiltak som har en effekt på problemet. En begrenset utprøving på en del av organisasjonen vil kunne bidra til at tiltakene kan utprøves og effekten kan vurderes før tiltakene overføres til hele organisasjonen (Konsmo et al., 2015).



Tredje fase er kontrollere. Hensikten er å sikre at prosedyrer og rutiner følges opp regelmessig gjennom internkontroll. At både organisasjonen og individet vil kunne oppnå læring og utvikling er gjennom avvik uønskede hendelser som er en del av internkontrollen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Målingene og effekten av tiltakene må diskuteres med ledelsen, personalet og medarbeider, og på denne måten få innsikt i hva som fungerer og ikke, og om tiltakene er iverksatt som planlagt. Det som fungerer er med å forankre endringene hos personalet, og gi ny læring gjennom praksis felleskapet (Konsmo et al., 2015).

Fjerde fase er å korrigere. Hensikten med denne er å justere og korrigerer prosedyrer og arbeidsmåten for å oppnå det resultatet som organisasjonen har satt seg, dersom eksisterende tiltak er mangelfulle eller ikke gir ønsket resultat (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Dette gjør en ved å identifisere hvor i endringen det ikke fungerte og rykke tilbake, eller ved å fortsette sirkelen videre til ny planlegging. Dersom tiltakene er effektive må endringen arbeides inn i organisasjons system og kultur, og samtidig må det måles på hvorvidt en holder fast på endringen over tid (Konsmo et al., 2015).

### 3.5 Tamme og uregjerlige problem

En karakterisk trekk ved menneske håndterende organisasjoner er at utførende problemer, der problemene krever en tilnærming ved å ta høyde for individenes holdninger, kultur og verdier er at det blir delt opp i mindre håndterbare utfordringer. En søker da å oppnå enkeltkretset læring på de ulike komponentene (Argyris, 1974). Samtidig er dette kompliserte og sammensatte problem der det gjerne ikke finnes enkle løsninger. Rittel og Webber (1973) skrev en artikkel som der han bruker begrepet «tame problems» for problem som enkelt lar seg løse, og «wicked problems» for problem som er mer kompliserte, videre kalt uregjerlige problem.

Tamme problem har en definert årsak, de kan være kompliserte og tidkrevende, men gir klare løsninger som er overførbare, og er tydelig når de er løst (Vabø, 2014b). Tamme problem er operasjonelle, og gir deg et entydig svar på om problemet er løst eller ikke. Formen kan tas ut av kontekst, og overføres til andre (Rittel & Webber, 1973).

En måte å tilnærme seg et problem på er en forskning og kunnskapsbasert måte. Når en skal identifisere problemet og løsningen i et nettverk av komplekse årsakssammenhenger, vil en slik tilnærming gjøre det vanskelig å møte brukerens behov på en måte som kan løse

problemet. Dette vil medføre en misnøye hos brukerne til hvordan helse og sosialtjenesten løser, eller i mangel av å løse problemer (Vabø, 2014b). Bakgrunnen for dette er at det ikke er noe klar årsakssammenheng og løsning, det er et uregjerlig problem. De underliggende komplekse årsakene er uløselige, og problemene kan på det beste løses for at det så dukker opp nye elementer (Rittel & Webber, 1973). En løsning for uregjerlige problem vil være politiske eller normative, men er ikke overførbar til neste, da individuelle forskjeller gir ulike behov. Dette medfører at en kan ta enkeltelementer hos den enkelte og løse disse, uten å løse de underliggende årsakene til problemet. Dersom en finner løsningen, vil en og kunne definere problemet, utfordringen med uregjerlige problem er å identifisere problemet, og dermed finne en løsning. For å forstå uregjerlige problem, må en og kunne forstå konteksten den er i. Dette gjør det vanskelig å operasjonalisere uregjerlige problem, da problemet ikke vil passe inn i et typisk skjema, og dermed vil det heller ikke være en naturlig slutt på prosessen, der en kan si seg ferdig med oppgaven (Rittel & Webber, 1973, s. 161 - 162).

## 4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere hvordan jeg har gått frem for å *velge* data som er innhentet til oppgaven, *hvilke* data som er innhentet, og *hvordan* jeg har gått frem for å analysere.

Innledningsvis vil jeg presentere problemstillingen, og de forskningsspørsmålene jeg har valgt som skal hjelpe meg i å få svar på problemstillingen.

Det er interessant å se hvordan ledelsen i kommunehelsetjenesten kan bruke avvik og uønskede hendelser meldinger til å få overblikk over de kompliserte og enkle problemstillingene som er i kommunehelsetjenesten. I dette vil det være relevant å se hvordan ledere planlegger og gjennomfører tiltak for å redusere konsekvensene av avvik og uønskede hendelser, og hvordan de bruker meldingene om avvik og uønskede hendelser til å forbedre tjenesten på tvers i kommunen, og hvordan de forankrer dette arbeidet i ledelsen. Det er og et interessant i funnet i masteroppgaven til Andersen og Larsen (2014) at avdelingsledere bruker gjerne andre strategier når de skal melde fra om avvik til sine ledere.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene blir derfor:

Hvordan arbeider ledere på ulike nivå i sykehjemstjenesten med avvik og uønskede hendelser, og hvordan blir meldinger om avvik og uønskede hendelser brukt til å forbedre praksis?

1. Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser?
2. Hvordan arbeider og samarbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?
3. Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?

#### 4.1 Design av oppgaven

Skissen for hvordan prosjektet skal legges frem er et forskningsdesign. Dette er retningsgivende for hvordan forskeren tenker å utføre prosjektet (Thagaard, 2018, s. 50). Hvilken informasjon jeg behøver for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene mine, må komme frem i designet av oppgaven (Bukve, 2016, s. 82).

En kvalitativ tilnærming vil gi en forståelse av fenomenet jeg studerer. Når jeg skal undersøke hvordan ledere arbeider med avvik, må jeg og ta høyde for den konteksten de befinner seg i, for å kunne forklare fenomenet gjennom analyser av datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 11 - 12). En kvalitativ tilnærming vil ha en syklisk tilnærming til data, til motsetning ved innsamling av kvantitativ data som følger en lineær tilnærming. Dermed kan en si at en utvikler data gjennom å fortolke funnene underveis i innsamlingen. Dette gir en fleksibel tilnærming til designet i oppgaven (Thagaard, 2018, s. 28).

I denne oppgaven skal jeg undersøke nærmere avdelingsledere og enhetsledere i kommunehelsetjenesten. For å få et utvalg av objekter vil jeg ha behov for å se på flere kommuner. På denne måten kan jeg sammenligne på tvers av kommunestruktur. For å finne svar på problemstillingen vil jeg velge case design. Case design kjennetegnes av at en undersøker en eller flere caser, der hver case er avgrenset av en egen kontekst. I en case studie vil fenomenet bli sett i lys av sin egen kontekst der den oppstår, og i en fler-case studie vil en kunne undersøke likheter eller ulikheter innenfor temaene i oppgaven i de ulike enhetene (Thagaard, 2018, s. 51).

Jeg vil intervju avdelingsledere og enhetsledere på sykehjemmene. Dette gir en innsnevring til å forstå problemstillingen utfra lik kontekst, som her vil være sykehjem. Grunnen til å velge ledere i kommunen er for å få mer kunnskap om ledelse i sykehjemstjenesten, og for å få perspektivene til de som legger rammer for driften, samtidig mottar meldinger om avvik og uønskede hendelser, og skal ha en oversikt over hvilke risikoer og svakheter som finnes i organisasjonen.

## 4.2 Det vitenskapsteoretiske grunnslaget

Det vitenskapsteoretiske grunnslaget gir det teoretiske og metodiske grunnslaget for hvordan data fortolkes og ilegges en mening. Det er en gjensidig påvirkning mellom det teoretiske grunnlaget og mønstre i data som samles inn. De fortolkende teoretiske retningene innbefatter ulike paradigmer som vektlegger mening og betydning. Å tolke data er en gjennomgående aktivitet, og den forforståelsen vi har til prosjektet har sammenheng med hvordan data analyseres (Thagaard, 2018, s. 33).

Hermeneutikk legger vekt på at meningen kan fortolkes på ulike nivå, gjennom å forstå den dypere meningen av det vi studerer. Å fortolke handling, kan vi gi denne en mening som kan gi et bilde på en underleggende struktur. Denne meningen kan forstås i den sammenhengen vi studerer den, og vi kan skildre den «tykk» eller «tynn». En «tynn» skildring gjengis bare det som observeres, en «tykk» skildring beskrives utsagn, sammen med en fortolkning av meningsinnhold. Gjennom fortolkning av det som forskes på kan det skilles på ulike nivåer. Dette kan gi erfaringsnære og erfaringsfjerne begreper. Gjennom dette kan vi fortolke hva som blir sagt og handlet utfra objektets egne fortolkninger, eller vi kan knytte opp teori og begreper fra den samfunnsvitenskapelige til å fortolke innholdet. Førstegradsfortolkning menes at objektet og forskeren fortolker situasjonen på likt. Annengrads fortolkning betyr at forskeren trekker inn det samfunnsvitenskapelige teorier til å forklare meningen. Tredjegradsfortolkning vil forskeren tillegge mening til innholdet (Thagaard, 2018, s. 37 - 38).

I denne oppgaven vil jeg ha en hermeneutisk tilnærming, da meningsinnholdet i datamaterialet fortolkes av intervjuobjektet, men og jeg som forsker vil tillegge den en mening utfra mitt teoretiske ståsted. Jeg vil kunne veksle mellom å se helheten, og studere enkelte deler, å på den måten få en dypere forståelse av det jeg studerer. Dette kalles den hermeneutisk spiral. (Aadland, 2011, s. 188 - 191)

### 4.3 Utvalg

For at fenomenet eller sammenhengene jeg skal forske på skal være representative, må utvalget av caser og informanter være strategisk utvalgt. Ved flere caser øker representativiteten på det fenomenet jeg vil studere. Når informantene ikke kan tilføre noe nye informasjon, oppnår jeg teoretisk metning, som betyr at da har jeg nok informanter (Bukve, 2016, s. 198-199). Jeg vil derfor i punkt 4.5.1 presentere utvalget av kommuner, og i punkt 4.5.2 presentere hvilke nivå på ledelse som er med i utvalget.

#### 4.3.1 Utvalg av kommuner

Ved å bruke tredelingen som KOSTRA rapporten til SSB presenterer deler de inn kommunene i størrelse. Her er det en tredeling der mindre kommunene er med innbyggere under 4999, mellomstore kommuner har innbyggertall på 5000 – 19999, og store kommuner er over 20000 innbyggere (Langørgen, Løkken & Aaberge, 2015).

Mellomstore kommuner før kommunesammenslåingen utgjør pr 2019 143 kommuner i Norge. Av disse ligger 13 kommuner i Hordaland. Dersom jeg utvider området til Sogn og Fjordane får jeg ytterligere 9 kommuner som klassifiseres som mellomstore.

Grunnet å velge mellomstore kommuner er at de er mer oversiktlige enn store kommuner, men de er og store nok til at de har en viss oppdeling av ansvarsområder. Selv om det er 33 små kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane, så er det mer utfordrende å velge disse pga størrelse. I små kommuner er det gjerne mer sammenslåing av kommunale tjenester, som i Eidfjord hvor komunalsjef er for både helse og oppvekst. Lederstrukturene kan og være kortere da det gjerne ikke finnes både enhetsleder på sykehjem og avdelingsledere under. Dette vil jo være betinget av størrelsene på tjenesten i de ulike kommunene. I mellomstore kommuner vil jeg tenke meg at det er større forekomst av avvik og uønskede hendelser enn i mindre kommuner, fordi det gjerne er større avdelinger og flere tilsette i sykehjemmene.

Tilgangen til mellomstore kommuner er gjerne lettere enn i store kommuner. I Hordaland og Sogn og Fjordane er det kun fire store kommuner, som alle er plassert i Hordaland.

På bakgrunn av dette besluttet jeg å velge ut tre mellomstore kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane som etter kommunesammenslåingen 01.01.2020 fortsatt er mellomstore

kommuner. Det var naturlig å velge både Hordaland og Sogn og Fjordane, da fylket etter 01.01.20 ble slått sammen til Vestland.

Størrelsen på de tre kommunene varierer. Det er tre mellomstore kommuner. Den minste kommunen i utvalget er på rundt 5400 innbyggere. Den andre kommunen er noe større med rundt 8100 innbyggere. Den siste kommunen i utvalget er eneste kommune som har vært gjennom sammenslåings prosess fra 01.01.20, og er den største geografiske og antall befolkning av kommunene med rundt 15500 innbyggere.

Utvalget av avdelingsledere og enhetsledere i de ulike kommunene varierte utfra størrelse. De to mindre kommunene hadde henholdsvis ett og to sykehjem med til sammen to og tre avdelingsledere, som gjorde utvalget sårbart. Dette medførte at da en avdelingsleder trakk seg fra intervjuene, så kunne ikke den erstattes. Den tredje kommunen var større og hadde fem sykehjem av ulik størrelse, og dermed flere avdelingsledere til utvalget.

#### 4.3.2 Utvalg av nivå av ledere i sykehjem

Etter å ha sett på organisasjonskartet til mellomstore kommuner i Vestland finner jeg blant annet at de er organisert med tre nivåer, men ulike begrep. Nivå 1 leder er komunalsjef, det er organisatorisk plassert under rådmann. Benevnelsene for komunalsjef indikerer ansvarsområde den leder. Den er ulik i noen av de mellomstore kommunene jeg har sett på og kan variere mellom hva den leder av helse, omsorg, velferd, og sosiale tjenester. Nivå 2 ledere har i mellomstore kommuner ulike benevnelser som enhetsledere, områdeleder og tjenesteleder. Nivå 3 ledere er avdelingsledere.

Bakgrunnen for at jeg har valgt enhetsledere er søk jeg har gjort på internett som viser variasjoner i inndeling av organisasjonene. Begrepsbruken er ulik imellom kommunene, og en observasjon jeg har gjort er at det kan se ut som at begrepet henger sammen med hvem de leder. I de kommunene jeg har undersøkt finner jeg at områdeleier har ofte ansvar for flere tjenester, som eksempel sykehjem og hjemmesykepleie. Tjenesteleder har i funnen mine ansvar for hele tjenesten, som betyr flere sykehjem/heldøgns enheter/omsorgsboliger. Virksomhetsleder og enhetsleder har ansvar for et eller flere sykehjem. Når jeg skal undersøke fenomenet meldinger om avvik og uønskede hendelser i sykehjemstjenesten vil et strategisk utvalg være å velge lik organisasjonsstruktur. Jeg har derfor valgt en struktur der

enhetsleder har ansvar for ett eller flere sykehjem, og det er avdelingsledere under enhetsleder.

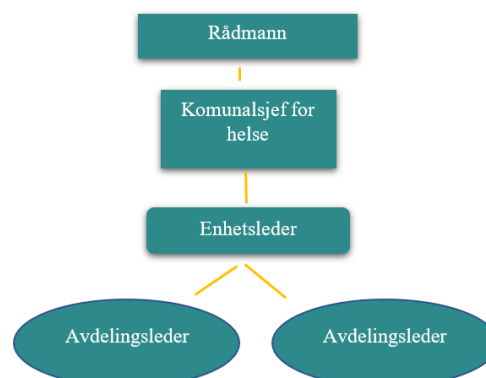
Avdelingsleder sitt ansvarsområde er ansvar for drift og personal på den avdelingen ved sykehjemmet de tilhører. Avdelingsledere på sykehjem er i hovedsak sykepleiere, og av informantene var alle avdelingslederne sykepleiere. Avdelingslederens har i tillegg til daglig drift, direkte eller indirekte kontakt med pasienter, og pårørende, samt de ofte er plassert i samme avdeling som de leder og er tett på helsepersonellet de leder. Hovedoppgavene til avdelingsledere er å påse at driften utøver tjenester med god faglig kvalitet, de har ansvar for økonomien i avdelingen holder budsjettene, og sikre at den daglige driften går som normalt.

Enhetsledere som ble intervjuet er sykepleiere, og har tidligere erfaring som avdelingsledere, og andre lederstillinger. Arbeidsoppgavene er overordnet fagansvarlig for sykehjemmet, økonomistyring, fagansvar på sykehjemmet, med ansvar for at retningslinjer, og prosedyrer er satt i system, og kontinuerlig oppdatering av disse. Personalansvar for avdelingslederne og de støttefunksjoner som finnes på sykehjemmet.

Ved en slik strategisk utvalg vil jeg kunne ivareta anonymiteten med utvalget.

Jeg skal i denne undersøkelsen ikke undersøke kommunalsjefene, dermed vil jeg tenke meg at deres ansvarsområde ikke vil påvirke de funnene jeg finner i denne undersøkelsen. Med ansvarsområde mener jeg hvorvidt de har helse og sosial, helse og omsorg, helse og velferd.

Et organisasjonskart for å vise et representativt utvalg vil da se slik ut:



Figur 3 Illustrasjon på organisering



Utvalget er da en enhetsleder og to avdelingsledere i samme kommune. Jeg har valgt ut tre kommuner i utvalget.

Inklusjonskriteriet må være at enhetslederen har ansvar for avvik og uønskede meldinger gjennom behandling av meldingene, og gjennom å ha ansvar for sykehjemstjenesten, og at avdelingsleder har hovedansvar for å behandle avvik og uønskede meldinger på laveste nivå.

#### 4.4 Fremgangsmåte

Denne oppgaven er meldepliktig, og er søkt om til NSD, som står for «Norsk senter for forskningsdata».

Jeg kontaktet enhetslederne som har ansvar for sykehjem per telefon i de utvalgte kommuner, der informerer eg om prosjektet muntlig, og så sendte jeg mail der jeg la ved informasjon om prosjektet, taushetserklæring, og godkjenning av søknad fra NSD. Jeg bad så om at enhetslederne kontaktet aktuelle avdelingsledere ved sykehjemmet.

Jeg gjennomførte intervjuene ved bruk av lydopptak, og transkribere opptaket etter intervjuene. Opplysninger som indirekte eller direkte kan identifisere personen, er meldepliktig. Det samme gjelder all personopplysning som skal lagres elektronisk (Ringdal, 2018, s. 63). I intervjuene ble personopplysninger holdt utenom opptaket, og var ikke relevant for datainnsamlingen.

Hvilke kommuner jeg har intervjuet i har jeg anonymisert. Dette er fordi det er små forhold, og dermed kan informantene gjenkjennes.

Jeg bad om interne retningslinjer i de ulike kommunen for føring av avvik og uønskede hendelser, men bare en kommune hadde retningslinjer for dette, så det ble ikke inkludert i datamaterialet.

#### 4.5 Datainnhenting

Data til oppgaven samlet jeg inn på bakgrunn av dybdeintervjuene jeg gjennomførte med avdelingsledere og enhetsledere. Jeg brukte en semistrukturert tilnærming til intervjuet, der jeg hadde spørsmålene klare, men tilpasset rekkefølgen underveis i samtalen. Dette gav meg større fleksibilitet, ved at jeg kan spørre spørsmål for å supplere informasjon som objektet forteller (Thagaard, 2018, s. 91). I et dybdeintervju vil det være lav grad av standardisering. Dette gir en mer fleksibel tilnærming, og gir muligheten til å stille utdypende spørsmål og følge opp interessante funn under intervjuet (Ringdal, 2018, s. 124 - 125).

Ved å få interne retningslinjer for avvik og uønskede hendelser ville dette kunne gi meg et bilde på hvordan avdelingsledere og enhetsledere forstod avvik og uønskede hendelse, men på bakgrunn av manglende retningslinjer ble ikke dette gjennomført i denne oppgaven.

#### 4.6 Dataanalyse

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker. Etter hvert intervju i første omgang transkriberte jeg en kortversjon av intervjuene, jeg trakk ut essensen av hva de sa. Jeg hørte gjennom lydfilen flere ganger, og leste det jeg hadde transkribert. Når jeg hadde gjennomført alle intervjuene transkriberte jeg de i sin helhet på nytt. Jeg leste så igjennom intervjuene flere ganger.

Jeg valgte deretter å dele opp data opp i tre kategorier, en for hvert av de tre forskningsspørsmålene. For hvert av forskningsspørsmålene laget jeg en tabell for å trekke ut tematikker som kan hjelpe meg å besvare forskningsspørsmålene. Gjennom denne metoden fant jeg ulike temaer, og disse var grunnlag for analysen. Thagaard (2018) skriver at temaanalyse og kontekstanalyse er to ulike tilnærminger som utfyller hverandre.

Datamaterialet jeg har samlet inn må sees opp mot sin kontekst for å besvare forskningsspørsmålene mine. Gjennom å dele opp forskningsspørsmålene får jeg sammenlignet, og sett motsetninger på tvers av, og innad i, samme ledernivå og kommuner. Dette vil danne grunnlaget for de empiriske funnene, som igjen vil bli diskutert opp mot ulike teorier i kapittel 6.

#### 4.7 Validitet

Gjennom teoretisk transparens kan jeg validere slik at *min* fortolkning av data er gyldig i den konteksten den er studert i. Jeg beskriver i punkt 4.4 det teoretiske grunnlaget for min fortolkning av data, og i punkt 4.8 hvordan jeg analyserer data (Thagaard, 2018, s. 189).

Validiteten på oppgaven kan operasjonaliseres, for eksempel ved at det settes mål på i hvilken grad intervjuguiden er utformet for å få svar på det vi faktisk er ute etter. Dette gjør at det stilles krav til undersøkelsen, med andre ord at vi kan anvende data til å trekke slutninger (Bukve, 2016, s. 99). I kapittel 4 har jeg beskrevet framgangsmåten jeg har brukt for å besvare oppgaven. Intervjuguiden er utformet slik at den skal være dekkende for å få svar på forskningsspørsmålene mine. Jeg har i metoden gitt en grundig beskrivelse til hvordan jeg har gått frem for å samle inn data.

#### 4.8 Reliabilitet

Reliabilitet menes at forskningen er gjennomført på en pålitelig, troverdig og tillitsvekkende måte. I kvalitativ forskning er reliabilitet knyttet opp mot at forskeren må redegjøre for hvordan data er samlet inn. Ved å gjøre forskningen transparent, forklares forskningsstrategi og analysemetoder, så andre kan følge forsknings prosessen. Reliabiliteten kan argumenteres gjennom en reflektert holdning til hvilken betydning forskerens egenskaper og posisjon har på datainnsamlingen i feltet. Gjennom primærdata kan andre se hvilken data som ligger til grunn for forskerens fortolkninger (Thagaard, 2018, s. 187 - 189). Informantene til denne oppgaven var strategisk utvalgt for å besvare denne oppgaven gjennom sine roller som avdelingsleder og enhetsleder. Som forsker hadde jeg kjennskap til konteksten sykehjem, men ikke til de aktuelle kommunene i utvalget. Dette gjorde at jeg måtte være observant i intervjuene på å være nysgjerrig på det de fortalte om, og ikke ilegge svarene en annen betydning utfra den kjennskapen jeg har til sykehjem.

## 5.0 Empiriske funn

I dette kapitlet skal vi se nærmere på funnene jeg har samlet inn gjennom intervju av avdelingsledere og enhetsledere ved sykehjem. Jeg vil presentere de utfra å se de gjennom og besvare de på bakgrunn av de tre forskningsspørsmålene mine. Jeg har delt forskningsspørsmålene mine i temaer, utfra hva jeg fikk frem igjennom analysen. Jeg vil starte med å se i kapittel 5.1 hva avdelingsledere og enhetsledere legger i begrepene avvik og uønskede hendelser. Deretter vil jeg i kapittel 5.2 se nærmere på hvordan avdelingsledere og enhetsledere arbeider om meldte avvik og uønskede hendelser. I kapittel 5.3 skal jeg se på hvilke tiltak avdelingsledere og enhetsledere planlegger og gjennomfører for å forbedre praksis.

### 5.1 Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser?

I dette punktet vil vi se på hvordan avdelingslederne og enhetslederne vi intervjuet forstår disse to begrepene. Dette vil hjelpe oss når vi senere skal belyse hvordan de arbeider og samarbeider om avvik og uønskede hendelser. Jeg starter med avdelingslederne, og hvordan de forstår og definerer begrepene. På samme måte tar jeg for meg enhetslederne. Deretter vil jeg gå kort inn hvorvidt det fins retningslinjer som definerer de to begrepene, hvordan de avdelings- og enhetsledere bruker disse og hvordan de kategoriserer de. Avslutningsvis gir jeg en kort oppsummering.

#### 5.1.1 Avdelingslederne

Avdelingslederne ble innledningsvis spurt om å definere avvik og uønskede hendelser, og de funnene vil jeg presentere først.

Avvik ble av de fem avdelingslederne definert på to ulike måter. To av fem avdelingsledere forklarte avvik som brudd på prosedyrer (f.eks. utenfor våre rutiner og praksis, brudd på prosedyrer). En av de to avdelingslederne definerte det slik «*Der det skjer noe som er utenfor våre rutiner eller praksis*» (A1C). Disse to avdelingslederne arbeide i hver sin kommune, en hadde arbeidet i kommunen som avdelingsleder i 13 år, den andre hadde kortere erfaring som

avdelingsleder, og vært avdelingsleder de siste 4 årene. Begge hadde videreutdanning i ledelse.

Dei tre andre avdelingslederne hadde derimot vansker med å forklare hva et avvik var, og forklarte «avvik» som noe som skjer som ikke skulle skje.

*«Et avvik er noe som ikke skal skje. Det kan få konsekvens for pasienten. Sånn om pasienter ikke får medisinen sin. Det at pasienter ikke får dusje en dag er ikke et avvik sier eg» (A2C)*

Som det går fram av sitatet, relaterer disse avdelingslederne avvik ikke til brudd på konkrete prosedyrer, men til konsekvensen av hendelsen og deres egen vurdering av hvor alvorlig denne konsekvensen er. Denne avdelingslederen åpner derfor for skjønn og individuelle vurderinger av hva et avvik faktisk er.

Disse tre avdelingslederne var i hver sin kommune. En av avdelingslederne var nytilsatt og hadde ikke erfaring fra ledelse, en av de hadde 13 års erfaring som avdelingsleder, og den siste avdelingslederen hadde 3 års erfaring som avdelingsleder og videreutdanning i ledelse. De to sitatene ovenfor viser med andre ord at hvordan avdelingsledere forklarer avvik, varierer faktisk på avdelingsledernivå, mellom kommuner, utfra erfaring

Flertallet av avdelingsledere var også mer usikker på om helsepersonell ville definere «avvik» likt som de, og forstå det likt (for eksempel tror de ville hatt vansker med å definere, det vet eg ikke om de ville definert det likt, litt forskjellig hvordan de definerer det, både ja og nei). Avdelingsledere var samtidig tydelig på at medikamenter var et avvik, noe de og fikk meldt som avvik av ansatte i alle kommunene. En avdelingsleder forklarte medikamentavvikene slik:

*«Legemidler er kanskje den med størst trend å melde avvik på, for det er så innarbeidet rutiner og måter vi gjør ting på, at vi merker fort om det er brudd på prosedyrer eller rutiner. Det er ganske klart for de ansatte hva som er et avvik eller ikke, fordi de er så godt kjent med hvordan det egentlig skal gjøres» (A2B)*

Dette viser at avdelingsleder se sammenheng mellom avvik og tydelige prosedyrer ved sykehjemmet.

Uønskede hendelser var derimot et vanskeligere begrep å forklare. Flertallet (3 av 5) av avdelingslederne hadde vansker med å forstå begrepet uønsket hendelse, to av avdelingslederne var innenfor samme kommune, og ene avdelingslederen forklarte det slik:

*«Altså som ikkje er eit konkret avvik tenker du på? Vi er ikke så vant til å tenkje på dei to tingene som skilt, enten er det et avvik eller så er det ikkje eit avvik. Vi har ikkje noko som heiter uønska hendelser i registreringssystemet» (A2B)*

Den siste avdelingslederen hadde prosedyrer for avviksbehandling, men prosedyren definerte ikke, eller forklarte uønskede hendelser som en hendelse som skulle rapporteres.

Derimot forstod mindretallet (2 av 5) avdelingsledere, i to ulike kommuner, uønskede hendelser likt som enhetslederne, at det er noe som kan skje, som ikke bør skje. En avdelingsleder forklarte det opp mot den tjenesten de yter på sykehjemmene:

*«Det er noko du kanskje må påberegne deg kan skje, men det skal på ein måte ikkje skje hver dag. Men utfra jobben så kan det skje» (A1C)*

Gjennom sitatene ovenfor viser det at avdelingslederne har ikke kjennskap eller forstår uønsket hendelse som et begrep som er innarbeidet i strukturen rundt avvik, når de blir bedt om å forklare begrepet. Det som jeg vil komme tilbake til seinere i teksten vil vise at avdelingsledere likevel klarer å skille mellom de to ulike begrepene når de kan forklare med eksempler og knytt opp mot praksis. Dette kan forstås med at de klarer ikke knytte det opp mot hverdagen når de skal forklare og definere, men de forstår det mer i praksis og knytt opp mot hendelser fra egen erfaring.

### 5.1.2 Enhetsledere

Enhetsledere i datamaterialet forstår i større grad begrepene mer likt. Alle tre enhetslederne definerte avvik som brudd på prosedyrer, rutiner, lover og regler. Følgende sitatet fra enhetsleder *«Brudd på lover og regler eller prosedyrer, som vi har bestemt» (E3)*, viser hvordan enhetsledere forstod avvik.

De tre enhetslederne mente at avdelingsledere ville forstå avvik likt som de.

*«Ikke hundre prosent, tror eg, men eg tror avdelingslederne har meir lik forståelse enn vi og dei tilsette» (E3)*

Begrepet «uønsket hendelse» forklarer enhetslederne også likt, som noe som skjer som du ikke vil skal skje. Uønskete hendelse beskrives også mer nyansert som et glass som knuser uten skade på pasient, negativ effekt for pasientene, at personalet blir slått. Felles er at enhetslederne relaterer dette til pasienter eller ansatte. Som en enhetsleder definerte uønsket hendelse:

*«Det er noe vi ikke ønsker skal skje, noe som har negativ, som her på sykehjemmet, uønskede hendelser er i hovedsak noe som kan få negativ effekt for pasientene våre» (E1)*

Samtidig er grensen mellom avvik og uønskede hendelser heller ikke like klar blant enhetslederne. For eksempel problematiserte en enhetsleder medikamentavvikene som en uønsket hendelse:

*«Det er en uønsket hendelse når en dobbelkontroll på dosett er gjort, men det likevel er feil i dosetten .... Hendelsen blir oppdaget før det har skjedd det avviket, at pasienten har fått feil» (E1)*

Dette kan bety at på samme måte som avdelingsledere bruker skjønn og legger til grunn egne erfaringer, gjør og enhetslederne det når de vurderer meldte avvik og uønskete hendelser

### 5.1.3 Retningslinjer

Ifølge avdelingslederne melder to av de tre kommunene at de har ikke har retningslinjer som forteller de hvordan de skal forstå de ulike begrepene, eller hvordan de skal håndtere meldingene. Alle tre kommunene har tidsfrister for å behandle avvik. (14dager, 10 dager, en måned). I de to kommunene som ikke har rutiner, så er det uklarheter mellom enhetsleder og avdelingsleder hva som faktisk finnes av rutiner (vil tro vi kanskje har, nei det tror eg ikke, de ansatte har en brukermanual). I en av kommune fortalte avdelingsleder at de ikke hadde retningslinjer for hvordan avdelingsledere skal behandle avvik, enhetsleder i samme kommune forteller at de har retningslinjer for det.

*«Hadde trengt kanskje noen klarere retningslinjer på hva som er et avvik og hva som skal behandles som avvik, mer konkret. Av og til syns eg det er noe diffust» (AA)*

*«Ja, det ligger på intranett en forklaring på hvordan vi [alle tilsette] skal gjøre det, og vi har og i KF i rutinene våre avvik i cos doc og definisjon av avvik» (E1)*

Som vist i sitatene over så er ikke avdelingsleder og enhetsleder samstemte, og enhetsleder forklarer rutinene som en retningslinje for tilsette, og avdelingsleder signaliserer ett behov for retningslinjer for mer enn en praktisk fremgangsmåte.

Avdelingsledere og enhetsleder i kommunen med retningslinje var tydelig på at de hadde prosedyre og hvor de fant den, og hva den inneholdt.

*«Ja det har vi, hvordan vi skal gå igjennom det. Den innebærer at eg skal ta det opp med vedkommende, vi skal jo prøve å lukke alle avvik og at det ikke kommer avvik, at de ikke skal komme att fleire ganger. At vi får laget tiltak som gjør at vi ikke får de att fleire ganger» (A2C)*

Som sitatet viser ovenfor så beskriver denne retningslinjen noe av det avdelingsleder skal gjøre, i tillegg til hvordan det skal gjøres.

#### 5.1.4 Kategorier for avvik og uønskede hendelser

Avdelingsledere kan bruke en del like kategorier for både avvik og uønskete hendelser, og en avdelingsleder kan forklare avvik med begreper som (medisinavvik, utagering, skader) og samme avdelingsleder kan forklare uønskede hendelser med like begreper (Fall, verbal og fysisk utagerende, ikke tatt medisin).

Avdelingslederne og enhetslederne har en del felles trekk i hva de kategoriserer som avvik (medikamentavvik) og hva de kategoriserte som uønsket hendelse (vold og utagering). Dette var felles for alle tre kommunene. Som en enhetsleder forklarer uønsket hendelser

*«Du kan ikke melde avvik på menneskelig adferd. Normalområde er større enn det vi tenker i hverdagen» (E2)*



Det var derimot varierende funn på andre kategorier i hvordan de plasserte det som avvik eller uønsket hendelser (dusj, fall, ernæring, sår, skader på/ødelagt utstyr, dokumentasjon). Ikke alle avdelingslederne eller enhetslederne tok opp alle de ulike variasjonene av avvik og uønskede hendelser som kan skje på et sykehjem.

Innad i alle tre kommunen var likevel avdelingsleder og enhetsleder samstemte om hva som var avvik og hva som var uønsket hendelse for alle kategorier foruten om «fall».

Avdelingsledere i en kommune plasserte derimot «fall» som både avvik og uønsket hendelse da de ikke oppfattet alle fall som avvik, selv om det skulle føres som avvik. I en kommune hadde de i rutine at alle fall skulle føres som avvik, og enhetsleder plasserer fall som avvik. Avdelingsleder i samme kommune derimot kategoriserte fall som en uønsket hendelse som vist i sitatet under:

*«Ta sånn som fall av pasienter, om en pasient detter så i mitt hode er det ikke et avvik, men en uønsket hendelse. Men her i kommunen er det sagt at det skal dokumenteres som et avvik, og eg syns det er vanskelig å forsvare for han går jo allerede med rullator og personalet er tett på han, og han detter fordøt. For tiltaket er jo å gå tett på» (A1C)*

Her ser vi at avdelingsleder vurderer her fallet som en uønsket hendelse, fordi det skjedde selv om alle tiltak som de skal gjøre blir fulgt.

### 5.1.5 Oppsummering

Avdelingsledere og enhetsledere forstår begrepene noe ulikt. De vurderer avvik og uønskede hendelser utfra egne vurderinger basert på konsekvensen av avviket og hendelsen.

Avdelingslederne og enhetslederne kategoriserer samtidig avvik og uønsket hendelse likt innafor kommunene, og har i større grad lik oppfatning om hva som er et avvik og hva som er en uønsket hendelse. Dette er funn som er relevant når vi skal se på hvordan enhetsledere og avdelingsledere arbeider og samarbeider om meldte avvik og uønskede hendelser.

## 5.2 Hvordan arbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?

I punkt 5.1 så jeg på hvordan avdelingsledere og enhetsledere *forstod* avvik og uønskede hendelser. I dette kapitlet skal jeg med bakgrunn i intervjuene se på hvordan avdelingsledere og enhetsledere *arbeider med* meldinger om avvik og uønskede hendelser deretter på hvordan de *samarbeider*. Et av funnene i punkt 5.1 var at avdelingsledere og enhetsledere forstod ikke begrepene likt, men de kategoriserer likevel de ulike hendelsene likt i avvik og uønskede hendelser innenfor samme kommune. Dette er til hjelp i dette kapitlet, for når de da snakker om avvik (medikament avvik) eller uønskede hendelser (utagering og vold) så har de beskrevet forløpet utfra om det var et avvik eller uønsket hendelse. Alle tre kommunene rapporterer at de oppfordrer ansatte til å føre vold, utagering, uro som avvik i avvikssystemet, men likt for de tre kommunene var at de beskrev det som en uønsket hendelse. Dette var noe alle tre kommunene snakket om, når de først oppfordret ansatte til å melde og sa at vold er et avvik, meldte de ansatte det som et avvik i pasientjournal og kommunalt avvikssystem.

I alle tre kommunene fører helsepersonell meldinger om avvik og uønskede hendelser i både pasientjournal (Geric, Cos-doc) og i kommunalt system (KF, Simployer, ACOS).

### 5.2.1 Hvordan arbeider avdelingsledere med meldinger om avvik og uønskede hendelser?

I alle tre kommunene var det avdelingslederne som behandlet avvik som ble meldt i avdeling av helsepersonell. I de meldte avvik og uønskede hendelsene er det avdelingsleder som har hovedansvar for å behandle og iverksette tiltak, og gi tilbakemelding til helsepersonellet som meldte fra om avviket om hvilke tiltak som blir iverksatt. I de tre kommunene behandlet avdelingsledere meldte avvik i kommunalt avvik system.

Forskjellen på de tre kommunene var i pasientjournal, der meldte avvik og uønskede hendelser ble håndtert ulikt. Avdelingsledere leste meldte avvik i pasientjournal, men det var kun i en kommune disse ble behandlet og iverksatt tiltak på bakgrunn av meldingen. Den andre kommunen knyttet dokumentasjonen rundt det meldte avviket opp mot pasientjournal, men selve meldingen om avvik eller uønsket hendelse ble ført i det kommunale systemet. Den tredje kommunen leste alle meldinger om avvik og uønskede hendelser i pasientjournal, men iverksatte ikke tiltak eller undersøkelser på bakgrunn av meldingene alene.

Alle fem avdelingsledere jeg intervjuet fortalte meg at de arbeidet i hovedsak alene om å håndtere avvik og uønsket hendelser som ble meldt. De har ansvaret for å behandle alle avvik som blir meldt av helsepersonell på deres avdeling.

Avdelingslederne forteller at i hovedsak er meldte avvik og uønskede hendelser opp mot pasientene, og konsekvensen av hendelsen. Som at en pasient ikke får medisinen sin på kveldsvakt, eller dersom en pasient faller. De forteller om en økning i antall meldte uønskede hendelser på vold og utagering der helsepersonellet eller andre pasienter blir skremt, skadet, eller slått.

Avdelingslederne forstår avvik som noe som kan skje, eller som brudd på prosedyrer og rutiner, men de gjør vurderinger utfra konsekvensen og hendelsen.

Avdelingslederne melder at de i større eller mindre grad har dialog med helsepersonell etter de har meldt et avvik. Gjennom dialogen får de utfyllende informasjon om hva som har skjedd, og hvilke tiltak som ble iverksatt umiddelbart, dersom det ikke kommer frem i avviksmeldingen. En avdelingsleder beskriver dialogen mellom avdelingsleder og helsepersonell i avdelingen følgende *«Så langt det lar seg gjøre så skriver de så detaljert at eg ikkje må be om ytterligere opplysningar, men i nokon tilfeller må eg jo det»* (A2B). Dette forteller at avdelingslederne må i varierende grad innhente ytterligere opplysninger for å kunne behandle avvik og uønskede hendelser. De tre avvikssystemene er ulike fra hverandre, men et av funnene er at avdelingslederne forteller at det kommunale avvikssystemet er dekkende for å kunne få svar på det de lurer på, men de forteller at helsepersonell i avdelingen ikke alltid fyller ut mer enn bare selve hendelsen. Som en avdelingsleder forteller *«Det eg skulle ønske var at dei [helsepersonell] hadde kanskje av og til komme med forslag til tiltak eller endringer»* (A1B).

Fremgangsmåten for behandling av avvik meldt i avvikssystemet var likt i de to av de tre kommunene. Når de mottar en melding om avvik eller uønsket hendelse i det kommunale avvikssystemet eller i pasientjournal, så leser de avviket, og utfra innholdet snakket med den som har meldt avviket. Deretter gjør avdelingslederen nødvendige undersøkelser (lese journal, snakke med involverte, se på dokumentasjon). Flertall av avdelingslederne tar de det opp med helsepersonellet som hadde vært involvert i avviket eller den uønskede hendelsen utfra meldingens art, og gjentakelse, og så ble det diskutert i felleskap på personalmøtene før

meldte avvik eller uønskede hendelsen ble lukket ved at avdelingsleder dokumenterte tiltakene som ble utført i forbindelse med avviket.

Den kommunen som ikke følger denne fremgangsmåten, beskriver en forenklet behandling av meldte avvik og uønskede hendelser. Der blir det fortalt at meldingene blir behandlet ved at hun samler opp lignende meldinger om avvik og uønskede hendelser. Ett eksempel var medikamentavvik der det er feil i dosetten, for så å ta det opp med sykepleierne i et sykepleiermøte. Som avdelingsleder beskrev det så *«Det er vanskelig når eg sitter og behandler avvik, så er det ikke, eg må gjøre ganske mye for å finne ut hvem som har gjort denne feilen, så da blir det bare generell informasjon»*. I denne kommunen ble det laget en tilbakemelding i avviket eller den uønskete hendelsen som var meldt slik at den som har meldt fikk en tilbakemelding. På spørsmål om hvordan denne avdelingsleder håndterer vanskelige avvik så svarer hun *«ja det blir å informere og informere, det blir jo på gruppenivå [sykepleiermøter, avdelingsmøter, nattevakts møter] mye»* (AA).

En kommune hadde nylig startet med å ta opp avvik på personalmøte (siste halvåret) og hadde sett en positiv utvikling i at antall avvik hadde økt *«før eg gjorde det kunne det gå fire måneder mellom hvert avvik, og eg vet det skjer avvik i hverdagen»* (A1C). Det samme funnet finnes i en kommune som konsekvent over flere år hadde tatt opp avvik med personalet både individuelt og gruppe gjennom blant anna avdelingsmøter. Hun kunne fortelle det at i en oversikt innad i kommunen så hadde dette sykehjemmet i større grad flere avvik enn andre sykehjem i kommunen.

Avdelingslederne forteller at helsepersonell på avdelingene melder fra om avvik også på andre måter enn gjennom det kommunale avvikssystemet eller pasientjournal. I to av kommunene forteller de at de ikke tar imot meldte avvik som blir gitt muntlig, men de oppfordrer de ansatte til å skrive det i systemet. En avdelingsleder forteller *«de sier en ting muntlig, og så tar eg den ballen og begynner å jobbe med den, så når alt kommer til sitt så sier de at det var jo ikke helt sånn eg mente det, og derfor syns eg, få det[avvik] skriftlig, da er det deira ord og deira opplevelse»* (A1C).

I den siste kommune melder avdelingsleder at muntlig og skriftlige henvendelser blir begge behandlet. De muntlige henvendelsene blir ikke registrert i avvikssystemet, men kanskje dokumentert i pasientjournal. Avdelingslederen beskriver denne håndteringen særlig opp mot uønskede hendelser, der uro og utagering gjerne blir meldt muntlig og tiltak blir iverksatt for å

forhindre at pasientene skader hverandre eller personalet. Dersom det skjer en skade, forklarer avdelingsleder at da blir det ført et skriftlig avvik. Samtidig forklarer flere avdelingsledere at de oppfatter gjennom dialog med helsepersonellet i avdelingen om det er hendelser som avdelingsleder må håndtere, særlig knyttet opp mot utagering og vold blant pasienter, det som de forklarer som uønsket hendelser, men at de ønsker at konkrete hendelser skal dokumenteres i kommunalt system eller pasientjournal. Avdelingslederne tar frem morgenrapporter og samarbeidsmøter om pasientene som et fora de tar opp krevende situasjoner, særlig vold og utagering.

### 5.2.2 Hvordan arbeider enhetsledere med meldte avvik og uønskede hendelser

Som vist til punkt 5.1, forstår enhetslederne i de tre kommunene begrepene avvik og uønskede hendelser tydeligere som to ulike begrep, men hvordan enhetsleder arbeidet med meldte avvik og uønskede hendelser er likt utfra hvordan det blir meldt.

Enhetslederne forteller at de avvikene og uønskede hendelsene de får ofte er overordnet på tvers av enheter eller på bygget. Enhetslederen forteller om melding om at støynivået i vaskeriet var skadelig høyt. Dette hadde de tilsette i vaskeriet klaget på i mange år, men det var først når det kom et avvik på det, at enhetsleder ble oppmerksom på at det var et problem, og de kunne starte undersøkelser for å vite hvilke tiltak de skulle iverksette. En annen enhetsleder forteller om utstyr som ikke fungerer som alarmsensorene på sykehjemmet, ødelagte hjelpemidler, og hendelser som går på tvers av enheter, som eksempel mellom hjemmesykepleien og sykehjemmet som handler om manglende samarbeid som gir konsekvenser for pasientene.

Når enhetslederne mottar skriftlige avvik og uønsket hendelser i det kommunale avvikssystemet, er det likevel lite de kan behandle helt alene. Enhetslederne henvender seg til den som har meldt, og helsepersonellet som har vært involvert, for å gjøre undersøkelser. De vil ta kontakt med avdelingsleder for helsepersonellet, eller den avdelingen hendelsen har skjedd. Dersom det er avvik eller uønsket hendelse på bygget og/eller avvik eller uønsket hendelse som skal behandles av andre, som eksempel teknisk etat eller en annen enhet, vil de ta kontakt per telefon eller mail for å formidle avviket videre. I tillegg vil de videresende avviket i avvikssystemet til rett enhet. Enhetslederne forteller at de kommer med skriftlige tilbakemeldinger og formidler disse tilbake til den som har meldt avviket.

En enhetsleder kunne fortelle at hun gjerne fikk avvik og uønskede hendelser meldt til seg fra helsepersonell fra sykehjemmet, dette knyttet opp mot sykepleiere som har ansvar for alle avdelingene og ikke er på en spesifikk avdeling (områdesykepleier, nattevakt).

Henvendelsene her kunne være om telefon og alarmsystemet som ikke fungerte optimalt, utstyr som senger og heiser som var ødelagt eller ikke satt på ladning, skader på bygg, og hendelser knyttet opp mot brannsikkerhet og sikkerhet som dører som ikke gikk i lås. Dette var henvendelse som i hovedsak ble formidlet per mail og ikke i det kommunale avvikssystemet. Dette ble forklart av enhetsleder at de tilsette helsepersonellet på sykehjemmet ikke kunne velge hvem som var mottaker av meldingen om avvik. Dette var og en problemstilling de andre enhetslederne tok opp. Enhetslederne kunne ikke få direkte henvendes i avvikssystemet av helsepersonell på avdelingene, meldingen om avvik og uønsket hendelse måtte sendes videre fra avdelingsleder. Dette kan forklare funnene med at enhetsleder i hovedsak får sendt meldinger om avvik og uønsket hendelser fra andre enhetsledere og teknisk etat.

Enhetsleder forteller og at de ikke behandler avvik i pasientjournal, det er avdelingsleder sin rolle, men de følger med og har oversikt over avvikene som blir meldt der. Det som meldes i pasientjournalen brukes gjerne i rapporter, som eksempel medikamentavvik som blir tatt med i kvalitetsutvalget sammen med farmasøyt. Samtidig mottar enhetsleder avvik som gjelder pasienter. De beskriver da hendelser som går på tvers av enhetene, som eksempel hjemmesykepleien og sykehjem, eller hjemmesykepleien og psykisk helse og rus, der samarbeidsutfordringer mellom helsepersonell i de to ulike tjenestene blir skissert.

Avdelingslederne forteller at de selv melder sjelden avvik eller uønskede hendelser til enhetsleder. Slik en avdelingsleder forteller «*Eg kan melde dersom eg har noe å melde, men det har eg ikke gjort*» (AA). En avdelingsleder forklarer det med at «*Nå har eg mest administrativt arbeid, men når eg er på avdelingen og jobber så oppdager eg og avvik, og da registrer eg det på lik linje som eg hadde vært ansatt og da kommer det til meg, og da må eg behandle de[meldinger om avvik og uønsket hendelser]*» (A2B). Dette er likt for alle avdelingslederne, at årsaken til at de ikke sender meldinger om avvik og uønskede hendelser er knyttet opp mot arbeidets art og de administrative oppgavene.

Avdelingslederne beskriver at dersom de har behov for det så kan de melde fra til sin enhetsleder for å få hjelp. Avdelingsledere kan videresende meldinger om avvik og uønsket

hendelser som oppstår på avdelingen til enhetsleder. Dette var sammenfallende i alle tre kommunene og avdelingslederne forklarer det på følgende måte

*«Eg prøver å løse det [avviket] selv, men går det ikke så tar eg kontakt med min leder» (A1B)*

*«Ja viss eg syns det er utfordrende ting som blir meldt inn så diskuterer eg det med min leder, men er det mer sånne dagligdagse, så diskuterer eg det ikke med hun» (A2C)*

*«Eg sender det ikke videre men eg må diskutere det med mine kollegaer [avdelingsleder og enhetsleder]. Eg har ikke opplevd å ikke lukke det» (AA)*

Som vist gjennom sitatene over så er det ikke hvilke som helst saker de melder videre om til enhetsleder.

Enhetsledere forventer å bli involvert i de meldingene der enhetsleder må vurdere økonomien, dersom tiltakene som skal iverksettes er kostnadskrevenne, som eksempel meldinger om uønsket hendelser der tiltakene er å ha flere helsepersonell på jobb.

### 5.2.3 Hvordan samarbeider avdelings- og enhetslederne om meldte avvik og uønskede hendelser

De tre kommunene jeg undersøkte forteller om samarbeid både i strukturerte møter, men og med andre aktører, og gjennom andre tilnæringsmåter enn møter. Avdelingsledere og enhetsledere beskriver både hvem de samarbeider med og hvordan de samarbeider med annet personell rundt seg. I alle tre kommunene så er det noenlunde likt innad i kommune hvordan de samarbeider.

Avdelingslederne bruker ulike tilnæringer til å kommunisere til enhetsleder når de har avvik og uønskede hendelser de ønsker å løfte opp eller få hjelp til. Som en avdelingsleder beskriver det *«Det mest effektive er enten å ringe å si at nå må vi sånn og sånn, eller vi er nødt å gjøre.. eller faktisk bare ta det på avdelingsledermøte så blir det en konkret sak på det» (A2B)*. Som dette sitatet forteller så har de mulighet til å ta opp saker som gjelder meldte avvik og uønskede hendelser i faste møtefora.

Avdelingsledermøte er møte mellom avdelingslederne og enhetsleder. I dette møte kan de ta opp meldte avvik og uønskede hendelser. I dette møte fremhever alle tre kommunene at de

kan ta opp meldte avvik og uønskede hendelser dersom det er noe de har behov for hjelp til, eller ønsker å få innspill fra andre avdelingsledere hvordan det er løst.

Avdelingsledere og enhetsledere beskriver et godt samarbeid på de meldingene om avvik og uønsket hendelser de faktisk arbeider sammen om å løse. Avdelingsledere forteller at de behandler de fleste sakene selv, men samarbeider om meldinger om avvik og uønskede hendelser som er kostnadskreven, og beskriver et samarbeid der meldinger om avvik og uønsket hendelser gjentar seg, der tiltakene avdelingsleder iverksetter ikke er tilstrekkelig.

Avdelingslederne forteller om at de kan samarbeide også med andre om meldte avvik og uønskede hendelser, men at de i hovedsak behandler de alene. Avdelingslederne forteller at de kan henvende seg til andre avdelingsledere eller enhetsleder dersom de har behov for det. Avdelingslederne forteller om godt samarbeid med de andre avdelingsledere. Både enhetsledere og avdelingsledere forteller om at de mellom seg holder en dialog per telefon, personlige møter, og mail for å diskutere og få bistand til problemstillingene knyttet opp mot avvik og uønskede hendelser når det er behov for det, men forteller likevel at det ikke blir gjort så ofte, for de håndterer de i hovedsak alene. Flere av avdelingslederne beskriver at de ønsker at avdelingsledere seg imellom skal ha mer dialog om de avvikene som blir meldt, for å kunne få hjelp og innspill til å behandle meldingene om avvik og uønskede hendelser.

Avdelingslederne forteller at de ikke samarbeider med enhetsleder om meldte avvik og uønskede hendelser som beskriver dagligdagse feil som skjer i avdelingen. Som en avdelingsleder forteller på spørsmål om samarbeid om meldte avvik og uønskede hendelser i avdelingen: *«Nei, ikke sånne [dagligdagse feil]. Alt går jo inn i pasientjournal eller avvikssystemet, og hun ser jo at avviket blir skrevet, men mer enn det involverer eg hun ikke, og ikke rapporterer eg det heller»* (A1C). Dette sammenfaller med det handlingsrommet som avdelingsledere beskriver at de har for å håndtere problemstillingen selv på egen avdeling.

Det som både enhetslederne og avdelingslederne forteller om er at de har en utvalgt kollega de støtter seg til, og gjerne diskuterer meldte avvik og uønskede hendelser. For avdelingslederne var det i hovedsak en annen avdelingsleder, som de hadde tettere kontakt med. For enhetslederne var dette gjerne en annen enhetsleder eller en annen støttfunksjon utenom avdelingene. Det som var felles var at de beskrev samarbeidet godt, og at de ofte nevnte denne kollegaen som den de diskuterte med dersom de trengte bistand eller hjelp.



#### 5.2.4 Hvem samarbeider enhetsleder og avdelingsledere med?

Avdelingsledere og enhetsleder peker på at de samarbeider med de tilsette i avdelingen, verneombud, tillitsvalgt og legen tilknyttet sykehjemmet når de arbeider med et meldt avvik og uønsket hendelse.

Avdelingslederne og enhetslederen har møter med tillitsvalgte og verneombud regelmessig, formen i møtene er strukturert noe ulikt, men aktørene er de samme. I disse møtene møter enhetsleder, avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud, og diskuterer ulike saker som angår sykehjemmet, personalet, og arbeidsforhold. I disse møtene forteller avdelingsledere og enhetsledere at de tar opp både meldte avvik og uønskede hendelser som informasjonssaker, men og som diskusjonssaker. Her forteller og noen avdelingsledere at verneombudene kan og melde opp saker som er meldt som avvik eller uønskede hendelser til dette utvalget.

Kommunene melder om ulike møtehyppighet fra fire ganger i året til månedlig.

Avdelingslederne forteller og at de samarbeider med de tilsette i avdelingen om meldte avvik og uønskede hendelser. Dette er strukturert med å ha meldte avvik og uønskede hendelser som et fast punkt på avdelingsmøtene der avdelingsleder har møte sammen med helsepersonellet i avdelingen. De samarbeider og med helsepersonellet i avdelingen ved at de som melder et avvik og uønsket hendelse kan skriftliggjøring hva de tenker er årsaken til hendelsen og hva de tror kan forhindre at det skjer igjen. Avdelingslederne beskriver og den daglige dialogen med helsepersonell som en viktig faktor i samarbeidet, der de gjerne diskuterer og henter inn opplysninger i avdelingen fra helsepersonellet. Avdelingslederne forteller og om sykepleiermøtene som er møte mellom avdelingsleder og sykepleieren i avdelingen som et sted der meldte avvik og uønsket hendelser kan diskuteres eller informeres om. Andre fora som blir brukt er gjerne den daglige dialogen i morgen rapporter, dette er tiden på morgningen når helsepersonellet i avdelingen møtes for å planlegge dagen, og eventuelt ta opp situasjoner som har vært eller problemstillinger rundt pasientene. Flere avdelingsledere deltar på morgen rapporten, som gir de god innsikt i hvilke utfordringer som helsepersonellet står i i hverdagen. Et annet fora som blir tatt opp er samarbeidsmøter om pasientene. Her blir den enkelte pasient diskutert og det blir evaluert tiltak rundt pasienten eventuelt iverksatt nye tiltak, noe som blir besluttet i dette fora her. Avdelingslederne forteller at de kan ofte fange opp dersom det er uønsket hendelser knytt til enkelt pasienter som de må følge opp i disse møtene.

Enhetslederne og avdelingslederne beskriver et samarbeid med tilsynslegen, som er legen som har ansvaret for pasientene på sykehjemmet, når de får meldt et avvik eller uønsket hendelse. Samarbeidet med tilsynslegen er dersom det er medisinske spørsmål, som medikamentavvik, eller meldinger om uønsket hendelser på uro, utagering eller vold. Dette melder de som en god samarbeidspartner og er ofte med i beslutningene om hva som skal iverksettes av tiltak, eller støtter opp under de tiltakene som blir iverksatt for å gi legitimitet.

Avdelingslederne forteller og at dersom det er kompliserte pasienthendelser som medfører avvik eller uønskede hendelser, da særlig uønskede hendelser om uro, vold eller utagering, så samarbeider de med spesialisthelsetjenesten om tiltakene opp mot disse avvikene.

Bedriftshelsetjenesten er og en samarbeidsaktør for avdelingslederne og enhetsleder med tanke på å kartlegge og undersøke forhold som blir meldt som avvik eller uønsket hendelse som går på de ansatte sin arbeidshverdag. Dette beskriver en avdelingsleder var effektivt for å undersøke hvilket tiltak som må iverksettes i forhold til solskjerming i avdelingen når det var varmt, og de ansatte meldte avvik på høye inne temperaturer.

Enhetslederne samarbeider ofte med andre enheter, særlig teknisk enhet. Dette samarbeidet beskriver de ulikt fra kommunene, og enhetslederne har ulike erfaringer med å melde avvik til andre enheter. Som enhetslederen beskriver det «[Jeg] ser ikke hensikten i å sende slike avvik,.. da erfaringen er at dersom eg må samarbeide med for eksempel bygg- og eiendomsavdelingen, da fungerer det ikke å sende et avvik» (E2). En enhetsleder forteller at dersom hun trenger bistand fra teknisk avdeling så melder hun det som et avvik og erfarer at det fungerer.

### 5.2.5 Oppsummering

Avdelingsledere vurderer selv hva de anser som avvik og uønsket hendelse, og gjør egne vurderingen basert på egen oppfattelse av hva som er et avvik eller uønsket hendelse. Dette kan henge sammen med manglende retningslinjer. Som vist til i kap 5.1 så har en kommune retningslinje for avvik, og to av kommune fortalte at de ikke hadde retningslinjer for avvik. Ingen av kommunene var kjent med begrepet uønskede hendelser, og hadde heller ikke retningslinjer for hvordan de skulle arbeide med det.

Det kommunale avvikssystemet er godt nok til å kunne få utfyllende informasjon, men avdelingslederne forteller at helsepersonell i avdelingen ofte fokuserer på hva som har skjedd, og konsekvensen, ikke hvorfor det skjedde eller hvordan en kan hindre at det skjer igjen.

Flertallet av kommunene avviser muntlige henvender om avvik og uønsket hendelser, men kan likevel håndtere meldinger om uønsket hendelser dersom det kommer frem i dialogen med helsepersonell. Dette kan bety at diffuse meldinger med flere mindre hendelser om for eksempel uro, utagering og vold blir håndtert uten at det blir dokumentert.

Enhetslederen behandler i hovedsak meldte avvik og uønskede hendelser som forekommer på tvers av enhetene, eller meldinger som gir konsekvenser for bygget og utstyr på huset.

Avdelingsledere melder selv sjeldent avvik eller uønsket hendelser til enhetsleder.

Enhetsledere bistår avdelingsledere til å løse kompliserte eller gjentakende avvik og uønskede hendelser, samt meldinger som har en økonomisk konsekvens for avdelingen for å iverksette tiltak. Dette samarbeidet er til dels strukturert i faste møtepunkt, men og basert på uformell kontakt mellom enhetsleder og avdelingsleder.

Avdelingsledere og enhetsledere involverer helsepersonell i avdelingen når de arbeider med meldte avvik og uønsket hendelser. Dette gjør de ved å innhente opplysninger om hendelsesforløpet.

I arbeidet rundt et meldt avvik eller uønsket hendelse, vil både avdelingsleder og enhetsleder samarbeide med annen personell enn bare helsepersonell i avdelingen. Strukturen rundt dette samarbeidet er tilfeldig, og basert på at de vet hvem de skal henvende seg til.

### 5.3 Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?

I punkt 5.2 har vi sett på hvordan avdelingsledere og enhetsledere arbeider med meldte avvik og uønskede hendelser. Denne kunnskapen gir et godt grunnlag når vi nå skal studere hvordan de følger opp slike saker og hvordan de arbeider med å planlegge og iverksette tiltak for å forbedre eksisterende praksis ved sykehjemmet. Selv om avdelingslederne forteller at de arbeider alene med denne type saker, beskriver de i forrige kapittel et ganske omfattende arbeid sammen med andre avdelingsledere, enhetsleder, sykepleiere, leger og annet helsepersonell. Generelt forteller enhetslederne at de er involvert i meldte avvik og uønskede hendelser som ofte er mer overordnet og går på tvers av avdelinger, enheter og bygg, mens avdelingsledere i større grad mottar meldinger om avvik og uønsket hendelser som er pasientorienterte eller gjelder hendelser knyttet for eksempel, til bygget eller til utstyr i avdelingen.

I det følgende vil jeg ta for meg hvordan enhetsledere og avdelingsledere går fram når de følger opp meldinger (5.3.1), når de velger tiltak (5.3.2), og når de innfører disse nye tiltakene (5.3.3). Til slutt vil jeg fortelle hvordan avdelingsledere involverer helsepersonell i avdelingen når de mottar meldinger om avvik og uønskede hendelser, som involverer enkeltpersoner direkte (5.3.4).

#### 5.3.1 Oppfølging av mottatte meldinger

Både avdelingsledere og enhetsledere beskriver grundig i intervjuene hvordan de går fram når de skal følge opp meldinger om avvik og uønskede hendelser. Når det gjelder avdelingslederne, forteller de at de mottar slike meldinger på et strukturert skjema, i to av kommunene på elektronisk form, i den tredje kommunen på papir. Ut fra meldingen finner de ut hvem som var på arbeid den aktuelle vekten, hva som står i pasientjournalen og hvem som har skrevet meldingen om avvik eller uønsket hendelse. Så iverksetter de (avdelingsledere) undersøkelser for å kunne behandle avviket. Avdelingslederne forteller at det kan gjennom disse undersøkelsene noen ganger er enkelt å forstå hvorfor avviket skjedde, andre ganger krever det litt mer undersøkelser og leting for å forstå hva som gikk galt. Som en avdelingsleder sa «*Det blir detektivarbeid, for da måtte eg grave litt*» (A2B), dette utsagnet speiler hva de andre informantene fortalte, at de ofte tar kontakt med helsepersonell som er

involvert for å undersøke nærmere hva som har skjedd, slik at de kan få et bedre bilde av hendelsen.

For enhetsledere er situasjonen en annen. De forteller at de i hovedsak mottar avvik og uønskede hendinger fra andre enheter, som eksempelvis hjemmesykepleien og at de må snakke med både involvert helsepersonell og avdelingsledere for å få belyst hendelsesforløpet. De meldte avvik og uønsket hendelse som de mottar forteller de at er tydeligere, og for disse kan det noen ganger være enklere å fastslå om hendingen er et avvik eller ikke. En enhetsleder forteller at hun tenkte umiddelbart at dette måtte være et avvik og startet nærmere undersøkelser, med å snakke med involverte helsepersonell, avdelingsleder, og enhetsleder for den tjenesten som hadde meldt avviket. Etter på gikk hun igjennom rutinene som omhandlet saken, og snakket med fagsykepleier. Som hun formulerte det i intervjuet:

*«Jeg må gå litt i dybden av det som har skjedd og prøve å tenke hvordan skal vi gjøre dette så det ikke skal skje en gang til. Det er det jeg tenker avvik handler om» (E1).*

Dette gjenspeiler hva de andre enhetslederne forteller, at de i stor grad må involvere flere andre for å kunne behandle ett meldt avvik eller uønsket hendelse, i dette tilfelle også fagsykepleier.

Avdelingslederne forteller at de involverer sin enhetsleder dersom det er meldinger som de opplever som vanskelige å håndtere alene. Ikke minst gjelder det når de opplever avvik som gjentar seg, til tross for at de gjerne har snakket om de, og gjerne prøvd å iverksette tiltak for å redusere at det skjer. Likevel så opplever de at de mottar de samme meldingene om avvik og uønsket hendelse. Som en avdelingsleder forteller *«Da snakker jeg med hun [enhetsleder] om jeg føler det er avvik som går att hele tiden» (A2C)*. For alle avdelingslederne gjelder det at de kan ta kontakt dersom det er alvorlige avvik, eller dersom de er usikre på hvordan det meldte avviket eller den uønskede hendelsen skal håndteres

### 5.3.2 Valg av tiltak

Når avdelingsledere og enhetsledere har undersøkt nærmere meldingen om avvik eller uønsket hendelse, skal de legge inn forslag til tiltak i det kommunale systemet, eller vedlegg til melding om avvik og uønsket hendelse på papir. Tiltakene som avdelingsledere og enhetsledere beskriver kommer på bakgrunn av det konkrete innholdet i meldingen og undersøkelsene de har gjort. Avdelingsledere kan få innspill til forslag til tiltak ved å ta opp meldingen på avdelingsmøter, som en avdelingsleder forteller «*Da spør jeg de på avdelingsmøte, hva kan vi gjøre for at det ikke skal skje igjen, ofte kommer de [helsepersonell] med noen forslag og så må kanskje jeg og komme med noen forslag, så prater vi rundt det, så blir vi enig om hva vi skal gå for*» (A1C).

Det må nevnes at den som *melder* avviket og den uønskede hendelsen også selv kan legge inn forslag til tiltak, dette forteller avdelingslederne at ikke alltid blir gjort, og at det er i hovedsak avdelingsledere sammen med helsepersonell, alene, eller sammen med sin leder som legger inn forslag til tiltak i meldingen om avvik og uønsket hendelse. Dette forteller avdelingsledere at de i hovedsak gjør alene, og de kan fortelle at noen av meldinger om avvik og uønsket hendelser handler om å følge retningslinjen, og tiltaket blir da at de skal følge retningslinjen som er laget.

I intervjurunden er det først og fremst noen tiltak som går igjen, disse vil jeg prøve å belyse i dette kapittelet. Det finnes naturlige variasjoner mellom avdelingene og kommunen for i hvilken grad de ulike tiltakene ble vektlagt. Et fellestrekk er at tiltakene bygger på erfaringer som avdelingsleder og enhetsleder har gjort seg, og de viser til at de har opplevd at det har fungert tidligere.

Et tiltak kan være endring av eksisterende retningslinjer, eller at en må lage nye. Dette kan skje ved at avdelingsleder selv foreslår og endrer *retningslinjer*, eller ved at avdelingsleder melder fra om dette videre til enhetsleder og enhetsleder gjør endringer på bakgrunn av meldingene. Avdelingsledere kan på bakgrunn av meldte avvik og uønsket hendelser gjøre endringer også på tiltaksplaner som er knyttet mot pasient. Dette kan blir gjort gjennom faste møter mellom lege og helsepersonell, gruppemøter der helsepersonell sammen med avdelingsleder og lege diskuterer pasientene, eller på bakgrunn av rapporter og dialog i rapportmøtene Som en avdelingsleder forteller så «*vi endrer ikke nødvendigvis prosedyre,*

*men vi [avdelingsleder, helsepersonell, lege] har pasientmøte... da tar vi opp pasientene og endrer på tiltaksplanene» (A2C).*

Ifølge enhetslederne godkjenner de som regel de interne retningslinjene som skal gjelde for sykehjemmet. I tillegg er de delaktige i å utarbeide retningslinjer som skal gjelde for hele tjenesten eller på tvers av tjenestene. Et eksempel på dette er medikamentretningslinjene som gjelder for både hjemmesykepleie, sykehjem og legetjenesten. Som en av enhetsleder forklarer:

*«Alle enhetslederne sitter i legemiddelutvalget, og det er der vi har de overordnede retningslinjene for legemidler i kommunen .... Og nå har vi bestemt at vi skal endre opplæringsbiten i forhold til å få delegert ansvar for medisiner. For kan være noe der som gjør at vi har hatt en del sårne avvik, eller ikke avvik – uønsket hendelser på legemidler» (E1).*

Ansvarsforholdet i forhold til retningslinjer medfører at dersom det er retningslinjer som skal gjelde for hele kommunen så vil enhetslederne fra de ulike tjenestene delta i arbeidet med retningslinjene, og på den måten vil retningslinjene ta høyde for flere deler av tjenesten, dette i motsetning til retningslinjer for sykehjemmet der enhetsleder vil ta med avdelingsledere i dette arbeidet.

Neste tiltak som avdelingsledere og enhetsledere beskriver, er at de kartlegger, er mangel på, og ødelagt utstyr. Avdelingslederne forteller at de for noen investeringer må få godkjenning av enhetsleder: Kostnaden av utstyret avgjør hvorvidt avdelingsleder kan ta avgjørelsen om dette selv. I intervjuene gir avdelingslederne eksempler på at de kan samarbeide om tiltak på tvers av avdelinger, som i tilfellet nedenfor da en avdeling hadde behov for å prøve ut en ny type utstyr. Som en avdelingsleder forteller:

*«...den [Nålekutter] var ikke noe dyr så jeg kjøper den inn å prøver.... Så pratet vi [jeg og en annen avdelingsleder] om det, så blir vi enig om at jeg skal prøve den ut for å sjå, er det noe som er verdt å ha eller ikke?» (A1C).*

Som det fremgår av sitatet så kunne avdelingsleder her velge å kjøpe en nålekutter inn til sin avdeling, og selv se om dette ville bidra til å redusere stikkskader blant helsepersonell. Begrunnelsen for dette var at kostnaden av innkjøpet var lav, og dermed kunne avdelingsleder gjøre det av eget budsjett.

Det siste tiltaket som blir beskrevet i intervjuene forteller avdelingsledere og enhetsledere om tiltak som skal korrigere måten helsepersonell håndterer og samhandler med pasientene. De beskriver ofte en kombinasjon av å kartlegge risiko og å sette i gang kompetansehevende tiltak:

*«Vi viste om at en ny bruker hadde en del utfordringer, så vi gjennomførte en risikoanalyse i forkant av at pasienten kom til avdelingen, og iverksatte tiltak .... I denne avdelingen med mye utagering har det skjedd en positiv vinkling mot brukerne, og det å ha bevisste handlinger er en del av jobben, miljøbehandling er så mye mer enn å gå tur i hagen. ... det fikk opp bevisstheten i avdelingen som har gitt en mer positiv effekt» (E2).*

Denne type tiltaket velger både avdelingsledere og enhetsledere, særlig i de avdelingene der utfordrende adferd fører til flere meldinger om avvik og uønskede hendelser. Alle avdelingslederne beskriver utagering og vold som en problemstilling ved sykehjemsavdelingen, og flere forteller at dette står for mye av meldingene de mottar om avvik og uønskede hendelser. Noen ganger blir også økt bemanning benyttet som tiltak:

*«Vi har hatt en del utagerende pasienter tidligere, der personalet ble slått og, og da ble det skrevet avvik på det ... da hadde vi avvik hver dag tror jeg. Det ble tatt opp, så skrev vi en risiko og sårbarhetsanalyse på denne pasienten, og så sette vi inn tiltak. ... Vi skulle inn med mer personalet, og med mer personalet fikk vi brukt tillitsskapende tiltak, og vi tok det opp med lege. Og pasienten har roet seg» (A2C).* Sitatet er beskrivende for de situasjonene avdelingslederne forteller om. Kartlegging av risiko opp mot den enkelte pasient, miljørettede tiltak, sammen med kompetanseheving av personalet og økt bemanning, er i hovedsak de viktigste tiltakene som blir tatt i bruk av avdelingslederne når de opplever å få meldinger om avvik og uønsket hendelser knyttet til vold og utagering hos utagerende pasienter, Ansvaret for å kartlegge tiltakene gjennom en risikoanalyse er avdelingsleder, men å øke bemanning er et kostnadsspørsmål, og avdelingslederne beskriver at de må få dette godkjent hos enhetsleder før de kan gjøre dette. Avdelingsleder peker på tilsynslege som en viktig faktor i å få gjennomslag for å få gjennomført disse tiltakene. Dersom tilsynslegen har formidlet at dette må til, er det vanskelig å argumentere imot.

Avdelingslederne og enhetslederne understreker likevel at meldinger om avvik og uønsket hendelser ikke alltid fører til at noe blir endret eller at tiltak settes inn. Uansett skal også disse meldingene dokumenteres, som i dette tilfellet med høy romtemperatur:



*«Vi må i hvert fall få registrert det, og få det nedskrevet, og det er ikke sikkert at det generer tiltak med engang, men da har vi i hvert fall dokumentasjonene på plass når vi trenger den. ... Det er ikke godt nok at jeg kommer nå i sommer og sier jeg tror det var i fjor sommer på grunn av sånn og sånn. Da kan jeg heller komme å si at jeg har 48 avvik på at temperaturen var over 26 grader» (A2B).*

Dette viser at avdelingslederne bruker og meldte avvik og meldinger om uønskede hendelser for å oppnå noe på sikt, selv om de ikke får endringer igjennom med engang.

### 5.3.3 Innføring av nye tiltak

Når det er besluttet hvilke tiltak som skal iverksettes er det avdelingsleder som formidler dette til helsepersonell i avdelingen. De forteller dette skjer gjennom muntlig beskjed på et avdelingsmøte eller gjennom epost og SMS, i tillegg til at de skriftlige retningslinjene gjøres kjent gjennom et skriv på veggen, vakt boken, eller hvor de finner det i kvalitetssystemet for eksempel om de skriftlige retningslinjene og hvor helsepersonell kan finne de. De kan og snakke om de nye tiltakene på avdelingsmøter eller på morgenrapporter. Ved å gjøre det når de ut til flere i personalgruppen, samtidig som en dialog kan være med å skape forståelse for hvorfor det er gjort endringer. Som en avdelingsledere forteller: *«det fungerer best når eg sikrer forståelse på hvorfor vi er nødt å gjøre endringen, og det der å gå foran med et praktisk eksempel» (A2B).* Noen avdelingsledere melder om at de ofte prøver å få med de i helsepersonellet som er positive til innføringen av endringer, som kan gå foran som ambassadører for endringen. Da kommer ofte de andre helsepersonellet etter. Et inntresant funn er at avdelingslederen sine holdninger til det nye tiltaket er av betydning når de skal iverksette tiltak. Dersom avdelingsleder selv ikke har trua på tiltaket, så forteller avdelingslederne at det er vanskeligere å innføre det på avdelingen og. Dette forteller flere avdelingsledere om under intervjuet. Får de retningslinjer og andre tiltak «servert» av enhetsleder på bakgrunn av endringer i kommunen, på bakgrunn av nasjonale tiltak, eller som følge av endringer som enhetsleder velger å gjøre med utgangspunkt i meldinger om avvik og uønsket hendelser, er innføringen av tiltak vanskeligere. Dersom tiltaket utfordrer de etablerte måtene helsepersonell arbeider på, og de ansatte heller ikke får tilstrekkelig begrunnelse for hvorfor det er behov for endring, gir det ofte ikke noe forståelsen for hvorfor helsepersonellet skal iverksette nye tiltak. Avdelingsledere beskriver også at dersom tiltakene

blir laget av avdelingsleder uten involvering fra helsepersonellet i avdelingen, er det med å gjøre det vanskeligere å iverksette et nytt tiltak i hverdagen. Flere av avdelingslederne peker på at helsepersonellets rolle i å delta i diskusjonen rundt endringer av retningslinjer, er en viktig faktor for å få gjennomført endringen i avdelingen.

Gjennom intervjuene kommer det fram at helsepersonellet i avdelingen gjennomgående får mulighet til å komme med innspill på retningslinjene etter innføring, og så blir det eventuelt i etterkant gjort justeringer eller endringer for å få de til å fungere bedre i avdelingen. Dette blir ofte tatt opp på avdelingsmøter og deretter senere tatt med videre inn i avdelingsledermøtene der avdelingsleder i samarbeid med enhetsleder og andre avdelingsledere gjør endringer på retningslinjer. Avdelingsledere kan og selv ta initiativ til endring, for eksempel om vedkommende ser at etablerte rutiner ikke fungerer optimalt, eller at de ser gjennom meldte avvik og uønsket hendelser opplever at tiltakene ikke fungerer så godt som de var tiltenkt. For eksempel forteller en avdelingsleder følgende:

*«... vi såg at det var veldig mye avvik på dette med å signere [medisinkurve], og så ble det tatt opp på avdelingsleder møte. Stemmer det, er det bare på min avdeling det er slik, eller har dere andre avdelinger det slik og?». (A2B)*

Avdelingslederen forteller at det i dette tilfellet deretter ble gjennomført en endring på medisinsigneringslisten på bakgrunn av at alle avdelingene opplevde det samme. Andre avdelingsledere kan fortelle om lignende hendelser. For eksempel erfarer de at dersom de snakker med de andre avdelingslederne, så opplever de ofte at også de andre har lignende meldinger om avvik og uønskede hendelser. På denne måten kan de derfor få diskutert erfaringer de har med å redusere avvik og få tips og råd. Likevel forteller avdelingsledere at de ikke i stor grad samarbeider med andre. Samarbeid med andre avdelingslederne er først og fremst knyttet til de alvorlige hendelsene, eller til situasjonene de er svært usikre på. Selv om de erfarer at det gir en positiv effekt av å ta opp meldte avvik og uønsket hendelser, så forteller avdelingslederne at dette er noe de ikke gjør så ofte.

Videre forteller avdelingslederne at de på bakgrunn av meldte avvik og uønskede hendelser setter i gang et tiltak der de iverksetter en risikoanalyse og kartlegging av pasient, i tillegg til at de lager deskriptive planer for pasienten som de skal følge i de ulike uønskede hendelsene. Ifølge avdelingslederne informerer de enhetslederen om risikokartleggingen, slik at de er kjent med arbeidet som gjøres på avdelingene. De samarbeider og med verneombudene og

tillitsvalgte i utvalg der samarbeid mellom avdelingsleder, tillitsvalgte og verneombud er formalisert i regelmessige møter, som arbeidsmiljøutvalget. De peker på at risikokartleggingen er viktig for helsepersonellet på avdelingen, og deres arbeidsvilkår særlig knytt opp mot uønskede hendelser der vold og utagering er fremtredende. Gjennom risikokartlegging blir det utarbeidet tiltak knytt opp mot pasient, og disse tiltakene gir de ansatte verktøy til å håndtere de hendelsene som oppstår.

I intervjuene snakker avdelingslederne om at de har handlingsrommet til å gjøre endringer selv uten å diskutere med enhetsleder. Det de diskuterer med enhetsleder, er dersom de trenger råd og veiledning, eller dersom de må gjøre innkjøp eller tiltak som er kostnadskrevenne. Dersom tiltaket gjelder endringer lokalt i avdelingen, så blir ikke det tatt opp med enhetsleder. Da velger de å handle utfra behovene som de har i avdelingen. Avdelingslederne snakker i slike tilfelle om «handlingsrommet de har til å gjennomføre tiltak selvstendig».

Et interessant funn er at det ikke bare er avdelingslederne som konfererer med sine ansatte. Også enhetslederen er opptatt av at avdelingslederne er involvert i endringene som skal gjøres. Ofte sender enhetslederne nye prosedyrer ned igjen til avdelingsledere for gjennomlesning. Da kan de påvirke sluttresultatet, slik at det samsvarer med de som skjer i avdelingen. Enhetslederen forteller og at dersom de ikke kommer til enighet så ligger det til avdelingsleder ansvar til å ta en beslutning. En av enhetslederne beskrev sin egen rolle med følgende ord: «*Det er å være - nå opplever eg at målene er definert, så då er det noe med å - i stedet for å være med å stake ut kursen- så er det mer å følge med på at kursen blir fulgt*» (E2). Enhetslederne forteller at deres rolle i innføringen av nye prosedyrer og rutiner er å definere målene på tjenesten, medvirke til å lage nye rutiner og prosedyrer, og å støtte opp under avdelingsledere som skal innføre dette på avdelingen. Avdelingslederens kan fortelle at det er det bra med konstruktive tilbakemeldinger fra helsepersonell på endringer, for å evaluere og kunne korrigere underveis for å forbedre arbeidsmåtene i avdelingen, og det er ønskelig at helsepersonell selv er med på å finne løsninger. Som en avdelingsleder beskriver det: «*viss de ikke får være med å bestemme selv, så blir det fort veldig høytsvevende, da er det ikke så lett er min erfaring*» (A2B). Med dette mener avdelingsleder at dersom helsepersonell ikke er med på løsningen kan fort tiltakene som skal iverksettes mangle forankring i avdelingen, og de vil ikke gjenspeile hverdagen og de reelle utfordringene, og dermed blir det fort høytsvevende.

#### 5.3.4 Involvering av helsepersonell i avdelingen

Hvordan avdelingslederne gir tilbakemelding til helsepersonell som har vært involvert i meldte avvik og uønsket hendelser varierer. En av avdelingslederne beskriver sin egen adferd som følger:

*«...eg sier alltid til de at eg vet hvem som har gjort avviket, men med mindre det blir en trend, ... så vil eg ikke ta den enkelte for det. Da ser eg heller på hvilket system, bakenforliggende system som kan være grunnen til at det ikke blir gjort» (A2B)*

I en av kommunene har avdelingslederne valgt å håndtere tilbakemeldingene ulikt. Den ene avdelingslederen tar det med den enkelte helsepersonell dersom samme hendelsen skjer flere ganger. Den andre avdelingslederen forteller derimot at *«Eg tar alltid opp avviket med den som har avviket på seg, så går vi igjennom hva som er gjort feil, hva som skal gjøres, og hva eg forventer de skal gjøre. Men vi tar det uansett på personalmøte etterpå» (A2C).*

Felles for de fleste avdelingslederne er at de er åpne med helsepersonellet på avdelingen hvordan de håndterer meldte avvik og uønskede hendelser. De har dialog underveis med personalet om årsaken til meldte avvik og uønskede hendelser, hvilke tiltak personalet ser for seg kan fungere, og involverer helsepersonell på avdelingen når de har besluttet seg for hvilke tiltak de vil sette inn. Avdelingsledere kan likevel fortelle at det er vanskelig å få med seg personalgruppen på de endringene som blir foreslått, og at de for enkelte avvik opplever at de kommer igjen og igjen. Dette er noe flere av avdelingslederne problematiserer i intervjuene, at selv om avdelingsleder snakker om hvorfor avviket oppstår, så er det ikke alltid at de gjør noen endringer. En av avdelingslederne beskriver det slik:

*«det som er vanskelig er når de samme tingene kommer opp igjen og opp igjen, det er ikke vanskelig å behandle det, men det er vanskelig å, hva skal eg si, når en ikke greier å håndtere disse tingene når det er meldt så mange ganger at det er et avvik, og det er formidlet ut så mange ganger at her er det skjedd et avvik, og så likevel får [eg] de samme avvikene igjen og igjen.» (A.A).*

Dette er avvik som avdelingslederne ofte beskriver som vanskelige å håndtere. Et annet eksempel som en av avdelingslederne ga i intervjuet: Hun forteller om et nytt system i avdelingen som har utfordret helsepersonellet til å måtte tenke nytt i forhold til måten de arbeider på. Det systemet gir detaljerte beskrivelser av pasientoppfølging som gir alarmer på

arbeidsoppgaver, som betyr at helsepersonell får et varsel på det som skal gjøres, og det som ikke har blitt gjort. Når arbeidsoppgavene ikke gjennomføres som planlagt, vil helsepersonell melde avvik og uønskede hendelser til avdelingsleder. Dette har blitt et viktig verktøy. Som hun sier, «*det skjer fortsatt avvik og feil, men nå klarer vi kanskje å finne ut hvorfor det skjer*» (A2B). Enhetsleder i samme kommune omtaler dette systemet på følgende måte:

*«Du gir ansatte forutsetninger for å gjøre seg selv god. No er det sånn at du må nesten stoppe opp å fore de med informasjon. De har ikke noe plattform som de [helsepersonellet] opplever som noe bra»* (E2).

Med andre ord ser vi at det at ha tilgang til ulike verktøy og system gir både oversikt for helsepersonell på hva de skal gjøre og hvordan, men det gir og en beskrivelse dersom de ikke gjennomfører det som er planlagt. Det er tydeligere for helsepersonell å forklare hva som ikke blir gjort og hvorfor, dersom de vet hva som skal gjøres. Dette kan være med å forklare de forskjellene eg finner med hensyn i de ulike kommunene. I denne kommunen meldes det ifølge avdelingsleder og enhetsleder, flere avvik og uønskede hendelser enn det de skisserer i de to andre kommunene.

### 5.3.5 Oppsummering

Intervjurunden viser at enhetsleder og avdelingsledere samarbeider i større eller mindre grad med å endre retningslinjer som skal gjelde for flere avdelingen. Avdelingsledere har derimot ansvaret for innføring av de samme retningslinjene på avdelingen. Retningslinjer som bare gjelder i avdelingen, endrer avdelingsledere uten enhetsleder, men beskriver at de rådfører seg der de trenger det.

Kort oppsummert ser vi at enhetsledere har en koordinerende rolle som skal sikre at innføring av nye retningslinjer har en fremdrift ved sykehjemmet. Når nye retningslinjer skal utarbeides og innføres i avdelingen, har derimot avdelingslederne en aktiv rolle opp mot helsepersonell for å få innført nye retningslinjer.

Begge grupper peker på at det er viktig at helsepersonell i avdelingen er med på å komme med tilbakemeldinger på nye retningslinjer, for å sikre at den endringen de gjør er forankret i helsepersonellet i avdelingen. Hvilke tiltak som settes inn på bakgrunn av meldte avvik og uønskede hendelser, varierer utfra meldingens art.

Et generelt trekk er at avdelingsledere opplever at det er vanskelig å få til en varig endring når helsepersonellet i avdelingen ikke forstår eller støtter de tiltakene som skal skje i avdelingen.

Avslutningsvis er det grunn til å understreke at fasene ikke alltid er like klare. Ofte er de overlappende og går over i hverandre.

## 6.0 Analyse av empiriske funn

I empirikapittelet har jeg gjennomgått funnene mine fra intervju med avdelingsledere og enhetsledere i sykehjem. Jeg har sett nærmere på hvordan avdelingsledere og enhetsledere forstår begrepene avvik og uønsket hendelse. Et av funnene er at de ikke har noe forhold til begrepet uønsket hendelse. Jeg velger likevel å ta det med videre, da de gjennom intervjuet plasserte begrepet uønsket hendelse opp mot enkelte kategorier av ulike avvik og uønskede hendelser. Enhetsleder og avdelingsledere diskuterte selv rundt dette begrepet. Hvordan avdelingsledere og enhetsledere forstår begrepene avvik og uønskede hendelser vil jeg i kapittel 6.1 analysere nærmere opp mot politiske dokumenter og teori. I tillegg vil jeg se nærmere på pasientsikkerhetskampanjen og risiko og sårbarhetsanalyse. I kapittel 6.2 har jeg sett nærmere på hvordan avdelingsledere og enhetsledere arbeider med avvik og uønskede hendelser, og det samarbeidet som blir beskrevet mellom rollene og ut mot annet helsepersonell ved sykehjemmet. I kapittel 6.3 vil jeg se nærmere på hvilke tiltak, og hvordan de innfører tiltak ved sykehjemmet. Analysen i kapittel 6.2 og 6.3 vil jeg gjøre opp mot politiske dokumenter, teori, og tidligere forskning.

### 6.1 Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser?

I det første forskningsspørsmålet jeg stilte så jeg nærmere på hva enhetsledere og avdelingsledere legger i begrepene avvik og uønsket hendelse. Konklusjonen var at avdelingsledere og enhetslederne forstod begrepene avvik og uønskede hendelser noe ulikt, basert på egne erfaringer og hvilken konsekvens meldingen om avvik og uønsket hendelse har. Begrepet uønsket hendelse var noe ukjent for avdelingslederne når de skulle definere hva en uønsket hendelse var. Dette stemmer ikke med det jeg finner i NOU «med åpne kort» der begrepet uønsket hendelse er brukt i stor grad fremfor avvik. I NOU «med åpne kort» står det at de bruker begrepet uønsket hendelse fordi det er et mer innarbeidet begrep (NOU 2015:11, 2015, s. 20). Jeg konkluderte likevel med at når avdelingsledere og enhetsledere skulle fortelle om uønskede hendelser i avdelingen, så klarte de i større grad å beskrive ulike situasjoner og variasjoner mellom begrepene avvik og uønskede hendelser. Jeg har derfor valgt å ta det med videre i denne oppgaven. Jeg konkluderte med at både avdelingsledere og enhetsledere forstod begrepet uønsket hendelse på lignende hendelser innad i samme kommune, selv om det ikke var ett innarbeidet begrep i kommunene jeg undersøkte.

Uønsket hendelse defineres i kapittel 1.3.2, av Aase (2018). I denne definisjonen som er oversatt fra Verdens helseorganisasjon (WHO) av K. Aase kan forstås slik at dette legger bakteppet for alle hendelser som forekommer som ikke burde skje. Dersom jeg ser denne definisjonen opp mot avviksbegrepet som defineres av arbeidstilsynet, så definerer de avvik som «hendelser som er brudd på lovverket, instruksjer, internt reglement og prosedyrer. Dette omfatter alt som avviker fra sikker drift, som ikke kan forklares med naturlige variasjoner. Avvik skal ha søkelys på hvorfor det går galt» (Arbeidstilsynet, 2019). Denne definisjonen av avvik knytter det opp mot skrevne føringer hvor hvordan en arbeidsprosess skal gjøres. Dersom noe går galt, så skal vi kunne identifisere hvor i prosessen det gikk galt og korrigere prosess eller fremgangsmåte deretter. Dersom en skal sette avvik i kontekst sett opp mot sykehjem så vil ikke avvik ta høyde for mellommenneskelige forhold som påvirker det som skjer mellom pasienter og helsepersonell.

Ved de sykehjemmene jeg undersøkte er avvik et mer innarbeidet begrep som både avdelingsledere og enhetsledere kan forstå og forklare. En mulig forklaring er at systemene i kommunen er et «*avvikssystem*», og begrepet *avvik* blir brukt om meldingene som helsepersonell fører i både pasientjournal og i kommunalt system. «*Avviksmeldinger*» og «*avviksrapporter*» er og kjente begrep ved sykehjemmene. Ett funn jeg knytter til begrepsbruken var at kommunene jeg undersøkte manglet retningslinjer for hvordan de skal håndtere avvik og uønskede hendelser. En kommune i undersøkelsen hadde retningslinjer for den praktiske gjennomføringen av prosessen med å behandle meldte avvik. Manglende retningslinjer kan medføre at begrepsbruken blir mindre tydelig. En mulig forklaring på dette kan være at retningslinjen tar for seg arbeidsprosessen, og dermed foreligger det likevel ikke føringer fra kommunene for hva de anser som et avvik og uønsket hendelse.

Avdelingslederne og enhetslederen ved sykehjemmene bruker skjønn og egne erfaringer for å behandle de meldingene om avvik og uønsket hendelser. De gjør da en *subjektiv vurdering* når de skal kategorisere og definere hvilke hendelser de vurderer som avvik og uønsket hendelse, og hvilke meldinger de avviser når de mottar de. Avdelingsledere og enhetsledere i samme kommune var samstemte hvordan de kategoriserte avvikene, på hvilke typer avvik som var et avvik, og hvilke typer de plasserte de uønskede hendelsene. Dette indikerer at det er en felles forståelse innad i kommunene om hva som er et avvik og hva som er uønsket hendelse. Dette stemmer for den forberedende fasen i forbedringsmodellen, der felles forståelse i personalgruppen av hva som er et problem blir fremhevet som et viktig ledd for å kunne få til en endring (Konsmo et al., 2015). Stortingsmeldingen «Nasjonal handlingsplan



for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023» peker på ledelsesforankring som en bærebjelke i arbeidet for å få til en forbedring på arbeidsplassen. Ledelsesforankring i forbedringsarbeid fremhever Kongsmo et al. (2015) som en forutsetning for å lykkes. Gjennom ledelse av avdelingene så kan en skape en forventning om at de tilsette har fokus på forbedringsarbeid, samtidig som at ledelsens holdning og prioritering av forbedringsarbeid vil påvirke kulturen på arbeidsplassen (Aase, 2018, s. 118).

Arntzen (2014) påpeker at meldinger om avvik og uønsket hendelser er ett viktig ledd i internkontroll, noe som og kommer frem i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2017). Denne peker på at ledelsen av tjenestene i helse og omsorg skal ha gode systemer på å kartlegge hva som går galt og sette i verk tiltak for å forbedre og forebygge praksis. En metode som forskriften viser til, er gjennom å kartlegge avvik. Dette legger føringer på sykehjemmene om viktigheten med god praksis med å føre meldinger om avvik og uønskede hendelser for å kartlegge hva som kan gå galt, og hva som går galt for å lære av det.

Avdelingslederne og enhetslederne bruker skjønn og egen erfaring når de vurderer mottatte meldinger om avvik og uønsket hendelser. Informantene mine var alle sykepleiere, og av helsepersonell i avdelingen er det sykepleier som i hovedsak har høyere utdanning. Øvrige yrkesgrupper foruten om legen har i hovedsak yrkesfaglig utdanning, eller ingen helsefaglig utdanning. Når avdelingsledere og enhetsledere bruker skjønn og egen erfaring til å vurdere meldinger, vil de på ene siden kunne ta høyde for konteksten, individuelle variasjoner mellom pasient og helsepersonell. Samtidig gjør det tilnærmingen veldig sårbart gjennom manglende begrepsavklaring, og manglende felles rutiner for å forstå hva som er avvik og uønsket hendelse.

Over halvparten av avdelingslederen snakket om meldte avvik og uønsket hendelser på avdelingsmøter. En avdelingsleder hadde det siste året startet arbeide med å snakke om meldte avvik og uønsket hendelser på avdelingsmøtene, og gjennom dette hadde de erfart at hun mottok flere meldinger om avvik og uønsket hendelser. Dette resultatet samstemte med de andre avdelingslederne hadde gjort dette lengre. Resultatet av det arbeidet kan en forstå gjennom ledelsesprioritering, at det ligger klare forventninger til helsepersonell i avdelingen, samtidig som avdelingen får en verbal forklaring og kjennskap til hva avdelingslederne legger i begrepet avvik og uønsket hendelser, sammen med konkrete eksempler. Det er med å skape en felles forståelse hos helsepersonell og dermed en bevisstgjøring. Dette stemmer med

forbedringsmodellen, planlegging, der en skal ta med flere perspektiv i å vurdere hva som kan gå galt, både gjennom medvirkning fra helsepersonell, og gjennom registrerte avvik og uønskede hendelser (Konsmo et al., 2015).

Kategorisering av avvik og uønsket hendelser finnes i de elektroniske kommunale systemene som helsepersonell fører avvik i. For en del kategorier vil det være naturlig at det er selvforklarende, som medikamentavvik, fall og ernæring. Det en enhetsleder problematiserte er at det er gjerne ikke alle medikament avvik som er et medikamentavvik, med dette forteller hun «*..det er en uønsket hendelse at en dobbeltkontroll på dosett er gjort men det likevel er feil i dosetten. Det er en uønsket hendelse men det blir oppdaget når den som skal gi medisinen teller tablettene, og ser at her er noe feil .... Hendelsen blir oppdaget før det skjedde det avviket*» (E1). Sykehjemmene gjennomfører risiko og sårbarhetsanalyse på alle avdelinger, og opp mot pasientene. Eksempelet over vil kunne bidra til å sette lys på hvor risikoen for feil ligger, og hvor de må iverksette tiltak for å redusere denne risikoen. Dette er i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2017) § 6 planlegge, der kommunene plikter å ha systemer for å fange opp svikt og ha oversikt over avvik. Den risiko og sårbarhetsanalysen som kommune beskriver at de gjør på avdelingene, er i hovedsak knyttet opp mot adferd hos pasienter, og faren for utagering, vold og trusler. Arntzen (2014) beskriver risikoanalyser som et verktøy for å arbeide forebyggende, gjennom å lage tiltak som reduserer fare for, eller konsekvensen av, uønskede hendelser. To kommunen forteller at de er knyttet opp mot pasientsikkerhetskampanjen, i kategoriene fall, ernæring og medikamenter. Gjennom prosjektet kartlegger de risikoen for at avvik og uønskede hendelser kan forekomme, blant annet gjennom og kartlegge hvilke meldinger om avvik og uønskede hendelser som de får meldt. Pasientsikkerhetsprogrammet er med å sette ord på hva som er normalen og hva som er et avvik eller uønsket hendelse, gjennom refleksjon og diskusjoner om hva som gjelder for den enkelte pasient. På denne måten kan de ivareta de individuelle hensynene og retten til medvirkning pasientene har, og samtidig gi forsvarlige tjenester.

## 6.2 Hvordan arbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?

I dette kapittelet skal jeg bruke teori, tidligere forskning og politiske føringer for å analysere hvordan avdelingsledere og enhetsledere arbeider for å komme frem til hvilke tiltak de skal iverksette på bakgrunn av meldte avvik og uønskede hendelser. Jeg vil og se nærmere på hvordan de samarbeider seg imellom og med annet helsepersonell, og i hvilken grad dette *samarbeidet* faktisk er et reelt samarbeid.

### 6.2.1 Arbeid

I de tre ulike kommunene arbeider avdelingsledere og enhetsledere med meldte avvik og uønskede hendelser på bakgrunn av skriftlige henvendelser gjennom det kommunale avvikssystemet. Avdelingslederne håndterer rett nok muntlige henvendelser, men oppfordrer de tilsette til å dokumentere det gjennom et skriftlig avvik. Samtidig forteller avdelingsledere at de selv gjennom ulike treffpunkt i avdelingen som morgenmøter, rapporter eller muntlige henvendelser oppfatter dersom det er situasjoner som krever at de raskt tar tak i. Dette kan være utagering, uro og vold, der dokumentasjonen gjerne kommer i ettertid. På denne måten representerer de ulike treffpunktene første fase i forbedringsmodellen, ved å identifisere hvor svikt kan forekomme, gjennom at helsepersonell melder fra om avvik og uønskede hendelse (Konsmo et al., 2015). Ledere og helsepersonell sin rolle opp mot meldinger om avvik og uønskede hendelser er beskrevet i blant annet NOU 2015:11 (2015) «med åpne kort», som understreker viktigheten om hvordan risikobeviste ledere, og ansvarlige helsepersonell kan skape en åpenhetskultur for å avdekke risiko og faren for feil.

Avdelingslederne viser til i kapittel 5.2.1, der de forteller at de i hovedsak arbeider alene med å behandle mottatte meldinger om avvik og uønsket hendelser. Når de mottar slike meldinger så må de undersøke hva som er skjedd. Flere av avdelingslederne forteller at de gjennom meldingene ikke alltid får tilstrekkelig informasjon og må derfor innhente dette fra de involverte helsepersonell. Den *subjektive vurderingen* som avdelingslederne gjør for å finne ut om dette avviket eller uønsket hendelse faktisk er et avvik og hvordan de behandler det er slik sett opp til den enkelte leder. De fleste avdelingslederne etterspør tiltak for forbedring av helsepersonell i avdelingen. Dette er i tråd med Argyris (1974) som sier at organisasjonen ikke er lærende i seg selv, men at det er individene som utfører oppgavene som gir læring. At

avdelingslederne snakker med de involverte helsepersonellet i behandlingen av avvik og uønsket hendelse er med å skape større bevissthet hos de tilsette som var involvert. Kable et al. (2018) fant i sin undersøkelse viktigheten av å snakke igjennom alvorlige avvik og feil i ettertid av hendelsen. Kollegastøtte er viktig for å redusere belastningen det er på den enkelte helsepersonell å være en del av et avvik eller uønsket hendelse med et alvorlig utfall. Dette igjen poengterer viktigheten med åpenhetskultur som NOU 2015:11 (2015) «med åpne kort» understreker.

I arbeidet med å behandle et avvik, forteller avdelingsledere at selv om de iverksetter tiltak og løser det meldte avviket eller uønskede hendelsen, så opplever de at de får stadig vekk de samme avvikene og uønskede hendelsene igjen. Dette kan ligne på såkalte *uregjerlige problem*. Rittel og Webber (1973) bruker dette begrepet da menneskelige forhold kompliserer løsningen, og det som er rett for ett individ er ikke nødvendigvis rett for neste. Selv om en håndterer enkelthendelser så vil underliggende årsaker forårsake at problemet vender tilbake (Rittel & Webber, 1973). Uro og utagering løses i avdelingen med blant annet økt bemanning, men når bemanningen reduseres, så ser de at utfordringene knytt til uro øker i avdelingen, og de mottar flere meldinger om avvik og uønskede hendelser. Det samme gjelder medikamentavvik, der feil ved ilegging av dosett og ved utlevering av medikamenter er vanlige avvik. Det blir satt i gang tiltak, og poengtert ovenfor personalet hvilke retningslinjer som gjelder, likevel får de gjentatte likelydende meldinger om avvik og uønskede hendelser knytt opp mot dette problemet. Dette forklarer Rittel og Webber (1973) med at ved å løse enkelthendelser så vil det ikke løse de underliggende hendelsene, som er årsaken til problemet, og det er det som gjør det til et uregjerlig problem.

Enhetsledere som er intervjuet, understreker i kapittel 5.2.3 at de må arbeide sammen med avdelingsledere og helsepersonell for å få løst meldinger om avvik og uønskede hendelser som de mottar. En årsak til at enhetslederne må innhente andre opplysninger er at de ikke kjenner konteksten og årsaksforholdene rundt meldingen om avvik og uønsket hendelse. Dette er med å bidra til en grundig utredning om hvorfor avviket eller den uønskede hendelsen skjedde, og hvordan de kan iverksette løsning for å forhindre at det skjer flere ganger. Avdelingsledere velger en annen tilnærming til å løse meldte avvik og uønskede hendelser. Avdelingsledere varierer mellom å innhente mer opplysninger og undersøke, og at de behandler det meldte avvik eller uønskede hendelsen med en tilbakemelding dersom de tror de forstår årsaken, og hendelsesforløpet. Dette kan forklares med at avdelingsledere er

nærmere pasienter og helsepersonell og dermed kjenner konteksten og forholdene rundt de meldte avvikene og uønskede hendelsene.

Avdelingslederne sin metode for å undersøke nærmere er ulike. Noen har en helhetlig tilnærming for undersøkelsene gjennom dialog med de tilsette, gjennom å ta det opp individuelt med helsepersonell, i grupper på avdelingsmøter, og gjerne diskusjon med andre kollegaer. På den andre siden er det noen som beskriver en enklere tilnærming, ved at de gir en generell tilbakemelding til helsepersonell, gjerne på avdelingsmøter. Det som er inntresant her, er at de avdelingslederne som beskriver en enklere tilnærming, beskriver en utfordring med gjentakende meldinger om avvik og uønsket hendelser, og har vansker med å løse de med de tiltakene de iverksetter. Dette kan sees i lys av Argyris (1974) som sier at individet i seg selv ikke er selvkorrigerende, og at en må endre både rutiner og adferd for å få til en endring som fører til dobbelkretslæring. Når avdelingsledere anvender en enklere metode for å arbeide med meldte avvik og uønskede hendelser, uten å involvere helsepersonell, betinger dette at problemet og tiltaket henger sammen, og ikke blir påvirket av andre faktorer. Denne tilnærmingen tar ikke høyde for de menneskelige forholdene i avdelingen (Rittel & Webber, 1973). En enklere tilnærming kan forklare hvorfor det er vanskelig med meldinger om avvik og uønskede hendelser som gjentar seg. Derimot de avdelingslederne som beskrev en helhetlig tilnærming forteller når de arbeider med meldinger om avvik og uønskede hendelser, så undersøker de med de involverte helsepersonell, de diskuterer løsninger sammen med helsepersonellet, både individuelt og i gruppe. På bakgrunn av dette finner frem til beste fremgangsmåte sammen. De beskriver og i noen sammenhenger involverer de anna personalet som eksempelvis tilsynslege eller fysioterapeut dersom det er relevant for meldingen om avvik og uønskede hendelser. Avdelingslederne som beskrev en helhetlig tilnærming, uttrykte mindre frustrasjon over lignende meldinger om avvik og uønskede hendelser som gjentok seg. Dette kan sees i sammenheng med at organisasjonskulturen i avdelingen som skaper forutsetning for å lære av hverandre. Her kan vi se til Wenger (1998) som beskriver at en forutsetning for læring er ikke nødvendigvis å få informasjonen gitt som en opplesning, men heller på en arena der helsepersonell kan diskutere, reflektere og utøve.

Avdelingslederne beskriver avdelingsmøtene som en arena der helsepersonell kan få være med å diskutere og påvirke, og som en avdelingsleder forteller hvordan hun skal involvere sitt helsepersonell i arbeidet «*Men det er jo det eg ser, det hjelper ikkje at eg skal komme med løsninger uten å ha diskutert det med dei [Helsepersonell i avdelingen], for da blir da ikkje implementert og det kommer ikkje ut igjen*» (A1C). Ved å se dette opp mot arbeidet

avdelingslederne og enhetslederne gjør når de arbeider med meldte avvik og uønsket hendelser, så finner jeg en forskjell mellom de som har videreutdanning og de som ikke har det. De lederne som beskriver en helhetlig tilnærming til arbeidet med meldte avvik og uønsket hendelser, har videreutdanning i kvalitetsforbedring og/eller ledelse.

Som vist til i kapittel 6.1 så bruker avdelingsledere og enhetsledere sin egen erfaring som et grunnlag for å arbeide med meldinger om avvik og uønskede hendelser. De avdelingslederne som har en helhetlig tilnærming arbeidet, har utveksling av erfaringer mellom avdelingene. Som ene avdelingslederen forteller «*Det er jo og grunnen til at eg begynte konsekvent å ta det [meldinger om avvik og uønskede hendelser] på avdelingsmøtene, fordi at den lederen på eit anna sjukeheim har hatt det på sine avdelingsmøter i lang tid, og har god erfaring med det*» (A1C). Som dette sitatet viser så bruker de hverandre til å utveksle hva som kan fungere, og at arbeidet med meldte avvik og uønskede hendelser bygger på egen erfaring.

Det som er felles for alle tre kommunene jeg undersøkte er at det finnes ikke retningslinjer for hvordan de skal arbeide med meldte avvik og uønskede hendelser, og derfor ikke noen føringer for hvordan gå frem for å arbeide med det i avdelingene. Retningslinjer og prosedyrer kan være med å gi retning og styre ledere i hvordan håndtere meldte avvik og uønskede hendelser. Samtidig bruker avdelingsledere egen erfaring og kunnskapen de har om konteksten og de ulike pasienter og helsepersonell til å gjøre vurderinger for hva som er og ikke er et avvik og uønsket hendelse. Wenger (1998) peker på at retningslinjer kan hemme faglige vurderinger og påvirkningen helsepersonell har på egen praksis. Dette kan igjen gjøre at retningslinjer kan bidra til at de ikke kan fange opp de uregjerlige problemstillingene som Rittel og Webber (1973) problematiserer som en årsak til å ikke lykkes i arbeidet med å løse problemstillingene som oppstår i hverdagen. Samtidig finner jeg at de lederne som har videreutdanning har en i større grad målrettet tilnærming til arbeidet med meldinger om avvik og uønsket hendelser, og dermed og får flere meldinger om avvik og uønsket hendelser, og løser de med en helhetlig tilnærming.

## 6.2.2 Samarbeid

Når avdelingsledere og enhetsledere får meldt avvik og uønskede hendelser samarbeider de seg imellom og med helsepersonell for å løse problemet. Dette står i kontrast med at avdelingsledere *forteller* at de arbeider alene om meldte avvik og uønskede hendelser.

Avdelingsledere arbeider sammen med enhetsleder dersom de trenger hjelp til å løse meldte avvik og uønskede hendelser som de ikke klarer å få løst med de tiltakene de kan iverksette. Dette gjelder dersom de må iverksette tiltak som krever ekstra ressurser, som innkjøp av dyrt utstyr, eller en økning av personell i avdelingen. Til motsetning så samarbeider enhetsleder med avdelingsleder og helsepersonell om å løse meldte avvik og uønskede hendelser som enhetsleder mottar. Som vist til i kapittel 6.2.1, så kan dette samarbeidet være betinget av at enhetsleder mangler kunnskap om individuelle forhold, og kontekst i avdelingen. En enhetsleder hadde i arbeidet med behandling av et meldt avvik, funnet ut at det spriket mellom retningslinjene, og hva helsepersonell faktisk gjør. «*Jeg konkluderte med det at vi må gjerne skriftlig gjøre, altså bofelleskapet må ha i sine rutiner hvordan de skal gå frem for å få sykepleier assistanse herifra. Istedenfor å springe inn på en tilfeldig gruppe, det er jo lett å gjøre det i en akutsituasjon, men det letteste og raskeste måten å få hjelp på ville vært å ringe områdesykepleier*» (E1). På denne måten får enhetsleder mer kunnskap om forhold i avdelingen som påvirker hvordan de tilsette arbeider. De opplysningene enhetsleder mottar kan bidra til å samordne praksis til retningslinjene, eller retningslinjene til praksis, og på den måten kan helsepersonell og avdelingsledere være med å forme beslutningene som tas av enhetsleder etter undersøkelse av en melding om avvik eller uønsket hendelse. Gjennom å se på samarbeid som et forhold der en påvirker hverandre, kan vi si at enhetsledere samarbeider med helsepersonell og avdelingsledere. På motsatt side kan vi se til avdelingsledere sin rolle ovenfor enhetsleder som et forhold mellom ledernivå, der avdelingsleder spør om tillatelse og hjelp. Opplevelsen av et samarbeid mellom avdelingsleder og enhetsleder gjør noe med avdelingsleder, som opplever støtte og forståelse i de problemstillingene de står i, derfor kan beholde sin autonomi i avgjørelsen.

Avdelingsledere opplever at de har handlingsrommet til å gjennomføre tiltak uten enhetsleder, og verdsetter dette. Denne autonomien gir rom for å tilpasse tiltakene individuelt opp mot konteksten i avdelingen. NOU 2015:11 (2015) «med åpne kort» peker på at medvirkning mellom pasient og helsepersonell bidrar til å skape en felles plattform til å kunne forstå hva som går galt, og hvilke tiltak som vil kunne bidra til å forhindre at det skjer flere ganger.

Meld. St. 11 kvalitet og pasientsikkerhet (2018-2019) peker på at helsepersonell og ledelse skal arbeide med en åpenhetskultur for å øke bevisstheten rundt avvik og uønsket hendelser, og dermed redusere konsekvensene. Dette stemmer med de avdelingslederne som har en helhetlig tilnærming til meldte avvik og uønskede hendelser. De involverer og samarbeider med helsepersonell i avdelingen.

Avdelingslederne har et samarbeid med annen helsepersonell tilknyttet sykehjemmet som tilsynslege, og fysioterapeut, der de sammen arbeider med å løse problemstillingene knytt opp mot meldinger om avvik og uønsket hendelser. Gjennom dette samarbeidet anvender de kunnskapen den enkelte har, i lys av sin profesjon eller kjennskap til konteksten, for å komme frem til best mulig løsning. De kan beskrive et tilsvarende samarbeid med tilsynslegen dersom de trenger medisinskfaglig råd eller tyngde for å få ta en avgjørelse.

Arbeidet og samarbeidet mellom enhetsleder, avdelingsleder og helsepersonell skal ende opp med ett eller flere tiltak som skal iverksettes i avdelingen. En slik organisasjonsform kan beskrives som en organisk organisasjon, der fleksibilitet, og tillit til kompetente medarbeidere er vesentlig. Det underbygger avdelingslederens behov om autonomi i avdelingen, for å kunne ta høyde for pasientene som mottar hjelpen og det faget de utøver ved avdelingene på sykehjem (Vabø, 2014b). Dette stemmer med forbedringsmodellen sin planleggingsfasen, der skal en finne ut av hvilke tiltak en skal gå videre med inn i neste fase som er å gjennomføre de tiltakene en har iverksatt (Arntzen, 2014, s. 86).



6.3 Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?

I dette kapittelet vil jeg bruke teori, tidligere forskning og politiske føringer for å se på hva de ulike tiltakene innebærer. Jeg har delt opp tiltakene, og funnet frem til fire gjentakende tiltak som jeg vil gå nærmere inn på. Jeg vil se hvordan de involverer helsepersonell i arbeidet for å få til en forbedring.

### 6.3.1 Retningslinjer

Avdelingslederne og enhetslederne hadde ulike tiltak som de iverksatt på ulike måter. Et tiltak var å se på retningslinjer og prosedyrer, noe som innebar en revidering eller opprette nye der det var behov. Rolleavklaringen mellom avdelingsledere og enhetsleder var at nye retningslinjer og prosedyrer ble endret på det nivået de var tenkt. Med dette menes at lokale retningslinjer på avdelingen kunne endres av avdelingen, men lokale retningslinjer for sykehjemmet var forbehold endret av enhetsleder eller avdelingsledere, med godkjenning av enhetsleder. Retningslinjer som var overordnet for kommunen ble endret av enhetsleder i samråd med komunsjef. En variant som jeg fant var der tiltaket tilsa at retningslinjene burde vært endret, men ikke ble det. En annen variant var at retningslinjene ble endret etter at praksis hadde etablert seg. Ved at retningslinjer endres underveis stemmer overens med forbedringsmodellen sin tredje fase som ifølge Konsmo et al. (2015) er en del av internkontrollen. Her skal en evaluere og følge opp at det som er iverksatt fungerer som det skal. Dette underbygger Hatletveit og Helledal (2018) sine funn at tiltaksprosessen er flytende både i å iverksette, prioritere og følge opp tiltak.

Retningslinjer kan sette begrensinger for praksis, der sjekklister og prosedyrer kan i så stor grad styre praksis at det hemmer den faglige vurderingen (Wenger, 1998). Retningslinjer baserer seg i hovedsak på eksplisitt kunnskap, der lover, føringer og kunnskapsbasert praksis legger føringer for hvordan en best kan utføre en oppgave. På den andre siden så peker Arntzen (2014, s. 88) på at retningslinjer og prosedyrer er en viktig del av internkontrollen for å sikre god kvalitet i tjenesten. Samtidig avhenger det av at variabler hos de som mottar tjenesten ikke påvirker hvordan en retningslinje fungerer. Dette finner vi iblant anna individuelle tiltaksplaner, som flere av informantene oppgav at de skrev i forbindelse med risiko og sårbarhetsanalyse. Da er den individuelle påvirkningen tatt høyde for, og

retningslinjene tilpasset denne pasienten. Parallelt til de skriftlige retningslinjene finner vi det erfaringsbaserte tause kunnskapen. Informantene fortalte at mye av de tiltakene de iverksatte var erfaringsbasert og ut fra kunnskap om avdelingen, helsepersonellet, og pasientene. Det er vanskelig å plassere taus kunnskap i retningslinjer og prosedyrer. Mange av de hendelsene som blir rapportert i meldinger om avvik og uønskede hendelser er vanskelig å sette ord på, og baserer seg på egen erfaring. Å legge til rette for diskusjoner slik at helsepersonell kan erfare og reflektere rundt egen praksis kan bidra til å sette ord på kunnskapen, og dermed skape en læring på tvers av helsepersonell i avdelingen (Vabo, 2014).

### 6.3.2 Kostnadskrevende tiltak

Flere av avdelingslederne og enhetslederne kunne fortelle om tiltak som medførte en økt kostnad. Her finner vi både innkjøp og reparasjon av nytt utstyr, endringer på bygg og økt kostnader til personell i avdelingen. De beskriver dette som tiltak som krevde at de fikk godkjenning av leder over seg.

Ved en tilfeldighet fikk en enhetsleder kjennskap til støyproblematikk i vaskeriet, noe som viste seg hadde vært et problem i flere år, men de tilsette i vaskeriet hadde ikke meldt fra om det. Når enhetsleder fikk kjennskap til det, måtte de tilsette skrive et avvik på det, slik at hun hadde dokumentasjon til å gå til sin leder med det. Deretter ble det iverksatt lydmåling, og det ble gjort tiltak for å redusere støy. Her påpekte enhetsleder at dersom de bare hadde meldt fra om det før, så kunne de iverksatt tiltak før. Det er viktig å ha en tydelig ledelse som snakker og engasjerer seg i meldinger om avvik og uønsket hendelser. Dette finner Liukka et al. (2018) i sin undersøkelse at ledere må engasjere seg og vise interesse for at personalet skal melde avvik og uønskede hendelser. Enhetsledere og avdelingsledere anvender meldinger om avvik og uønsket hendelser for å få gjennom endringer som er nødvendig i avdelingen, og bruker meldingene for å få gjennomslag for dette. Et eksempel på dette er solskjerming ved sykehjemmet, som krever et politisk vedtak for å få bevilget penger til å kjøpe det inn. Dette kan forklares med at ledelses strukturen ikke bare er styrt ovenfra og ned, men påvirkning fra avdelingene kan bidra til å endre retning og prioriteringer fra ledelsen og politikerne. Michael Lipsky (1980; Sitert i Vabø, 2014a, s. 30) sier det at en står i en konflikt mellom idealet fra hva som må til for pasientene og presset ovenfra for å nå målsetning om styring og økonomiske begrensinger. Begrepet *bakkebyråkrater* er brukt for å forklare de som faktisk gir

hjelpen, som en sykepleier, men og gjennom sine handlinger er med å påvirke politikken og styringen ovenfra (Vabø, 2014a). Det henger sammen med et annet element som gjentar seg i undersøkelsen. Behovet for å øke bemanningen, særlig opp mot utagerende og voldelige pasienter. Dette tiltaket knytter flere avdelingsledere og enhetsledere sammen med kompetansehevede tiltak, det kommer vi til i punkt 6.3.3. For å øke bemanningen må en avdelingsleder be om tillatelse. Sykehjemmene har knappe ressurser, og personalressursene blir redusert for å møte budsjettmål. Dette stemmer med Lipsky 1980:172 siteret fra Vabø (2014a, s. 31) sier at administrative og politiske føringer skal effektiviseres. Gjennom denne effektiviseringen blir personellressurser kuttet, og manglende dokumentasjon på at dette gir konsekvenser for kvaliteten, gjør at en kutter helsepersonell uten å redusere ansvaret. Arntzen (2014) deler kvalitet i tre dimensjoner, egen opplevelse, faglig innhold, og ledelsen tilrettelegging for dette. Helsepersonell er forpliktet gjennom helsepersonelloven (2001) sin formålsparagraf, §1 om å gi tjenester av god kvalitet, samtidig er kommunen forpliktet gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011) å gi tjenester av god kvalitet. Dette stemmer overens med at bemanningsøkning blir gjort sammen med å øke kompetansen til helsepersonell i avdelingen. Kvaliteten på helsehjelpen er og knytt sammen med kompetansen til de som gir helsehjelp, og hvordan ledelsen legger til rette for å gi god kvalitet. Å øke bemanningen stemmer godt med Rittel og Webber (1973), at uregjerlige problem som blir løst med enkle tiltak, vil stadig dukke opp igjen, fordi en har ikke tatt tak i de problemstillingene som faktisk er årsaken til problemet. Dette er vanlig i menneskebehandlende organisasjoner som sykehjem, og er ett uttrykk for diskusjonen som oppstår mellom knappe ressurser og kvalitet i tjenesten.

### 6.3.3 Kartlegge risiko og kompetansehevede tiltak

Sykehjemmene brukte kartlegging av risiko for å vurdere situasjonen ut fra forhåndsbestemte områder. De anvendte to tilnærminger til dette, pasientsikkerhetskampanjen sitt program, og/eller risiko og sårbarhetsanalyse, både på individ, og på sykehjemmet som bygg og avdeling. Bakgrunnen for å gjennomføre en slik kartlegging kunne være ulike, som at kommunene forpliktet seg til å delta på pasient sikkerhetskampanjen sitt program, eller at de fikk pålegg fra myndigheter, som miljørettet helsevern, om å gjennomføre en risiko og sårbarhetsanalyse. For å gjennomføre denne analysen brukte sykehjemmene både meldte

avvik og uønskede hendelser, i tillegg til egne erfaringer og observasjoner for å kartlegge hvilke risikoer som kan finnes.

Avdelingene kartlegger risiko på nye pasienter med kjent problemstilling med utagerende adferd, eller pasienter de oppdager har utagerende adferd. Utagerende adferd er noe som er satt søkelys på de siste årene. Dette samsvarer med Amble (2014) sitt funn i «*læring i praksis*», at det gjorde noe med hvordan pasienten ble møtt, når helsepersonell på samme avdeling kunne snakke sammen, og i felleskap ha en lik forståelse i møte med pasienten. Et av funnene til Amble (2014) var at enkelte sykehjem var tverrfaglig samarbeid totalt fraværende, noe som igjen påvirker praksis. Ved å lage tiltak i risikoanalysen, så ble tiltakene tilpasset den enkelte pasienten, og dermed tilpasset de individuelle behovene. Dette sammen med økt bemanning og kompetansehevede tiltak så roet situasjonen seg. Flere av avdelingslederne beskrev at når de tok vekk økt bemanning så kunne de oppleve at situasjonen økte igjen, og de måtte igjen øke bemanningen i avdelingen. En enhetsleder pekte på helsepersonell sin manglende kunnskap om utagerende pasienter, og med manglende kunnskap for å håndtere situasjonen, så økte redselen opp mot pasientene, og dermed økte uroen når bemanningen ble tatt vekk. Dette kan bety at kompetansehevede tiltak, ikke nødvendigvis gir rett kompetanse, eller at organisasjonskulturen ikke legger til rette for at alle skal lære i felleskap og gjennom praksis.

#### 6.3.4 Ingen tiltak

Noen avvik medførte ikke noe endring eller tiltak på bakgrunn av de meldte avvik og uønskede hendelser. Dette kunne være manglende oppfølging av eksisterende retningslinjer, som avvik og uønskede hendelser knytt opp mot medikamenter, eller situasjoner de ikke kan gjøre noe med, som manglende dusj. Tiltaket blir beskrevet at det handler om at helsepersonell må følge de eksisterende rutiner, eller at de gjentar på personalmøte at alle medikamenter skal ha dobbeltkontroll. Bakgrunnen for de meldte avvik og uønskede hendelsene blir ikke håndtert ytterligere.

Bakkebyråkrater må stadig stå i konflikt mellom egne faglige vurderinger og prioriteringer, opp mot stadig forventninger og krav til effektivisering og trange budsjett (Vabø, 2014a). Meldinger om avvik og uønskede hendelser som handler om lite tid, og prioritering mellom arbeidsoppgaver er vanskelige for avdelingsledere å håndtere, da løsningen ikke løser

problemet. Dette beskriver og Andersen og Larsen (2014) i sin masteroppgave, der de knytter det opp mot det etiske og faglige, de små problemstillingene som er vanskelige å ordlegge, og løse.

Avdelingsledere og enhetsledere vegret seg samtidig for å iverksette tiltak de viste ville være kontroversielle, og som personalet ville motsette seg. Dette stemmer med det Arntzen (2014) skriver, at ledere og tilsette vet ofte hva som må gjøres, men problemet er å få det gjort, dermed fortsetter vi heller slik vi alltid har gjort det.

### 6.3.5 Innføring av tiltak og involvering av helsepersonell

Etter en ser på mulige løsninger for tiltakene så skal disse iverksettes i avdelingen. Her har enhetsleder og avdelingsleder ulik rolle. Beskrivelsen en enhetsleder gjorde er ganske deskriptiv for å forklare fordelingen. Enhetsleder staker ut start og mål og følger med på at kursen blir fulgt. Avdelingsledere skal legge veien. Kvaliteten på veien kan variere ut fra hvilke fundament man legger veien på, hvilke innsats en legger i, og hvor mye hindringer som er mellom start og mål.

Avdelingslederne er avhengig av å ha med helsepersonellet i avdelingen dersom de skal klare å få til en endring. Dette er et viktig funn, og kan støttes opp av at læring i et felleskap kan skje både gjennom praksis og i et felleskap ifølge Wenger (1998). Ved et sykehjem der flere helsepersonell skal samarbeide om de samme oppgavene er en felles forståelse viktig for oppgaveløsningen, gjennom samarbeid om oppgaver, samtidig som det blir tilrettelagt for tid for å diskutere opplevelser, hente støtte og erfaring fra andre vil helsepersonell kunne utvikle seg, og lære i organisasjonen. Dette henger sammen med Argyris (1974) sin enkelkretset og dobbelkretset læring, der i sykehjem kan enkelkretset læring være å lære seg å gjøre en oppgave, hvordan du faktisk skal utføre den, men med forståelse og kunnskap om hvorfor du skal utføre oppgaven vil bidra til å skape en dobbelkretslæring, og dermed vil holdningene til oppgaven og endre seg.

En avdelingsleder pekte på at en viktig nøkkelfaktor for hun, når hun planlagte å iverksette nye tiltak i avdelingen. Hun anvende de i personalgruppen som alltid var med, og hoppet i nye oppgaver. Hun fortalte at hun visste godt hvem dette var i personalgruppen, så hun kunne bruke de som gode ambassadører til å få gjennomslag for endringen i avdelingen. De i

gruppen som alltid er kritisk til nye tiltak og endringer, brukte hun tid på å høre på dem, svare på spørsmål og avklare misforståelser. Hun forklarte hvorfor dette måtte til, og hva som er bakgrunnen. Dette bidro til at de mest skeptiske stemmene ikke fikk rotfeste seg i avdelingen, og hun hadde noen positive ambassadører til å drive arbeidet frem i avdelingen opp mot pasientene. Hun fortalte og at dette var tidkrevende, og måtte prioriteres i en hektisk hverdag. Dette stemmer med at en organisasjonskultur må sosialiseres seg inn i og avhenger av fellesskapet. (Røvik et al., 2009) Det som er sammenfallende, er at å lytte til helsepersonell og avklare spørsmål i forbindelse med innføring av nye tiltak var noe avdelingslederne fant viktig. Når de skulle informere avdelingen om hvilke tiltak de skulle gjennomføre ble dette informert både muntlig og skriftlig. Utfra tiltaket snakket de om det i uformelle fora som morgenrapporter, og formelle som avdelingsmøter og pasientmøter. Dersom de forventet motstand så ville de bruke mer tid på den muntlige informasjonen. Dette stemmer med forbedringsmodellens fase to, der en gjennomfører tiltakene som er satt, og underveis undersøker hvordan det fungerer. (Arntzen, 2014)

På den andre siden så finner jeg at avdelingsledere må tro på tiltakene de skal iverksette. Dersom de ikke tror på at det kan bidra til noe bedre, så får de det ikke til å fungere i avdelingen heller. Her ble det i hovedsak pekt på retningslinjer og føringer som kom ovenfra (enhetsleder, kommunen, nasjonalt) som påvirket hvordan helsepersonell skulle arbeide. Dette stemmer med bakkebyråkratenes rolle. Det å kunne påvirke retningslinjer ovenfra og tilpasse de inn i sin egen kontekst, gjør endringen allmenngyldig. Den må tilpasses inn i den virkeligheten helsepersonellet opplever (Vabø, 2014a). Dette kan sees opp mot avdelingsleders rolle, og kjennskap til avdelingen, pasientene og helsepersonellet. Dersom en ny retningslinje fra kommunen ikke samsvarer med arbeidet og utfordringene som er i avdelingen, og ikke åpenbart forklarer hvorfor noe skal endres, vil det bryte mot den faglige kunnskapen helsepersonell innehar. For å legge til rette for læring i et sykehjem, så må leder ta høyde for den faglige diskusjonen rundt endringen, og ikke bare endringen i seg selv (Vabo, 2014).

Avdelingsledere snakker med helsepersonell som er på avdelingen, når de skal iverksette nye tiltak. De avdelingslederne som bruker avdelingsmøtene til å diskutere meldte avvik og uønskede hendelser beskriver det som en god arena for å ansvarlig gjøre helsepersonellet i avdelingen til å komme med løsninger. Resultatet av denne undersøkelsen blir formidlet på avdelingsmøter, og i de fleste avdelingene til den ansatte selv som meldte avviket og den ansatte som utførte det som resulterte i et avvik eller uønsket hendelse. Å bruke

avdelingsmøtene som en arena for å lære, er noe flere av avdelingslederne fremhever at de gjør. Det er med på å ansvarlig gjøre helsepersonell til å reflektere og diskutere rundt de meldte hendelsene og tiltakene som blir besluttet iverksatt. Dette avhenger av at helsepersonell ser behovet for endring og ikke på bakgrunn av at avdelingsleder eller enhetsleder alene ser behovet for det. Dette henger sammen med at avdelingslederne i større eller mindre grad får gjentatte lignende meldinger om avvik og uønsket hendelser. Dette stemmer overens med Argyris (1974) sin teori om at det er ikke en læring før det iverksettes i organisasjonen. Først når helsepersonell forstår hvorfor de skal gjøre en endring, og er samstemte om hva som må gjøres oppnår en dobbelkretset læring.

## 7.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg besvart problemstillingen «hvordan arbeider ledere på ulike nivå i sykehjemstjenesten med avvik og uønskede hendelser og hvordan blir meldinger om avvik og uønskede hendelser brukt til å forbedre praksis?»

Begrepet avvik er kjent for ledere i sykehjem. Begrepet blir brukt i dagligtalen av helsepersonell og ledere, som *avviksrapporter*, *avvikssystem* og at de tilsette melder ett *avvik*. Begrepet uønskede hendelser er ikke like kjent, og blir ikke brukt i dagligtalen. Likevel skiller ledere i sykehjem mellom hva de anser som ett avvik og hva de anser som en uønsket hendelse. På grunn av at begrepet uønsket hendelse er lite brukt, blir helsepersonell heller oppfordret til å skrive *avvik* på hendelser som uro, vold og utagering.

Avdelingsledere og enhetsledere arbeider med meldte avvik og uønskede hendelser i stor grad med utgangspunkt i tidligere erfaringer de har gjort seg. Behandlingen av slike meldinger gjør avdelingslederne hovedsakelig sammen med helsepersonell i avdelingen. Enhetslederne må derimot oftest samarbeide med både avdelingsledere og helsepersonell.

Ledere i sykehjem har to ulike måter å arbeide med avvik og uønskede hendelser. De kan ha en enkel tilnærming eller en helhetlig tilnærming. Med utgangspunkt i denne studien og påfølgende drøfting kan det se ut som at den enkle tilnærmingen til et avvik eller uønsket hendelse i større grad fører til at avviket og den uønskede hendelsen bare gjentar seg, og på den måten ikke bidrar til læring internt. Dersom avdelingsledere tror de forstår hva som har skjedd og hva som må gjøres, så vil de oftest anvende en slik enklere tilnærming. Denne oppgaven viser imidlertid at forbedringsarbeidet skjer først gjennom en såkalt helhetlig tilnærming. Ved en slik tilnærming blir helsepersonellet involvert både i prosessen med å finne ut hvorfor hendelsen skjedde, hva de kan gjøre for å redusere konsekvensene av hendelsen neste gang, eventuelt sikre at hendelsen ikke skal skje igjen. Tiltakene som iverksettes kan deles i fire ulike kategorier. Dette er å lage 1) nye eller endre retningslinjer, 2) sette inn kostnadskrevenne tiltak, 3) kartlegge risiko og kompetansehevende tiltak, eller 4) ingen tiltak. I denne studien finner jeg at fremgangsmåten i behandling av avvik og uønskede hendelser er flytende og følger ikke en lineær fremgangsmåte. På mange måter reflekterer funnene i denne oppgaven at mye av behandlingen av meldte avvik og uønskede i de tre kommunene inneholder de ulike elementene/fasene i Demings sirkel for forbedringsarbeid.



Ikke minst gjelder det de tilfellene der kommunene tar i bruk en helhetlig tilnærming til meldte avvik og uønskede hendelser

Studien gir likevel ikke grunnlag for å generalisere funnene til alle sykehjem. Intervjurunden er nemlig gjort på bakgrunn av kun tre kommuner. Analysekapittelet viser imidlertid at konklusjonene kan underbygges av teori og tidligere forskning og kan derfor sies å være valide i den konteksten de er undersøkt.

## 7.1 Videre arbeid

I denne undersøkelsen er det sett nærmere på ledere ved sykehjem. For min del kunne det vært interessant og gjennomført en tilsvarende undersøkelse av helsepersonell og ledere i sykehjem for å se hvordan de lærer av sine egne og andres avvik og uønskede hendelser i en avdeling. Det kunne gitt mer kunnskap om hvilke tiltak og metoder ledere i sykehjem anvender.

Ett av funnene i denne studien er at kommunen ikke har retningslinjer for hvordan de skal arbeide med uønskede hendelser. To av kommunene har heller ikke retningslinjer for hvordan ledere skal arbeide med meldte avvik. Dette bør undersøkes nærmere. Det samme gjelder om erfaringskunnskapen som avdelingsledere og enhetsledere sitter med, blir brukt internt i forbedringsarbeid, og kan anvendes i retningslinjer for arbeid med meldte avvik og uønsket hendelser i sykehjem. På den måten kunne en dra nytte av et læringsarbeid både innad i kommunene og på tvers av kommunene.

Studien illustrerer at avdelingsledere samarbeider med enhetsleder dersom de trenger hjelp til å løse meldte avvik og uønskede hendelser som de opplever at de selv ikke klarer å få løst med de tiltakene de iverksetter. Den gir og eksempler på at avdelingsledere samarbeider med enhetsleder dersom de ser at de må iverksette tiltak som krever ekstra ressurser som innkjøp av dyrt utstyr eller en økning av personell i avdelingen. Om dette egentlig er samarbeid, eller ett uttrykk for ledelsesstrukturen i kommunal helsetjeneste, kan det være grunn til å utforske nærmere.

## Litteraturliste

- Amble, N. (2014). Å lære å lære - om læring i praksis. I S. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Andersen, I. B. & Larsen, L. S. (2014). *Avdelingslederens erfaringer med å behandle avviksmeldinger på sykehjem* (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra [https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/dlt2cp/TN\\_nora\\_new10037/6818](https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/dlt2cp/TN_nora_new10037/6818)
- Arbeidstilsynet. (2019). Avvik og avvikhåndtering. Hentet 04.09.2019 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/avvik-og-avvikshandtering/#BrotpåHMS-regelverketeravvik>
- Argyris, C. (1974). Organisatorisk Læring - Singel og dobbel loop. I K. Illeris (Red.), *Tekster om Læring*. Gylling, Narayana press: Roskilde universitetsforlag (2000).
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten : arbeids glede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S., Tvester Deilkås, E. C. & Deilkås, E. C. T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2387-9>
- Brudvik, M. (23.01.2010). Hvordan skape forbedring? Hentet 17.10.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hvordan-skape-forbedring>
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre*. Oslo: Universitet forlaget.
- Dixon-Woods, M., Baker, R., Charles, K., Dawson, J., Jerzembek, G., Martin, G., ... West, M. (2014). Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 106. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001947>
- Donaldson, M. S., Kohn, L. T. & Corrigan, J. (2000). *To err is human : building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gartshore, E., Waring, J. & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- Hatletveit, E. W. & Helledal, H. (2018). *Tiltaksimplementering i organisasjoner i etterkant av uønskede hendelser-Hemmere og fremmere i tiltaksprosessen* (Masteroppgave). NTNU. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2576037>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017a). *Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten* (Prop. 68 L 2016–2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-68-l-20162017/id2544823/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)* (Prop. 150 L 2016–2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-150-l-20162017/id2556944/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* (Meld St. 11 2018-2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>
- helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Hole, S. (2019, 30. januar). Tilsette på sjukeheim seier dei varsla om alvorlege avvik 46 gongar på fire månader. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/mr/pleiarane-ved-kringsja-sykehjem-i-kristiansund-skal-ha-varsla-om-at-dei-ikkje-hadde-tid-til-a-gje-1.14378440>
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. B. & von Plessen, C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? *BMC Health Services Research*, 12(1), 235. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-235>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Kable, A., Kelly, B. & Adams, J. (2018). Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 20(2), 238-246. <https://doi.org/10.1111/nhs.12409>
- King, G. (2001). Perceptions of Intentional Wrongdoing and Peer Reporting Behavior Among Registered Nurses. *Journal of Business Ethics*, 34(1), 1-13. <https://doi.org/10.1023/A:1011915215302>
- Konsmo, T., De Vibe, M. F., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, E., Norheim, G., ... Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring : utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Langørgen, A., Løkken, S. & Aaberge, R. (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013* (Rapporter 2015/19). Hentet fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/225199?ts=14ce4c230d0>
- Liukka, M., Hupli, M. & Turunen, H. (2018). How transformational leadership appears in action with adverse events? A study for Finnish nurse manager. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 639-646. <https://doi.org/10.1111/jonm.12592>
- Lundberg, J., Rollenhagen, C. & Hollnagel, E. (2010). What you find is not always what you fix--how other aspects than causes of accidents decide recommendations for remedial actions. *Accident; analysis and prevention*, 42(6), 2132. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.07.003>
- NOU 2015:11. (2015). «Med åpne kort». Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K. & Torsheim, H. (2016). Stressa syke-pleiere i kommunene. *Sykepleien 2016 104(3)(68 70)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777>
- Olsen, R. & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(01), 6-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(01), 6-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>
- Otterlei, S. S. (2018a, 2. november). Fylkeslegen forlanger gjennomgang av Haukelands behandlingsrutiner. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/hordaland/fylkeslegen-forlanger-gjennomgang-av-haukelands-behandlingsrutiner-1.14265831>
- Otterlei, S. S. (2018b, 19. desember). Sykepleierne varslet over hundre ganger om underbemanning før Daniel (43) døde. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/hordaland/sykepleierne-varslet-over-hundre-ganger-om-underbemanning-for-daniel-43-dode-1.14344590>
- Otterlei, S. S. & Duesund, J. (2018, 28. nov). Høie etter NRK-avsløringer: Helse-Norge er for lite åpne om egne feil. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/hordaland/hoie-etter-nrk-avsloringer-helse-norge-er-for-lite-apne-om-egne-feil-1.14313198>
- pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rittel, H. W. J. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4, part 2(Jun., 1973), 155-169. <https://doi.org/http://www.jstor.org/stable/4531523>
- Røvik, K. A., Roness, P. G., Lægred, P. & Christensen, T. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor : instrument, kultur, myte* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Sivilbeskyttelsesloven. (2010). *Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret* (LOV-2010-06-25-45). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-06-25-45>
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus : internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulvund, I., Dale, K. Y. & Ødegård, A. (2015). Skal - skal ikke ; jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 86-96. <https://doi.org/https://doi.org/10.7557/14.3714>
- Vabo, S. I. (2014). Velferdens organisering - Mellom styring, ledelse og læring. I S. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Vabø, M. (2014a). Bakkebyråkratiet - der emosjonelt arbeid blir politikk. I S. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Vabø, M. (2014b). Dilemmaer i velferdens organisering. I S. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Wenger, E. (1998). En social teori om læring. I K. Illeris (Red.), *Tekster om læring*. Gyllinger, Narayana press: Roskilde universitetforlag (2000).
- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg" Vitenskapsteori i helse og sosialfag* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. (Red.). (2018). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### Problemstilling og forskningsspørsmål

*Hvordan arbeider ledere på ulike nivå i sykehjemstjenesten med avvik og uønskede hendelser, og hvordan blir meldinger om avvik og uønskede hendelser brukt til å forbedre praksis?*

1. Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser?
2. Hvordan arbeider og samarbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?
3. Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?

### Introduksjon

- Introdusere meg og oppgaven.
- Presentere hensikten med intervjuet
- Les opp problemstillingen, og forskningsspørsmålene
- Fortelle at jeg skal se på tre mellomstore kommuner, der jeg vil snakke med to avdelingsledere og en enhetsleder per kommune.

### Info om intervjuet

- Sikre underskrift på samtykke erklæring
- Opplyse om taushetsplikt, anonymisering og mulighet til å trekke seg underveis
- Informere om lydopptak, og noen notater vil bli skrevet underveis
- Fortelle at det de forteller vil anonymiseres, og at enhetsledere og avdelingsledere får de samme spørsmålene.
- Datalagring og NSD
- Sitater; informer at jeg vil bruke dette i analysen og for å få støttet opp under funnene. Vil ikke velge avslørende eller komprimerende sitat
- Spørre om noe er uklart og om informanten har spørsmål

### Intervjuobjektet

- Fortell om deg selv, stilling og bakgrunn (hva har de gjort før), utdanning og kompetanse.

- Fortell om arbeidsplassen, størrelse organisering, avdelinger, pasientgruppe, hvor mange i kommunen osv.
- Fortell om arbeidsoppgavene, hva er de mest typiske arbeidsoppgavene
- Hvilken type avdelinger har dere på sykehjemmet, hvilken type avdeling leder du?
- Kor mange har du ansvar for/leder du?

### Kort om avvik og uønsket hendelser

- Vet du hvordan det er med avvik på ditt sykehjem generelt? (antall?)
- Veit du om dette er mer/mindre/like mye enn andre sykehjem i kommunen, eventuelt i andre kommuner?
- Hvordan er det med avvik på avdelingen din spesielt? /Har dere avvik?
  - Viss nei- hvorfor ikke?
  - Viss ja- I så fall i kva slags omfang?
- Ligger din avdeling høyere/lavere enn avviksnivået generelt på sykehjemmet
- Hvilket system har dere for avviksbehandling? (pasientjournal, kommunale løsninger/papir?/mail/ flere steder en kan føre avvik)
  - Kan du fortelle kort om dette systemet? Hvordan fungerer det?
  - Hvordan blir det brukt av de tilsette
  - Hvordan bruker du dette systemet – til hva?
  - Får du det du trenger fra dette systemet – Noe du savner?
- Hvordan blir avvikene håndtert?
  - Hvem håndterer disse avvikene?
  - Hva er ditt ansvar/ din oppgave i avvikshandtering
  - Har de skriftlige rutiner eller prosedyrer for dette – i så fall, kan jeg få en kopi av disse rutinene/prosedyrene?
  - Hvem informerer du om avvikene? Hvordan?
  - Blir avvikene dokumentert? Hvordan?
  - Blir de diskutert? Når – I hvilke fora? Over deg? Under deg?
  - Hva er typiske avvik? på sykehjemmet, på avdelingen.
  - Hvilke pasienter/pasientkategorier er disse avvikene knyttet til?
  - Hvor mange avvik har dere i løpet av en måned/ et halvår/et år?
  - Hvordan blir de rapportert oppover? (skriftlig/munntlig?)
- Har dere uønskede hendelser?

- Hvor mange har dere i løpet av 1 uke/1 måned/ halvår
- Er dette mye/lite/lik som andre avdelinger/sykehjem?
- Bruker du begrepet «uønsket hendelser»?
- Hvordan melder ansatte fra om uønskede hendelser?
- Hvordan blir disse hendelsene håndtert?
- Har de rutiner/prosedyrer for håndtering av disse.
  - Hva går de ut på?
  - Blir de fulgt?
  - Hva er typiske uønskede hendelser?
  - Hvilke pasienter / kategorier er de knyttet til?
- Har dere laget en risiko og sårbarhetsanalyse som peker på risikoen for at noe kan gå galt?
- Hva seier denne risiko- og sårbarhetsanalysen i så fall?
- Har dere rutinebeskrivelse for både avvik og uønskede hendelser?
  - Blir de fulgt?
- Hvordan forklarer du forskjellen på avvik og uønskede hendelser?
- Om jeg hadde spurt noen andre tror du jeg ville fått samme svar?

## Avvik

- Hvordan definerer du avvik?
- Vil dine tilsette definere det på same måten?
- Er det en felles forståelse av hva avvik er?
- Kan du komme med noen typiske eksempler på avvik?
- 
- Opplever at du og dine tilsette i situasjoner der det kan være tvil om det er avvik- i så fall, hva gjør det med de?
- Hvilken type avvik blir meldt inn til avdelingen/sykehjemmet? Eksempler?
- Er det kultur i din avdeling for å melde fra om avvik?
- Hvilken type avvik er vanskelige å håndtere og løse?

Kan du ta meg igjennom et forløp hvordan du har arbeidet med et avvik som er meldt?

- Hvilken type avvik er det?
- Hvem melder dette?

- Hva inneholdt avviket?
- Hva gjorde du for å ta fatt på å håndtere dette?
- Hvordan inkluderte du andre i dette arbeidet?
- Korleis inkluderte du din enhetsleder i dette arbeidet?
- Hvilke erfaringer gjorde du deg underveis?
- Negative og positive

Hvordan arbeider du sammen med din leder med å håndtere avvik?

- Kan du beskrive dette litt detaljert slik at eg forstår gangen i dette?
- Samhandling rundt konkrete tilfelle
- For å forebygge avvik
- Har dere faste møte for å drøfte dette
- Korleis vil du beskrive dette samarbeidet
- Noe som kunne vært bedre?
- Annet?

På bakgrunn av avvikene du mottar, kan du fortelle om en endring du har gjennomført i avdelingen som har gitt en effekt?

- Gav det noen positive ringvirkninger som dere registrerte?
- Hvis ja – Hvorfor?
- Hvis nei – hvorfor ikke?
- Var enhetsleder involvert i håndteringa av dette avviket- i så fall hvordan?

Har du et eksempel på at du har satt i gang et tiltak som ikke gav ønsket effekt?

- Beskriv dette
- Fikk du noe hjelp av enhetsleder i denne saken?
- Hva tror du gjorde at det ikke fungerte?

Uønskede hendelser

- Hvordan definerer du uønskede hendelser? Eksempler?
- 
- Hvilken type uønskede hendelser blir meldt inn til avdeling/Sykehjem?
- Kan du gi eksempler?



- Er det kultur for å melde fra om uønskede hendelser?
  - Fra tilsette til deg?
  - Fra deg til enhetsleder?
  - Fra enhetsleder oppover i organisasjonen?
- Hvilken type uønskede hendelser er vanskelige å håndtere og løse?

Kan du ta meg igjennom et forløp hvordan du har arbeidet med en uønsket hendelse som er meldt?

- Hvilken type uønsket hendelse er det?
- Hvem melder dette? – til hvem?
- Hva inneholdt meldingen?
- Hva gjorde du for å ta fatt på å håndtere dette?
- Hvordan inkluderte du andre i dette arbeidet?
- Hvordan involverte du enhetsleder i dette
- Hvilke erfaringer gjorde du deg underveis?
- Hvordan løste du det?

Hvordan arbeider du sammen med din leder med å håndtere uønskede hendelser?

- Hvem har ansvaret for at du setter av tilstrekkelig tid til å håndtere disse uønskede hendelsene?
- Hvordan vil du beskrive dette samarbeidet?
- Kunne det ha vært bedre? Hva mangler?

På bakgrunn av de uønskede hendelsene du mottar, kan du fortelle om en endring du har gjennomført i avdelingen som har gitt en effekt?

- Hva gjorde at du fikk en effekt?
- Hva gjorde at du ikke fikk en effekt?
- Hva kunne vært gjort annerledes?
- Var det andre grunner?
- Ga det noen positive ringvirkninger som dere registrerte?
- Hva tror du gjorde at det ikke fungerte?
- Hva ville du gjort dersom du fikk samme utfordringen på nytt?

## Arbeidsforhold som bakgrunnsinformasjon

- Opplever du at dere har tilstrekkelig kompetanse og bemanning på de ulike avdelingene til å utføre trygg og god pasientbehandling?
  - Viss ja- hvorfor
  - Viss nei – hvorfor ikke – hva må på plass?
- Hvordan er sykefraværet på avdelingene? Er dette mer/mindre enn andre avdelinger/sykehjem?
- Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert?
- Viss noe ikke er arbeidsrelatert- kva kan det for eksempel være?

Hvilke rutiner har du for å arbeide med meldinger om avvik og uønskede hendelser?

- Følgjer du opp disse rutinene?
- Er disse rutinene lik for andre avdelingsledere/enhetsledere? /Hvordan arbeider andre enhetsledere/avdelingsledere?
- Er rutinene nasjonale?
- Melder du fra om avvik og uønskede hendelser i tjenesten?
- Hvordan melder du fra om avvik og uønskede hendelser?
- Og må det da være veldig alvorlige avvik, eller følger du prosedyren.
- Hvorfor ikke/hvorfor?

## Avvik og uønskede hendelser på sykehjemmet

- Opplever du at ansatte kan melde fra om avvik og kritikkverdige forhold i denne kommunen?
- Opplever du at du som leder at du kan melde fra om avvik og uønskete hendelser til din leder?
- Hvor mange meldinger får dere i året?
- Diskuterer dere åpent avvik og uønskede hendelser for å lære av dem?
- Hvem diskuterer/involveres?
- Hvilke avvik og uønskede hendelser er lettere å arbeide med? Eksempler
- Hvilken rapportering har du til din leder? Hvor ofte, når og hvordan?
- Hvordan involverer du andre avdelingsledere i arbeidet med meldinger om avvik og uønskede hendelser?

- Hvordan deler dere gode og dårlige erfaringer i arbeide med å behandle avvik og uønskede hendelser?
- Har du noen eksempler på at meldinger om avvik og uønskede hendelser som andre avdelinger har mottatt gir konsekvenser for din avdeling? (avdelingsleder) Bruke eksempler. Har du andre eksempler
- Hvor ofte deler dere erfaringer? Hvordan, hvilken arena, formelle og uformelle, er det preventivt eller etter det er gått galt?
- Har det hendt at du må ta beslutninger som kan gå på kompromiss av det du anser som god kvalitet og faglig utfordringer på avdelingsnivå? (fks nedskjæringer, kutt i sykepleier stillinger)
- Kan du fortelle mer om det?
- Hvilke etterspill fikk dette, sett i lys av meldinger om avvik og uønskede hendelser og tilbakemeldinger fra avdelingene?

Når det blir iverksatt nye rutiner, prosedyrer eller systemer på bakgrunn av meldinger om avvik og uønskede hendelser;

- Hvilken rolle har du da?
- Blir du involvert av din leder?
- Hvilke endringer er enkle å innføre?
- Hvilke endringer er vanskelige?
- Hvordan sikrer du at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon og forståelse av hvorfor endringen blir gjort?
- Hvordan blir tiltakene gjort kjent for de ansatte?
- Endring av prosedyrer? Samtale med ansatte? Workshop? Arbeidsgrupper? Personalmøter? Mail?
- Inviterer du dine tilsette til å komme med innspill

## Avslutning

- Dersom du kunne utformet et avviksskjema, hva hadde du trengt fra de ansatte for å kunne behandle avviket på en forsvarlig måte? Hva er viktig for deg? Lovverk?
- Hvilken oppfølging hadde du trengt fra din leder for å kunne optimalt arbeide med avvik for et forbedringsverktøy?

- Dersom du kunne involvere de du ønsket, hvem hadde du tatt med deg i arbeidet med å forbedre avvikshåndtering i din institusjon/eining? (fks ansatte, andre ledere, verneombud, osv?)
- Hva ville du konkret gjort for å få til ei forbedring?
- Kven ville du involvert / tatt med for å redusere tallet på uønsket hendelser på din institusjon/eining?
- Hva ville du konkret gjort for å redusere dette tallet

Er det noe eg burde spurt om? Noe du vil tilføye

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

### **” Avvik og uønskede hendelser i sykehjem tjenesten ”?**

**Jeg er masterstudent ved Høgskulen på Vestlandet der jeg er i ferd med å fullføre min mastergrad i organisasjon og ledelse. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor jeg skal undersøke hvordan avdelingsledere og enhetsledere arbeider med og håndterer avvik og uønskede hendelser i sykehjemstjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

**Jeg er sykepleier, og arbeider ved Nordhordland legevakt som ligger i Knarvik, Lindås kommune.**

#### Formål

Gjennom dette forskningsprosjektet ønsker jeg å skaffe mer kunnskap om hvordan ledere i helsetjenesten arbeider med avvik og uønskede hendelser.

Formålet med prosjektet er å få ny kunnskap om hvordan enhetsledere og avdelingsledere bruker avvik og uønskede hendelser for å få et overblikk over problem og utfordringer i sykehjemstjenesten, og hvordan en arbeider med å forbedre praksis på bakgrunn av meldinger om avvik og uønskede hendelser.

Problemstillingen på oppgaven er:

*Hvordan arbeider ledere på ulike nivå i sykehjemstjenesten med avvik og uønskede hendelser, og hvordan blir meldinger om avvik og uønskede hendelser brukt til å forbedre praksis?*

De forskningsspørsmål jeg har skissert for oppgaven er

1. Hva legger avdelingsledere og enhetsledere i begrepene avvik og uønskede hendelser?
2. Hvordan arbeider og samarbeider avdelingsledere og enhetsledere med rapporterte meldinger om avvik og uønskede hendelser?
3. Hvilke tiltak planlegger og gjennomfører avdelingsledere og enhetsledere for å forbedre praksis på bakgrunn av rapporterte meldinger?

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I prosjektet skal jeg undersøke tre mellomstore kommuner, og du blir bedt om å delta fordi du er enhetsleder eller avdelingsleder på sykehjem i en mellomstor kommune. Jeg har hentet informasjon og organisering av tjenesten på kommunen sine hjemmesider, og på denne måten fått kontaktinformasjon om enhetsleder for sykehjems tjenesten.

I hver kommune skal jeg intervju en enhetsleder og to avdelingsledere.

*Jeg ber derfor at om at du som enhetsleder vil delta i prosjektet og at du videresender denne informasjonen til to avdelingsledere som kan delta i prosjektet sammen med deg.*

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil gjennomføre individuelle intervju.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et personlig intervju. Dette intervjuet vil ha en varighet på ca 60 min. Intervjuene vil være anonyme, og opplysninger du kommer med vil ikke gjøres kjent for andre informanter. Jeg vil ta lydopptak av intervjuet ved bruk av en båndopptaker og skrive ut intervjuet i etterkant.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Nedenfor vil du finne en samtykkeerklæring. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som jeg vil lagre adskilt fra lydopptaket på forskningsserveren til Høgskulen på Vestlandet.

I oppgaven vil opplysningene anonymiseres. Dette vil jeg gjøre ved å generalisere funnene, slik at de ikke kan identifiseres opp mot arbeidsplass eller person.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 17.06.2020. Da vil datamaterialet, og lydopptakene bli slettet fra Høgskulen på Vestlandet sin forskningsserver.

### **Dine rettigheter**

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

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,  
å få rettet personopplysninger om deg,  
få slettet personopplysninger om deg,  
få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og  
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

Masterstudent Silje Fanebust, tlf 90698562, [silje\\_f@hotmail.com](mailto:silje_f@hotmail.com)

Høgskolen på Vestlandet ved veileder for master oppgaven Grete Netteland, tlf 41692891,  
[Grete.Netteland@hvl.no](mailto:Grete.Netteland@hvl.no)

Vårt personvernombud: Halfdan Mellbye, tlf 55 30 10 31, [halfdan.mellbye@sands.no](mailto:halfdan.mellbye@sands.no)

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

Med vennlig hilsen

Grete Netteland  
Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Silje Fanebust  
Master student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet avvik og uønskede hendelser i sykehjemstjenesten, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i ett intervju med båndopptaker.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 17.06.2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

.....

(Stilling)

Jeg kan kontaktes via:

Epostadresse:

Mobil:

Anna

Kryss også gjerne av hvordan du helst ønsker å bli kontaktet.



## Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD



### NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Avvik og uønskede hendelser i sykehjemstjenesten

Referansenummer

196682

Registrert

26.10.2019 av Silje Fanebust - 161707@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Grete Netteland, Grete.Netteland@hvl.no, tlf: 41692891

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Silje Fanebust, silje\_f\_@hotmail.com, tlf: 90698562

Prosjektperiode

28.10.2019 - 17.07.2020

Status

28.10.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

---

28.10.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 28.10.19. Behandlingen kan starte.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endrin](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endrin)

ger.html Du må vente på svar fra NSD før endringen

gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 17.07.20.

## LOVLIG GRUNNLAG

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

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte ogberettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante ognødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylleformålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)