



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

HMS-arbeid i helseføretak

HSE-work in hospitals

Halvard Brekke

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

Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap. Institutt for samfunnsvitskap

Innleveringsdato 14.06.19

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

Føreord

Temaet i denne oppgåva er HMS-arbeid i helseføretak og er avsluttande masteroppgåve på fireårig deltidsstudium i organisasjon og leiing ved Høgskulen på Vestlandet.

Arbeidet med masteroppgåva har vore både spennande, krevjande og lærerikt. Eg er nøgd med å vere ferdig med masterprosjektet, samtidig ser eg fram til å følgje HMS-arbeidet i helseføretaka vidare.

Det er fleire som fortener ei stor takk. Først vil eg takke deltakarane i undersøkinga som sette av tid til intervjuet og delte erfaringar og tankar om HMS-arbeidet i helseføretaket. Eg vil takke rettleiaren min, Laila Nordstrand Berg. Tusen takk for ryddige og konstruktive tilbakemeldingar og motiverande ord gjennom heile prosessen!

Takk til arbeidsgjevar og leiaren min, Inger Johanne Sætenes for forståing og trua på at eg var den rette til å gjennomføre eit masterprosjekt om HMS-arbeid i eit helseføretak. Takk også til mine gode kollegaer som i ein periode har løyst nokre av mine arbeidsoppgåver.

Til slutt vil eg takke kona mi Lill Anette, og barna mine, Ane og Guri, som har vist tolmodigheit og gjeve meg oppmuntring undervegs i prosessen! Det er godt å bli heia i mål!

Summary

Background and purpose: According to the instructions and safety rules laid down in the hospital's guidelines and the law, the hospitals are required to carry out systematic Health, Safety and Environmental activities to ensure the employees have a fully adequate working environment. This study is exploring how a systematic HSE-work is understood and carried out in the hospital.

The work with achieving a sustainable HSE-work in the hospital will meet several challenges. The consequences of not being able to perform the work in a safe and secure manner can be serious. Based on this, I want look further into how the regulations and guidelines are understood and followed up by the leaders in each department of the hospital, and what they experience must be in place in order to succeed in the HSE-work. An increased insight in these experiences will contribute to improve HSE-work in the hospital

Method: The study is based on a qualitative design. The method for obtaining data is qualitative research interviews which have been analyzed using theme-centered analysis. A strategic selection of eight informants has been carried out in a hospital in Western Norway.

Results: The main findings of this thesis are that improvement work is well known in the organization and has gained an increased focus in the organization in recent years, largely due to the introduction of the new employee survey "*improvement*" and the process that follows after this survey. At the same time, the research shows that managers have little knowledge of the regulatory legislation and the overall guidelines of the area, and are completely dependent on getting recipes for how the improvement and HSE-work should be carried out in order to put in place an HSE-practice as intended for the hospitals. The leaders have got such a recipe through the introduction of the improvement concept. Nevertheless, it turns out that the improvement work to a large extent is concentrated on improvements in the working environment, and to a lesser extent to other improvement areas. The synergies between the various areas of improvement in the HSE-work are, to a lesser extent, taken into account, a factor that characterizes the HSE-practice in the hospitals.

Conclusion: Based on the results of the survey, the conclusion is that the improvement and HSE- work in the hospitals largely lacks synergy and holistic thinking. The work in the area is largely "silo-based", where the various areas of improvement are developed separately. This leads to an HSE-practice in the hospital that does not correspond to the intention.

Keywords: HSE, health, environment, safety, internal control, working environment, patient quality, patient safety, hospital, employee survey

Samandrag

Bakgrunn og hensikt: Helseføretaka er gjennom det regulative lovverket og overordna føringar pålagt og drive eit systematisk HMS- og kvalitetsarbeid for å sikre eit heilskapleg forbetningsarbeid og ei berekraftig utvikling på området. Studien tek utgangspunkt i korleis det systematiske HMS-arbeidet er forstått og utøvd i eit helseføretak. utfordringane med å få til eit heilskapleg og berekraftig HMS-arbeid i helseføretaka kan vere fleire, og konsekvensane med å ikkje få det til, kan i verste fall vere alvorlege. På bakgrunn av dette ynskjer eg meir innsikt i korleis leiarar i helseføretak forstår og følgjer opp lovverk og dei overordna føringane på området, og kva dei erfarar må vere på plass for å lykkast med HMS-arbeidet. Auka innsikt i slike erfaringar kan bidra til å gje utvida kunnskap om HMS-arbeid i helseføretaka.

Metode: Studien er tufta på eit kvalitativt design. Metoden for innhenting av data er kvalitative forskingsintervju som er analysert ved bruk av temasentrert analyse. Det er føreteke eit strategisk utval av åtte deltakarar i eit helseføretak på vestlandet.

Resultat: Hovudfunna i denne oppgåva er at forbetningsarbeid er godt kjent i organisasjonen og har fått eit auka fokus i organisasjonen dei siste åra, mykje grunna innføringa av den nye medarbeidarundersøkinga *forbetring* og prosessen som følgjer i etterkant av denne kartlegginga. Samtidig viser undersøking at leiarane har lite kjennskap til det regulative lovverket og overordna føringar på området, og er heilt avhengige av å få oppskrifter på korleis forbetnings- og HMS-arbeidet skal gjennomførast for å få på plass ein HMS-praksis slik intensjonen for helseføretaka er. Ei slik oppskrift har leiarane fått gjennom innføringa av forbetningskonseptet. Likevel viser det seg at forbetningsarbeidet i stor grad er konsentrert omkring forbetningar i arbeidsmiljøet, og berre i mindre grad til dei andre forbetningsområda. Det blir berre i mindre grad teke omsyn til synergiane mellom dei ulike forbetningsområda i HMS-arbeidet, eit tilhøve som syner att i HMS-praksisen i helseføretaket.

Konklusjon: Basert på resultata i undersøkinga kan det konkluderast med at forbetnings- og HMS-arbeidet i helseføretaket i stor grad manglar synergi- og heilskapstenkinga. Arbeidet på området er i stor grad *silobasert*, der dei ulike forbetningsområda blir jobba med kvar for seg. Med dette følgjer ein HMS-praksis i helseføretaket som ikkje samsvarar med intensjonen på området.

Nøkkelord: HMS, helse, miljø, sikkerhet, internkontroll, arbeidsmiljø, pasientkvalitet, pasientsikkerheit, sjukehus, helseføretak, medarbeidarundersøking

Innhald

1	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn for studien og utvikling av problemstilling.....	2
1.2	Kunnskapsstatus	4
2	Kontekst og rammer for HMS-arbeidet i helseføretaket	9
2.1	Systematisk HMS-arbeid og internkontroll.....	9
2.2	Kvalitet og pasientsikkerheit	12
2.3	Om HMS-arbeidet i helseføretaket.....	12
2.3.1	Arbeidsmiljø.....	13
2.3.2	Pasientryggleik.....	13
2.3.3	Grønt sjukehus	13
2.3.4	Beredskap.....	14
2.3.5	Forbetringsundersøkinga	14
2.3.6	«Forbetringsprosessen» i helseføretaket.....	14
3	Teoretisk rammeverk.....	17
3.1	Translasjonsteori	17
3.1.1	Oversetting	17
3.1.2	Translatørkompetanse.....	20
3.2	Systemteori - Skjørshammer	20
3.2.1	Heilskap og del.....	21
3.2.2	Organisasjonar som system	21
3.2.3	Samspel og avhengigheit.....	22
3.2.4	Fleire årsaker	22
3.2.5	Struktur og prosessar	23
3.2.6	Input/Outputmodellen – innsatsfaktorar- transformasjonsprosessar - resultatfaktorar..	24
3.2.7	Ulike nivå: oversystem – system - undersystem	24
3.2.8	Åpne og lukka system	25
3.2.9	Åpne og lukka grenser.....	25
3.2.10	Begrensningar.....	26
3.2.11	Stabilitet i systemet.....	26
3.2.12	Tilbakemelding (feedback).....	26
3.2.13	Entropi	26
3.2.14	Ekvifinalitet	26
4	Metode.....	29

4.1	Utvikling av design	29
4.2	Casestudie	30
4.3	Utval	30
4.4	Metode for datainnsamling.....	31
4.4.1	Intervju	31
4.5	Analyse av data.....	34
4.6	Metodologiske vurderingar	36
4.6.1	Forskinga sin validitet, reliabilitet og overførbarheit.....	37
4.6.2	Etiske vurderingar	38
5	Analyse og drøfting av funn.....	41
5.1	Øversettinga til HMS-praksis i helseføretaket.....	41
5.2	HMS-praksisen i helseføretaket	47
5.3	Moglegheiter og utfordringar i HMS-arbeidet	54
5.4	Samsvar mellom føringar på området, det regulative rammeverket og HMS-praksisen i helseføretaket	61
5.5	Oppsummering av funn.....	64
6	Oppsummerande konklusjon	65
6.1	Anbefalingar til helseføretaket.....	66
6.2	Forslag til vidare forsking	66
7	Referanseliste.....	67
8	Vedlegg - oversikt.....	70

Tabelloversikt:

Tabell 1; Skjematisk oversikt over kva internkontroll inneber for verksemdene	s.10
Tabell 2; Fasane i temasentrert analyse	s.35
Tabell 3; Oppsummering	s.64

Figuroversikt:

Figur 1; The Improvement guide, institute for healthcare	s.11
Figur 2; The organization as a technical system for transforming inputs into outputs	s.24

«HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen»

(Eit styringsmål for Helseføretaket)

1 Introduksjon

I landet vårt er både offentlege og private helseverksemdar pålagt å drive eit kvalitetsarbeid. Dette inneber eit systematisk arbeid for å forbetre kvaliteten på tenestene og verksemda i helseføretaket. Kvalitetsarbeid blir gjennomført i mange områder av produksjonslivet, men det blir stilt særleg strenge krav på områder der kvalitet kan vere avgjerande for liv og helse, slik som i helsetenestene (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2017). Helse, miljø og sikkerheit (HMS) er ein viktig del av dette kvalitetsarbeidet. Det skal utførast eit forbetningsarbeid knytt til områda; arbeidsmiljø, sikkerhet, forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester, vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall, forebygging av uhell og ulykker forbundet med egen lovlig aktivitet og forebygging av uønskede tilsiktede hendelser (Internkontrollforeskriften 1997). Denne oppgåva ser på HMS- og kvalitetsarbeidet i offentleg sektor, i sjukehusa, som også blir kalla helseføretak.

HMS har vakse fram over lang tid i landet vårt, men kom verkeleg i fokus gjennom koplinga mellom HMS og verksemdene sin internkontroll (IK) i eit nytt IK-HMS-regelverk i 1992 (Internkontrollforeskriften 1997). Med det nye IK-HMS regelverket ligg det ein visjon om eit bærekraftig produksjonsliv med eit heilskapsperspektiv, der verksemdene må forhalde seg til både interne og eksterne faktorar i forbetningsarbeidet. Eit fullt forsvarleg og helsefremjande arbeidsmiljø skal koplast til førebygging av miljøforstyringar og helseskader frå produkt og tenester, samt til behandling av avfall og vern av det ytre miljøet mot ureining (Karlsen 2010). HMS har vakse til eit omfattande forbetningsområde og representera i dag dei fremste målsettingar og viktige utfordringar for verksemdar i landet vår (Karlsen 2010). I aukande grad må verksemdene forhalde seg til eit kvalitetsregime, der HMS er ein viktig del av kvalitetsarbeidet. Det er ei forventning om at produkt og tenester skal vere sikre og halde ein god kvalitet, men også at produksjonsprosessen skal vere trygg og god. Utviklinga gjev såleis eit auka medvit om HMS og tydinga for dette forbetningsarbeidet i høve til å nå kvalitetsmålsetningar og å sikre ei bærekraftig utvikling på området (Karlsen 2010).

Helseføretaka må på same måte som andre delar av produksjonslivet forhalde seg til HMS-regelverket og internkontroll. Som er var inne på innleiingsvis er helseføretaka i tillegg,

gjennom pasientlovgjevinga, pålagt å drive eit ekstra kvalitetsarbeid for å sikre høg og rett kvalitet på tenestene, og for prosessane knytt til tenesteproduksjon (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2017) Dette arbeidet blir i helseføretaka kalla pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeid. Føringsane på området er at dette arbeidet skal innlemmast og vere del av eit heilskapleg HMS-arbeid. Dette blir også lagt vekt på hjå helseministeren som i si årlige sjukehusstale i 2016 kom med følgjande uttale;

Pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeidet skal være en integrert del av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (Helseminister Bent Høie, sykehusstalen 12.01.2016)

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumenta til helseføretaka bedt om at kvalitetsforbetring, pasientsikkerheit, arbeidsmiljø og HMS skal sjåast i ein samanheng. Det heilskaplege og bærekraftige perspektivet viser såleis att i oppdragsdokumenta, og helseføretaka må følgje dette opp i høve til å nå intensjonane på HMS-området.

1.1 Bakgrunn for studien og utvikling av problemstilling

Med bakgrunn i det regulative lovverket og overordna føringar på HMS-området er det interessant å sjå nærmare på korleis dette arbeidet blir løyst i helseføretaka. Fokuset i denne masteroppgåva er retta mot korleis det systematiske forbetnings- og HMS-arbeidet er forstått og utøvd i eit helseføretak på Vestlandet. Utfordringane med å få til eit heilskapleg og berekraftig HMS-arbeid i helseføretaka kan vere fleire, og konsekvensane med å ikkje få det til, kan i verste fall vere alvorlege. På bakgrunn av dette ynskjer eg meir innsikt i korleis leiarar i helseføretak forstår og følgjer opp IK-HMS regelverket og dei overordna føringane på området, og kva dei erfarar må vere på plass for å lykkast med forbetnings- og kvalitetsarbeidet, og at «HMS er ein sjølvsgagt del av arbeidsdagen», slik det blir sitert innleiingsvis. Auka innsikt i slike erfaringar kan bidra til å gje utvida kunnskap om HMS-arbeid i helseføretaka.

Nokre helseføretak er komne lenger med heilskapstenkinga på HMS-området og har ei tid sett på samanhengar mellom ulike forbetningsområder. I 2016 blei det oppretta ei intern arbeidsgruppe ved Oslo universitetssjukehus. Arbeidsgruppa har sett på synergjar mellom pasientsikkerheit og HMS og på tiltak for å betre resultatoppnåinga i høve til pasientsikkerheit, HMS og kvalitet.

Leiaren for den interne arbeidsgruppa kom med følgjande uttale;

Både forskning og praksis viser at arbeidsmiljø og organisasjonskulturen påverkar pasientkvalitet og pasienttryggleik. Motsett kan svikt i pasientkvaliteten og tryggleiken påverke trivsel, arbeids glede og psykisk helse. Derfor får uønskede hendelser på disse områdene konsekvenser både i en ansatt- og i en pasientdimensjon (Sitat Hien Berentsen, arbeidsmiljøavdelinga ved OUS)

Slike synergjar finn ein mellom fleire av forbetningsområda i internkontrollføreskrifta (1997). Desse samanhengane må ein ta omsyn til i forbetningsarbeidet, det ein gjer, eller ikkje gjer av arbeid på eit av områda, kan påverke andre forbetningsområder i positiv eller negativ lei. Forbetningsprosessar som har ei heilskapleg tilnærming er såleis nødvendig og viktig for å oppnå HMS- og kvalitetsmålsettingar. Ei utfordring for å få til heilskapen i dette arbeidet er det Røvik (2004) omtalar som «silotenking». Han seier at det dei seinare åra har vore fokus på at verdiskapingsprosessar i organisasjonar kan bli hemma av «silotenkinga», dette som følgje av sentralt styrte og vertikalt funksjonsinndelte organisasjonar. Verdiskapingsprosessar i ein organisasjon består ofte av meir eller mindre komplekse aktivitetar som går horisontalt i organisasjonen. Desse prosessane kan såleis bli hemma av dei vertikalt bygde «siloane» (Røvik 2007, s.182). Forbetnings- og HMS-arbeidet kan sjåast på som ein slike verdiskapingsprosessar.

For å avgrense oppgåva vel eg å studere dette ut frå leiarane sin forståing av HMS, då dette har implikasjonar for arbeidet hjå dei tilsette. På denne bakgrunn stillast fylgjande hovudspørsmål:

Korleis blir HMS-arbeidet ivareteke i helseføretaket - silotenking eller heilskap?

Som ei hjelp til å svare på problemstillinga har eg formulert fire forskingsspørsmål, der første spørsmål er leia ut frå translasjonsteorien (Røvik 2007) og dei tre neste spørsmåla er leia utifrå systemteorien (Skjørshammer 2004).

- 1) Korleis vert ideen om HMS omsett til praksis i helseføretaket?
- 2) Korleis erfarer leiarar at det systematiske HMS-arbeidet blir ivareteke i helseføretaket?
- 3) Kva erfarer leiarar at hemmar eller fremmar arbeidet med HMS i organisasjonen?
- 4) Samsvarar HMS-praksisen i helseføretaket med overordna føringar på området og målsettingar og krav slik dei ligg føre i HMS-IK føreskrifta?

1.2 Kunnskapsstatus

Det er gjennomført noko forskning knytt til HMS-arbeid på sjukehus. Mykje av fokuset i forskinga har vore på arbeidsmiljødelen av HMS-arbeidet. Vidare følgjer ein kort kunnskapsstatus på området som har relevans for mi problemformulering.

Eg har føreteke systematiske litteratursøk i Oria og Google scholar. Sentrale søkeord har vore; HMS, helse, miljø, sikkerhet, internkontroll, arbeidsmiljø, pasientkvalitet, pasientsikkerhet, sjukehus, helseforetak, medarbeiderundersøkelse. Tilsvarande søk har vore gjort med dei same søkeorda på engelsk. Eg fekk få treff på relevante artiklar. I hovudsak såg eg etter kvalitative studiar som har undersøkt HMS-arbeid knytt til sjukehus eller helseforetak som er relevant for mi eiga undersøking. Nedanfor følgjer ein kort presentasjon av relevant forskning på feltet.

Av det eg har funne som er mest relevant for mi oppgåve er masterprosjektet til Sissel Bergvoll (2018). Ho har skrivne masteroppgåve om implementeringa av KVAM (kvalitet og arbeidsmiljø) ved universitetssjukehuset i Nord-Norge. Temaet for oppgåva er å sjå på bakgrunnen for at det blir arbeidd med kvalitet og arbeidsmiljø i same struktur. Føremålet med oppgåva hennar er å undersøke kvifor KVAM-strukturen blei bestemt implementert og om det fungerer slik det var tenkt. Bergvoll ser på om KVAM-strukturen blei innført som eit verktøy, for å løyse eit problem, eller om den blei innført som eit symbol, for at organisasjonen skulle framstå som moderne og tidsrett. Funna i studien viser at det er begge delar, både verktøy og symbol. Vidare skriv Bergvoll at det langt på veg kan sjå ut som innføringa av KVAM-strukturen er å sjå på som ei suksesshistorie, sjølv om det fortsatt er eit forbedringspotensiale. Ho skriv at det er noko tvetydigheit i organiseringa, der KVAM-strukturen burde ha vore meir tydeleg og konsistent. Ho skriv at strukturen ikkje er gjennomgåande, der saker om arbeidsmiljø og kvalitet blir behandla i to ulike fora på overordna nivå, i arbeidsmiljø- og kvalitetsutvalet. Samtidig blir det forventat at resten av organisasjonen skal jobbe med desse områda i ein heilskap. Bergvoll har funne at sakene som blir behandla gjennom KVAM-strukturen har flest saker som handlar om både kvalitet og arbeidsmiljø. Til slutt har ho funne at det viktigast for vellykka kvalitetsforbetring er fokus frå leiingar i dette arbeidet.

Per-Christian Borgen (2016) har gjennom si doktorgradsavhandling sett på korleis ein kan forstå systematisk HMS – arbeid på sjukehus og kva HMS- arbeidet kan fortelje oss om endringsprosessar i offentleg sektor. Avhandlinga byggjer på studie av det systematiske HMS – arbeidet ved tre sjukehus i Nordland, gjennomført i to bolkar, den første i 1998 – 99 og den siste i 2013. Begge bolkane har bestått av kvalitative intervju og dokumentstudiar. Borgen har avgrensa studien sin til å omhandle dei to første punkta i internkontrollføreskrifta, arbeidsmiljø og sikkerheit, og har såleis ikkje sett på dei andre forbettringsområda i internkontrollføreskrifta (1997). Vidare er det ei avgrensing til somatiske sjukehus og ei tredje avgrensing er at konsentrasjonen i avhandlinga er korleis informantane opplever HMS- arbeidet på sjukehusa. Funna til Borgen blir presentert i fire artiklar (Borgen 2016). Artikkelen 1 viser at HMS – aktiviteten i starten av perioden er lav i høve til målsettinga i HMS – lovgevinga, og at breidda i HMS – aktiviteten var skeiv i høve til breidda i arbeidsmiljølova og kompleksiteten i arbeidsmiljøet på sjukehusa. I den siste bolken er det meir systematisk og synleg HMS – aktivitet, og som på ein betre måte speglar att breidda i målsettinga i arbeidsmiljølova og HMS – utfordringane ved sjukehusa. Artikkelen 2 ser nærmare på skeivheita i innhaldet i HMS-arbeidet, medan artikkelen 3 ser på årsakene til den lave HMS-aktiviteten. Artikkelen 4 viser at HMS-aktiviteten i slutten av perioden er høgare, meir systematisk og meir synleg enn tidligare, og på ein betre måte speglar breidda i arbeidsmiljølova si målsetting og sjukehusa sine HMS-utfordringar (Borgen 2016).

Sintef har utarbeida ein rapport knytt til sjukefråværsarbeid på sjukehusa (Håpnes, Ose et al. 2018). Det er gjennomført intervju på fem sjukehus og totalt ti klinikkar. I tillegg er det nytta resultat frå ei kvantitativ undersøking blant sjukepleiarar i sjukehusa. Spesielt interessant for mi undersøking er det at ein i rapporten har funn som viser til at sjukehusa manglar eit systematisk relevant HMS-arbeid, at dette arbeidet er mangelfullt og snevert ved sjukehusa. I rapporten blir det vist til at mange sjukepleiarar knyter HMS-omgrepet berre til pasientsikkerheit og at det i lita grad blir meldt avvik på tilhøve knytt til dårlege arbeidsvilkår. Det blir skriva i rapporten at HMS-arbeidet i stor grad er adoptert frå industrienkinga, der sikkerheit har hovudfokuset i HMS-arbeidet for å unngå ulykker og skadar, i sjukehusa bør ein ha ei anna tilnærming i HMS-arbeidet. Eit anna funn er at rolla som verneombod står svakt, mange tillitsvalte ser også ut til å ha ein passiv og avgrensa rolle, desse tilhøva blir knytt til eit for dårleg definert HMS-arbeid ved sjukehusa (Håpnes, Ose et al. 2018).

Mæhre og Danielsen (2017) har sett på korleis medarbeidarundersøkingar blir nytta som verktøy for forbedring av arbeidsmiljø og som ein del av eit kontinuerleg endringsarbeid. Studien er gjennomført ved Universitetssykehuset i Nord Norge. Det er gjennomført ei kvalitativ intervjuundersøking og dokumentstudie. Forfattarane fann gjennom sitt studie at gjennomføringa og bruken av medarbeidarundersøking påverkar HMS-strategien. Ho fann vidare at ei føresetnad for eit vellykka resultat, var medverking og involvering av tilsette, ved at resultatane frå undersøkingane blir presenterte for dei tilsette raskt etter gjennomføringa. Vidare må oppfølgingsarbeidet ende ut i handlingsplanar for den einskilde eininga.

Arbeidstilsynet har utarbeidd rapport etter tilsyn på norske sjukehus i 2014 der ein har sett på arbeidsmiljøarbeidet (Arbeidstilsynet 2014). Målet med revisjonane var å bidra til gode arbeidsvilkår i sjukehusa, og at sjukehusa førebygge sjukefråvær og utviklar eit godt arbeidsmiljø. I tilsynet har fokuset vore på samarbeid internt på sjukehusa i høve til endring og omstilling, arbeidstidsordningar og førebygging av vald og truslar. I tillegg har det vore sett på korleis bedriftshelsetenesta blir nytta og om det vert gjennomført drøftingar om bruk av midlertidig tilsette og innleigde arbeidstakarar. Det har vore innhenta både kvalitative og kvantitative data. Spesielt interessant for mi undersøking er at Arbeidstilsynet finn at sjukehusa er store og godt organiserte verksemdar, der system og retningslinjer for å ivareta arbeidsmiljøet er på plass. Funna viser likevel at det er utfordringar på HMS-området. Arbeidsintensiteten ser ut til å auke i sjukehusa, der leiarar svarar at kvalitetskrav og ansvaret i leiarjobben har auka. Tillitsvalte og verneombod svarar at arbeidet i sjukehusa har vorte meir fysisk krevjande og at ein oftare arbeider i eit høgt tempo.

Inger Johanne Bergerød (2012) har i si masteroppgåve sett på leiing av kvalitets- og sikkerheitsarbeidet ved to norske sjukehus, der ho har fokuset på å studere organiseringa av kvalitets- og sikkerheitsarbeidet og å avdekke leiingsprosessar som er avgjerande for dette arbeidet. Masteroppgåva er knytta til prosjektet Quality and Safety in European Union Hospitals (QUASER), der Universitetet i Stavanger er med i et europeisk forskingsprosjekt som baserer seg på en studie av kvalitet og sikkerhet på sjukehus i fem europeiske land (Norge, Sverige, England, Portugal og Nederland). Resultata i undersøkinga viser at den overordna organisasjonsstrukturen ser ut til å ha mindre tyding for arbeidet med kvalitet og sikkerhet, faktorar som er dei mest viktige er openheit og god dialog mellom leiarar og tilsette på alle nivå. Vidare viser resultatane at tillit til toppleiinga i høve handtering av strategi og metode innanfor den valte organisasjonsstrukturen har stor tyding for korleis arbeidet med

kvalitet og sikkerhet blir ivareteke på mikronivå. Det kan sjå ut som om dette har like stor tyding som eldsjeler, indre motivasjon og kunnskap hjå dei tilsette. Denne studien viser at toppleiinga si vekting av dei ulike leiingsprosessane, har stor tyding for korleis leiinga si rolle og bidrag blir i arbeidet med kvalitet og sikkerhet på dei to undersøkte sjukehusa.

Til slutt ynskjer eg å ta med rapporten frå arbeidsgruppa ved Oslo universitetssjukehus HF, som eg også hadde eit sitat frå i innleiinga (2017). Arbeidsgruppa blei oppretta i 2016 og har sett på synergjar mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerheit. Arbeidet førte til ein rapport som tydeleggjer arbeidsmål og aktivitetar for å støtte under ei meir integrert satsing av kvalitet, pasientsikkerheit og HMS. Gruppa peikar på at sjølv om pasientsikkerheit, kvalitet og HMS følgjer to ulike lovverk, har dei som fag mange likskapar og eit felles føremål om å sikre liv og helse. I arbeidet med kvalitet, pasientsikkerheit og HMS blir også mange av dei same systema nytta peikar arbeidsgruppa på.

I dette avsnittet har eg med eit par unnatak, sett på ulike studiar der fokuset har vore på delar av forbetnings- og HMS-arbeidet på sjukehusa. Dette er sjølv sagt viktig og nyttig kunnskap. Mi oppfatning er at det også er viktig å få meir kunnskap om korleis det blir jobba med synergiane mellom dei ulike forbetningsområda og vidare med det heilskaplege arbeidet på HMS-området, slik det regulative lovverket og overordna føringar legg opp til. Mitt bidrag til forskinga er såleis lagt i denne retninga.

Vidare i oppgåva følgjer ei skildring av den kontekstuelle ramma knytt til lovverk og føreskrifter på HMS området, og korleis dette kjem til uttrykk i helseføretaket. Deretter kjem kapitlet som klargjer det teoretiske rammeverket som er valt til å kaste lys over studien. I metodedelene av oppgåva viser eg korleis undersøkinga er gjennomført. Så følgjer analyse og drøftinga av funna mine. Avslutningsvis i oppgåva ein kort konklusjon, og forslag til vidare arbeid på dette området for helseføretaka og til slutt aktuelle områder for vidare forskning.

2 Kontekst og rammer for HMS-arbeidet i helseføretaket

I dette kapittelet vil eg gjere nærmare greie for rammeverket omkring HMS-arbeidet i eit helseføretak. Som eg var inne på innleiingsvis har HMS-regelverket og krava til internkontroll, dei ekstra krava som følgjer av pasientlovgevinga, og overordna føringar på området ei tyding for korleis HMS-praksisen skal vere i helseføretaka. Eg tek ikkje sikte på ein fullstendig gjennomgang av det regulative lovverket, men viser til sider som er relevant for denne oppgåva. I siste del av kapittelet syner eg korleis lovverket og overordna føringar på området dannar grunnlaget for «organisasjonsoppskrifter» som skal sikre ein HMS-praksis i helseføretaket i trå med rammene.

2.1 Systematisk HMS-arbeid og internkontroll

Det mest sentrale HMS-regelverket er å finne i åtte lover med tilhøyrande føreskrifter ; arbeidsmiljølova, forurensningslova, brann- og eksplosjonsvernlova, produktkontrolllova, sivilbeskyttelseslova, lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr, genteknologilova og strålevernlova. Kva regelverk som er aktuelt for den einskilde verksemd avheng av kva slags produksjon som blir gjennomført. Felles for desse lovene og føreskriftene er at alle er knytt til IK-HMS-føreskrifta (1997) og at verksemdene pliktar å sørge for systematisk oppfølging av gjeldande krav som følgjer av det aktuelle lovverket. Forskrift om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter (1997) har ifølge §1 som føremål å fremje eit forbetningsarbeid på desse områda; arbeidsmiljø, sikkerhet, forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester, vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall, forebygging av uhell og ulykker forbundet med egen lovlig aktivitet og forebygging av uønskede tilsiktede hendelser. Det er og viktig å kjenne til at frå 01.07.2017 blei nokre av formuleringane i internkontrollføreskrifta knytt til forbetningsområda endra (1997). Dei to siste punkta som gjeld forbetningsområda er nye. Dette kjem som følge av at ein ynskjer å synleggjere at det er ein forskjell på sikring og sikkerheit. I tillegg har punkta om arbeidsmiljø og sikkerheit skilt lag i den siste oppdateringa av føreskrifta. Dette vart gjort for å få fram at sikkerheit gjeld både for arbeidsmiljø, ytre miljø og for tredjepart knytt til verksemda. Forskrifta gjeld dei fleste verksemdar i landet vårt, med nokre unntak (§2). Føreskrifta gjeld for helseføretaka. Internkontroll er i §3 i internkontrollføreskrifta definert som:

Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen (1997).

I §4 er det slege fast at *den som er ansvarlig for virksomheten skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten og at dette gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter*(Internkontrollforskriften 1997). I kommentarane til internkontrollforskrifta som gjeld §4 blir det slege fast at; «*Virksomheter som omfatter både arbeidstakere og kunder/brukere, f.eks. sykehus, skoler, barnehager og hoteller har ansvar for helse, miljø og sikkerhet for begge grupper. For denne typen virksomhet er det viktig å huske på at lovene kan stille samme type krav, men de er rettet mot en av gruppene – arbeidstaker eller bruker – eller lovene kan stille krav som omfatter begge gruppene*»(1997).

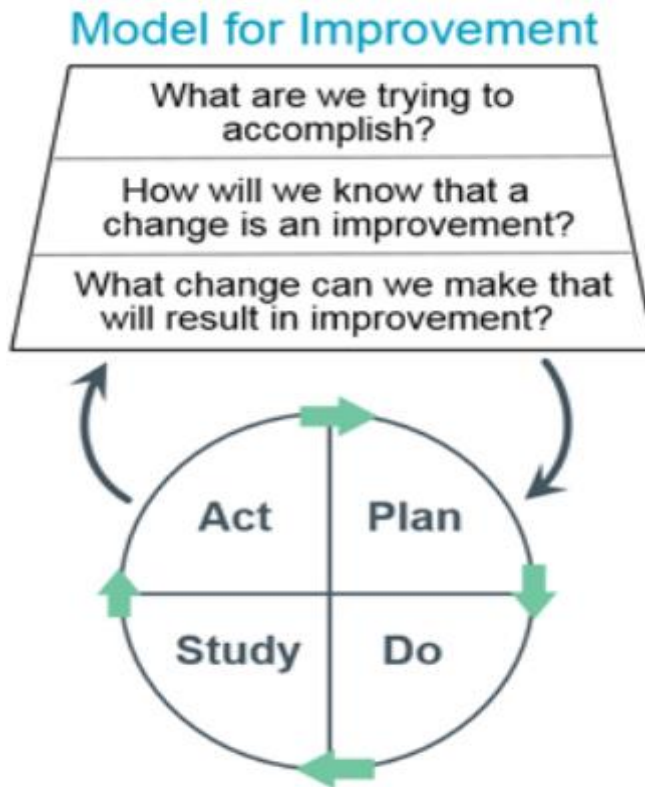
Tabell 1; Skjematisk oversikt over kva internkontroll inneber for verksemdene(Internkontrollforskriften 1997)

Internkontroll innebærer at virksomheten skal:	Dokumentasjon
1. sørge for at de lover og forskrifter i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet for virksomheten	-
2. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, herunder informasjon om endringer	-
3. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes	-
4. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet	må dokumenteres skriftlig
5. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt	må dokumenteres skriftlig
6. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene	må dokumenteres skriftlig
7. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhets- lovgivningen	må dokumenteres skriftlig
8. foreta systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt	må dokumenteres skriftlig

Innhaldet i det systematiske HMS – arbeidet er slege fast i §5 i internkontrollforskrifta (1997). Arbeidet må vere tilpassa verksemda sin art, aktivitet, risikotilhøve og storleik og i det omfang som er nødvendig for å følgje opp krava eller i medhald av helse-, miljø,- og sikkerhetslovgjevinga. Nødvendig dokumentasjon av det systematiske HMS – arbeidet må følgje dette.

Både det systematiske arbeidet på HMS – området som følgjer av internkontrollforskrifta(1997), og forskrift for leiing og forbedringsarbeid i helsetjenesten (2017) er basert på generelle prinsipp for forbeings- og kvalitetsarbeid. Arbeidet på området er ein kontinuerleg prosess og denne prosessen er mest kjent som Demings- sirkel eller

PDSA-sirkelen (Plan-Do-Study-Act), og er ein av dei mest brukte modellane for kvalitets- og forbetningsarbeid;



Figur 1; The Improvement guide, institute for healthcare improvement; www.ihl.org

Forbetnings- og kvalitetsarbeid blir ofte skildra som en kontinuerlig prosess i fire trinn, her vist med overskriftene i forbetningsmodellen, knytt saman med overskriftene som er nytta i forskrift om leing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene (§ 6-9, 2017):

1. «Plan»: Plikta til å planlegge, formulere mål og planlegge aktivitetar for å nå måla
2. «Do»: Plikta til å gjennomføre aktivitetane
3. «Study»: Plikta til å evaluere, har tiltaka vorte gjennomført slik dei var planlagt? Gav tiltaka den ynskjelege effekta?
4. «Act»: Plikta til å korrigere på bakgrunn av evalueringa, som igjen fører til ny planlegging

Dersom internkontrollsystemet fungerer slik det er tenkt vil leiarane og organisasjonen ha eit godt verktøy for å fange opp utfordringar i HMS-arbeidet og kunne sette inn nødvendige forbetringstiltak. Det systematiske arbeidet på området skal bidra til at verksemdene når målsetingane i helse-, miljø-, og sikkerheitslovgjevinga (1997).

2.2 Kvalitet og pasientsikkerheit

Eit heilskapleg HMS-arbeidet i helseføretaka tek, i tillegg til internkontrollføreskrifta(1997), også utgangspunkt i forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017). Denne føreskrifta har som utgangspunkt å forsterke arbeidet med å redusere pasientskadar og uønska hendingar på området. Føreskrifta (§1) har som føremål å bidra til faglege og forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit, samt at øvrige krav i omsorgslovgjevinga blir ivareteke. I følgje rettleiaren til forskrifta er virkeområdet til føreskrifta omfattande og gjeld verksemdar på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstenestene, i spesialisthelsetenesta og private verksemdar som gjev tilbod om helse- og omsorgstjenester. Øverste leiar i helseføretaka har ansvaret for at alle pasientar mottek trygge og forsvarlege tenester og forskrifta pålegg helseføretaka å ha eit styringssystem som omfattar korleis verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krava som er fastsett eller er i medhald av helse- og omsorgslovgjevinga. På same måte som det systematiske arbeidet på HMS – området som følgjer av internkontrollføreskrifta, er det systematiske kvalitetsarbeidet som følgjer av føreskrifta på dette området, basert på generelle prinsipp for forbetnings- og kvalitetsarbeid (PDSA-sirkelen)

2.3 Om HMS-arbeidet i helseføretaket

Konteksten for undersøkinga mi er som eg innleiingsvis var inne på, i eit helseføretak. Ei kort oversikt over HMS-arbeidet i dette helseføretaket følgjer; Helseføretaket har ei tradisjonell linjeorganisering, med ulike nivå som består av klinikkar, avdelingar, seksjonar og einingar. Administrerande direktør har det overordna ansvaret for HMS – arbeidet i helseføretaket. Ansvaret for det lokale og daglege HMS – arbeidet ligg hjå leiarane i linjeorganisasjonen. Linjeansvaret følgjer organisasjonsstrukturen i helseføretaket. På intranettsida til føretaket kan ein lese at;

«HMS er ei forkorting for helse, miljø og sikkerheit. HMS er det systematiske arbeidet som alle medarbeidarar i helseføretaket skal drive i fellesskap for å sikre at drifta ikkje gjev negative skadeverknader på tilsette, pasientar og pårørande, omgjevnaden, utstyr og bygningsmasse.

HMS er ein sjølvstendig del av det daglege arbeidet og er ein viktig del av kvalitetsarbeidet vårt!»

HMS-omgrepet fannar vidt, og på den interne HMS-sida er det ei oversikt over dei mest sentrale forbetningsområda i helseføretaket og korleis desse skal følgjast opp:

2.3.1 Arbeidsmiljø

Dette forbetningsområdet handlar om alle medarbeidarane sitt arbeidsmiljø i helseføretaket, oversikta på HMS-intranettsida er delt inn i; fysisk-, psykososialt-, organisatorisk-, ergonomisk og kjemisk- og biologisk arbeidsmiljø. Det blir vidare vist til arbeidsmiljølova, der føremålet er at alle skal ha det bra både fysisk, psykisk og sosialt på arbeidsplassen. Arbeidsmiljølova stiller krav til forsvarlege arbeidsvilkår på alle områder, og til korleis det blir jobba systematisk med å få på plass forsvarlege og gode arbeidsvilkår for alle tilsette gjennom Internkontroll. Arbeidstilsynet sin arbeidsmiljømodell er det også via plass til på intranettsida. Modellen er basert på arbeidsmiljølovgevinga og er utvikla for å skape ei betre oversikt på området.

2.3.2 Pasienttryggleik

Helseføretaket er med i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet, der hovudmålet er å redusere pasientskader, samt bygge varige strukturar for pasienttryggleik og forbetre pasienttryggleikskulturen i helsetenesta. Programmet har konkrete forbetringstiltak på 12 utvalde innsatsområder, der kvart innsatsområde har tiltakspakkar som skal redusere pasientskadar. Som eg viste til tidligare i oppgåva er helseføretaka pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktivitetar for å sikre faglege forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasientsikkerhet (2017). Føreskrifta på området er eit viktig verktøy både for systematisk styring og leiing, og for kontinuerleg forbetring av tenestene som verksemdene gjev tilbod om.

2.3.3 Grønt sjukehus

Helseføretaket ynskjer å bidra til at landet vårt når sine klima- og miljømål og deltek difor i det nasjonale prosjektet, «Grønt sjukehus». Hovudmålet er innføring av miljøleiing, miljøstyring og miljøsertifisering etter ISO 14001. "Grønt sjukehus" er viktig i høve til å overhalde myndigheitskrav på området, og er ein viktig del av føretaket sitt bidrag knytt til samfunnsansvaret for å redusere negativ påverknad av det ytre miljø og folkehelsa. Leiarar i helseføretaket skal i samarbeid med sine medarbeidarar ta ansvaret for det ytre miljøet, og drive verksemda i trå med føretaket sin gjeldande miljøpolitikk, miljømåla og krava i ISO-standarden på området, slik at miljøarbeidet blir kontinuerleg forbetra.

2.3.4 Beredskap

Planlegge og førebu tiltak på best mogeleg måte der dei ordinære ressursane ikkje strekk til, gjeld både interne og eksterne tilhøve. Dette forbetningsområdet vart tydeleggjort i internkontrollføreskrifta i høve til den siste oppdateringa i 2017 (1997).

2.3.5 Forbetningsundersøkinga

Forbetningsundersøkinga er frå 2018 ei årleg nasjonal medarbeidarkartlegging som blir nytta i alle helseføretaka. Undersøkinga kartlegg ulike sider av HMS, arbeidsmiljø og pasienttryggleikskultur, som kan ha samanheng med risiko for uønskte hendingar, eller verke negativt på kvaliteten i tenesta, samt helse og engasjement blant medarbeidarane. Kartlegginga består av 46 spørsmål innanfor desse ni hovudområda; engasjement, teamarbeidsklima, arbeidsforhold, tryggleiksklima, psykososialt arbeidsmiljø, opplevd leiaråtferd (både for leiarar og tilsette), toppleiar si rolle i pasienttryggleiksarbeidet, fysisk arbeidsmiljø og oppfølging av det systematiske forbetningsarbeidet.

2.3.6 «Forbetningsprosessen» i helseføretaket

Det er utarbeida ein oversikt over dei ulike fasane som forbetningsarbeidet i helseføretaket består av, denne blir av dei fleste medarbeidarane i føretaket kalla «*Forbetring*». Prosessen er vist med sju fasar; planlegge forbetningsprosessen, gjennomføre forbetningsundersøkinga, første dialog om resultat, forbetningsforslag, utarbeide og vedta forbetnings-/handlingsplan, gjennomføre, evaluere og korrigere. Prosessen tek utgangspunkt i internkontrollføreskrifta (1997) og forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) samt overordna føringar på området. Som eg har gjort greie for tidligare i kapitelet er PDSA-sirkelen utgangspunktet for forbetnings- og kvalitetsarbeidet som ligg i føreskriftene. Dette dannar også grunnlaget for den lokale *oppskrifta* som ligg i *forbetningsprosessen* i helseføretaket. Innhaldet i kvar fase har ei nokså detaljert oversikt, der det blir vist til at HMS, arbeidsmiljø og pasienttryggleik skal sjåast i ein samanheng. Det systematiske forbetnings- og HMS-arbeidet, består i hovudsak av å kartlegge, risikovurdere og lage handlingsplanar med forbetringstiltak. I første del av forbetningsarbeidet, kartlegginga, er hensikta å avdekke utfordringar og fare, eller identifisere forbetningsområder innanfor HMS – området. I kartleggingsarbeidet, og i det vidare forbetningsarbeidet, er det viktig at medarbeidarane deltek, dei har oftast mykje kunnskap om ulike HMS-tilhøve på arbeidsplassen, og er såleis ein viktig ressurs når ein skal definere dei aktuelle forbetningsområda og i kva retning forbetringa bør gå. I arbeidet er det viktig å nytte all informasjon og kunnskap ein har i høve til HMS – statusen. I neste fase av forbetningsarbeidet blir risikovurderinga gjennomført. Der

tek ein føre seg dei avdekka forbetningsområda og vurderer behovet for tiltak, kva tiltak som bør iverksettast og tidsperspektivet for dette. Kartlegginga og risikovurderinga skal munne ut i ein skrifteleg handlingsplan med definerte målsettingar på områda som skal forbe­trast og vidare tiltak som er nødvendig for å oppnå forbetringane. Dei tilsette er ein viktig ressurs både i formuleringa av forbetningsmålsetingane og i å finne dei rette forbetringstiltaka i høve til dei ulike områda som skal forbe­trast. Vidare følgjer gjennomføringa av handlingsplanen med iverksetting av tiltak, og med påfølgjande evaluering og korriger­ing.

Eg har i dette kapitlet gjort greie for sider av lovverket omkring HMS- og kvalitetsarbeidet i eit helseføretak som er relevante i høve til oppgåva mi. Til sist har eg vist korleis det regulative lovverket og overordna føringar på området dannar grunnlaget for organisasjonsoppskrifter som skal sikre ein HMS-praksis i helseføretaket i trå med desse rammene. I neste kapitel viser eg det teoretiske perspektivet for oppgåva.

3 Teoretisk rammeverk

Eg tek utgangspunkt i translasjons- og systemteori som eg tenkjer i skrivande stund er aktuell for å kaste lys over problemformuleringa og forskingsspørsmåla mine. Teorien skal vere med å tolke å gje forståing av datamaterialet mitt. Det har såleis ikkje vore til hensikt å gjere greie for desse teoriane i sin heilskap, men å presentere dei i høve til mi problemformulering.

3.1 Translasjonsteori

Translasjonsteorien blei utvikla frå midten av 1980 talet av franske sosiologar og nordiske organisasjonsforskarar. Teorien har som forståing at idear og praksisar blir overførte mellom organisasjonar. Translasjonsteorien fangar inn tilhøve som gjeld; tilgang til, overføring, mottak og bruk av idear i ulike organisatoriske samanhengar. Røvik (2007) skildrar eit rammeverk som er tufta på det translasjonsteoretiske perspektivet. Omgrepet kunnskapsoverføring blir skildra som overføring av organisasjonsidear. Desse ideane er oppskrifter eller konsept på korleis ulike delar av organisasjonen bør formast. Dette handlar om kva ein organisasjon skal gjere med oppskrifta og korleis desse blir tolka når dei blir ført inn i ein ny kontekst.

3.1.1 Oversetting

Heilt sentralt i kunnskapsoverføringa er *oversettinga*, der praksis og idear blir omforma og overført mellom ulike organisatoriske samanhengar. Med dette følgjer ei stor tyding for det som skal oversettast og korleis denne oversettinga føregår. Det kan vere ulike grunnar til at organisasjonsidear blir oversett, der nokre kan føregå utan at dette er planlagt og utan medvit. I andre tilfelle kan det vere meir kalkulerte oversettingar. I det som Røvik nemner som rasjonell kalkulert oversetting, kan dette vere basert på leiarar si erfaring med at innføring av nye konsept vil krevje ei omfattande endring i organisasjonen. Slike endringar er ofte ressurskrevjande og det kan då vere lettare å løyse dette med å justere konseptet slik at det passar betre inn i dei eksisterande strukturane. Ein anna type rasjonell kalkulert oversetting kan vere å tilpasse konseptet til dei lokale tradisjonane. For at organisasjonen skal kunne halde på sin eigen identitet, samtidig som ein skal ta i bruk det nye konseptet, kan ein då velje å føreta ei mild oversetting av konseptet. Det kan vere så enkelt som å gje det generelle konseptet eit lokalt namn (Røvik, 2007).

Ifølgje Røvik (Christensen, Egeberg et al. 2015) er det to sentrale delprosessar som legg grunnlaget for oversettinga, *dekontekstualisering* og *kontekstualisering*. Den første delprosessen handlar om når praksisar blir omsett til idear gjennom ord, bilder og tekst.

Praksisen blir gjort om til eit konsept, der konseptet blir skildra og det får eit språkleg uttrykk. Konseptet blir så forsøkt teke ut av organisasjonen med føremål om at det skal overførast til andre organisasjonar (Røvik, 2007). Dekontekstualiseringa, eller uthentinga, er sett saman av mange og samansette prosessar. Dei to hovudfasane; *lausriving* og *pakking* er sentrale seier Røvik (2007). Lausriving vil vere at ein vil gje ein konkret og lokalisert praksis i ein organisasjon, ein språkleg og idemessig representasjon. Pakking blir brukt når ein tek ein organisasjonside ut av ein samanheng, omformar ideen, slik at den blir mindre avhengig av ein bestemt kontekst og slik kan overførast til andre kontekstar. Det vil vere uklare og glidande overgangar mellom desse to fasane av dekontekstualiseringa. I den andre delprosessen av oversettinga, kontekstualisering, blir den språksette versjonen introdusert og omsett i ein ny organisatorisk samanheng. I denne fasen er såleis praksisen alt henta ut og har fått ein idemessig representasjon. No startar arbeidet med å innføre organisasjonsideen til den nye konteksten (Røvik, 2007). Det er ikkje sikkert at det er dei same personane som skal hente ut ein ide eller praksis frå ein organisasjon, som skal implementere ideen eller praksisen i ein organisasjon, ofte er det slik at ulike arena og aktørar er involverte i dette. Den som overset, nevnt som «oversettaren», er svært viktig i dette arbeidet. Det er og viktig å sjå at dersom mange personar er involverte i denne prosessen, kan det påverke framdrifta og det kan medføre at ideane går i ulike og gå i uføreseielege retningar.

I kontekstualiseringsprosessen skal ei organisasjonsoppskrift implementerast og oversettast til ny praksis i organisasjonen. I denne prosessen vil såleis oppskrifta komme inn i ein ny kontekst eller samanheng. I den nye konteksten må ein forhalde seg til nye fysiske strukturar, som bygningar, kontor, maskiner osv., men vel så viktig er det å sjå at det vil vere ein ny samanheng knytt til både formell struktur og organisasjonskulturen. Organisasjonen sine strategiar og målsetingar er som oftast å finne att i nedskrivne handlingsplanar, medan dei meir uformelle sidene ved den nye konteksten, er å finne att i normer og retningslinjer i organisasjonskulturen. Normene er basert på underliggende verdiar og oppfatningar og er ikkje synlege for oss i nedskrivne dokument. Dei må likevel reknast med som ein sterk dimensjon i ein organisasjon sin totale kontekst. Som regel må ein rekne med at dei som alt er tilsette i ein organisasjon, har opparbeida seg kunnskap og ulike metodar å jobbe på, som kan føre til konflikter eller motarbeiding av nye idear (Røvik, 2007). Han peikar spesielt på to hovudutfordringar for oversettaren i denne prosessen, det eine er at ein skal få med seg essensen i det som skal oversettast, og det andre er å sjå kva som er essensielt i konteksten

som oppskrifta skal inn i. Oversettaren må gjere dei nødvendige tilpassingar som gjer at kunnskapen som skal overførast høver inn i den nye konteksten (Røvik, 2007).

Når ein ide skal overførast til praksis seier (Røvik 2007) at ulike arena og aktørar vil vere involverte. Den «hierarkiske oversettelsekjeda» vil ofte vere aktuell i organisasjonar. Ein ide kjem ofte inn i organisasjonen gjennom toppleiinga, og den viktigaste pådrivaren for at ideen skal spreiest til dei ulike avdelingane i organisasjonen, vil vere toppleiinga. Dette kallar ein for «top-down-orienteringa». Ei toppleiing skal til ei kvar tid ha oversikt over utfordringar og problem i verksemda og som regel vil det vere toppleiinga som tek avgjerder for at ein ide skal takast inn i ein organisasjon. Når det blir bestemt at ein ide skal inn i organisasjonen, har ideen som regel til hensikt å vere ei løysning på utfordringane i verksemda. I den hierarkiske oversettelsekjeda vil prosessen såleis vere at ideen kjem inn via toppleiinga og følgjer vidare nedover i systemet. Til lenger ned i systemet ideen går, desto meir vil ideen bli oversett til lokale forhold. Kvart nivå vil få si lokale oversetting og tilpassing, ideen blir meir og meir konkretisert. Sjølv om den hierarkiske modellen i mange tilfelle vil stemme overeins med det ein trur er tilfelle, er det likevel viktig at ein og har med seg at ikkje alle organisasjonar er bygd opp omkring ein hierarkisk modell. Det kan i nokre organisasjonar vere ulike utviklingsarena knytt til bestemte einingar, som kan hente inn idear til organisasjonane (Røvik, 2007).

Oversetting inneheld fleire sett med kontekstualiseringsreglar knytt til iversettinga av organisasjonsideen. I dette ligg dei generelle innskrivingsreglane, som handlar om å tolke ein ide i den lokale konteksten i høve til rom og tid (Røvik, 2007). Lokalisering er eit omgrep som han nyttar, det handlar om at ein generell ide blir sett inn i ein lokal organisasjonssamanheng, slik at den over tid vil kunne knytast til lokale referansar. Ideen blir tilpassa til den nye samanhengen slik at den gjev meining for dei tilsette i organisasjonen. Ofte er det slik at nye idear ikkje har noko lokal historie, og vanleg er det då å skrive ideen inn i lokal tid. Det vanlege er då å konstruere ein historie for å rettferdiggjere kvifor ideen er henta inn i organisasjonen. Ofte er det vanleg å gje ideen eit lokalt namn (Røvik, 2007). Han seier vidare at det er reglar for kva fridom oversettaren har til å omforme ideen. Ofte vil det vere slik at ein skal attskape mykje av innhaldet i ideen, medan det i andre samanhengar, er det ramma omkring ideen som skal nyttast som ei inspirasjonskjelde for organisasjonen. Dersom ein står heilt fritt til å oversette mange sider av ideen, kan det bli ei utfordring å finne att dei grunnleggande mønstra og fellesnemnarane i ideen seier Røvik (2007). Han seier vidare at dei vanligaste oversettingsreglane er; kopiering, addering/trekke frå og omvandling.

Ved kopiering hentar ein ut praksis frå ein samanheng, skildrar praksisen grundig og set den så inn i ein organisatorisk samanheng på ein slik måte at praksisen blir atterskapt i organisasjonen. Kopiering vil ofte henge saman med kor lett det er å oversette det som skal overførast. Om det er lett å lage ein idemessig presentasjon av praksisen, er det gjerne lettare å kopiere å gjenskape denne i eigen organisasjon (Røvik, 2007). Han hevdar vidare at ved addering og fråtrekking, handlar det om at ein kan legge til og eventuelt trekke frå når ein praksis skal oversettast til bruk i ein anna organisasjon. Omvandling er ein total endring av både innhaldet og forma som praksisen har, og vil vere krevjande dersom praksisen er slik at den er forankra i prosedyrar eller lovverk.

3.1.2 Translatørkompetanse

Røvik (2007) definerar translatørkompetanse som «kompetanse til å oversette organisasjonspraksier og ideer». Denne kompetansen blir skildra som ein kritisk suksessfaktor for å få til vellukka omsettingar og vidare gode implementeringar i organisasjonar. Han hevdar vidare at kvaliteten på oversettingar variere mykje i høve til kva kompetanse oversettaren har. Det er tre element som må vere på plass når det gjeld translatørkompetanse; *presise begrepsverktøy, kontekstkunnskap og kunnskap om oversettingsreglar*. I det første elementet, presise begrepsverktøy, blir oversetting skildra av idear og praksisar som er prega av mønster og reglar. Det er vidare vesentleg at oversettarane har kunnskap om mønster og reglar som gjeld for oversettinga, og slik får eit auka medvit i høve til si eiga rolle, valmoglegheiter og å kunne gje betre grunngevingar for sine oversettingar. I det andre elementet, kontekstkunnskap, seier Røvik (2007) at oversetting handlar om å formidle mellom ulike kontekstar. Oversettaren må såleis ha god kunnskap om kontekstane det blir oversett mellom. Han legg i dette at oversettaren må ha kunnskap om konteksten det blir oversett frå, vite om vilkåra som gjer at praksisen fungerer, samt og vite noko om moglegheiter og avgrensingar knytt til å atterskape praksisen i den nye konteksten. I det tredje elementet, handlar det om at oversettaren har kunnskap om kva oversettingsreglar det kan vere nyttig å bruke under ulike vilkår, eller like viktig at ein under nokre vilkår ikkje tek i bruk reglar. Dei vilkåra som er gjeldane i ulike kontekstane er avgjerande for val av oversettingsreglar. Oversettaren sin kunnskap om vilkåra vil vere på bakgrunn av egne og andre si erfaring. Røvik innlemmar også forskning på området som viktig del av dette (Røvik, 2007).

3.2 Systemteori - Skjørshammer

Systemteorien er eit samleomgrep for ulike teoriar. Systemisk perspektiv vektlegg heilskap og at eit system er ein del av eit større heile. HMS-arbeidet i organisasjonar er noko som skal

forståast og utdøvast lokalt, samtidig som dette arbeidet er ein del av eit større heile, der den overordna visjonen handlar om eit berekraftig produksjonsliv (Karlsen 2010). Felles trekk ved systemteoriane er kommunikasjon, oppretthalde likevekt og balanse, samt «krafta» i eit system som er nødvendig i høve til det å høyre saman.

I min teorigjennomgang på dette området, nyttar eg meg av Morten Skjørshammer som i eit systemisk perspektiv har sett på planleggingsarbeid i helsesektoren. Teorien til Skjørshammer inneheld 14 element. Eg vil vere innom dei fleste av desse elementa, men konsentrerar meg mest om dei sentrale punkta i høve til oppgåva mi.

3.2.1 Heilskap og del

Bertalanffy i (Skjørshammer 2004 s.34) sin klassiske definisjon av eit system:

«Et system består av et sett elementer som samspiller med hverandre».

Skjørshammer (2004) brukar omgrepet *systemisk*, som vert definert som *det å tenke helhetlig*. Han hevdar at det å tenke ut frå eit systemteoretisk perspektiv, er å tenkje at heilskapen ikkje kan uttrykkast gjennom dei einskilde delane den er sett saman av, men ut frå den heilskapen den er. Systemet sine delar er knytt saman på ein slik måte at dei til saman skaper ei organisk heilskap som fokuserar på å utføre ein funksjon. Han seier vidare at eit system kan forståast som ein heilskap som er sett saman av element, og at desse elementa har eit samspel og ei gjensidig avhengigheit og tilhøve seg imellom. Eit slik syn vil tyde at dersom det skjer ei endring i eit av elementa, så medfører det endringar i dei andre elementa. Dersom eit element ikkje samspelear med resten av systemet, så er det heller ikkje ein del av det seier Skjørshammer (2004). Det å tenkje at organisasjonar er eit system, inneber eit perspektiv eller tankemønster som kan vere til hjelp når ein skal sjå på korleis organisasjonar fungerer. Ein kan nytte systemteori til å skildre og analyse organisatoriske tilhøve. I mi oppgåve blir det nyttig å sjå på kva og kven som påverkar heilskapen, for slik å få merksemd på moglegheiter og avgrensingar som er knytt til å få på plass den ynskjelege HMS-praksisen i helseføretaket.

3.2.2 Organisasjonar som system

Skjørshammer (2004) definerar elementa eller delane i ein organisasjon som eit sett av rollar som følger av at tilsette i organisasjonen og brukarar av tenestene har utvikla relativt stabile samhandlingsforhold til kvarandre. Delane, eller elementa, er ikkje personane som enkeltindivid, men rollane deira i organisasjonen. Rollane er ein kombinasjon av det personlige og dei krav til åtferd som organisasjonen set til individet i ein rolle. Ved å føreskrive korleis personen bør samhandle og forhalde seg til andre i systemet knytt til si

rolle, blir posisjonen for personen i eit system definert. Rolla er basert på normer og forventningar som er retta mot personen. Det vil vere mange måtar å løyse ei rolle på, og personar vil utføre den same rolla ulikt. Forventingar til ei rolle vil variere etter kulturelle tilhøve og over tid (Skjørshammer 2004). Et slikt system er ikkje tilfeldig, men har utvikla seg over tid, med det formål å ivareta ein funksjon. Samtidig må ein vere klar over at systemet også tek i vare fysiske, psykologiske og sosiale behov hjå dei tilsette (Skjørshammer 2004). Ved å sjå nærmare på om rollerelasjonane er til stades eller om dei er fråverande, eller kor hyppig dei viser seg i form av åtferd og samhandling, er det mogleg å skildre det sosiale nettverket i ein organisasjon og identifisere grensene for organisasjonen eller undereiningar. Innan ei organisasjonseining vil personane dele fleire rollerelasjoner med kvarandre enn det dei gjer med personer frå andre einingar eller andre organisasjonar (Skjørshammer 2004). Tydinga av roller i organisasjonar handlar om kva effekt rollerelasjonane har på åtferda til enkeltpersoner eller grupper i organisasjonen. Omgrep som norm, status, makt og kontroll er sentrale her (Skjørshammer 2004)

3.2.3 Samspel og avhengigheit

Som nemnt tidligare i teorigjennomgangen hevdar Skjørshammer (2004) at eit system kan forståast som ein heilskap som består av element, og at desse elementa har eit samspel og eit gjensidig avhengigheitstilhøve seg imellom. Ein kan sjå føre seg eit vedvarande samspel mellom elementa, eller rollane. Dersom det skjer forandring i tilstanden til eit element, gjev det endringar i andre element. Systemet sin tilstand blir bestemt av om elementa er til stades eller fråverande, eller av tilstanden til det einskilde element. Skjørshammer (2004) meiner at den gjensidige avhengigheita som er mellom elementa gjer at det er mogleg å påverke andre element og heilskapen ved gjere forandringar i eit element. Han viser til at dette kan handle om dei sosiale relasjonane, rollar, organisasjonsstruktur og organisasjonskultur.

3.2.4 Fleire årsaker

Skjørshammer (2004) viser til at problem og motsetningar i organisasjonar vil oppstå og at desse ofte blir oppfatta og forklart på ein forenkla måte, gjerne med å vise til ei årsak. Utifrå eit systemteoretisk perspektiv tenkjer ein at i staden for å sjå etter ei årsak til eit problem eller fenomen, så er det mange årsaker, og komplekse samanhengar dei imellom. Såkalla *sirkulær tenking*. Det er ofte avstand både i tid og rom mellom årsak og verknad. Dette i motsetnad til *lineær tenking*, der ein koplear årsak og verknad tett på einannan. I den sirkulære tenkinga leiter enn både etter fleire årsaker, løysningsmoglegheiter og idear til tiltak (Skjørshammer 2004). Systemtenkinga gjer at ein må sjå på nettverket av årsaksfaktorar som verkar inn, og på

heile samanhengen som problemet er en del av. Dette krev at ein tek inn så mykje som mogleg av den aktuelle konteksten som organisasjonen er ein del av (Skjørshammer 2004).

3.2.5 Struktur og prosessar

Strukturar kan ein sjå på som dei relativt stabile samspela i eit system som utviklar og varer over tid. Dette er reglar som påverkar korleis elementa i eit system samhandlar som ei heilheit. Slike reglar har utvikla seg over tid i ein organisasjon, dei lever ofte sit eige liv og er sjølvregulerande. Endringar i strukturane fører til endringar hjå elementa i systemet. Utifrå systemtenking så tenkjer ein såleis at dei sosiale strukturane kan påverke menneska sine kjensler og åtferd (Skjørshammer 2004). Systemet sine strukturar er knytt til samspelet mellom medlemmene og blir heldt saman av prosessar mellom menneska i organisasjonen og utvekslingar mellom dei. Det er menneskelig samhandling basert på kontakt og interesse som utgjer den ”psykologiske sementen” og som held sosiale system saman.

Det er vanlig å skilje mellom prosessar og strukturar i organisasjonar. I systemteorien glir desse saman (Skjørshammer 2004). Prosessar kan sjåast på som samhandlinga her og no, medan strukturen er det varige og regelmessige ved prosessen, der faste mønster blir gjentekne. Han seier vidare at ein ved å intervenere i ein organisasjon på ein bestemt måte, kan det gje endringar av organisasjonen som system, og slik påverke den einskilde tilsette eller gruppe av tilsette. I organisasjonar er strukturane meir eller mindre formelle og varierar i djupne. Han peiker på at den strukturen som er enklast å få auge på i ein organisasjon er organisasjonskartet. Dette er ein designa struktur som skal regulere tilhøvet mellom delane for å skape forutsigbarheit og standardisere samhandlinga. Ein slik struktur vil utvikle seg over tid, som eit kompromiss i høve til at dei ulike aktørane i organisasjonen prøver å oppnå ein best mogleg kombinasjon av delane, samtidig som ein skal oppnå ein best mogleg gevinst for heilskapen. Skjørshammer peiker på at dette finn ein att i helseorganisasjonar. Einingane i ein stor helseorganisasjon, som eit helseføretak, kan ha ulike strukturar og målsetjingar, som gjer at det kan vere utfordrande å få dette til å henge saman med heilskapen i føretaket. Det kan såleis vere nødvendig å inngå designkompromissar som ikkje nødvendigvis alltid gjev dei beste løysningane for alle delane i organisasjonen (Skjørshammer 2004). Organisasjonen må, til tross for paradoks, motsetningar og inkompatibilitet mellom einingar, finne ein måte å få dette til å fungere på. Skjørshammer peikar vidare på at det i organisasjonar er *djupstrukturar* som *kultur, teknologi, makt og kontroll*. Desse strukturane er med og påverkar systemet si fungering.

3.2.6 Input/Outputmodellen – innsatsfaktorar- transformasjonsprosessar - resultatfaktorar

Eit system er sett saman av innsatsfaktorar (inputs), transformasjonsprosessar, og resultatfaktorar (outputs). Systemet står i eit gjensidig avhengigheitstilhøve til omgjevnaden. Om ein tenkjer i eit systemteoretisk perspektiv er systema med sine ulike nivå, i eit hierarkisk tilhøve til kvarandre. Vidare er det eit gjensidig tilhøve mellom dei ulike systema ein har rundt seg. Eit system består den av inputs, prosessar, outputs, med piler heile vegen rundt. Inputs er dei innsatsfaktorane ein får inn i organisasjonen, prosessar er verksemda i systemet, som inneber at ein kombinerar inputs på måtar som resulterer i nye former. Outputs er produkta eller resultat av verksemda, som igjen slepp ut i omgjevnaden.

Figur 2; The organization as a technical system for transforming inputs into outputs; (Hatch and Cunliffe 2013)

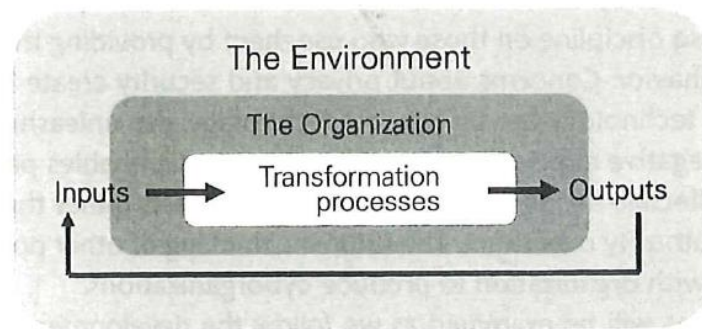


Figure 5.1 The organization as a technical system for transforming inputs into outputs

The technology of the organization is connected to the environment by its need for resource inputs and a market for the product and/or service that forms its output. The uninterrupted consumption of its output stream, shown by the arrow from outputs back to inputs in this modernist model, ensures new resource inputs will be provided to the organization.

3.2.7 Ulike nivå: oversystem – system - undersystem

I systemteorien er eit system ein del av eit større system, som blir kalla eit *supersystem*, eller *oversystem*. Eit helseføretak er ein del av eit større hierarki av oversystem, som dei regionale helseføretaka og det nasjonale nivået. På den andre sida har ein *undersystema*, eller *subsystema*. Desse systema skil seg frå kvarandre ved at samspelet mellom einheitene i dei ulike systema er ulikt. Eit helseføretak kan vere sett saman av ulike undersystem som grupper av tilsette, avdelingar, seksjonar, klinikkar eller profesjonsgruppe eller arbeidsfelleskap av ulik slag. Avhengigheit og gjensidig påverknad pregar relasjonane mellom dei ulike nivåa i eit system. Skjørshammer (2004) peiker på at system alltid vil vere omslutta av hireraki av system, enten over-, side- eller underordna system.

3.2.8 Åpne og lukka system

Som nemnt tidligare står systemet, ein organisasjon, i gjensidig avhengigheitstilhøve til systema det har rundt seg. Det er ingen absolutt lukka grenser der systema er statiske og isolerte frå omverden. Ein kan såleis kalle det eit ope system der det som skjer inne i ein organisasjon må sjåast i samanheng med omkringliggende miljø og samfunn. Alle opne system samhandlar med, påverkar og blir sjølv påverka av omgjevnaden, og dei endrar seg for eksempel ved at dei får informasjon frå ytre og indre kjelder. System kan ha ulik grad av openheit i høve til omgjevnaden (Skjørshammer 2004).

3.2.9 Åpne og lukka grenser

Grenser i sosiale system inneber reglar som definerar kven som deltek i systemet og korleis. Føremålet til grensene er å gjere avgrensingar i høve til omgjevnaden, andre system og til undersystem. For å kunne skildre eit system må ein klare å definere grensene, dette kan gjerast geografisk, fysisk eller sosialt. Definisjonsarbeidet kan vere utfordrande då det er ein kontinuerleg straum av energi inn og ut av systemet. Grensene for eit undersystem treng ikkje vere dei same som for eit anna undersystem. Organisasjonsstruktur er mellom anna eit reiskap for å avklare slike grenser (Skjørshammer 2004). På same måte som system vil variere i høve til openheit, vil grensene variere i til kor gjennomtrenglege dei er. Det er og slik at ein organisasjon har både opne og lukka grenser samtidig, avhengig av kva sider av organisasjonen ein ser på. Skjørshammer (2004) peiker på at helseorganisasjonar kan vere prega av lukka grenser der det gjeld ideologi og meir opne grenser på teknologiområdet. Rigide grenser mellom ulike system gjev liten kontakt og samhandling, medan diffuse grenser fører til at påverknadsgrad og vekselverknad mellom undersystem blir høg. Grensene er såleis med på å ivareta systemet sin eigenart. Klare grenser kan vere viktige for at eit system skal fungere godt, ettersom uklare og flytande grenser kan verke kaotisk. Men grenser kan også bli for rigide. Grensekonflikter er eit potensielt problem i sosiale system. Det kan være konflikter knytt til ytre grenser mellom systema, eller til indre grenser i organisasjonen. Systemet sine grenser er som oftast ikkje identiske med formelle administrative og organisatoriske strukturar. Skal ein identifisere systemgrenser, er den beste måten å sjå på straumen av energi og informasjon og omdannelsen av denne gjennom dei sykliske aktivitetene (input, prosess, output). All åtfærd som ikkje er knytt til desse funksjonane ligg utanfor systemet (Skjørshammer 2004).

3.2.10 Begrensningar

Begrensingar er eit systemomgrep som blir nytta innanfor systemteori og som handlar om forventingar og vilkår både frå utsida og innsida av eit system. Det kan omhandle ytre begrensingar som t.d. økonomi, teknologi, politikk osv. Eller det kan vere indre begrensingar, som til dømes åtferd og krefter innad i systemet, som gjev utfordringar for systemet å tilpasse seg nye måtar å løyse oppgåver på eller å nå mål. Skjørshammer (2004) understrekar at begrensingar kan jobbast med og at det er mogleg å få til endringar. Det er viktig å identifisere desse begrensingane, for å sjå korleis systemet kan arbeide med desse. (Skjørshammer 2004)

3.2.11 Stabilitet i systemet

I alle system finn ein krefter (begrensingar) som søker å bevare systemet sin karakter og stabilitet. Sosiale system varierar såleis i høve til kor mykje endringar dei kan klare å meistre utan å få store problem eller å gå i oppløysing. Dei fleste endringar vil møte motstand, og desto meir omfattande ein endring er, og til fleire som vil bli påverka av den, desto sterkare kan ein anta at kreftene som verkar for å bevare systemet og med tilhøyrande mostand mot endringar. Dersom ein ynskjer både og sikre og utvikle eit sosialt system samtidig, inneber det at ein kanskje lyt arbeide for gradevis endringar framfor å bryte fullstendig med det gamle (Skjørshammer 2004). Over tid er balanse i systemet avgjerande for «sunnheitstilstanden» i organisasjonar. Skjørshammer (2004) meiner at med ein sunn balanse i organisasjonane, gjev det ei samhandling mellom relasjonane som er prega av dynamisk vekst og trivsel.

3.2.12 Tilbakemelding (feedback)

Å opprettholde balansen i systemet blir ifølgje Skjørshammer gjort gjennom tilbakemeldingar eller tilbakeføringsprosessar (feedback), og er ein av dei viktigaste måtane å kontrollere eit system på. (Skjørshammer 2004).

3.2.13 Entropi

Entropi er eit systemprinsipp som viser til prosessar og krefter som er med på å reduserar stabiliteten og forutsigbarheita i organisasjonar. Desse kreftene finn ein ifølgje Skjørshammer (2004) i alle fysiske- og sosiale system, og kreftene kan komme både utanfrå og innanfrå.

3.2.14 Ekvifinalitet

Omgrepet *ekvifinalitet*, er eit viktig systemprinsipp for å forstå organisasjonar, og viser til at det alltid er fleire framgangsmåtar eller «vegar» for å oppnå eit bestemt resultat. Eit system kan såleis, med utgangspunkt i ulik ståstad, via ulike metodar, framgangsmåtar og strategiar,

oppnå den same tilstanden eller nå dei same måla. Skjørshammer(2004) peiker vidare på at dette systemprinsippet er spesielt viktig å kjenne til i helseorganisasjonar. Han viser her til at dei ulike fagprofesjonane kan ha meir eller mindre sterke oppfatningar om korleis helseorganisasjonar bør vere utforma.

Eg har no gått gjennom særprega i to teoretiske retningar som kan nyttast til å analysere datamaterialet mitt. I neste kapittel vil eg gå gjennom metodane eg har nytta for å samle inn data og for å analysere materialet.

4 Metode

I dette kapittelet gjer eg greie for forskingsdesign og kva metodiske tilnærmingar eg har valt å nytte i prosjektet mitt. Eg vil presentere utvalet, planlegginga og gjennomføringa av datainnsamlinga og det vidare arbeidet med det innsamla datamaterialet og analysearbeidet. Til slutt ser eg på styrker og svakheiter med undersøkingsopplegget mitt, reliabilitet, validitet og kva etiske refleksjonar eg har hatt i høve til undersøkinga.

4.1 Utvikling av design

Ifølgje Ringdal (2013) er design forskaren sin plan for korleis undersøkinga skal gjennomførast. Ei oppgåve startar gjerne med ein ide som vidare blir til ei problemstilling. Som eg har gjort greie for tidligare i oppgåva er problemformuleringa i denne oppgåva; *Korleis blir HMS-arbeidet ivareteke i helseføretaket - silotenking eller heilskap?* Med utgangspunkt i problemstillinga i mitt samfunnsvitenskaplege prosjekt om HMS-arbeid i helseføretak, har eg så valt ut metoden eg ynskjer å nytte meg av for å kaste lys over problemformuleringa, samt å finne svara på forskarspørsmåla mine. I samfunnsvitenskapen er det hovudsakleg to ulike forskingsmetodar som blir nytta, kvantitativ eller kvalitativ. Førstnemnde baserar seg på forholdsvis mange einingar som skal undersøkast og er basert på taldata og tabellar. Kvalitativ metode baserar seg på tekstdata, gjerne innhenta gjennom intervju og det er relativ få informantar Ringdal (2013).

Eg har valt å nytte kvalitativ metode og casedesign i mitt forskingsprosjekt. Problemformuleringa mi krev ei opa tilnærming til det eg skal undersøke, samt at eg ynskjer å gå i djupna. Ei kvalitativ forskingstilnærming og casestudie er difor tenleg til mi undersøking om HMS-arbeidet i helseføretaket. Eit overordna mål for kvalitativ forskning er å utvikle ei forståing av fenomen i høve til personane og situasjonar i deira sosiale verkelegheit. I mitt prosjekt ynskjer eg å få tak i dei ulike deltakarane si forståing av HMS-omgrepet og deira erfaringar knytt til dette arbeidet i helseføretaket. Kvalitativ forskning inneber å utforske prosessar som menneska står i sin verkeleg kontekst, og der eg som forskar skal få fram deltakarane sine perspektiv. Med dette følgjer det for meg som forskar å kartlegge deltakarane sine oppfatningar og førestillingar i deira kontekst og å skildre desse. Thagaard (2013) seier at kvalitative tilnærmingar omhandlar prosessar som blir tolka i lys av konteksten dei er i og at ein søker å forstå verkelegheita basert på korleis dei ein studerar forstår sin livssituasjon (Thagaard 2013). Ho trekk også fram dei fleksible moglegheitene som ligg i den kvalitative metoden. Det vil seie at det er mogleg å endre undersøkingsopplegget undervegs om ein situasjon som krev det skulle dukke opp i løpet av prosessen. Val av forskingsdesign og

metode er grunnleggande for kva form undersøkinga vil ha og kva slutningar som kan trekkast (Ringdal 2013).

4.2 Casestudie

Andersen (2013) viser til Yin i høve til at ein av dei sentrale kjenneteikna til casestudie er at det er ein empirisk undersøking av eit fenomen i røyndommen sin kontekst. I mi undersøking ynskjer eg å studere på organisasjonsnivå ved å gå inn å studere eit enkelt case, eit helseføretak. Ifølgje Andersen tek ein enkeltcase føre seg ei undersøkelseeining. Helseføretaket utgjer konteksten for undersøkinga, der eg vidare vel ut deltakarar frå undereiningar i helseføretaket som eg undersøker nærmare. Ifølgje Andersen (2013) er eit casestudie at ein undersøker eit eller nokre få tilfelle nøye gjennom studiar. Ei hovudoppfatning av enkelt case-studiar, er at ein er oppteken av det unike, der motivet er interessa som er knytt til spesielle saker, hendingar, grupper eller miljø. Føremålet blir skildra som eit større fellesskap av Andersen (2013). Vidare seier han at når ein snakkar om å tolke teorien ved eit einskild casestudie, er det fordi motivasjonen for studien er knytt til interessa for det caset som undersøkinga er basert på. Teorien vil bli brukt for å avgrense, tolke og forklare. Føremålet med å velje eit einskild case i oppgåva, er å søke å få ei heilskapleg forståing av forskingsspørsmåla mine.

4.3 Utval

Når ein skal velje ut kven ein skal få informasjon frå er det ifølgje Thagaard (2013) naturleg å definere utvalet som undersøkinga er basert på. Vidare seier ho at i kvalitative studiar vel ein ofte deltakarar som har kvalifikasjonar eller eigenskapar som er strategiske i høve undersøkinga sitt teoretiske perspektiv og problemstilling. Dette blir nemnt som strategisk utval. Undersøkinga mi byggjer på eit strategisk utval av deltakarar, der deltakarane er plukka ut slik at dei i størst mogleg grad kan kaste lys over problemstillinga mi. Eg har valt deltakarar som er typiske i høve til fenomenet eg skal studere. Som eg har gjort greie for tidligare i oppgåva er HMS eit linjeansvar, og det naturlege utvalet baserer seg såleis på linjeleiarar i organisasjonen. Linjeleiarane vil ha erfaringar og kunnskap på dette området, og er dei som har ansvaret for den lokale HMS-praksisen på dei ulike nivåa i organisasjonen. Som eg har gjort greie for tidligare i oppgåva er helseføretaket organisert i ulike nivå, klinikk, avdelings- seksjons- og einingsnivå.

Prosjektet er designa som eit case med djupneintervju av åtte leiarar i helseføretaket, der eg undersøker korleis deltakarane erfarer HMS-arbeidet i organisasjonen. Eg har valt ut deltakarar frå dei to største klinikkane i føretaket, medisinsk- og kirurgisk klinikk. Det er fire

deltakarar frå kvar av desse klinikkane. Eg har valt desse to klinikkane fordi desse inneheld små og større einingar som representera driftsformer og deltakarar som er typiske i høve til fenomenet eg skal studere. Innanfor desse to klinikkane har eg valt deltakarane frå seksjonsleiarnivået, med unntak av ein deltakar som er frå avdelingsnivået. Eg valte å rekruttere deltakarar først og fremst frå seksjonsleiarnivået med bakgrunn i at her finn ein einingar med både små og større einingar og med ulike driftsformer, noko som er representativt eller typisk for fenomenet eg skal sjå nærmare på. Ei lita overvekt av deltakarane har ansvaret for ei eining med døgndrift, medan mindretalet av deltakarane har ansvaret for dagdrift. Eg har valt deltakarar innanfor desse klinikkane både frå sentral- og lokal sjukehusa.

Rekrutteringa av deltakarar føregjekk ved at eg sende ut ein førespurnad om å delta i prosjektet til åtte aktuelle deltakarar gjennom å sende ei elektronisk melding via Outlook. Eg la ved informasjonsbrevet og samtykkeerklæringa. Dei fleste svarte meg ganske raskt og takka ja til å la seg intervju. Eit par av deltakarane måtte eg i tillegg kontakte via telefon for å få ei endeleg svar på deltakinga. Med eit unntak var alle positiv til å delta i prosjektet. Den deltakaren som svarte negativt til å delta, blei erstatta av ein ny deltakar frå same klinikk og lokasjon. Det strategiske utvalet i prosjektet mitt er såleis å gjennomføre åtte «ein til ein» intervju. Som eg har vore inn på tidligare i kapittellet er fleksibiliteten i undersøkingsopplegget noko av styrken dersom ein situasjon skulle oppstå undervegs. Dersom eg hadde fått tilstrekkeleg med data vil eg fortløpande ha supplert med fleire intervju eller å vurdert eit dokumentstudie i tillegg. Ifølgje Thagaard (2013) er det ikkje noko endeleg svar på kor stort eit utval bør vere og at ein bør gjennomføre så mange intervju at ein når eit teoretisk mettingspunkt av informasjon til datainnsamlinga. Det må ikkje bli for stort og omfattande seier ho. Eg har tenkt at datamaterialet mitt må vere overkommeleg, slik at eg klarar å få tilstrekkeleg oversikt i høve til å kunne gjennomføre ein djupare analyse av det innsamla materialet.

4.4 Metode for datainnsamling

4.4.1 Intervju

Eg har valt å samle inn informasjon til prosjektet mitt ved å gjennomføre intervju av deltakarane som eg har gjort greie for tidligare i dette kapitelet. Ifølgje Andersen (2013) er intervju ein av hovudmetodane i casestudiar. Metoden sikrar eit informasjons- og datamateriale av god verdi i høve til å kaste lys over fenomenet som skal studerast. Thagaard (2013) seier at føremålet med intervju er å få god informasjon om korleis menneska opplever

sin situasjon. Vidare seier ho at intervju er ein god metode for å forstå korleis deltakarane forstår seg sjølve og sine omgjevnader. Metoden gjev god innsikt i deltakaren sine tankar, erfaringar og kjensler. Ifølgje Kvale og Brinkmann (2015) er det eit mål i det kvalitative forskingsintervjuet å få fram tydinga av deltakaren sin erfaringar, og å avdekke deira opplevingar av verden, før ein går vidare med vitenskaplege forklaringar.

I førekant av intervjuet laga eg eit informasjonsskriv (vedlegg nr 1) som eg nytta når eg tok kontakt med aktuelle deltakarar til undersøkinga. I skrivet presenterte eg føremålet med prosjektet, kven som hadde ansvaret, ei forklaring på kvifor vedkommande fekk spørsmål om å delta samt kva det innebar å delta i undersøkinga og kva rettar som gjeld for deltakaren. I skrivet forklarte eg korleis data som eg samla inn ville bli nytta, korleis data ville bli lagra og at alle personopplysningar ville bli handsama konfidensielt. Eit kvalitativt intervju kan gjennomførast på ulike måtar; dei kan vere ustrukturerte eller strukturerte, eller ein kombinasjon av desse (Thagaard 2013). I førstnemnde snakkar ein med deltakaren omkring ulike tema og intervjuet blir meir som ein samtale. Om ein vel den strukturerte måten å gjennomføre intervju på kan det gjerast ved å følgje ein fastlagt intervjuguide som er utarbeida på førehand. Deltakaren står då fritt til å utforme svara, og får gjennom desse presentere si forståing av situasjonen. Ifølgje Thagaard (2013) er delvis strukturerte intervju den mest vanlege måten å gjennomføre kvalitative intervju på, såkalla *semistrukturerte* intervju. Den sistnemnte er måten eg valte å gjennomføre datainnsamlinga på i mitt prosjekt. I eit semistrukturert intervju er intervjuguiden sett saman av tema som forskaren ynskjer å ha fokus på, samt forslag til spørsmål (Kvale, Brinkmann et al. 2015). Semistrukturert tyder at intervjuet har ein viss struktur, men samtidig har ein viss grad av fleksibilitet. Det kvalitative aspektet i denne forma for intervju er at deltakrane står fritt til å utforme svara med sine eigne ord, med det sikrar ein at relevante opplysningar ikkje blir gløymt eller sett forbi. Eg utarbeidde såleis på førehand ein intervjuguide med fastlagte tema og underspørsmål som vart hovudverktøyet mitt i forskingsprosessen. Intervjuguiden min (vedlegg nr 2) er strukturert og delt inn i to hovudområder, med fleire spørsmål under kvar av desse. Guiden starta med ein introduksjon, der eg kort fortalte om prosjektet, anonymitet og eg henta inn informert samtykke (vedlegg nr 3). Tema og spørsmåla hadde ein førhandsbestemt struktur og ei logisk rekkefølge. Tanken var at det skulle opplevast for deltakaren at det var ei logisk framdrift på intervjuet i høve til HMS-området og at det skulle vere enkelt for deltakarane å kunne gje gode svar, og at det skulle vere lett for deltakarane å snakke. Eg hadde på førehand tenkt at det var ein fordel å ha ei strategisk rekkefølgje på spørsmåla, med enkle og nøytrale emne i

starten og som er greie å ha ei samtale omkring. Guiden hadde til slutt ei avrunding der eg opna opp for at deltakarane kunne komme med ytterligere informasjon. Sidan eg har lite erfaring med slike intervju, var intervjuguiden eit nyttig hjelpemiddel for meg i gjennomføringa, ikkje minst sikra den at eg fekk med informasjon frå alle deltakarane på kvart tema og spørsmål.

Eg opplevde at intervjuguiden stor sett fungerte godt, men på to av spørsmåla kunne fleire av deltakarane verke litt brydd over at dei ikkje klarte å svare på spørsmåla som omhandla rammeverket i HMS-arbeidet. Eg vurderte dette som så viktig informasjon for meg å få i høve til mitt prosjekt, så eg gjorde ikkje endringar på dette undervegs. Ei anna utfordring er at eg tidleg i intervjuguiden søkte å avklare forholdet deltakarane har til HMS-arbeidet ved å stille spørsmål om kva ein legg i dette omgrepet. Datamaterialet mitt viser at dei fleste deltakarane ga som svar at dei knyter arbeidsmiljøarbeidet til HMS-omgrepet. Det kan likevel tenkast at det blir jobba godt med andre delar av forbettingsarbeidet i helseføretaket, men at deltakarane ikkje tenkjer på dette som eit HMS-arbeid. For mi undersøking, som ser på synergjar mellom forbettingsområda, samt integrasjon og eit heilskapleg HMS-arbeid, er det likevel nyttig informasjon som kjem fram når deltakarane gjennom sine svar viser at dei ikkje knyter fleire av forbettingsområda til HMS-arbeidet. Eg tenkte på førehand over om eg skulle sende ut spørsmåla til informantane i førekant av intervjuet, slik at dei kunne førebu seg og vere litt oppdaterte på HMS-temaet. Det negative ved å sende ut spørsmåla i førekant er at ein mister den spontane kunnskapen på spørsmåla, noko som eg vurderte til å vere viktig i mi oppgåve. Det er og større fare for at deltakarane svarar strategisk og framstille arbeidet og sin kunnskap på ein meir fordelaktig måte, eller det motsette, å framstille det dårlegare enn det faktisk er. Eg vurderte dette opp mot kvarandre og enda på at eg ikkje sende ut spørsmåla i førekant. Eg tenkjer at det var ein rett strategi i høve til mi datainnsamling. Sjølv om tema var fastlagt på førehand, blei rekkefølga bestemt undervegs i intervjuet. Tanken er at med denne type intervju, kan eg som forskar følgje deltakaren gjennom forteljninga, og vere open for at deltakaren kan komme inn på andre tema undervegs. Eg prøvde difor gjennom heile intervjuet å vere open i høve til svara eg fekk frå deltakarane og vidare fordjupe meg i informasjonen deltakarane ga meg. Ved å gjere det på denne måten fekk deltakarane høve til å fortelje si historie utan at eg avbraut med spørsmål og korrigererte i høve til min intervjuguide. Men samtidig såg eg til at ein var innom alle spørsmåla i guiden i løpet av intervjuet. Dette for at det skulle vere mogleg å kunne samanlikne svara til deltakarane i etterkant i høve til å finne likskap eller ulikskap mellom deltakarane. Alle deltakarane i prosjektet er ulike, har ulike

opplevingar og erfaringar, såleis var denne måten å gjennomføre intervjuet på nyttig. Ved å fordjupe meg i informasjonen frå deltakarane om HMS-arbeidet i helseføretaket, fekk eg etterkvart god innsikt på området.

Eg har valt å ta opp intervjuet på lydband, dette til tross for at Thagaard (2013) seier at dette kan gje intervjuet eit for formelt preg. Fordelen er at eg som intervjuar kan vere meir til stades når ein slepp å notere så mykje undervegs og at all informasjonen vil komme med. Eg opplevde ikkje at opptakaren gjorde til at intervjuet fekk eit formelt preg, men ved eit par høve opplevde eg at deltakarane vart litt brydd over at det dei sa blei teke opp på band. Eg måtte då vise til det eg hadde informerte om på førehand om sikker lagring av lydfiler og at alle personopplysningar blei behandla konfidensielt. Ved å ta opp på lydband er det mykje informasjon som skal arbeidast med i etterkant. Lydfilet blei i etterkant transkribert ordrett.

4.5 Analyse av data

Analysen skildrar korleis funna blir lagt fram og presentert i forskingsprosjektet. Ifølgje Thagaard (2013) kan ein vinkle dette på to måtar, enten gjennom ei personsentrert tilnærming eller ut frå sentrale tema i materialet. Ho tilrår vidare å dele opp analysearbeidet. Eg har valt ei temasentrert analyse for mi undersøking og har nytta meg av ein prosess som Braun og Clarke (2006) skildrar med seks trinn i *Phases og Thematic analysis*;

Table 1: Phases of Thematic Analysis

Phase	Description of the process
1. Familiarising yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking in the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells; generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Tabell 2; Fasane i temasentrert analyse(Braun and Clarke 2006)

Proessen startar med ein grunding gjennomgang av datamaterialet, der forskaren søkjer å forstå informasjonen og notere ned idear som kjem fram i den første gjennomgangen av datamaterialet. Ein avkoder data og deler så inn i klassifiserte data og kategoriar. Denne inndelinga var forankra i sentrale tema i forskingsprosjektet mitt. Ein slik måte å ta tak i materialet gjorde at arbeidet vart systematisert og teksten blei meir oversiktleg. Eg jobba med analysearbeidet i fleire etappar for å komme fram til funna mine. Ifølgje Thagaard (2013) er det i denne delen av analysa at forskaren sin refleksjon kjem fram. I denne prosessen var framgangsmåten min å jobbe systematisk med å analysere data under kvart av forskingsspørsmåla mine. Thagaard (2013) seier at det systematiske arbeidet i denne fasen gjer til at ein får eit meir solid fundament i høve til tolkinga av materialet i intervjuet, og som er vanleg å nytte ved analyse av kvalitative data. Først steg var å identifisere utsnitt av data frå intervjuet og knytte kodeord til data. Eg gjekk så vidare i analysearbeidet ved å klassifisere

utsnittet av data i kategoriar. Eg delte så kategoriane inn etter forskingsspørsmåla og laga matrisar etter funna. Ifølgje Thagaard (2013) vil slike matriser der ein samlar informasjon frå informantane under forskingsspørsmåla, gje eit godt grunnlag for å samanlikne informasjon frå alle deltakarane på ein systematisk og god måte. Eg arbeidde meg strategisk gjennom alle intervjuar og starta analysearbeidet. Medan eg analyserte teksten, noterte eg og skreiv kommentarar undervegs. Dette er ein måte å gjere analysearbeidet meir oversiktleg på seier Thagaard (2013). I siste del av analysearbeidet mitt laga eg ei oversikt over funna mine. Denne oversikta dannar grunnlaget for kapitel fem i oppgåva mi. Gjennom kapitelet støttar eg meg på sitat frå deltakarane i høve til utsegn dei kom med gjennom intervjuar, som vidare støttar funna og er skildrande for fenomenet eg undersøker.

4.6 Metodologiske vurderingar

Det er viktig at når ein skal gjennomføre forskning gjennom ein kvalitativ framgangsmåte, så må ein vurdere truverde og ting som kan påverke forskinga. I kvalitative studiar må ein som forskar kunne gjere greie for korleis data er vorten innhenta, og ein må argumentere for truverdigheita for korleis data er utvikla i forskingsprosessen (Thagaard 2013). Eg kjenner sjølv sektoren og HMS-arbeid godt, noko som kan vere både ei styrke og ei svakheit i forskingsprosessen. Når eg som forskar har kjennskap til miljøet undersøkinga føregår i, må vere klar over mi eiga forforståing i høve til fenomenet som eg undersøker. Eg tenkte tidleg i prosessen med prosjektet at forforståinga mi var samansett, der både teori og erfaringar frå området spelte ei rolle i høve til mine forventingar. Spesielt måtte eg vere klar over at dei erfaringane eg har med meg frå dette området tidligare, gjev grunnlag for ei attkjenning og blir eit utgangspunkt for den vidare forståinga eg som forskar kjem fram til på området. Thagaard (2013) seier at tolkinga blir utvikla i relasjon til eigne erfaringar. Så seier ho vidare at ein må vere klar over at tilknyttinga til miljøet som undersøkinga føregår i, kan føre til at eg som forskar overser det som er ulikt frå eigne erfaringar, at ein blir mindre open for nyansar på området (Thagaard 2013). Eg var klar over i førekant av undersøkinga at HMS-arbeidet i helseføretaket hadde både sine positive og negative sider, og at dette kunne vere med og påverke forskingsprosessen og resultatane eg kom fram til. Eg har gjort nokre grep for å unngå dette. Ved å lage ein intervjuguide med både negativt og positivt lada spørsmål, sikra eg meg informasjon av ulike sider av HMS-arbeidet i helseføretaket. Som eg har gjort greie for tidligare i dette kapitelet søkte eg også å ivareta objektiviteten gjennom heile analyseprosessen. Spesielt merksam må eg difor vere på mi rolle som intervjuar, då eg med kunnskap omkring organisasjonen og HMS-arbeidet kan påverke datainnsamlinga. Faren ligg

i at eg ikkje klarer å ivareta objektiviteten, det å vere nøytral i intervjusituasjonen, eller når eg skal nytte informasjonen som kjem fram seinare i forskingsprosessen. Eg har reflektert ein del omkring mi rolle som intervjuar. Ikkje minst kunne det bli ei utfordring at eg som intervjuar, og som objektiv part, ikkje skulle gå inn i diskusjon med deltakarane og påverke samtalen med min kunnskap om temaet. Viktig at eg som intervjuar var interessert i å få fram dei ulike sidene av HMS-arbeidet. Det var nyttig å tenke gjennom dette i førekant av gjennomføringa av datainnsamlinga og ikkje minst i høve til det vidare arbeidet med datamaterialet.

4.6.1 Forskinga sin validitet, reliabilitet og overførbarheit

I løpet av forskingsprosessen gjer ein ei heil rekke grep for å sikre god kvalitet i forskninga. For at forskingsresultatet skal vere truverdig og kunne overførast, er det eit viktige prinsipp å gjere greie for framgangsmåte under datasamling, analyse og korleis resultata blir tolka (Thagaard 2013). I første del av metodekapitlet skildra eg korleis eg fann fram til deltakarane mine i undersøkinga og korleis sjølv gjennomføringa av datainnsamlinga føregjekk. Så har eg gjort greie for korleis eg har arbeid med og analysert datamaterialet mitt som til slutt førte fram til presentasjon og drøfting av funna mine.

Validitet og reliabilitet er omgrep som har vore langt framme gjennom heile forskingsprosessen. Dei omhandlar at datamaterialet som blir nytta er rett, sikkert og til å stole på (Thagaard 2013). Vidare at datamaterialet som blir nytta har gyldigheit for problemstillinga som ein skal sjå på. Kvale og Brinkmann (2015) er opptekne av objektiviteten i forskninga, og at ein må så langt det er mogleg sikre så objektive funn som mogleg. Thagaard (2013) er i det høve inne på at det er viktig at forskaren reflekterer over sin eigen ståstad, om det er ei tilknytning til miljøet som blir forska på, då dette kan vere ei utfordring for tolkinga og forståinga forskaren utviklar. Dette kan såleis vidare ha ein påverknad knytt til resultata av undersøkinga.

Reliabilitet tyder pålitelegheit, og handlar om kor truverdig sjølv undersøkinga er og ikkje minst kor truverdige resultata er. Kan ein anna forskar på eit anna tidspunkt få det same resultat ved å nytte same metode (Kvale, Brinkmann et al. 2015). Ifølgje Thagaard (2013) er det lurt å ha med fleire deltakarar for slik å få meir nøyaktige svar. Ho skildrar reliabilitet som ei kritisk vurdering av det som er forska på og om det er utført på ein påliteleg måte. Ho dreg fram tillit og truverde i høve til vurderinga av forskninga, der ho viser til at ein anna forskar truleg ikkje ville komme fram til ei fullstendig likt resultat. Thagaard (2013) tilrår at forskaren må vere konkret i høve innsamlinga og analyse av data for å skape mest mogleg reliabilitet.

Validitet er eit omgrep som blir nytta i høve til å vurdere kor godt datamaterialet svarar til forskaren sin intensjon med undersøkinga og datainnsamlinga. Ifølgje Thagaard handlar validitet om gyldigheita av tolkingane som undersøkinga fører til (Thagaard 2013). Ho seier vidare at validitet eller gyldigheita i ein studie blir styrka ved at forskaren gjer grunnlaget for tolkingane tydelege ved å gjere greie for konklusjonane som blir trekte. Ved å vere open i vala ein tek som forskar og om korleis ein gjennomfører forskinga, er det med på å styrke validiteten. Vidare at forskaren er i stand til å vise ei kritisk vurdering av sine egne tolkingar av data er viktig i høve til validitet.

4.6.2 Ethiske vurderingar

Ethiske refleksjonar gjer ein seg som forskar gjennom heile forskingsprosessen, Ekstra viktig er dette i kvalitative studiar der fokuset er på meining og innhald hjå deltakarane. Det å samle inn data gjennom intervju aktivera ulike etiske problemstillingar som ein må tenke gjennom å ta i vare. I høve til intervju er det viktig å ivareta integriteten til deltakarane både under sjølve intervjuet, men like viktig i etterkant av datainnsamlinga når resultata skal presenterast. I kvalitative undersøkingar kan det vere ei utfordring at deltakarane fortel om opplevingar og erfaringar som kan bli atkjennande for andre.

Som forskar må ein respektere dei gjeldande forskingsetiske regelverk og retningslinjer som gjeld for fagområdet og mitt prosjekt og sørge for at prosjektet blir gjennomført i trå med desse. Mi undersøking følgjer dei forskingsetiske retningslinjene som er utarbeida av den nasjonale forskingsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH 2016). Som forskar må eg ha kunnskap om korleis eg behandlar opplysningane frå informantane, der eg må sikre at desse blir behandla konfidensielt. I tillegg er prinsippet om å beskytte informanten sin integritet viktig, men også anonymitet (Thagaard 2015). Ifølgje Jacobsen (2015, s.47) har forskingsetikken tre grunnleggande krav; informert samtykke, krav om privatliv og på å bli korrekt gjengitt. Før ein tek til på ei empirisk undersøking må alle undersøkingar meldast til Norsk samfunnsvitenskapleg datatjeneste (NSD).

Mi undersøking vart meldt inn 10.12.2018 og prosjektet vart godkjent til oppstart 14.12.18. Datainnsamlinga i prosjektet kunne då ta til. Alle deltakarane skreiv frivillig under på samtykkeerklæring i høve til å delta i undersøkinga om HMS-arbeid i helseføretaket. Det vart opplyst om at prosjekt og behandlinga av opplysningane vil ha si varigheit fram til prosjektet blei avslutta sommaren 2019. Det blei og opplyst om at det var mogleg å trekke seg frå

prosjektet undervegs. For å ivareta deltakarane sitt behov for anonymitet, laga eg eit kodeskjema som eg knytte saman med dei einskilde intervju.

Vidare blir opptak, samtykkeskjema og kodeskjema makulerte når oppgåva er godkjent. Som eg var inne på i førre avsnitt, er det både fordelar og bakdelar ved å studere i eigen organisasjon, noko eg som forskar må tenke gjennom. Ein av dei positive sidene er at eg alt har ein del førehandskunnskap om organisasjonen og om HMS-arbeidet. Ei negative side kan vere at eg er fordomsfull, og at eg som følge av dette kan utelate nokre sider (Jacobsen 2015, s.57). Desse sidene, saman med fleire aspekt, må ein ha med seg og vurdere gjennom heile forskingsprosessen. I presentasjonar av sitat i oppgåva blir også deltakarane framstilt i anonymisert form. Dette er gjort ved at det ikkje blir referert til deltakarane ved å ikkje nemne deira stillingar og einingar dei er tilsett i. Når det gjeld sitata er det ikkje så viktig kven av deltakarane dette tilhøyrer, det er heilheitsinntrykket ein er ute etter. I presentasjonar har eg gjeve deltakarane vilkårlege tal. Sitata eg har valt og presentere er for det meste illustrerande for fleire uttalar eller er særprega.

I dette kapitlet har eg gjort greie for metodane eg har nytta for å samle inn data og korleis eg har gått fram for å analysere materialet. Eg har vidare gått gjennom vurderingar eg som forskar må gjere i høve til truverde og ting som kan påverke forskinga i den kvalitativ studien min. Validitet, reliabilitet og overførbarheit er omgrep eg som forskar har hatt framme gjennom heile forskingsprosessen. I neste kapitel blir funna i undersøkinga presentert og drøfta undervegs.

5 Analyse og drøfting av funn

I dette kapittelet presenterar og drøftar eg dei empiriske funna i undersøkinga. Eg presenterar funna frå intervjua med utgangspunkt i kvart forskingsspørsmål og analyserer og drøftar desse fortløpande knytt til det teoretiske rådeverket i oppgåva

5.1 Oversettinga til HMS-praksis i helseføretaket

For å sjå raskt attende, var det første forskingsspørsmålet formulert slik; *Korleis vert ideen om HMS omsett til praksis i helseføretaket?*

Innleiingsvis har eg gjort greie for at «ideen om HMS» handlar om forbetningsarbeid på fleire områder, der HMS-lovverket og internkontroll dannar rådeverket om ideen som skal hentast ut og nyttast i helseføretaket. Samtidig må ein også ha med seg at det for helseføretaka blir stilt ekstra strenge krav til pasient- og kvalitetssikkerheitsarbeidet, og at dei overordna føringane er å sjå dette som ein integrert del av helse-, miljø og sikkerheitsarbeidet i helseføretaka. Som eg har vist til i teorigjennomgangen syner Røvik (2007) til omgrepet *dekontekstualisering* når praksisar blir oversett til idear. Ideen om HMS og forbetningsarbeidet har vore gjennom ein dekontekstualiseringsprosess på eit tidligare tidspunkt. Denne organisasjonsideen er så teken ut av ein samanheng, ideen har vore gjennom ei omforming, slik at den vart mindre avhengig av ein bestemt kontekst, og slik kunne nyttast i andre kontekstar. Den omforma ideen er så uttrykt gjennom internkontrollføreskrifta. Ein tilsvarende prosess som internkontrollføreskrifta har vore gjennom gjeld også for føreskrifta om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstjenestene, samt dei andre forbetningsområda som har spesifikke oppskrifter knytt til seg. Internkontrollføreskrifta, med sitt føremål om ei bærekraftig utvikling, må det ifølgje Karlsen leggast inn meiningsinnhald og handling lokalt for å fungere (Karlsen, 2010). Dette kan også overførast til føreskrifta om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstjenestene. I tillegg til det regulative lovverket på området, må ein i dette arbeidet også ta med seg dei overordna føringane på området, som handlar om synergitenking og heilskapleg HMS-arbeid. Til saman dannar dette grunnlaget for det som skal førast inn i helseføretaket.

Som eg var inne på i teorigjennomgangen nyttar Røvik (2007) omgrepet *kontekstualisering* når ein organisasjonside skal førast inn i ein ny kontekst. La oss vidare sjå korleis dette utartar seg i helseføretaket.

For å få ei forståing av korleis ideen om HMS blir ført inn, og omsett til praksis i helseføretaket, stiller eg deltakarane spørsmål om kva dei legg i omgrepet HMS. Felles for

alle deltakarane er at dei i svara sine relaterer arbeidsmiljøarbeidet til dette omgrepet. Denne deltakaren sitt korte svar er representativt for det dei fleste deltakarane legg i HMS-omgrepet:

«Det betyr arbeidskvardagen til mine tilsette, at den er sikker»

(Deltakar nr 4)

Unnataket frå dette er tre av deltakarane, som i tillegg til arbeidsmiljøarbeidet, også nemner pasienttryggleik som del av HMS-omgrepet. To av desse deltakarane inkluderer også forbetningsarbeidet knytt til det ytre miljøet som ein del av HMS-omgrepet.

Sitat frå den eine deltakaren som inkluderer arbeidsmiljø, miljøvern og pasienttryggleik i HMS-omgrepet;

«det handler egentlig om nesten alt det vi driver med, vet du. Det gjør jo det, det handler jo om at det på en måte skal være sikre forhold for de ansatte, regelverk skal følges, pasientene skal føle seg trygge, miljøet utenfor sykehuset, altså, nå snakker vi til og med om dét.» (Deltakar nr 8)

Denne deltakaren viser til tre av forbetningsområda som er å finne i internkontrollføreskrifta. Med unnatak av denne deltakarane, kan det med utgangspunkt i datamaterialet mitt, sjå ut som det er ein avstand mellom dei områda som myndighetene ser føre seg eit forbetningsarbeid på samt dei overordna føringar på HMS- området, og det som blir knytt til HMS-området av dei som har ansvaret for HMS-praksisen lokalt i organisasjonen. Som eg viste til i kunnskapsstatusen min, står mine funn i noko kontrast til undersøkinga som Sintef gjennomførte for ei tid tilbake (Håpnes, Ose et al. 2018). Sintef skreiv i rapporten sin at dei opplevde HMS-arbeidet som snevert i sjukhusa, og eit av deira funn var at overvekta av deltakarane svarte at pasienttryggleik var det dei knytte til HMS-arbeidet. Ei forklaring på Sintef sitt funn kan vere at undersøkinga deira hadde eit utval som var basert på sjukepleiarar og ikkje til leiarar som i mi undersøking. Spørsmålet mitt er likefullt kvifor dei fleste deltakarane i undersøkinga mi stort sett knyter berre arbeidsmiljødelen av forbetningsarbeidet til HMS-omgrepet og berre i mindre grad dei andre forbetningsområda? Ei slik tilnærming til HMS-arbeidet vil kunne få konsekvensar for korleis HMS-praksisen i helseføretaket vil utarte seg.

Som eg var inne på i andre delen av teorigjennomgangen min, vil ein ved å nytte ei systemteoretisk perspektiv, sjå etter fleire årsaker til eit problem eller fenomen Skjørshammer

(2004). Ei side av dette er sjølvstøtt at HMS-IK rammeverket legg opp til ei tilpassing av innhaldet i det systematiske HMS-arbeidet i høve til verksemda sin art, aktivitetar, risikoforhold og storleik (internkontrollforskriften, 1997). Samtidig viser datamaterialet mitt at deltakarane i undersøkinga har ei nokså lik driftsramme og ansvar, om ein ser vekk frå storleik og når på døgnet drifta føregår. Ein skulle såleis tru at deltakarane ville legge mykje av den same forståinga inn i omgrepet HMS. Datamaterialet mitt viser også at alle deltakarane har gjennomført dei interne obligatoriske kursa på HMS-området og slik sett også skulle ha mykje av den same bakgrunnen. Ei side av dette kan sjølvstøtt vere at innhaldet i den interne HMS-opplæringa, kan ha ei tyding for kva deltakarane legg inn i forståinga av HMS-arbeidet. Skjørshammer (2004) nemner i tillegg til at det kan vere mange årsaker til problem eller fenomen, at det kan vere avstand både i tid og rom mellom årsaker og verknadane av desse. Han seier også at det kan vere komplekse samanhengar mellom desse. Som eg var inne på i teorigjennomgangen definerar Skjørshammer (2004) elementa eller delane i ein organisasjon som eit sett av rollar. Desse rollane er ein kombinasjon av det personlege og dei krav til åtferd som organisasjonen set til individet si rolle. I systemisk tenking kan ein sjå føre seg at det blir føreskrive korleis personen bør samhandle og forhalde seg til andre i systemet i si rolle. Normer og forventingar som er retta mot personen er sentralt her. Forventingane til ei rolle vil variere etter kulturelle tilhøve og over tid. Ei årsak til at deltakarane mine, som er i rollar som leiar, berre inkluderer arbeidsmiljøarbeidet i HMS-arbeidet, kan også handle om at det er dette som er forventa at dei skal følgje opp på HMS-området.

Tilbake til translasjonsteorien, som peikar på ei anna side av dette ved å vise til aspektet om å ha *tilgang til* det som skal oversettast (Røvik, 2007). Han seier vidare at det ikkje er sikkert at det er personane som hentar ut ideen, som er dei same personane som skal implementere ideen å gjere den om til praksis i organisasjonen. Om ein følgjer eit slik perspektiv vidare, blei det i undersøkinga mi stilt spørsmål til deltakarane om kjennskapen deira til overordna rammer for HMS-arbeidet.

Ein av deltakarane svarte:

*«Nei, eg er ikkje sikker... «Eg må være ærleg på dette, eg veit ikkje»
(Deltakar nr 2)*

Ein anna deltakar sa dette på spørsmålet om dei overordna rammene på området:

«Eigentleg er svaret nei, men samtidig så veit eg mykje om mitt ansvar omkring HMS-arbeidet, sjølv om eg ikkje ordrett kan seie kva som står i rammene. Men det er eg som har ansvaret for å følgje opp og sette kontinuerleg fokus på området og ha dette som fast punkt på personalmøta. Men om dette er helseføretaket sine rammer eller kva det er, det veit eg ikkje. Men elles må eg seie at eg er litt på gyngande grunn når det gjeld innhaldet» (Deltakar nr 3)

Undersøkinga mi viser at dei fleste deltakarane berre i noko grad kan gjere greie for rāmene som myndigheitene har sett for HMS-arbeidet og internkontroll for eit helseføretak.

Unnataket er ein deltakar som viser til å ha arbeidserfaring frå tidligare som er relatert til HMS-arbeid. Deltakaren har frå før kjennskap til HMS-lovgjevinga og internkontroll, ei erfaring som ifølgje deltakaren er til god hjelp til å få oversikt over HMS-arbeidet som leiarane er ansvarleg for i helseføretaket. Fleire av deltakarane seier at dei til trass for å ikkje kunne gjere greie for HMS-rammeverket og internkontroll, så kjenner dei likevel til mykje av ansvaret sitt på HMS-området. Felles for alle deltakarane er at dei knyter HMS-arbeidet til «forbetring». Svaret frå denne deltakaren kan vere med å illustrere dette:

«Eg kan ikkje seie at eg kjenner rammene for HMS arbeidet i helseføretaket, men veit at forbetring er ein del av arbeidet. Nei, det der er eit vanskeleg spørsmål altså» (Deltakar nr 4)

Når deltakarane i mi undersøking i så lita grad kan gjere greie for rammeverket omkring HMS-arbeidet, handlar det ifølgje Røvik (2007) om at andre personar har hatt tilgang til ideen og oversett denne til bruk i helseføretaket, såkalla *oversettarar*. I sitatet over viser deltakaren til «forbetring», noko som også dei andre deltakarne gjer. Som eg var inne på tidligare i oppgåva er «forbetring» namnet på den «oversette» organisasjonsoppskrifta, knytt til det regulative lovverket og dei overordna føringane på området, og som omhandlar korleis forbetningsarbeidet i helseføretaket skal gjennomførast. Leiarane har såleis fått tilgang til omsette og tilpassa oppskrifter, og treng difor ikkje å ha kjennskap til dei overordna rammene for å kunne følgje opp sitt ansvar for HMS-arbeidet. Når leiarane ikkje kjenner til rammeverket på området, blir dei då heilt avhengige av gode lokale oversettingar og at innføringa av desse fungerer, for at dei i det heile skal klare å følgje opp HMS-arbeidet i organisasjonen. I sitatet frå deltakaren over viser dette perspektiv att, innhaldet i rammeverket

på HMS-området er ikkje kjent for deltakarane, samtidig veit deltakaren mykje om HMS-arbeid i føretaket, og om sitt ansvar for dette arbeidet. Gjennom denne nokså detaljerte «forbettringsoppskrifta» får leiarane tilgang til det som «oversettarane» vurderer som tenleg og viktig å ha med seg i forbettingsarbeidet som skal gjerast på HMS-området i helseføretaket. Om vi følgjer funnet mitt om at dei fleste deltakarane berre inkluderar eit eller få av forbettringsområda i HMS-arbeidet, kan det handle om kva «oppskrifter» dei har fått presentert frå «oversettarane» i helseføretaket. Det kan hende at oppskriftene på nokre av forbettringsområda, som for eksempel «grønt sjukehus» og «pasienttryggleik», ikkje er knytt til HMS-omgrepet i det heile gjennom «oppskriftene» som deltakarane følgjer. Når deltakarane mine då får spørsmål om kva dei legg i omgrepet HMS, så er truleg svaret tufta i stor grad på det deltakarane har fått gjennom dei ulike oppskriftene på området. Kanskje er ikkje desse områda tydleg nok definert inn som ein del av «forbettringskonseptet» for å få til eit samanhengande og heilskapleg arbeid på HMS-området?

I høve til slike oversettingar, refererar Karlsen (2010) til Røvik (2007) og omgrepet *translasjonskompetanse* som sær viktig for ein organisasjon å inneha for å sikre ei effektiv overføring og bruk av internkontrollføreskrifta sitt innhald. Røvik (2007) seier vidare at fleire ulike aktørar og arena vanlegvis vil vere involverte når allmenne idear blir søkt oversett og gjeve eit materielt innhald i bestemte sektorar og organisasjonar. Om ein følgjer Røvik, er spørsmålet vidare kven er oversettarane, og er translasjonskompetansen på plass på dette området i helseføretaket? I internkontrollføreskrifta §4 (1997) blir det slege fast at «den som er ansvarlig for virksamheten skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksamheten». Mest truleg har difor «ideen om HMS» og forbettingsarbeidet komme gjennom toppleiinga som har ansvaret for at det systematiske HMS-arbeidet kjem på plass i helseføretaket. Røvik (2007) omtalar dette som *den hierarkiske oversettelsekjeda*, der toppleiinga vil vere den viktigaste pådrivaren for at ideen skal spreia nedover i organisasjonen. Ein av deltakaren seier dette som kan illustrere Røvik si hierarkiske oversettingskjede internt i helseføretaket;

«men det som eg ser som er grådig viktig i helseføretaket, og eigentleg ein føresetnad for at ein kan lukkast med HMS, er at arbeidet er forankra i toppleiargruppa og at dette går heile linja nedover heilt til det kjem ned til oss, og at vi òg må vidareføre det under oss» (Deltakar nr 6)

Som eg var inne på i teorigjennomgangen er det ifølgje Røvik (Røvik, 2007) ulike arena og aktørar som blir involverte når ein ide skal omsetjast til praksis i ein organisasjon. Røvik viser til at det vil vere ulike typar utviklingsarena i høve til bestemte einingar i ein organisasjon, og desse vil hente inn idear til organisasjonane frå ulike arena dei har tilgang til, både internt og eksternt. Som eg var inne på i kontekstkapittelet tilhøyrer det lokale helseføretaket eit regionalt helseføretak, som igjen er knytt til det nasjonale nivået. Om ein følgjer systemteorien, så er helseføretaket ein del av eit *supersystem*, eller eit større hierarki av *oversystem* (Skjørshammer 2004), knytt til dei regionale helseføretaka og det nasjonale nivået. Så er det også viktig å kjenne til at i den hierarkiske oversettingskjeda har helseføretaket på den andre sida *undersystem*, som klinikkar, avdelingar, seksjonar, profesjonsgrupper og ulike arbeidsfelleskap som ein må ta omsyn til. Samhandlinga mellom einheitene i dei ulike systema vil vere ulikt seier Skjørshammer (2004). Nokre av aktørane og utviklingsarenane som Røvik (2007) er inne på, er plassert på dei ulike nivåa, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Ein må såleis ta med at den hierarkiske oversettingskjeda ikkje nødvendigvis alltid startar ved toppleiinga på det lokale nivået.

Som eg var inne på tidligare i oppgåva er både forbetring, pasienttryggleik og grønt sjukehus initiert frå det nasjonale eller regionale nivået, og den hierarkiske oversettingskjeda har såleis starta utanfor det lokale helseføretaket. I slike oversettingsprosessar vil det ofte vere deltakarar eller «oversettarar» representert frå ulike nivå gjennom heile eller delar av prosessen. Difor har truleg lokale «oversettarar» delteke i dei nasjonalt eller regionale initierte prosessane om ulike organisasjonsoppskrifter knytt til dei ulike forbetningsområda. Det kan truleg også vere tilfelle med organisasjonsoppskrifta som følgjer forbetningskonseptet i helseføretaka.

Dei ulike konseptta vil etterkvart finne vegen til dei lokale helseføretaka, og då mest truleg gjennom toppleiinga i helseføretaket. Toppleiinga vil då truleg aktivere eigne lokale oversettarar som omformar konseptet til bruk i det lokale helseføretaket. I høve til HMS-området er det såleis naturleg å tenkje at dei lokale oversettarane er aktørar som har kjennskap og kompetanse knytt opp mot kvalitets- og HMS-arbeidet i organisasjonen. Desse oversettarane vil omforme konseptet til variantar som høver i verksemda eller den nye konteksten (Røvik 2007). Som eg var inn på i teorigjennomgangen skildra Røvik (2007) translasjonskompetansen som særst viktig for å få til vellukka omsettingar og gode implementeringar i organisasjonar. Oversettarane må for det første kjenne til mønster og reglar som gjeld for oversettinga, ha kunnskap om oversettingsreglar og ikkje minst kjenne til

kontekstane det blir oversett mellom. Røvik seier at det er spesielt viktig at oversettarane kjenner godt til den konteksten som konseptet skal førast inn i. Sjølv innføringa av nye konsept vil truleg bli styrt sentralt om ein følgjer den hierarkiske oversettingskjeda. Ei slik «top-down» orientering kan ha sine utfordringar». Sidan toppleiinga ser føre seg korleis ideen skal førast inn i organisasjonen, vil det truleg definerast nokså klare rammer for korleis innføringsprosessen skal gjennomførast. For å sikre at prosessen blir vellykka, er det vanleg at informasjons- og opplæringsprogram for konseptet følgjer, samt ei tett oppfølging av leiarar når ein lokalt skal ta i bruk det nye konseptet. Datamaterialet mitt viser at alle deltakarane har gjennomført interne opplæringsprogram, både obligatorisk opplæring på HMS-området og anna opplæring som blir gjeve tilbod om på dette området, der opplæringsprogram i høve til forbetring er eit av tilboda som leiarane har nytta seg av. Truleg vil leiarar og einingar lenger nede i organisasjonen ha lita fridom til å omforme eller tilpasse konseptet til deira lokale kontekst. Til trass for dei avgrensingane som ligg i den «top-down» styrte prosessen, må leiarane på dei ulike nivåa i helseføretaket ta i bruk og følgje oppskriftene på området, og gjere dette om til det lokale systematiske HMS- og forbetningsarbeidet i organisasjonen. Om det har vore ein vellykka innføringsprosess av forbetningskonseptet, vil HMS-praksisen i helseføretaket truleg etterkvart endre seg og få eit uttrykk i trå med intensjonane på området og det innførte forbetningskonseptet. La oss difor sjå vidare på korleis leiarane erfarar at HMS-praksisen kjem til uttrykk i helseføretaket.

5.2 HMS-praksisen i helseføretaket

Det andre forskingsspørsmålet er slik: *Korleis erfarer leiarar at det systematiske HMS-arbeidet blir ivareteke i helseføretaket?*

Som eg var inne på tidligare i oppgåva er eit helseføretak del av eit større system som står i eit gjensidig avhengigheitstilhøve til omgjevnaden samt til dei ulike systema ein har rundt seg (Skjørshammer 2004). Han peikar vidare på at helseføretaka ikkje har lukka grenser der systema er statiske og isolerte frå omverden. Helseføretaka er såleis eit ope system som må sjåast i samanheng med omkringliggende miljø og samfunn (Skjørshammer 2004). Alle system samhandlar med, blir påverka, og påverkar sjølv omgjevnaden. Organisasjonar vil endre seg som følgje av at dei får informasjon frå både indre og ytre kjeder (Skjørshammer 2004). Omgjevnaden har forventningar til tenestene som blir produsert i helseføretaket, ikkje minst i høve til kvalitet og tryggleik. Desse forventingane kan ein sjå att gjennom lovverk og dei overordna føringar på HMS-området som eg har vist til tidligare i oppgåva. For helseføretaket kan dette sjåast på som informasjon frå ei ytre kjede, noko som helseføretaket

tek innover seg, og som fører til at systemet blir påverka. Innføringa av forbetningskonseptet kjem truleg som følgje av forventingar og krav frå omgjevnaden. Som eg har vore inne på tidligare er tanken at forbetningskonseptet skal endre HMS-praksisen i retninga av det omgjevnaden ser føre seg.

Eit system er vidare sett saman av inputs, prosessar, outputs, med piler heile vegen rundt. (Hatch and Cunliffe 2013). Ifølgje Skjørshammer (2004) er inputs dei innsatsfaktorane ein får inn i organisasjonen, prosessen er verksemda i systemet, som inneber at ein kombinerer innsatsfaktorane på måtar som resultera i nye former. Outputs er produkta eller resultatata av verksemda. Det nye forbetningskonseptet som blei innført i helseføretaket, er ei oppskrift som søker å ta opp i seg det regulative lovverket og dei overordna føringane på området i høve til synergitenking og integrasjon for å få til eit heilskapleg forbetnings- og HMS-arbeid i helseføretaket. Tidligare har dei ulike forbetningsområda i stor grad vorte jobba med kvar for seg. Ved at ein no skal sjå på synergjar mellom dei ulike forbetningsområda, vil det seie at ein kombinerer innsatsfaktorane på ein anna måte enn det ein tidligare har gjort i forbetningsarbeidet på HMS-området. Tanken er at den nye kombinasjonen av innsatsfaktorane vil gjere til at det endrar på forbetningsprosessen i helseføretaket, og innhaldet i HMS-arbeidet vil etterkvart ta ei anna retning. Resultatet av dette er ein endra HMS-praksis i trå med det ein ser føre seg i høve til forventingar i omgjevnaden og det som er intensjonane på området.

For å få fram informasjon om korleis HMS-praksisen kjem til uttrykk i helseføretaket, har eg stilt deltakarane spørsmål som er eigna til å få fram korleis deltakarane erfarar arbeidet på HMS-området. Eg ynskjer å presentere dette med eit sitat frå alle deltakarane som kan vere representativt for deira erfaringar med forbetnings- og HMS-arbeidet. Som eg har vist til tidligare, syner datamaterialet mitt at alle deltakarane knyter HMS-arbeidet til det nye forbetningskonseptet, samt at deltakarane opplever at det nye forbetningskonseptet har ført til eit auka fokus på forbetnings- og HMS-arbeidet dei seinare åra.

I sitatet frå ein av deltakarane viser denne erfaringa tydeleg att;

*«Det er jo voldsomt fokus på dei forbetningsundersøkingane som blir gjort
då, det er jo kanskje det som kjem mest til uttrykk, vil eg sei»*

(Deltakar nr.5)

Ein anna deltakar erfarar utviklinga mykje på den same måten:

«Det har jo blitt meir og meir fokus på det, då, og her er jo tilsett folk som skal jobbe spesifikt med dette her, og det tenker eg er veldig bra, for det handla jo om arbeidsplassen til veldig mange tilsette, og ein kan jo ikkje la humla suse for å seie det sånn, og det gjer jo til at ein kan førebyggje veldig mykje, skadar som kan skje på dei tilsette, med å ha dette her i fokus, tenker eg, det er jo eit arbeid opp igjen på alt det andre, men eg tenker vi har i grunn desse brillene på oss ganske mykje» (Deltakar nr. 4)

Deltakaren er i sitatet inne på ulike sider som viser at forbetningsarbeidet i organisasjonen har endra seg dei siste åra, med å ha fått eit auka fokus. Ein kan såleis slå fast at innføringa av forbetningskonseptet har ført til endringar i innsatsfaktorane, noko som igjen vil påverke forbetningsprosessen og HMS-arbeidet i helseføretaket. Som eg har vore inne på tidligare seier Skjørshammer (2004) at eit system kan forståast som ein heilskap som består av element, og at desse systema har eit samspel og gjensidig avhengigheitstilhøve seg imellom. Han seier vidare at dersom det skjer ei forandring i tilstanden til eit element, så medfører det endringar i andre element. Innføringa av det nye forbetningskonseptet kan sjåast på som ei forandring i eit element. Den nye forbetningsundersøkinga, med den påfølgjande forbetningsprosessen, erstattar tre tidligare undersøkingar på områda arbeidsmiljø, HMS og pasienttryggleikskultur. Desse tre områda blir no kartlagt i same undersøkinga, og skal sjåast i samanheng i den vidare oppfølginga av resultata. Oppfølgingsprosessen, i etterkant av at resultata i kartlegginga er kjent, er også ei endring frå tidligare, der ein før ikkje hadde same fokuset på å sjå desse områda i ein samanheng. Om ein følgjer Skjørshammer (2004) og systemteorien, gjer samspelet og avhengigheita mellom dei ulike elementa i systemet, til at innføringa av det nye konseptet medfører endringar i andre element på dette området. Datamaterialet mitt viser tydeleg at innføringa av forbetningskonseptet har ført til endringar i fokuset som HMS-arbeidet har i helseføretaket, noko som tyder ei endring i eit av elementa i systemet. Samtidig, er det til trass for det auka fokus på området, fortsatt ei utfordring at det for det meste er berre arbeidsmiljøarbeidet av HMS-arbeidet som kjem fram i forbetningsarbeidet i organisasjonen. Dette blir ekstra tydeleg når deltakaren framhevar at det har vorte meir fokus på det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet i helseføretaket dei siste åra.

Ein anna deltakar følgjer opp med det same i dette sitatet;

«Det påverka ein jo kvar dag, det gjere det. Utan at du kanskje heile tida tenker, eller seie det med ord at, "dette er eit HMS-tiltak", eller "god HMS" eller sånn, så påverkar det jo dagleg, tenker jo på det heile tida, det er særleg det der med å fylje opp personalet, om du ser om dei har det greitt då, å vere mottakeleg for innspel, og, ja, det påverkar jo arbeidsdagen heile tida, det er der kvar dag» (Deltakar nr. 5)

I høve til korleis deltakarane erfarar praksisen på området, ser det ut til at det vidare datamaterialet mitt også ber preg av at det er berre arbeidsmiljødelen av forbetningsarbeidet deltakarane tenkjer på når temaet for undersøkinga er HMS. Dette kan handle om fleire ting seier Røvik (2007). Han seier at ei side av dette er at berre deler av oppskrifta som ligg i forbetningskonseptet blir teke i bruk i organisasjonen, noko som det kan vere fleire grunnar til. Ei side av dette kan handle om at oppskriftene som følgjer forbetningskonseptet ikkje er gode nok eller tydelege nok for dei som skal ta dei i bruk. Eller det kan handle om at informasjon og opplæring på området, eller at bistanden leiarane har fått i dette arbeidet har vore mangelfull. Andre sider av dette kan vere å finne i den formelle organisasjonsstruktur- eller i organisasjonskulturen som det nye konseptet blir ført inn i. Kanskje er konteksten som konseptet blir ført inn i rett og slett ikkje heilt klargjort for å ta imot konseptet. Røvik er inne på at ein må rekne med at dei som alt er tilsette i ein organisasjon, har opparbeida seg kunnskap og ulike metodar å jobbe på, som kan føre til konflikhtar eller motarbeiding av nye idear (Røvik 2007). Han peikar vidare på at den som overset ideen som skal førast inn i ein bestemt kontekst har mange utfordringar i arbeidet. Som eg og var inne på i teorigjennomgangen peikar Røvik (2007) spesielt på to hovudutfordringar for oversettaren i denne prosessen, det eine er at ein skal få med seg essensen i det som skal oversettast, og det andre er å sjå kva som er essensielt i konteksten som oppskrifta skal inn i. Ikkje minst må oversettaren gjere dei nødvendige tilpassingar som gjer at kunnskapen som skal overførast høver inn i den nye konteksten.

Vidare følgjer nokre fleire sitat frå deltakarane som viser det same tilhøve som i sitata over om forbetningsarbeidet knytt til arbeidsvilkåra; Sitatet fortel om forbetningsarbeid med tilrettelegging av dei ergonomiske arbeidsvilkåra for dei tilsette. Dette forbetnings- og tilretteleggingsarbeidet er og ein del av arbeidet som blir gjort for å oppnå målsetingane i samarbeidsavtalen om eit inkluderande arbeidsliv;

«det går på tilrettelegging, den tid så var eg seksjonsleiar for mellom 60 og 70 tilsette, og då var det mange som var plaga med slitasje, altså ryggproblematikk og sånne ting, og vi hadde ingen hev- og senkbare bord, og vi har eit medisinrom der sjukepleiarane står kanskje fire eller fem timar på natta rett opp og ned og laga til medisinar, og der eg då søkte via ei arbeidsplassvurdering, på gruppa, om å få hev- og senkbare bord inn på medisinrommet, og det fekk eg, og då tenker eg at det var eit veldig godt HMS-tiltak» (Deltakar nr. 2)

Tilnærminga deltakaren har til forbetningsarbeidet viser i sitatet at det blir knytt til forbetnings- og tilretteleggingsarbeidet i høve til arbeidsvilkåra på området. Deltakaren utdjupar utfordringane og konsekvensane for dei tilsette i høve til desse arbeidsvilkåra. Sjølv om datamaterialet mitt ikkje viser det, kan det likevel hende at deltakaren også tenkjer at det er ei synergieffekt knytt til pasienttryggleiken ved å få til ei forbetring på dette området. I høve til synergitekinga mellom dei ulike områda i forbetningsarbeidet, kan dette sjåast i lys av det eg tidligare i avsnittet var inne på med samspel og avhengigheit mellom elementa i eit system. Det er slik at endringar i eit element, som i eit av forbetningsområda, kan føre til endringar hjå andre element i systemet (Skjørshammer 2004). Tilsette som er plaga med slitasje og ryggverk vil truleg over tid løyse arbeidsoppgåvene på ein mindre tilfredsstillande måte, enn om ein ikkje hadde desse utfordringane. Noko som ville kunne få ei tyding for pasienttryggleiken. Eit sitat frå ein anna deltakar fortel også om forbetningsarbeid knytt til dei ergonomiske arbeidsvilkåra;

«...så har me jo fokus på HMS, viss det er veldig sånn konkret, så er jo det i forhold til, god plan i forflyttingsteknikk og bruk av hjelpemiddel og sånt, og at ein er bevisst på korleis ein handterer tunge pasientar, men òg maskinene» (Deltakar nr.3)

Som eg har vore inne på i kontekstkapitlet handlar arbeidsmiljøarbeidet mykje om å skape forsvarlege og gode arbeidsvilkår på alle områder av arbeidsmiljøet. I eksempla vi har sett over handlar arbeidet om dei ergonomiske arbeidsvilkåra, i neste sitat handlar det om forbetningsarbeidet knytt til dei psykososiale arbeidsvilkåra:

«...me er jo veldig mange, sant, me er jo over 20 stykke og alle er veldig forskjellige, så det er jo noko med å få til dynamikken i gruppa, men det er jo litt av fordelene med å jobba med forskjellige heile tida, at då toler du litt meir, kanskje, eller nokon passar betre i lag enn andre, sånn er det jo berre» (Deltakar nr. 6)

Vidare følgjer eit sitat som er knytt til forbetningsarbeidet knytt til dei kjemiske arbeidsvilkåra. Nokre av avdelingane på sjukehuset har ei drift som inneber at dette vil vere eit viktig område å drive eit forbetningsarbeid på, medan andre avdelingar kanskje ikkje treng å forhalde seg til dei kjemiske arbeidsvilkåra i same grad;

«... man kaller det HMS-arbeid hele tiden, men for meg så er det en del av det daglige arbeidet mitt da. At man tilrettelegger så folk skal ha det bra, ute på skyllerommet, at det skal være trygt i forhold til alle disse her kjemikalene, altså, ja. Det er en del av hverdagen, føler jeg, det har blitt ganske godt innarbeida» (Deltakar nr.8)

Eg har no vist fleire sitat frå deltakarane som handlar om forbetningsarbeid knytt til å betre arbeidsvilkåra for dei tilsette. Det er sjølvsagt viktig og bra at deltakarane mine erfarar at denne delen av forbetningsarbeidet ser ut til å ha ein god plass i HMS-arbeidet i helseføretaket. Sitata eg har vist til er representative for det dei fleste deltakarane formidlar om sine erfaringar om forbetningsarbeidet knytt til HMS-omgrepet i helseføretaket. Men nokre få unntak har eg likevel i datamaterialet mitt; Sitat om dei organisatoriske arbeidsvilkåra, der deltakaren er inne på at det er viktig å ha gode rårer for drifta for å verne dei tilsette i ein hektisk kvardag. Samtidig formidlar deltakaren også ein synergieffekt av dette knytt til pasienttryggleiken ved å ha på plass dei organisatoriske rammene på arbeidsplassen;

«...sånn som eg opplever, altså, vi kan ha det travelt, vi kan ha det til tider nesten litt sånn uoversiktleg på ein, i alle fall på ein hektisk sengepost eller på ein hektisk poliklinikk, så er systema her, rårerene ligg her, vi har arbeidstidsordningar som skal ivareta dei tilsette, men som også gjer noko for pasienttryggleiken» (Deltakar nr. 7)

Om ein ser dette utifrå systemteorien (Skjørshammer 2004), så vil dei organisatoriske rammene som deltakaren viser til i sitatet over, kunne sjåast på som ein innsatsfaktor (inputs) som er med på å danne ramma omkring prosessane i verksemda. At desse rammene er på plass, har ei vesentleg tyding for prosessen som utspelar seg, og for kva resultatet blir av

transformasjonsprosessen (outputs). Som deltakaren er inne på fører dette til både tryggleik for dei tilsette og for pasientane. I systemteorien er det vanleg å sjå på prosessar som samhandlinga her og no, medan strukturane er det varige og reglemessige ved prosessane, der fast mønster blir tekne oppatt. Slike strukturelle rammer blir i systemteorien sett på som dei relativt stabile samspele i eit system som utviklar seg og varer over tid. Dette er reglar som påverkar korleis elementa i eit system samhandlar som ei heilskap (Skjørshammer 2004).

Ein anna deltakar er inne på forbetningsarbeidet knytt til miljøvern:

«Eg synest det kjem betre og betre til uttrykk, at det er, blir meir og meir allment kjent, for det at eg reknar med det kjem innunder dette her med kjeldesortering og "Grønt Sjukehus» (Deltakar nr.1)

I dette sitatet trekk deltakaren fram forbetningsarbeidet knytt til det ytre miljøet. Denne deltakaren er gjennom intervjuet innom fleire av forbetningsområder og knyter desse til HMS-omgrepet, det kjem derimot ikkje fram av datamaterialet mitt om deltakaren ser dei ulike forbetningsområda i ein samanheng.

Datamaterialet mitt syner heilt klart at forbetningsarbeid er meir i fokus no enn tidligare i helseføretaket og at det auka fokuset handlar om innføringa av det nye forbetningskonseptet. Som eg har vore inne på fleire gongar i oppgåva, ser det ut som det berre er forbetningsarbeidet knytt til arbeidsmiljøet som blir prioritert, dei andre forbetningsområda kjem i lita grad kjem fram i forbetningsarbeidet. Synergitekinga på HMS-området uteblir også som følgje av dette. Ein kan såleis slå fast at innsatsfaktorane i stor grad ikkje har endra seg i den retninga det var tenkt med innføringa av forbetningskonseptet, noko som igjen får ei tyding for forbetningsprosessen eller translasjonsprosessen (Skjørshammer 2004) i helseføretaket og innhaldet i HMS-arbeidet. Dette får igjen følgjer for korleis resultatet, i form av HMS-praksisen utartar seg i føretaket. Så langt tyder det såleis på at forbetningsarbeidet og HMS-praksisen ikkje er i trå med det regulative lovverket og dei overordna føringane på området, og det ein såg føre seg med innføringa av forbetningskonseptet. Men før ein endeleg konkludera er det i følgje systemtenkinga viktig å sjå på nettverket av årsaksfaktorar som verkar inn, og på heile samanhengen som problemet er en del av (Skjørshammer 2004). Dette krev at ein tek inn så mykje som mogleg av den aktuelle konteksten som organisasjonen er ein del av. I neste avsnitt vil eg difor sjå nærmare på korleis deltakarane erfarar utfordringar og moglegheiter med HMS-arbeidet.

5.3 Moglegheiter og utfordringar i HMS-arbeidet

Det tredje forskingsspørsmålet mitt er slik; *Kva erfarer leiarar at hemmar eller fremmar arbeidet med HMS i organisasjonen?*

I teorijennomgangen min var eg innom omgrepet *begrensingar* som er eit viktig systemomgrep som handlar om forventingar og vilkår både frå utsida og innsida av eit system (Skjørshammer 2004). Desse begrensingane kan handle om både ytre og indre begrensingar. Slike begrensingar er mogleg å jobbe med for å få til endringar. Det er difor viktig å identifisere desse begrensingane slik at ein kan ta tak i desse å få det i ei retning som er tenleg for organisasjonen. Deltakarane i undersøkinga mi er inne på både ytre og indre begrensingar knytt til HMS-arbeidet. Samtidig er det også viktig å sjå at eg i dette avsnittet ikkje berre er innom begrensingar som verkar hemmande i HMS-arbeidet, eg er også innom fremmande faktorarar i dette arbeidet. Nokre av deltakarane omtalar også ulike faktorar som både hemmande, men også som fremmande. Det er viktig å sjå at systemteorien ikkje berre ser etter årsaker til problem og fenomen, men også etter løysningsmoglegheiter og idear til tiltak (Skjørshammer 2004). Det vil føre for langt å komme inn på alle faktorane og sidene som deltakarane har vore innom, difor presenterer eg berre nokre av dei mest sentrale sidene av dette her. Ei side eg oppdaga i gjennomgangen av datamaterialet mitt, var at mykje av det leiarane trekte fram som viktige faktorar i høve HMS-arbeidet i stor grad samsvarer med overskriftene på dei ulike tema i medarbeidarkartlegginga forbetring. Dette er kanskje ikkje heilt overraskande når undersøkinga tek sikte på å kartlegge viktige tema på arbeidsplassen. I den vidare presentasjonen vil lesaren difor kunne kjenne att fleire av tema frå forbetningsundersøkinga.

Fleire av deltakarane mine nemner det å ha eit engasjement for HMS- arbeidet som ein viktig faktor for å lykkast med forbetningsarbeidet på arbeidsplassen, samtidig blir det trekt fram at det motsette kan bli resultatet, om ikkje engasjementet for HMS-arbeidet er på plass. Fleire av deltakarane inkluderer både seg sjølv og medarbeidarane i denne faktoren, og ein deltakar omtalar dette som eit viktig kulturtrekk som ein bør strekke seg etter å ha på plass i arbeidsmiljøet. Som eg var inne på i teorijennomgangen seier Skjørshammer (2004) at det i alle organisasjonar er *djupstruktur*ar som er med og påverkar systemet si fungering. Skjørshammer inkluderer kultur som ein av desse strukturane. Slike strukturar er reglar som påverkar korleis eit system samhandlar som ein heilskap og er relativt stabile. Dei lever ofte sitt eige liv og er sjølvregulerande. Desse strukturane varierar i djupne, og det er mogleg å jobbe med slik strukturar for å få dei i den retninga som er ynskjeleg. Som eg viste til i

kunnskapsstatusen min var eit av funna i masterprosjektet til Sissel Bergvoll (2018), som såg på implementering av KVAM-strukturen, at leiar sit fokus og engasjement i alt kvalitetsarbeid var viktig og at dette er med på å legge premissar for dei tilsette sitt engasjement i forbetningsarbeidet.

Ein av deltakarane sa dette om engasjementet på si avdeling:

«...det jo ikkje akkurat vill jubel når eg nemner HMS-arbeid, det er ikkje sånn kjempeengasjement, men eg er veldig sikker på at viss eg hadde slutta å jobbe med det og vi berre hadde late det flyte, eller, eller ikkje flyte, men ligge dødt, så hadde, hadde det gitt utslag, men det er litt sånn generelt i avdelinga at folk er ikkje dei mest engasjerte i alt mogleg, men det er klart, blir det dårleg nok, så...» (Deltakar nr.3)

For å lykkast med å skape eit engasjement for arbeidet på området, var eg tidligare i oppgåva inne på at det å sikre tilstrekkeleg informasjon om forbetningsarbeidet til alle medarbeidarane er ein viktig faktor for å sikre medverknad og engasjement. Som eg har vore inne på tidligare er det slik at eitkvart system kan endre seg ved at dei får informasjon frå både ytre og indre kjelder (Skjørshammer 2004). Leiarar må såleis vere bevisste på dette området av forbetningsarbeidet. I kapitelet om kunnskapsstatus viste eg til funna i masterprosjektet til Mæhre og Danielsen (2017) som såg på bruken av medarbeidarundersøkingar som verktøy i forbetningsarbeidet. Eit av funna deira er at føresetnaden for eit vellykka resultat i forbetningsarbeidet, er å sikre medverking og involvering av tilsette. Dei synte også til at det var viktig at medarbeidarane fekk resultatane frå undersøkingane presenterte raskt etter gjennomføringa, slik at dei var sikra grunnlaget for i det heile teke og kunne vere med å medverke i forbetningsarbeidet. Om ein nyttar systemteorien (Skjørshammer 2004) i høve funna i dei to masteroppgåvene eg har referert til over, så kan ein forstå det slik at engasjerte leiarar som gjev tilstrekkeleg informasjon om forbetningsarbeidet, vil vere ein viktig innsatsfaktor for å sikre medverknad og involvering frå medarbeidarane i forbetningsarbeidet. Dette vil igjen gje endringar i innsatsfaktorane og så ha ei tyding for innhaldet i den vidare prosessen knytt til HMS-arbeidet. Dette skapar igjen eit anna resultat enn om ein har medarbeidarar som ikkje er engasjerte i dette arbeidet.

Sitatet frå denne deltakaren kan vere med å vise dette;

«...som leiar er eg jo nøydd å motivere folk til å vere med på ting, eg må jo vere den som snakkar litt ute, dette med å vere, å jobbe i team, og prøve å få til ting og prøve og ha fokus på at det ein då gjere skal vere det beste både for dei som jobbar, og for pasientane sjølvst, for folk er veldig opptatt av pasientane og å gjere det beste for dei då, det er jo dei som er fyrsteprioritet her, opplever eg, ja» (Deltakar nr.2)

Ein kan såleis slå fast at engasjement er ein viktig faktor som er med og påverkar HMS-praksisen, enten ved å fremme eller å hemme denne. Det å nå ut med informasjon er ein viktig faktor for å få til ei engasjement som fremmar forbetningsarbeidet. I eit helseføretak kan det å nå ut med informasjon til alle medarbeidarane av og til vere ei utfordring og det kan vere nødvendig å sjå på ulike organisatoriske grep for å lykkast med dette. Hjø ein av deltakarane syner dette sitatet noko av utfordringane leiarar møter for å nå ut med informasjon til alle medarbeidarane i helseføretaket;

«... det er jo ein balansegang kor mykje skal ein, kor mykje tid kan ein sette av, altså, ein kunne jo tatt masse møter, sant, på kveldstid, og gjort slik at alle kunne få vere med, då blir det jo overtid, det er på ein måte ikkje rom for den, så vi må på ein måte inkludere det i den daglege drifta, og då er det klart, då får ikkje vi involvert alle på, på same måten (Deltakar nr.7)

Deltakaren er inne på at som følge av arbeidsbelastninga og dei økonomiske rammene, så er det ikkje alltid like enkelt å finne moglegheitene å nå ut med informasjon til alle medarbeidarane. Ein anna deltakar var inne på dette med ulike vaktordningar som ei krevjande side i det å nå ut med informasjon til alle medarbeidarane. Deltakaren tenkte her på det med å klare å samle alle tilsette til fag- og personalmøter, som er naturlege arena for informasjon. Den same deltakaren som i sitat over er inne på at dette er ei utfordring ein må ta på alvor og finne tiltak for å betre;

«...eg ser ikkje at det er den store hindringa, vi må på ein måte lage informasjonskjelder som gjer at informasjonen kjem ut til alle uansett, og der har vi no òg ein del å jobbe med, trur eg» (Deltakar nr.7)

Ein anna deltakar fortel om sitt organisatorisk grep i høve å nytte handlingsplanen på området for å løyse informasjonsutfordringa;

«...så har eg no denne planen ved sida av meg heile året og fyljer opp punkta, og av og til så går me gjennom punkta på personalmøte, og friskar opp att for dei andre då, han pleier jo å ligge synleg, tilgjengeleg for dei andre inne på lunsjrommet og, så eg meiner at den skal vere godt forankra i personalgruppa og synleg for ettertida»(Deltakar nr.5)

Fleire av deltakarane fortel også om at det kan ligge ein motstand i personalgruppa i høve til forbetningsarbeidet. Som eg var inne på tidligare i oppgåva vil alt forbetningsarbeid innebere endring. Eitkvart system vil ha i seg ei innbygd konflikt mellom krefter som verkar i høve til å endre et system, og det motsette, krefter som ynskjer å bevare systemet som det er. Dei fleste sosiale system har i seg at dei har store bevaringskrefter, noko som gjer det vanskelegare å få gjennomført endringar i organisasjonar (Skjørshammer 2004). Ei side av denne motstanden er å finne i eit av kartleggingsverktøya, i medarbeidarundersøkinga forbetring er nokre av deltakarane inne på. Det kan i nokre tilhøve føre til motstand hjå personale, der ein medverkar i forbetningsarbeidet ved å svare på kartlegginga, og vidare får ei oppleving av at oppfølginga av resultatet i kartlegginga let vente på seg, eller ein høyrer ikkje noko meir om oppfølginga av resultatata i det heile. Her er igjen dette med informasjon viktig, sitatet frå denne deltakaren kan vise dette tilhøvet;

«...nei, ikkje anna enn, motstanden hos mine egne er jo dette, "kva er vitsen med å svare ein gong til opp igjen på det same? Vi har jo sagt det før og kvifor skal vi svare no ein gong til på det same?" Og litt sånn, særleg på desse fysiske tinga då, som er tunge postar som vi, som dei og veit, det er ikkje lett å gjere noko med, men likevel så må dei svare det same. Så, det er vel den motstanden eg tenker på» (Deltakar nr.4)

I sitat er også deltakaren inne på andre utfordringar som kan verke hemmande på forbetningsarbeidet, det handlar om tilgangen til økonomiske ressursar, i dette sitatet er det knappe ressursar knytt til forbetningsarbeidet i høve til dei fysiske arbeidsvilkåra.

Ein anna deltakar er inne på litt av det same

«...sånn som i forhold til fysisk arbeidsmiljø som du ikkje rår heilt over åleine som leiar, fordi at det er ein del av eit større arbeid, sant, og det krev økonomi til det» (Deltakar nr.6)

Denne deltakaren er også inne på at det lokale forbetningsarbeidet er ein del av eit større system, heile føretaket, og at ein i forbetningsarbeidet må forhalde seg til den strukturen ein er

del av. To andre deltakarar nemner også dette med at det ikkje er alle delar av forbetningsarbeidet dei «rår over», i det ligg det at dei er avhengige av andre i systemet som tek avgjerder som får konsekvensar lokalt. Som eg var inne på tidligare er desse strukturane meir eller mindre formelle og varierar i djupne, Skjørshammer (2004) peikar på at den strukturen som er lettast å få auge på er organisasjonskartet. Dette er ein designa struktur som skal regulere tilhøvet mellom delane for mellom anna å skape forutsigbarheit. Det er vidare viktig å forstå sin plass i dette systemet og at det såleis kan vere lettare å forstå kvifor det høgare opp i systemet kanskje må gjerast prioriteringar som kan verke begge vegar for det lokale forbetningsarbeidet. Det er slik at helseføretaket må forhalde seg til dei tildelte økonomiske rammene frå *omgjevnaden*, noko som kan vere ei ytre begrensing for forbetningsarbeidet då det som oftast vil handle om at helseføretaket må forhalde seg til knappe ressursar. Eitkvart forbetningstiltak vil medføre ei viss form for ressursbruk og knappe økonomiske ressursar skal prioriterast til forbetningsarbeid i heile organisasjonen. Såleis er både den organisatoriske strukturen og dei økonomiske rammene faktorar som kan verke inn på forbetningsarbeidet i organisasjonen.

Ein anna deltakar er oppteken av dei psykososiale arbeidsvilkåra og det å skape eit godt teamarbeidsklima som ein faktor som kan verke inn på forbetningsarbeidet:

«...skal no få alle tilsette til å fungera i lag på eit vis, sant, så, til det beste for alle, så det er jo noko med, kjenna alle på ein måte, og veta korleis dei kan reagera på forskjellige, du kan ikkje behandla alle likt på ein måte, sant, eller du må på ein måte veta korleis du skal, korleis du skal takla dei forskjellige typane av personlegdomar, og det er utfordrande det altså»

(Deltakar nr.6)

Deltakaren peiker i sitatet på at det kan vere krevjande sider ved å få ei personalgruppe til å fungere saman, at det er mange ulike personlegdomar som skal samarbeide om å løyse ulike arbeidsoppgåver. Konsekvensar for oppgåveløysinga, og kvaliteten på denne, kan bli store for forbetnings- og kvalitetsarbeidet om ein ikkje har lykkast med å få til gode psykososiale arbeidsvilkår og slik lagt til rette for god samhandling på arbeidsplassen.

Ein anna deltakar er i dette sitatet inne på det same:

«...vi er jo eit team, sant, og det er jo mange som jobbar i lag, viss ein ikkje kan jobbe saman i team, og vere i lag å jobbe mot same målet, då, så vil jo det påverke veldig arbeidsdagen der ute, her er jo ei hektisk avdeling, og vi er veldig avhengig av at vi både får hjelp og at vi planlegge dagen godt, for elles så blir ikkje det noko greitt å vere her, at ein er kjekke med kvarandre og at ein har respekt for kvarandre , både for kvarandre og pasientane og pårørande» (Deltakar nr.2)

Nokre av deltakarane har vore inne på at ulike sider ved forbetningsundersøkinga og prosessen som følgjer i etterkant, kan verke både fremmande og hemmande på forbetningsarbeidet. Til slutt i dette avsnittet vil eg difor sjå på begrensingar knytt til innføringa av det nye konseptet forbetring i helseføretaket. Det er eit vesentleg poeng utifrå systemteorien er at toppleinga i føretaket i ein slik prosess må ta høgde for at det ein ynskjer av resultat, vert tilført innføringsprosessen i form av dei rette innsatsfaktorarar (Skjørshammer 2004). I førre avsnitt såg eg på korleis leiarane erfarar HMS-praksisen i føretaket. Datamaterialet mitt viser at alle deltakarane kjenner til forbetningsundersøkinga og at resultata frå denne skal følgjast opp gjennom forbetningsprosessen. Vidare ser det ut som deltakarane tillegg forbetningskonseptet noko ulikt innhald, der alle har med seg arbeidsmiljødelen av arbeidet og berre nokre få inkluderer fleire av forbetningsområda som ligg i det regulative lovverket og i dei overordna føringane på området. Ei slik tilnærming får følgjer for innhaldet i oppfølgingsprosessen og for korleis HMS-praksisen viser seg i helseføretaket. Det store spørsmålet er sjølvsagt kvifor det har vorte slik? Om ein nyttar seg av den sirkulære tenkinga som ligg i systemteorien må ein sjå etter fleire årsaker til at HMS-praksisen ser ut til å ha teke ein anna retning enn det ein såg føre seg ved innføringa av forbetningskonseptet.

Ein av deltakarane sa dette;

«Ved ei forbetring eller ei endring, så er det utruleg viktig måten ein introduserer ting på, og det at ein får forståing for kvifor dette er viktig å gjere, og at nokon prøvar å forklare» (Deltakar nr.6)

Sitatet frå deltakaren handlar generelt om forbetningsarbeid og er ikkje knytt til sjølve innføringa av forbetningskonseptet. Likevel kan sitatet vere med på å vise nokre sider som er viktige å tenke på i høve til alt forbetningsarbeid, også for innføringa av forbetningskonseptet,

som er tenkt som ei forbetring for få på plass eit heilskapleg HMS-arbeidet. For det første må ein vere klar over at alt forbetningsarbeid stort sett inneber endringar, ting skal gjerast på andre måtar enn tidligare. Det deltakaren seier noko om er kor viktig det er å få god informasjon om endringar som er på gang, og at det då er lettare å skape forståing for endringa og ikkje ende opp med at det blir ein mostand mot endringa. Oppskrifta som følgjer forbetningskonseptet, inneber vesentlege endringar i korleis ein skal jobbe med HMS-arbeidet i helseføretaket. God informasjon kan danne grunnlaget for eigarskap til forbetningskonseptet og slik å kunne sikre medverking i den vidare innføringsprosessen. Om ikkje ein lykkast med dette kan det lett bli ei indre begrensing som får følgjer for den vidare innføringsprosessen, for eksempel ved at den vil kunne gå i feil retning og kunne ta lengre tid enn det som var tenkt. Om ein nyttar den sirkulære tenkinga her kan dette tilhøvet vere ein av årsakene til at HMS-praksisen har teke ei anna retninga enn det ein såg føre seg. Ei anna årsak kan ligge i opplæringa knytt til konseptet, har denne vore god nok? Datamaterialet mitt viser at alle deltakarane har gjennomført obligatoriske opplæringar og fleire av deltakarane har delteke på ulike andre opplæringar. Det kan og stillast spørsmål om ei årsak til at HMS-praksisen har teke ei anna retning enn det ein såg føre seg, er om oppskrifta som skal følgjast i denne prosessen er god nok?

I kapittelet om kunnskapsstatus viste eg til arbeidet som Borgen (2016) har gjort. Han har i sitt arbeid mellom anna sett på kvifor HMS-aktiviteten i sjukehusa er så lav. Han knyter årsaka til omgrepet translasjon. Han viser til at IK-HMS kan bli betrakta som ein ny type teknologi som blir innført i sjukehusa og at det er nødvendig med ei oversetting. Det blir i denne translasjonsprosessen søkt bygd opp eit aktørnettverk av lojale aktørar som kan spreie den nye teknologien i sjukehusa. Forklaringa til Borgen over den lave HMS-aktiviteten ligg i at translasjonen ikkje fører til at det nødvendige nettverket på området kjem på plass, der forklaringa er konkurranse frå andre aktør-nettverk. HMS-nettverket som består av representantar frå både arbeidsgjevarsida og medarbeidarsida, klarar ikkje å skape engasjement omkring den nye teknologien. Borgen nemner to andre nettverk som står i sterk konkurranse, desse nettverka er økonominettverket og eit, eller ei gruppe av profesjonsnettverk. Borgen (2016) seier at desse nettverka alt er definerte og har forhandla fram andre identitetar og mål i høve til dei same aktørane som HMS-nettveket ynskjer seg som medlemmar i sin allianse. Økonominettverket har fleire av deltakarane i undersøkinga mi vore inne på. Ein av deltakarane i undersøkinga mi skildrar utfordringa knytt til

forbetringsarbeidet for det andre nettverket som Borgen (2016) er inne på, profesjonsnettverket på denne måten;

«Fordi det er jo det med de ulike profesjonene, det kan være utfordrende det, altså» (Deltakar nr.8)

Deltakaren fortel om at dei er mange ulike yrkesgrupper på avdelinga og at dette av og til kan skape utfordringar i samhandlinga mellom desse, noko som deltakaren relaterer til ulike syn og interesser for kva som er viktig å prioritere på arbeidsplassen. Desse samhandlingsutfordringane kan ifølgje deltakaren vere med på å hemme forbetringsarbeidet. Som eg viste til i teorigjennomgangen er Skjørshammer (2004) inne på at systemprinsippet *ekvifinalitet* er viktig å kjenne til i helseorganisasjonar. Han viser her til at dei ulike fagprofesjonane kan ha meir eller mindre sterke oppfatningar om korleis organisasjonar skal utformast og korleis oppgåver skal løysast. Dette prinsippet omhandlar også at det alltid er fleire framgangsmåtar eller vegar «å gå» for å oppnå eit bestemt resultat. I helseføretaket blir det understreka viktigheita av at resultatata i forbetringsundersøkinga skal følgjast opp med ein prosess som er prega av *dialog* omkring resultatata. Saman skal alle medarbeidarane medverke til å avklare forbetringsområder, finne retninga for forbetringsarbeidet gjennom målformuleringar og saman bli enige om kva tiltak som er dei rette for å nå målsettingane.

Ein anna deltakar er innom at HMS-arbeidet er eit arbeid oppatt på alt anna som skal gjerast, og at det kan vere ein hemmande faktor. Deltakaren seier i det same at forbetringsarbeidet er vorte meir ein sjølvsgagt del av arbeidsdagen enn det var tidligare og slik sett ikkje nødvendigvis blir tenkt på som ei ekstra belastning. Deltakaren trekk fram ein faktor som blir knytt saman med det auka fokuset på området, det at HMS-personale er tilsett i organisasjonen og som skal følgje opp på forbetringsarbeidet. Som eg har vore inne på tidligare, har HMS-personale ansvaret for oversettinga på området, der ein førebur og legge til rette for leiarane si oppfølging på HMS-området, samt at ein yter leiarbistand undervegs i dette arbeidet.

5.4 Samsvar mellom føringar på området, det regulative rammeverket og HMS-praksisen i helseføretaket

Det fjerde forskings spørsmålet mitt er slik; *Samsvarar HMS-praksisen i helseføretaket med overordna føringar på området og målsettingar og krav slik dei ligg føre i HMS-IK føreskrifta?*

Som eg har vore inne på tidligare i oppgåva vektlegg systemisk perspektiv heilskap og at eit system er ein del av eit større heile (Skjørshammer 2004). HMS-arbeidet i organisasjonar er

noko som skal forståast og utdøvast lokalt, samtidig som dette arbeidet er ein del av eit større heile, der den overordna visjonen handlar om å få på plass eit berekraftig produksjonsliv gjennom å utdøve eit forbetningsarbeid på fleire områder. Ein kan følgje systemteorien og tenkje at dei ulike områda utgjer delar i systemet og som ifølgje Skjørshammar (2004) til saman skal uttrykke heilskapen. Han seier vidare at eit helseføretak er eit ope system, med ein gjensidige avhengigheit til systema det har omkring seg. Det er såleis ingen absolutt lukka grenser, der systema er statiske og isolerte frå omverda, difor må det som skjer inne i organisasjonen sjåast i samanheng med omkringliggende miljø og samfunn. Det er forventingar i omgjevnaden om at helseføretaka har på plass eit kvalitets- og forbetningsarbeid som sikrar brukarane av tilboda god og rett kvalitet og at tenestene er trygge. Som eg gjorde greie for innleiingsvis er ramma for dette arbeidet å finne både i det lovpålagte forbetningsarbeidet i internkontrollføreskrifta og i forskrift om leing og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må ein ta med seg dei overordna føringar på området, om synergjar og heilskapstenking på området. Til saman dannar dette grunnlaget for kvalitets- og forbetningsarbeidet som skal gjennomførast på HMS-området i helseføretaket. Så er spørsmålet om dette syner at i HMS-praksisen i føretaket, om praksisen samsvar med intensjonane på området og det ein såg føre seg ved innføringa av forbetningskonseptet.

Ein kan med ein gong slå fast at alle deltakarane erfarar at det er vorte meir fokus på forbetnings- og HMS-arbeidet i helseføretaket dei seinare åra, der ein langt på veg har forbetningsarbeidet på nokre områder som ein naturleg del av arbeidsdagen. Eg har under teke med eit sitat frå ein deltakar som viser at forbetningsarbeidet er ein sjølvsgt del av arbeidsdagen. Samtidig er ikkje sitatet heilt representativt for det dei fleste deltakarane har formidla til meg gjennom intervju. Denne deltakaren inkluderar fleire forbetningsområder og prøver også å sjå desse i ein samanheng;

«Eg føler at vi har det i nesten litt sånn i ryggmargen og har det i tankegangen heile tida, eg tenker at vi heile tida jobbar for å prøve å gjere det så sikkert som mogleg for alle partar, altså om det er for oss sjølv, om det er for dei tilsette, om det er for pasientane, eg tenker at det er viktig, uansett kva vi planlegger, kva vi lagar av system så skal vi ikkje gå på bekostning av HMS-risikoen, den trur eg no vi må ha i ryggmargen, for då slepp ein på ein måte å tenke at "nei, no må vi tenke HMS» (Deltakar nr.7)

Denne deltakaren formidlar langt på veg den forbetnings- og HMS-praksisen som det regulative rammeverket og dei overordna føringane legg opp til, med å sjå i samanheng og i heilskap. Som eg har vore inne på tidligare viser datamaterialet mitt at det er mykje godt forbetningsarbeid i helseføretaket, men då særleg knytt til forbetningsarbeidet som omhandlar arbeidsmiljøet. Eg har gjennom heile dette kapitelet stadig komme innom og vist sitat frå deltakarar som formidlar sine erfaringar frå HMS-arbeidet i helseføretaket og knyter dette opp mot forbetningsarbeidet som er relatert til arbeidsmiljøet. Som eg var inne på i methodedelen av oppgåva mi, er datamaterialet mitt heile vegen prega av at deltakarane i stor grad berre knyter forbetningsarbeidet av arbeidsmiljøet til HMS-området. Såleis kan det bli utført mykje godt forbetningsarbeid på andre områder enn arbeidsmiljøet, utan at dette kjem fram i datamaterialet mitt, det kan rett og slett hende at deltakarane ikkje tenkjer på forbetningsarbeidet på dei andre områda som eit HMS-arbeid. Om dette er tilfellet er det like fullt ei utfordring for HMS-praksisen i helseføretaket i høve til synergi- og heilskapstenkinga. Undersøkinga mi viser tydeleg at forbetningsarbeidet i helseføretaket berre i mindre grad blir sett i ein heilskap og at synergjar mellom dei ulike forbetningsområda er i fokus. Ein kan nok i stor grad slå fast at det er eit forbetningspotensiale i høve å få HMS-praksisen i helseføretaket meir i samsvar med det som er intensjonane på området.

5.5 Oppsummering av funn

Som ei oppsummering og hjelp til å få oversikt over prosjektet mitt, har eg laga ein enkel tabell der eg har sett inn forskingsspørsmåla og teorielementa eg har nytta for å kaste lys over funna i undersøkinga mi;

Forskningsspørsmål	Teorielement	Funn, stikkord
Korleis vert ideen om HMS omsett til praksis i helseføretaket	Røvik: 3.1.1.Oversetting Kontekstualisering Tilgang til Skjørshammer: 3.2.4.fleire årsaker 3.2.2 Organisasjonar som system	<ul style="list-style-type: none"> Deltakarane kjenner i mindre grad til lovverket/føringar/ide på området, manglar «tilgangen» til rammeverket. Deltakarane knyter HMS-omgrepet til forbetningsarbeidet knytt til arbeidsmiljøet, i mindre grad til dei andre forbetningsområda
	Røvik: Kontekstualisering og den hierarkiske oversettelsekjeda 3.1.2.Translasjonskompetanse Skjørshammer: 3.2.7.Ulike nivå: Oversystem-system-undersystem?	<ul style="list-style-type: none"> Deltakarane er avhengig av at andre har tilgang til lovverk/føringar/ide på området og overset dette til konsept/oppskrifter som førast inn i helseføretaket Nødvendig at «oversettarane» overset ideen/rammeverk til relativt detaljerte oppskrifter på området. Lokale leiarar omset så vidare frå konseptet/oppskrifta til praktisk forbetnings-/HMS-arbeid. Alle deltakarane har gjennomført opplæring knytt til HMS/forbetningskonseptet.
Korleis erfarer leiarar at det systematiske HMS-arbeidet blir ivareteke i helseføretaket?	3.2.1.Heilskap og del 3.2.8.Opne og lukka system 3.2.2.Organisasjonar som system 3.2.3.Samspel og avhengigheit 3.2.6.Input/outputmodellen 3.2.4 Fleire årsaker 3.2.5.Struktur og prosessar Røvik: Oversetting og kontekstualisering	<ul style="list-style-type: none"> Deltakarane opplever auka fokus på forbetningsarbeidet, knyter dette til innføringa av det nye forbetningskonseptet. Kjenner til sitt ansvar for HMS-arbeid, men knyter dette arbeidet i hovudsak til forbetring av arbeidsmiljøet Forbetningsområder som pasienttryggleik og ytre miljø blir i mindre grad nemnt Bevisst synergitenking mellom dei ulike forbetningsområda kjem i lita grad fram
Kva erfarer leiarar at hemmar eller fremmar eg arbeidet med HMS i organisasjonen?	Skjørshammer: 3.2.10.Begrensingar 3.2.4.Fleire årsaker 3.2.5.Struktur og prosessar 3.2.6.Input/outputmodellen 3.2.11.Stabilitet i systemet 3.2.14.Ekvifinalitet	<ul style="list-style-type: none"> Er inne på tilhøve som både hemmar og fremmar, kan virke begge vegar Engasjement Informasjon Medverknad Arbeidsforhold/belastning Økonomiske rammer Kultur Struktur Uoversiktleg ansvarsområder Profesjonsutfordringar
Samsvarar HMS-praksisen i helseføretaket med overordna føringar på området og målsettingar og krav slik dei ligg føre i HMS-IK føreskrifta?	Skjørshammer: 3.2.1.Heilskap og del 3.2.3.Samspel og avhengigheit	<ul style="list-style-type: none"> HMS-praksisen ber preg av at deltakarane relaterar forbetningsarbeidet i stor grad til arbeidsmiljøarbeidet. Dei andre forbetningsområda er i mindre grad nemt Det eksistera i mindre grad synergitenking mellom forbetningsområda Resultatet er ein HMS-praksis som ikkje er i samsvar med det som er intensjonen på området

Tabell 3. Oppsummering

6 Oppsummerande konklusjon

I denne oppgåva har eg søkt å finne svar på *korleis blir HMS-arbeidet ivareteke i helseføretaket - silotenking eller heilskap?*

Som eg alt har vore innom fleire gonger i oppgåva er den overordna hensikta som ligg i «ideen om HMS» å få til eit forbetring- og HMS-arbeid som sikrar eit bærekraftig produksjonsliv. Krava som ligg til forbetnings- og HMS- området er omfattande og ufråvikelege, der verksemdene er pålagt å drive eit forbetningsarbeid på dei ulike områda som er skissert i internkontrollføreskrifta (1997), og for helseføretaka er det i tillegg stilt særleg strenge krav til forbetnings- og kvalitetsarbeid på pasientsida. Overordna føringar på området er å sjå dette arbeidet i ein samanheng, for slik å sikre eit heilskapleg forbetnings- og kvalitetsarbeid som igjen sikrar ei bærekraftig verksemd i helseføretaket.

Undersøkinga mi har vist at leiarane har lite kjennskap til det regulative lovverket på området, og er heilt avhengige av å få oppskrifter på korleis forbetningsarbeidet skal gjennomførast i helseføretaket. Dette krev gode oversettarar (Røvik 2007) for å få på plass det heilskapleg forbetnings- og kvalitetsarbeidet i helseføretaket slik intensjonen på området er. Det fordrar at dei ulike HMS-fagressursane kjenner til kvarandre og samarbeidar om å få på plass gode oppskrifter som har i seg både det regulative lovverket, samt dei overordna føringane på området. Så må dei same HMS-ressursane følgje leiarane vidare på deira veg mot å få på plass den tenkte HMS-praksisen lokalt over heile organisasjonen. Undersøkinga viser vidare at forbetningsarbeid er godt kjent og har eit auka fokus i organisasjonen, mykje grunna innføringa av forbetningskonseptet, og gjennom det, både leiarar og tilsette som er vorte meir bevisste sitt ansvar omkring forbetningsarbeid. Samtidig viser undersøkinga mi at forbetningsarbeidet i helseføretaket i stor grad er konsentrert omkring forbetningsarbeidet knytt til arbeidsmiljøet og berre i mindre grad til dei andre forbetningsområda. Ein må likevel anta at det blir gjennomført eit forbetningsarbeid på dei andre forbetningsområda også, sjølv om datamaterialet mitt ikkje viser det i nemneverdig grad. Utfordringa er likefullt at undersøkinga mi viser at det blir teke lite omsyn til synergiane mellom dei ulike forbetningsområda og at dette vidare får følgjer for innhaldet i forbetnings- og HMS-arbeidet og at dette får følgjer for HMS-praksisen i helseføretaket. I undersøkinga mi kjem det også fram andre faktorar som kan verke både hemmande og fremmande på HMS-arbeidet.

Basert på resultata i undersøkinga kan det konkluderast med at forbetnings- og HMS-arbeidet i helseføretaket i stor grad manglar synergi- og heilskapstenkinga. Arbeidet på området er i stor

grad *silobasert*, der dei ulike forbetningsområda blir jobba med kvar for seg. Med dette følgjer ein HMS-praksis i helseføretaket som ikkje samsvarar med intensjonen på området

6.1 Anbefalingar til helseføretaket

Undersøkinga mi har avdekka både interne og eksterne faktorar som påverkar HMS-arbeidet i organisasjonen og som gjev utfordringar i høve til å få på plass den HMS-praksisen ein har tenkt skal vere på dette området, desse faktorane bør helseføretaket sjå nærmare på. Det vil føre for langt at eg i denne oppgåva går inn på alle sider av dette, eg tillét meg likevel å kommentere nokre punkt. Etter mi oppfatning kan ein ikkje forventa at resten av organisasjon skal tenke synergjar og heilskap i forbetningsarbeidet, medan dei ulike fagområda innan HMS fortsatt skal jobbe i «*siloane sine*». Det fordrar i tilfelle eit utstrakt og godt samarbeid mellom desse. Ei anna utfordring, som handlar litt om det same, er at saker knytt til dei ulike forbetningsområda ikkje følgjer dei same strukturane. Saker som omhandlar forbetningsarbeidet knytt til arbeidsmiljø blir behandla i eit overordna fora og forbetningsarbeidet knytt til pasienttryggleik blir behandla i eit anna overordna fora.

Det er truleg nødvendig med fleire tiltak i helseføretaket for å HMS-praksisen i den retninga som er ynskjeleg. Eg har konsentrert mi anbefaling til helseføretaket i to punkt;

- 1) Anbefaling om at helseføretaket bør sette i gang eit arbeid for å kartlegge og identifisere utfordringar/risikofaktorar knytt til å få på plass eit HMS-arbeid i trå med intensjonane på området. I arbeidet bør ein sjå på kva utfordringar og risikofaktorar forskning, utgreiingar, tilsyn, statistikk og interne og eksterne kartleggingar har peika på.
- 2) Følgje opp utfordringar på området med relevante kompensierende tiltak. Utfordringar med potensielt store konsekvensar bør prioriterast i oppfølginga så langt det let seg gjere å finne realistiske og konkrete tiltak.

6.2 Forslag til vidare forskning

Som forslag til vidare forskning kunne det vore interessant å gjennomføre eit liknande studium i andre helseføretak som har organisert arbeidet sitt på området meir heilskapleg for å sjå korleis dette påverkar HMS-arbeidet. Vidare kunne det og vore interessant å samanlikna arbeidet på dette området med ein anna sektor og deira arbeidet på dette området. På HMS-området har oljesektoren i landet vårt vore leiande innan forbetnings- og HMS-arbeid. Det kunne vore spennande å sett korleis HMS-arbeidet har utvikla seg der.

7 Referanseliste

(1997). Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). A.-o. sosialdepartementet.

(1997). Internkontrollforskriften. A.-o. sosialdepartementet.

(2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. H.-o. omsorgsdepartementet.

Andersen, S. S. (2013). Casestudier : forskningsstrategi, generalisering og forklaring. Bergen, Fagbokforl.

Arbeidstilsynet (2014). Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus.

Bergerød, I. J. (2012). Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet : sammenlignende case studie av to norske sykehus. Stavanger, I.J. Bergerød. **2012**.

Borgen, P.-C. (2016). "Systematisk HMS-arbeid i sykehus."

Braun, V. and V. Clarke (2006). "Using thematic analysis in psychology." Qualitative Research in Psychology **3**(2): 77-101.

Thematic analysis is a poorly demarcated, rarely acknowledged, yet widely used qualitative analytic method within psychology. In this paper, we argue that it offers an accessible and theoretically flexible approach to analysing qualitative data. We outline what thematic analysis is, locating it in relation to other qualitative analytic methods that search for themes or patterns, and in relation to different epistemological and ontological positions. We then provide clear guidelines to those wanting to start thematic analysis, or conduct it in a more deliberate and rigorous way, and consider potential pitfalls in conducting thematic analysis. Finally, we outline the disadvantages and advantages of thematic analysis. We conclude by advocating thematic analysis as a useful and flexible method for qualitative research in and beyond psychology.

Christensen, T., et al. (2015). Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo, Universitetsforl.

Hatch, M. J. and A. L. Cunliffe (2013). Organization theory : modern, symbolic, and postmodern perspectives. Oxford, Oxford University Press.

helsetjenesten, F. o. l. o. k. i. (2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. H.-o. omsorgsdepartementet.

Håpnes, T., et al. (2018). "Sykefraværarbeid i sykehus."

Internkontrollforeskriften (1997). Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter A.-o. sosialdepartementet.

Jacobsen, D. I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo, Cappelen Damm akademisk.

Karlsen, J. E. (2010). Ledelse av helse, miljø og sikkerhet. Bergen, Fagbokforl.

Kvale, S., et al. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal akademisk.

Mæhre, H. and Å. Danielsen (2017). Medarbeiderundersøkelse som verktøy for et bedre arbeidsmiljø. En studie av hvordan medarbeiderundersøkelsen brukes i forbedringsarbeid ved Universitetssykehuset Nord-Norge, UiT Norges arktiske universitet.

Denne studien dreier seg om et relativt utbredt verktøy, medarbeiderundersøkelser (MBU), i dagens organisasjonsliv som er ment å føre til forbedringer internt i organisasjonen. Bakgrunnen for at MBU skulle gjennomføres var et vedtak i sykehusets styre om å igangsette MBU. Hensikten med min studie har vært å finne ut om undersøkelsen egner seg som verktøy i forbedring av arbeidsmiljøet i sykehuset. Prosessen har vært lærerik og jeg har gjennom å anvende organisasjonsfaglige linser sett at det samme empiriske fenomenet kan studeres og forstås på ulike måter. Problemstillingene er: 1) Hvordan brukes MBU ved UNN? 2) Hvordan virker bruken av MBU med tanke på de målsetningene MBU er ment å innfri? Med bakgrunn i resultatene, skal det tilrådes bruk av MBU i forbedringsarbeidet. For å svare på problemstillingene har jeg brukt tre organisasjonsteoretiske perspektiv

to varianter av det instrumentelle perspektivet som består av en hierarkisk variant og forhandlingsvarianten, det kulturelle perspektivet og det myteorienterte perspektivet (Christensen m.fl. 2015). Perspektivene forklarer ulike sider ved gjennomføringen og bruken av MBU og perspektivene kan således både være konkurrerende og komplimenterende. I min undersøkelse betraktes perspektivene som komplimenterende, fordi de vektlegger ulike sider i organisasjonen. Sentralt i teorikapitlet er også ledelse og ledelsesutøvelse som er tett koblet opp mot gjennomføringen av MBU. Det utledes forventninger til sammenhenger mellom teori og funn i undersøkelsen. Jeg kommer også kort inn på en teoretisk forståelse av tilrådet bruk av MBU der virkemidlene i undersøkelsen vektlegges. Jeg har selv jobbet som leder og har derfor over flere år interessert meg for selve verktøyet, bruken av det og på hvilken måte resultatene brukes eller ikke brukes i forbedringsarbeid i organisasjoner. Det er brukt en kvalitativ tilnærming med dybdeintervju av 9 sentrale informanter. I tillegg har jeg brukt dokumenter, styresaker, ledermøtesaker, rapporter, relevant informasjon på nettet relatert til sektoren og knyttet til tema arbeidsmiljø i sykehus, samt annen relevant dokumentasjon for mitt tema. Dette ga meg mye data som jeg har kategorisert, bearbeidet og brukt på en systematisk måte i oppgaven. Mine funn viser at gjennomføringen og bruken av MBU som et verktøy til forbedring av arbeidsmiljøet i sykehuset også påvirker HMS-strategien. Forutsetningen for et vellykket resultat er: medvirkning og involvering av ansatte, resultatene av MBU må presenteres for de ansatte raskt etter gjennomføringen, og oppfølgingsarbeidet av MBU må ende ut i handlingsplaner for den enkelte enhet. MBU kan på bakgrunn av disse funnene tilrådes brukt i forbedringsarbeid knyttet mot arbeidsmiljøet.

Ringdal, K. (2013). Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen, Fagbokforl.

Røvik, K. A. (2007). Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon. Oslo, Universitetsforl.

Skjørshammer, M. (2004). Bedre planlegging i helsesektoren : i et systemteoretisk perspektiv. Oslo, Høyskoleforl.

Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. Bergen, Fagbokforl.

Arbeidstilsynet 2019 <https://www.arbeidstilsynet.no/> , Arbeidsmiljømodellen, henta 05.02.19
frå <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/arbeidsmiljomodellen/>

Bergvoll, S. (2018) KVAM-en suksesshistorie? En casestudie om kvalitet og arbeidsmiljø i samme organ, UIT Norges arktiske universitet.

Oslo universitetssykehus. 2019. Pasientsikkerhet og kvalitet, Helse, miljø og sikkerhet – flere gjensidige avhengigheter? <https://oslo-universitetssykehus.no/> Henta 22.03.19 frå;
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nyheter/PublishingImages/Sider/Er-du-sikker-Synergier-mellom-arbeidsmiljo-og-pasientsikkerhet/rapport%20PSKHMS%20ver%201.pdf>

Regjeringen, Helse og omsorgsdepartementet. 2018. Sykehustalen 2016. Henta 20.11.2018 frå
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2016/id2470065/>

Sitat intro om pasientens helseteneste<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>

8 Vedlegg - oversikt

Vedlegg 1	Førespurnad om intervju
Vedlegg 2	Intervjuguide
Vedlegg 3	Samtykkeerklæring
Vedlegg 4	Tilbakemelding frå NSD

04.03.2019

Førespurnad om intervju

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt om HMS-arbeid i helseføretak. I skrivet her får du informasjon om måla for prosjektet og kva det inneber for deg å delta.

Føremål

Føremålet med dette prosjektet er å undersøke leiarar sine erfaringar med HMS-arbeid i eit helseføretak og kva føresetnader som må vere til stades for at HMS er ein sjølvstøtt del av arbeidsdagen for alle tilsette. Prosjektet er knytt til mi masteroppgåve i Organisasjon og leing.

Kven er ansvarleg for prosjektet

Ansvarleg institusjon er Høgskulen på Vestlandet, HVL, med Institutt for samfunnsvitskap. Min rettlegeiar ved HVL er førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet vil eg intervju 8 leiarar frå dei to største klinikkane i Helseføretaket, Medisinsk- og Kirurgisk klinikk. Eg inviterer leiarar frå det same leiarnivået. Utvalet skjer etter ei studie av organisasjonskartet der eg søker leiarar som kan ha informasjon som er nyttig for prosjektet frå ulike synsstadar, profesjonsbakgrunnar og kliniske retningar.

Kva inneber det for deg å delta?

Datainnsamlinga til dette prosjektet skjer ved intervju som varer om lag 30 minutt. Dersom det er greitt for deg, tek eg intervjuet opp på band. Innsamla datamateriale vil bli lagra på ein sikker måte i tråd med HVL sine retningslinjer. Lydfila vert same dag overført til HVL sin forskningsservar og sletta frå den mobile opptakaren. Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt, og berre rettlegeiaren min og eg vil ha tilgang til lydband og intervjuutskrifter. Lydband og intervjuutskrift vil bli behandla utan namn, alder og anna direkte attkjennande opplysningar. Eg lagrar ikkje diitt namn og personalia på dette opptaket, kun eit nummer som er knytt til ei liste som er oppbevart på ein sikker pc. Denne lista vert makulert ved prosjektslutt (sommaren 2019) og innsamla data vil bli oppbevart i anonymisert form på ein sikker pc. Det vil ikkje vere mogleg å identifisere deg gjennom resultatata frå studien når desse vert publisert.

Deltaking i forskingsprosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke deg frå prosjektet utan grunngjeving og det vil ikkje ha noko konsekvensar for deg. Dersom du vel å trekkje deg, vil alle opplysningar om deg bli sletta.

Dine rettar

I prosjektperioden har du rett til innsyn i dei personopplysningar som er registrert på deg, desse vert som sagt sletta ved prosjektslutt. Du har høve til å rette opplysningar, slette dei eller få ei utskrift. Du kan vidare sende klage til personvernombodet for forskning, Norsk senter for forskingsdata, eller Datatilsynet, dersom du meiner deg urettvis behandla.

På oppdrag frå HVL, har personvernombodet for forskning, Norsk senter for forskingsdata AS vurdert om behandlinga av personalopplysningar i mitt prosjekt er i samsvar med personvernregelverket, og dette er godkjent.

Treng du meir informasjon?

Treng du meir informasjon, kan du kontakte meg på telefon 99 55 69 90, eller e-post: halvard.brekke@enivest.net. Alternativt kan du kontakte min rettleiar, Laila Nordstrand Berg, mobil 480 64 094, eller e-post: laila.nordstrand.berg@hvl.no.

Tid og stad

Eg håpar du har lyst og moglegheit til å bli intervjuva av meg i forbindelse med mitt masterprosjekt! Eg planlegg å gjere intervjuva i Mars 2019, og vil kontakte deg på e-post eller telefon for å avtale tid og stad. Intervjuet er berekna til å vare om lag 30 minutt.

Eg håpar på eit raskt og positivt svar!

Med helsing

Halvard Brekke
Masterstudent
Høgskulen på Vestlandet



Intervjuguide – HMS arbeid i helseforetak

Introduksjon

Kort om prosjektet, anonymitet, informert samtykke (få signatur), ~~moglegheit~~ til å trekke seg.

Ditt arbeid og forhold til HMS

1. Kan du fortelje litt om di avdeling, di stilling og dine arbeidsoppgåver?
2. Kva tyder HMS for deg?
3. Kva opplæring/kunnskap har du om HMS-arbeid?
4. Kva er di oppgåve når det gjeld HMS i di avdeling?

Overordna rammer for HMS og implementering i foretaket

5. Er du kjent med korleis myndighetene har sett rammene for HMS-arbeidet i helseforetaket?
6. Er du kjent med IK-HMS-~~føreskrifta~~?
7. Korleis synest du at HMS-arbeidet kjem til uttrykk i helseforetaket?
8. Kva verkemiddel, verktøy, møter, prosessar, er nytta i helseforetaket for å byggje opp under det systematiske HMS-arbeidet?
9. Korleis vil du seie at HMS-arbeidet påverkar din arbeidsdag? Og arbeidsdagen på eininga?
10. Synest du at HMS-arbeidet er til nytte for avdelinga?
11. Kan du fortelje ei historie der du har følt at HMS-arbeidet har ført til forbetringar? Var det spesielle forhold som verka inn for at arbeidet vart så vellykka?
12. Og det motsette, ei historie der HMS-arbeidet ikkje har fungert? Var det forhold som verka inn for at arbeidet ikkje førte fram?
13. Møter du som leiar på motstand eller hindringar med å få på plass HMS-arbeidet?

Avrunding

14. Er det noko eg har ~~gløymt~~ å spørje om, eller noko du vil ~~tilføye~~?
15. Kan eg bruke data frå dette prosjektet, dersom eg vil gjere meir forskning på dette temaet seinare (sjølvsgatt, ~~anonymisert~~)?

Takk for at du stilte til intervju!



Samtykkeerklæring

Eg har motteke informasjon om prosjektet knytt til masteroppgåva om HMS-arbeid i helseføretak. Eg har fått høve til å stille spørsmål og er innforstått med at eg kan trekke meg undervegs.

Eg er villig til å bli intervjuet i masterprosjektet, så lenge data blir nytta til forskningsføremål i anonymisert form. Eg samtykker og i at mine opplysningar blir behandla fram til avslutninga av prosjektet (sommaren 2019).

Så lenge informasjonen eg gjev blir brukt til forskningsføremål i anonymisert form, godtek eg:

- Å bli intervjuet i dette masterprosjektet
- At mine opplysningar blir behandla fram til avslutninga av prosjektet (sommaren 2019)
- At opplysningane eg gjev, kan nyttast i eventuelle nye prosjekt som forskaren deltek i seinare (lista med persondata er då sletta)

Signatur	Dato
----------	------

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

HMS-arbeid i helseforetak

Referansenummer

820964

Registrert

10.12.2018 av Halvard Brekke - 111792@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Laila Nordstrand Berg, laila.nordstrand.berg@hvl.no, tlf: 48064094

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Halvard Brekke, halvard.brekke@enivest.net, tlf: 99556990

Prosjektperiode

01.02.2019 - 31.07.2019

Status

14.12.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

14.12.2018 - 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 14.12.2018. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved

å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2018. 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 og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet 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: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i organisasjon og leiing

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	01-06-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR1
Sluttdato:	14-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 MR691 1 MA 2019 VÅR1		

Deltaker

Navn:	Halvard Brekke
Kandidatnr.:	111
HVL-id:	111792@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Ja