

Uønskede hendelser - en gullgruve til forbedring?

En komparativ casestudie fra sykehuslederes tilnærming til (meldte) uønskede hendelser

ANITA TORLAND KIVLE

VEILEDER

Laila Margaret Nordstrand Berg

Universitetet i Agder, 2021

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

FORORD

Behandling av uønskede hendelser er en viktig del av pasientsikkerheten. Jeg er utrolig glad for at jeg har fått mulighet til å fordype meg i temaet gjennom denne masteroppgaven, som er en del av studieprogrammet erfaringsbasert master i ledelse, med spesialisering i helse.

Først hjertelig takk til lederne som villig har stilt opp til intervju og delt av sine tanker, erfaringer og kunnskap. Takknemlig for at dere valgte å bruke tid på meg som student i en travel arbeidshverdag.

Videre vil jeg rette en stor takk til min veileder Laila Nordstrand Berg, førsteamanuensis ved Høgskolen på Vestlandet. Takk for kjappe og grundige tilbakemeldinger som ofte har vært formulert på en humoristisk måte. Du har med din kunnskap virkelig vært til uunnværlig hjelp gjennom hele prosessen. Tusen takk Laila!

Takk til arbeidsgiver og gode kollegaer, som har lagt til rette for at denne masteroppgaven nå er i mål. Tusen takk til min sjef som har oppmuntret meg til studiet og som under hele studieforløpet har motivert meg og hatt tro på at jeg skulle komme i mål. Tusen takk til ansatte på biblioteket på sykehuset som har bidratt når jeg har hatt behov for deres kompetanse og bistand.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til familie og venner for støtte, oppmuntring og gode ord. Jeg vil trekke frem min kjære mann og våre to ungdommer som har tatt mye av ansvaret på hjemmebane. Kanskje på tide å komme litt mer på banen når følgende kommentar kom under middagen her forleden: «Kanskje du må lære å vaske opp og lage mat igjen☺».

Det har vært en lærerik prosess, men nå ser jeg frem til mer tid til familie og venner. Fjellturen i den norske fjellheimen skal igjen nytes.

Kristiansand, 13. juni 2021

Anita Torland Kivle

SAMMENDRAG

Bakgrunn og formål: Til tross for økt fokus på ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, har det over tid vært en jevn stigning av meldte uønskede hendelser ved norske sykehus. Denne studien har som formål å bidra til økt kunnskap om hvordan uønskede hendelser behandles. Problemstilling for studien er å kartlegge hvilken tilnærming lederne har til uønskede hendelser, og hvordan lederne arbeider for å forebygge fremtidige uønskede hendelser.

Metode: Studie har et kvalitativt design. Dataene er samlet inn fra intervju med seks ledere på operativt nivå ved et sykehus i Norge med over 5000 ansatte.

Funn og konklusjon: Funn fra denne studien tyder på at lederne har et systemfokus i forhold til uønskede hendelser, og at individfokus er mindre fremtredende. Lederne har også et ubevisst forhold til begrepene *uønskede hendelser* og *feil*. Registrering av nesten-hendelser er omtrent fraværende og kunne trolig vært med på å unngå en del uønskede handlinger (hendelser?). Studien undersøker også hva som preger prosessen fra en uønsket hendelse er meldt inn til endring er iverksatt, i lys av organisasjonsutviklingsteori. Lederne har sitt hovedfokus på opptining- og endringsfasen. Videre er de opptatt av å motivere til endring. Når det gjelder tidsbruk viser funnene at lederne bruker lite tid på dette arbeidet. Funn viser at lederne i all hovedsak tar i bruk en demokratisk prosess der leder er opptatt av å inspirere og støtte personalet, en såkalt endringsstrategi O. Men at de i noen tilfeller må ta i bruk en tilnærming som ligner mer på endringsstrategi E. Nedfrysingsfasen er det i mindre grad fokus på, selv om funn viser at noen av lederne har noe oppmerksomhet på evaluering og korrigerende. Når det gjelder organisatorisk læring viser funn at lederne er opptatt av dialog med sine ansatte og har fokus på systemtenkning, men at de har få arena og bruker lite tid på dette arbeidet.

Lederne har i all hovedsak en systemtilnærming til uønskede hendelser. Det er derimot noe mer varierende hvordan det arbeides for å forebygge slike hendelser, her viser resultater fra studien at det finnes forbedringspotensialer.

Nøkkelord: Uønsket hendelse, forbedring, helseledere

ABSTRACT SUMMARY

Background and purpose: There has for some time been a steady increase of reported unwanted events in hospitals. The authorities have increased their focus on management and quality improvement in the health and care service. This study's purpose has been to contribute to knowledge about which approach leaders have to unwanted events and how leaders are working to prevent future unwanted events.

Methods: The study has a qualitative design. The data were collected from interviews with six managers at an operational level at a hospital in Norway with over 5,000 employees.

Results and conclusion: Findings from this study indicate that leaders have a systemic focus in relation to unwanted events and that individual focus is less prominent. Leaders also have an unconscious relationship to the concepts of unwanted events and errors. Near-incidents are almost absent and could probably have helped to avoid some unwanted actions. The study also examines what characterizes the process from the time an unwanted event is reported until the change is implemented, in the light of organizational development theory. Leaders have their main focus on the thawing and change phase. Furthermore, they are concerned with motivating for change. In terms of time use, the findings show that managers spend little time on this work. Findings show that leaders mainly use a democratic process where the leader is concerned with inspiring and supporting the staff, change strategy O. But in some cases they must use an approach that is more similar to change strategy E. The freezing phase is in less focus, although findings show that some of the leaders pay some attention to evaluation and correction. When it comes to organizational learning, findings show that managers are concerned with dialogue with their employees and focus on systems thinking, but that they have few arenas and spend little time on this work.

Managers mainly have a systems approach to unwanted incidents. On the other hand, it is somewhat more variable how they work to prevent them, here the empirical evidence shows potential for improvement.

Key Word/Keywords: *adverse event, improvement, health management*

Innhold

Forord	ii
Sammendrag	iii
Abstract	iv
1. INNLEDNING	3
1.1 Tema og relevans.....	3
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Forskingen på området.....	4
1.4 Avgrensning og fokus.....	6
1.5 Motivasjon.....	7
1.6 Oppgavens struktur.....	8
2. KONTEKST	9
2.1 Organisasjonsstruktur og ledelse.....	9
2.1.1 New Public Management og innflytelsen på arbeidet med uønskede hendelser.....	10
2.2 Reformen og regulering av helsevesenet.....	10
2.3 Lov og forskrift.....	12
2.3.1 Regulering av helsepersonells yrkesutøvelse.....	12
2.3.2 Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.....	13
3. TEORETISK RAMMEVERK	16
3.1 Organisasjonsutvikling.....	16
3.1.1 Opptining.....	17
3.1.2 Endring.....	17
3.1.3 Nedfrysing.....	20
3.1.4 OU relevans til empiri og utvikling av forskningsspørsmål.....	21
3.2 Person- og systemtilnærming.....	21
3.2.1 Empirisk illustrasjon og utvikling av forskningsspørsmål.....	24
3.3 Organisasjonslæring.....	25
3.3.1 Senges fem disipliner.....	26
3.3.2 Trippel heliks-modellen.....	28
3.3.3 Empirisk illustrasjon og utvikling av forskningsspørsmål.....	30
4. UNDERSØKELSESDSIGN OG METODE	31
4.1 Utvikling av problemstilling.....	31
4.2 Komparativ casesdesign.....	32
4.3 Metode.....	33
4.3.1 Utvalg.....	33
4.3.2 Semi-strukturert intervju.....	34

4.3.3 Dokumentgjennomgang av uønskede hendelser.....	37
4.3.4 Medarbeiderundersøkelse	37
4.4 Dataanalyse	38
4.5 Kvalitetsvurderinger av oppgaven.....	38
4.5.1 Førforståelse.....	38
4.5.2 Relabilitet og validitet	39
4.5.3 Generaliserbarhet.....	40
4.5.4 Etske betraktninger.....	41
5. FUNN OG DRØFTING	42
5.1 Uønskede hendelser i sykehus	42
5.1.1 Lederes betraktninger om begrepet uønskede hendelser	42
5.1.2 Bruk av ordene «uønskede hendelser» og «feil».....	44
5.2 Organisasjonsutvikling	45
5.2.1 Planleggingsarbeidet i opptiningsfasen	46
5.2.2 Gjennomføringsarbeid i endringsfasen	54
5.2.3 Evaluering og korrigerering i nedfrysingsfasen.....	59
5.3 Person- og systemtilnærming	62
5.3.1 Funn fra intervju	62
5.3.2 Funn fra dokumentgjennomgang	65
5.3.3 Leders tilnærming til de uønskede hendelser	66
5.4 Organisatorisk læring	68
5.4.1 Ledernes uttalelser	68
5.4.2 Medarbeiders opplevelse.....	72
5.4.3 Trippel heliks-modellen	73
6. OPPSUMMERING	76
6.1 Oppsummering av funn	76
6.1.1 Ledernes tilnærming til «uønskede hendelser»	77
6.1.2 Hvordan arbeides lederne for å forebygge «uønskede hendelser»	77
6.1.3 Sammenligning mellom casene.....	78
6.2 Forslag til forbedring	78
6.3 Forslag til videre forskning	79
LITTERATURLISTE.....	80
VEDLEGG	86
Vedlegg 1: Intervjuguide	86
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke	88
Vedlegg 3: Vurdering fra NSD.....	90

1. INNLEDNING

1.1 Tema og relevans

Uønskede hendelser og nesten-hendelser finnes i alle deler av samfunnet og kan ha store konsekvenser for økonomi, miljø, de involverte og kan endatil ta liv. Dette er et stort felt så studien snevres inn til å studere uønskede hendelser i en av de viktigste sektorer i samfunnet; i sykehus. Uønskede hendelser rammer anslagsvis 10% av pasienter i norske sykehus (NOU 2015:11; Øgar & Hovland, 2004, s. 230). Uønskede hendelser er alle prosesser som har eller kunne ha fått et uheldig forløp, eller gir et uønsket resultat, uavhengig av om noe eller noen kan klandres for det (Øgar & Hovland, 2004). Uønskede hendelser kan omhandle alt fra uhøflig kommunikasjon med pasienter til alvorlig medikamentregningsfeil med døden til følge. Verdens helseorganisasjon, WHO (2005) beskriver uønskede hendelser som en skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Klinisk behandling inkluderer alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, system og utstyr som brukes for å levere tjenestene. Som Hjort (2007, s. 25) fremhever er det et interessant skille mellom engelsk og amerikansk språkbruk, henholdsvis «adverse event» (uønsket hendelse) og «human error» (menneskelig feil). Uønskede hendelser er mer nøytralt enn feil og kan hjelpe til å unngå den primitive sydebukk-tenkningen. Tidligere talte man om medisinske feil og avvik, mens nå brukes begrepene uønskede hendelser og systemsvikt (ibid). Det er en lederoppgave å sikre at informasjon fra medarbeidere om uønskede hendelser blir brukt til forebygging og forbedring (Arntzen, 2014; Braut & Holmboe, 2018, s. 56). Uheldige hendelser er en gullgrube til kunnskap og forbedringer (Hjort, 2007). Dessverre tar vi nok ikke alltid ut de gevinstene vi har mulighet til (ibid). Det er uttalelsen fra Hjort som har gitt inspirasjon til tittelen på masteroppgaven.

1.2 Problemstilling

Uønskede hendelser i sykehus er temaet for denne masteroppgave og dette studeres ut fra leders synsvinkel. På bakgrunn av dette stilles følgende problemstilling:

Hvilken tilnærming har ledere i sykehus til «uønskede hendelser» og hvordan arbeider de for å forebygge dem?

«Undersøkelser i flere land viser at opptil 40-50 prosent av uønskede hendelser i sykehus kan forbygges» (Arntzen, 2014, s. 142). Internasjonalt har WHO utgitt rapporten «WHO Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems» (2005, s. 3). Der fastslås det at rapporteringssystemer for uønskede hendelser muliggjør en forbedring av pasientsikkerhet gjennom læring av feil. Det påpekes videre at det er responsen på rapporteringen som fører til endring, ikke selve rapporteringen (ibid). Nasjonalt har Helsedirektoratet utgitt «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023» (2019). Dette er en overordnet plan som skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Handlingsplanen skal understøtte og legge til rette for at kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten kan etterleves (ibid). Dette internasjonale og nasjonale fokus viser at leders behandling av de uønskede hendelsene er et prioritert og viktig arbeid.

Forskningsspørsmålene som kommer under teoridelen danner grunnlaget for strukturen av innsamling og drøfting av dataene i studien. I neste avsnitt vil jeg presentere kunnskapsstatus for hva vi vet om forskning på uønskede hendelser.

1.3 Forskningen på området

For å finne litteratur og forskning om temaet har jeg søkt i internasjonale databaser som Chinahl og Medline med søkeordene *adverse event*, *unwanted event*, *medical errors*, *improvement*, *«follow up»*, *health management*. Videre har jeg søkt i bibliotek-databasen oria.no og søkemotoren Google Scholar. I tillegg har jeg brukt referanselistene i artikler og bøker for å utvide søket ytterligere. Jeg vil videre i dette kapitlet presentere noe av forskningen som er gjort på feltet.

I 1999 publiserte American Institute of Medicine rapporten “To Err is human”. Det var en oppsiktsvekkende rapport som konkluderte med at uønskede hendelser er et stort problem, mellom 44 000 og 98 000 amerikanere døde hvert år «as a result of medical errors» i somatiske sykehus (Kohn et al., 2000).

Den britiske rapporten «An Organisation With a Memory» har også hatt stor innflytelse på internasjonal vektlegging av læring av uønskede hendelser (Health, 2000). Rapporten fremhever betydningen av en bedre dokumentasjon av uønskede hendelser gjennom informasjonssystemer for å bedre pasientsikkerheten i helsetjenesten. (Aase & Wiig, 2018).

I England kom rapporten «A promise to learn – a commitment to act» i etterkant av Mid-Staffordshire-granskningen. (Berwick et al., 2013) Det ble avdekket mangelfull omsorg og behandling av pasienter. I rapporten fremheves det at den viktigste enkeltendringen vil være et system viet til kontinuerlig læring og forbedring av pasientbehandling. De fremhever det å skape en lærende organisasjon der ledere skaper og støtter evnen til å lære og dermed endre seg i stor skala.

Brandrud et al. (2011) påpeker at det trengs kollektiv kunnskap i tillegg til individuell forbedringskunnskap for å oppnå kontinuerlig forbedring i helsevesenet. Det gjenspeiler et behov for en mer systematisk tilnærming, som kombinerer profesjonell kunnskap og forbedringskunnskap. Forskningen viser til et mønster med tre suksessfaktorer for kontinuerlig forbedring: Kontinuerlig og pålitelig informasjon, engasjement av alle i alle faser av forbedringsarbeidet, og kunnskap om forbedring.

I et («multi-level») casestudie i norsk helsevesen (Wiig & Aase, 2007) påpekes det at reformer om sykehusfinansiering og ledelse utgjør rammebetingelser som kompliserer helsevesenets evne til å forebygge og lære av feil. Rapporteringssystemet har ført til et kontrollfokus. Det individuelle fokuset som vanligvis tas i bruk i behandling av uønskede hendelser hemmer åpenhet, diskusjon og refleksjon. I dag fokuserer feilrapporteringssystemet mer eller mindre på statistikk og brukes ikke systematisk i tilbakemeldingsprosesser for læring. Videre indikerer resultatene at skyldkultur fortsatt er institusjonalisert i det norske helsevesenet, noe som motvirker læring. Wiig & Aase (2007) mener at bunn-opp-strukturer og tilbakemeldingsmekanismer bør styrkes for å forhindre feil i helsevesenet. Forebygging og begrensninger av uønskede hendelser bør avklares på nivået der hendelsen skjer.

Engås (2010) konkluderer i sin masteroppgave at sykepleierne opplevde enkeltelementer fra læringsprosessen, men opplevde at lite ble gjort. En av årsakene kan være mangel på involvering. Hennes forskning viste at personfokuset etter uheldige hendelser fortsatt er fremtredende.

Alsvik (2010) har i sin masteroppgave hatt fokus på uønskede hendelser i kommunale sykehjem. Hennes undersøkelse viste at den største andelen av informanter ikke så

nytteverdien i å rapportere uønskede hendelser. En av grunnene kan være manglende tilbakemelding fra leder.

I masteroppgaven «Læring av uønskede hendelser» av Ekman (2013) ser hun på hvordan uønskede hendelser benyttes til læring for jordmødre i norske fødeavdelinger og til organisatorisk læring i sykehuset. Studien viste at det fortsatt er en del strukturelle forhold som må på plass innen man får til et godt læringsutbytte av uønskede hendelser. Videre påpekte hun at nesten- hendelser ikke ble benyttet til læring. Kulturen har bedret seg med tanke på å lære av uønskede hendelser, men det er et stykke igjen før det er en naturlig del av virksomheten i avdelingene.

Jensen (2019) har i sin studie blant annet belyst prosessene i kvalitetsforbedring i forhold til alvorlige uønskede hendelser. Funn indikerer at prosessen virker å være systematisk og etter hensikt, frem til utføringsfasen. De siste fasene, bestående av evaluering og oppfølging, fremstår mer variert. Funn i undersøkelsen tyder på at det er behov for økt kompetanse for å iverksette forbedringer.

Etter å ha lest forskning på feltet «uønskede hendelser» synes det å være et potensiale til å oppnå mer læring etter uønskede hendelser. Videre ser det ut til at ledere som behandler hendelsene har behov for forbedringskompetanse. Det synes også å ha vært en dreining fra person- til systemfokus. Dette grunnlaget understøtter at forskning på ledere sin forståelse og arbeid med de uønskede hendelser vil være relevant. For å skaffe meg kunnskap om dette i sykehus vil jeg gjennomføre et dybdestudie.

1.4 Avgrensning og fokus

Kvalitetsarbeidet som skjer gjennom behandling av uønskede hendelser er kun en liten del av det totale kvalitetsarbeidet som finner sted innenfor helsetjenesten (Øgar & Hovland, 2004). Men ifølge Aase og Wiig (2018, s. 101) er rapportering og læring av uønskede hendelser et av de mest utbredte virkemidlene for pasientsikkerhet. Jeg ønsker å fokusere på behandlingen av de uønskede hendelsene da jeg tror det er mye å hente på gode forbedringstiltak etter uønskede hendelser. Jeg går ikke inn på drøfting om det er riktig antall uønskede hendelser som meldes, heller ikke om meldingene er representative for de reelle avvik som finner sted. Selv om det er klart at uønskede hendelser kan ha ulike følger for pasient, pårørende, personal og helsetjenesten, vil ikke masteroppgaven behandle dette tema. Det ligger utenfor denne

oppgaven å se på meldepliktige forhold til andre instanser enn sykehusets eget, som f.eks. alvorlige hendelser som skal meldes videre til Statens helsetjeneste.

Aase (2018, s. 22) gjengir hva WHO Alliance for Patient Safety konkluderte med:

«..en rekke studier har klarlagt omfanget og konsekvensene av uønskede hendelser i helsetjenestene. For å identifisere gode løsninger og tiltak som skal redusere omfanget, er det nødvendig med en større andel forskning som rettes mot de underliggende strukturelle og prosessuelle faktorene, som bestemmer sikkerheten i aktiviteter eller systemer (Jha, Prasopa-Plaizier, Larizgoitia & Butes, 2010)».

Her håper jeg at denne forskning kan bidra til mer innsikt for å oppnå økt læring etter uønskede hendelser. Fokus i masteroppgaven vil være på behandlingen av uønskede hendelser som finner sted og hvordan leder arbeider for å forebygge slike hendelser Videre har jeg valgt å analysere problemstillingen på det operative nivå uten å gå nærmere inn på de andre nivåene i organisasjonen. Det overordnede ledelsesansvaret og utførelse av kvalitetsarbeid er selvsagt av stor betydning, men vil ikke bli drøftet i denne masteroppgaven. Om forbedringstiltakene er av god kvalitet eller ikke vil ikke bli drøftet i denne besvarelsen.

1.5 Motivasjon

Jeg har arbeidet som leder på operativt nivå i sykehus i mange år, og har over lengre tid hatt fokus på behandling av uønskede hendelser. Lederteamet jeg har vært en del av har jobbet aktivt med kvalitetsarbeid. Vi har langt på vei fått til en åpenhetskultur rundt uønskede hendelser. Et høyt antall meldte hendelser gjenspeiler trolig en lav terskel for å melde uønsket hendelse. Spennet på hendelser er fra «nesten uhell» til mer alvorlige hendelser. I behandlingen av de uønskede hendelser har fokus vært på systemforbedring. Som leder har jeg erfart at små og store forbedringer har kommet som følge av uønskede hendelser. Samtidig har jeg også erfart at det er satt i verk tiltak uten synlig effekt. Det sees ved at samme type uønskede hendelser gjentar seg over tid uten noen endring i hyppighet. Dette er mitt utgangspunkt og interesse for temaet som jeg har valgt. Selvsagt har jeg noen erfaringer og tanker rundt årsaker, men samtidig tror jeg det kan være svært mange faktorer som spiller inn for å kunne lykkes med kontinuerlig forbedring etter uønskede hendelser.

Min erfaring er at det er svært ulik oppfatning blant ledere om hvor viktig uønskede hendelser er. Jeg har også erfart at ledere jobber svært ulikt med de uønskede hendelsene. En del uønskede hendelser blir lukket uten reelle forbedringstiltak. Spørsmål jeg da har stilt meg er: Hva handler dette om? Hvorfor tenker vi så ulikt? Hvor viktig er leders rolle? Etter flere år i lederrollen har jeg noen antagelser som motiverer meg til å studere dette temaet. Erfaringsmessig blir ansatte i liten grad informert om de uønskede hendelsene og tiltakene som iverksettes. Det er kun en liten andel av forbedringstiltakene som fullt ut blir implementert. Evaluering av forbedringstiltakene synes nesten å være fraværende.

Jeg har snevret denne masteroppgave inn på å fokusere på hvilken tilnærming ledere i sykehus har av «uønskede hendelser» og hvordan de arbeider for å forebygge dem. Mitt håp er at problemstillingen vil kunne gi et bidrag til utvidet innsikt i hva ledere som lykkes i kontinuerlig forbedring vektlegger.

1.6 Oppgavens struktur

I kapittel 2 presenteres konteksten til ledere i offentlige sykehus. Her presenteres organisasjonsstruktur, syn på ledelse, samt lovverk og styrende dokumenter for virksomheten. Det teoretiske bakteppe for innsamling av data og diskusjon presenteres i kapittel 3. I kapittel 4 presenteres metodevalg og fremgangsmåte for prosjektet. Videre i kapittel 5 presenteres funn som drøftes opp mot forskningsspørsmålene. Avslutningsvis oppsummeres undersøkelsen og problemstillingen besvares opp mot hovedfunnene i kapittel 6.

2. KONTEKST

De regionale helseforetakene drives etter en statlig eierskapsmodell (Arntzen, 2014). Foretakene har mange av sine føringer fra lover og forskrifter, der foretaksloven regulerer departementets styring av foretakene, mens spesialisthelsetjenesteloven regulerer de tjenestene som tilbys eller ytes. Det kommer også årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette viser at mye av virksomheten i sykehus styres av regler og direktiver som leder må forholde seg til. Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet settes det viktige overordnede nasjonale mål med ulike nasjonale tiltak (ibid). Før jeg går inn på de regulative elementene, vil jeg beskrive hva som særpreger organisasjonsstrukturen og ledelse i sykehussektoren.

2.1 Organisasjonsstruktur og ledelse

Når det gjelder organisasjonsstruktur har de fleste offentlig organer, inkludert sykehusene, sterke innslag av byråkratiske elementer med flere nivåer, stor grad av spesialisering og skrevne regler. Sykehusorganisasjoner har også mange felles kjennetegn med den idealtypiske organisasjonsformen profesjonsbyråkratiet (Mintzberg 1979), også kalt ekspertorganisasjonen (Strand 2007). Her er faglig ekspertise og standarder koordinerende prinsipper, og de som utøver fagene, de fagprofesjonelle, får stor grad av autonomi. Dette bidrar til kompleksitet i lederrollen og viser at det er spesielle ledelsesbetingelser for ansatte i offentlig sektor. De valgene leder gjør skal også gjenspeile etterrettelighet, rettferdighet og sparsommelighet, noe som ofte betegnes som offentlig etos. Det omfatter virkelighetsoppfatninger, verdier og ideer om hvilken måte verdiene skal tilgodeses (Busch et al., 2003, s. 29; Strand, 2007; Torjesen et al., 2010).

Begrepet ledelse har tradisjonelt hatt en beskjeden plass i offentlig virksomhet, men nye og mer tydelig tanker om ledelse er kommet inn i offentlig forvaltning med full styrke ved hundreårsskiftet. Dette vises ved målstyring, kvalitetssikring, store sektorer, spesifikke tiltak for lederutvikling, modernisering og omlegging av offentlig sektor (Strand, 2007). Denne studien skal ikke eksplisitt omhandle ledelse, men har fokus på uønskede hendelser og leders behandling av dem i forbedringsøyemed. Disse tydelige tankene om ledelse som har inntatt det offentlige, har sitt utspring i en ide om at det offentlige skal forbedres etter idealer fra privat sektor (Pollitt & Bouckaert, 2011). New Public Management (NPM) vil bli presentert i neste kapittel.

2.1.1 New Public Management og innflytelsen på arbeidet med uønskede hendelser

New Public Management har blitt en felles betegnelse på de mange forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer i privat sektor til offentlig forvaltning. Kjernen er ideer om profesjonell ledelse (Røvik, 2007, s. 34). NPM-innflytelsen ses ved økt fristilling av sykehusene (lov om helseforetak i 2001), økt satsning på profesjonalisering av ledelse (enhetlig ledelse fra 1999), sentralisering av makten til en prinsipal (statlig eierskap fra 2002), økt bruk av incitamentersom styringsform (f.eks. gjennom innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet fra 1997), profesjonelle styrer, større skille mellom helsepolitikk og tjenesteproduksjon (bestiller- utfører modell) og økt valgfrihet for pasientene (lov om pasientrettigheter 1999 og fritt sykehusvalg 2001) (Torjesen, 2007, s. 11).

NPM-inspirerte styringsideologier tar i bruk mer indirekte kontroll- og styringsformer, som mål- og resultatstyring og aktivitetsbasert finansiering (Kjekshus et al., 2012). Ved uønskede hendelser er det ikke direkte kontroller av det profesjonelle arbeid. Men man følger opp når feil har blitt rapportert, altså en indirekte kontroll. Innføringen av NPM-reformene har medført større krav til planlegging og dokumentasjon, noe som har bidratt til økt byråkratisering av ledelse (Berg, 2015). Det vises også i forhold til krav om at uønskede hendelser skal dokumenteres elektronisk i egne datasystemer.

Dette bidrar til hybridisering av lederrollen med en blanding av det tidligere fokuset på faglig ledelse, generell ledelse som ble forsøkt innført med NPM og større innslag av byråkratiske elementer (ibid). Videre vil de viktigste reformene i forhold til uønskede hendelser bli presentere, samt sykehusreformene som regulerer ledernes arbeid innenfor sykehuset.

2.2 Reformers og regulering av helsevesenet

De siste ti årene har det i Norge blitt mer og mer fokus på kvalitet i helsevesenet. Det viser Stortingsmelding 10 «God kvalitet – trygge tjenester» (Helse og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Meldingen fastslår at det er behov for et bedre system for melding og oppfølging av uønskede hendelser med vektlegging på åpenhet og videreutvikling av etablerte meldeordninger (Aase & Wiig, 2018). Videre kom «Kvalitet og pasientsikkerhet 2019» (St. meld. 11 (2020-2021)). Stortingsmeldingen gir et overordnet innblikk i status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet. Videre påpekes det at systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten (ibid). Det har skjedd en statlig satsing på ledelse, og selv om ikke det er ledelse som skal studeres, vil det nå kort nevnes et par reformer som har hatt innflytelse på arbeidet med uønskede

hendelser i sykehus. Økt fokus på ledelse har blitt forsøkt innført i den norske spesialisthelsetjenesten gjennom to betydelige reformer; helseforetaksreformen og ledelsesreformen.

Sykehusreformene ga økt fristilling av sykehusene gjennom lov om helseforetak fra 2000 og *helseforetaksreformen fra 2002*. Enhetlig ledelse fra 1999 ga økt satsning på profesjonalisering av ledelse og *ledelsesreformen fra 2000* (Torjesen, 2007, s. 8-9). Hvis en betrakter reformene i sammenheng, er enhetlig ledelse og helseforetaksorganisering komplementære reformer.

Foretaksmodellen legger opp til at politikere trekker seg tilbake og da må mer styring overlates til bemyndigede ledere. Reformene har begge i seg nyere styringsideologier, det vil si at de er NPM-inspirert (Kjekshus et al., 2012, s. 105-109). Reformene resulterte i et krysspress mellom produksjon, effektivitet og sikkerhet på sykehus, ledelse, personale og driftsnivå. Effektene var tidspress, stress, økt arbeidsmengde og underbemanning (Bone, 2002). Disse effektene har også betydning for sykepleiernes utøvelse av faget og vil kunne være utløsende eller medvirkende faktorer til uønskede hendelser.

Helseforetaksreformen fra 2002 omorganiserte alle offentlige sykehus fra fylkeskommunal forvaltningsvirksomhet til statlige fristilte helseforetak (Arntzen, 2014, s. 17). Styringen skjer i dag gjennom en kombinasjon av moderne målstyring og mer tradisjonell lovstyring (forvaltningsstyring). Fristillelsen er blitt begrenset og sykehusene er trukket inn i politikken og forvaltningen igjen (Berg, 2005, s. 92-100).

Ledelsesreformen fra 2000 introduserte «enhetlig ledelse» i alle norske Sykehus etter at Pasienten først utvalget (NOU 1997:2) var samlet i sitt syn på at ledelse av sykehusavdelinger skal være basert på enhetlig ledelse. Det var ikke lengre den med høyest faglig kompetanse som skulle lede avdelinger og enheter i sykehus, men den med best lederegenskaper. Lederrollen har nå blitt utvidet og innebærer et mer totalansvar for personal, fag, økonomi og budsjett. Det er ingen tvil om at en leder i spesialisttjenesten etter tusenårsskifte har større ansvarsområde enn før.

Den nye foretaksmodellen forutsetter resultatenheter og ledere som har strategisk og operasjonell autonomi, og samtidig utvikles informasjonssystemer og –strategier som gir

pasientene og offentligheten en mer komplett innsikt i behandlingskvalitet og resultater (Torjesen, 2007, s. 87). Dette har også i økende grad påvirket åpenheten rundt uønskede hendelser. Alle alvorlige hendelser får det offentlige til en viss grad tilgang til. Østfold sykehus har siden 2011 offentliggjort meldinger om alvorlige uønskede hendelser, i anonymisert form (Østfold sykehus, 2018). Nedenfor presenteres noen av de mest relevante lover og forskrifter i forhold til temaet uønskede hendelser. Først presenteres regulering av helsepersonells yrkesutøvelse. Etter det presenteres forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring, som regulerer hvordan lederne må arbeide i forhold til uønskede hendelser.

2.3 Lov og forskrift

Arbeidet i helsesektoren har store konsekvenser for folkehelsen og det profesjonelle arbeidet er derfor mer regulert enn i mange andre sektorer. Lover og forskrifter som omhandler spesialisthelsetjenesten er myndighetskrav som definerer rammene som virksomheten skal drives innenfor. I det følgende vil regulering av helsepersonells yrkesutøvelse i helsepersonelloven, samt forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring bli presentert.

2.3.1 Regulering av helsepersonells yrkesutøvelse

Helsepersonells yrkesutøvelse har krav til forsvarlighet nedfelt i *helsepersonelloven §4* (1999). Her stilles det krav til at helsepersonells utførelse av arbeidet skal være **faglig forsvarlig**. «Kravet til faglig forsvarlighet er et av de mest sentrale kravene som lovgivningen retter mot helsepersonell og tjenesteytende virksomhet» (Braut & Holmboe, 2018, s. 52). Kravet om forsvarlighet i tjenesteytingen rettes både mot personellet og virksomhetene. I *spesialisthelsetjenesteloven (2001) § 2-2* har det allmenne forsvarlighetskravet på virksomhetsnivå blitt tydelig. Det er ytterligere styrket i helsepersonelloven §16. Alle som organiserer helsetjenester plikter å etablere systemer som bidrar til å sikre forsvarligheten. I *spesialisthelsetjenesteloven (2001) §3-4A* står følgende: «Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.» Denne plikten har departementet gitt nærmere bestemmelser om i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016)*.

I helsepersonelloven § 17 står det «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet» (1999). Dette handler

i prinsippet om at den enkelte ansatte har et ansvar om å melde fra om forhold som medfører fare for pasienten sikkerhet. Det gjøres ved at de ansatte melder inn uønskede hendelser. Det mest vesentlige av arbeidet gjøres på avdelings- eller institusjonsnivå, før man evt bringer saken til tilsynsmyndighetene (Braut & Holmboe, 2018, s. 54-57). Myndighetenes mulighet til å bryte inn og korrigere forhold er knyttet til de alvorlige hendelsene. Det er mye å hente på mer systematisk og ledelsesforankret kvalitetsarbeid etter uønskede hendelser (ibid). Videre i denne oppgaven vil det bli drøfte arbeidet som gjøres på det operative nivå.

Norske myndigheter var internasjonalt sett relativt tidlig ute med å etablere systemer for rapportering av uønskede hendelser (Aase & Wiig, 2018, s. 102). Antall uønskede hendelser som ble meldt økte markant etter omleggingen i 2012 da Nasjonalt kunnskapssenter overtok forvaltningen av den lovpålagte meldeplikten for spesialisthelsetjenesten. Fjerning av sanksjonsmuligheter var sentralt i denne endringen, og hensikten med systemet er at meldingene skal brukes til læring og forbedring. Overgang til elektroniske meldesystemer har ført til flere meldte hendelser, men det er utfordringer knyttet til tilbakemeldinger på enkeltmeldinger. Myndighetene er tydelige på at det er helseforetakene som har ansvar for å analysere, iverksette tiltak og lære av uønskede hendelser (Aase & Wiig, 2018, s. 102). De har fra mai 2019 også avvirket meldeordningen til Helsedirektoratet, §3-3 spesialisthelsetjenesteloven (2001) .

2.3.2 Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

En av de store endringer som kom med «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (2016) var at lederrollen og ansvaret ble vektlagt og synliggjort på en helt ny måte. Det beskriver hvilke plikter ledere har til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Sentralt er lederens ansvar, medarbeiderens involvering, krav til brukermedvirkning, krav til forbedring, krav til kvalitet, system og kultur. Denne forskrift skal tjene som et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring (ibid). Økte krav til kvalitetsstyring på sykehusene er en utvikling som delvis utfordrer ledelsesreformen. Kvalitetskravene gjør at en fremdeles må sette sin lit til helsefaglig ekspertise (Torjesen, 2007, s. 94). Formålet med forskriften er beskrevet i § 1 «å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves». Her beskrives plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Det har i tillegg til forskriften kommet ut en veileder. Veileder til forskrift «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og

omsorgstjenesten» (2017) påpeker at nøkkelen til å lukke avvik og forebygge uønskede hendelser er gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid. Det er krevende å få til endring i praksis. Tett lederoppfølging kreves med konstant fokus for å skape resultater og vedlikeholde dem. Det forutsetter også en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser ansees som en kilde til forbedring. Veilederen sier at forbedringsmodellen er en enkel og anerkjent metode for å planlegge og gjennomføre systematisk forbedringsarbeid. For å kunne bruke forbedringsmodellen trenger helsepersonell både klinisk kunnskap og kunnskap om forbedringsarbeid (ibid).



Figur 1: Demings kvalitetssirkel, PDCA sirkel. Hentet fra veileder til ledelse og kvalitetsforbedring (2017)

Dr. W. Edwards Deming (1900-1993) har vært en av frontfigurene på forbedringsarbeid og mener at det som betyr mest er å ha engasjerte ledere, kombinert med målinger av hva slags effekt endringen av en prosess skaper (Arntzen, 2014, s. 85). «Han utarbeidet en ledelsesfilosofi som bygger på at mennesker er til å stole på, at mennesker ønsker å gjøre en god jobb, og at årsaken til 85 prosent av alle feil som inntreffer i organisasjoner ligger hos ledelsen, ikke hos medarbeiderne» (Øgar & Hovland, 2004, s. 133).

Modellen består av fire elementer, PDCA (Øgar & Hovland, 2004, s. 132). **P** står for «plan», vi planlegger det vi ønsker å oppnå og hvordan vi skal komme dit. **D** står for «do», vi gjør det vi har planlagt. **C** står for «check», vi undersøker om tiltakene virket som vi ønsket. **A** står for «act», vi korrigerer eventuelt handlingene våre i samsvar med det vi har lært (ibid). C står for

det samme som S i modellen som står for Study. Spørsmål som skal besvares er da blant annet: «Hva prøver vi å oppnå?», «Hvilken endring kan vi prøve som vi tror vil føre til forbedring?» og «Skjer det en reell endring?» Modellen for forbedring prøver å få en pragmatisk balanse mellom behovet for handling og ønsket om å være vitenskapelig og bli gjennomført i tide (Berwick & Nolan, 1998).

I det neste kapitlet vil det teoretiske rammeverket som skal brukes til å belyse studien presenteres.

3. TEORETISK RAMMEVERK

For å belyse problemstillingen er det valgt tre ulike teoretiske rammer. Først vil organisasjonsutvikling bli presentert, med fokus på selve endringsprosessen. Dette for å belyse de ulike fasene etter at en uønsket melding er meldt til endringen er implementert. Denne teoretiske rammen kan bidra til å analysere hvordan ledere arbeider med de ulike fasene i sitt arbeid med uønskede hendelser. Deretter presenterer to ulike måter å tilnærme seg uønskede hendelser; ved person- og systemtilnærming. Dette er to tilnærminger som i utgangspunktet kan ses som konkurrerende. På denne måten kan det komme frem mer detaljert og presis tolkning og forklaring av ledernes tilnærming til uønskede hendelser (Bukve, 2016). Den siste teoretiske rammen er læring i organisasjoner. Her vil Senges (Senge, 1992) fem disipliner presentere og Trippel heliks-modellen. Læring vil i denne sammenheng ha hovedfokus på organisatorisk læring og ikke kun individuell læring. Disse modellene er supplerende og vil til dels være overlappende (Bukve, 2016). Modellene brukes for å illustrere hva som må til for å få til en felles læringsprosess ved uønskede hendelser.

3.1 Organisasjonsutvikling

Den første teoretiske retningen som presenteres omhandler endringsprosesser i organisasjoner. Organisasjonsutvikling (OU) har sitt utspring i Lewins (1951) kraftfeltmodell som omhandler ulike faser i denne prosessen. Her deles endringsprosessen opp i tre faser: opptining, endring/gjennomføring og nedfrysing (jamfør Fig 2). Disse fasene henger tett sammen og kan være vanskelige å skille, samtidig som det er faser som preger endringsprosesser (Busch et al., 2003; Jacobsen, 2018; Jacobsen & Thorsvik, 2019; Yukl, 2006, s. 286). Med bakgrunn i denne teoretiske betraktningen av endringer i organisasjoner, er det utviklet metoder for planlagt endring og disse vektlegger demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeiderne i endringsprosessen (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 403).



Figur 2: Lewins trestegsmodell for endring. Hentet fra Jacobsen (2018, s. 179).

Videre vil de ulike stegene i de neste kapitelet bli presentert noe mer inngående. Det starter med opptinings fasen.

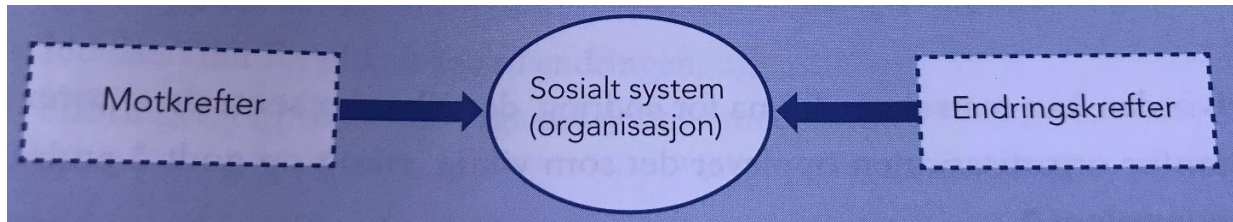
3.1.1 Opptining

I opptiningsfasen er det fokus på å skape motivasjon for endring. Man innser at de gamle måtene å gjøre ting på ikke lengre er tilstrekkelige (Yukl, 2006, s. 286). Det er viktig å skape en oppfatning i organisasjonen om at endringen er viktig, riktig og god (Jacobsen, 2018, s. 180-183). **Viktig** er knyttet til opplevelsen av hvor god dagens situasjon er, og hva konsekvensen vil bli hvis organisasjonen ikke endrer seg. **Riktig** innebærer en opplevelse av at endring faktisk representerer en løsning på de problemer organisasjonen står overfor. Altså hvorvidt sammenhengen mellom tiltaket (endringen) og resultat virker overbevisende. Riktig går også på at en må oppleve endringen som mulig, at en har ressurser og tid til å gjennomføre endringen, det gjelder både organisatorisk og individuelle ressurser. **God** henspiller på at det må skapes en oppfatning av at endring er en forbedring i forhold til dagens situasjon, i forhold til hva man vil oppnå ved ikke å endre seg. Ledelsens utfordring består av å skape en opplevelse av at endringen er god for organisasjonen, og at den også er god for den enkelte. Dette handler om en fremtidig tilstand og det blir viktig at leder skaper et bilde av den fremtidige tilstand som noe som de enkelte kan tro på, stole på vil skje og være godt for dem. Samtidig er det viktig å skape en opplevelse av at endringen er noe den enkelte kan mestre. Leders primære oppgave i denne fasen blir å formulere hvorfor man bør endre seg, hvordan endringen bør skje, og hva endringen vil føre til, deretter å kommunisere dette til organisasjonen. Det handler altså om å formulere en forståelse av virkeligheten (ibid). Jeg vil nå gå over til endringer der selve gjennomføringen finner sted.

3.1.2 Endring

I endringsfasen ser man etter nye måter å gjøre ting på og velger en lovende tilnærming (Busch et al., 2003, s. 133; Hennestad & Revang, 2017; Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 389; Yukl, 2006, s. 286-287). Det skapes nye holdninger og ny adferd gjennom forskjellige tiltak, for eksempel opplæring, kommunikasjonstrening, endring i formelle strukturer osv. Å arbeide med endring innebærer å befinne seg mellom NÅ situasjon og «ønsket situasjon», i et slags endringsrom. Ifølge Jacobsen (2018) karakterer Lewin det som et kraftfelt karakterisert ved ubalanse mellom drivkrefter og motkrefter. Et magnetfelt bestående av fremmende og

bremsende krefter som blir aktivisert. Endring kan bli oppnådd ved hjelp av to typer handlinger. En tilnærming er å øke drivkreftene til endring, den andre er å redusere motkrefter mot endring (ibid).



Figur 3: Organisasjoner som står overfor motkrefter og drivkrefter. Hentet fra Jacobsen (2018, s. 179).

Oppslutning om endring kan deles inn i nødvendighets oppslutning, normativ oppslutning og affektiv oppslutning (Jacobsen, 2018, s. 126). Nødvendighetsoppslutning er når man ikke opplever at man ikke har noe annet valg, mens normativ oppslutning er når man følger at man bør støtte endringen. Affektiv oppslutning er når de ansatte slutter opp om endringer fordi de tror at endring er god og nødvendig (ibid). Lederne opplever ikke alltid oppslutning om endring, men kan heller oppleve at det er motstand. Yukl (2006, s. 285) påpeker at det er større sannsynlighet for at leder lykkes med en endring dersom leder forstår årsakene til motstanden til endring. Det er nyttig å se motstand som en energi som kan styres til å forbedre endring, istedenfor en hindring (ibid). Motstand mot endring er et vanlig fenomen både på individ og organisasjonsnivå (Jacobsen, 2018, s. 130). Det er en rekke forskjellige grunner til motstand, og de utelukker ikke hverandre. Vi må forstå hvordan endring påvirker enkeltmennesker, sosiale relasjoner og forholdet mellom mennesker (ibid). Jeg vil nå videre gå nærmere inn på årsaker til motstand, før jeg beskriver ulike endringsstrategier.

ÅRSAKER TIL MOTSTAND

I det følgende presenterer noen av årsakene til at man opplever motstand. Motstand er mer sannsynlig om nåværende måte har vært vellykket tidligere og at det ikke er bevis for alvorlig problem som trenger store endringer (Yukl, 2006, s. 285), tror **da at endringen er unødvendig**. Selv når et problem endelig blir erkjent, er den vanligste responsen å gjøre trinnvise endringer (ibid). En annen viktig årsak til motstand kan være **faglig uenighet i selve endringen** (Jacobsen, 2018, s. 130). I en slik situasjon vil man ikke se nytteverdien av en endring. En av de aller viktigste årsakene til at endringsinitiativer møtes med oppslutning er enighet om at endringen er viktig å gjennomføre, og at selve løsningen som er valgt, virker

riktig. Når noe skal endres står en overfor noe ukjent, og noe nytt som kan skape psykologisk stress. Det kan også være **frykt for å ikke strekke til**. Det kan oppstå frykt knyttet til personlig mestring (ibid). Mennesker med lav selvtillit kan ha frykt for at det kan være vanskelig å mestre (Yukl, 2006, s. 285). En foreslått endring vil være mer akseptabel hvis den inkluderer bestemmelser for å hjelpe mennesker med å lære nye måter å gjøre ting på. En kan oppleve at det er usannsynlig å lykkes og vil derfor motsette seg endring selv om problemet er erkjennes. En tror at endringen **ikke er gjennomførbar**. Det kan være **mangel på tillit** til den som foreslår endringen. Mistillit kan også forsterke andre motstandskilder. Dette kan være om personer forestiller seg at det er skjult agenda og at de ikke får den fulle informasjon om årsaken til endring. Noen mennesker motstår seg endring fordi de **ikke ønsker å bli kontrollert av andre**. Der er en naturlig reaksjon å beskytte sine egne interesser og det å kunne bestemme selv (ibid).

Endring i seg selv **krever en ekstra innsats**, og derfor vil endring ofte medføre at man blir hardere presset i jobben i en periode (Jacobsen, 2018, s. 134). Det kan også være at endringen vil kreve investering i ny kunnskap. For mange vil det bety at de må gjennomgå en ny fase med opplæring, ofte samtidig som de utfører den vanlige jobben. Dette vil kreve en ekstra ressursinnsats for mange. I tillegg til å lære noe nytt, kan det også være snakk om å avlære den gamle måten å gjøre arbeidet på. For mange kan dette være en tung og smertefull prosess (ibid). Det kan være behov for ulike endringsstrategier for å få til endring. Nedenfor presenteres endringsstrategiene E og O.

ENDRINGSSTRATEGI

Gjennomføring av endring dreier seg om å få mennesker til å endre sin atferd, måten de handler og samhandler på. Endringsstrategier for gjennomføring kan beskrives som strategi E og O (Beer & Nohria, 2000, s. 3; Jacobsen, 2018, s. 195-206). **Strategi E** har som formål å skape økonomiske verdier - *economic value*. Den er generelt opptatt av å skape en solid plattform for å kunne møte – og overvinne – motstanden når den kommer. Elementer som står sentralt er: a) kartlegge motstand og støtte, b) kartlegge maktbaser, c) knytte allianser, d) identifisere de sentrale «slagmarkene», e) definere «brohoder» som må tas, f) overvåke prosessen kontinuerlig, g) være villig til å anvende press. Endringen er allerede planlagt og styres fra «toppen». **Strategi O** har som formål å utvikle organisasjonens menneskelige evner - *organization's human capability*. Den har som utgangspunkt at mennesker i en organisasjon i bunn og grunn har felles interesser, mål og virkelighetsoppfatninger. Leder er opptatt av

inspirasjon og støtte. Grunnlaget er at mennesker vil endre seg, at det som er godt for organisasjonen, også er godt for dem. I en slik sammenheng blir ikke motstand mot endring noe stor utfordring. Elementer som står sentralt er a) å se den enkelte, b) tilføre ressurser og energi, c) motiverende ledelse, d) delegerende og støttende atferd e) endringsagenten som bindeledd, f) leder som «lærer». Her fokuserer det på høyt engasjement og stor involvering for å få til en endring. Den vokser seg gradvis frem og er mindre styrt og planlagt enn strategi E (ibid).

I en situasjon der sentrale aktører støtter opp om endringsinitiativer vil leders hovedoppgave være å legge til rette for at endring blir muliggjort, at hindringer fjernes og at mennesker gis ressurser og tid til å gjennomføre endringen, den såkalte lederstil «O». I en situasjon der sentrale aktører motsetter seg endringsinitiativet vil leders hovedoppgave være å tvinge igjennom endringen selv om man møter motstand, jamfør lederstil «E». Mange av dagens endringer i organisasjoner finner sted ved hjelp av strategi E, selv om mange finner en god del av elementene i denne strategien ubehagelige (Beer & Nohria, 2000; Jacobsen, 2018)

Situasjonsavhengig tilnærming er svært vanlig i moderne organisasjonsteori (Jacobsen, 2018, s. 212). Essensen i situasjonsavhengig tilnærming er at det finnes ingen beste måte å organisere på og ikke alle måter å organisere på er like effektive (ibid).

3.1.3 Nedfrysing

Den siste fasen som beskrives er nedfrysingsfasen, i denne fasen er de nye tilnærmingene implementert og etablert (Yukl, 2006, s. 286). En kjent utfordring er en tendens til å tro at endringen har skjedd for tidlig (Hennestad & Revang, 2017, s. 232). Hennestad & Revang siterer Knut Lewinutsagn: «A change towards a higher level of group performance is frequently short-lived, after a 'shot in the arm', group life soon returns to the previous level». Mennesker har en tendens til å gå tilbake til å gjøre tingene slik de gjorde det før. Det er ikke gitt at det nye er blitt måten en automatisk gjør tingene på. Det er derfor viktig at endringen blir skikkelig forankret i organisasjonen. Den må være «innvevd» i og gjennomsyre virksomhetenes hverdagsvirkelighet. *Ikke minst er det viktig hva lederhandlinger vektlegger og signaliserer* (ibid). Det vil si at endringen må være institusjonalisert. Institusjonalisering er en prosess som skjer over tid. Utholdenhet bør ikke tas for gitt. Det krever kontinuerlig innsats, i forhold til «å snakke om endringer» og «gå prosessen» (Scott, 2014). For å undersøke om en endring er institusjonalisert må det foretas en evaluering. Evaluering er en

vrderende aktivitet der man søker å finne ut i hvilken grad tiltak som er satt i verk har hatt en ønsket effekt (Øgar & Hovland, 2004, s. 236). Det vil også være viktig å evaluere om selve endringer som er satt i verk etter en uønsket hendelse gjennomføres av de ansatte.

Det viser seg at det ofte er mest fokus på opptining og endring, mens det er mindre fokus på nedfrysing (Jacobsen, 2018, s. 180). De tre fasene i Lewins Trestegs modell for endring har parallell til PDCA sirkelen (Wojciechowski et al., 2016). Her har Opptining parallell med *Plan*, Gjennomføring med *Do* og Nedfrysing med *Study/Act*.

3.1.4 OU relevans til empiri og utvikling av forskningsspørsmål

Lewins trestegsmodell for endring legger vekt på demokratiske verdier og ivaretagelser av medarbeidere i endringsprosessen. Den har fokus på prosessen som finner sted fra en uønsket hendelse er meldt til en endring er implementert. Når modellen anvendes på mitt empiriske felt, kan en uønsket hendelse brukes i opptiningsfasen for å få en felles forståelse for at endring er nødvendig for å forbedre arbeidet. Gjennomføring kan studeres ut fra hvilke nye rutiner og prosedyrer som innføres. Ved å vise til de ulike endringsstrategiene i mitt empiriske materiale, vil det bli drøftet hvordan lederne bruker de ulike strategiene bevisst for å oppnå oppslutning om tiltakene som ønskes iverksatt. Nedfrysingen kan for eksempel studeres ut fra hvordan disse er blitt institusjonalisert.

På bakgrunn av det teoretiske fundament og tidligere forskning vil oppgavens problemstilling utdypes med dette forskningsspørsmålet:

Hvilket fokus har lederne på endring i tilknytning til uønskede hendelser?

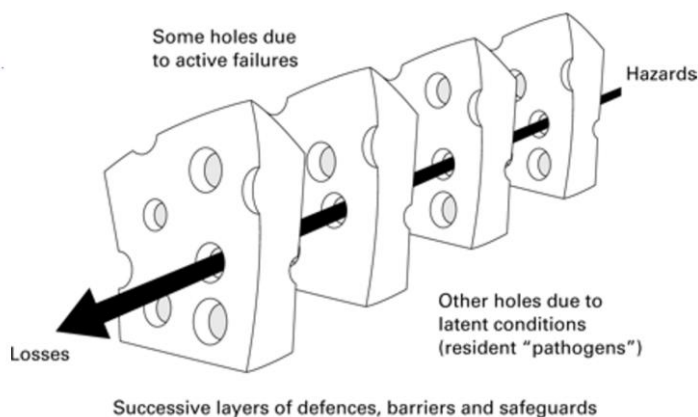
I den neste teoretiske tilnærmingen vil person- og systemtilnærmingen til uønskede hendelser beskrives. Videre vil sveitserostmodellen som er en modell som sies å være allment akseptert i helsevesenet (Perneger, 2005) bli presentert.

3.2 Person- og systemtilnærming

Når det gjelder synet på uønskede hendelser kan det sees på to ulike måter. Reason (2000) formulerer det slik: "The human error problem can be viewed in two ways: the person approach and the system approach". De to ulike tilnærmingene vil vise seg i måten leder analyserer og behandler uønskede hendelser på. Som nevnt i innledningen, har tilnærmingen til uønskede hendelser tradisjonelt hatt et personfokus. Persontilnærmingen fokuserer på

enkeltpersoners feil, og klandrer dem for glemsomhet, uoppmerksomhet eller feil vurdering. Den kan se på mennesket som risiko, ved å fokusere på feil, uaktsomhet og dårlig fulgte rutiner som en person utfører. Reason (1997) fremhever nødvendigheten av systemfokus. Systemtilnærmingen konsentrerer seg om forholdene individer arbeider under og prøver å bygge forsvar for å avverge feil eller redusere effekten av dem (ibid). Men det sterke systemfokuset blir også kritisert; det eksklusive fokuset på 'systemet' kan undervurdere det faktum at enkeltpersoner kan lære av feil (Bauer & Mulder, 2007). Personen kan derved skjule seg bak systemet.

Reason (1997) har utviklet **Sveitserostmodellen** som forsøker å kombinere system- og personperspektivet. Persontilnærmingen fokuserer på enkeltpersons feil og klandrer den enkelte. Systemtilnærmingen konsentrerer seg om forholdene eller systemet den enkelte arbeider i og prøver å bygge forsvar for å avverge feil eller redusere effekten av dem. Denne systemtilnærmingen har barrierer som er satt opp for å unngå uheldige hendelser. I de fleste tilfeller ville barrierene være effektive, men det vil alltid være svakheter. I en ideell verden vil barrierer og forsvarslag være uten hull. Men i virkeligheten ser forsvarslagene mer ut som sveitsiske osteskiver, med mange hull. Hver enkel av skivene representerer barrierer mot skader på pasienter. Hullene i osten kan bli skapt med aktiv eller latente feil (ibid).



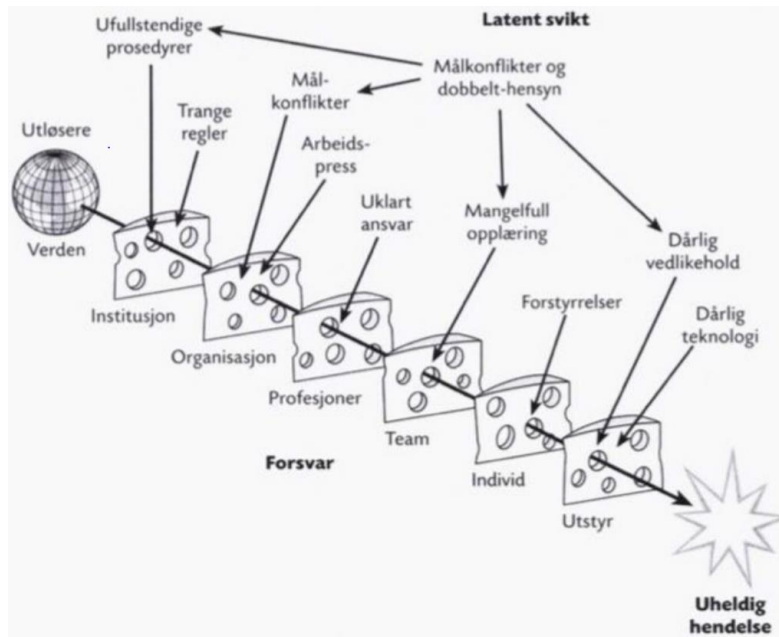
Figur 4: Sveitserostmodellen (Reason, 2000).

Figuren illustrerer at skader kan oppstå ved en kombinasjon av flere uheldige omstendigheter, dvs. det er hull gjennom alle skiver på samme sted. Modellen skal betraktes som dynamisk, idet både osteskivene og hullene løpende endres, og det skal treffes beslutninger i et stadig foranderlig klinisk miljø (Pedersen & Mogensen, 2003, s. 74-75). Hullene i hver skive kan

sees på som noe som flytter rundt, kommer og går, krymper og øker. Alt dette som svar på systemet eller ledelsens handlinger og lokale krav (Reason, 1997, s. 9).

Hullene i forsvaret oppstår på grunn av aktive svikt og latente forhold, som oftest er det en kombinasjon (Arntzen, 2014; Hjort, 2007; Kohn et al., 2000; Reason, 1997, s. 10-11). **Aktive feil** er en feil handling som er begått av enkelt personer og som vil få en umiddelbar konsekvens. I sykehuset kan sykepleieren gjør en regnefeil i forbindelse med medikamenttilberedning. Tilhengere av persontilnærmingen ser ofte ikke lenger enn til den aktive feilen når de ser etter årsakene til en uønsket hendelse. Aktive feil kalles også for den skarpe ende, på engelsk kalt «the sharp end», det er personalet «i ildlinjen». Det er den delen som utfører tjenestene i direkte kontakt med pasienten. **Latente forhold** er forhold som ligger i systemet og vil være skjult. Latente *forhold* vil ikke være synlig, og vil kunne ligge lenge i systemet før den kombinert med andre feil fører til en uønsket hendelse. Det kan derfor være vanskelig å oppdage eller legge merke til latente forhold. Forholdene kan være skjult i utarbeidelsen av prosedyren eller i strukturen eller ledelse av organisasjonen som f.eks. prioriteringer fra toppledelse. I sykehuset kan arbeidspress, mangel på medisinteknisk utstyr og mangel på tilstrekkelig opplæring være latente forhold som i en kombinasjon med en aktiv feil kan føre til uheldige hendelse. Latente forhold kalles også for den uskarpe ende, på engelsk kalt «the blunt end», det er selve organisasjonen. Det er den delen av organisasjonen som leder, planlegger og administrerer systemet. Det er først ved en systemtilnærming at leder ser lenger enn den aktive feilen og også har fokus på latente forhold. Ved at latente forhold oppdages og fikses vil barrierene bli sterkere, da vil aktive feil i mindre grad føre til en uønsket hendelse (ibid).

Figuren under illustrer hva mulige latent svikt kan være.



Figur 5: Sveitserostmodellen- latente feil er skjult i systemet (Hjort, 2007)

Latente forhold kan ligge i dvale i systemet i mange år før de i kombinasjon med en aktiv svikt utløser en uønsket handling. En utløsende faktor er typisk en helt spesiell situasjon. Det kan for eksempel være to pasienter med samme etternavn som skal ha ulike medisiner eller det kan være en ekstremt travel vakt. «Kombinasjonen med en aktiv feil av personalet, samtidig med at sikkerhetsbarrierene mot feil ikke er optimale, åpner muligheten for at det skjer en feil (Pedersen & Mogensen, 2003, s. 74).

I motsetning til aktive feil som ofte er vanskelig å forutse, kan latente forhold identifiseres og utbedres før en uønsket hendelse inntreffer. Vi kan ikke unngå menneskelige feil, men vi kan endre de forholdene mennesker arbeider under, altså de latente forholdene. Ingen organisasjoner kan unngå uønskede hendelser, men de kan lære seg å «bruke» de uønskede hendelsene til å forbedre systemet (Pedersen & Mogensen, 2003, s. 74; Reason, 1997, s. 10-11).

3.2.1 Empirisk illustrasjon og utvikling av forskningsspørsmål

Tradisjonelt har persontilnærmingen vært fremtredende ved uheldige hendelser. Det har vært fokus på at det er personer som utfører feilen. Men det har vokst frem en annen tilnærming, systemtilnærmingen som fokuserer på systemet som den ansatte jobber i. James Reason sin sveitserost-modell er presentert over. Systemet er alle forholdene den enkelte jobber i. Det å bygge systemer og sikkerhetsnett for å hindre uønskede hendelser kan være å innføre

dobbelkontroll av medikamenter. Da er det to sykepleiere som kontrollerer at det er riktig medikament, dose og pasient som får medikamentet.

Med denne modellen vil det studere hvilke tilnærming ledere har ved å stille følgende forskningsspørsmål:

Hva preger ledernes tilnærming til de uønskede hendelser?

I den siste teoretiske tilnærmingen, bli organisasjonslæring presentert. Først presentere Senge (1992) sine fem disipliner, før Trippel heliks-modell presenterer.

3.3 Organisasjonslæring

Organisasjonslæring er komplekst og det finnes ikke en teori eller en helhetlig forståelse av hva det er (Filstad, 2010, s. 19). En tilnærming som får stadig flere tilhengere er at organisasjonslæring i større grad må forstås som en kontinuerlig prosess gjennom praktisk arbeid (Filstad, 2010, s. 18). Det er to hovedperspektiv innenfor organisasjonslæring (Filstad, 2010, s. 20). Det første er **deltakerperspektivet** hvor læring forstås som en del av hverdagen i organisasjonen, kunnskap utvikles og er forankret i praksis. Læring foregår gjennom deltakelse i praksis på arbeidsplassen. Det andre er **tilegnelsesperspektivet** hvor læring forstås som individets tilegnelse av kunnskap. Disse to perspektivene kan ikke uten videre kombineres da de innebærer forskjellig tilnærming til hva som blir de viktigste faktorene for å forstå organisasjonslæring (ibid). Etter uønskede hendelser er det noen ganger behov for at de ansatte tilegner seg ny kunnskap, tilegnelsesperspektivet. Mens deltakerperspektivet kan skje i praksis ved at de uønskede hendelsene formidles til persongruppen.

«Organisatorisk læring er de felles læringsprosessene blant organisasjonens medlemmer som fører til at nåværende mønster styrkes eller endres, eventuelt at nye mønster utvikles» (Dalin, 1999, s. 74). For organisasjoner er individuell læring og utvikling nødvendig men ikke tilstrekkelig for at ulike arbeidsgrupper og organisasjonen totalt sett skal fungere effektivt. Organisasjonen har mye vanskeligere for å lære enn enkeltindivider. Dette skyldes en rekke faktorer, bl.a. motstand mot læring og forandring når noe nytt skal innføres, organisatoriske barrierer og begrensede rammevilkår, etablerte verdier, normer, mål, rutiner og retningslinjer som er vanskelig å bryte eller forandre (Baklien, 1993, s. 188-191).

Videre i teoridel vil Senge sine fem disipliner bli presentert, da de er anvendelig til å beskrive hva som behøves for å oppnå organisasjonslæring i sykehus etter uønskede hendelser. Videre presenteres Trippel heliks-modellen som viser til en læringsprosess med tre ulike tråder inkludert.

3.3.1 Senges fem disipliner

Senge & Lillebø (1999) beskriver kunsten å utvikle den lærende organisasjon. Her brukes ordet disiplin om et fagområde der det gjelder å være i besittelse av visse kunnskaper og ferdigheter. Hustad (1998, s. 40) tror at grunnlaget for Senge sin suksess er å finne allerede i hans definisjon av hva en lærende organisasjon er. "Organizations where people continually expand their capacity to create results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning how to learn together" (Senge, 1990, s. 3). Her verdsettes kontinuerlig læring og det fokuseres på kreativitet og fremsteg gjennom individuelle og kollektive utviklende handlinger.

Senge presenterer fem disipliner for å mestre ulike utfordringer organisasjoner står overfor; systemtenkning, personlig mestring, mentale modeller, (å skape) felles visjon og gruppelæring (Filstad, 2010, s. 46-48; Hustad, 1998, s. 40-46; Senge & Lillebø, 1999, s. 12-17; Vabø & Vabø, 2014, s. 53).

Personlig mestring. Å mestre noe betyr at man har kunnskap og kan utøve bestemte ferdigheter. Personlig mestring er et spørsmål om individets evne og vilje til å lære. Det innebærer også at vedkommende har selvdisciplin nok til å utvikle seg gjennom å lære ny kunnskap og nye ferdigheter. Personlig mestring er derfor en viktig hjørnestein i den lærende organisasjon. På sitt beste blir erfaringslæring utgangspunkt for organisasjonslæring (Vabø & Vabø, 2014, s. 54). En organisasjons evne til å lære kan ikke være større enn det den er hos organisasjonens medlemmer. Forbausende få bedrifter oppmuntrer til slik vekst hos de ansatte (Senge & Lillebø, 1999, s. 13). Det som interesserer Senge mest her, er sammenhengen mellom personlig og organisasjonsmessig læring, de gjensidige forpliktelsene mellom individ og organisasjon og det spesielle miljøet man finner i en bedrift med lærende mennesker.

Mentale modeller. Denne disiplinen tar utgangspunkt i refleksjoner og våre undersøkende egenskaper. Refleksjon er ifølge Schön (1983, 1987) et nøkkelement i all profesjonell

fagutvikling (Vabo & Vabø, 2014, s. 53). «Mentale modeller» er inngrodd antagelser, generaliseringer eller tankebilder; som påvirker både hvordan vi oppfatter verden og hvordan vi handler. Svært ofte er vi ikke klar over våre mentale modeller eller hvordan de påvirker vår adferd. Disiplinen med mentale modeller, begynner med å snu speilet innover – å lære å oppdage våre indre bilder av verden, bringe dem opp på overflaten og underkaste dem en streng granskning. Dette innebærer også evnen til å gjennomføre «lærende» samtaler, der mennesker både blottstiller sin egen tankegang og åpner for påvirkning fra andre. Det er alltid noen som har ønsket ut, erfart eller vet noe som bidrar til endrede eller bedre arbeidsmåte (Vabo & Vabø, 2014, s. 54).

Delte visjoner. Denne disiplinen etablerer et fokus på et felles bilde av den fremtiden vi ønsker. Individider må lære å utvikle en følelse av forpliktelse overfor en organisasjon. Det å skape en felles visjon er viktig for å kunne samle seg rundt en organisasjon og for å inspirere de ansatte til å yte og å utvikle kunnskap gjennom læring. individuell visjon trenger å omsette til felles visjon, ett sett av prinsipper og retningslinjer. Å skape en felles visjon omfatter evnen til å avdekke de felles «bildene av fremtiden» som fremmer ekte innsatsvilje og deltagelse..

Teamlæring. Denne disiplinen handler om gruppeinteraksjon. Gruppelæring som disiplin begynner med «dialog»: gruppemedlemmenes evne til å sette tidligere overbevisninger til side og på en genuin måte engasjere seg i å «tenke fellesskap». Å jobbe i grupper er viktig for at den enkelte skal kunne se helheten og sammenhenger i egen organisasjon samt utvikle sin læringshorisont. Forholdene må legges til rette for en åpen dialog hvor de ansatte stoler på hverandre og deler informasjon slik at de kan lære av hverandre. Når grupper virkelig lærer, oppnår de ikke bare glimrende resultater, men de enkelte medlemmer av gruppen opplever en langt raskere personlig vekst enn de ellers kunne ha fått.

Hvis ikke grupper kan lære, vil heller ikke organisasjonen lære. En kan tilegne seg visse ferdigheter eller kompetanse, der noen mennesker vil ha større «gaver» eller talenter, men alle kan utvikle ferdigheter gjennom praksis.

Systemtenkning. Denne disiplin handler om å oppfatte helheter og binder dermed de andre 4 disiplinene sammen. Det består av å forstå helheten og sammenhengen i organisasjonen og hvilken situasjon den uønskede hendelsen befinner seg i. Det igjen betyr å se sammenhenger mellom ulike hendelser og aktiviteter, slik at årsaken kan avdekke. I dag er systemtenkningen viktigere enn noensinne fordi vi overveldes av kompleksitet. Systemtenkning integrerer

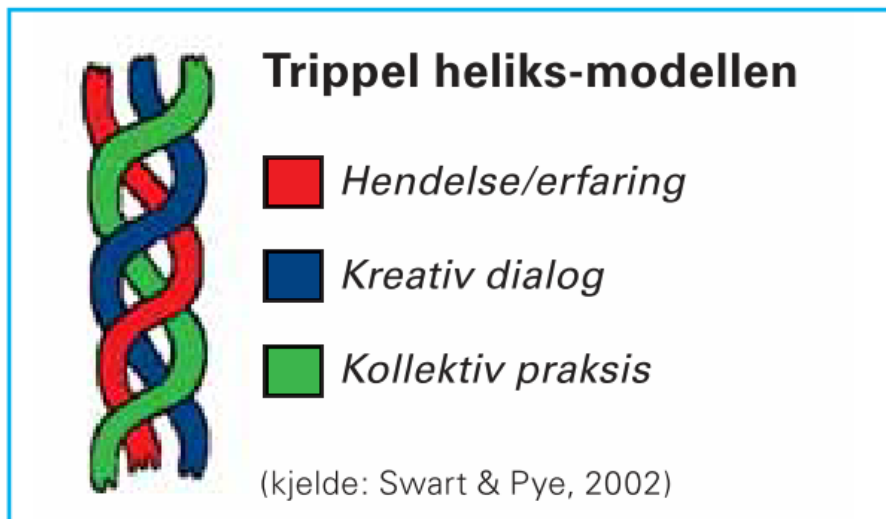
disipliner og smelter dem sammen til en enhet av teori og praksis. Det ses da hvordan disiplinene henger sammen og griper inn i hverandre. I hjertet av en lærende organisasjon finner vi en mental forandring – fra å se oss selv som adskilt fra verden til å se oss selv som knyttet til verden, fra å se problemer som forårsaket av noen andre eller av noen annet, til å se hvordan våre egne handlinger er med på å skape de problemene som vi opplever (Filstad, 2010, s. 46-48; Hustad, 1998, s. 40-46; Senge & Lillebø, 1999, s. 12-17; Vabo & Vabø, 2014, s. 53)

Senge påpeker i sin gjennomgang av ledelse i lærende organisasjoner at de fem disipliner også er viktige for den som skal lede (Senge & Lillebø, 1999; Wadel, 2004; 2008, s. 115). Læringsdisiplinene gir en struktur for hva man skal legge vekt på for å utvikle evnen til å lede. Han påpeker at de fem læringsdisiplinene like gjerne kunne kalles ledelsesdisipliner. Læringsledelse er ikke bare å gi eller innhente informasjon. Læringsledelse har å gjøre med å sette medarbeidere i stand til å gjøre noe en ikke var i stand til tidligere (ibid). I dette studien er det valgt å supplere Senge sin teori med Trippel heliks-modell, som tydelig viser viktigheten av å ha fokus på selve hendelsen sammen med kreativ dialog og kollektiv praksis.

3.3.2 Trippel heliks-modellen

Trippel heliks-modellen er utarbeidet av Swart & Pye (2002) og oversatt til norsk av Aase (2005). Aase og Wiig (2018) har tatt til orde for at denne modellen bør legges til grunn for læring etter uønskede hendelser. Den legger vekt på det kollektive, i stedet for individuell kunnskap. Modellen viser til læring og endring i organisasjoner (Swart & Pye, 2003) og kan brukes til å få forståelsen av hvordan sykehus kan lære av uønskede hendelser (ibid).

Denne modellen består av tre «tråder», se figur 6. Trådene i modellen representerer henholdsvis individuell kunnskap omkring en hendelse, refleksjon omkring dette både på et individuelt og et kollektivt nivå, som skal føre til oppfølging og endring av praksis på bakgrunn av hendelsen og refleksjonen (Swart & Pye, 2002; Aase & Wiig, 2005, 2018).



Figur 6: Trippel heliks-modellen(Aase & Wiig, 2005)

Som figuren over viser består trippel heliks-modellen av tre tråder som er avhengige av hverandre. Heliks er det greske ordet for en kurve som har jevn stigning og hele tiden sammen avstand fra en tenkt midtlinje.

Hendels/erfaring (rød) uttrykker individuell kunnskap knyttet til bestemte hendelser eller erfaringer. Det er ofte mange ulike skildringer knyttet til en enkelt hendelse eller erfaring. Disse varierer som oftest fra person til person.

Kreativ dialog (blå) innebærer aktiv refleksjon over de ulike skildringene av hendelser/erfaringer, individuelt eller kollektivt. I de kollektive prosessene er det viktig at representanter for ulike perspektiv er samlet.

Kollektiv praksis (grønn) handler om å følge opp aspekt fra den kreative dialogen og endre sin egen eller fellesskapet sin praksis relatert til de ulike hendelsene/erfaringene.

Tilnærminger som bare fokuserer på dialog uten å knytte denne til spesifikke handlinger/erfaringer, eller som bare fokuserer på å endre praksis uten at endringen er knytt til en kreativ dialog, har liten sjans for å lykkes. Dersom kun to av elementene trekkes inn i prosessen reduseres muligheten for å lykkes. Denne modellen gjør organisatorisk læring mulig, gjennom en integrering av de tre elementene. Den flytter kunnskapen fra å være taus til eksplisitt og fra et individnivå, til et kollektivt nivå (ibid).

3.3.3 Empirisk illustrasjon og utvikling av forskningsspørsmål

Organisasjonslæring sees på som en kontinuerlig prosess gjennom praktisk arbeid. Læring etter uønskede hendelser er ofte mest fokusert på deltakerperspektivet, det vil si det kliniske arbeidet sykepleier utfører i praksis. Men det vil også være et tilegnelsesperspektiv i en del tilfeller, læring som individet tilegner seg av kunnskap. Det er valgt å presentere teorien til Senge med de fem disiplinene. Denne inneholder et sett av kjennetegn som ledere kan bruke til kontinuerlig forbedring, og som også kan være nyttige å bruke for å drøfte empirien i dette studie. Dette for å bli en lærende organisasjon. Det finnes ikke en teori eller en helhetlig forståelse av hva organisasjonslæring er (Filstad, 2010, s. 21). Ut fra denne teoretiske innfallsvinkelen jobber lederne kontinuerlig med forbedring og læring ut fra individ og kollektiv handling (og ikke bare ad hoc når problemer oppstår). *Personlig mestring* kan handle om å opparbeide ferdigheter til å bruke det medisinske tekniske apparatet. *Mentale modeller* kan innebærer at det finnes arena for å reflektere sammen med andre over måten en prosedyre blir utført. Dette kan eksempelvis være i en dialog på et postmøte. *Å dele en visjon* handler om å ha en felles visjon, et mål som det jobber med å oppnå. *Teamlæring* innebærer at personene i enheten engasjerer seg i å tenke på fellesskapets beste, ofte tett opp mot *systemtenkning* der en uønsket hendelse kan se i en større sammenheng.

Trippel heliks-modellen viser til læring og endring i organisasjoner. Der fokuseres det på viktigheten av å ha fokus på *selve hendelsen* sammen med *kreativ dialog* og *kollektiv praksis*. Kreativ dialog innebærer aktiv refleksjon over erfaringer etter uønskede hendelser både individuelt og kollektivt. Det følges opp med kollektiv praksis, det vil si at praksis endres slik at lignende fremtidige uønskede hendelsen unngås.

På bakgrunn av tidligere forskning og teorien om organisatorisk læring vil oppgavens problemstilling utdypes med dette forskningsspørsmålet:

Hvordan arbeider leder med organisatorisk læring?

I neste kapittel vil studiens design og metode beskrives.

4. UNDERSØKELSESDSIGN OG METODE

I dette kapitlet vil jeg si noe om valg av undersøkelsesdesign og metode. Et forskningsdesign kan forstås som en overordnet plan for hvordan et forskningsprosjekt skal legges opp for å komme seg fra spørsmål til svar (Yin, 2014, s. 28). Jeg vil først si noe om prosessene frem til problemstillingen og formålet med undersøkelse. Videre vil jeg beskrive oppgavens metodiske design. Jeg har valgt et komparativt case studie der jeg innhenter empiri fra semi-strukturerte intervju, dokumentgjennomgang av uønskede hendelser samt resultat fra en medarbeiderundersøkelse. Til slutt vil jeg si noe om dataanalysen, foreta en kvalitetsvurdering av oppgaven og de grep jeg har gjort for å ivareta etikken i forskningen.

4.1 Utvikling av problemstilling

Over lengre tid har jeg hatt en idé om å kunne studere noe innenfor tematikken uønskede hendelser. Jeg innså fort at dette var et stort område som måtte snevres inn for at det skulle vært praktisk mulig å studere. I starten vurderte jeg hvilke perspektiv jeg skulle se de uønskede hendelsene ut fra. Det kunne være de ansatte, lederne eller pasientens perspektiv. På grunn av undersøkelsens omfang så jeg det som vesentlig å snevre inn til ett av perspektivene. Siden dette er en del av en erfaringsbasert lederutdanning ble mitt valg å ha fokus på lederne. Som beskrevet tidligere er min erfaring at ledere innad i sykehuset har ulik tilnærming og tanker rundt behandling av uønskede hendelser. Mange sykepleiere opplever at lite blir gjort og ser ikke nytten av å melde inn uønskede hendelser. Fokus på læringsutbytte og evaluering av effekten av tiltakene som settes i gang, har vært mindre enn rapportering og kontroll (Aase & Wiig, 2018). Spissing av teamet har dermed blitt å se på ledernes forståelse og arbeid med uønskede hendelser.

Problemstillingen legger føring for hva slags undersøkelsesdesign som bør benyttes og hvilke metoder som bør anvendes for å samle inn empiri. Under arbeidet med å utvikle problemstillingen har jeg lest teori og empiri om temaet som har ført til at jeg har omformulert problemstillingen flere ganger. Jeg har i denne prosessen beveget meg til en mer klar problemstilling. Problemstillingen startet opp med en eksplorativ eller utforskende tilnærming, hvor jeg søkte å identifisere variabler som kunne være ha betydning for kontinuerlig forbedring. Det teoretiske rammeverket har bidratt til at problemstillingen kunne bli klarere formulert i form av forskningsspørsmål.

Som beskrevet over ønsker jeg å ha fokus på leders tilnærming og arbeid med uønskede hendelser. En strategi for datakonstruksjon kombinerer valg av et grunnleggende perspektiv på dataproduksjon med konkretisering av hva metoder og teknikker vi vil bruke for å velge ut, samle inn og analysere dataene (Bukve, 2016, s. 81). Jeg ønsker å gå i dybden på temaet, og har derfor valgt en casestudie metode . Casestudier er i hovedsak en kvalitativ metode, dog kan de kombineres med kvantitative metoder (Bukve, 2016, s. 147).

4.2 Komparativ casesdesign

Den franske sosiologen Le Play blir gjerne sett på som casestudiens far. Det finnes ingen allment akseptert definisjon av hva en casestudie er. Ifølge Yin (2014, s. 16) er en casestudie en empirisk undersøkelse av et fenomen ("saken") i sin naturlige sammenheng og som går i dybden. Her forstås casestudier som intensive undersøkelser av et fåtall analyseenheter (Ringdal, 2018, s. 113-114). George & Bennett (2005, s. 17) definerer casestudie slik: «We define a case as an instance of a class of events». Da ser vi det inn i en teoretisk og faglig sammenheng, forskeren legger opp til å analysere case i lys av fagets begreper og teorier (Bukve, 2016).

«Case» kommer av det latinske *casus* og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. Det dreier seg om et eller få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Idealet er ofte å gå i dybden på et case og presentere en helhetlig analyse (Andersen, 2013). Det er metodens intensitet og dybde som særpreger casestudie. Caset i denne studien består av ledere som jobber med uønskede hendelser i sykehus. Jeg velger å gjennomføre en komparativ casestudie hvor jeg vil sammenligne to typer case. Et case som består av ledere som har få rapporterte uønskede hendelser og et med mange rapporterte uønskede hendelser. Komparativ studie er et sammenliknende studie av et avgrenset tall case, der formålet er å studere variasjoner ved bruk av ikke- statistiske design og metoder (Bukve, 2016, s. 155). Dette har jeg valgt for å studere om det kan sees noen variasjon mellom de to casene, når det gjelder leders tilnærming om hvordan leder arbeider for å forebygge, Jeg ønsker å få fram en «virkelighetsnær» beskrivelse fra lederne om deres arbeid rundt temaet «uønskede hendelser». Formålet med studiens forskning er å se på leders betydning i behandlingen av uønskede hendelser ved at jeg går i dybden ved å intervjuer noen få enheter. Jeg vil bruke etablert teori som verktøy for å analysere funnene, altså teoretisk tolkende formål. I teoretiske tolkende prosjekter er formålet å bruke teorier og faglige begreper som ramme for å analysere og gi mening til det eller de fenomenene som vi studerer (Bukve, 2016, s. 88). Jeg har prøvd å tatt i bruk de teorier som

best hjelper å tolke data, og setter de i en sammenheng. Videre presenteres metodene jeg har valgt for å samle inn studiens empiri. Først beskrives utvalget for denne undersøkelsen, deretter beskriver jeg hvordan de ulike metodene er tatt i bruk og gjennomført.

4.3 Metode

I denne studien brukes flere datakilder; intervjuer, dokumentgjennomgang av uønskede hendelser og resultat fra medarbeiderundersøkelse. «Primærdata innsamles av forskeren selv eller planlegges av forskeren for prosjektets formål» (Ringdal, 2018, s. 124). «Et intervju er bokstavelig talt et *inter view* (fra fransk *entrevue*), en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge» (Kvale et al., 2015) I studien vil dette være data som er innhentet gjennom semi-strukturert intervju. I en semi-strukturert intervjuguide er de tema og spørsmål som dekkes i all hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen kan tilpasses og det gis muligheter for oppfølgingsspørsmål. I tillegg er det data fra Kvalitetsportal, som er sykehusets interne meldesystem for uønskede hendelser. Det vil også bli brukt utdrag fra medarbeiderundersøkelsen som omhandler uønskede hendelser. På denne måten er det valgt et flermetodedesign som kombinerer kvalitative og kvantitative data. Dette kalles ofte for triangulering (Bukve, 2016; Ringdal, 2018, s. 116). Jeg vil nå presentere utvalget, samt de ulike metoder jeg tar i bruk for innsamling av data.

4.3.1 Utvalg

Studien er gjennomført på et stort sykehus med over 5000 ansatte. For å ivareta anonymiteten til deltakerne oppgis det ikke på hvilke sykehus. Det er gjort et strategisk utvalg (Thagaard, 2018) ut fra en somatisk klinikk, ut fra antall meldte uønskede hendelser i enhetene i 2020. Det var ønsket å inkludere ledere ved enheter som både hadde mange og få uønskede hendelser. Ut i fra tilsendt oversikt over antall registrerte uønskede hendelser i 2020 ble det valgt 3 enheter som hadde mange meldte uønskede hendelser og 3 enheter som hadde få. Enhetene som ble definert som mange hadde alle over 80 hendelser, mens de som hadde få hadde alle under 50 hendelser. Totalt ble 6 sykepleieledere inkludert i studien.

Deltakerne kom primært fra det nederste ledernivå i sykehushierarkiet, men en av deltagerne var leder på nivået over. Det var ønskelig at deltagerne hadde vært i lederrollen noen år slik at de hadde en del erfaring med å behandle uønskede hendelser. Ledere som hadde mindre enn 2 års erfaring ble derfor ekskludert.

4.3.2 Semi-strukturert intervju

Jeg har valgt å gjennomføre individuelle intervju i og med at hensikt med studiet var å få frem forståelse og erfaring fra den enkelte leder. «En vesentlig del av intervjuprosjektet bør finne sted før båndopptakeren settes på ved det første faktiske intervju. *Tematisering* henviser til formulering av forskningsspørsmål og en teoretisk avklaring av det undersøkte temaet» (Kvale et al., 2015). Studien har tatt utgangspunkt i teori. Ut fra hovedområdene i teoridel har det til hvert område blitt satt opp et forskningsspørsmål. Dette har sammen med problemstilling vært grunnlaget for å utarbeide en tematisert intervjuguide (Vedlegg 1). Videre utarbeidet jeg spørsmål til de ulike temaene, dette for å sikre at jeg under intervjuet skulle få belyst det som var mest hensiktsmessig. «Et kvalitativt forskningsintervju bør inneholde både fakta-spørsmål og meningsspørsmål» (Kvale et al., 2015). Intervjuene startet med noen fakta-spørsmål som for eksempel hva slags utdanning og arbeidserfaring som leder. Etter de innledende spørsmål gikk jeg over til mer meningsspørsmål. Dette for å få frem den enkeltes mening om temaet uønskede hendelser. «Som regel er det vanskeligere å intervjuer ved hjelp av meningsspørsmål. Det er nødvendig å lytte til de eksplisitte beskrivelsene og de uttrykte meningene, men også det som sies «mellom linjene»» (Kvale et al., 2015, s. 47).

I et kvalitativt forskningsintervju søkes kvalitativ kunnskap uttrykt i normalt språk. Intervjuet sikter mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes virkelighet gjennom ord (Kvale et al., 2015, s. 47). Ut fra en fenomenologisk tilnærming er virkeligheten det mennesker oppfatter, det er en interesse for å beskrive verden slik den oppleves av informantene (Kvale et al., 2015, s. 45). På denne måten har jeg som mål å få god innsikt i deltagerens kunnskap og erfaring innen problemstillingen. Jeg ønsker å prøve å forstå verden ut fra deres synspunkt.

Jeg gjennomførte to testintervju i forkant av selve intervjuene. Dette for å se hvordan intervjuguiden fungerte i praksis og sjekke ut om spørsmålene var forståelige. Jeg omformulerte to av spørsmål til et mer hverdagslig språk. Spørsmålet om hvilke modeller/verktøy de brukte når de arbeidet med de uønskede hendelsene ble tatt bort. Dette fordi begge test intervjuobjekter signaliserte at dette var vanskelig å svare på og var usikre på hva jeg mente. Det ble også tydelig at noen av spørsmålene var overlappende, så et par av disse spørsmålene ble tatt bort. De fleste av endringene viste seg å være nyttige. Spørsmålet om modeller/verktøy ser jeg i ettertid at var uheldig å ta bort. Dette ville bidratt til kunnskap

om lederne brukt modeller eller verktøy i dette arbeidet. Ingen av spørsmålene gikk direkte på om lederne brukte eller kjente til modeller/verktøy i arbeidet med uønskede hendelser. Jeg kunne ha innlemma et mer generelt spørsmål om bruk av verktøy.

Det var viktig for meg å innta en åpen og lyttende holdning gjennom intervjuene. Jeg fikk tilbakemelding om at det opplevdes bra at jeg spurte om mer utdyping. Videre var det viktig for meg å gjennomføre testintervju for å jobbe med å være nøytral under intervjuet. Jeg var spesielt bevisst på å ikke bringe inn mine tanker eller erfaringer under intervjuet.

Jeg sendte forespørselen pr. mail sammen med informasjonsskriv og samtykke (Vedlegg 2). Dette etter at det var innhentet godkjenning av ledelsen ved sykehuset. Av de forespurte var det to ledere (i gruppen med få meldte uønskede hendelser) som takket nei til deltagelse, det ble da sendt ut to nye forespørsler. Når jeg fikk positivt svar sendte jeg innkalling til intervju som møteinnkalling i outlook (med link til helsenett). Jeg hadde i utgangspunktet planlagt å ha intervju ansikt-til-ansikt. Grunnet at vi er midt i en pandemi har jeg valgt digitalt intervju. Det var usikkert hvilke regler som ville gjelde til enhver tid i henhold til fysiske møtepunkt. Ved å velge denne måten vil det være lik intervjumåte for alle deltagerne. Jeg valgte helsenett som digital plattform for intervjuet, da det var en plattform som allerede var i bruk ved sykehuset. Selve opptaket ble gjort ved hjelp av app'en «Nettskjema-diktafon». Diktafon-appen sendte så lydfilene videre til Nettskjema. Ved å logge meg inn på nettskjema fikk jeg så tilgang på lydfilen. Jeg tok opptak av alle intervjuene for å sikre meg at jeg fikk med meg alt som de sa. Skille mellom ansikt-til-ansikt intervjuer og intervjuer gjennomført via internett har blir stadig mindre etter at det er utviklet gode mulighet til både lyd og bilde (Jacobsen, 2015, s. 149). Etter et år med pandemi har nok skillet blitt betydelig mindre. Alle deltagerne hadde pc med skjerm og de viste seg å være vant med å gjennomføre en god del møter på denne måten. Erfaring er at informantene ikke lot seg påvirke noe av at intervjuet ble tatt opp eller at det ble gjennomført digitalt. Samtidig med gjennomføring av intervjuene noterte jeg stikkordsmessig ned det informanten fortalte under intervjuet.

Jeg informerte om at intervjuet vil varer ca. 45 minutter, og maks 60 minutter. Jeg startet intervjuene med å informere om selve undersøkelsen, hensikten med studien og hvordan informasjonen som kommer fram i intervjuet skulle anvendes. Dette vil også være gitt ut på forhånd i informasjonsskriv. Tiden jeg brukte på intervjuene varierte fra 30 til 55 minutter. Alle intervjuene ble gjennomført i mars 2021. Under selve intervjuet var det viktig at jeg

inntok en lyttende posisjon (både mentalt og fysisk). «Intervjuerens hovedoppgave er å lytte, ikke stadig å stille spørsmål. Hvis intervjuobjektet er kommet i gang, skal det ikke avbryte, men forsøke å lytte til det som blir sagt» (Jacobsen, 2015, s. 156). Jeg fulgte aktivt opp intervjupersonens svar der jeg ønsket noe mer utdyping på det som ble sagt. Eller at jeg var usikker på hva deltageren mente. Dette for å avklare og nyansere uttalelsen i intervjuet (Kvale et al., 2015, s. 26). Under transkriberingen så jeg at ved to av svarene kunne jeg ha stilt noen oppfølgende spørsmål. Dette så jeg dessverre ikke under selve intervjuet.

For å ivareta anonymitet ga jeg lederne benevnelse fra L1 til L6. Utvelgelsen av ledere med få og mange uønskede hendelser ble gjort i forhold til totalt antall uønskede hendelser i 2020. L1 til L3 ble kategorisert som mange, mens L4 til L6 ble kategorisert som få. Ved utregning av antall meldinger pr. ansatt, som ble gjort etter at intervjuene var gjennomført, ble bilde noe annerledes. Jeg har kategorisert enheter med mindre enn 1 melding pr/ansatt som få og de over som mange. For gruppen få var antallet meldinger pr. ansatt fra 0,44-0,9. For gruppen mange var antallet meldinger pr. ansatt fra 1,22 til 1,82. Ved denne inndelingen gikk L1 over fra å bli kategorisert som mange til få. Jeg har derfor videre i presentasjon av funn og drøfting kun kategorisert L2 og L3 i gruppen mange uønskede hendelser. Dette fordi jeg oppfatter at antall meldinger pr ansatt blir en riktigere kategorisering av om enheten har få eller mange meldinger.

Jeg har valgt å transkribere alle intervjuene selv, det vil si å overføre lydfilene fra tale til skrift. «En transkripsjon er en korrekt omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst» (Kvale et al., 2015, s. 210). Det var en tidkrevende jobb, og førte til et omfattende skriftlig materiale. Ved selv å transkribere intervjuene kom jeg fort inn i studiens empiri og kunne starte «tankeprosessen» på analysearbeidet. Det er som Malterud (2011, s. 78) sier «Transkripsjon er ikke en passiv og teknisk handling, men inngår i den analytiske prosessen». Jeg har tilstrebet å gjøre transkriberingen så tett opp til intervjuet som mulig. Dette for å ha intervjusituasjon friskt i minne. Under transkriberingen prøvde jeg å gjengi ordrett det informanten sa. Jeg gjenga på bokmål og ikke dialekt, dette for å sikre anonymitet. Jeg la også inn merknad om det var noe lengre pause, latter e.l.

På slutten av intervjuet forespurte jeg informanten om jeg kunne få tilgang til kvalitetsportalen for deres enhet. Samt om de kunne gi meg tilgang til et par av spørsmålene fra medarbeiderundersøkelsen som omhandler uønskede hendelser. Jeg ba om en

tilbakemelding på mailen, som så ble brukt som dokumentasjon når jeg søkte om tilgang til den enkelte enhet. Det neste datasettet i denne studie er innrapporterte uønskede hendelser.

4.3.3 Dokumentgjennomgang av uønskede hendelser

Jeg valgte å gjennomgå uønskede hendelser over en tidsperiode på ½ år, nærmere bestemt fra september 2020 til februar 2021. Selve gjennomgangen av alle de uønskede hendelser ble utført i april/mai 2021. Når uønskede hendelser meldes inn velger den ansatte mellom 3 ulike kategorier; pasienthendelser, HMS hendelser og andre hendelser. I denne undersøkelse er alle pasienthendelser lest igjennom. Pasienthendelser er uønsket hendelse med konsekvenser eller som kunne fått konsekvens for pasienten. Jeg har lest alle de meldte uønskede hendelsene som er meldt inn i den valgte tidsperioden.

Malterud (2011, s. 68) påpeker at det er viktig at forskere kjenner konteksten for det skriftlige materialet godt nok for å vurdere hva det betyr, hva det kan si noe om, og hvorvidt det er brukbart for formålet. Dette har ikke vært en utfordring i forskning da jeg har vært leder i sykehuset over mange år. Jeg har kategorisert alle tiltakene i forhold til om de har et system- eller personfokus. Videre har tiltakene blitt kategorisert Kategoriseringene blir så et utgangspunkt for å drøfte hvordan lederne arbeider med de uønskede hendelsene. Det vil bidra til å se hva leder vektlegger. Jeg har også sett på behandlingstid fra den uønskede hendelsen er meldt til de er ferdigbehandlet av leder. Dette blir drøfte opp mot hvor viktig lederne beskriver dette arbeidet. Det siste datasettet i studie er resultatet fra medarbeiderundersøkelsen.

4.3.4 Medarbeiderundersøkelse

Fra medarbeiderundersøkelsen har jeg innhentet svarresultat fra to av spørsmålene som er rettet inn mot «uønskede hendelser». Det gjelder spørsmålene «Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag» og «Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem». Jeg ønsker å se på disse resultatene opp mot leders uttalelser i intervjuet og funn fra dokumentgjennomgangen. Dette for å se om funnene fra de ulike metodene samsvarer eller om det kommer frem ulikheter. Jeg har nå beskrevet de tre ulike metodene jeg har tatt i bruk i studie og vil nå gå over til å si noe om analysen av data.

4.4 Dataanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse, som her er anvendt, kan defineres som en metode for subjektiv tolkning av tekstdata ved bruk av systematisk klassifisering og koding for å identifisere tema og mønster (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1278). I denne undersøkelse har jeg kategorisert data ut ifra teorien jeg har valgt for denne oppgaven. Jeg har satt data inn i et samlet dokument, kategorisert i ulike tema med utgangspunkt i teori. Eksempler på kategorier er systemfokus, gjennomføring og kollektiv dialog. Jeg har i case studien valgt å ta i bruk både kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative tilnærmingen er en åpen metode der jeg har forsøker å legge så få føringer som mulig på den informasjonen som skal samles inn. Det er deltager som definere hva slags informasjon som er relevant. Jeg har videre konstruert bilder av dataenes meningsinnhold, som gir grunnlag for å sammenfatte mønstre i dataene (Thagaard, 2018). Data fra kvalitetsportalen inneholder både kvantitative og kvalitative data, mens tall fra medarbeiderundersøkelsen er kvantitative data. Etter at jeg nå har beskrevet design og metode for masteroppgaven vil jeg nå gå over på kvalitetsvurdering av oppgave.

4.5 Kvalitetsvurderinger av oppgaven

4.5.1 Førforståelse

Observasjonene vi gjør er avhengig av den førforståelse vi har (Bukve, 2016, s. 29-30). Førforståing er et produkt av personlig erfaring og det samfunnet vi lever i. Observasjonene vi gjør vil dermed ikke være nøytrale, men «ladet» med teorier og førforståing. Vi kan si at vi prøver å oppnå samsvar mellom det vi observerer og opplever og de forestillinger og kognitive rammen som vi arbeider med og ut fra (ibid). Jeg har valgt å studere sykepleieledere innen en kontekst som jeg kjenner godt og har god førforståelse av, siden jeg er ansatt i samme type stilling.

Det er vanskelig å unngå å la seg påvirke av sine forutfattede meninger og fordommer, bevist eller ubevist, når man skal tolke data. Men det påpekes at jo flere overraskelser det empiriske materialet frembringer, desto bedre kan en lykkes med å ta imot ny kunnskap fra studier som har en åpen og systematisk tilnærming (Malterud, 2011; Nyeng & Wennes, 2006). At lederne så unisont uttrykte arbeidet med uønskede hendelser som viktig overrasket meg. Jeg fant heller ikke hendelser som var blitt lukket uten tiltak. Videre har jeg blitt overrasket over at de ansatte i stor grad blir informert om de uønskede hendelsene og tiltakene som iverksettes.

Jacobsen (2015, s. 56) påpeker at førstehåndskjennskap har flere positive sider. Det er lettere å få tilgang til informasjon. I tillegg vil en «innsider» ofte møte større åpenhet og tillit enn en utenforstående. En vet hvilke uformelle strukturer som finnes, og hva slags språk som benyttes i organisasjonen. En kjenner organisasjonens historie og dermed kan hendelser og fortellinger plasseres i en historisk sammenheng (ibid). Jeg opplevde tydelig under intervju at uten å kjenne til systemet i forhold til behandling av uønskede hendelser og ordforråd til helsepersonell, hadde det vært vanskeligere å forstå svar fra informantene. Uten førstehåndskjennskapen hadde jeg trolig hatt behov for å få ytterligere forklaringer flere ganger i intervjuet. Men det at jeg kjenner organisasjonen godt kan føre til jeg utvikle «blinde flekker». Dette kan være vanskelig å holde den nødvendige kritiske avstanden. Ofte vil man selv ha erfaringer på området, og kanskje også sterke meninger rundt temaet (Jacobsen, 2015, s. 57). Under intervjuene var jeg bevisst på å innta en nøytral holdning og ikke uttrykke noen av mine meninger. Personlige engasjementet kan også være en fordel da det kan føre til at man blir mer utholdende som forsker (Nyeng & Wennes, 2006, s. 249-252). Det kan komme godt med når det rutinemessige hverdagsarbeidet med datainnsamling og analyse skal gjøres. Videre vil jeg som kjent i større grad kunne improvisere en ny og utdypende runde om temaet i samtalen (ibid). Dette har jeg selv erfart i prosessen frem til ferdigstilling av denne masteroppgaven.

Dette som er beskrevet over er ikke enkelt, men samtidig svært viktig å arbeide med. Dette vil være punkter jeg ser som viktig å ha som bakteppe når jeg går videre med datainnsamlingen og analyse. Personlig engasjement kan gjøre at vurderinger blir preget noe av dette og ikke bare blir gjort på grunnlag av datamaterialet. Eventuelle problemer jeg vil møte på som «innsider» vil jeg selvsagt påpeke i masteroppgaven. Min samlede vurdering av det å forske om et tema jeg selv er involvert i, har gitt meg flere fordeler enn ulemper.

4.5.2 Relabilitet og validitet

Trianguleringen jeg har tatt i bruk mener jeg styrker oppgavens validitet og relabilitet. «Å se en sak fra flere sider kan bidra til nyanser og korrektiv som tilfører kunnskapen flere dimensjoner» (Malterud, 2011, s. 190).

«Reliabilitet har med forskningsresultatets konsistens og troverdighet å gjøre» (Kvale et al., 2015, s. 276). Jeg har igjennom hele oppgaven beskrevet grundig alle prosesser frem til empirien jeg har samlet inn. Jeg har også brukt samme metode og spørsmål til alle deltagerne.

Videre har jeg beskrevet hvordan jeg har jobbet med analyseringen av empirien. Dette mener jeg øker pålitelighetene til funn og drøftinger. Som beskrevet under presentasjon av metode, kap 4.3, jobbet jeg med å innta en nøytral rolle under intervjuene. Jeg var bevisst på å ikke uttrykke mine holdninger, både verbalt og ikke-verbalt. Dette for at intervjuobjekter ikke skulle bli farget av mine holdninger. Når det gjelder funn har jeg under hele drøftingen bevisst brukte de teoretiske rammeverkene jeg presenterte i teori kapittelet. Samtidig vurderer jeg det som en styrke at jeg har dyp kjennskap til feltet. Alt dette er gjort for at studiens funn skal kunne anses å være pålitelige.

«Validitet i samfunnsvitenskapen dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke» (Kvale et al., 2015, s. 276). Ringdal påpeker videre at validitet krever en teoretisk vurdering (Ringdal, 2018, s. 103). Valget av teori er vurdert opp mot forskningsspørsmål og problemstilling. Jeg har bevisst sett etter sammenhenger i funnene og brukt teorien aktivt for å styrke den interne validiteten. Intern validitet handler om i hvilke grad en trekker riktige slutninger om årsakssammenhenger i datamaterialet (Campbell & Stanley, 1963; Yin, 1984) (Bukve, 2016, s. 99-100). Denne studiens funn har jeg sammenlignet med andre studier for å styrke den eksterne validitet. Ekstern validitet handler om i hvilken grad slutningene i undersøkelsen kan generaliseres til andre situasjoner. Studiens funn vil ha gyldighet i konteksten den er samlet inn i. Hvis studiens funn samsvarer med andre studier vil dette styrke den eksterne validiteten. Funnene kan trolig også ha overføringsverdi til andre sykehus selv om ikke selve funnene kan generaliseres. Dette leder videre til neste kapittel som omhandler hvorvidt studiens funn kan generaliseres.

4.5.3 Generaliserbarhet

Idealet til case studie er å gå i dybden på et case og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein (Andersen, 2013). Det er ofte ønske om å si noe bredere enn bare det case som er studert. George og Bennett (2005, s. 67) stiller to grunnleggende krav til en case studie som skal utvikle kunnskap, den må være strukturert og fokusert. Jeg har utviklet forskningsspørsmålene for å få dypere kunnskap om temaet ut fra relevant teoretisk fokus. Forskningsspørsmålene har sammen med problemstilling vært grunnlag for intervju spørsmålene. Jeg har under hele prosessen vært bevisst på hva jeg skal undersøke og ha fokus på under prosessen. Dette viser at jeg har hatt tydelig struktur og fokus på hva jeg spør etter i studie.

Systematisering og tolkning av data er utgangspunktet for generalisering. Generaliseringer bør være forenlig med annen eksisterende kunnskap på området (Andersen, 2013). Jeg har gjennom hele studie vist til tidligere empiri på området. I tillegg har jeg koblet studiens funn opp mot teori og kontekst. Studienes funn kan være analytisk generaliserbare ved at funnene kan brukes som en rettleiding for hva som kan være tilfelle ved andre sykehus (Kvale et al., 2015, s. 291). Det er derfor et håp om at studiens funn kan ha overførbarhet til andre i lignende situasjoner. Jeg har drøftet studiens funn opp mot forventninger ut fra ulike teorier, teori og empiri har hele tiden vært tett sammenkoplet (Andersen, 2013; Bukve, 2016). Det vil således være med å bidra til teori bygging.

4.5.4 Etske betraktninger

«Utgangspunktet for forskningsetikken i Norge i dag er tre grunnleggende krav knyttet til forhold mellom forsker og dem det forskes på: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt» (Jacobsen, 2015, s. 47). Jeg søkte Norsk Senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning av undersøkelse (ref. nr. 572048). Etter å ha mottatt deres godkjenning (Vedlegg 3) ble søknadsskjema om datainnsamling sendt til aktuelt sykehus. Når det gjelder **informert samtykke** handler det om at den som deltar i undersøkelsen gjør det frivillig. Ved forespørsel om å delta ble det sendt ut et informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Der ble det opplyst om formålet med undersøkelsen og hva det vil innebære å delta. Det fremgår også tydelig at det er frivillig å delta og at de når som helst kan trekke sitt samtykke uten å oppgi grunn. Dette ble også sagt muntlig før oppstart av hvert intervju. **Krav til privatliv** i denne undersøkelsen omhandler i hovedsak at det ikke skal være mulig å identifisere enkeltpersoner. Det er sikret ved at informantene har blitt beskrevet som L1, L2 osv. når intervjuene har blitt transkribert. de lagrede opptak og transkripsjonene er lagret trygt på pc'en som kun jeg har adgangskontroll til. Alt er transkribert over til bokmål, slik at dialekter ikke kan spores i det skriftlige materialet. Dette var spesielt viktig å ta hensyn til da det var et lite antall deltagere i dette studie. Nettskjema er en sikker løsning som leveres av Universitetet i Oslo. Av sikkerhetsgrunner er det ikke mulig å spille av opptakene direkte fra telefonen. Krav til å bli korrekt angitt var mål under hele transkriberingen. Sitatene ble skrevet ned ordrett det som ble sagt ved å spole og lytte til lydfilen flere ganger. Vider er det konsekvent brukt «hun» i alle sitater for å sikre anonymiteten.

5. FUNN OG DRØFTING

I dette kapitlet vil de empiriske funn bli drøftet i lys av teori, kontekst og tidligere empiri. Først startes det med å klargjøre hvilke betraktninger lederne hadde om begrepet *uønskede hendelser*, hvordan de definerte det. Videre struktureres studiens funn og drøftinger opp mot de tre forskningsspørsmålene som er avledet ut fra teorien. Først presenteres endringsprosessen som finner sted i organisasjonen ut fra de ulike fasene i organisasjonsutvikling. Deretter hvilken tilnærming lederne har til de uønskede hendelser, ut fra person- og systemtilnærming. Og til slutt i hvilken grad funnene viser organisatorisk læring i arbeidet som gjøres etter at en uønsket hendelse er meldt inn.

5.1 Uønskede hendelser i sykehus

I dette delkapitlet presenteres studiens funn om ledernes betraktninger om begrepet *uønskede hendelser*. Uønskede hendelser i helsevesenet er relatert til alle prosesser i klinisk virksomhet som har eller kunne ha fått et uheldig forløp, eller gir et uønsket resultat (Hjort, 2007; WHO, 2005; Øgar & Hovland, 2004). Det første spørsmålet som skal belyses blir da:

Hvordan definerer lederne uønskede hendelser?

5.1.1 Lederes betraktninger om begrepet uønskede hendelser

I intervjuene ble lederne spurt om deres umiddelbare tanker når de hørte ordene uønskede hendelser. Da kom beskrivelser som «*en hendelse som ikke er ønsket*», «*noe som ikke burde ha skjedd*» eller «*noe som ikke har gått slik vi ønsket den skulle gå*». Det viste seg at lederne hadde ganske like tanker rundt hva uønskede hendelser var. De kom med eksempler som «*fall ut av seng*», «*feil medisindose*» og «*ikke observert i tråd med retningslinje*». Flere av lederne påpekte under intervjuet at det var et vidt spenn på meldingene, og at de opplevde noen av dem som småting. Samtidig påpekte de at det var viktig å ta alle meldte avvik på alvor. En av lederne sa det seg slik: «*Hvis du skal ha folk til å melde så må du også ta de meldingene som du kanskje syns er litt dillete og litt unødvendige - på alvor*» (L1). En annen leder uttalte noen av det samme. «*For noen ganger er det småting. Men det er fritt frem å melde avvik. Det er jo viktig at jeg tar imot de avvikene som kommer og tar de på alvor*» (L4).

To av intervjuobjekter påpekte at noen av de uønskede hendelsene handlet om kommunikasjon og samarbeid. Og en av lederne påpekte at noen av hendelsen sannsynligvis kunne blitt løst der og da:

Jeg tenker jo at noen av disse kommunikasjonsdelene som går mer på person det kunne jeg nok tenkt meg å ikke nødvendigvis få inn i avvikssystemet. Det handler om en del av kommunikasjon som man bare kunne løst der og da uten å sende en avviksmelding på det. Men jeg tenker jo at hvis jeg vil ha avviksmeldinger så må jeg også ha noen av dem. For det må ikke bli slik at de ikke melder for at de er usikre på om de skal melde dette (L1).

En av lederne har i sin enhet retningslinjer for situasjoner som alltid skal meldes som en uheldig hendelse. Hun sier følgende om meldinger etter retningslinjer: «Av og til kan det oppleves mer som en komplikasjonsregistering. Alt har være gjort etter boka. Men vi melder det. Vi har noen standardrutiner for hva vi melder» (L3). Samme leder uttrykte at de hadde jobbet litt med hva som skulle meldes og ikke meldes. «Det kan jo være at noe skal inaktiveres» (L3). Når leder inaktiverer hendelsen, avvises hendelsen før behandlingen er startet. Gjennomgang av Kvalitetsportalen viser at ledere som uttrykte at de hadde jobbet med hva som skulle meldes, hadde avvist fire innmeldte uønskede hendelser. Ytterligere to ledere hadde henholdsvis én melding hver som var avvist, mens de resterende tre lederne ikke hadde noen hendelser som var avvist. Fire av de totalt seks hendelsene som var avvist ble avvist med begrunnelse at hendelsen allerede var meldt, eller at det ikke skulle meldes etter retningslinjene. Tallene fra kvalitetsportalen viser at det er 5 % av de innmeldte uønskede hendelser som blir avvist, 6 av totalt 116. Hvis en tar bort antall saker som var inaktivert fordi saken allerede var meldt eller ikke skulle vært meldt etter retningslinje, er det under 2 % av hendelsene. Funnene viser at det er en svært liten andel av de innmeldte uønskede hendelsene som blir inaktivert. Dette samsvarer godt med ledernes uttalelser om at de opplever at noen meldinger er småting og til dels unødvendig. Dette kan tolkes som om det er en lav terskel for å melde. Lederne påpekte videre at det er de ansatte som skal få definere hva som skal meldes. Det samsvarer med det som påpekes i veilederen ledelse og kvalitetsforbedring (2017); «terskelen bør være lav for hva som skal meldes inn i det lokale melde og avvikssystemet».

I sykehusets retningslinje defineres uønsket hendelse slik: «Et ikke tilsiktet forhold som kan være grunnlag for forbedring av virksomheten». Alle hendelser som kan gi grunnlag for forbedring kan etter denne retningslinjen meldes. Det kan være hendelser som fikk uheldig

forløp eller resultat, uønskede hendelser. Men det kan også være hendelser som kunne ha fått uheldig forløp eller resultat, nesten-hendelser. Nesten-hendelse er en uønsket hendelse uten særlig konsekvenser (Aase & Wiig, 2018, s. 103). Funn fra dokumentgjennomgangen viser at det i all hovedsak er hendelser som har ført til en uønsket hendelse som meldes. Videre viser funn fra dokumentgjennomgangen at det i liten grad meldes nesten-hendelser. Utenom de meldinger som var meldt etter retningslinje, viser funn fra dokumentgjennomgangen at det kun var én melding som var meldt fordi det kunne ha fått et uheldig forløp, det vil si én neste-hendelse. Funn tyder på det ikke er vanlig å melde nesten-hendelse. Ingen av lederne nevnte noe om nesten-hendelser i løpet av intervjuet. Dette tyder på at det er lite fokus blant lederne på at nesten-hendelser også kan meldes inn. Det er også mulig at ansatte ikke har kunnskap om at det er mulig, eller at de tenker «*det ble jo oppdaget*» så det skjedde jo ikke en uønsket hendelse. Her har trolig leder en avgjørende rolle i å formidle ut til sin personalgruppe om hvilke hendelser som kan meldes inn. Aase & Wiig (2018, s. 103) sier at læring av nesten-hendelser betyr at ufarlige hendelser kan brukes som læringsmateriale for å unngå de hendelsene som er alvorlige og innebærer pasientskader. Dermed er det viktig for leder å oppmuntre de ansatte til også å melde inn nesten-hendelse. I henhold til teori kunne forbedringstiltak blitt satt inn for å forhindre fremtidige uønskede hendelser ved at flere nesten-hendelser hadde blitt meldt (Lipczak & Schjøler, 2003; Aase & Wiig, 2018). Studiens funn viser at det ligger en ubrukt ressurs som med fordel kunne vært tatt i bruk. Dette fordi det finnes mye informasjon i nesten-hendelsene som kan anvendes i forbedringsarbeid. Ved at nesten-hendelser blir meldt kan leder sette i verk tiltak som kan forhindre en uønsket hendelse på dette området.

5.1.2 Bruk av ordene «uønskede hendelser» og «feil»

Jeg var bevisst i intervjusituasjonene ved konsekvent å bruke uønskede hendelser og ikke feil. Intervjuobjektene brukte alle ordet feil flere ganger under intervjuet, men også uønskede hendelser. To av lederne brukte ordet feil i all hovedsak under hele intervjuet. Lederen som brukte ordet feil flest ganger uttrykte et tydelig systemfokus i intervjuet. Det samme bilde kom frem i dokumentgjennomgangen om hvordan den enkelte leder behandler hendelsene. Empirien viser at samtlige ledere brukte ordene *uønskede hendelser* og *feil* i løpet av intervjuet. Hjort (2004, 2007) mener at uønskede hendelse er mer nøytralt enn feil. Ved ordet *feil* peker en ofte ut en skyldig for at den uønskede hendelsen skjedde. Mens ordet *uønsket hendelse* ser mer på systemet og kan hjelpe til å unngå den primitive syndebukk-tenkningen (ibid). Ingen av funnene tyder på at lederne legger ulik betydning i ordene. Videre er det

heller ikke noe som tyder på at funnet gjenspeiler noe sammenheng mellom hvilke ord som brukes og leders syn på de uønskede hendelsene. I så fall skulle lederne som fremhevet personfokus bruke ordet feil i større grad, noe funn fra studien ikke viser. Det ser heller ut til at de bruker ordene om hverandre. Studiens funn viser trolig bare at lederne ikke har et bevisst forhold til om de bruker ordene *uønsket hendelse* eller *feil*. Engelsk språkbruk bruker «adverse event», mens amerikansk språk bruker «human error» (Hjort, 2007). Studiens empiri tyder på at vi i norsk språkbruk bruker både den engelske og amerikanske språkbruken.

OPPSUMMERING

Hvordan definerer lederne uønskede hendelser?

Studiens funn viser at leders forståelse av uønskede hendelser er ganske sammenfallende og beskrives som noe som ikke skulle ha hendt eller noe som ikke er ønsket. Funn viser også at det er få meldinger som blir avvist, selv om noen av hendelsene beskrives som småting. Dette viser at det er stor takhøyde og at det er de ansatte som i all hovedsak «bestemmer» hvilke uønskede hendelser som blir behandle i hver enkelt enhet. Videre tyder funnene på at lederne ikke har et bevisst forhold til å få meldt inn også nesten-uhell som uønsket hendelser. Funn fra studien viser at lederne ikke har et bevisst forhold til når de bruker ordene *uønsket hendelse* og *feil*.

5.2 Organisasjonsutvikling

I dette delkapitlet presenterer studiens empiri innenfor organisasjonsutvikling.

Forskningsspørsmålet som skal belyses er:

Hvilket fokus har lederne på endring i tilknytning til uønskede hendelser?

De empiriske funn vil bli presentert ved hjelpe av Lewins tretrinnsmodell for organisasjonsendring: opptining, forandring og gjenfrysing (Busch et al., 2003; Jacobsen, 2018; Jacobsen & Thorsvik, 2019; Yukl, 2006). Denne modellen samsvarer oppdelingen som er presentert i forskrift ledelse og kvalitetsforbedring (2016) som beskriver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Denne teorien legger vekt på demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeiderne. Under hver kategori presenteres funn fra intervjuene og dokumentgjennomgang, og empirien drøftes i lys av teori, kontekst og tidligere empiri. Det å lede endring sies å være en av de viktigste og vanskeligste lederoppgavene (Yukl, 2006, s. 284). Endring kan være en nødvendig forutsetning for å redusere antall uønskede hendelser. Nedenfor presenteres funn fra planleggingsarbeidet.

5.2.1 Planleggingsarbeidet i opptiningsfasen

Når en uønsket hendelse er meldt inn må leder godkjenne denne, starte behandlingen, vurdere og bestemme om og hvilke tiltak som skal settes inn. Dette gjenspeiler det som skjer i *opptiningsfasen* til Lewin, som har en klar parallell til *plan* i PDCA sirkel (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016; Veileder ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, 2017; Yukl, 2006).

Alle lederne uttrykte tydelig i intervjuene at de var opptatt av dialog med personen som meldte hendelsen, samt andre kollegaer. En av lederne sa: *«Jeg prøver å få tak i de som har meldt det. At vi kan ta det opp med en gang, når det er ferskt. Det jo noe med å innhente den informasjonen– hva var det som egentlig skjedde?»* (L2). Funn fra intervjuene tyder på at de fleste lederne tilstreber dialog med melder før tiltak settes i verk. Videre ble det poengtert at de hadde dialog med kollega, fagsykepleiere og overordnede ledere for å finne løsninger. *«Det er jo å prøve å finne en løsning sammen med den som har skrevet meldingen eller med andre, med min overordnet leder»* (L5). En annen leder sa det slik: *«Jeg prøver alltid å dra inn litt informasjon fra andre før jeg konkludere»* (L2). En av lederne hadde ukentlige lunsjmøter der hun kunne drøfte hendelser med de som var på jobb den aktuelle dagen. En av intervjuobjektene var leder for mindre enn ti ansatte og hun uttalte *«jeg involverer nok stort sett personalet før tiltak»* (L6). I tillegg påpekte lederen at når hun arbeidet klinisk sammen med sine ansatte brukte hun småpratene til å involvere personalet. En av lederne som hadde mange ansatte sa følgende: *«Rammvilkåra for min lederjobb er jo ikke bra i utgangspunktet da, for å si det sånn. Det er klart, det gjenspeiler seg også av min oppfølging av avviksmeldinger»* (L1). Flere av lederne påpekte døgndrift, mange ansatte og lave stillingsprosenter som grunner til at det kunne ta noe tid før de møtte de ansatte. De uttrykte tydelig at de ikke hadde mulighet til å få involvert personalgruppen fullt ut. Lederne som hadde flest ansatte uttrykte tydelig i intervjuet at de opplevde å ha dårlige rammebetingelser. Funnet viser at ledere ved små enheter enklere får til å involvere personalgruppen, mens ledere ved store enheter ikke får det til i samme utstrekning. Svarene lederne gav under intervjuene viser tydelig at de var opptatt av å skaffe seg så god og tilstrekkelig informasjon og oversikt som mulig. Funn fra studien viser at lederne er opptatt av å engasjere de ansatte ved å ha god dialog med flest mulig av de ansatte før tiltak ble satt i verk. Dette kan tolkes som om de ønsker å oppnå en felles opplevelse av situasjonen. Videre at de er opptatt av dialog om hva som er en god løsning og hva som kan være gode tiltak. Dette kan sees i lys av

planfasen hvor en oppgave eller prosess som skal forbedres blir identifisert, og det utarbeides en plan/rutine som en tror vil hjelpe til å nå målet (Arntzen, 2014, s. 86).

Funn fra studien viser tydelig at lederne jobbet for å få personalgruppen til å forstå behovet for endring. De beskrev at de ansatte måtte oppleve at det var **viktig**, at de så behov for endring fra slik det er i dag. Videre at de måtte oppleve det **godt**, at det var en endring til forbedring. Dette kan sees i lys av at lederne jobber for å oppnå endringen ved at den skal oppleves som **viktig, riktig og godt** (Jacobsen, 2018). Det samsvarer med at i planleggingsarbeidet er det viktig at lederne **motiverer** de ansatte for endring ved at de innser at det er **behov for endring** (Yukl, 2006). Lederne uttrykte at dialog med de ansatte, der de formidlet dagens situasjon, i mange tilfeller var tilstrekkelig til at de ansatte så behov for endring. Studiens funn viser at lederne opplevde å ha ansatte som oftest så behovet for endring, de opplevde at det var godt og riktig, og at konsekvensene var gode. I henhold til teorien kan dette tolkes som om lederne ofte opplevde **affektiv oppslutning** (Jacobsen, 2018). Ved at de ansatte blir informert og forklart hva som har skjedd, vil de kunne være med på å se et behov for endring. Tolkning av empirien er at lederne opplevde at de ansatte er motivert for endringer, de ser at den er god og nødvendig. Studiens empiri som viser en sterk oppslutning mot endring kan sees i lys av systemtilnærmingen (Hjort, 2007; Reason, 1997). De ansatte erfarer ved denne tilnærmingen at fremtidige uønskede hendelser kan unngås ved at de latente sviktene identifiseres, tiltak gjøres og hullene tettes. Hadde det vært mer individfokus på menneskelige feil hadde det trolig ikke oppnå en så stor oppslutning. System- og persontilnærmingen vil bli inngående drøftet i neste delkapittel.

Funn fra intervjuene viser at lederne var opptatt av å redusere redsel hos de som hadde forårsaket hendelsen ved å anvende gode dialoger, hvor hovedfokuset var på systemet. Bearbeiding av følelser er mer detaljert beskrevet under organisasjonslæring i delkapittel 5.4.

Funn viser at noen av lederne med mange ansatte brukte «kommentarfeltet» aktivt og ba om kommentar fra melder eller andre aktuelle. Dette for å innhente tilstrekkelig informasjon. Lederen beskrev at det kunne ta lang tid før hun møtte den ansatte, på grunn av reduserte stillinger og turnusjobbing. Hun brukte derfor denne ordningen for å spare tid. Samtidig så hun en utfordring med å gjøre det på denne måten: *«Jeg prøver å være litt nøye med hva og hvordan jeg formulerer meg når jeg sender denne meldingen. Man oppnår høyere grad av læring når folk er trygge. Så det er viktig for meg at vi snakke sammen. Og at ja, at de forstår*

at jeg ikke er ute etter å ta noen» (L3) Hun beskrev det videre slik: «Det blir jo at du sender en kommentar, og så får du det på e-post og så skriver jeg jo gjerne på en måte mine tanker rundt og så ber jeg de reflektere litt. Ja og så skriver jeg jo gjerne ta kontakt neste gang du er på jobb. Da kommer de ofte inn hvis de vil prate mer om det» (L3). Studiens funn viser at det kun er noen av lederne som har tatt i bruk «kommentarfeltet». For de som hadde tatt dette i bruk så det ut til å fungere i noen av tilfellene, men dessverre var det i mange av tilfellene ingen tilbakemeldinger. Det ble påpekt at de ansatte ikke leste e-post regelmessig. Andre mulige årsaker kan være lite kjennskap til hvordan systemet fungerer, eller at de ikke ser viktigheten av å respondere. I lys av oppføringsfasen (Yukl, 2006) kan dette tolkes som om de ansatte ikke fullt ut bruker sine muligheter til å til å påvirke planleggingen av gode tiltak etter en uønsket hendelse.

I en review fra flere meldesystemer vises det til at dialog med frontlinje personell er effektivt, for å sikre effektive løsninger og at tiltak blir akseptert (Benn et al., 2009). Det kom klart fram i empirien at alle lederne var opptatt av å innhente informasjon fra melder eller andre involverte der de hadde behov for det. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) § 6b er det krav til å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap for å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene. Funn fra studien tyder på at lederne langt på vei oppfyller dette kravet.

Meldesystemet har mange rubrikker og i en del tilfeller kan det se ut som om leder kun brukte de obligatoriske feltene, kommentarfeltet er ikke et slikt felt. En mulig årsak kan være at lederne ikke er oppmerksomme på muligheten, eller opplever at de obligatoriske feltene er tilstrekkelig eller det som er overkommelig. To av lederne uttrykte tydelig at de opplevde systemet som tungvint å bruke og at det burde vært mer brukervennlig. I veilederen ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2017, s. 17) er det beskrevet at meldesystemet bør gi gode muligheter for rask analyse og god respons. Dette ser ikke ut til å være oppfylt ut fra studiens empiri.

TILBAKEMELDING

I styringsdokumenter til sykehuset står det: «Leder skal vurderer kvalitetsforbedrende tiltak på problemområder som avdekkes på grunnlag av meldte hendelser, og gi tilbakemelding til de ansatte om hvilke tiltak som iverksettes». Funnene i dokumentgjennomgangen viser at feltet «tilbakemelding til melder» i de fleste tilfeller er tomt ved lukking. Empiri fra intervjuene

viser at leder i mange tilfeller hadde dialog med melder og dermed også drøftet mulige tiltak med dem. Dette kan tyde på at mange av melderne får en muntlig tilbakemelding fra leder. Samtidig viser funn fra dokumentgjennomgangen at lederne trolig ikke har vært bevisst på å aktivt bruke feltet «tilbakemelding til melder». Når dette feltet ikke brukes vil ikke den som har meldt hendelsen få en direkte og konkret tilbakemelding på hendelsen. Det vil trolig føre til at melder vil være usikker på om det kommer noe forbedring ut av meldingen som er rapportert inn. Alsvik (2010) sier i sin masteroppgave at tilbakemelding til melder trolig vil føre til at de opplever anerkjennelse og kan se meningen i å rapportere inn uønskede hendelser. Fitzgerald viser at 90 % av sykepleierne som rapporterer uønskede hendelser opplevde mangel på respons på meldte hendelser (Fitzgerald & etal., 2011). Funn fra intervjuene om at lederne uttrykte at de var bevisst på å gi tilbakemelding og ha dialog kan tyde på at det er blitt noe bedring på dette området,

TIDSBRUK

Alle intervjuobjekter uttalte at **tidsbruken** på de ulike hendelsene varierte mye ut fra omfang og om de involverte andre enheter. Gjennomsnittlig tidsbruk pr. måned lå et sted mellom to til åtte timer blant intervjuobjektene. Funnene viser at det i tidsbruk ikke er stort omfang, fra én dag eller mindre pr. mnd. Samtidig påpekte lederne at arbeidet med de uønskede hendelser var et svært viktig arbeid.

Svarene fra deltakerne viser at noen av dem prøvde å gjøre dette regelmessig, men at det ofte ble mer ad hoc. Slik ble det uttalt: «*Det er jo veldig opp og ned. Jeg prøver å jobbe litt regelmessig med de*» (L3). Flere av deltakere påpekte at drift tok mye av deres arbeidsdag. De nevnte da arbeid med å sørge for riktig bemanning og kompetanse, sykefraværsoppfølging og å være tilgjengelig for de ansatte. En av dem beskrev det slik: «*Når driften fanger meg da er det nok det som kommer sist, å sette seg ned å behandle avvikene*» (L2). En annen ordla seg slik: «*Jeg har jo mange tanker om alt vi skal. Men så blir det jo at mye tid går med til ren drift*» (L4). Funnene i undersøkelsen viser at ledere i sin hverdag ofte prioriterer andre oppgaver foran behandling av uønskede hendelsene. Videre var en av lederne tydelig på at hennes arbeidshverdag var presset og sa det slik: «*Jeg bruker jo noe tid på det men jeg føler at jeg har et system som også gjør at jeg klarer å rasjonalisere med tiden*» (L1). Funnene fra intervjuene viser at de fleste ledere opplever stort arbeidspress og at de må prioritere hvor mye tid de kan bruke på arbeidet med uønskede hendelser. Det var kun leder med under 10 ansatte som ikke på samme må uttrykte rammevilkårene som en begrensning. Alle de andre

lederne som hadde mellom 45-100 ansatte i sin enhet uttrykte rammevilkårene som en begrensning for hvor mye tid de kunne bruke på dette arbeidet.

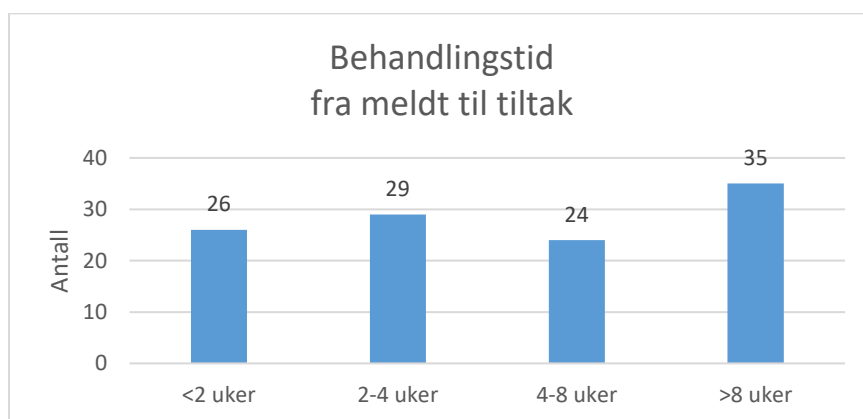
Ut fra tidsbruken og hvor *ad hoc* det arbeides med uønskede hendelser kan en stille seg spørsmål om lederne virkelig verdsetter dette arbeidet så høyt som de gir uttrykk for under intervjuene. En av lederne uttrykte at hun var bevisst på å rasjonalisere med tiden. Det er forståelig i en arbeidshverdag der leder opplever å ha flere arbeidsoppgaver enn det en rekker over. NPM som har fått innpass i offentlig tjeneste har ført til en ideologisk endring med mer effektivitet og mål- og resultatstyring (Arntzen, 2014, s. 25). Disse endringer har ført til enda mer krav til ledere om å drive effektivt i alle sammenhenger. Sammen med et økt krav om god kvalitet i alle ledd er det en krevende øvelse. Forskningsresultater til Wiig & Aase (2006) viser at reformene har resultert i et krysspess mellom produksjon og effektivitet på den ene siden og sikkerhet på den andre. Funn fra studien viser at samtlige ledere uttrykte en travel hverdag der daglig drift ofte tar mye av deres hverdag. En av intervjuobjektene uttrykte at hun rasjonaliserte med tiden. Empirien viser at lederne i en del tilfeller velger bort arbeidet med uønskede hendelser Videre viser studiens empiri at noen av lederne prøver å være så effektive som mulig i dette arbeidet. Disse funnene tyder på at lederne i sin hverdag reelt prioriterer dette arbeidet lavere enn de gir uttrykk for, dette ved at mange arbeidsoppgaver går foran. Det kan også tyde på at lederne ikke er seg bevisst hvor viktig det er med dialog, der det er rom for refleksjon og innspill, noe som krever tid for å få gjennomført.

BEHANDLINGSTID

Et av spørsmålet som ble stilt var hvor lang tid det i gjennomsnitt tok fra en hendelse er meldt til tiltak ble iverksatt. Da svarte intervjuobjektene umiddelbart, noen dager, fort og ganske fort. Tre av intervjuobjekter sa at for mange av hendelsene behandlet de saken fra samme dag og opp til to dager. Flere av lederne sa at behandlingstiden var avhengig av meldingens kompleksitet, om andre enheter var involvert eller om det var behov for samhandling med eksterne parter. En av lederne påpekte at det tok tid om det skulle gjøres hendelsesanalyse. Hun beskrev det slik: *«du har en hendelsesanalyse hvor det påvirker mange ting for å få lukket den delen, der kanskje flere sykehus er involvert»* (L1). En annen påpekte det med å innhente opplysninger fra andre parter: *«Det avhengig av hvor mye jeg må hente inn kommentarer fra andre enheter, hvor mange som er implementert i avviket»* (L5). To av lederne uttrykte at de hadde satt seg noen egne mål. En av lederne hadde et klart mål om å behandle uønskede hendelser fortløpende. Hun sa det slik: *«Jeg ser på det hver gang jeg får*

en ny hendelse. Jeg prøver å ta det fortløpende» (L5). Denne lederen påpekte: «Det er uten tvil sånn at når vi har ekstraordinære situasjoner, som nå med Pandemien. Dette med uønskede hendelser er noe som jeg prøver å prioritere høyt, men som av og til må vike» (L5). En annen leder sa: «vi har som mål at det ikke skal gå mer enn 2 uker, men maks en måned» (L3).

I dokumentgjennomgangen av meldte uønskede hendelser hadde behandlingstiden fra desember 2020 til februar 2021 gått betydelig ned på den ene enheten, og at de aller fleste meldinger var behandlet innen fire uker. Under presenteres behandlingstiden samlet for alle enhetene.



Figur 7: Behandlingstid for uønskede hendelser fra innmelding av hendelse til tiltak ble iverksatt i periode september 2020 - februar 2021 (Kilde: Kvalitetsportalen)

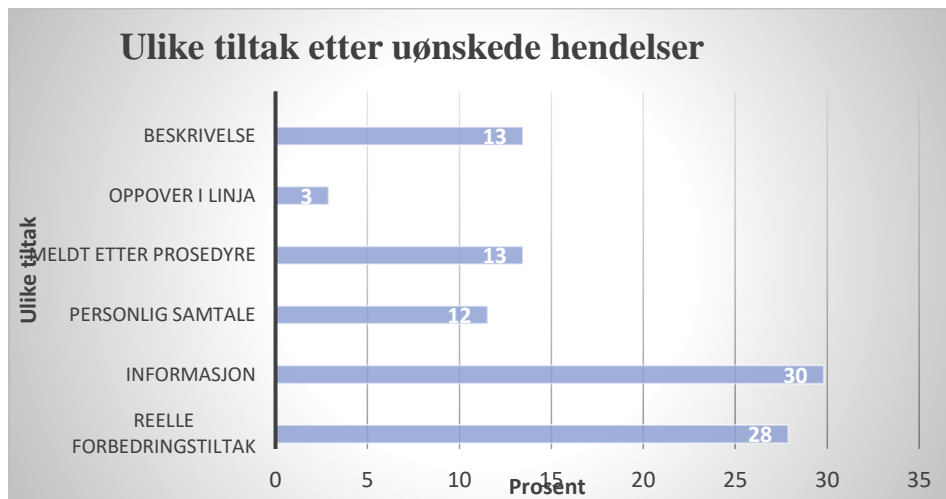
Funn fra dokumentgjennomgangen viser betydelig lengre behandlingstid enn lederne oppga under intervjuene. Hva årsaken til dette sier empirien ikke noe om. Kanskje er det slik at det de oppgir i intervjuet er det de håper og strever etter, mens funn fra dokumentgjennomgangen viser en annen realitet. Uønskede hendelsene som har en behandlingstid på fire uker eller mer gjelder for ca. 50 % av de totalt antall uønskede hendelsene. Kun et fåtall er komplekse uønskede hendelser som involverer flere yrkesgrupper eller enheter. Funn som kun gjelder lederne i gruppen «mange» uønskede hendelser øker prosenten til 80%.

Figur 7 viser at uønskede hendelser som har mer enn åtte ukers behandlingstid gjelder for 35 % av de totalt antall uønskede hendelsene. Når det gjelder funn som bare omhandler ledere som er kategorisert i gruppen «mange» uønskede hendelser øker andelen til 50 %.

Disse funnene viser at det er lengre behandlingstid (ca. 20 %) hos lederne som har mange meldinger pr. ansatt enn hos lederne som har få. Videre viser empirien at enheter som har satt seg mål angående behandlingstiden har bidratt til betydelig reduksjon. Det viser at det er mulig å gjøre noe med behandlingstiden ved å sette seg mål. Roald (2013) beskriver i sin Masteroppgave at sykepleier kan få en følelse av å ikke bli tatt på alvor om behandlingstiden blir lang. En annen risiko er at de involverte ikke i samme grad vil huske hendelsen (ibid).

TILTAK

Etter dokumentgjennomgangen har tiltakene blitt inndelt i 6 ulike kategorier. Prosentvis fordeling av de ulike tiltakene er presentert i grafen under.



Figur 8: Ulike tiltak etter uønskede hendelser i periode september 2020 - februar 2021 (Kilde: Kvalitetsportalen)

Tiltak har blitt kategorisert som **reelle forbedringstiltak** der det har blitt beskrevet endring eller videre arbeid for å hindre lignende hendelser i fremtiden. Det har handlet om: utarbeidelse/revidering av prosedyre, gjennomgang av pasientforløp, identifikasjon av risikopasienter, opplæring, kompetansebygging og minimumsantall på vakt, ha som rutine å be pasienter med risiko for fall å ringe på ved forflytting, etterspørre pasienten om opplysningene som er mottatt stemmer, diskutere videre med superbrukere for elektronisk kurve. Videre er en kategori **informasjon** der det har blitt fokusert på formidling av selve hendelsen ut til personalet. Eksempler på tiltak i denne kategorien er: informere ansatte, tas til orientering på fagdag, tas opp på uke møte og «fortsatt fokus». Kategorien **personlig samtale** er i de tilfeller der tiltaket har beskrivelser som: gitt tilbakemelding, hendelsen er tatt opp med

involverte. **Meldt etter prosedyre** kategorien er de hendelsene som er meldt inn som følge av retningslinjen for hvilke situasjoner som alltid skal meldes i kvalitetsportalen.

Kategorien **oppover i linja** er saker enhetsleder mener må løftes videre opp i linje for videre vurdering, men har beholdt meldingen på sitt nivå. Til slutt er det kategorien **beskrivelse**. Hendelsen som er kategorisert her har kun hatt en utfyllende beskrivelse av selve hendelsen uten noe konkret tiltak. I all hovedsak var det en av lederne som hadde mange av sine tiltak i denne kategorien.

Funn fra intervjuene viser at mange av lederne satt og behandlet de uønskede hendelsene alene, men drøftet i en del tilfeller med fagpersoner eller overordna. Det kan trolig føre til at det begrenser hvilke årsaker som sees, eller sagt på en annen måte: grunner til at hendelsen kunne skje. Dette kan tolkes i lys av at lederne ikke bruker mulighetsrommet til å finne gode forbedringstiltak. «Gjennom brytning av ulike perspektiver kan «meningshorisonten» utvides, ting ses på nye måter, og ny erkjennelse og kunnskap oppstå» (Hennestad & Revang, 2017, s. 226). Leder kunne trolig fått utvidet menighetshorisonten ved i større grad involverte andre i behandlingen. Det kunne da blitt sett enda flere årsaker og dermed enda flere gode tiltak til forbedring.

Under intervjuet var det ingen som direkte nevnte at de stilte seg spørsmålet *hvorfor* under behandlingen. Å forstå årsaken er en forutsetning for å se behov for tiltak. I veileder ledelse og kvalitetsforbedring (2017, s. 47) er det beskrevet slik: «Systematisk korrigerende og forbedring forutsetter at man forstår årsakene til avvik og uønskede hendelser. På bakgrunn av denne informasjonen utvikles tiltak som skal bidra til at tilsvarende ikke skjer igjen». Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer (ibid). Det er beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) § 7c: «Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen». Ut fra empiri fra kvalitetsportalen handler i underkant av 30% om reelle forbedringstiltak. I denne gruppen var mange av disse tiltakene endring i rutiner og prosedyrer. Andelen «reelle forbedringstiltak» kunne trolig vært høyere. Det er en stor andel som ble kategorisert under «informasjon». Etter dokumentgjennomgangen tyder funnene på at en god del av disse tilfellene trolig kunne før til mer reelle tiltak. Videre viste studiens funn at uønskede hendelser som ble kategorisert som «beskrivelse» ikke hadde beskrevet noen reelle forbedringstiltak. Trolig ville et noe annet fokus og mer etterspørsel om *hvorfor* fra leder ført til et annet utfall.

Dersom leder hadde analysert hendelsen, kunne leder ha avdekket årsaker og aktuelle forbedringstiltak. Samtidig er det nok slik at ikke alle uønskede hendelser nødvendigvis fører til en endring. Orvik (2015) påpeker at det gjennom hele planleggingsfasen er et åpent spørsmål om en endring faktisk vil bli igangsatt. Funn fra studien som omhandler planlegging er nå presentert, videre vil nå funn som omhandler gjennomføringen presenteres.

5.2.2 Gjennomføringsarbeid i endringsfasen

I gjennomføringsfasen må leder arbeide med å iverksette tiltak eller at det gis informasjon om hendelsen. Dette gjenspeiler det som skjer i forandringsfasen til Lewin. Den har en klar parallell til *do* i PDCA sirkel som beskrevet i forskrift. I *do* fasen gjennomføres planen/rutinen (Arntzen, 2014, s. 86), altså tiltakene.

Resultat fra intervjuene viser at alle lederne vektlegger **informasjon** til personale om hendelsene og tiltakene. Mange endringer er basert på at deltakerne blir «fortalt» om endringer (Wadel, 2008, s. 114). Studiens funn viser at lederne har svært stor tiltro til at informasjon som blir gitt vil føre til forbedring og endring. De uttrykte at det er en god måte å formidle til personalgruppen. Lederne snakket om muntlig informasjon på fagdager, avdelingsmøter, lunsjmøter, akuttdager osv. En av lederne hadde i tillegg alltid referat fra lunsjmøter der uønskede hendelser var tatt opp. Videre blir ofte skriftlig informasjon sendt ut på e-post. Studien viser at lederne bruker ulike kanaler for å formidle sitt budskap. En leder formidlet det slik:

Jeg tenker at alle er til stede på fagdag, men dog så er det jo ikke alt som går inn allikevel. Og selv om vi sender ut ting i infoskriv så tror jeg ikke alle leser det. Så en må bruke andre kanaler også. Vi jobber med det nå - at vi skal ha noe som ruller og gå på en skjerm på pauserommet. Sånn at de som er på forskjellige vakt i løpet av uka kan få med seg det. For ofte har du tid til å tittle litt på skjermen mens du tar deg en kopp kaffe. Så er det jo også viktig å henge det på innsida av dodøra. Der setter folk seg ned og leser (L4).

Samme leder påpekte videre at hun tror mange kan bli overrasket over hvor lite de ansatte leser e-post. Hun sa: «*jeg skjønner det, for når de kommer på jobb så er deres verktøy pasientdokumentasjon og elektronisk kurve og så er de jo inne hos pasientene*» (L4).

Det var derimot én av lederne som hadde svært stor tro på at informasjon hindret fremtidige uønskede hendelser. Hun sa det slik: «*så lenge vi snakker om det, så vil vi unngå å gjøre det igjen*» (L2). Her viser studiens empiri at leder trolig har en overdreven tro på at informasjonen som formidles oppfattes slik det var ment fra leder, samt at det fører til endring. Dette er nok trolig ikke alltid tilfelle. Informasjonen må gjentattes flere ganger for å bli institusjonalisert (Scott, 2014). Det gjelder også for at informasjon skal avstedkomme en forbedring.

Det er avgjørende at resultatet fra arbeidet med den uønskede hendelsen videreformidles til hele personalgruppen (Pedersen & Mogensen, 2003, s. 106). Videreformidlingen kan finne sted ved å ha møter og utsendelse av nyhetsbrev (ibid). Funn fra studien viser at lederne i all hovedsak formidlet informasjon gjennom ulike kanaler. Men det var ingen av lederne som beskrev at de over lengre tid gikk ut med samme informasjon for å sikre at den ble mottatt av alle. Dette er trolig en svakhet at leder i en del tilfeller vil tro at budskapet er oppfattet uten at det er realiteten. For å være effektivt må budskapet repeteres i en lang periode, gjennom mange ulike kanaler (Jacobsen, 2018; Scott, 2014).

I mitt datamateriale fra intervjuene ser det ut til at de fleste lederne bruker noe av fagdage til å formidle de uønskede hendelsene og tiltak. Ut fra dokumentgjennomgangen hadde hele 30 % av tiltakene informasjon som eneste tiltak. De fleste enheter ved sykehuset empiri er fra har 2-3 fagdager i året. Det vil i flere tilfellene kunne gå opptil et halvt år fra hendelsen er meldt til formidling ut til personalet. Ravndal (2012) anbefaler i sin masteroppgave at tilbakemelding i form av oppsummering av hendelser og tiltak bør gjøres minst kvartalsvis. For å unngå at ansatte glemmer hendelsene og får inntrykk av at det ikke treffes tiltak basert på rapporteringer (ibid). Ansatte vil trolig i mindre grad se sammenheng mellom forbedringer i enheten og meldte uønskede hendelser (Roald, 2013). En undersøkelse fra Canada indikerer at det hadde blitt rapportert medisinske feil mer regelmessig hvis de hadde mottatt forståelige og «timely» tilbakemelding (Hartnell et al., 2012).

Dette kan sees i lys av at leder er opptatt av å formidle hvorfor man bør endre seg, hvordan endringen bør skje og hva endringen vil føre til (Jacobsen, 2018). Trolig vil dette føre til en forståelse i personalgruppen som er et godt utgangspunkt for at personalet vil gå i samme retning.

En av intervjuobjekter mente at det ikke måtte komme for mange endringer samtidig. «Noen ganger må vi drøye litt. For hvis vi flytter rundt på noe hele tiden så miste de jo oversikt av den grunn. Så er jo det for en ny feil. Bare en annen type» (L1). I dette tilfellet opplevde leder at det ikke var **riktig tid** for å introdusere endringen, og av den grunn måtte utsette iverksetting av tiltaket til noe senere. Det viser at leder vurderer om det er rette tidspunkt for endring. Dette kan ses i lys av at de ansatte opplever at det er **riktig** å gjøre endringen og at de tror at det er **gjennomførbart** (Jacobsen, 2018; Yukl, 2006). Flere av ledere beskrev at de noen ganger måtte se til at det ble avsatt tilstrekkelig ressurser og tid. De kom med eksempler som «lære den nye ferdigheten», «ha tilstrekkelig kunnskap om det medisinteknisk apparat» og «lære den nye teknikken». Det var som en av lederne sa: «de må ha tid nok til å bli gode på det» (L4).

ENDRINGSKREFTER OG MOTKREFTER

Intervjuene viser at lederne i all hovedsak hadde en personalgruppe som sluttet opp om tiltak som ble satt i verk, og at de opplevde få motkrefter. Kraftfeltmodellen til Lewin (1951) viser til at det ved endring er ubalanse mellom drivkrefter og motkrefter (Jacobsen, 2018, s. 178-179). Lederne i mitt datamateriale opplevde at de hadde en lojal personalgruppe. En av lederne påpekte imidlertid at det var avhengig av hvilken lojalitet en hadde opparbeidet seg. «Det handler om hva slags lojalitet en har opparbeidet seg som leder i enheten» (L1). Lederen som hadde få ansatte i sin enhet påpekte lojalitet samt viktigheten av å prate med den enkelte. «Når du har så liten gruppe så kan du snakke med hver enkelt. Det er det som er forskjellen. Og når du snakke med hver enkelt når du de på en mye bedre måte. Så jeg prater mye med de ansatte» (L6). Funn fra intervjuene tyder på at lederne har tillit hos sine ansatte og at det derfor ikke er det som er årsak til eventuell motstand (Yukl, 2006). En av lederne beskrev følgende etter at hun hadde opplevd at endring som var satt i verk ikke ble gjennomført: «så tenker jeg at folk ikke gir seg tid nok til å bli gode nok på det. Så tenker de at dette var bare tungvint og så legger de det vekk» (L4). De ansatte kan sitte igjen med en tanke om at dette greier de ikke og dermed sette seg imot endringen. Dermed gjøre de ikke den ekstra innsatsen for å lære den nye måten å gjøre en prosedyre på. Lederen sier videre «det som hjelper hos oss er at vi har noen ressurspersoner og noen som brenner for det. Og kan overbevise de andre om at dette er mulig å lære og er tidsbesparende» (L4). Dette funnet viser at lederen jobber bevisst med å redusere motkreftene. Andre motkrefter som ble uttrykt under intervjuene var «ønsker ikke» eller «er uenig i tiltak som er satt i verk». Dette kan tolkes som at endringen oppleves som unødvendig, de er faglig uenige, mener det ikke er

gjennomførbart, ønsker ikke å bli kontrollert av andre eller frykt for ikke å strekke til (Jacobsen, 2018; Yukl, 2006). Studiens empiri gir ikke svar på hva årsaken er. Samlet sett ut fra intervjuene ser det ut til at lederne opplevde motstand fra personalet i liten grad. Studiens empiri viser at lederne brukte lite krefter på å redusere motkreftene.

Flere funn fra intervjuene viser at flere ledere aktivt bruker ressurspersoner for å formidle videre og være pådrivere ut i kollegafellesskapet. «*Opplever jo at når vi bruker fagsykepleiere i den jobben, så når vi litt lengre enn om bare vi ledere sitter og maser om ting*» (L3).

Arbeidet til ressurspersoner sitt arbeid beskrives slik:

«Jeg prøver ofte å bruke enten fagsykepleier eller hvis vi har ressurspersoner på disse temaene som har vært aktuelt innfor avviket. Bruke de til å hjelpe meg å implementere det. Hvis det er en av de sine egne får de større eierforhold til det. Da får noen f.eks. et eget ansvar for å holde fokus på den prosedyren en periode» (L2).

Disse funnene viser at lederne bruker fagpersoner i miljøet for å lykkes med endringen. Senge (1996) påpeker at organisasjoner ofte kan tjene på å opprette det han kaller interne nettverksledere, personer som hører hjemme i et team, men som får en spesiell oppgave knyttet til å formidle gruppens kunnskap til andre (Jacobsen, 2018, s. 206). De vil ofte ha en rolle og status i miljøet som vil føre til at de lettere vinner oppslutning. De vil da bli brukt som drivkrefter (Yukl, 2006) som kan *være med å oppnå balanse for endring*. Ut fra funn ser det ut til at det i de fleste tilfeller øker endringskreftene for å oppnå endring. Studiens funn viser i liten grad at leder hadde fokus på å redusere motkrefter for å oppnå endring. Dette er trolig fordi leder opplevde at det var lite motstand mot de tiltak som settes i verk og endringer som skal skje. En annen mulig årsak er at de ikke reflekterer nok vedrørende motstand mot endring. Empirien kan tyde på mangel på forbedringskunnskap blant lederne, og de kan da mangle bevissthet og fokus på motstand mot endring.

ENDRINGSSTRATEGI

Å få til endring krever en ekstra innsats fra leder (Jacobsen, 2018). Det finnes to grunnleggende forskjellige endringsstrategier lederne kan velge. Ved *strategi E* er endringen planlagt og programmert, mens i *strategi O* er det utstrakt grad av deltakelse (ibid). Funn i datamaterialet viser at lederne opplever en lojal personalgruppe som langt på vei har et felles mål de ønsker å oppnå. «*Det kan jo være at de er uenig i tiltaket. Det er jo en utfordring som*

ikke spesielt i forhold til avvik, men det er jo en av utfordringene av det å være leder. Det er det å få folk til å gå i takt» (L1). En annen av lederne sier det slik: «Det kan jo være at de er uenig i det. Den endringa som er gjort. Men jeg opplever ikke det som noe problem hos oss» (L3). Som beskrevet over viser funn at lederne legger opp til dialog med sine ansatte, for å oppnå oppslutning om endringen. Dette kan sees i lys av at de tar i bruk **endringsstrategi O** (Jacobsen, 2018). Studiens funn viser at lederne i all hovedsak tar i bruk endringsstrategi O. Funnene i datamaterialet viser at lederne opplever lite motstand og beskriver at de starter opp med en støttende demokratisk, relasjonsorientert og støttende lederstil. Den vil fungere bra når personalgruppen har felles mål og virkelighetsoppfatninger.

I noen enkeltsaker eller når de «ikke kom i mål» har ledere beskrevet at de må endre strategi. Dette kan sees i lys av at de da tar i bruk **endringsstrategi E** (Jacobsen, 2018). «I utgangspunktet begynner vi med den felles informasjonen. Så går vi direkte ned på de det gjelder, hvis alle har fått opplæring og alle er enig nå gjør vi det slik, istedenfor å mase på alle. For da kan det mange ganger gå mot sin hensikt» (L5). En annen påpekte at det kunne være at de ikke hadde forstått det eller ikke forsto poenget med endringen. Hun sa det slik: «Da har vi ikke fått lagt det opp på en overbevisende måte eller at de skjønner ikke hva som er poenget med det» (L4). Disse uttalelsene viser at lederne noen ganger tar i bruk endringsstrategi E. Det kommer klart frem i L1 uttalelse: «Hvis vi flytter på lageret, så trenger de jo den informasjonen. Det har de jo ikke noe valg på». Hun påpekte også at det er grense for hvor lenge det er tjenlig at en hendelse skal drøfte, på et punkt må si at slik er det. Hun beskriver det slik: «Dette er det ikke rom for å diskutere lengre. Vi er ferdig med det, vi må gjøre det på samme måten. Det kan jo hende at jeg da må gå tilbake til enkeltpersoner. Hvorfor gjør du ikke det i forhold til denne rutinen, eller det som er her. Etterspør om de har fått med seg informasjonen» (L1).

Erfaring viser at implementering av forbedring er krevende og lett kan undervurderes i en travel hverdag (Veileder ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, 2017, s. 25). Funn fra intervjuene viser at ledere i dette arbeidet ofte får hjelp av fagpersoner i enheten for å oppnå oppslutning og endring. «Ønske om å gå tilbake til det kjente er en typisk reaksjon i denne fasen. Det kan forsterke motstanden mot endringen. I henhold til teori krever slike reaksjoner en støttende, tydelig og motiverende lederstil, med vekt på ventilasjon og ventilering av frustrasjon (Orvik, 2015, s. 270). Ingen av lederne beskrev situasjoner der tiltak var satt i verk og etter en stund gikk tilbake til den kjente måte å gjøre det på. Dette kan tyde

på at lederne jobber med de uønskede hendelsene frem til tiltak er iverksatt, men denne undersøkelsen kan dessverre ikke fastslå dette. Studiens empiri angående gjennomføring er nå presentert, videre vil empiri fra evaluering og korrigerende bli presentert.

5.2.3 Evaluering og korrigerende i nedfrysingsfasen

I denne fasen må leder evaluere om tiltakene som er satt i verk eller informasjon som er gitt har hatt ønsket effekt. Hvis ikke må leder vurdere om det må gjøres korrigerende for å få ønsket effekt. Nye tiltak stabiliseres og institusjonaliseres i nedfrysingsfasen, og tiltak evalueres og det sees på om det er samsvar mellom nye holdninger og faktisk adferd (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 403). Dette gjenspeiler det som skjer i gjenfrysning til Lewin som har en klar parallell til fasene *study* og *act* i PDCA sirkel som beskrevet i forskrift (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016; Veileder ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, 2017; Yukl, 2006).

To av de seks lederne som ble intervjuet beskrev konkrete metoder for å evaluere tiltakene. En av lederne beskrev at hun hadde et pasientdataprogram hvor hun kunne hente ut tall. «*Når vi har satt i gang tiltak for å redusere blødning så må vi jo måle igjen. Vi har et dataprogram som vi henter ut statistikker. Vi gjør det før tiltak og vi tenkte vi skulle måle det et halvt år etterpå*» (L3). En annen leder viste til flere konkrete metoder hun brukte for å evaluere tiltakene.

Når vi har hatt opplæring i situasjonen så går jeg over og ser hvordan gjør vi det nå? Ting en har gjentagende avvik på. Om det er ting som er viktig å få med seg, dobbeltsjekker jeg at de har endret strategi. Da må jeg gå inn i gitte samme situasjoner, for å se, det er for eksempel gjengangeravvik prøve å telle opp. F.eks. var det en periode at vi skåret pasienten i forhold til smerte, men vi fulgte ikke opp skårene. Eller har et utdrag av journaler for å gå inn å se. I hvert kvartal går vi inn i ti kurver hvor vi sjekker opp, har vi gjort det vi skulle (L5).

Disse funnene viser at denne lederen hadde metoder for å evaluere om tiltakene hadde hatt den hensikten som var ønsket. Videre beskrev en annen leder at hun enten selv eller hennes fagsykepleier følger opp tiltakene.

Hvis vi skal innføre noe nytt eller gjøre endringer så er det også viktig å følge det opp konkret å se at det blir gjort. Noen ganger så er det meg og noen ganger er det av en sånn type at fagsykepleier får beskjed om å følge det opp. Noen ganger er det jo å se om det blir nye avvik på det samme om det blir sånn at en har en følelse at de ansatte ikke er enige så må enn ha noen runder på det. Det blir på en måte å sjekke opp i det (L1).

Flere av intervjuobjektene påpekte at antall avvik på tilsvarende hendelsen ikke kan brukes som et eksakt mål på om tiltak hadde hatt effekt, men at det kan gi en indikasjon. Det var som en leder sa: «På noen ting kan en se at en får mindre hendelser på det» (L1). Tre av seks intervjuobjekter sa at de ikke hadde noe system på å evaluere tiltakene. Samtidig uttrykte de at tiltakene hadde effekt: «vi merker at vi er bedre på det» og «vi ser jo at det blir fulgt opp».

Studiens funn kan tyde på lite bevissthet rundt evaluering. Dette støttes i forskning som viser at opptil 70 % av forbedringsarbeid ikke opprettholder resultatene, fordi man glemmer evalueringsfasen (Konsmo et al., 2015). Det samsvarer med funn fra studien der to av seks ledere sa at de bevisst evaluerte de tiltak de iverksatte. De resterende ledere hadde ikke noe særlig fokus på evaluering. Samtlige uttrykte de «det blir jo bedre», uten å vise til noe systematisk evaluering. Flere kom også inn på at de var skeptiske til om endringer i antall meldinger var et nyttig mål. De påpekte at det kunne komme flere uønskede hendelser, selv om det var bedring på område. Dette fordi leder og ansatte har fokus og dermed oppdager og melder de inn. Videre sa en av lederne: «antall hendelser handler jo mye om meldekulturen». Krogstad & Saunes (2009) sier at økning i antall meldinger kan like gjerne tilskrives bedre meldekultur enn en økning i faktiske hendelser.

Funn fra dokumentgjennomgangen viser at mange av feltene i avvikssystemet ikke blir fylt ut og dermed ikke brukt. Det gjelder spesielt feltene «evaluering av tiltak» og «korrigerende tiltak». Ved gjennomgang av de uønskede hendelsene viser empirien at disse rubrikkene i samtlige av hendelsene ikke var fylt ut. Funnene viser at evaluering av tiltak som er satt i verk ikke blir dokumentert sammen med tiltaket. Dette kan tyde på at lederne ikke er bevisst eller har kjennskap til feltet. Systemet som nå brukes er forholdsvis nytt og det kan hende at alle ledere ikke er godt nok kjent med alle muligheter i systemet. En mulig årsak kan være at leder ikke har satt seg tilstrekkelig inn i systemet og eller ikke har fått tilstrekkelig opplæring. En annen mulighet er at lederne ikke ser det som hensiktsmessig å bruke det. Eller at det er lite

bevissthet blant ledere om å evaluere de tiltak som er satt i verk. Dette er trolig på grunn av mangel på forbedringskunnskap hos lederne.

Mennesker har en tendens til å gå tilbake til å gjøre tingene slik de gjorde det før (Hennestad & Revang, 2017, s. 232). Når endringstrykket gir seg, faller en ofte tilbake til gamle måter å tenke og handle på. Den nye måten har da ikke blitt den automatiske måten å gjør ting på. Lewin (1947) sier det slik: «A change towards a higher level of group performance is frequently short-lived, after a “shot in the arm”, group life soon returns to the previous level» (ibid). Det vil derfor være viktig å følge opp om tiltakene er implementert. Det kan sees i lys av om det er **institusjonalisert** (Scott, 2014). For å finne ut av om et tiltak er institusjonalisert må det foretas en evaluering, som studiens empiri dessverre viser mangler i mange av tilfellene. Dette fører til at det ikke er mulig å vite om de tiltak som er satt i verk har ført til ønsket resultat eller har hatt den effekt som er ønsket.

Det sykehus som ble undersøkt har for noen år siden innført nytt meldesystem for uønskede hendelser. Det foreligger informasjon på sykehusets intranett side med lenker til aktuelle e-læringskurs og dokumenter. Dokumentene gir grundig innføring i hvordan meldesystemet fungerer og skal brukes, samt hvilke hendelser som skal meldes. I hvilken utstrekning disse er kjent for lederne og blir nyttiggjort er uvisst, lederne ble ikke forespurt eksplisitt om dette. Det finnes mange gode brukermanualer for selve programmet for meldesystem. Det eksisterer imidlertid ingen beskrivelse på intranettsiden av modeller som leder kan bruke i dette arbeidet. Videre har det hittil i den interne lederopplæringen vært svært lite om kvalitetsarbeid og dermed ikke mye spesifikt fokus på behandling av uønskede hendelser. Dette viser at ledere får tilnærmet ingen opplæring i håndtering av uønskede hendelser. Dette funnet samsvarer med funn i masteroppgaven til Jensen (2019), der hun viser til at fokus på evaluering og oppfølging er noe varierende. Videre at det er behov for forbedringskompetanse (ibid). Dette samsvarer godt med studiens funn over når det gjelder organisasjonsutvikling.

I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017) fokuseres det på PDCA sirkelen. Den beskriver en kontinuerlig prosess, der en enkelte ganger må gå tilbake til et tidligere stadium. Det er ingen funn i datamaterialet som tyder på at lederne aktivt bruker verktøy, som PDCA sirkel eller modeller i sitt arbeid med de uønskede hendelsene. Ingen av lederne nevnte noen modeller eller metoder de anvendte i sitt arbeid. Selv om dette ikke

eksplisitt ble spurt etter, ville det trolig blitt nevnt av lederne om de hadde brukt noen metoder aktivt i sitt arbeid. Foreliggende studie tyder på at lederne i liten grad beskriver at de går tilbake til tidligere stadier. Det eneste som beskrives er at de må gå noen «steg» tilbake i selve gjennomføringsfasen. Disse funnene kan tyde på at det er lite fokus på handlinger som er gjort noen ganger må følges opp og eventuelt korrigeres. Flere av lederne beskrev en hektisk hverdag, noe som kan være årsaken til at det er lite tid til refleksjon og evaluering av tiltakene. Dette kan sees i lys av at nedfrysingsfasen som også kan betegnes som en institusjonaliseringsfase (Jacobsen, 2018). Det krever altså tid og gjentakelse for å få til endring over tid. Studiens empiri viser at det er lite fokus på denne delen av OU.

OPPSUMMERING

Hvilket fokus har lederne på endring i tilknytning til uønskede hendelser?

Studiens funn tyder på at lederne har hovedfokus på planlegging- og gjennomføringsfasen, mens de har mye mindre fokus på evaluering og korrigerende av tiltakene. Videre viser funnene at det er begrenset tid lederne bruker på arbeidet med de uønskede hendelser. Dette til tross for at de veldig tydelig uttrykker at de opplever dette arbeidet som svært viktig.

5.3 Person- og systemtilnærming

I dette delkapittelet vil de empiriske funn angående person- og systemtilnærming bli drøftet i lys av teori, kontekst og tidligere empiri. Forskningsspørsmålet som skal besvares er:

Hva preger ledernes tilnærming til de uønskede hendelser?

Empiri fra intervju og dokumentgjennomgang vil bli presentert i lys av sveitserostmodellen. Modellen bruker sveitserosten som et bilde, hvor hver osteskive er én barriere, som har sine hull som er bilde på svakheter (Pedersen & Mogensen, 2003; Reason, 1997). Denne modellen er med på å beskrive en systemtilnærming til uønskede hendelser. Systemtilnærming innebærer at man analyserer underliggende årsaker til hendelsen (Aase & Wiig, 2018). Samlet vil studiens empiri bli drøftet opp mot forskningsspørsmålet. Det startes opp med å presentere empirien fra intervjuene.

5.3.1 Funn fra intervju

Sykehusets retningslinje for uønskede hendelser er tydelig på at lederne skal ha systemfokus på forbedringsarbeidet. Her påpekes det at forbedringsarbeid og vurdering av hendelser skal på alle nivåer i sykehuset være rettet mot systemet. Retningslinjen ligger på sykehusets

digitale kvalitetsbok. Ingen av lederne som ble intervjuet nevnte noe fra denne retningslinjen, men det ble heller ikke spurt eksplisitt om hvilke føringer de hadde. Funn fra studien gir dessverre ikke svar på i hvor stor utstrekning den var kjent og i aktiv bruk.

I Sveitserostmodellen er barrierene i de fleste tilfeller effektive, men det vil alltid være svakheter som beskrives som hull (Hjort, 2007; Reason, 1997). I denne besvarelsen vil **aktive feil** være den handlingen som gjøres av den enkelte sykepleier (person feil). Dette samsvarer med definisjonen på aktiv feil som er feilen som gjøres under selve handlingen (Hjort, 2007). **Latente tilstander** er det som ligger i systemet som i besvarelse vil kunne være prioritering, bemanning, stress, uklare ansvarsforhold og prosedyrer. Dette samsvarer med definisjonen på latente feil som er feilen som ligger i systemet (Hjort, 2007). Først vil det presentere to eksempler ut fra empirien og drøfte dem i lys av sveitserostmodellen.

«Vi så en periode at det ofte var de med mest erfaring som gjør medikamentfeilene. Og hvorfor gjør de det? Vi har jo lenge jobba mye med, at vi har for lite folk i forhold til den aktiviteten vi har. Det har vi forså vidt fått aksept for også. For det som skjer er jo at den erfarne sykepleieren, har ansvar for en dårlig pasient, men så må den samtidig passe på å hjelpe en ny sykepleier i nabosengen. Og da må de skifte fokus så mange ganger at til slutt så gjør du feil selv» (L1).

Her viser studiens funn at leder beskriver både aktiv feil og latent svikt. Den **aktive feilen** i dette tilfellet er at sykepleieren på vakt gjør en medikamentfeil. De **latente sviktene** er tidspress, mange fokus samtidig, stort arbeidspress og underbemanning. I eksemplet over er det de latente sviktene sammen med den aktive feilen fra sykepleier som utløste den uønskede hendelsen. For å hindre fremtidige uønskede hendelser kan de latente forhold identifiseres og gjøre tiltak slik at hullene tettes. Lederen utaler det slik: *«Det har vært for få folk på jobb. Så sier jeg ikke at det er bare da det skjer, men vi ser at det er mer av det da» (L1).* I dette tilfellet beskriver leder bemanningen som en latent svikt. Her kunne leder trolig også hatt fokus på andre latente svikt som for eksempel gjentatte forstyrrelser. Ut fra modellen kunne man da videre sett på om det kunne blitt gjort noe med den daglige driften, organisering eller måten en arbeider på for å redusere eller ta bort flere av de latente sviktene.

En annen leder beskrev en uønsket hendelse slik:

«Vi har hatt et par uønskede hendelser på pasienter som skal til operasjon, som skal ta noen bilder før operasjonen. Pasientene har sagt at de har vært til det fordi de har vært på avdelingen, tatt ett bilde og fått injisert [kontrastvæske], men de har ikke fått tatt bilder etterpå. De har så blitt tatt inn til operasjon uten at det er tatt tilstrekkelig bilder. Der har vi satt i gang en egen arbeidsgruppe for å se på hele løpet for denne pasientgruppa. For her knirker det ganske mye. Her har det vært pasient som har misforstått informasjon om at du faktisk må komme tilbake» (L6).

I dette tilfellet er den aktive feilen at pasienten ble trillet inn til operasjon. Leder uttrykte *«her knirker det ganske mye»* som kan tolkes som om hun opplever at det er flere forhold som bør sees på og utbedres. I lys av sveitserostmodellen kan de latente sviktene være permanente hull eller svakheter, som fører til at en uønsket hendelse er mulig (Reason, 1997). En mulig latent svikt i eksemplet over kan være at prosedyren for forundersøkelsen er mangelfull, pasienten får ikke tilstrekkelig informasjon eller at det ikke er tilstrekkelig sjekket ut om pasienten forstår at hun skal komme tilbake. Videre er utilstrekkelig kontroll av at alle bilder er på plass før pasienten kjøres til operasjonen trolig en latent svikt. Arbeidsgruppen som skal se på dette forløpet vil trolig identifisere de latente sviktene. I lys av modellen kan dette tolkes dit hen at de vil arbeide med å identifisere de latente sviktene for så å sette i verk tiltak. Dette for å tette hullene og lage god barrierer for å forhindre fremtidige uønskede hendelser.

Ett av spørsmålene lederne ble stilt var *«I hvilken grad opplever du behov for system- eller personfokus i dette arbeidet?»* Det var mange som uttrykte at de var usikre på om de forsto spørsmålet. Dette endret seg etter noe mer forklaring rundt ordene person og systemfokus. Den umiddelbare responsen fra flere av lederne tyder på at det var ord som de til daglige ikke bruker. Fem av de seks lederne som ble intervjuet påpekte at de i hovedsak opplevde behov for **systemfokus**, mens en sa hun opplevde **personfokus**. En av lederne sa: *«Vi er ikke ute etter å ta enkeltpersoner. Men vi er ute etter å finne en forbedring av systemene. Det er jo ofte systemene det er feil med»* (L6). En av lederne uttrykte et annet syn, hun opplevde at det var mest **personfokus**. Hun beskrev det slik:

«Sånn som jeg ser det så er det mest fokus på person. Tidligere, altså noen år tilbake, så var det nok mer system, men nå har vi jobba gjennom gode systemer. Vi har gjort ganske mye på systemnivå så akkurat nå opplever jeg at det er mest fokus på person. Det handler kanskje noe om at vi har en del nye. Det kan jo være noe litt med opplæringa» (L3).

Samtidig viser empiri fra intervjuet at denne lederen (L3) var opptatt av å sikre riktig bemanning, funksjonelt medisinsk teknisk utstyr og riktig opplæring av de ansatte. Lederen så at det noen ganger var mangelfull opplæring og uttrykte da behov for forbedring av opplæringen. Dette viser at lederen også hadde et klart systemfokus.

Funn fra intervjuene viser at mange av lederne opplevde at det var litt begge deler. De uttrykte at det kunne være et personfokus, men på samme tid være et systemfokus. Det samsvarer med det Hjort (2007, s. 55) beskriver «Det er personalet som utfører de handlinger som fører til den uheldige hendelsen, men de dypere årsaker ligger som regel i systemet». En av lederne (L1) som hadde fått inn mange uønskede hendelser som omhandlet mye medikamentfeil begynte å stille seg følgende spørsmål: «Hvorfor gjør de det?». Da så hun at å ha mange fokus og for mye arbeid på en gang førte til at sykepleierne hyppigere gjorde medikamentfeil. Hun sa det slik «Det er systemfeil at det har vært for få folk på jobb. Så sier jeg ikke at det er bare da det skjer, men vi ser at det er mer av det da». Denne lederen beskriver arbeidspress og forstyrrelser som bakenforliggende årsaker.

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) §6a er det stilt krav om at det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring i virksomheten. Forskriften ble ikke nevnt av noen av lederne. Dette kan tyde på at lederne i liten grad er kjent med forskriften. Trolig ville noen av intervjuobjektene kommet inn på den om de var godt kjent med den, selv om den ikke eksplisitt ble spurt etter.

5.3.2 Funn fra dokumentgjennomgang

Etter dokumentgjennomgang viser funn at lederne i all hovedsak har et systemfokus i sin behandling av de uønskede hendelsene. Av 105 uønskede hendelser har hele 93 av hendelsene systemfokus, 3 av hendelsene har både person og systemfokus, mens 9 av hendelsene har et klart personfokus. Kategoriseringen ble gjort ut fra tiltakene lederne har beskrevet. Når det gjelder de 12 hendelsene som har helt eller delvis personfokus, står 2 av lederne (L2 og L3)

for 8 av dem. L3 var den lederen som sa at hun opplevde at det var mest personfokus. Når det gjelder L2 var det flere saker rundt samme tidspunkt som kan se ut til at det handlet om samme sykepleier. Samme leder avviste denne hendelsen:

«Fikk rapport om at pas helst ikke skulle ha opioider grunnet vært behandlet for alkoholavhengighet. Kunne gi OxyContin om nødvendig ved sterke smerter. Grunnet en veldig hektisk start på vakta, flere ringte på med smerter gav jeg en Oxynorm siden det var ordinert i den elektroniske kurven» (L2).

Leder som sa hun opplevde mest personfokus hadde et eksempel på en uønsket hendelse i forhold til medikament der hun sa *«det kan jo være noe med opplæringen»*. Dette funnet ser ut til at selv om leder sier hun opplever mest personfokus, viser hun med sin uttalelse at hun også har et systemfokus. Hendelsen som ble avvist med begrunnelse at det var forordnet i den elektroniske kurven, tyder på at leder hadde et personfokus. Leder avviste hendelsen med følgende begrunnelse: *«Oxynorm var forordnet i elektroniske kurven, det er derfor ikke et avvik at medikamentet ble gitt»*. Denne avvisningen viser at leder her har personfokus tilnærming. Om leder hadde hatt et mer systemfokus på denne hendelsen ville denne ikke bli avvist, men blitt behandlet. Leder ville da ha sett på de bakenforliggende årsakene, altså de latente svikten, som gjorde det mulig at denne aktive feilen ble gjort (Reason, 1997).

Med et systemfokus ville leder trolig avdekket årsaker til avvik mellom muntlig og skriftlig dokumentasjon og kunne deretter sett på tiltak for å forhindre dette i fremtidige lignende situasjoner. Det innebærer å løfte fokus fra kun personfokus opp til systemfokus. Noen av hendelsene som er meldt inn i Kvalitetsportalen handler mer om forsømmelse fra sykepleiere. *«Feil som begås på grunn av forsømmelser, er personalsaker og skal ikke behandles som avvik»* (Arntzen, 2014, s. 148). Dette kan tyde på at noen av disse sakene trolig skulle ha blitt registrert som personalsak istedenfor uønskede hendelser. I disse sakene vil det være behov for personlig oppfølging og fokus, men ikke på latente forhold.

5.3.3 Leders tilnærming til de uønskede hendelser

Som det fremgår i presentasjonen over har de fleste lederne i hovedsak et systemfokus. Samtidig finnes det også noe personfokus. Der var ingen av lederne som under intervjuet nevnte Sveitserostmodellen, men det ble heller ikke spesifikt etterspurt om de kjente til

modellen. Hvis den var godt kjent blant intervjuobjektene og de brukte den i sitt arbeid med uønskede hendelser ville noen av dem trolig ha nevnt noe fra modellen. Det eneste antydningen var at en av lederne (L1) snakket om å få tett hull. Det kan tyde på at denne lederen hadde hørt om modellen. Ut fra intervjuene kan det stilles spørsmål om selve modellen er mindre kjent enn det litteraturen har beskrevet. Perneger (2005) sier at denne modellen er ofte referert til og at det sies at den er allment akseptert av fagpersoner for å analysere feil i helsevesenet. Dokumentgjennomgangen kan tyde på at lederne i de fleste tilfeller er fornøyd når de har definert ett tiltak for å lukke en uønsket hendelse. I henhold til sveitserost modellen kan en anta at det i en del av avvikene er aktuelt å sette inn flere tiltak for å tette hullene og dermed redusere de latente forholdene. Studiens funn kan tyde på at ledere i større grad kunne stille seg spørsmålet «*hvorfor*» for å kartlegge alle latente svik. Dette for i enda større grad kunne tette hull og unngå fremtidige uønskede hendelser.

Som beskrevet under kapittel 5.1 er det få nesten-hendelser som blir meldt. En studie fra Canada viser til at mange oppfattet nesten-hendelser som verdifulle læringsmuligheter, og at de kan føre til forbedret organisasjonslæring (Jeffs et al., 2012). Foreliggende studie indikerer at det kan være fornuftig å motivere ansatte til også å melde nesten-hendelser med fokus på forbedring. Det er alltid lettere å snakke om de hendelsene som ikke medførte skade enn de som fører til skade (Aase & Wiig, 2018, s. 103). Det vil være en ufarlig og god læringsmulighet for å hindre fremtidige uønskede hendelser.

Tidligere studier viser til ulike resultater i forhold til tilnærming til de uønskede hendelsene. Alsvik (2010) konkluderer i sin master at ledelsen stort sett ser ut til å ha det riktige fokuset i arbeidet. Videre at de prøver å tilstrebe en systemtilnærming og at de ikke er ute etter å finne «syndebukker». Ekman (2013) viser derimot i sitt empiriske materiale til at jordmødre fortsatt kan oppleve *syndebukk tilnærmingen* og ikke fokus på forbedring av systemet. Ulike analyseenheter og nivåer (ledere, jordmødre) kan være en mulig årsak til forskjellige resultater.

OPPSUMMERING

Hva preger ledernes tilnærming til de uønskede hendelser?

Denne studien viser at lederne i all hovedsak har en systemtilnærming til arbeidet rundt uønskede hendelser. Samtidig viser dokumentgjennomgangen at i en del av sakene er tiltakene mer på personfokus enn på system. Systemtilnærmingen med å avdekke

bakenforliggende årsaker til hendelsen, kan bli bedre. Videre ser det ut til at når et tiltak er definert opplever lederen at den uønskede hendelsen er behandlet og kan lukkes.

5.4 Organisatorisk læring

I dette delkapitlet vil de empiriske funn innenfor organisatorisk læring bli drøftet i lys av teori, kontekst og tidligere empiri. Forskningsspørsmålet som skal belyses er:

Hvordan arbeider leder med organisatorisk læring?

Studiens funn angående organisatorisk læring vil først presentere ut fra intervjuene. Empirien vil bli presentert og drøftet under hovedkategoriene tilegnelsesperspektivet og deltakerperspektivet (Filstad, 2010) i tillegg til Senges 5 disipliner; systemtenkning, personlig mestring, mentale modeller, å skape felles visjoner og gruppelæring (Senge, 1992; Senge & Lillibø, 1999). Videre vil funn fra medarbeiderundersøkelsen bli presentert. Til slutt drøftes leders arbeid med organisatorisk læring opp mot Trippel heliks-modellen (Swart & Pye, 2002; Aase, 2018; Aase & Wiig, 2005).

5.4.1 Ledernes uttalelser

En av lederne oppsummerte mye av det organisatorisk læring handler om. *«Det ene er at vi kan lære hvis vi faktisk har gjort en feil og kan lære til andre som kommer i lignende situasjon at de er bedre forberedt til neste gang. Og noen ganger kan det være trygging på at vi gjorde det vi kunne i den situasjonen som den var. Det handler om å ivareta de personer som sto i selve situasjonen»* (L5).

TILEGNELSES- OG DELTAKERPERSPEKTIVET

Noen av studiens resultater vil presenteres under tilegnelsesperspektivet og deltakerperspektivet. Tilegnelsesperspektivet har individet som lærende i fokus, det andre har fokus på læring som deltakelse i praktisk arbeid (Filstad, 2010, s. 20). Først presentere noen av svarene som handler om **tilegnelsesperspektivet**, det handler om tilegnelse av kunnskap (ibid). En av lederne beskrev undervisning til de ansatte i ulike fora. Hun snakket om undervisning i forhold til noe de ser er utfordringer *«Noen ganger er det en lege som har undervisning. Vi velge en ting som vi går igjennom som vi ser at de har hatt utfordringer med»* (L1). Eller at det er behov for undervisning i forhold til et teknisk apparat. *«Hvis det er feil som er gjort i forhold til noe utstyr som vi ser er gjengangere. Så hender det at vi tar ut i grupper undervisning om akkurat den tingen»* (L1). Det var videre flere av lederne som

beskrev at det var viktig med tilrettelagt undervisning for sykepleierne. En sa det slik: «*Så handler det også om mer personlig tilrettelegging for ansatte i forhold til hvor langt de har kommet*» (L5). En annen beskrev at hvis de opplevde at en sykepleier hadde et eller flere avvik som krevde mer praktisk opplæring, så ga de det individuelt. Noen ganger måtte noe av den systematiske opplæringen de hadde fått gjentas. En annen leder beskrev behov for mer kunnskap hos ferievikarer og at de hadde laget en egen opplæringsdag for dem før sommerferieavviklingen. «*En egen sånn opplæringsdag for alle ferievikarer. Vi gikk igjennom hva vi synes var viktigst at de kunne. Da ble det bedre neste sommer*» (L3).

Videre vil noen av svarene som handlet om **deltakerperspektivet** presenteres. Læring foregår gjennom deltakelse i praksis på arbeidsplassen (Filstad, 2010, s. 20). Det er mange som kan oppleve noe av det samme og det kan dermed være gjenkjennbart. Det er som en leder sier: «*Stort sett er det liksom ikke bare en person som har opplevd dette, men mye som er gjenkjennbart*» (L4). Alle intervjuobjektene svarte at hendelsene var noe de skulle lære av. Det ble blant annet uttalt slik: «*Jeg tenker at uønskede hendelser er noe som vi kan lære av*» (L1) og «*Det handler om læring, hvordan bli bedre i den jobben en har*» (L5). En lærer altså gjennom erfaring i sitt praktiske arbeid.

Når de uønskede hendelsene og tiltakene blir formidlet ut til de ansatte, fører det til at erfaring og kunnskapen blir delt. Ansatte som ikke selv har vært i hendelsen vil få kjennskap til det som har skjedd og kan kjenne seg igjen i situasjonen. Noen tiltak som settes i verk vil føre til at de ansatte får tilegnet seg kunnskap. I neste avsnitt vil noen av funnene presenteres og drøftes opp mot Senges fem disipliner.

SENGES FEM DISIPLINER

Senges fem disipliner er systemtenkning, personlig mestring, mentale modeller, å skape felles visjon og gruppelæring (Filstad, 2010, s. 46-48; Senge & Lillebø, 1999, s. 12-16; Wadel, 2008, s. 107). Som beskrevet under teorien kan det være både læringsdisipliner og ledelsesdisipliner. Senge har sitt fokus på ledere og deres rolle (ibid).

Mange av intervjuobjektene uttrykte at de var opptatt av at sykepleierne skulle oppleve **personlig mestring** etter en uønsket hendelse. En av lederne uttrykte det slik: «*En del av sakene krever en personlig samtale med den det gjelder for å trygge de for å gå videre. I noen av sakene kan også et møte mellom lege og sykepleier være nødvendig for å få trygghet og*

oppfølging» (L1). Det kom også tydelig frem i undersøkelse at lederne var opptatt av å skape et kollegafellesskap der det opplevdes lett å snakke om uheldige hendelser. En leder beskrev det slik: «skal ikke være redd for å si det høyt til mine kollega, ta det opp å lufte det» (L2). Mens en annen leder hadde et eksempel fra fagdagen når en uheldig hendelse ble tatt opp. «Det at de kommer med kommentarer på det som er gjort selv. Ja, det er jo kjempeflott syns jeg. De kommer med hva som har gjort at hendelsen ble sånn. Mer forklaring enn det som står på den skriftlige biten da» (L1). Sitatene over viser at flere av lederne følger opp den enkelte sykepleier og hjelper til for å håndtere hendelsen de har opplevd. «Personlig mestring er et spørsmål om individets evne, men også vilje, til å lære og dermed mestre» (Filstad, 2010, s. 46). Leder kan ha en sentral rolle i å motivere den enkelte til å ville lære av de situasjoner den kommer i. I lys av at enhetens evne til å lære ikke kan blir større enn det den er hos summen av de ansatte (Senge & Lillebø, 1999, s. 13) kan det synes som om leder i enda større utstrekning kunne ha motivert den enkelte sykepleier til å lære av de uønskede hendelsene.

Funn fra studien viser at mange av lederne er opptatt av å finne møteplasser for å snakke om det som har skjedd, det viser at de har fokus på **mentale modeller**. Det er omstendigheter for nye tankemønstre (Wadel, 2008, s. 12). Mange sa at de ofte snakket med de som hadde meldt hendelsen for å høre litt mer rundt det og hva de tenkte. Flere påpekte at de hadde fokus på at den ansatte selv skulle reflektere, gjerne sammen med leder og kollega. Det var som en sa: «Jeg vil jo gjerne ha en diskusjon rundt bordet og der de kan komme med sine tanker. Jeg liker den dialogen med alle. Å at de må si noe om hvordan vi skal unngå at dette ikke skal skje om igjen» (L2). En av lederne ønske seg flere arenaer med mulighet for refleksjoner og diskusjoner. Hun sa: «jeg tenker kanskje det å ha mer refleksjon, kanskje ha større mulighet for å ha diskusjoner. Vi har relativt få felles diskusjonsarenaer som sykepleiere. Mange av de som vi leder har stort sett praktisk drift og vi har døgndrift, som tilsier at det er vanskelig å samles. Vi har få treffpunkt der flere er sammen» (L5). Funn i datamaterialet tyder på at lederne er opptatt av at de skal ha dialog med de som melder. Samtidig uttrykker de også et ønske om å ha møteplasser for å reflektere over hendelsene. De påpeker at det er en mangelvare og at døgndrift forsterker denne utfordringen. Studiens funn viser at lederne har svært begrenset med muligheter for dialog da de ikke har møteplasser til diskusjon og refleksjon med sine ansatte. Sykehusene har tatt i bruk NPM-inspirerte styringsideologier som innebærer mye mål- og resultatstyring (Kjekshus et al., 2012). Arbeid med å ha gode dialoger er utfordrende å overføre direkte til målbare tall og kan ha sammenheng med at dette ikke er høyt prioritert. Ut fra empirien om hvor mye tid de i gjennomsnitt bruker på dette arbeidet,

kan det stilles spørsmåltegn ved om lederne avsetter tilstrekkelig med tid til arbeidet. Dette er mer utdypende beskrevet under kapittel 5.2.1. Empirien tyder på at lederne ikke i tilstrekkelig grad avsetter tid til de «lærende» samtaler som ifølge Senge er en del av mentale modeller. Lærende samtaler er der mennesker både kan blottstille sin egen tankegang og åpner seg for påvirkning fra andre (Senge & Lillebø, 1999, s. 14). Funn fra studien viser at det er noe som i lite grad lederne ser ut til å gjennomføre. Det eneste som ser ut til å være tilstede i noen grad er «lærende» samtale mellom ansatte og leder. Studien indikerer at det er behov gjennomføring av lærende samtaler. Da må lederne først avsette mere tid til dette arbeidet. Et annet spørsmål er i hvilken grad lederne har denne evnen, det gir dessverre ikke studiens empiri svar på. Lederen må ha evnen til å gjennomføre «lærende» samtaler, hvor mennesker både blottstiller sin egen tankegang og åpner for påvirkning fra andre (Senge & Lillebø, 1999, s. 14).

Det handler videre om å skape en felles visjon ved å avdekke et felles «bilde av fremtiden» som fremmer ekte innsatsvilje og deltagelse» (Senge & Lillebø, 1999, s. 15). Svaret fra en av lederne viser at hun er opptatt av å **skape en felles visjon**: *«jeg tenker vel at det at alle som jobber på sykehuset bør ha et fokus rundt at det er utkommet til pasienten som er målet for all aktivitet. Mitt fokus at det å gjøre de best mulig rusta til å gi pasienten et best mulig utkomme» (L1).* *«Jeg tenke at det er viktig, spesielt å formidle min holdning om at det skal være ufarlig å melde hendelser. Og vi skal ønske at vi kan få lukket hendelser på en måte at vi har endra og unngår uønskede hendelser mest mulig» (L1).* Funnene viser at det fremstår sentralt for lederne å bidra til at de ansatte så hensikten med endringen. De har ansatte som opplever at det er viktig å gjøre endringen etter uønskede hendelser. Videre beskriver lederne at de er opptatt av å formidle ut hendelsene og tiltakene, men de uttalte ikke noe om hvor de ønsket enheten skulle være etter at tiltakene var satt i verk. Studiens funn tyder på at å *skape en felles visjon* var lite vektlagt. Om målet hadde blitt formidlet ut på en måte som skapte en felles visjon i enheten kunne trolig enhetene opplevd enda mer innsatsvilje og deltagelse fra de ansatte. Lederne kunne trolig hatt en gevinst i å skape en felles visjon.

Gjennom dialog og gode diskusjoner utvikles enheten gjennom enhetens kollektive tenkning (Filstad, 2010, s. 47). Enheten lærer å mobilisere energi, og dermed øker deres muligheter til kompetanse (ibid). En av lederne beskrev **gruppelæring** slik: *«jeg tenker generelt det med læring, det de lærer hverandre, hvordan ting kan gå galt og hvordan en kan gjør det bedre. Det er utrolig viktig» (L5).* En av lederne nevnte fagrådets betydning for læring på tvers. *«Vi*

har jo begynt med fagråd nå på tvers av sykehusene. Så nå skal vi se på uønska hendelser på tvers så vi kan lære av hverandre» (L3). Samme leder var også opptatt av at flere hendelser med fordel kunne bli tatt opp på et høyere ledernivå for å få til læring på tvers av enheter. Det fremkommer av funn at lederne tar opp de uønskede hendelser i ulike fellesarena. Det viser at de har fokus på at sykepleierne i enhetene skal lære av de uønskede hendelsene, nemlig gruppelæring.

Systemtenkning utgjør en underliggende helhetlige tankegang, istedenfor å bare fokusere på øyeblikksbilde (Senge & Lillebø, 1999, s. 13). Funn fra studien viser at lederne i hovedsak har systemtenkning i sitt arbeid, men at noen ledere i enkelte saker ikke ser lengre enn til et personfokus. Til mer utfyllende beskrivelse av systemtenkning vises til kapittel 5.3 «Person- og systemtilnærming».

Studiens funn fra intervjuene viser at personlig mestring, gruppelæring og systemtenkning ser ut til å være noe lederne vektlegger i arbeidet med de uønskede hendelsene. Mentale modeller og å skape felles visjon ser ut til å være disipliner som i liten utstrekning blir vektlagt. Videre nå vil funn fra medarbeiderundersøkelsen bli presentert og drøftet.

5.4.2 Medarbeiders opplevelse

Hvert år gjennomføres det en medarbeiderundersøkelse som har fokus på både arbeidsmiljø og kvalitet. I dette studie er det valgt å innhente resultat fra to av spørsmålene som omhandler arbeidet rundt uønskede hendelser. Enhetene hadde en svarprosent mellom 63-100 %. Første spørsmål det er innhentet svarresultat fra er: «*Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag*». Her hadde to av enhetene, L2 og L3, lavere skår enn resultatet for hele helseforetaket (HF). Svar fra de andre enhetene var alle godt over gjennomsnittet for HF. Det andre spørsmålet er: «*Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem*». Her var det kun enhetene representert med L2 som hadde lavere skår enn resultatet for hele HF. De andre enhetene var alle godt over gjennomsnittet for HF.

L2 og L3 er begge ledere for enhetene som er definert i gruppen «mange» uønskede hendelser. Lederen har dermed mange hendelser å behandle. Det gjelder i mindre grad L3 som også hadde andre ledere som behandlet noe av meldingene. Funn viser at leder med mange hendelser har lavere skår enn de andre enhetene. Det kan tyde på at ledere med mange uønskede hendelser ikke greier å følge opp de uønskede hendelsene like godt som de med

færre hendelser. At det foreligger en sammenheng mellom antall uønskede hendelser og om det diskuteres åpent i enhetene er mindre sannsynlig. Studiens empiri gir ingen indikasjon på hva årsaken kan være.

Resultatene hos L2 skiller seg ut med vesentlig lavere skår. Enheten hadde en svarprosent på over 80 og må dermed sies å kunne være representativ. Disse svarene står i kontrast til funn fra intervjuet med denne lederen. Dette funnet viser at det ikke alltid er samsvar mellom leders oppfatning og den oppfatning personalgruppen har av situasjonen.

Personalgruppens opplevelse om de *diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem* kan sees i lys av Senge sin disiplin; mentale modeller. Da deler den enkelte ansatte ærlige fra sine egne tankeganger og er åpne for å la seg påvirke fra andre (Senge & Lillebø, 1999). Sykepleiens avviksundersøkelse fra 2015 (Hofstad) viste til følgende funn: Det var 34 % som sier det ikke ble noen konsekvens av avviksføringen og 42 % får sjelden eller aldri tilbakemelding fra ledelsen på avvikene. I spesialisthelsetjenesten kjenner 51 % ikke til et godt eksempel fra sin arbeidsplass på at det nytter å melde avvik (ibid). Funn fra undersøkelsen fra Sykepleien i 2015 satt opp mot studiens funn i 2021 viser at det har skjedd en forbedring på dette området. Selv om dette er to helt ulike undersøkelser, gir de begge resultat i forhold til hvordan de ansatte opplever arbeidet. Det ser ut til å være en utvikling i god retning der funn fra det siste studiet tyder på mer informasjon og involvering av de ansatte.

5.4.3 Trippel heliks-modellen

Tråden *hendelse/erfaring* representerer den individuelle kunnskapen omkring den uønskede hendelsen (Aase & Wiig, 2018, s. 103). Under intervjuene beskrev lederne tydelig at de leser meldingene nøye og etterspør opplysninger ved behov for ytterlige opplysninger for å få full oversikt over hendelsen. På den annen side viser dokumentgjennomgangen at en god del av hendelsene ble lukket uten at det var kommet noen tilbakemeldinger. Om dette er fordi de har hatt en muntlig dialog med vedkommende gir funn fra studien ikke svar på. Men trolig blir en del hendelser lukket uten tilbakemelding. Det kan tenkes at dette er fordi leder har behov for å komme videre i arbeidet og ikke bruke alt for mye tid på hver hendelse.

Kreativ dialog er tråden som representerer dialogen som foregår rundt hendelsen på individuelt eller kollektivt nivå (Aase & Wiig, 2018, s. 103-105). Det krever møteplasser og

rom for felles refleksjoner blant praksisutøvelser (ibid). Beskrivelse i intervjuene viser at lederne er opptatt av dialog om selve hendelsen og hvilke tiltak som de mener er hensiktsmessig. Dette beskriver intervjuobjektene at de gjør sammen med melder av hendelsen, overordnet og i kollega fellesskapet. Samtidig viser studiens empiri at mange ledere opplever at de har begrenset arena til denne type dialog. Dette fordi de har mange som går i turnus og har få møtepunkter med store deler av kollegaene samlet på en gang. De beskriver at de prøver å gjennomføre noen dialoger i lunsjer, men at det da er helt avhengig om de ansatte får mulighet til å være tilstede. Studiens empiri bekrefter at lederne ikke har tilstrekkelig rom eller tid til å få gjennomført dialoger i en hektisk hverdag.

Sørås (2007, s. 111) tar til orde for at en allmenn regel i forbedringsarbeidet bør være at de ansatte selv bidrar aktivt til å komme med løsninger, uansett om løsningene avviker litt fra hva ledelsen skulle ønske. Denne tilnærmingen samsvarer med endringsstragi O og OU som legger vekt på demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeiderne (Jacobsen, 2018). Veileder ledelse og kvalitetsforbedring (2017, s. 23) beskriver viktigheten ved å analysere hva som er årsak til hendelsene, det vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Funn fra medarbeiderundersøkelsen viser at ansatte opplever at det diskuteres åpent om de feil og mangler som oppstår for å lære av dem. Det er kun en av enhetene det er hentet empiri fra som lå under gjennomsnittet i HF.

Kollektiv praksis som er siste tråden handler om å følge opp tiltak etter den kreative dialogen og gjennomføre endring av praksis (Aase & Wiig, 2018). Det er beskrevet under kapittel 5.2 OU, der funn viser at lederne ser ut til å ha fokus på å gjennomføre tiltak, men at disse i liten grad blir evaluert. I *Veileder ledelse og kvalitetsforbedring* (2017, s. 30) påpekes det at det ikke bør undervurderes hvor krevende det er å få til endring i praksis. Det krever tett lederoppfølging og konstant fokus for å skape resultater og vedlikeholde dem. Det må være åpenhet i miljøet hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til forbedring (ibid). Studiens funn kan tyde på at lederne har fullt fokus på iverksetting av tiltak, men at de i mye mindre grad følger opp tiltakene. Det kan se ut til at lederne er så effektive og har så mange fokus, at når tiltaket er satt i verk følger de det ikke videre opp. Om dette stemmer er det lite oppfølging av om tiltaket som er satt i verk fører til ønsket endring. Det kan se ut til at lederne har en overdrevet tro på at når tiltak er satt i verk så er jobben gjort.

Krogstad & Saunes (2009) skriver at det ser ut som om norske sykehus er i ferd med å slutte seg til holdningen som nå brer seg internasjonalt, nemlig at den primære hensikten med uønskede hendelser blir læring. Meldesystemer internasjonalt kalles nå *Reporting and learning system* (ibid). Flere av lederne nevner områder som omhandler organisatorisk læring. Det var som en sa det: «*man må snakke med den enkelte som har vært involvert og så må man ta det opp i posten for å lære av det*» (L4). Men det er ingen ting i datamaterialet som tyder på at noen av lederne brukte modeller som sikrer en slik læring.

OPPSUMMERING

Hvordan arbeider leder med organisatorisk læring?

Funn fra studien viser at lederne er opptatt av å ha en åpen dialog med sine ansatte om de uønskede hendelsene. De er opptatt å ta vare på den enkelte som har meldt hendelsen, samtidig som de snakker om dialog med hele personalgruppen. Det kan se ut til at lederne ofte avslutter sitt arbeid når de har satt i gang tiltakene uten å følge de opp noe videre.

6. OPPSUMMERING

Tittelen på denne masteroppgaven er «*Uønskede hendelser – en gullgruve til forbedring?*» Hvorvidt disse hendelsene er en gullgruve, avhenger av hvordan man forholder seg til hendelsene – om disse følges opp og man iverksetter tiltak for å hindre at de gjentar seg, eller om de ikke følges opp. I denne oppgaven har jeg valgt å se i dybden på hvordan sykepleieledere innen spesialisthelsetjenesten arbeider med de uønskede hendelsene. Jeg har først sett på hvordan de definerer uønskede hendelser. Deretter har jeg sett på ledernes fokus og arbeid i fasene planlegging, gjennomføring og evaluering og korrigerings. Jeg har videre valgt å ha et fokus på person- og systemtilnærmingen. Før jeg til slutt har sett på i hvilken grad lederne fremmer organisatorisk læring.

Gjennom semi-strukturerte intervju har jeg fått innblikk i seks enhetsledere sine refleksjoner og tanker rundt arbeid med uønskede hendelsene. I tillegg har jeg empiri fra dokumentgjennomgang hvor jeg har studert alle innmeldte uønskede hendelsene og hvordan de er behandlet, samt funn fra to spørsmål fra en medarbeiderundersøkelse ved sykehuset som omhandler teamet. Den samlede empirien er blitt belyst ut fra utvalgte teorier og gir således innblikk i ledernes forståelse, tilnærming og arbeid med uønskede hendelser.

Jeg har valgt å bruke ulike teoretiske rammeverk som grunnlag for drøfting av studiens empiriske funn. Teorier om organisasjonsutvikling er tatt i bruk for å analysere endringsprosessen fra en uønsket hendelse er beskrevet til forbedringen er gjennomført og implementert. Deretter har jeg brukt teorier om person- og systemtilnærming for å analysere ledernes tilnærming til uønskede hendelser. Jeg har også brukt teorier om organisatorisk læring for å analysere hvordan lederne arbeider med uønskede hendelser. Jeg vil i dette avsluttende kapittelet trekke frem hovedfunnene og besvare problemstillingen, før jeg avslutter med noen betraktninger rundt videre forskning.

6.1 Oppsummering av funn

For å gi en oppsummering av studiens funn tar jeg utgangspunkt i problemstilling som i denne studien har vært:

Hvilken tilnærming har ledere i sykehus til «uønskede hendelser» og hvordan arbeider de for å forebygge dem?

6.1.1 Ledernes tilnærming til «uønskede hendelser»

Første del av problemstillingen er belyse under diskusjonen; *hvordan lederne definerer uønskede hendelser* sammen med diskusjonen av forskningsspørsmålet; *Hva preger ledernes tilnærming til de uønskede hendelser?* Ut fra informasjonen fra intervjuene hadde lederne et ganske sammenfallende beskrivelse av hva uønsket hendelse var. De var opptatt av at hendelsene som ble meldt skulle tas på alvor og det skulle være stor takhøyde for hva som kunne meldes. Empirien viste at de fleste meldingene ble behandlet og at det var få som ble avvist. Rapporter om nesten-hendelser var omtrent fraværende og det kan tyde på at det er en ubrukt ressurs. Dersom nesten-hendelser blir meldt og det gjøres tiltak, kan fremtidige uønskede hendelser unngås. Dette skjer når tilstrekkelige tiltak setter i verk, som så bidrar til å tette latent svikt. Lederne må ha kjennskap til at nesten-hendelser også skal meldes, samt forstå fordelene med å få til forbedring etter nesten-hendelser. Videre må lederne oppmuntre de ansatte til å melde inn nesten-hendelser. Studiens empiri vist at lederne ikke har noe bevisst forhold til om de bruker ordet *uønskede hendelser* eller *feil*. Selv om feil er mest knyttet opp mot personfokus, mens uønskede hendelser knyttes mer til systemfokus så synes ikke valg av ord til å henge sammen med leders tilnærming. Studiens funn tyder på at man har kommet bort fra «shame and blame kultur» (Hjort, 2007) og nå er over på å ha fokus på system. Det var kun noen få funn som viser et personfokus. Det som derimot studiens funn viser er at de uheldige hendelsene ofte ble lukket med kun ett tiltak. Lederne kunne trolig sett etter flere årsaker til hvorfor hendelsen skjer. Slik kunne flere latente svikt bli tettet for å hindre fremtidige uønskede hendelser.

6.1.2 Hvordan arbeides lederne for å forebygge «uønskede hendelser»

Andre del av problemstillingen er belyses under diskusjonen av forskningsspørsmålene; *hvilket fokus leder har på endring og hvordan leder arbeider med organisatorisk læring*. Studiens funn viser at leder har sitt hovedfokus på opptining- og endringsfasen. Videre er lederne opptatt av å motivere til endring. Funnene viser imidlertid at de ikke bruker mye tid på dette arbeidet. Dokumentgjennomgang vist at det er lang behandlingstid på mange av de uønskede hendelsene. Tiltak som settes i verk er ofte «informasjon ut til personalet». Det er under 1/3 av tiltakene som omhandler reelle forbedringstiltak. Når det gjelder gjennomføring av tiltakene fokuseres det mye på informasjon. Videre viser funn at lederne i all hovedsak tar i bruk en demokratisk prosess der leder er opptatt av å inspirere og støtte personalet, endringsstrategi O (utvikle organisasjonens menneskelige evner). Men at de i noen tilfeller må ta i bruk en tilnærming som ligner mer på endringsstrategi E (skape økonomisk verdier).

Nedfrysingsfasen er det i mindre grad fokus på, selv om funn fra studien viser at noen av lederne også har sin oppmerksomhet på evaluering og korrigerende. Når det gjelder organisatorisk læring viser studiens funn at lederne er opptatt av dialog med sine ansatte og har fokus på systemtenkning. Men at de i mange sammenhenger mangler arena og tid til å gjennomføre dette. Videre er mentale modeller og det å skape felles visjon i liten grad anvendt.

6.1.3 Sammenligning mellom casene

Funnene fra denne studien tyder i liten grad på store variasjoner mellom svarene i casene *få* og *mange* meldte uønskede hendelser. Det er kun innenfor to områder funn fra studien viser en klar forskjell. Et område som viser en klar forskjell er behandlingstiden. Her viser mitt datamateriale at lederne i case *mange* har høyere behandlingstid enn gjennomsnittet på hele utvalget. Det andre området er medarbeidernes opplevelse av leders arbeid. Svar fra medarbeiderundersøkelsen viser at lederne fra case *mange* fikk lavere skår enn lederne i case *få* når det gjelder å følge opp uønskede hendelser og forbedringsforslag. Dette funnet kan tyde på at ledere i case *mange* ikke følger opp de uønskede hendelsene like godt som de i case *få*. Sykehuset har institusjonalisert rutiner for arbeidet med uønskede hendelser. Studiens funn viser at lederne i case *mange* opplever at det kan være vanskelig å følge opp disse på en tilfredsstillende måte. Med mange meldinger pr ansatt vil det være mer tidkrevende og disse lederne må dermed settes av mer tid til dette arbeidet. Studiens funn tyder på at lederne ikke har prioritert tilstrekkelig tid til dette arbeidet. Eller at de har små mange ansatte at tiden ikke strekker til.

6.2 Forslag til forbedring

Plikten til å melde fra om uønskede hendelser og evaluere dem er en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet (Molven, 2015, s. 279). Det er derfor viktig at lederne bidrar til at uønskede hendelser blir meldt og behandlet slik at det fører til forbedring. På bakgrunn av funn fra denne studien kommer jeg med forslag til forbedringer av arbeidet med å hindre uønskede hendelser i sykehus. Studiens empiri tyder på at det trengs mer forbedringskunnskap blant lederne. Videre viser studien at det er behov for mer opplæring i meldesystemet, og at det er behov for kunnskap om forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Med mer kunnskap om hvordan man arbeider med organisasjonsutvikling, kunne uønskede hendelser i større grad bli brukt til forbedringsarbeid. Aase og Wiig (2005) har tatt til orde for at **Trippel heliks-**

modellen bør legges til grunn ved læring etter uønskede hendelser. Funn fra denne studien viser at *elementene* fra modellen langt på vei er i bruk av lederne i sitt arbeid med uønskede hendelser, samtidig som at ingen funn i studien tyder på at *modellen* er tatt i bruk ved sykehuset. Siden elementene fra Trippel heliks-modellen er gjenkjennbare i beskrivelsene av ledernes arbeid, kunne denne modellen bli brukt i undervisning for å styrke organisatorisk læring. Trippel heliks-modellen favner langt på vei Senges fem disipliner, i en forenklet versjon som ville være mulig å bruke i sykehus. Når det gjelder det å ha tid til dialog er dette avhengig av størrelsen på enheten. Det kunne vært hensiktsmessig å ikke ha alt for store enheter. Samtidig må det settes av tid og rom for dette arbeidet, selv om det ikke kan måles i produktivitet. Et annet forslag på bakgrunn av studien, kunne være å ansette eller utvelge en kvalitetskoordinator som har sitt hovedfokus på kvalitet og forbedringsarbeid. Ved å ha en slik ressurs på avdelingsnivå kunne den være til god støtte og pådriver for forbedringsarbeid for flere enhetsledere i avdelingen.

6.3 Forslag til videre forskning

Jeg håper denne studien kan være et bidrag til mer innsikt i hva som må til for å oppnå økt læring og kontinuerlig forbedring etter uønskede hendelser. Jeg har i denne studien hatt fokus på *leders* arbeid rundt de uønskede hendelsene. Det kunne vært interessant og se på samme problemstilling opp mot *medarbeideres* opplevelse av dette arbeidet. Et annet forslag til videre forskning er å gå dypere inn i den store medarbeiderundersøkelsen og studere de elementene som har med kvalitetsforbedring og studere dette ut fra flere yrkesgrupper i ulike hierarkiske plasseringer.

LITTERATURLISTE

- Alsvik, J. G. (2010). *Uønskede hendelser i kommunale sykehjem* [Master, University of Stavanger, Norway].
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier : forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten : arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal akademisk.
- Baklien, B. (1993). Organisatorisk læring og omstilling IO. Nordhaug (Red.), *Kompetansestyring* Tano.
<https://www.nb.no/items/1cfd00f29330624033591a1df96a2bf6?page=187&searchText=oaiid:%22oai:nb.bibsys.no:999309747274702202%22>
- Bauer, J. & Mulder, R. H. (2007). Modelling learning from errors in daily work. *Learning in health and social care*, 6(3), 121-133. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2007.00150.x>
- Beer, M. & Nohria, N. (2000). *Breaking the code of change*. Harvard Business School.
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A. & Vincent, C. (2009). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care*, 18(1), 11-21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024166>
- Berg, L. N. (2015). *Multifaglig ledelse–Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer* [Dr. polit-avhandling, Universitetet i Bergen].
- Berg, O. (2005). Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. *Oslo: Den norske legeforenings skriftsserie*.
- Berwick, D., Bibby, J., Bisognano, M., Callaghan, I., Dalton, D., Dixon-Woods, M. & ... Vincent, C. (2013). *A promise to learn - a commitment to act. Improving the safety of patients in England*. National Advisory Group on the Safety of Patients in England.
- Berwick, D. M. & Nolan, T. W. (1998). Physicians as leaders in improving health care: a new series in Annals of Internal Medicine. *Annals of Internal Medicine*, 128(4), 289-292.
- Bone, D. (2002). Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. *International Journal of Public Sector Management*.
- Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G. S., Nyen, B. & Nelson, E. C. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Qual Saf*, 20(3), 251-259.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.038604>

- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2018). Pasientsikkerhet - dagens struktur. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (3. utg., s. 49-63). Universitetsforlaget.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre : om design av samfunnsvitenskapelige forskingsprosjekt*. Universitetsforlaget.
- Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. O. (2003). *Endringsledelse i det offentlige* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalin, Å. (1999). *Veier til den lærende organisasjon*. Cappelen akademisk forl.
https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010040605066?page=73
- Ekman, G. A.-S. (2013). *Læring av uønskede hendelser* [Master, Universitetet i Oslo].
- Engås, A.-M. (2010). *Sykepleieres opplevelse av læringsprosessen i organisasjonen etter meldte uheldige hendelser—en intervjustudie* [Master, The University of Bergen].
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring : fra kunnskap til kompetanse* (2016 2. utg.). Fagbokforlaget.
- Fitzgerald, R. & etal. (2011). Irish staff nurses perceptions of clinical incident reporting. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 3(2), 14-21.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)* (2016-1036). <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- George, A. L. & Bennett, A. d. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. MIT Press.
- Guldvog, M. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet.
- Hartnell, N., MacKinnon, N., Sketris, I. & Fleming, M. (2012). Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. *BMJ Quality & Safety*, 21(5), 361-368. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000299>
- Health, D. o. (2000). *An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer* (0113224419). HM Stationery Office.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester* (10) [Stortingsmelding]. Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

- Helsepersonelloven – hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hennestad, B. W. & Revang, Ø. (2017). *Endringsledelse og ledelsesendring : fra plan til praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Hjort, P. F. (2004). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering*. Sosial- og helsedirektoratet.
https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2018042348046
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok*. Gyldendal akademisk.
<https://www.nb.no/search?q=oaiid%3A%22oai%3Anb.bibsys.no%3A990702067754702202%22&mediatype=b%C3%B8ker>
- Hofstad, E. (2015). Sykepleiens avviks-undersøkelse. *Sykepleien*, 3.
<https://sykepleien.no/2015/03/sykepleiens-avviksundersokelse> og
<https://sykepleien.no/2015/03/sykepleien-32015>
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hustad, W. (1998). *Lærande organisasjoner : organisering for kunnskapsutvikling*. I. Samlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Jeffs, L., Berta, W., Lingard, L. & Baker, G. R. (2012). Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese holes. *BMJ Qual Saf*, 21(4), 287-294.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000256>
- Jensen, A. (2019). *Kvalitetsorientert ledelse : En casestudie fra to distriktspsykiatriske sentre* [Master, Universitetet i Agder]. Kristiansand.
- Kjekshus, L. E., Byrkjeflot, H. & Torjesen, D. O. (2012). Organisering og ledelse i sykehus etter NPM - legenes tilbaketrekning? . I A. Tjora & L. r. Melby (Red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 105-117). Gyldendal Akademiske.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human : building a safer health system*. National Academy Press.

- Konsmo, T., Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. N. k. f. helsetjenesten.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Krogstad, U. & Saunes, I. S. (2009). *Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus* (Bd. nr. 28-2009). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lipczak, H. & Schiøler, T. (2003). Rapporteringssystemer. I B. L. Pedersen & T. Mogensen (Red.), *Pasientsikkerhed - fra sanktion til læring* (s. 95-109). Munksgaard Danmark.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg.). Gyldendal juridisk.
- NOU 1997:2. *Pasienten først!* Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2015:11. *Med åpne kort*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning.
- Nyeng, F. & Wennes, G. (2006). *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Cappelen akademisk.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Pedersen, B. L. & Mogensen, T. (Red.). (2003). *Pasientsikkerhed : fra sanktion til læring*. Munksgaard.
- Perneger, T. V. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? *BMC Health Serv Res*, 5(1), 71-71. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-71>
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford: University Press. <https://doi.org/10.1177/0020852312437323>
- Ravndal, M. (2012). *Rapportering av uønskede hendelser på et sykehus-ansattes erfaringer med et elektronisk meldesystem* [Master, University of Stavanger, Norway].
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Roald, A. S. (2013). *Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus* [Master, Universitet i Oslo]. Oslo.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations : ideas, interests, and identities* (4. utg.). Sage.
- Senge, P. M. (1990). The leader's new work: building learning organizations. *Sloan management review*, 32(1), 7.
- Senge, P. M. (1992). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. Century Business.
- Senge, P. M. & Lillebø, A. (1999). *Den femte disiplin : kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Egmont Hjemmets bokforlag. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2017112348566?page=3
- Spesialisthelsetjenesteloven – sphl. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St. meld. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?ch=1>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Swart, J. & Pye, A. (2002). Conceptualising organizational knowledge as collective tacit knowledge: a model of redescription. Third European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities, Athens, Greece,
- Swart, J. & Pye, A. (2003). Collective tacit knowledge: integrating categories in the process of organisational learning. Organisational Learning and Knowledge International Conference, Lancaster University,
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus : forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Universitetsforlag.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Torjesen, D. O. (2007). *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten* [Dr.polit-avhandling, Universitetet i Bergen].

- Torjesen, D. O., Byrkjeflot, H. & Kjekshus, L. E. (2010). Ledelse i helseforetakene - en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. I S. m. r. Askvik (Red.), *Kunnskap om Ledelse*. Festskrift til Torodd Strand, Fagbokforlaget.
- Vabo, S. I. & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforl.
- Veileder ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. (2017). *Veileder til forskriften ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet., <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Wadel, C. (2004). *Endringsledelse mot en lærende organisasjon*. SEEK.
- Wadel, C. (2008). *En lærende organisasjon : et mellommenneskelig perspektiv*. Høyskoleforlaget.
- WHO. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
- Wiig, S. & Aase, K. (2006, 13.06). Sykehus lærer ikke av feil. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/y4PJR/sykehus-laerer-ikke-av-feil>
- Wiig, S. & Aase, K. (2007). Fallible humans in infallible systems? Learning from errors in health care. *Safety science monitor*, 11(3), 1-13.
- Wojciechowski, E., Pearsall, T., Murphy, P. & French, E. (2016). A case review: Integrating Lewin's theory with lean's system approach for change. *Online journal of issues in nursing*, 21(2).
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5. utg.). SAGE.
- Yukl, G. A. (2006). *Leadership in organizations* (6. utg.). Pearson Prentice Hall.
- Øgar, P. & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll : ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Gyldendal akademisk.
- Østfold sykehus. (2018). Hentet 13.mai2021 fra <https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/derfor-forteller-vi-om-feilene-som-skjer>
- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiig, S. (2005). *Ein lærande organisasjon - hva må til?* Helsetilsynet. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/tilsynsmelding/2005/laerande_organisasjon.pdf
- Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. I *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Tusen takk for at du tok deg tid til å delta i studien!

Hensikten med intervjuet er som du vet å undersøke **hvordan ledere arbeider med «uønskede hendelser»**.

Svarene blir ikke delt med andre enn min veileder og alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Minner om at det er frivillig å delta og at du når som helst kan trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn.

PAUSE – til spørsmål og kommentar – før fortsettelsen.

Dette intervjuet blir tatt opp og senere transkribert og analysert. Mulig jeg tar noen notater underveis. Jeg **starter opptaket** nå.

A) Innledende spørsmål

1. Hvor mange **ansatte** er du leder for (evt også årsverk)?
2. Hvilke formell **kompetanse og erfaring** har du som leder?
3. Hvor mange **år** har du arbeidet som leder?
4. Kan du beskrive «**vanlige**» **arbeidsoppgaver** i din jobb?
5. Hvilke av disse **arbeidsoppgavene** tenker du er **viktigst**?

B) Hvilke forståelse har ledere i sykehus av uønskede hendelser

6. Hva er dine **umiddelbare tanker** når du høre ordene «uønskede hendelser»?
7. **Hvor viktig** opplever du arbeid med uønskede hendelser er?
8. Er arbeid med uønskede hendelser noe som du jobber **regelmessig med eller ad hoc**?
9. Hvor mye tid bruker du anslagsvis pr. mnd. på «uønskede hendelser»?
10. Hvor lang tid tar det i gjennomsnitt fra en hendelse er meldt til tiltak er iverksatt?
11. I hvilke grad opplever du **behov for system eller personfokus** i dette arbeidet?

C) Hvordan arbeider leder med de uønskede hendelsene for å forebygge dem

12. Kan du beskrive hvordan du arbeidet **frem til tiltak er definert**?
-alene eller sammen med andre (evt med hvem)
13. Hvordan og hva **formidles ut** fra de uønskede hendelsene til dine ansatte?

- Gjengir den uønskede hendelsen eller anonymiserer den
 - Fokus på forbedringstiltakene
14. Hva vektlegger du for å oppnå **oppslutning** rundt tiltak?
15. Hvordan arbeider du for at tiltak som er definert blir **implementert**?
- følge opp og evaluering de tiltak som settes i verk
16. Hva tenker du er årsakene til at personalet ikke endrer adferd i trå med tiltaket?
17. *Hvordan arbeider du for å oppnå læring etter uønskede hendelser?*
- *Individuelt eller i grupper*
18. Hvilke del av arbeidet rundt uønskede hendelser oppleves som **utfordrende, og hvordan håndterer du det?**
19. I hvilke grad opplever du at uønskede hendelser fører til **forbedring/forebygging** av fremtidige uønskede hendelser?
- Evt komme med eksempler
20. Hvordan påvirker **rammevilkårene** dine mulighet til forbedring?
- Økonomi, personell, handlingsrom, størrelse på enhet/antall ansatte, systemer
21. Hvor avgjørende opplever du at din **lederrolle** er i arbeidet med de «uønskede hendelser»?

D) Avrunding

Helt til slutt, er det noe jeg ikke har spurt deg som du ønsker å si noe om. Noe mer du ønsker å formidle?

Tusen takk igjen, for at du ville delta! Jeg slår av opptaker nå.

Kan du skrive ut samtykkeskjema og sende det til meg i internposten?

I tillegg til intervjuet ønsker jeg å innhente noen sekundærdata:

- gjøre en dokumentgjennomgang av meldte uønskede hendelser i din enhet. Er det i orden for deg at jeg gjør dette. Jeg vil da be om tilgang til din enhet i et begrenset tidsrom
- bruke noen av svarene fra ForBedring. Ber derfor om å få tilgang til resultatene for din enhet på følgende spørsmålene; min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag + vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke



Forespørsel om å delta i intervju i forskningsprosjektet om uønskede hendelse

Mitt navn er Anita Torland Kivle, jeg masterstudent ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved Universitet i Agder (UiA). Denne masteroppgaven er den avsluttende fase i masterstudie i erfaringsbaser ledelse. **Jeg kontakter deg for å høre om du er villig til å delta i studien og bli intervjuet av meg.**

Formål

Formålet med min masteroppgave er å studere behandling av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten innen somatisk klinikk. Mer spesifikt skal jeg studere leders forståelse og arbeid rundt uønskede hendelser.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg fra Høgskulen på Vestlandet/Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved Universitetet i Agder er min veileder og er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du som respondent er valgt ut da du leder en enhet som har mange meldte uønskede hendelser.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i prosjektet innebærer at du sier ja til at jeg kan intervju deg om temaet. Intervjuet vil ha en varighet på ca.45 minutter. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide som vil være utgangspunkt for intervjuet. Jeg ønsker å benytte båndopptaker under intervjuet for å sikre meg at jeg får gjengitt dine refleksjoner rundt temaet på en riktig måte. Tidspunkt for intervjuet avtales individuelt, men det blir trolig digitalt grunnet pågående pandemi.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene du har gitt til formålene vi kun bli brukt til det formål som er fortalt om i dette skrevet. Under transkribering av intervjuet vil alle opplysninger om deg, sitat o.l. anonymiseres slik at de ikke kan kobles tilbake til deg som deltaker. Alle data vil underveis bli lagret på en pc som tilhører sykehuset, med strenge sikkerhetskrav og kun jeg har tilgang til dataene. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Innsamlet data slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, og senest 31 desember 2021

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra UiA har NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- UIA ved behandlingsansvarlig Morten Øgaard
Tlf: 38141771 eller Epost: morten.ogard@uia.no
- Masterstudent Anita Torland Kivle
Tlf: 38074081/99736225 eller Epost: anita.torland.kivle@uia.no eller
- Veileder Laila Nordstrand Berg
Tlf: 48064094 eller Epost: Laila.Nordstrand.Berg@hvl.no
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen ved Universitetet i Agder, på epost: ina.danielsen@uia.no eller telefon: 45254401

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Håper du kan ta deg tid til et intervju selv i en hektisk hverdag og det er fint om du gir meg et svar på denne mailen om du kunne tenkt deg å delta i studien. Dersom du er villig til det, så finner vi et tidspunkt som passer for deg.

Med vennlig hilsen

Anita Torland Kivle

Masterstudent

Laila Nordstrand Berg

Prosjektansvarlig

Vedlegg 3: Vurdering fra NSD

10.03.2021 - 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 10.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

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.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne har taushetsplikt som helsepersonell. Rekruttering og intervju må gjennomføres uten at taushetsplikten brytes.

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 viderebehandles 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 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 eventuelt 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: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)