

## **KVALITETSFORBEDRINGSARBEID PÅ SYKEHJEM**

Lederes praksis for bruk av avviksmeldinger

Sanela Husic Aubert

VID vitenskaplige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre

Antall ord: 30 693

16.08.2021

## FORORD

Dette prosjektet er en integrert del av deltidsstudium i Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre (senere kalt for Tjenesteutvikling for eldre), og som i utgangspunktet foregikk over 4 år. Grunnet krevende omstendigheter i livssituasjonen underveis, ble prosjektet forlenget med 2 år til. I det jeg gjenopptok arbeidet med prosjektet igjen, ble landet rammet av pandemien. Med en lederposisjon i eldreomsorgen, var det ikke anledning til permisjon for å jobbe med prosjektet over en lengre periode.

Det å skrive masteroppgave har vært både spennende og utfordrende. Spennende, fordi jeg ble utfordret på helt nye måter, og har bygget på kunnskapen jeg hadde om dette temaet fra tidligere. Jeg har forsket på et viktig og aktuelt tema, som jeg synes er veldig interessant. Å inneha en forskerrolle har vært både tøft, lærerikt og givende. Det har også vært utfordrende da det krevde mye tid, struktur og egen innsats i tillegg til heltidsjobb og familielivet.

Det er mange som fortjener honnør og takk for at det har vært mulig for meg å gjennomføre dette prosjektet og dette studiet. Jeg vil først takke min arbeidsgiver Ammerudhjemmet Bo- og kultur senter for å ha det gjort mulig for meg å kombinere jobb og utdanning med permisjon og finansiering. En stor takk til informantene mine, som tok seg tid til meg i sin travle hverdag. Uten dere hadde ikke dette prosjektet blitt til. Takk til min mann som har hatt mange ensomme helger, og til hans gode innspill, støtte og motivasjon. Min sønn Arian takker jeg for datakyndig hjelp underveis.

Sist, men ikke minst vil jeg gi stor ære til min fagdyktige veileder Sidsel Sverdrup som gjennom alle disse årene hadde tro på meg, og var til veldig stor hjelp og støtte gjennom hele prosessen.

Å gjennomføre dette masterstudiet har krevd mye innsats, pågangsmot og tid. Likevel ville jeg ikke vært foruten denne erfaringen som studiet har gitt meg.

*I luftsporten heter det at du må skynde deg å lære av andres feil*

*For du lever ikke lenge nok til å gjøre det selv. (Kirkhaug 2017, s. 115)*

*Sanela Husic Aubert,  
Oslo, august 2021*

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Sykehjemsbeboere og deres pårørende har behov at helsetjenestene som tilbys er først og fremst trygge. Kvalitetsutviklingsarbeid har i stadig økende grad fått oppmerksomhet på sykehjem også i Norge. Bruk av avviksmeldinger i dette arbeidet anses som en viktig del av det. Likevel har forskningen både nasjonalt og internasjonalt vist at ansatte ikke ser nytten av å melde avvik.

**Hensikt:** å utforske måten ledere på sykehjem med ansvar for avvikshåndtering bruker avviksmeldinger i kvalitetsforbedringsarbeid.

**Problemstilling:** *«Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedringsarbeid?»*

**Design og metode:** Kvalitativt studie basert på semistrukturerte intervjuer analysert gjennom systematisk tekstkondensering (STC). Datamaterialet samlet inn fra 6 ledere med ansvar for avvikshåndtering på sykehjem.

**Resultater og konklusjon:** Studien peker på at ledere har stort fokus på og god oversikt over innmeldte avvik. Derimot viser resultatene en tendens til utfordringer knyttet til ansattes holdninger når det kommer til det å melde avvik. Selv om flere ledere har ledelse utdanning, kan manglende spisskompetanse på selve kvalitetsforbedringsarbeid være noe av årsaken til at systematisk forbedringsarbeid med avvikshåndtering utfordres. Dette gjelder i særlig grad evaluering- og læringsprosesser.

**Nøkkelord:** avvik, kvalitetsforbedring, sykehjem, ledere, pasientsikkerhet

## SUMMARY:

**Background:** Nursing home residents and their relatives need that the health services offered are first and foremost safe. Quality development work has increasingly received attention in nursing homes in Norway as well. The use of non-conformance reports in this work is considered an important part of it. Nevertheless, research both nationally and internationally has shown that employees do not see the benefit of reporting nonconformities.

**Purpose:** to explore the way managers in nursing homes with responsibility for non-conformance management use non-conformance reports in quality improvement work.

**Issue:** «What is the practice of the management in nursing homes for the use of non-conformance reports as part of quality improvement work?»

**Design and method:** Qualitative study based on semi-structured interviews analyzed through systematic text condensation (STC). The data material was collected from 6 managers with responsibility for non-conformance management in nursing homes.

**Results and conclusion:** The study indicates that managers have a strong focus and a good overview of reported deviations. On the other hand, the results show a tendency towards challenges related to employees' attitudes when it comes to reporting deviations. Although several managers have management education, a lack of cutting-edge expertise in the actual quality improvement work may be one of the reasons why systematic improvement work with non-conformance management is challenged. This applies in particular to evaluation and learning processes.

**Keywords:** nonconformities, quality improvement, nursing homes, managers, patient safety

## Innholdsfortegnelse

.....	1
<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>SUMMARY:</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling med avgrensning</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3. Oppbygning av oppgaven</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Teoretisk forankring, begrepsavklaring og nyere forskning</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Sentrale forskrifter og offentlige styringsdokumenter som regulerer kvalitetskrav i omsorgstjenestene</b> .....	<b>6</b>
2.1.1 Sentrale forskrifter for kvalitetsforbedringsarbeid på sykehjem .....	7
2.1.2 Aktuelle styringsdokumenter i forhold til kvalitet, sikkerhet og ledelse på sykehjem .....	8
<b>2.2 Kvalitet i omsorgstjenester</b> .....	<b>10</b>
2.2.1 Kvalitet på sykehjem og helsetjenester – definisjon .....	11
2.2.2 Nasjonale føringer og kvalitet for fremtidens omsorgstjenester .....	13
2.2.3 Brukermedvirkning som kvalitetsdimensjon på sykehjem .....	14
2.2.4 Kvalitetsforbedringsarbeid i praksis .....	15
2.2.5 Endring og lederens kompetanse .....	20
2.2.6 Ledernes rammebetingelser for kvalitetsarbeid på sykehjem .....	22
2.2.7 Kvalitetskontroll/internkontroll, kvalitetsindikatorer og risikovurderinger .....	23
<b>2.3 Avvik</b> .....	<b>27</b>
2.3.1 Årsakssammenheng - Avvik som systemsvikt .....	28
2.3.2 I hvilken grad rapporteres det på sykehjem? .....	30
2.3.3 Lederens rolle i forhold til avvismeldingene som en ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet .....	32
2.3.4 Konsekvenser av avvik for sykehjemsbrukere .....	33
<b>2.4 Avvik som læringsgrunnlag</b> .....	<b>34</b>
2.4.1 Om det å lære av egne feil – organisatorisk læring.....	34
2.4.2 Systemer for bruk og analyse av innmeldte avvik/avvik som en del av læring .....	37
2.4.3 Ledelse og sikkerhetskultur på sykehjem .....	39
2.4.4 Hvordan skape god sikkerhetskultur .....	42
2.4.5 Ledelses rolle og kompetanse i læringsprosesser .....	43
<b>2.5 Litteraturgjennomgang og tidligere forskning om avvikhåndtering på sykehjem</b> .....	<b>45</b>
<b>2.6 Oppsummering</b> .....	<b>46</b>
<b>3 Forskningsdesign og metode</b> .....	<b>48</b>
<b>3.1 Kvalitativ forskningsmetode og kvalitativt intervju</b> .....	<b>48</b>

<b>3.2 Etske overveielser .....</b>	<b>50</b>
3.2.1 Kravet til anonymitet.....	51
3.2.2 Kravet til informasjon .....	52
3.2.3 Kravet om informert skriftlig samtykke.....	52
3.2.4 Meldeplikt til NSD.....	53
<b>3.3 Utvalg og rekruttering .....</b>	<b>53</b>
3.3.1 Utvalg og utvalgsstørrelse .....	53
3.3.2 Rekruttering .....	55
<b>3.4 Datainnsamling ved samtaleintervju.....</b>	<b>55</b>
<b>3.5 Transkribering av datamaterialet.....</b>	<b>58</b>
<b>3.6 Analyse.....</b>	<b>60</b>
3.6.1 Trin 1: Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer .....	61
3.6.2 Trin 2: finne meningsbærende enheter .....	62
3.6.3 Trin 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold.....	64
3.6.4 Trin 4: fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater .....	64
<b>3.7 Forforståelse og metodekritikk med validitet og reliabilitet refleksjon.....</b>	<b>65</b>
3.7.1 Studiets validitet.....	65
3.7.2 Studiets reliabilitet .....	67
<b>3.8 Oppsummering .....</b>	<b>69</b>
<b>4 Resultater fra undersøkelsen.....</b>	<b>70</b>
<b>4.1 Ledelsens praksis for bruk av avviksmeldinger i planleggingsfasen .....</b>	<b>70</b>
4.1.1 Resurser som en forutsetning i kvalitetsforbedringsarbeid med avvik.....	70
4.1.2 Kultur og holdninger som en viktig faktor i kvalitetsforbedringsarbeidet med avvik .....	71
4.1.3 Ansattes kompetanse som grunnlag for underrapportering.....	72
<b>4.2 Den utførende fasen – lederens behandling av avviksmeldinger .....</b>	<b>73</b>
<b>4.3 Lederens praksis i evaluering av avvik - videre bruk av lukkede avvik .....</b>	<b>75</b>
<b>4.4 Lederens praksis i forbedringsfasen – skape ny kunnskap og varig forbedring.....</b>	<b>77</b>
4.4.1 Lederens praksis for å skape ny kunnskap utfra et brukerperspektiv .....	79
4.4.2 Oppsummering .....	79
<b>5 Drøfting .....</b>	<b>80</b>
<b>5.1 Ledelsens praksis i planleggingsfasen.....</b>	<b>80</b>
5.1.1 Underrapportering som en utfordring i kvalitetsforbedringsarbeidet.....	80
5.1.2 Ansatts kompetanse som en forutsetning for kvalitetsforbedringsarbeid .....	81
5.1.3 Pasientsikkerhetskultur som forutsetning for rapportering og læring av avvik.....	82
<b>5.2 Ledelsens praksis i den utførende / behandlende fasen.....</b>	<b>84</b>
<b>5.3 Ledelsens praksis i den evaluerende fasen /det systematisk arbeidet .....</b>	<b>85</b>
5.3.1 Bruk av risikoanalyser.....	87
5.3.2 Bruk av internkontroller i kvalitetsforbedringsarbeid .....	87
5.3.3 Betydningen av lederkompetanse for kvalitetsprosesser på sykehjem .....	89
<b>5.4 Ledelsens praksis i forbedring- og læringsfasen.....</b>	<b>90</b>

<b>6</b>	<b><i>Avslutning og konklusjon</i></b> .....	<b>93</b>
6.1	<i>Tilbake til problemstillingen</i> .....	93
6.2	<i>Hovedresultater med konklusjon</i> .....	93
6.3	<i>Slutninger</i> .....	95
	<b><i>Litteraturliste</i></b> .....	<b>97</b>
	<b><i>Vedlegg 1 Forespørsel om å delta i prosjektet</i></b> .....	<b>105</b>
	<b><i>Vedlegg 2 Intervjuguide</i></b> .....	<b>108</b>
	<b><i>Vedlegg 3 Fremgangsmåte litteratursøk</i></b> .....	<b>110</b>
	<b><i>Vedlegg 4 Eksempel: analyseprosessen</i></b> .....	<b>112</b>
	<b><i>Vedlegg 5 NSD skjema</i></b> .....	<b>113</b>

# 1 Innledning

Sykehjemsbeboere og deres pårørende har behov for at helsetjenestene som tilbys først og fremst er trygge. Brukergrunnlaget på norske sykehjemmene i dag er i endring. Beboere som kommer inn på norske sykehjem i dag er stadig sykere og har behov for mer komplekse medisinske behov enn tidligere (Aase, 2018, s.90). Dette er blant annet på bakgrunn av samhandlingsreformen hvor et av målene er å redusere «unødvendige» spesialisthelsetjenester ved å overføre oppgaver av medisinsk og sykepleie art til kommunen, deriblant sykehjemmene (St. Meld. 47 (2008-2009)). Dette utvidete ansvaret og stadig sykere brukere tilsier at det er grunn å rette mer søkelys på pasientsikkerhet og sikkerhetskultur på norske sykehjem (Aase, 2018, s. 92). I dag er antall sykehjems plasser på landsbasis 39 241, hvorav 26 951 beboere er over 80 år. Totalt årsverk tilknyttet helse- og omsorgstjenestene er 146 059. Av disse er 77,7 % med helsefaglig bakgrunn (SSB per 31.12 2020). Befolkningsøkningen fra 2020 til 2040 blir spesielt sterk blant de som er 80 år og eldre. I 2020 utgjør alle i aldersgruppene 80 år og eldre 4,3 prosent av befolkningen. I 2040 vil denne aldersgruppen utgjøre 8,0 prosent av befolkningen i Norge (Helsedirektoratet, Årsrapport 2019).

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven omhandler kvalitet i sykehjem og bruk av avviksmeldinger i det kvalitetsfremmende arbeidet. Motivasjonen for temavalget kommer først og fremst på bakgrunn av lang ledererfaring fra sykehjem. I arbeidet har jeg alltid vært opptatt av måten vi utfører oppgaver på. På dette masterstudiet som også omhandlet kvalitet og kvalitetsarbeid har jeg videreutviklet forståelse for sammenhenger, som igjen har økt min interesse for tema. Sykehjem som arena fremstår som et komplekst grunnlag for dette, både når det gjelder kompetanse, knappe ressurser og døgnbemannet driftsform. Et sykehjem er beboerens hjem, samtidig som det er en arbeidsplass for de ansatte, noe som i seg selv kan virke utfordrende.



I en gruppe eller organisasjon er man ikke bedre enn det svakeste ledet, sies det. Som mennesker vil vi alltid kunne gjøre feil i forhold til gjeldende lovverket eller standarder. Måten vi prøver å gjøre noe med nettopp dette har alltid opptatt meg. Det synes som en gjenganger å høre at «det ikke nytter å skrive avvik» eller «at det ikke skjer noe». Jeg har undret meg over i hvilken grad dette stemmer, og hva ledelsen faktisk gjør når de mottar en avviksmelding.

Selv har jeg alltid hatt best glede av et systematisk arbeid. Under studiet lærte jeg at dette også var lovpålagt (Kvalitetsforskriften (2003)). Arntzen (2014, s. 83) hevder at 70-90% av forbedringsområdene i helsetjenesten er organisatoriske, og 10-30% er faglige. Dette betyr at vi har flinke fagpersoner, men at tilretteleggingen for den faglige utøvelsen må forbedres. Også politisk er kvalitet og pasientsikkerhet er tema med stadig mer fokus på, både i Norge og utlandet de siste årene. Dette beskrives blant annet i Meld. St. 10 (2012-2013). Til tross for det viser rapporter at det ofte er mangelfull kvalitetsstyring og kontroll, samt at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. Det er behov for å utvikle systemer og kulturer til å lære av feil (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 29). Slike forhold har ført til at jeg er blitt opptatt av og engasjerer meg for temaet som omhandler kvalitetsarbeid på grunnlag av rapporterte avvik på sykehjem, ledelse, og både det nasjonale og internasjonale fokuset på dette området.

## **1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling med avgrensning**

Problemstillingen for dette prosjektet retter søkelyset mot offentlige krav i forhold til avviksmeldinger som et ledd i kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehjem. Det finnes flere offentlige dokumenter som sier noe om hvordan dette arbeidet skal foregå. Helsetjenestene er forpliktet ikke bare til å dokumentere sine feil og mangler. De skal også utarbeide gode systemer som skal sikre læring, hvor hovedmålet er å redusere eller utelukke sjansen for gjentakelse. Hjort (2011, s. 17) kaller dette for "etterpåklokskap" som er svært verdifullt i et læringsperspektiv, og organisasjonens beste kilde til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Også WHO anser læring av erfaring som det primære formålet med avviksrapporing systemer (WHO, 2005, s.12).

På den annen side viser offentlige utredninger i sine konklusjoner ledelsens manglende bruk av avviksmeldinger i sitt forbedringsarbeid (Riksrevisjon u. å). I Meld. St. 10 (2012-2013, s.28) beskrives blant annet lederrollen, samt systemene for å lære av egne feil som utfordringer i helse- og omsorgstjenester. I 2015 ble det gjort en undersøkelse som er presentert i Sykepleien hvor over halvparten av 2814 sykepleiere (54%) fra spesial og kommunehelsetjeneste ikke kjente til gode eksemplet fra sin arbeidsplass på at det nytter å melde avvik (Hofstad, 2015).

Så hva skjer det når det registreres et avvik på forhold som ikke har helt gått etter planen /prosedyren? Hvorfor er det slikt at noen opplever at det ikke nytter å rapportere avvik?

Denne oppgaven vil derfor ta sikte på å svare på følgende overordnede problemstilling:

***Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedringsarbeid?***

Problemstillingen operasjonaliseres ved hjelp av følgendeforskningsfølgende spørsmål:

- *Hvilke utfordringer opplever ledere i forhold til dette arbeidet?*
- *I hvilken grad erfarer ledelsen en systematisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av avviksmeldingene?*

Oppgavens begrensning gjør at denne undersøkelsen ikke vil fokusere på hvorvidt avviksmeldingene skrives eller ikke, men hva som skjer med avvikene som faktisk blir meldt. Videre vil søkelyset hovedsakelig rettes mot kvalitet utfra en nasjonal kontekst. Dette vil si at det tas utgangspunkt i norske lover, styringsdokumenter og statistikk i forhold til kvalitet og kvalitetsarbeid. I omtalen av omsorgstjenesten vil det i denne sammenhengen handle om sykehjempraksis. Ledere er i denne sammenheng ledere på alle nivåer på sykehjem med ansvar for avvikshåndtering.

Det er menneskelig å gjøre feil. Ledere har en viktig rolle når det gjelder felleskapets kultur og åpenhet rundt dette. Når et avvik først foreligger, må det legges en ny plan for å rette opp manglene. På denne måten skal det skje kontinuerlig kvalitetsforbedring av prosedyrene og tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Foreløpig har det vært svært lite forskning på dette området, både i Norge og i utlandet. Enda mindre er det forsket på dette i kommunehelsetjenester. De få rapportene som finnes, er i hovedsak knyttet til spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Med foreliggende prosjektet ønsker jeg dermed å bidra med merkunnskap om avvikssystemene på sykehjem, og hvorvidt de eventuelt brukes i henhold til hensikten, slikt dette er formulert i nasjonale føringer og styringsdokumenter. Ved å undersøke dette ønsker jeg å legge til rette for at det er mulig å lære av feil som blir gjort. Generelt, er hensikten med dette prosjektet å gi intuitiv kunnskap om et lite utforsket felt. Studien vil derfor være av eksplorerende, utforskende karakter.

### 1.3. Oppbygning av oppgaven

Dette avsnittet gir en beskrivelse på hvilken måte jeg har tenkt å løse oppgaven. Oppgavens struktur tar utgangspunkt i problemstillingen. Målsetningen er at innsamlede data fra informantene kan indikere på hvordan ledere på sykehjem bruker avviksmeldingene i kvalitetsforbedring, noe som forhåpentligvis kan gi et bidrag i videre i arbeidet på dette området. Oppgaven er delt i seks kapitler, hvor hver av dem består av flere avsnitt.

I dette første kapitlet beskriver jeg min motivasjon for valg av tema, samt presenterer problemstillingen med underliggende forskningsspørsmål. Det andre kapitlet tar for seg det teoretiske grunnlaget som anses relevant for undersøkelsen, inkludert lovverket som en sentral del av det. Herunder vil begrepet kvalitet og kvalitetsforbedring være omtalt nærmere og deretter knyttes til avvik, ledelse, organisatorisk læring og kultur. Også forskningsstatus på feltet blir omtalt. Det tredje kapitlet er metodekapittel. Her redegjøres det for metodevalget, samt gis en beskrivelse av prosjektets forberedelse, gjennomføring og analyse. Det etiske aspektet og for forståelse, samt metodekritikk inngår også i kapitlet. I det fjerde kapitlet presenteres empiriske funn fra undersøkelsen. Resultatene vil videre drøftes sett i forhold anvendt teori, forskning og lovverket på området i det femte kapitlet. Oppgaven oppsummeres med det det sjette og siste kapitlet med en konklusjon. Helt til slutt følger litteraturliste og vedlegg.

## 2 Teoretisk forankring, begrepsavklaring og nyere forskning

Norsk lovgivningen er en viktig del av forutsetningene denne oppgaven bygger på fordi lovgivningen gir sentrale føringer og beslutninger for utførelse av kvalitetsarbeidet generelt, men også i forhold til håndtering av avviksmeldinger. Samtidig hviler (deler av) lovgivningen på dette feltet både på forskning og kunnskapsbasert praksis. Dette gjelder særlig forståelser av begrepene kvalitet, kvalitetsforbedring og avvik. Disse begrepene danner følgelig et viktig teoretisk utgangspunkt for dette kapitlet. Dette fordi lovgivningen gir sentrale føringer og beslutninger for utførelse av kvalitetsarbeidet generelt, men også i forhold til håndtering av avviksmeldinger. Oppgavens problemstilling setter søkelys på ledelsens praksis og bruk av avviksmeldinger i kvalitetsforbedringsarbeidet. *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten (2003)* og *forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017)* er følgelig en av de mest sentrale i den sammenheng. Disse forskriftene har en sammenheng med flere andre lover, som for eksempel Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsetilsynsloven, samt Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). På grunn av oppgavens begrensning og relevans for problemstillingen, vil jeg i denne oppgaven konsentrere meg om de to mest sentrale forskrifter som gjelder for kvalitet på sykehjem.

Avvikshåndtering er en del av kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehjem. Det blir derfor presentert et teoretisk grunnlag av hva kvalitet på sykehjem innebærer, hva det betyr for brukerne på sykehjem, samt teorier om hvordan man jobber systematisk med kvalitetsforbedring. I denne sammenhengen trekkes Demings sirkel frem som en metode for systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Dette fordi denne metoden også er anbefalt fra Sosial- og helsedirektoratet i *Nasjonale Strategier for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)* «.. Og bedre skal det bli». Ikke minst, er metoden fra Demings sirkel i samsvar med det som er beskrevet i *Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste (2017)*. Denne modellen for kvalitetsforbedring vil derfor også knyttes opp mot dataresultater i analyse og drøftingsdelen i oppgaven. Metoden vil

benyttes i oppgavens analysedel som skal undersøke hvordan, og eventuelt i hvilken grad sykehjemmene jobber systematisk med hensyn til kvalitetsforbedringsarbeid.

Videre vil begrepet avvik gis en teoretisk presentasjon i oppgaven. I denne sammenheng anvendes det såkalte «sveiserostmodellen» etter ideen fra James Reason (gjengitt fra Arntsen 2014). Grunnen til at denne modellen brukes i oppgaven er for å se sammenhenger mellom oppståtte avvik og eventuelle systemsvikt. Ifølge Arntzen kan trygge helsetjenester skapes gjennom god planlegging og kunnskap om hva som er bra, og hva som bør forbedres (s. 142). Derfor vil kunnskapen om årsaker til avvik være viktig i denne sammenhengen.

Da oppgavens problemstilling fokuserer på lederrollen vil dette være en sentral del gjennom hele teoretiske presentasjonen og i de ulike perspektivene (i forhold til avvikshåndtering, sikkerhetskultur og læring som en del kvalitetsforbedring).

Læring er derfor en naturlig del av det teoretiske grunnlaget for oppgaven når oppgavens problemstilling skal besvares.

I alle avsnittene definerer jeg og drøfter sentrale begreper og teori som et grunnlag til analysedelen i oppgaven. Jeg vil jeg fokusere spesielt på følgende begrep: kvalitet, kvalitetsforbedring, avvik, læring, sikkerhetskultur og ledelse. I tillegg til disse vil jeg også se nærmere på begrepene som brukermedvirkning, internkontroll, kvalitetsindikatorer og risikovurdering da disse er en viktig del av overnevnte begrep.

Videre presenteres relevant forskning på feltet. Avslutningsvis følger oppsummering av kapitlet med fokuset på det sentrale teoretiske grunnlaget for prosjektet.

## **2.1 Sentrale forskrifter og offentlige styringsdokumenter som regulerer kvalitetskrav i omsorgstjenestene**

Helse- og omsorgsdepartement har det øverste ansvaret når det gjelder kvalitet i helse- og omsorgstjenester i Norge. Staten rolle er å sikre kommunene like rammevilkår gjennom regelverket og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for tilsyn og kontroll (Regjeringen, u.å..). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§3-1) gir kommunene det overordnede ansvaret for å sikre sine innbyggere gode helse- og omsorgstjenester.

Kommunene er herved forpliktet til å følge opp, dvs. planlegge, gjennomføre, korrigere og evaluere virksomheten slikt at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i lov eller forskrift. Sykehjemmene skal i alle sine prosesser ha oppdatert kjennskap til, samt ta hensyn til gjeldende lovverk.

I forhold til denne oppgavens tema redegjøres det i dette kapitlet for de mest sentrale forskrifter i forhold til ledelse og arbeidet med kvalitetsforbedring: kvalitetsforskriften (2003) og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste (2017).

### 2.1.1 Sentrale forskrifter for kvalitetsforbedringsarbeid på sykehjem

Lovmessige rammer ligger i bunnen for enhver kvalitet og praksisutøvelse, også på sykehjem. Å jobbe med kvalitet på sykehjem, innebærer derfor først og fremst implementering av en rekke lover og forskrifter inn i egne prosedyrer. Til forskjell fra sykehus vil kvalitet på sykehjem gjerne ha et bredere perspektiv. Da sykehjem ofte også er brukerens hjem, vil begrepet kvalitet i tillegg til å ha trygge og forsvarlige tjenester, også omhandle livsutfoldelse ellers. Dermed vil også for eksempel kultur eller aktivitet være viktige aspekter når man snakker om kvalitet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) er et eksempel på dette.

**Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017).** Denne forskriften står som den mest sentrale når det gjelder henvisninger til kvalitetsarbeid. Loven har til hensikt å sikre gode kvalitetsforbedringsprosesser er gjennom gode ledelse- og styringssystemer. Forskriften erstatter den tidligere internkontrollforskriften, og legger ekstra vekt på ledelsens ansvar i forhold til arbeid med kvalitetsforbedring. Forskriften innebærer: plikten til å planlegge (§6), plikten til å gjennomføre (§7), plikten til å evaluere (§8), samt plikten til å korrigere (§9). I forhold til oppgavens tema kan spesielt konkrete plikter av betydning for arbeidet med avviksmeldinger trekkes fram:

- §6.g Oversikt over avvik og forbedringsarbeid. I kravet ligger at øverste leder må sikre at en slik oversikt finnes, samt sørger for at tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer brukes i planleggingen av virksomhetens videre arbeid med kvalitet. Eksempel

på dokumenter som kan brukes for dette arbeidet er klager fra brukere og pårørende, tilsynsrapporter, avviksmeldinger og kvalitetsindikatorer.

- §8.e Gjennomgå avvik og uønskede hendelser. Øverste leder har ansvar at avviksmeldinger gjennomgås jevnlig. Denne informasjon skal brukes til å finne årsaker til hendelsene via for eksempel en hendelse analyse (hva skjedde, hvorfor det skjedde og hvordan kan man hindre at slikt skjer igjen), samt fremme læring og sørge for at det ikke gjentar seg.
- §9.a Lukke avvik. Dette betyr å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold. Hvordan dette gjøres vil være avhengig av vanskelighetsgrad og omfang. Det kan gjøres etter en plutselig oppstått episode eller etter en systematisk planlagt, gjennomgang. Det vil kunne innebære strakstiltak, men også større systematiske prosesser og rutineendringer.  
(Helsedirektoratet 2017).

Avviksmeldingene er et av lederens viktige redskap for å jobbe med kvaliteten i tjenestene

**Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg (2003)** er den andre av de to mest sentrale forskriftene som er aktuelle for oppgavens problemstilling. Denne forskriften omhandler forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, samt at den presiserer nærmere hvordan kvaliteten skal være. Loven har som formål til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§1). Forskriften presiserer oppgaver og innhold i tjenestene den enkelte kommunen har ansvar for. Noe av det mest sentrale for kvaliteten er å sikre at disse tjenestene er helhetlige og samordnet, samt at de skal utføres på brukerens premisser gjennom individuelle planer. Forskriften gir altså brukerne og deres pårørende en rett til medvirkning av utforming av tjenestetilbudet (§3). Den stiller krav til både behandling, aktivitet og sosiale aktiviteter. Derfor vil alt kvalitetsarbeid, deriblant gjennom avviksrapportering ha disse målsetningene som utgangspunktet for arbeidet.

### 2.1.2 Aktuelle styringsdokumenter i forhold til kvalitet, sikkerhet og ledelse på sykehjem

I dette avsnittet gis det en kortfattet oversikt over viktige nasjonale og internasjonale føringer knyttet til avvikshåndtering fordi disse signaliserer nødvendigheten av et godt og systematisk kvalitetsarbeid.

Internasjonalt har det politiske pasientsikkerhetsprogrammet vokst seg frem siden det store gjennombruddet i 1980-1990 årene. Selv om resultatene fra Harvard Medical Practice Study i 1991 viste at det var 4% av pasientene de studerte i USA som opplevde uheldige hendelser, var det først i 2000 etter at rapporten «To Err is Human» ble publisert at pasientsikkerhet ble satt for fullt på dagsorden (NOU: 2015:11, Hjort 2007) Rapporten sjokkerte offentligheten da den viste tallet på hvor mange pasienter som døde årlig som konsekvens av avvik i helse-tjenesten. I 2004 lanserte WHO et internasjonalt pasientsikkerhetsprogram for å få medlemslandene til å terre oppmerksomheten mot dette (NOU 2015:11).

Nasjonale styringsdokumenter, som for eksempel meldinger til Stortinget, rundskriv og rapporter fra Helsetilsynet, Helsedirektoratet, offentlige utredninger (NOU-er) har til hensikt til å gi kunnskap og føringer til å planlegge og utøve omsorgstjenestene.

I det følgende nevnes det noen av de mest sentrale for kvalitetsarbeidet.

Til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i Norge ligger veilederen fra 2005-2015 «.. Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene».

*Meld. St. 11 (2018-2019) om kvalitet og pasientsikkerhet* er den femte stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen oppsummerer status for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og skal bidra til mer systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Meldingen gir flere eksempler på områder med behov for forbedring, og viser til store regionale forskjeller basert på nasjonale kvalitetsindikatorene.

*Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet* skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og aktiv alderdom. For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løftet regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i *Omsorg 2020* i *Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. *Riksrevisjonen er i sin Dokument 3:5 (2018–2019)* overlevert Stortinget undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Funn som legges fram her peker



på mer kunnskap om forbedringsarbeid vil bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen. I tillegg fremheves det at flere kommuner bør ha mer kunnskap om hvordan kvalitetsforbedringer bør ledes og gjennomføres.

Den nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet *I trygge hender* ble lansert i 2001. I 2014 ble den videreført som et femåring nasjonalprogram for pasientsikkerhet (*NOU 2015:11*). Den ble avsluttet ved utgangen av 2018. I mars 2019 la Helsedirektoratet frem «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring». Planen har som formål å videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet og å videreutvikle en samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i regjeringens politikk for å utvikle pasientens helsetjeneste. Regjeringen Solberg legger frem årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet basert på rapporter fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer (Regjeringen, 2021). Meldingen vektlegger at bedre kvalitet og pasientsikkerhet skal sikres gjennom å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene og redusere uberettiget variasjon. Regjeringen Solberg la høsten 2020 fram den syvende årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Meld. St. 11 (2020-2021). Denne vil bli nærmere omtalt senere i oppgaven.

## 2.2 Kvalitet i omsorgstjenester

Mange er opptatt av hvordan omsorgstjenestene er og hvordan de fungerer. Dette gjelder for eksempel pårørende til noen som er brukere av omsorgstjenestene, eller som vil bli det i fremtiden. Dette gjenspeiles ofte også i den politiske debatten og ellers i nyhetsbilde i Norge. Det skapes inntrykk av at omsorgstjenestene i Norge er av de beste i verden på den ene siden, men på den annen side skapes det inntrykk av store glipp, og at ting ikke fungerer som de skal. Man kan derfor stille spørsmål ved hvordan det egentlig er.

### 2.2.1 Kvalitet på sykehjem og helsetjenester – definisjon

Kvalitet er et begrep som stadig oftere anvendes i sammenheng med helsetjenester. Statlige føringer og initiativ inneholder stadig kvalitetsbegrepet, som for eksempel kvalitetsarbeid, systematisk kvalitetsforbedring og kvalitetsindikatorer. Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vurderes ulikt avhengig av egne oppfatninger og verdier. Ulike elementer kan også komme i konflikt med hverandre. På den måte kan man si at kvalitet er et abstrakt og subjektivt begrep. Samtidig er det nødvendig å ha en felles oppfatning eller definisjon av hva som ligger i kvalitetsbegrepet.

Sosial- og helsedirektoratet (2004, s. 7) påpeker at begrepet kvalitet har flere dimensjoner og betydninger. Den ene er knyttet til egenskaper og kjennetegn, mens den andre betydninger knyttes til verdier. Ifølge Arntsen kan kvalitet betraktes utfra tre ulike dimensjoner:

- Den opplevde kvaliteten (brukerens opplevelse av tjenester)
- Den faglige kvaliteten (basert på kunnskap hos helsepersonell og brukermedvirkning)
- Ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet (For eksempel evne til å takle utforutsatte situasjoner på en god måte, være fleksibel, kjennskap til nyeste lovverket og omstillingsevne) (Arntsen, 2014, s. 80-84).

For oppfyllelse av kvalitetskrav må følgelig alle overnevnte dimensjonene være til stedet. Denne oppgaven vil ha størst fokus på den siste dimensjonen ovenfor, men også de andre dimensjonene vil være påvirket ved bruk avviksmeldinger i kvalitetsforbedring.

Funnene fra en internasjonal systematisk oversikt viser at kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem omfatter minst fire områder: bokkvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial aktivitet (Nakrem, 2012). Alle disse områdene vil kunne være i relasjon med de tre overnevnte dimensjonene av kvalitet.

Det finnes mange definisjoner på hva som er god kvalitet. Sosial- og helsedirektoratet definerer i sine styringsdokumenter kvalitet på to måter, begge etter Norsk standard (NS-EN ISO 9000:2000):

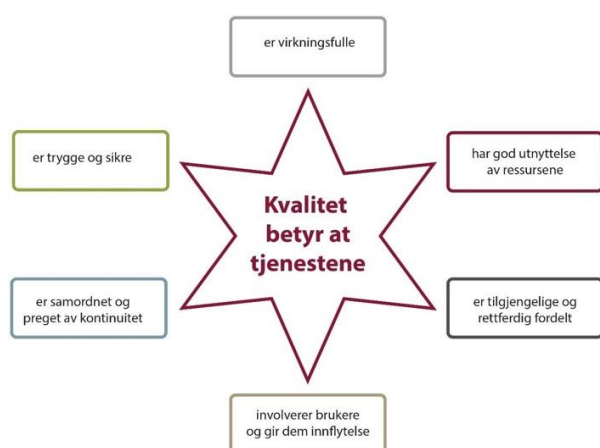
*Kvaliteten er i hvilken grad en samling av iboendeegenskaper oppfyller krav (2005)*

*Helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov” (Sosial-og helsedirektoratet 2004, s.7).*

Sosial- og helsedirektoratet presiserer i Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring «... Og bedre skal det bli» denne definisjonen i form av et sett av dimensjoner. Disse innebærer samlet at tjenestene er av god kvalitet er:

- *Virkningsfulle*
- *Trygge og sikre*
- *Involverer brukere og gir dem innflytelse*
- *Samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Tilgjengelige og rettferdig fordelt.*

Dimensjonene kan fremstilles i følgende modell:



*Figur 2.1: Model for kvalitet i helsetjenestene. Lastet ned fra Kunnskapssentret.no*

Ifølge Kunnskapssenteret vil alle dimensjonene påvirke hverandre, og i arbeidet med kvalitetsutvikling er det viktig at man vurderer og ivaretar alle dimensjonene (2015, s.20).

Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av kvalitet innehar dimensjoner som er langt på vei sammenfallende med dimensjonene nevnt ovenfor (Bengoa, WHO, 2006, s. 9). WHO

påpeker også betydningen av å dele kvalitetsbegrepet i dimensjoner for å gjøre denne mer operativ i det konkrete kvalitetsarbeidet.

Kvalitet i helsetjenestene handler ifølge definisjonen om å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger eller behov, knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten, kommunen eller brukere selv. For bedre forståelse av begrepet kvalitet drøftes nærmere de to viktigste dimensjonene. Følgende avsnitt tar for seg eksempler på de sentrale føringer fra staten når det gjelder kvalitet i omsorgstjenestene, samt kompleksiteten rundt begrepet sett utfra brukerens perspektiv.

### 2.2.2 Nasjonale føringer og kvalitet for fremtidens omsorgstjenester

I det følgende presenteres kvalitet i forhold til omsorgstjenestene til eldre utfra en samfunnsbetraktning. Gjennom de siste årene har det vært mye fokus på flere eldre i årene som kommer. Aldersveksten vil bli særlig kraftig i aldersgruppen 70 og eldre, hvor andelen anslås å øke fra knappe 11% i 2014, til 19% i 2060. Forventet levealder nå for kvinner er 84 år, og for menn er den 80 år (Regjeringen, 2016, S. 10). Regjeringens ønske er å utvikle et mer aldersvennlig samfunn i årene fremover. Gevinsten av dette vil både være økonomisk, skape bedre alderdom blant eldre generelt, og ikke minst bedre kvalitet i omsorgstjenestene.

Flere styringsdokumenter viser til konkrete tiltak på hvordan dette skal gjøres. Et eksempel på det er kvalitetsreformen for eldre *Meld. St. 15 (2017-2018), Leve hele livet*. Dette representerer ny og bærekraftig politikk som skal sikre innbyggerne en god og trygg alderdom. Her kommer regjeringen med flere konkrete og utprøvde tiltak på områder der man vet at det ofte svikter i tilbudet til eldre. Et av områdene er mer aldersvennlig Norge. Regjeringen har laget et eget strategidokument på dette kalt *Flere år - flere muligheter*. Her understrekes blant annet at et aldersvennlig samfunn skapes ved å sette brukerperspektivet først, samt ved å mobilisere alle ledd i samfunnet til bred innsats. Lengre arbeidsdager, innsats fra frivilligsektor samt aktive eldre er noen eksempler på dette (Regjeringen, 2016).

*Omsorg 2020* representerer regjeringens plan for omsorgsfeltet. Den skal bidra til langsiktighet og bedre kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I forhold til

utfordringene knyttet til kvalitet fremheves det at fremtidens kvalitetssystemer i større grad må etterspørre dokumentert kvalitet og sikkerhet, samt lederens ansvar for systematisk arbeid med kvaliteten. I forhold til denne oppgaven, kan det trekkes frem et eksempel som regjeringen ser på som utfordringen videre, nemlig, manglende styring som påvirker pasientsikkerhet. Planen definerer derfor et behov for å utvikle kulturer og systemer til å lære av egne feil. Regjeringen vil legge for rette for løpende læring og kvalitetsforbedring. I den forbindelse vil det blant annet utvikles kvalitetsindikatorer basert på bruker- og pårørende erfaringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s- 52-53).

Forskningen viser stor variasjon i praksis og rutiner knyttet til kvalitetsarbeid på sykehjemmene til tross for myndighetens innsats i å standardisere praksis i tjenestene. Forskerne oppfatter dette som et komplisert spenningsforhold mellom standardisering, lokal autonomi og kultur (Isaksen, et al. 2018).

### 2.2.3 Brukermedvirkning som kvalitetsdimensjon på sykehjem

Da brukermedvirkningen er en viktig kvalitetsdimensjon (figur 2.1) blir det omtalt noe nærmere i dette avsnittet. Helsedirektoratet definerer brukeren som *en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form* (Helsedirektoratet 2017b). Denne oppgaven omhandler sykehjemsbeboere. Pårørende er viktige samarbeidspartnere, ikke minst når det gjelder brukermedvirkning på beboere uten samtykkekompetanse. Pårørende har derfor også behov å bli sett og møtt utfra egne behov (Norheim og Sommerseth 2014).

Pasienter og pårørende har også etter loven krav på informasjon dersom det har oppstått en uønsket hendelse med konsekvens for pasienten. Pasient og brukerrettighetslovens § 3-2 (2001) lyder: «Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette [...]. Ikke minst, skal pasienten i slike tilfeller i tillegg informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen (Helsedirektoratet 2019, s. 61).

Brukermedvirkning har de siste ti-årene utviklet seg fra å være et marginalt fenomen til å bli et veletablert begrep i velferdspolitikken (Christensen og Fluge 2016). Brukerens rett til medvirkning fremkommer tydelig blant annet av pasientrettighetslovens §3-1.

Brukermedvirkning innebærer at brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Dette er en lovfestet rettighet, og dermed ikke noe tjenesteapparat kan velge å forholde seg til eller ikke (Helsedirektoratet 2017). Helsedirektoratet påpeker videre at brukermedvirkning har egen verdi, terapeutisk verdi, og ikke minst en verdi når man skal forbedre tjenestene.

Helsedirektoratet påpeker at det kan være nyttig å betrakte brukermedvirkning ut fra tre ulike nivåer i arbeidet med kvalitet:

1. Individnivå (tjenesten tilpasses den enkelte bruker).
2. Tjeneste-/systemnivå (kvalitetsforbedringsarbeid skal inkludere bruker- og pårørendes tilbakemeldinger)
3. System-/politisk nivå (Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste).  
(Helsebiblioteket 2019)

En nyere studie om brukermedvirkning i helsetjenester for eldre indikerer at brukermedvirkning forstått som aktiv deltakelse i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak ikke er særlig utbredt i kommunale helsetjenester. Det påpekes derimot at det kreves mer kunnskap om dette blant ansatte med tanke på den betydelige vektleggingen av brukermedvirkning i lover og forskrifter (Johannesen og Steihaug 2019).

Kvalitetsbegrepet vil i tillegg til egne preferanser også variere med tid, tilgjengelige ressurser og foreliggende kunnskap (Asplin og Fagermoen 2015). De eldre på norske sykehjem i dag forventer noe annet av helsetjenesten enn det man gjorde for mange år siden.

#### 2.2.4 Kvalitetsforbedringsarbeid i praksis

Gode og trygge styringssystemer er både lovpålagt og viktig når man skal sikre god kvalitet på sykehjem. Kravet om dette er fastslått og presisert i forskriften om ledelse- og kvalitetsforbedring (2017) under §3:

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Med *styringssystem* menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav, fastsatt i eller i samsvar med helse- og omsorgslovgivningen. Eksempel på dette kan være risikoanalyser og systemer for å melde og lære av avvik. På sykehjem er det øverste leder som har det overordnede ansvaret for styringssystemet (Helsedirektoratet 2017).

Det finnes mange teorier, og mye kunnskap og erfaring om kvalitetsforbedring. Kvalitetsarbeid har de siste femti årene utviklet seg til å flytte fokuset fra sikring av kvaliteten og over til kontinuerlig utvikling og forbedring (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Alt forbedringsarbeid må ta utgangspunkt i dagens situasjon. Utfra ønskede mål, gjennomføres tiltak som forventes å skape ønskede resultater. Deretter måles det om den ønskede situasjonen er nådd, og så må kursen eventuelt justeres. Dette gjelder både for et enkelte forbedringstiltak, og for større satsinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 43).

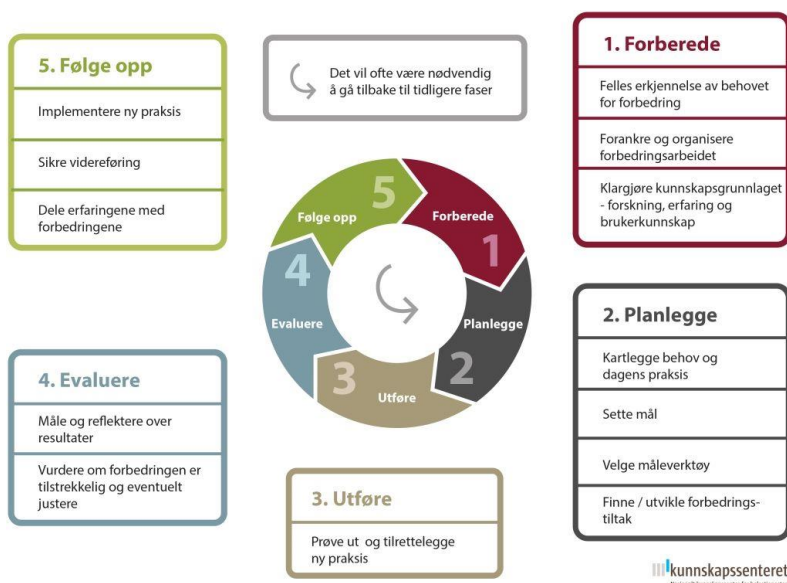
Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring står også sterkt gjennom lovgivningen, der flere lover i tillegg til overnevnte forskriften stiller krav om systematisk arbeid. Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) §16 tydeliggjør ansvaret til alle som organiserer helsetjenesten til å ha gode systemer som sikrer forsvarligheten stiller krav om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Det anses som kjernen i all kvalitetsforbedring. Under lovens §4.2 er det presisert at «enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og bruker-sikkerhet».

Det finnes mange ulike metoder for systematisk kvalitetsforbedring. Den mest kjente metode, også brukt og anbefalt i den nasjonale kvalitetsstrategien er Demings sirkel. Den bygger på koplingen av fagkunnskap og forbedringskunnskap. Modellen er utviklet i 1950-årene av William Edward Deming, og er også kjent som PDSA (*plan, do, study, act*) sirkel, etter de

fire fasene den består av. Fasene i Demings sirkelen er også tatt som utgangspunkt for systematisk kvalitetsforbedringsarbeid etter Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring (2017) §6-9.

I norsk sammenheng er denne modellen mest kjent som PUKK sirkel (planlegge, utføre, kontrollere, korrigere). Denne ble videreutviklet til femtrinnsmodell av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester med 2 nye trinn: *forberede* og *følge opp*. *Følge opp* fasen erstattet det fjerde trinnet i sirkelen og er ment til å sikre videreføring og spredning av forbedringer innad i organisasjon, men om mulig også til andre organisasjoner (FHI etter Kunnskapssenteret 2015). Modellens styrke er dens enkelhet og at det kan anvendes på både små og store prosjekter.

Den endelige femtrinnsmodell av Demings sirkel for kontinuerlig forbedring videreutviklet av Kunnskapssenteret presenteres i figuren nedenfor:



Figur 2.2: Demings sirkel som metode for kvalitetsforbedring utarbeidet av Kunnskapssenteret (lastet ned fra Helsebiblioteket.no).

Da denne modellen har en sentral betydning i denne oppgaven, vil det i det følgende beskrives innholdet i hver av fasene (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015):



**1. Forberede.** Den første og forberedende fasen er avgjørende for en god start på forbedringsarbeidet. Elementene i denne fasen som *felles erkjennelse av behovet* danner utgangspunkt for dette arbeidet. Når man skal forbedre kvalitet i helsetjenesten er det viktig å ta utgangspunkt og ivareta alle kvalitetsdimensjonene (jfr. Kvalitetsstjerne figur 2.1.). erkjennelse av behovet kan for eks være på bakgrunn av innspill fra brukere, ledere eller medarbeidere, ny lov eller teknologisk utvikling, samt avvik og klager. *Forankring* i ledelsen, ansatt- og brukergruppen og evt. andre involverte er avgjørende for å lykkes med arbeidet. Videre er det ledelsens ansvar til å sørge for at settes av tilstrekkelig tid og ressurser til forbedringsarbeidet. Forbedringsarbeidet skal være en del av den daglige driften. *Kunnskapsgrunnlaget* basert på erfaring- og forskningsbasert kunnskap, brukernes preferanser og konteksten forbedringen skal skje innenfor.

**2. Planlegge.** Kartlegge behov fra blant annet brukere, pårørende, ansatte og ledere, samt å kartlegge dagens praksis vil være nyttig både til å kunne vite hva som bør forbedres og foreta en prioritering. Ikke minst bør man stille spørsmål ved kulturen som påvirker hvordan tjenesten utføres. Å sette mål for forbedringsarbeidet er viktig ikke bare for å dra alle i samme retning, men også for å vise om de gjennomførte endringene har ført til forbedringer. Jo mer målene er konkrete, desto lettere er det å vite om de er nådd. Måleverktøy som spørreskjema og sjekklister kan benyttes for å måle kvaliteten. For eksempel kan man bruke avviksmeldingene i forhold til medikamenthåndtering hvis man jobber for å forbedre pasientsikkerhet.

**3. Utføre.** I denne fasen skal man prøve ut forbedringstiltakene i praksis. Det kan noen ganger være hensiktsmessig å prøve ut tiltaket først i liten skala (pilotutprøving). Etter at man har evaluert og justert tiltaket der, kan man deretter sprer det til for eksempel hele organisasjonen eller avdelingen. Når man skal iverksette forbedringer er det blant annet svært viktig med god informasjon og opplæring til alle involverte, tydelige planer og tidsfrister, ledelse som følger opp at tiltakene utføres etter planen.

**4. Evaluere.** Denne fasen er svært viktig for å vite om tiltakene har virket etter hensikten. Resultatene måles og evalueres og tiltakene evt. justeres. Det er viktig at resultatene drøftes med alle involverte i prosessen, ikke minst brukerne. Dette skaper gjerne engasjement og motivasjon, bidrar til forankring og ikke minst til at forbedringene vedvarer over tid.

**5. Følge opp.** Denne fasen er viktig blant annet for at resultatene skal virke også på lang sikt. Den nye praksisen må implementeres, og prosedyrene og rutinene må opprettes eller oppdateres.

Alle fasene i sirkelen vil påvirke hverandre gjensidig. Hvis vi for eksempel ikke har definert klare ansvarsforhold i planleggingsfasen, vil det gjerne gi utslag i utførelse fasen. Da vil det være behov for å gå tilbake til foregående fase igjen.

Modellens sirkelform skal fremstille forbedringsarbeid som en systematisk og kontinuerlig prosess. Det påpekes at selv om pilene peker fremover i sirkelen, er det ofte nødvendig å gå tilbake til tidligere faser, slik pilen i midten illustrerer. Ting må ofte justeres og prøves på nytt. Tidsperspektivet i de ulike fasene vil ofte være veldig varierende (Helsebiblioteket 2015).

Folkehelseinstituttet (FHI) (tidligere Kunnskapscenter for helsetjenester 2015) understreker utfra tidligere forskning på kvalitetsutviklingsarbeid noen nødvendige forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring. Disse er:

- 1) Forankring av arbeidet i ledelsen, hos medarbeiderne og i organisasjonen
- 2) At ledelsen følger med på kvaliteten på egne tjenester gjennom å måle om endringene som skjer er reelle forbedringer
- 3) At de ansatte får opplæring i systematisk forbedringsarbeid og i hvordan de kan involvere pasientene og brukerne i dette arbeidet.

For å få til dette er det ikke vanskelig å forstå at det er en forutsetning at sykehjemmene har kompetanse og ikke minst et bevist forhold til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

Ledelsen må ha dette på agenda, etterspørre og følge opp dette arbeidet.

Til tross for alle standarder og styrende prosedyrer rapporteres det om store forskjeller i hvordan helsepersonell utøver omsorgen, men ikke minst hvordan pårørende og brukere opplever det.

En nyere studie fra norske sykehjem viser stor variasjon i praksisutøvelse i forhold til kvalitetsarbeid. Dette til tross for myndighetens tydelige målsettinger og innsats i å

standardisere praksis for å forbedre kvaliteten på sykehjem. Ulikhetene var mellom sykehjem i samme kommune, men også mellom avdelinger på samme sykehjem. Ulikheten i kvalitetsarbeid var knyttet både til struktur, prosess og pasientresultater (Isaksen et al. 2018). Sist kvalitetsrevisjon fra 10 utvalgte sykehjem i Oslo viser at det fortsatt er stor potensialet når det gjelder å jobbe systematisk (Oslo kommune 2018). Eksempler fra spesialhelsetjenesten vist gjennom Helsetilsynets rapporter avdekker svikt i hvordan virksomhetene følger opp alvorlige hendelser. Dette gjelder blant annet hvordan hendelsen brukes i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Meld. St. 11 (2018-2019), s. 34).

En pårørendeundersøkelse fra Oslos 40 sykehjem viste pårørendes oppfatning om at pleien beboerne fikk var avhengig av hvem som er på jobb, samt at både pårørende og beboerne påpekte behov for mer stabilitet. De mente det var mye utskiftning som svekket forutsigbarheten for beboerne, og de hadde mest tillitt til fast personell (Oslo kommune 2018).

#### 2.2.5 Endring og lederens kompetanse

Ovenfor har vi sett at det stilles en del forventninger og krav i forhold til arbeidet med kontinuerlig forbedring i sykehjem, der lederansvar nevnes spesifikt. Teorien om kontinuerlig forbedring har en sentral plass i den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Da prosjektets problemstilling knytter kvalitetsforbedringsarbeid i forhold til lederperspektivet, vil det være naturlig å se på lederens forutsetninger knyttet til dette arbeidet.

Denne oppgaven omhandler ledere på alle nivåer på sykehjem med ansvar for avvikshåndtering. Dette fordi ledere på alle nivåer må være engasjert i kvalitet og sørge for bevissthet rundt det, samt å vite hvordan man kan gjøre forbedringer både på sin egen enhet og på tvers av alle nivåer i virksomheten (Arntzen, 2014, s.104).

Ifølge Orvik har forbedringskunnskap tradisjonelt vært preget av initiativ fra enkeltpersoner og lokal entusiasme (Orvik, 2015, s. 274). Fagkunnskapen og erfaring har i mange

sammenhenger vært nok til å igangsette forbedringstiltak. Orvik mener at denne individuelle tilnærmingen til forbedringsarbeidet likevel ikke er tilstrekkelig fordi det trolig vil ha begrenset effekt over tid (s. 275).

Lederkompetanse om systematisk arbeid med kvalitet er en forutsetning til å lykkes i dette arbeidet. Dette er veldig viktig lederverktøy. Lederkompetanse på sykehjem har ifølge Arntsen variert eller ikke vært noe tema. Praksisen har ofte vært å ansette eget kvalitetspersonell isolert fra ledelsen (Arntsen 2014, s.105). Disse personene betegnes gjerne som kvalitetsrådgivere eller fagutviklingssykepleiere. Arntzen hevder at lederne likevel er de som først som bør få opplæring i ledelse, kvalitet og internkontroll, både for å kunne legge forholdene til rette i det daglige, men ikke minst for å kunne videreformidle kunnskapen til sine ansatte og motivere dem (s. 105).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) hevder at mulighet for kontinuerlig og tilrettelagt kompetanseoppbygning for utøverne i sosial- og helsetjenesten skal være en forutsetning og i samsvar med de oppgaver de skal løse. I denne nasjonale strategien for kvalitetsforbedringsarbeid heter det videre at god ledelse er en forutsetning for å oppnå kvalitet i helsetjenesten, samt at i forbedringsarbeidet skal det ikke bare fokuseres på *hva* som gis av tjenester, men også *hvordan* tjenesten ytes, er organisert og hvordan den blir ledet. Likevel er det rapporter som viser at flere kommuner ville ha nytte av å lære hvordan kvalitetsforbedringer burde ledes og gjennomføres. Riksrevisjonen anbefaler derfor i sin rapport at denne kunnskapen bør spres i flere kommuner (Riksrevisjonen, 2018). Helsedirektoratet (2019a, s. 18) ser også denne forbedringskompetansen som viktig, og har dette som et tiltak i sin *Handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*.

Dette sammenfaller med Orviks tankegang om at forbedringskunnskap er en tilleggskompetanse, der fokuset flyttes fra individuell kompetanse (omtalt ovenfor) til kompetanse om systemforbedring. Dette handler i praksis om kunnskapen fremstilt med Demings sirkel tidligere i oppgaven, hvor den sammenknyttingen mellom teori og praksis gjør det mulig til å utvikle ny kunnskap og lære av den. Skal man for eksempel kunne lære av egne feil, vil man bare ved å være nøye i alle fasene av forbedringsprosessen, ha mulighet å oppnå varig forbedring.

## 2.2.6 Ledernes rammebetingelser for kvalitetsarbeid på sykehjem

Mange ulike forhold vil spille inn og danne rammebetingelser for ivaretagelse av kvalitet på sykehjem. For en bedre forståelse av lederens praksis i forhold til avvik og kvalitetsarbeidet generelt vil det være relevant å se på noen av betingelsene. I det følgende omtales bemanningssituasjonen og kontrollspenn som noen av de viktigste rammebetingelsene for ledere på sykehjem, i tillegg til kompetanse omtalt i avsnitt 2.2.5.

Foruten beboerens tilstand og pleietyngde med stadig mer komplekse oppgaver er det bemanningssituasjonen som ofte blir diskutert av media, politikere og sykehjems ansatte for øvrig. Denne oppgavens hensikt er ikke til å se på hva som er hensiktsmessig bemanning i den forstand, men hvordan bemanningssituasjon eventuelt vil påvirke kvaliteten. En større norsk undersøkelse fra blant annet 9 sykehjem undersøkt på forholdet mellom den faktiske bemanningssituasjonen og kvaliteten i tilbudet. Det viste seg at høyest bemanning ikke nødvendigvis ga høyest kvalitet. Betingelsene for kvalitetsforbedringen hang mest sammen med arbeidsmiljømessige forhold, vektleggingen av kompetanseutviklende kultur, bygningsmessige forhold og samarbeid med sykehus, pårørende og andre (Paulsen, et al. 2004). Forskerne fant i tillegg ut at de viktigste virkemidlene for å gi bedre kvalitet på sykehjem var å gi lederne bedre rammebetingelser for å utøve ledelse, samt støtte og veiledning i forhold til gode interne arbeidsprosesser. En kompetanseutviklende kultur var viktig.

Orvik har sett på organisering på sykehjem og hvor mange medarbeidere var gunstig for en leder å ha, noe han kaller for *kontrollspenn*. Han beskriver helse- og omsorgstjenesten som organisasjoner med store kontrollspenn der lederen har ansvar for et høyt tall medarbeidere. Dette innebærer flat struktur, få beslutningsnivåer, kort tjenestevei for medarbeidere, men det gir også lederen lite tid til hver enkel medarbeider (Orvik, 2015, s. 190). Dette kan skape krevende rammevilkårene for lederne til å utøve ledelse.

Norsk Sykepleier Forbund (NSF) har sett spesielt på rammevilkårene for ledere i helse- og omsorgstjeneste. I NSF-s plattform for ledelse 2017-2020 beskrives både mål, status og utfordringer på dette feltet. Plattformen beskriver ledere på sykehjem i en situasjon med svært alvorlige rammebetingelser i form at de ofte befinner seg i skvisen mellom lite tid til pasientene, svak kontinuitet og vansker med å skaffe rett kompetanse på den ene siden og stramme budsjetter på den andre siden. Det påpekes også at de fleste sykepleielederne er ledere på det pasientnærenivået og har en begrenset status, med det resultatet at man blir nærmest beordret i lederposisjoner. Det er heller ingen spesifikke kvalifikasjonskrav til det å bli leder i helse- og omsorgssektoren. NSF påpeker at helse- og omsorgssektoren har behov for mange gode ledere, spesielt i tiden med mange store omstillinger og endringene som er nødvendige for å møte framtidens behov. Til det kreves det tilstrekkelig ledelseskraft i form av kunnskap og kompetanse, bedre verktøy og vilkår for ledelse. De henviser til en rapport fra 2014 som viser at 75% av førstelinjeledere opplever til å ha for lite tid til strategiarbeid, langsiktig planlegging og nytenking. Lederens tid gikk i stor grad til administrative oppgaver og til å få driften til å gå rundt fra dag til dag (NSF-s plattform ledelse (2017-2020)).

Overnevnte rammebetingelser for ledere og dermed også for kvalitet for sykehjemsbeboere fordrer derfor videre en politisk dimensjon. Mangel på blant annet kvalifisert personell har vært et av kjennetegn ved sykehjem og en stor utfordring i forhold til kvalitetsutøvelse.

### 2.2.7 Kvalitetskontroll/internkontroll, kvalitetsindikatorer og risikovurderinger

Kvalitetskontroll er å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten, det vil si å kontrollere hva som har blitt gjort. Kvalitetskontroll er viktig for å få kunnskap om kvaliteten og pasientsikkerheten (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Etter Helsetilsynslovens (2017) §5 har alle som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å opprette et eget internkontrollsystem:» enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter».

**Internkontroll/revisjon** har som målsettingen å avdekke om virksomhetens praksis oppfyller pålagte krav. Dette gir virksomheten verdifull informasjon om hvor det er nødvendig å sette inn forbedrende tiltak.

Tidligere eget forskrift om internkontroll, ble fra 2017 erstattet og blitt en del av *Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Her har man valgt å bruke begrepet styringssystem (i denne oppgaven omtalt under avsnitt 2.2.4). Formålet med å endre begrep fra internkontroll til styringssystem er å synliggjøre at internkontroll skal inngå som et element i det daglige driften av virksomheten, men også for bedre beskrivelse av kravet om systematisk arbeid (Helsedirektoratet 2017, s. 9). Ansvar og kravet for et styringssystem er omtalt i forskriftens §3. §8 beskriver også internkontrollen i form av *plikten å evaluere punkt a.) «kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres»*.

Det er altså opp til virksomheten hva skal kontrolleres og hvordan de velger å gjøre dette arbeidet. Arntzen (2014, s.177) mener det er viktig å skille mellom systemrevisjoner hvor man kontrollerer om selve systemet sikrer at arbeidsoppgavene blir utført i samsvar med krav, og fagrevisjoner som kontrollerer et dypere, faglig tema på et dypere nivå i forhold til lovgivningen.

**Kvalitetsindikatorsystemet.** Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, vedlikeholde og formidle nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene (Meld. St.11 (2020-2021)). Det er derimot viktig å huske at en indikator bare er en angivelse, som ikke nødvendigvis gir et fullstendig bilde av en situasjon som måles. Ett av kravene er at de skal være målbare (Ytrehus, 2013, s.52-55).

Nasjonale kvalitetsindikatorer har flere formål. De skal brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i tjenestene, og de skal gi politisk ledelse, myndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for planlegging, styring og prioritering. Kvalitetsindikatorerne skal i tillegg gi brukere og pårørende mulighet til å velge behandlingssted på et kvalifisert og informert grunnlag. De blir i tillegg offentliggjort, noe som bidrar til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet (Meld. St.11 (2020-2021)).

Eksempler på indikatorene fra norske sykehjem er beboer- og pårørendeundersøkelser, som sier noe om hvordan brukerne og pårørende opplever kvaliteten på tjenesten.

Kvalitetsindikatorer er nyttige på flere plan. I forbedringsarbeidet vil ulike avdelinger eller organisasjoner kunne bruke disse data ved å for eks. sammenligne seg med andre tilsvarende virksomheter (Aspelin og Fagermoen 2015). Likevel er det svært viktig å være oppmerksom på den noe mindre heldige siden av slike målinger.

Isaksen (m. fl. 2018) påpeker en fare med slike målinger, nemlig at ethvert system hvor «trykket» plasseres på kontrollformål fort kan ende i å være et mål i seg selv. Eksempel på dette fra sykehjemspraksis er når indikatorene må fylles ut innen fristen, for eksempel fire ganger i året. Fokuset rettes etter kravoppfyllelser innen fristen som sykehjemmet blir kontrollert på. Den andre ulempen kan være at man har for stor oppmerksomhet omkring det som skal måles slik at ressursene styres vekk fra deler av tjenesten som ikke måles. I tillegg kan en slags overbehandling være en negativ konsekvens. Dette på grunn av iver etter gode tall på målingene at man gjør ting for å være på den sikre siden (Asplin og Fagermoen 2015). Eksempel på dette kan være at man er opptatt av å måle vekta eller blodtrykk så ofte som mulig slikt at det ser bra ut på statistikken. Dette kvantitative fokuset kan derimot gå utover det kvalitative hvor man faktisk prøver å finne ut hva som ligger bak tall og målinger. Det vil i tillegg stjele unødvendig tid.

**Risikoanalyser** er et viktig verktøy for å forebygge uønskede hendelser og for å bruke ressursene man har til rådighet best mulig. For å forstå årsakene til de uønskede hendelsene må hendelsene analyseres. Noen ganger kan det være enkelt. Andre ganger er det vanskelig å finne alle bakenforliggende årsaker uten å gjøre en grundig analyse. Det er viktig å huske at selv om en hendelsesanalyse ser bakover gjøres den for å forebygge nye hendelser i fremtiden (Helsedirektoratet 2019). Arntsen (2014, s.132) definerer risiko som «muligheten, faren eller sannsynligheten for at noe uønsket skal skje, og hvilke følger det kan få».

Det finnes ulike risikomatriser for vurderingen av risiko, men de innebærer gjerne mål av sannsynligheten og konsekvens. Helsedirektoratet (2017a) anbefaler å følge en kjent standard i dette arbeidet. ROS -analyse står for risiko og sårbarhets analyse som har vist seg å ha god effekt på denne typen kartlegging. Dette er en kvalitativ analyse som er basert på faglig kunnskap og erfaring.



Helsedirektoratet (2019) skiller mellom risikoanalyse og handelsanalyse i det systematiske arbeidet av kartlegging av risiko. Her vises det til følgende forskjeller mellom disse:

*Risikoanalyse* er et verktøy som benyttes for å skaffe seg oversikt over risiko på en systematisk måte. Dette kan for eksempel være innføring av nye prosedyrer, utstyr og liknende.

*Hendelseanalyse* begrepet viser til systematisk identifisering og vurdering av bakforeliggende årsaker til et oppstått avvik, nesten hendelse og risiko (Helsedirektoratet 2019, s. 64). Handelsanalysen gir kunnskap om hvordan og hvorfor det kunne skje, hvilke tiltak som er nødvendig for å forhindre at det samme skjer igjen. Den skal svare på følgende spørsmål:

- Hva skjedde?
- Hvorfor skjedde det?
- Hvordan forhindre gjentakelse?

Hensikten er å finne svakheter i systemet og ikke i enkeltmenneskes handling. Svakheter i systemer kan for eksempel være svakheter i kommunikasjon, kompetanse, utstyr, prosedyrer osv. Videre er oppfølging av resultater og videreformidling veldig viktig (Helsedirektoratet, 2019, s. 41).

Det er øverste lederens ansvar å kartlegge risikoområder gjennom en systematisk risikokartlegging. Innspill fra brukere, pårørende og ansatte er verdifulle og bør systematisk etterspørres og brukes i dette arbeidet (Ingstad, 2019, s. 141).

Helselovgivning stiller også spesielle krav til risikostyring. Etter *Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6d* er ledelse forpliktet til å «ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten»

Etter denne forskriften (§6 e) skal man ikke bare ha oversikt over risiko områder, men man skal i tillegg «*planlegge hvordan risiko som beskrevet i §6 d kan minimaliseres, og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*». Bruk av overnevnte risiko og hendelseanalyser er eksempler på det arbeidet.

Lovteksten viser til at risikoen ikke alltid kan fjernes helt. Målet er i så fall å minimalisere eventuell skade. I noen tilfeller har man et risiko som er påregnelig. Dette vil si at man kan forvente det som en del av et tiltak. Et eksempel på det er bivirkninger av medisiner eller et sår som ikke gror hos en diabetespasient.

### 2.3 Avvik

I litteraturen om helsetjenester i Norge finner man at begrepet *avvik* også blir brukt som *uheldige* eller *uønskede hendelser*. Et annet nært beslektede begrep er pasientsikkerhet. Avvik og uønskede hendelser omtales som synonymer i denne oppgaven, og defineres som følger:

Uheldig hendelse (eng. adverse event) er en handling eller omstendighet som gjorde eller kunne gjort at det skjedde noe som ikke skulle hendt. Uheldig er her synonymt med uønsket og utilsiktet. Uheldig sier ikke noe om årsak eller skyld, eller om hendelsen skyldes systemsvikt eller menneskelig feil, eller begge deler (Hjort 2011:14).

På en generell måte kan man også si at avvik betyr mangel på oppfyllelse av et krav (Arntzen, 2014 s. 147). På sykeheim vil avvik for eksempel være brudd på lov, forskrift, egne prosedyre, uhell eller nesten uhell. Sykehjemmene er etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017) § 6g forpliktet til: «å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen ...», §7 e: «sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende» §8 e: «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser slik at liknende forhold kan forebygges». Avviksrapporteringens hovedfunksjon er å forhindre at liknende hendelser skal skje igjen. I det følgende omtales noen av de viktigste perspektivene ved avvik, som årsakssammenhengen, lederens rolle og læringsprosessen.

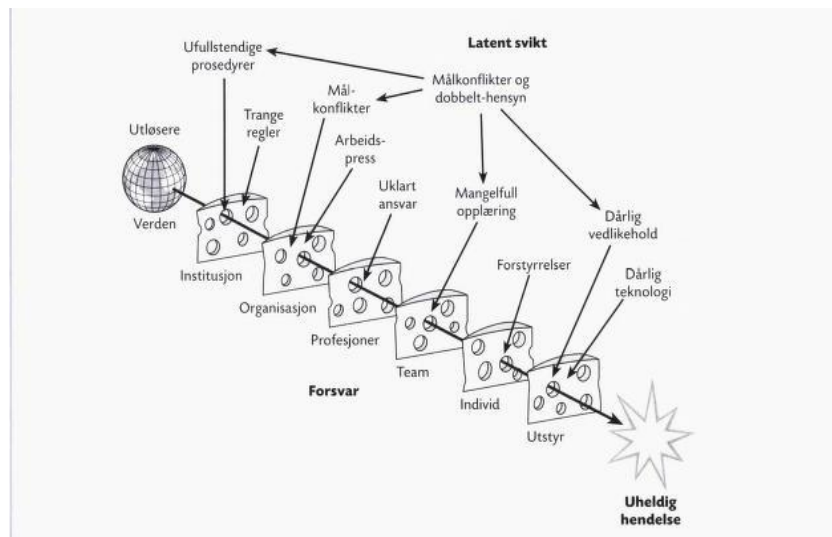
### 2.3.1 Årsakssammenheng - Avvik som systemsvikt

I etterkant av et avvik oppstår det gjerne en trang til å finne årsaken. Når mennesker har blitt utsatt for en uheldig eller uønsket hendelse, dreier det seg å finne den ansvarlige. Ifølge Kvalnes (2010, s. 30) er det kanskje på dette feltet man fortsatt har mest å lære når det gjelder avvik. Ifølge Reason (2000) kan problemet med menneskelig feil sees på i forhold til to tilnærminger:

- Personsentrert (aktive feil): fokuserer på enkeltpersonens feil: glemsomhet, uoppmerksomhet og moralsk svakhet. Mottiltakene er hovedsakelig rettet mot å redusere uønsket variasjon i menneskets adferd.
- Systemsentrert tilnærming (latente feil): fokuserer på forholdene menneskene jobber under/systemet. Feil blir sett som konsekvenser snarere en årsaker. Mottiltakene er rettet mot endring i forholdene som mennesker jobber under.

Ifølge Reason (2000) er det viktig å forstå forskjellene på disse to tilnærmingene, siden det har viktige implikasjoner for å takle den alltid tilstedeværende risiko for uhell i klinisk praksis. Dette vil bli omtalt nærmere i avsnitt 2.3.1.

Teoriene som beskriver årsakene til at det oppstår avvik har generelt forlatt «syndebukk-teorien» i sin tenkning. Det skal likevel påpekes at syndebukkene finnes i sjeldne tilfeller. Årsaken til feil ligger derimot som regel i manglende barrierer mot svikt i systemet (Hjort, 2011, s. 62). Hjort peker på at tilløp til hendelser ikke må få lov til å utvikle seg dersom man vil unngå en uønsket hendelse. I litteraturen fremstilles dette ofte med Reasons "sveitserostmodellen":



Figur 2.3: "Sveitserostmodellen". Ideen fra James Reason (hentet fra Arntzen 2014, s.143)

Figuren fremstiller årsakene til avvik (latent svik) som ligger i systemet (forsvaret). Hullene i osten vil vanligvis ikke passe sammen, men dersom feilen ikke blir fanget opp i en av sikkerhetsbarrierene, vil avviket skje til slutt. Ifølge Reason (2000) skjer det lite læring dersom lederne har en personsentrert tilnærming. Dette fordi når feilen/personlig handling er identifisert vil man ikke lenger lete etter årsaken til det. Han mener derimot at så godt som alle slike uheldige handlinger har en årsakshistorie (slik det illustreres i sveitserostmodellen). Reason trekker frem det han kaller latente forhold som kan være til stedet i et system. Som begrepet antyder, kan de ligge i et system i dvale i flere år før de i kombinasjon med en aktiv feil skaper en avvikssituasjon. Latente forhold kan for eksempel være en uklar eller manglende prosedyre, upålitelig utstyr og liknende. I motsetning til aktive feil vil man ifølge Reason kunne gjøre noe med de latente forholdene før det eventuelt skjer et avvik. Å forstå dette skaper en proaktiv snarere en reaktiv risikostyring.

Et system kan defineres som et *system bestående av deler som er satt sammen for å nå et mål eller å fylle en hensikt* (Hjort, s. 106). Systemene er ofte sammensatte og bestående av flere deler (profesjoner) og må samarbeide (tverrfaglighet). De skaper alltid sin egen kultur (s.106). Et velfungerende system vil fange opp feil før det oppstår konsekvenser. En rapport fra Institute of Medicine i USA fra 1999 «To err is human», har vært av stor betydning for

dette arbeidet. Hovedkonklusjonene var at pasientsikkerhetsproblem er stort, og at feil og skader vanligvis skyldes systemfeil, og ikke den enkelte helsearbeider (Arntsen, 2014, s.143; Hjort 2007).

Hjort understreker at det å rapportere avvik ikke har som mål å finne en syndeboke, og at dette bør være et anonymt meldesystem som sikrer størst mulig åpenhet om rapportering. *Systemsvikt* er ifølge ham feil i organisasjonens verdier, struktur, prosedyrer, prosesser eller handlemåte. Skadene kan være alt fra ingen til alvorlige, og ofrene er pasienter, pårørende, helsepersonell, organisasjon eller helsetjeneste generelt. Eksempel på nasjonalt fokus om dette er Helse- og omsorgsdepartementets nasjonalprosjekt "I trygge hender 24/7 (2011-2013)", videreført i pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018). Forbedringsarbeidet går ut på å redusere avstanden fra hva man bør gjøre og hva man faktisk gjør. Målet for pasientsikkerhetsprogrammet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (Helsedirektoratet 2019).

Når avvik ikke meldes er det krevende å ha oversikt over feil og svakheter i tjenesten (Ingstad, 2019 s.143). Dermed kan det være vanskelig å drive med forbedringsarbeid.

### 2.3.2 I hvilken grad rapporteres det på sykehjem?

Denne oppgaven omhandler ikke primært om avvik skrives eller ikke. Det er likevel naturlig å forsøke å danne et bilde av dette for å gi et bredere teorigrunnlag i forhold til oppgavens hensikt – nemlig hva som skjer med allerede meldte avvik. At avvikene ikke skrives i tilstrekkelig grad synes å være en pågående diskusjon. Det ser ut til å være mest forskning også på dette tema når det kommer til avvik. Helsepersonell har i tillegg lovregulert plikt til å melde om avvik gjennom §17 i Helsepersonelloven (2001) som trekker frem helsepersonellens ansvar til å melde fra om forhold som kan sette i fare brukerens sikkerhet.

Avviksrapportering er grunnleggende for å oppdage risikoer som kan føre til skade. Alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten har systemer for avvikshåndtering. Til tross for dette hender det ofte at helsepersonellet unnlater å rapportere avvik (Hjort og Johansson 2018;

Meld. St.10 (2012-2013)). Både nasjonal og internasjonal forskning på området viser sammenfallende årsaker til dette. Undersøkelser i Norge og Sverige peker på tidspress, ledelse og en generell meldekultur som viktige årsaker til at avvikene ikke meldes (Hjort og Johansen 2018; Norsk riksrevisjon 2016).

En nyere forskningsrapport fra 17 norske sykehjemsavdelinger viser stor variasjon i antall rapporterte avvik mellom avdelingene. Samtlige ledere i denne studie uttrykte ønske om flere rapporterte avvik. Dette kan derfor tolkes som at det fantes underrapportering. Det var også ulikt hvorvidt de ansatte hadde tro på om det å skrive avvik var nyttig. De fant derimot ut at når man først meldte et avvik, fantes det en sammenheng mellom dette og prosedyren for videre oppfølging av dette kvalitetsarbeidet (Isaksen, Ågotnes og Fagertun 2018). En studie fra spesialisthelsetjenesten viste at det å varsle om avvik baseres på komplekse vurderinger. Informantene svarte at det først og fremst var viktig å unngå skade for pasientene, men at de også vurderte hensynet til seg selv, kollegaene og arbeidsmiljøet før de varslet. Mange hadde vært i situasjoner der de vurderte å varsle, men lot det være av disse hensyn (Ulvund, et al. 2016). En annen studie viste at hele 29 av 30 sykepleiere på sykehjem mente at det fantes underrapportering av avvik. Har var også kunnskap om betydningen og hva som skulle meldes som avvik den største årsaken (Lafton og Fagerstrøm 2011).

Fagbladet Sykepleien (2015) spurte nesten 3000 sykepleiere om holdninger til avvik. 53 % av de fra kommunehelsetjeneste som svarte kjente ikke til noen gode eksempler fra at det nyttet å skrive avvik (Hofstad 2015). Av de som ikke meldte noe avvik (21%) oppga som årsak at det ikke fantes noe avvik eller at de var usikre på hva som er å anse som avvik eller at de ikke hadde tid. Det var to problemområder som utpekte seg i forbindelse med det å melde avvik: uproff ledelse og dårlig arbeidsmiljø.

Riksrevisjonen konkluderte i sin undersøkelse av 19 helseforetak med følgende hindringer til at avviksmeldingene ikke blir meldt: høy brukerterskel i det elektroniske avvikssystemet, kultur i forhold til person/system feil og ulike definisjoner på hva som er en uheldig hendelse (Riksrevisjon 2016).

De fleste overnevnte årsakene på underrapportering av avvik samsvarer godt med den siste kvalitetsrevisjonen fra Oslo kommune i regi av Helseetaten fra 10 sykehjem. Undersøkelsen

viste at underrapportering fortsatt var et problem på 7 av 10 sykehjemmene (Oslo Kommune Helseetaten 2018b).

### 2.3.3 Lederens rolle i forhold til avviksmeldingene som en ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet

Den nye *Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) (§6-9)* gir ledere et spesielt ansvar når det gjelder systematisk og kontinuerlig arbeid med kvalitetsutvikling, deriblant å lære av egne feil. Ledere på alle nivåer har en nøkkelrolle når det gjelder å legge til rette og motivere sine ansatte i arbeidet med brukersikkerhet. I det følgende trekkes det frem noen eksempler som underbygger betydningen av god og tydelig ledelse.

Helseministeren Bent Høye (2016) uttrykte i en artikkel til Aftenposten at gode ledere skaper gode sykehjem. Ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet ifølge *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 (2017)* handler om å bygge en kultur, sikre kompetanse og utvikle systemer hvor kvaliteten i våre tjenester gjenspeiler seg i alt vi gjør. Ledelse er etter dette programmet valgt ut som et av innsatsområdene når det gjelder satsningsarbeid for større pasientsikkerhet. Her hjelper man ledere med konkrete, gode verktøy for å jobbe med kvalitet og pasientsikkerhet/avvik. Ledertiltakene oppsummeres i følgende seks punkt:

- Sett pasientsikkerhet på dagsorden
- Lytt til, og involver pasient, bruker og pårørende
- Få oversikt og etterspør målinger
- Skap en kultur for åpenhet og transparens
- Bygg kompetanse
- Vær synlig og lytt til dine medarbeidere

Både forskningslitteraturen og regjeringens satsninger gir liten tvil om at ledere må spille en nøkkelrolle i forhold til utvikling av god tjenestekvalitet. Ledere i primærhelsetjenesten ønskes styrket, og regjeringen er villige til å bevilge midler til å styrke denne lederkompetansen, blant annet gjennom nasjonale lederutdanninger (*Helsedirektoratet, 2021*).

Hvert sikkerhetssystem har ordringer for meldinger om svikt og avvik i helsetjenesteytingen. Dette er også presisert i lovgivningen. I Helsepersonelloven § 17 (2001) vises det til at: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet [...]».

I lovteksten vises det til *fare* for pasient sikkerhet. Dette vil si at forhold som kunne medføre fare for pasienten også er meldepliktige. Som et ledd i å styrke pasientsikkerheten, har flere land fulgt anbefalinger fra internasjonale organer deriblant WHO om å etablere sanksjonsfrie meldeordninger. Målet med meldeordninger er hovedsakelig å gi et kunnskapsgrunnlag til bruk i forbedringsarbeidet i helsetjenesten. Enkelte land har ordninger for alle nivåene i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2015:11).

#### 2.3.4 Konsekvenser av avvik for sykehjemsbrukere

Konsekvensene av en uheldig hendelse kan resultere i alt fra ingen i det hele tatt, og til død (Hjort 2007, s. 47). Konsekvensene kan være ulike, de kan være rent medisinske, for eksempel feilmedisinering, feilbehandling og lignende. Den tilgjengelige litteraturen henviser som regel til denne type hendelser (Hjort 2007, Aase 2018) På sykehjem derimot vil et avvik også kunne handle om andre ting, som for eksempel har med pleie og omsorg å gjøre (glemte å tilby dusj, eller følge beboeren ut på tur i frisk luft). Denne brukergruppen er i mye større grad avhengig av hjelp på flere områder i livet. Hjort henviser til at det er flere ofre etter en uheldig hendelse, i hvert fall dersom den er alvorlig. I tillegg til beboeren selv, er det pårørende, helsetjenesten og ikke minst helsepersonell. En avvikshendelse vil i de fleste tilfeller være en stor påkjenning for personalet som er involvert, og helsepersonell føler seg ofte alene i slike situasjoner (Hjort, 2007, s. 51). En studie blant over 1000 norske leger viser at en alvorlig uheldig hendelse hadde negativ påvirkning på livet både privat og profesjonelt (Aasland og Førde 2005). Det er ikke grunn å tro at dette er noe annerledes med annet helsepersonell.



## 2.4 Avvik som læringsgrunnlag

En kunnskapsbasert praksis må hele tiden tilstrebe kvalitetsforbedring gjennom læring av egne feil. Læring forutsetter evne til å ta imot tilbakemeldinger (Hjort, 2007, s.7). Læring av erfaring og feil utgjør selve grunnlaget for avvik og avvikssystemene det forutsettes at mennesker er feilbarlige, og dermed vil feil også i helseinstitusjonene oppstå. I det følgende avsnittet beskrives det nærmere arbeidet med avvik som forbedringsgrunnlag utfra et lederperspektiv, samt faktorer som kan påvirke denne læringen (læringskulturen).

### 2.4.1 Om det å lære av egne feil – organisatorisk læring

Kvalitetsforbedringsprosesser vil samtidig innebære læringsprosesser. Evnen til å lære er viktig både for individer, grupper og organisasjoner. Som allerede nevnt, er det å skrive avviksrapport ikke et mål i seg selv. Det endelige målet er det å lære av egne feil. Uheldige hendelser/ avvik og læring er begreper som ofte henger sammen i nesten all litteratur som omtaler dette tema. For at det skal oppnås læring må enkelte forutsetninger være til stedet. Derfor er også læringsbegrepet relevant i forhold til denne oppgavens tema, og vil omtales utfra enkelte perspektiver relevante for sykehjems praksis.

At avvik ikke meldes kan handle om at ansatte ikke har kunnskap eller forståelse for hensikten med å melde avvik, ikke får vite hvordan avviket blir fulgt opp, eller at det mangler arenaer for felles gjennomgang for å sikre organisatorisk læring (Meld. St 11 (2020-2021), s. 19).

**Organisatorisk læring** innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner og på tvers av organisasjoner (Aase 1997 i Aase 2018, s. 103).

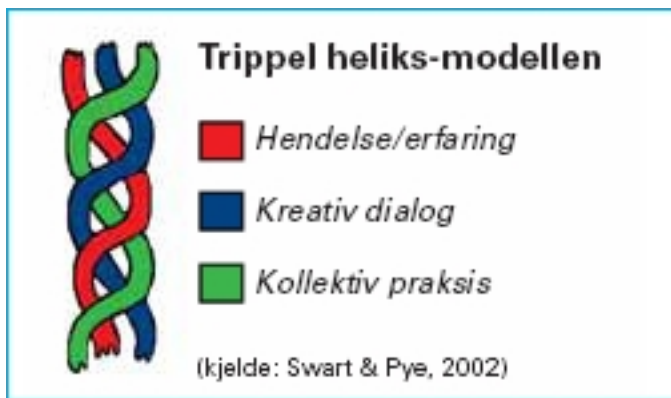
For en bedre forståelse av organisatorisk læring blir det i det følgende først presenteres kort hva en *organisasjon*, *organisering* og ikke minst *organisasjons ledelse* innebærer. Grunnen til at dette er relevant for dette prosjektet er at sykehjem anses som organisasjoner med komplekse systemer (omtales i neste avsnitt), noe som vil kunne ha betydning for rammene rundt sykehjemledelsen håndtering av avviksmeldinger.

Orvik (2015) definerer *organisasjon* som et sosialt system som er bevisst og sosialt konstruert for å realisere bestemte mål (Orvik, 2015, s. 41). På et sykehjem vil de sosiale konstruksjonene være de ulike faggruppene som må samarbeide om en felles bevisst målsetning. Organisasjoner blir ifølge Orvik gjerne omtalt som et *komplekse* systemer hvor han mener at helseorganisasjoner blir komplekse i dobbel forstand. De har mange spesialiserte profesjoner, benytter avansert teknologi og må håndtere uforutsigbarhet og usikkerhet. I tillegg er kliniske virksomheter komplekse ved at målgruppene de skal betjene har komplekse behov (s. 42).

Mens organisasjon representerer et system, vil *organiseringen* innad i en organisasjon bestå av prosesser som skjer i en organisasjon eller mellom organisasjoner, og som involverer profesjonelle (Orvik, 2015, s. 42). Dette innebærer, ifølge Orvik, prosesser som koordinere, prioritere, motivere, beslutte og forbedre. På et sykehjem vil organiseringen på sykehjem være begrunnet i krav om kvalitet og sikkerhet, men også forsvarlig arbeidsmiljø og effektiv ressursbruk. All form for organisering handler om samarbeid og samhandling.

Det er flere tilnærminger til organisasjonslæring. En av de kjente modellene som blir brukt til å illustrere dette er «trippel heliks» figur (Aase, 2018, s. 104 etter Swart og Pye 2002). Figuren fremstiller tre viktige tråder som er i samspill, og som alle må være til stedet hvis en kollektiv læring skal lykkes.

- *Hendelse/erfaring* viser til individuell kunnskap i forhold til en hendelse/erfaring. Denne kan være forskjellig fra person til person om en og samme hendelse.
- *Kreativ dialog* viser til aktiv refleksjon individuelt eller kollektivt i forhold til en hendelse.
- *Kollektiv praksis* handler om å følge opp konklusjoner fra den kreative dialogen, og endre enten sin egen eller kollektive praksis i forhold til hendelsen/erfaringen.



Figur 2.4: Trippel heliks (Trespirmodellen). Hentet fra Aase, 2018, s. 104.

Forskningen viser at organisasjoner ofte har utviklet kun en eller to av disse tre dimensjonene. Hvis man for eksempel kun har hendelse /erfaring og er uten en kreativ dialog i ettertid har man en liten sjanse til å lykkes (Aase, 2018, s. 103-104).

Læring i arbeidslivet oppfattes både som et individuelt og kollektivt fenomen, som et metodisk og konkret konsept, som et intensjonelt veikart, og som en varig reise som skjer uten bevisste tiltak (Kirkhaug, 2017 s.107).

Læring foregår altså på individuell og organisasjonsnivå. *Organisasjonslæring på personnivå* betyr tilegning av kunnskaper blant enkeltpersoner og grupper primært gjennom erfaringer, samt formidling av disse kunnskapene. *Organisasjonslæring* betyr at man transformerer resultatene fra individuell- og gruppelæring til organisatorisk kompetanse (Kirkhaug 2017, s. 108). I arbeidet med avvik på sykehjem er begge læringsformene viktige, og for ledere som jobber med avvik på alle nivåer er det viktig å være bevisst dette skille. Dette fordi individer og grupper kan skaffe seg kunnskaper for eksempel om avvik, uten at disse blir tilgjengelig for organisasjonen, og dermed ikke bidrar til øking av den samlede kompetanse (s.108). På den måten blir man ikke en *lærendeorganisasjon*, det vil si organisasjon som både legger forholdene til rette til en person og gruppelæring, men i tillegg formidler disse kunnskapene både horisontalt og vertikalt (s. 109). På et sykehjem kan dette bety å dele kunnskapen med en annen gruppe eller avdeling, men også institusjonen som helhet. Det som går igjen i definisjonene er at begrepet *lærende organisasjoner*, beskriver organisasjoner som *har* utviklet en høy grad av bevissthet om viktigheten av lære (Irgens, 2011, s. 83).

Læringen kan i tillegg være *formell* (underlagt visse formelle og pedagogiske metoder, eksempelvis i læringsinstitusjoner, lærlingordninger) eller *uformell* (erfaringslæring gjennom den daglige

arbeid) (Kirkhaug, s.113-114). Det meste av læringen i arbeidslivet vil skje uformelt, og vi er ofte ikke engang bevist det. Derfor vil denne læringen beskrives litt nærmere.

Utgangspunktet for uformell læring er at det er sterkt knyttet til miljøet medarbeideren er en del av. Filstad (2010, s.63) referer til fem kjennetegn ved uformell læring på en arbeidsplass som resultat fra andre studier om dette: den er integrert i daglige rutiner, den er utløst av et internt eller eksternt ønske om endring, den er ikke nødvendigvis bevisst, den er tilfeldig og påvirket av tilfeldigheter, den er induktiv prosess av refleksjon og handling og den er koblet til andres læring. Uformell læring er en kompleks prosess, og det kan være viktig å kjenne til faktorer som styrer denne læringen. Irgens (s. 111) trekker frem faktorer som organisatorisk hindrer at læring skjer. Blindhet og manglende årvåkenhet er en av dem. Han mener at hvis vi forbinder læring med forandring mister vi forståelsen for hvordan kontinuitet skapes og opprettholdes. På den måten risikerer man å miste årvåkenhet som kan resultere at man ignorerer både problemene som vokser og mulige løsninger. Den andre organisatoriske læringshinder er det han kaller for liminalitet- det å være fanget i organisasjons gråsoner. Dette handler om å takle forventningene om å oppføre seg og utføre oppgavene etter en viss standard/prosedyre/slikt det er bestemt. Dette i tilfellet disse standardene gjør at det blir vanskelig å forholde seg til konkrete praktiske situasjoner. Skal man følge prosedyren, eller handle slikt en synes er best? Får vi mulighet å finne nye løsninger gjennom å «tøyse» standarder kan resultatet være at vi lærer nye måter å håndtere en situasjon på (s. 113).

#### 2.4.2 Systemer for bruk og analyse av innmeldte avvik/avvik som en del av læring

Det er viktig å understreke at rapportering i seg selv ikke forbedrer sikkerheten. Det er svaret på rapporter etter en grundig analyse av underliggende systemfeil som skal føre til endringer. Et rapporteringssystem må produsere et synlig, nyttig svar for å rettfærdiggjøre ressursene som er brukt for å stimulere til rapportering. Det vil si den viktigste funksjonen av avviksrapportering er å bruke resultatene til en datanalyse, og til slutt til å formulere og formidle anbefalinger til systemendring (WHO 2005, s.12).

WHO har utarbeidet noen kriterier som er nødvendige for en vellykket rapportering og læringssystem av uheldige hendelser. Disse er:

- Klare mål
- Klarhet om hvem som skal rapportere
- Klarhet om hva som skal rapporteres
- Rutiner for å motta rapporter og behandle data
- Kompetanse hos de som skal behandle /analysere avvikene
- Kapasitet for tilbakemelding på innmeldte avvik
- En metode for å klassifisere og forstå rapporterte avvik
- Kapasitet/evne til å spre resultatene
- Teknisk infrastruktur og datasikkerhet (WHO, 2005, s. 53).

Overnevnte kriterier viser til en kompleksitet, som ledelse på sykehjemmet både må være klar over og jobbe med for å lykkes når man skal lære av egne feil og erfaring. Turnusarbeid, travel hverdag og delstillinger er bare noe som derimot kan utfordre kontinuiteten i dette arbeidet.

Det er også viktig å definere tydelig hvem som har ansvaret for arbeidet med avikssystemet. Når ansvarsområdet er diffuse, er det ingen tydelig eierskap. Med for mange som leder så -er det ingen som leder (National Advisory Group on the safety of Patients in England, 2013. s.4). I den samme rapporten understrekkes i tillegg betydningen av å erkjenne og identifisere problemet som et viktig første skritt. All forbedring begynner med tydelig anerkjennelse og erkjennelse av behovet for å forbedre (s.10).

Som ellers i kvalitetsforbedringsarbeidet anbefales det en systematisk tilnærming også når man jobber med avviksrapporing. Systemtilnærmingen innebærer at man gjør en analyse av underliggende årsaker til avvik, samt har systemer som fanger oppfare for avvik før de får alvorlige konsekvenser (Aase, 2018, s. 106). Sveitserostmodellen (figur 2.3) er et eksempel på det.

Enkelte risikoforhold kan kartlegges selv etter få varslinger. Eksempel på det er teknisk feil på medisinsk utstyr. På organisasjonsnivå er det en viktig del av en analyse at man

identifiserer årsak, sammenhenger og risikoforhold. Man ser trender, type hendelser og hva som er den vanlige årsaken som går igjen (Aase, 2028, s. 107).

Det finnes flere metoder for å undersøke analyser av avviksmeldinger. En av dem er kjerneårsaksanalyse. I en slik analyse skal man svare på tre kjernesporsmål: Hva skjedde? Hvorfor skjedde det? Hva kan vi gjøre for å forhindre at det skjer igjen? Det er ikke alltid nødvendig å gjøre en årsaksanalyse etter en hendelse. Ofte er det nok å kjenne til det for å videre kunne jobbe med å bygge barrierer i selve systemet for å forebygge slike hendelser (Arntzen, 2014, s148). Data og kunnskapen lederne får fra avviksrapporter vil som i kvalitetsarbeidet generelt være viktig grunnlag til bruk i risikovurdering analyser og internkontroller.

Men hvordan er dette på sykehjem? Når vi kjenner til et avvik, kanskje til og med et som har gjentatt seg flere ganger, handler det mer om spørsmålet hva vi gjør med den kunnskapen. Dette er noe denne oppgaven sikter mot å besvare.

### 2.4.3 Ledelse og sikkerhetskultur på sykehjem

I avsnitt 2.2.1 har vi sett hvordan systemer innvirker på avvikshendelser. I det følgende skal det redegjøres for hva sikkerhetskulturen (også kalt pasientsikkerhetskultur) er, og hvilken innvirkning kan den ha på kvalitetsutviklingsarbeid, samt lederens rolle i det.

Beboer- og pårørende undersøkelsen viser at om beboere skal trives på sykehjemmet må de først og fremst føle seg trygge (Oslo kommune Helseetaten 2018a.). Dette er et minimumskrav for de aller fleste mennesker.

Sikkerhetskultur (som en del av organisasjonskultur) etter Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) kan defineres som *summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og adferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd* (Aase,2018, s.79).

Kvalnes (2010, s. 199) trekker frem seks viktige kulturdimensjoner:

1. Aktørkultur (der ansatte kan improvisere når det er til det beste, og ikke bare gjør jobber etter instruksjer)
2. Ytringskultur (der ansatte snakker åpent om egne og andres feil. Fakta kommer på bordet, selv om det kan være ubehagelig).
3. Konsekvenskultur (der individene får riktig dose med beskyttelse, verken over- eller under.)
4. Læringskultur (ansatte forholder seg til avviksmeldingene som en kilde til læring og utvikling).
5. Rettferdig kultur (ingen blir straffet for å melde avvik. Man blir oppfordret og belønnet for det. Samtidig so man reagerer i tilfeller noen går over streken for akseptabel adferd).
6. Samarbeidskultur (Ansattes prestasjoner utfyller hverandre gjennom ulike kompetanser og perspektiver).

Avhengig av type kultur man utvikler på en sykehjemsavdeling eller sykehjem som organisasjon, vil man enten ha gode eller dårlige forutsetninger til å jobbe med kvalitetsforbedring. Ledere bør ha et bevist forhold til dette både i forhold til hvordan en selv opptrer overfor sine ansatte, men også hvordan ansatte selv opptrer overfor hverandre. Det kan for eksempel være svært vanskelig å jobbe med avvik og kvalitetsforbedring dersom lederen ikke viser forståelse overfor den ansatte som har handlet feil. Dette kan i verste fall påvirke både ytringskultur hvor man ikke vil tørre å melde fra om egne eller andres feil neste gang, og dermed læringskultur hvor avviksmeldingene vil bli ansett som potensiell straff i stedet for læring.

En viktig forutsetning for at brukere på sykehjem skal føle trygghet er at det ligger i kulturen at de ikke skal utsettes for unødvendig lidelse i betydningen hendelser som kan forebygges (Aase, s. 90). Selv om det er lite forsket på dette området på sykehjem, viser en amerikansk undersøkelse at sikkerhetskultur står i sterk sammenheng med pasientsikkerhet (Thomas et al 2012). Samme undersøkelse konkluderte med stort behov for å styrke sikkerhetskultur på sykehjem.

I Norge har man utviklet et kulturkartleggingsverktøy i form av spørreskjema via en studie av fem sykehjem i Tønsberg. Studiet skulle belyse forskjeller i holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell. Ved hjelp av spørreskjema (Safety Attitudes Questionnaire) ble ansatte bedt om å svare på spørsmål fra fem områder som skulle gi uttrykk for ulike forhold ved pasientsikkerhetskulturen på arbeidststedet; teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, jobbtilfredshet, arbeidsforhold og anerkjennelse av stress. Resultatene viste at de ansatte som var eldre og hadde større stillingsprosent hadde mest positiv oppfatning av pasientsikkerheten. Sammenlignet med andre studier i Norge, fant forskerne at pasientsikkerhetskulturen i sykehjem er dårligere enn ved legekantor, men på samme nivå som ved legevakt (Bondevik, Hofoss, Hussebø og Deilkås 2017).

Riksrevisjonen som har undersøkt meldekulturen ved 19 helseforetak i 2015, viser at det er ledelse og lokal meldekultur i helseforetakene som avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp (Riksrevisjon 2016). Funnene i rapporten påpeker videre at avvik ofte forklares med at enkeltpersoner har gjort feil eller glipp. Dette kan føre til en kultur hvor ansatte ser på dette som «angiversystem». Det er derfor ikke uvesentlig for kulturen at både ledere og ansatte omtaler avvik i systemet som «menneskelig svikt» eller «systemsvikt».

Ledere er viktige forbilder i en organisasjonskultur. Ifølge Kvalnes (2010, s. 201) setter ledere som reagerer negativt på kritikk over egne feil en uheldig standard for hele kulturen. Alle de seks overnevnte kulturdimensjoner kan påvirkes av dette og dermed skape svært dårlig sikkerhetskultur. Et eksempel på dette vises gjennom en historie publisert Sykepleien (Hustad 2012) «Når lederen tier om avvik» der en avdelingsleder hadde dekket over en av sine ansatte som ga feil insulin til en sykehjemsbeboer. Avdelingssykepleieren gjorde det så godt hun kunne i situasjonen og beboeren ble bra igjen etter at det holdt på å gå riktig galt. Avdelingssykepleieren rapporterte derimot ikke hendelsen videre verken muntlig eller skriftlig, og la lokk på sine ansatte. I tillegg til at denne lederen handler på en kritisk måte i forhold til dokumentasjonsplikt, etikk og generelt til sin yrkesutøvelse, vil en slik hendelse ha andre konsekvenser. Den vil trolig påvirke både ytringskultur, samarbeidskultur og læringskultur på denne enheten, men også andre forhold vil trolig være berørt. I en nasjonal rapport fra England hevdes det at kulturen vil trumfe alle regler, standarder og kontrollstrategier hver eneste gang, og et tryggere helsevesen vil være mye mer avhengig av kulturelle endringer



enn av et nytt regelverk (National Advisory Group on the Safety of Patient in England, 2013, s.10).

En av de største truslene mot en god meldekultur er hvis meldingene ikke fører til endringer, eller at melder ikke får tilbakemelding om oppfølging. Ledere har en viktig rolle her. Ellers vil det oppleves som om melding ikke nytter, men kun utgjør en belastning og risiko. (Stortinget 2011).

#### 2.4.4 Hvordan skape god sikkerhetskultur

I den grad organisasjon har en kultur som er ønsket og tilpasset virksomheten, men kanskje lite funksjonell, vil kulturutvikling være relevant (Kirkhaug 2017, s.83). For å endre kulturen er det en forutsetning at man faktisk kjenner den eksisterende kulturen, samt at man bør være bevisst hva man ønsker å endre kulturen til (Ingstad, 2019, s. 76). Ledere med ansvar for organisasjonen og daglig drift har et spesielt ansvar for å ha forsvarlige tjenester, samt gode systemer for kvalitetsutvikling (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2017).

På norske sykehjem er det ofte førstelinje leder som har ansvar for å skape en god sikkerhetskultur. De er avhengig av støtte fra ledernivåene over, og at pasientsikkerhet etterspørres og prioriteres (Aase, s. 98). De ansattes verdier er hovedbestanddelen i en kultur, og verdier er operasjonaliserte verdibetingelser som for eks motivasjon, medarbeiderens karakter og kompetanse (Kirkhaug 2017, s. 83). Kirkhaug mener at kulturen er som jorden og må stadig utvikles og dyrkes for å være til nytte (s. 84). Mens kulturen med lite åpenhet og konflikter vil være uheldig for en organisasjonsutvikling, vil en organisasjonskultur preget av felle- skap, åpenhet og nysgjerrighet, men ikke minst kultur med dyrking av opposisjon og paradokser være positiv for det. En paradoksyndekultur innebærer at man støtter tilsynelatende motstridende verdier som for eks. frihet og kontroll, dristighet og ydmykhet, lojalitet og opposisjon. Ifølge Kirkhaug er dette gunstig for organisasjonsutvikling da det mentale rommet for ledere og medarbeidere øker og dermed også øker handlingsrepertoaret (s. 87).

Virksomheter som lykkes kjennetegnes av en kultur som fremmer åpenhet, tillit, samarbeid og læring. De ansatte jobber mot felles mål, har innflytelse, og de setter pasienter og brukere først. Ansatte oppfordres til å melde i fra om svikt og avvik, og lærer systematisk av både det som går bra og det som ikke går så bra (I trygge hender 24/7, 2017).

Læring omtalt i tidligere kapittel står i sterk sammenheng med sikkerhetskultur. Det er derfor naturlig å se hva dette betyr på sykehjem. I Meld. St 10 (2012-2013) stadfestes det at *det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil.*

Det er menneskelig å feile. Helsearbeidere håndterer dette best dersom de klarer å etablere en kultur hvor felleskapet og individene vedkjenner seg sin egen feilbarlighet (Kvalnes 2010, s.199). Ledere har en viktig rolle når det gjelder felleskapets kultur. Kvalnes mener at ledere som reagerer negativt på kritikk eller påpekning av egne feil, setter en uheldig standard for kulturen (s.201). Det går utover blant annet åpenhet, samarbeid, prestasjoner og læring.

På sykehjem vil man tilstrebe en åpen kultur som er en forutsetning for å lykkes i arbeidet med avviksmeldingene. Åpen kultur for rapportering av avvik innebærer at den som melder skal føle seg trygg på at det å melde ikke innebærer negative sanksjoner fra ledelse eller kollegaer (WHO 2005, s. 49, Aase, s. 107).

Selv om mye tyder på det, er det ikke alle undersøkelser som bekrefter sammenhengen mellom kultur og pasientsikkerhet. Eksempel på det er en nederlandsk studie som ikke fant sammenheng mellom teamkultur og forebygging av trykksår (Bosch m. fl. 2011).

#### 2.4.5 Ledelses rolle og kompetanse i læringsprosesser

Til slutt utgjør selve ledelse en viktig faktor for læring. Ledere er avgjørende til at både formell og uformell læring skal finne sted. Kirkhaug mener at ledere har så sterk innflytelse over læring i organisasjoner innebærer at de må oppfatte seg selv som lærere (s. 172). En god læringsleder ifølge Kirkhaug må ha visse kvalifikasjoner- både personlige og faglige. Noe av det vil være å være trygg på seg selv, å være dyktig til å formidle og motivere, utadvendig, omgjengelig, åpen for eksperimentering, ha emosjonell og kulturell intelligens, og ikke minst å være forbilde i den praktiske hverdagen ettersom kunnskapene som formidles vil være

både holdninger og adferd. Lederen behøver ifølge han ikke nødvendigvis ha størst faglig kompetanse, men må være flink i form av tilrettelegging av faglig utvikling (175-176). Profesjonell lederutdanning med kunnskap innenfor pedagogikk, og prosessledelse vil være nyttige redskap for en leder. Ifølge Ingstad kan ansatte være skeptiske til ledere uten profesjonsbakgrunn. Hvis en leder på sykehjemmet kun ha lederutdanning kan man møte holdninger som at han/hun kun tenker på økonomien, ikke har forståelse for pasientsituasjon og lignende (Ingstad, 2019, s. 55). Faktorer som dette kan også påvirke kulturen og dermed læring i en organisasjon.

Rapportering og læring av uønskede hendelser /avvik er et av de mest sentrale virkemidlene for pasientsikkerhet. Likevel viser forskningen både nasjonalt og internasjonalt at disse prosessene ikke alltid er velfungerende. De vanskeliggjøres av blant annet ulik forståelse knyttet til dette arbeidet, kultur og struktur, samt mangel på hensiktsmessige arenaer for dette arbeidet (Aase, 2018, s. 101). Forskningen fra sykehusene viser at avviksmeldingene som kommer analyseres i liten grad, og at helseorganisasjonene mangler kompetanse på hvordan dette skal gjøres (Krogstad og Saunes 2009).

Hvilken type kompetanse vil en leder i en sykehjemsorganisasjon ha behov for hvis vi allerede har sett på sykehjem som et komplekst system? Orvik (2015, s.57) har beskrevet dette med et begrep han kaller for *organisatorisk kompetanse*.

**Organisatorisk kompetanse** er en refleksiv og handlingsrettet kompetanse, som kommer til uttrykk som en oppmerksomhet på verdier og organisasjonsform i kliniske virksomheter, og som evne til å organisere det kliniske arbeidet samhandling med andre (Orvik, 2015, s. 57).

Definisjonene påpeker altså evne både til refleksjon og handling. Hvis man for eksempel leder et forbedringsprosjekt på sykehjemmet må man handle både reflektert og handlingsorientert.

*Refleksiv* kompetanse er viktig for å identifisere verdier som er viktige i et prosjekt, dvs. bevissthet på om hovedsaken er å forbedre kvaliteten for brukerne, øke effektiviteten i arbeidsprosessene eller bedre personalets arbeidsbetingelser. Samtidig trenges *handlingskompetanse* for å kunne organisere forbedringsarbeidet, planlegge og involvere.

Organisatorisk kompetanse er summen av tre ulike perspektiver: *kultur (som retter oppmerksomhet mot verdier og normer), struktur (som retter oppmerksomhet mot organisasjonsformer som ledelsesstruktur/hvem bestemmer hva, målsystem/hva som er prioriteringen ...)* og *prosess (som retter oppmerksomhet mot kvalitetsforbedringskunnskap, mer eller mindre det som likner fasene i Demings sirkel)*. Orvik påpeker at disse perspektivene ikke innebærer tre ulike kompetanser, men er alle del av en kompetanse, nemlig den organisatoriske kompetansen i klinisk ledelse.

## 2.5 Litteraturgjennomgang og tidligere forskning om avvikhåndtering på sykehjem

En tidligere litteraturgjennomgang i både nasjonale og internasjonale databaser, har konkludert med at eksisterende forskning på dette området er begrenset (Hjort 2017, Meld. St. 10). Ifølge Hjort er det lite litteratur om uheldige hendelser i eldre omsorgen i Norge. Den som finnes, begrenser seg stort sett på to hendelser: fall og legemidler (Hjort 2017, s. 45).

Som ledd i oppgaven har jeg foretatt en gjennomgang i databasene Oria, Idunn, Cinahl og Cochrane Library. Jeg har lagt vekt på Norsk og internasjonal forskning, samt systematiske oversikter. Forskingen fra Sykepleien og Det norske Legeforening er også sett på. Søkene var hovedsakelig innen på forskning etter 2009. Fra de norske databasene fikk jeg til slutt 4 relevante artikler fra Oria, og 4 fra Idunn, som handlet om forholdet mellom avvik og kvalitetsforbedring på sykehjem. På grunn av at studiet har strekt seg over noe lengre tid, foretok jeg et nytt søk i mai 2021 for å se om noe nytt har kommet på feltet. Jeg brukte da i all hovedsak norske søk via Oria. Jeg fant én ny artikkel av relevans som omhandlet pasientsikkerhet på helseinstitusjoner under pandemien. I tillegg fant jeg en ny handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) fra Helsedirektoratet.

Begrepet avvik i Norske søkemotoren (Oria) blir sjeldent brukt i både offentlige dokumenter og i forskningen. I norsk litteratur var det betydelig flere treff ved å bruke begrepet *uheldige hendelser* og *pasientsikkerhet*. Søket fra internasjonale databaser ga best resultat på *Medical errors* og *pation safety*. De fleste treffene gjald derimot konkret forskning (ulike spesialområder) knyttet til sykehus. Forskingen fra sykehjem var sparsom generelt, og spesielt konkret opp mot min problemstilling. Her dreide forskningen seg ofte om hvorvidt

det skrives avviksmeldingene eller ikke. Noen flere aktuelle treff ble det etter at søkeord Medical errors og patient safety ble knyttet til begrepet *learning* og *organizational learning*. På denne måten fikk jeg noen relevante artikler. Selv om sykehuspraksis på mange måter kan være sammenlignbar med sykehjem, er det likevel noen vesentlig forskjell i blant annet rammevilkårene som angår lederkompetansekrav.

Den sparsomme forskningen knyttet til sykehjempraksis i forhold til avvik viser ulike årsaker for underreportering. Pasientsikkerhetskultur og «angiver» kultur virker til å være mest forsket på. Også flere offentlige utredninger og handlingsplaner innebærer gjerne tiltak knyttet opp mot dette (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) ..Og bedre skal det bli; Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023). Det tidligere forskning ikke ser ut til å vise er ansattes kompetanse i forhold til det digitale rammeverket rundt avviksrapportering, ikke minst eventuelle forskjeller mellom fag- og ufaglærte i forhold til bruk av kvalitetssystemet generelt. Jeg fant heller ingen studier eller statistikk på om lederens kvalitetsforbedringskompetanse hadde innvirkning på utfallet av dette arbeidet.

## 2.6 Oppsummering

Loverket sammen med stortingsmeldinger, handlingsplanen med mer, gir oss nyttig kunnskap om hvordan det er ønskelig at statusen på kvalitet i sykehjemmene skal være. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) står sentralt i kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehjem. Denne stiller spesielle krav til ledelse, og innebærer fokus på avvik, men krever også *kontinuitet og systematikk* i dette arbeidet.

Kvalitet i helsetjenester forbindes ofte med pasientsikkerhet og avvikhåndtering. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess ved blant annet bruk av Demings sirkel som metode for kvalitetsforbedring.

Det er både viktig og utfordrende å måle kvalitet på sykehjem. Kvalitetsindikatorer kan gi en indikasjon om hvordan kvaliteten er, mens den subjektive kvalitetsdimensjon kan være utfordrende å måle. Brukermedvirkning er en viktig lovfestet rettighet og er dermed ikke noe helsepersonell kan velge å se bort i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Avviksrapportering er grunnleggende for å oppdage risikoer som kan føre til skade. Mennesker er feilbarlige, og feil kan forventes selv i de beste organisasjonene (Reason 2000).

Både avviksrapportering og læring forutsetter god pasientsikkerhetskultur i en organisasjon.

Ledelse anses som den viktigste faktor når man skal lykkes med å skape både kvalitetsforbedring og god sikkerhetskultur, og det medfører en tilleggskompetanse hos ledere en den tradisjonelle kompetanse knyttet til fagkunnskap. Denne organisatoriske kunnskapen innebærer også kunnskap om endringsprosesser og systemer. Litteraturen og kunnskapsgrunnlaget på feltet viser seg å være mangelfull, og at det er behov for mer kunnskap om temaet, noe som gjør denne oppgaven svært relevant.

## 3 Forskningsdesign og metode

En forskningsdesign er en plan som trekker opp hvordan en undersøkelse skal gjennomføres fra start til mål. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan vi skal samle, analysere og tolke data når vi skal finne ut om våre antakelser er i overensstemmelse med virkeligheten eller ikke. De viktigste tegnene til metode/empirisk forskning er systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen, et al. 2010, s.29).

Forskeren skal i en tidlig fase ta stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan dette skal gjøres (Thagaard, 2013, s.73). Gode vurderinger foretas på basis av en form og en metode som svarer til problemstillingens egenskaper. I noen tilfeller kan det være at valget av metode legger føringer på hvilke resultater som oppnås (Ruyter, 2003, s.72). Dette kapitlet vil derfor gi en beskrivelse av den metodiske tilnærmingen i min oppgave, samt en beskrivelse av de valgene jeg har tatt i starten og underveis i prosessen.

Denne oppgaven bygger på et fenomenologisk perspektiv. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) vil et fenomenologisk perspektiv ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelse, hvordan en person opplever en situasjon, og hva en føler og tenker som er av betydning i den aktuelle situasjonen. Det fenomenologiske perspektivet har som utgangspunkt at virkeligheten er slik informanten oppfatter den. Det handler om å forstå og løfte fram sosiale fenomener ut fra informantens egne perspektiv, samt å belyse informantens eksakte beskrivelse, og få tak i den sentrale mening.

### 3.1 Kvalitativ forskningsmetode og kvalitativt intervju

I dette avsnittet belyser jeg metodevalget for dette prosjektet, samt mulige svakheter ved det.

Som tidligere nevnt anvendes et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av egenskaper ved fenomener som studeres (Malterud, 2017, s. 30), og egner seg godt når man søker kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (s. 31). Denne typen kvalitativ

tilnærming basert på kvalitative intervjuer med enkeltpersoner vil også bidra i å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer i data. Man samler inn mye data om få personer. Dette er i motsetning til kvantitativ metode som samler inn få data om mange personer, og som legger vekt på tall og utbredelse av et fenomen, noe som derfor ikke egner seg til min problemstilling.

For å få vite noe om informantenes erfaringer i forhold til mitt tema bruker jeg kvalitative samtaleintervjuer av enkeltinformanter basert på semi-strukturert intervjuguide. Dette er en godt egnet metode for å innsikt i personens opplevelser, synspunkter og selvforståelse (Thagaard, 2013, s.13), noe som passer bra til denne oppgavens problemstilling.

Gruppesamtale som metode kunne i prinsippet også vært anvendt, men var ikke å foretrekke i denne sammenhengen. Dette fordi datamaterialet skulle vise eventuelle variasjoner fra ulike virksomhetene, samt at informantene hadde ulike roller i forhold til avvikshåndtering.

Bruk av *semi-strukturert intervjuguide* innebærer at det anvendes en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, tema og rekkefølge kan varieres (Johannessen et al.2010, s.137). Intervjuguiden var laget på bakgrunn av teori og forskning på området, samt de problemstillingene jeg skulle besvare. Jeg benyttet derfor en intervjuguide med fire hovedtema knyttet til problemstillingen, med underspørsmål om hvert tema. Spørsmålene var ment til å oppmuntre informanten til å komme med utdypende informasjon om temaer. Dette var nyttig da informantene ofte syntes det var lettere å svare på spørsmål hvis de hadde en viss retning, for eksempel hvis de ble spurt om rapportering i forhold til avvik som hovedtema. Jeg passet på ikke stille konkrete spørsmål. Rekkefølgen på tema og spørsmålene varierte. Dette er på bakgrunn av at menneskets erfaringer og opplevelser kommer best frem når de har en viss frihet for hva som skal tas opp i intervjuet (Johannesen et al, 2010, s.136). I tillegg vil man få mulighet til å få frem kompleksitet og nyanser, noe man ikke klarer ved for eksempel strukturerte spørreskjemaer der man bestemmer på forhånd alle spørsmål og svaralternativer.

Som i all forskning vil det også i denne være mulige implikasjoner i forhold til metodevalget. Uansett metode eller type prosjekt vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultater av denne. Dette gjelder spesielt ved bruk av kvalitativ metode der fortolkningen er



en viktig del av den (Malterud, 2017, s. 41). Jeg har dermed reflektert over egen erfaring fra sykehjem i forhold til tema. Min forforståelse basert på kunnskap og erfaring har følgelig vært en relevant faktor både i forhold til valg av problemstillingen, utarbeidelse av intervjuguide spørsmål og en generell oppfatning om tema. «Bagasjen» jeg bærer med meg kan påvirke prosjektet både positivt og negativt (Malterud, 2017, s. 45). Det å ha bakgrunnskunnskap om tema man skal undersøke kan være en styrke, men på den annen side kan denne forforståelsen bidra til en begrenset horisont, og overdøve budskapet fra det empiriske materialet, noe som ifølge Malterud er den vanligste fallgraven (s. 45). Jeg har hele tiden tilstrebet å ha et bevist forhold til dette, og ta en så nøytral fortolkning av data som mulig.

For dette prosjektet valgte jeg å intervju kun ledere med ansvar for avvikshåndtering. Selv om jeg valgte ledere på ulike nivåer for å få bredde i materialet, har jeg likevel ikke inkludert synspunkter fra medarbeiderne som kanskje ville bidra med et annet eller mer utfyllende perspektiv til å belyse problemstillingen.

Denne metoden kan også reise spørsmål om troverdighet på bakgrunn utvalget som er ledere, inkludert øverste ledelse med hovedansvar for kvalitet, deriblant avvikshåndtering. Man kan derfor ikke utelukke tendenser til at ledere «pynter litt på sannheten» i lys av dette.

### **3.2 Ethiske overveielser**

Dette avsnittet inneholder etiske aspekter knyttet til informantene og data fra individuelle samtaleintervjuer som ble benyttet til dette prosjektet. Herunder omtales det spesielt hvordan informasjon, samtykke og anonymiseringen ble gjort. I tillegg presenteres det vurdering fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurderingen av om handlinger er riktige eller ikke (Johannessen et al., 2010, s. 89).

Forskningen omfattes og motiveres av positiv tiltro til at dens resultater vil bli anvendt til menneskets beste (Ruyter, 2003, s.17). All forskning må underordne seg etiske prinsipper og

juridiske retningslinjer, og det stilles stadig større krav til etiske vurderinger. Forskningsetikk skal imøtegå den allmenne etikken, samtidig som den skal gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for vurderingene. Det er derfor viktig at forskningsetisk arbeid foregår i en kontinuerlig prosess av selvrefleksjon (s. 73-74).

### 3.2.1 Kravet til anonymitet

Dette prosjektet omhandler kvalitet på sykehjem, og innehar dermed ingen personopplysninger om brukerne. Likevel var det viktig at både fagpersonene og institusjonene beholdes anonyme da temaet kan betegnes som ømfintlig. Anonymitet kan også bidra til mer åpenhet rundt tema. Dette spesielt med tanke på at intervjupersonene også er ansvarlige for avvikshåndtering på sine arbeidsplasser. Ifølge Malterud omhandler kvalitative data ofte menneskets livserfaringer og tanker hvor det språklige uttrykket gir materialet en sensitiv og personlig karakter (Malterud, 2017, s. 204). Forskeren skal sørge for at deltakeren skal føle seg trygg på at anonymiteten blir ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse. Det ble naturligvis lagt stor vekt på anonymisering under hele prosessen med datasamling.

Datamaterialet inneholdt ingen personopplysninger, bortsett fra stemmen på lydopptaket og kontaktinformasjon, som i alle tilfeller var en jobb mailadresse. Det transkriberte materialet inneholder heller ingen navn verken på personer eller institusjon da dette ble anonymisert under selve transkriberingen. For eksempel når informantene oppga navn på arbeidsplassens kvalitetssystem under samtalen, ble dette under transkribering anonymisert med generelt «kvalitetssystem». Det transkriberte datamaterialet ble slettet så fort transkriberingen ble avsluttet. For å ivareta anonymitet ble intervjumaterialet nummerert og uten navn verken på institusjonen eller informanten. Diktafonen ble oppbevart adskilt fra det øvrige materialet sammen med samtykkebrevet, og innelåst i en skuff. Opptakene ble slettet så snart transkribering var avsluttet.

### 3.2.2 Kravet til informasjon

Informasjon om prosjektet og hva det innebær å være informant ble gitt formelt via informasjonsbrev i forkant av intervjuet (se vedlegg). Dette ble tilsendt på epost til tre av informantene via sentrale personer i Sykehjemsetaten. En informant fikk dette direkte per e-post, mens to av dem fikk det via en felles internportal. I forkant av hvert intervju passet jeg på å gi informasjon om intervjuets form og varighet, men også en påminnelse om hvordan data skulle brukes i forhold til anonymiteten, samt om muligheten til å trekke seg når som helst også under selve intervjuet, hvis man ønsket dette.

### 3.2.3 Kravet om informert skriftlig samtykke

Informert skriftlig samtykke ble benyttet for å dokumentere informantens frivillige ønske til å delta i prosjektet. Mens man i jusen snakker om gyldig samtykke, vil man i forskningsetisk sammenheng snakke om informert samtykke. Ruyter (2003, s. 111-112) presenterer noen kriterier som må være oppfylt for å avgi et informert samtykke. For å oppfylle alminnelige krav for informert samtykke, må forsøkspersonene:

- Være kompetente. Det vil si forstå hensikten med prosjektet og konsekvensen av deltakelse
- Kunne vurdere sin egen personlige situasjon
- Foreta en selvstendig og frivillig avgjørelse om man vil delta på grunnlag av informasjon og egne verdier
- Frivillig kunne kommunisere sin avgjørelse

Samtlige av mine informanter er ledere, og oppfyller overnevnte krav. Malen for skriftlig samtykke ble i dette tilfellet sendt til alle informantene i forkant av intervjuet, dvs. sammen med den skriftlige forespørselen om deltakelse (vedlegg 1). Selve signeringen ble foretatt på stedet i forkant av oppstart av intervjuene. Disse ble oppbevart adskilt fra det øvrige datamaterialet. I mars 2020 ble alle informantene kontaktet på nytt via e-post. Dette ble gjort på bakgrunn av ny vurdering fra NSD i forbindelse med ny utsettelse av prosjektets avslutning grunnet den pågående pandemien. I e-posten ble informantene opplyst om

utsettelsen av prosjektets slutt, og sin rett til å evt. trekke seg fra status som informant i det forbindelse. Ingen av informantene hadde ønske om å trekke seg fra sin status som informant i prosjektet.

#### 3.2.4 Meldeplikt til NSD

Prosjektet ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), og registrert 08.02.2019 (vedlegg 5). Den ble vurdert ytterligere i to omganger på grunn av endring i prosjektets varighet, henholdsvis 12.08.2019 og 08.11.2019 (vedlegg 5). Personvernet foretok en forenklet vurdering med vilkår og prosjektet ble vurdert til å ha lav personvernulempe fordi det blant annet ikke inkluderte sårbare grupper. Det var likevel meldepliktig på grunn av bruk av lydopptak. Selve vilkåret handlet om manglende opplysninger om personvernombudet ved utdanningsinstitusjonen, noe som ble rettet opp og ettersendt på nytt. I juni 2021 ble prosjektet avsluttet ved NSD da det ikke lenger forelå gjenkjennbart datamaterialet med hensyn til personvern.

### 3.3 Utvalg og rekruttering

I dette avsnittet beskrives utvalget som inngår i foreliggende undersøkelse, samt fremgangsmåten ved rekrutteringsprosessen og den første kontakten.

#### 3.3.1 Utvalg og utvalgsstørrelse

Utvalget i denne sammenhengen betyr å velge ut *hvem* forskeren skal få informasjon av. Dette prosjektet bygger på et *strategisk* utvalg av informanter. Et strategisk utvalg betyr å velge deltagere som har erfaringer som er strategiske i forhold til prosjektets problemstilling og teoretisk perspektiv (Thagaard, 2013, s. 60). Informantene i mitt prosjekt ble valgt ut strategisk i forhold til ansvar og kjennskap til avvikshåndtering i sykehjem. Utvalget ble derfor bygd på følgende inklusjonskriterier:

- *Ledere på sykehjem*
- *4- 6 ledere med ansvaret for behandling og håndtering av avviksmeldinger*
- *Ledere fra sykehjem med ulik driftsform.* Dette for å fange opp ulike kvalitetssystemer og rutiner. Sykehjem med samme drifter har ofte like systemer og prosedyrer.
- *Ledere med både overordnet ansvar for kvalitet og avvikshåndtering* (daglig ledere og kvalitetsrådgivere) og *førstelinjeledere* (avdelingssykepleiere). Dette for å fange opp ulike lederperspektiver rundt avvik som tema.

Det ble ikke lagt vekt på ledernes erfaring eller kjønn ved utvalg av informanter. Jeg endte til slutt opp med til sammen seks informanter. Alle informantene var kvinner, trolig ikke unaturlig i en bransje av stor overvekt av kvinner. To av dem hadde førstelinjeleder funksjon, to overordnet ansvar i forhold til avvikshåndtering (ofte kalt for kvalitetsleder /kvalitetsrådgiver). To av de siste hadde funksjon som øverste ledere ved sykehjemmet. Deres erfaring både med hensyn til antall år i sykehjems praksis og nåværende funksjon varierte med alt fra seks måneder til over 10 års erfaring.

I utgangspunktet ble prosjektet planlagt med fire informanter. Etter fjerde intervju savnet jeg mer variasjon i materialet, og i samråd med veileder ble det bestemt å utvide utvalget med to informanter til. Mitt kjennskap til feltet opplevde jeg i denne sammenheng som en styrke når det kommer til det å foreta et strategisk utvalg. Ifølge Malterud er feltkunnskap og teoretiskunnskap viktige forutsetninger for å forstå hva som er viktige datakilder (Malterud, 2017, s.58)

*Utvalgets størrelse* i kvalitativ forskning må sees i sammenheng med analytiske mål man har i prosjektet, og må ikke være større enn at det skal være mulig å foreta en grundig materialanalyse (Thagaard, 2013 s.65). Mitt utvalg besto av seks informanter. Det er mulig det kunne vært noe større, men utvalgsstørrelsen måtte veies opp mot den tid og de ressurser som kan brukes i gjennomføring av en masteroppgave. Etersom alle informantene er ledere på ulike nivå, vil det likevel gi tilstrekkelig forståelse av håndtering av avviksmeldinger og slik at problemstillingen som reises blir besvart.

### 3.3.2 Rekruttering

I forkant av rekrutteringsfasen var jeg spent på om tema «avvik» skulle by på utfordringer i forhold til rekrutteringen til prosjektet. Dette viste seg ikke så vanskelig som fryktet. Rekrutteringsprosessen foregikk formelt via et informasjonsbrev tilsendt på epost. Dette ble i første omgang sendt til sentrale personer for kvalitet på sykehjem både i kommunal og i privat sektor. Kontaktpersonen i kommunen ga uttrykk for interesse for temaet, og videreformidlet dette til de aktuelle informantene. To av dem ble rekruttert ved å respondere på denne henvendelsen. En informant ble rekruttert via snøballmetoden, ved at en kollega spurte en leder som kom fra annen virksomhet. Dette er ifølge Thagaard vanlig måte for å velge ut deltakere. Fremgangsmåten ved snøballmetoden går ut på at forskeren kontakter en eller flere personer med kvalifikasjoner relevant for problemstillingen, hvor disse tar kontakt videre med andre personer med tilsvarende egenskaper (Thagaard, 2013, s. 61-62). Da vedkommende responderte positivt på forespørselen, tok jeg kontakt per e-post, sendte informasjonsskriv og avtalte møtetidspunkt. En annen informant meldte sin interesse og tok kontakt med meg etter å ha blitt fortalt om prosjektet. Jeg brukte i tillegg en intern nettportal til en organisasjon for å rekruttere ytterligere to ledere. Dette fikk jeg ingen respons på. Etter hvert fikk jeg respons fra to ledere etter en nærmere presisering om prosjektet i etterkant av en ledersamling. Det er viktig å finne personer som kan representere prosjektet for de miljøene hvor undersøkelsen skal gjennomføres (Thagaard, 2013, s.61). Det utvalget jeg endte opp med tilfredsstillende dette kravet.

### 3.4 Datainnsamling ved samtaleintervju

I følgende avsnitt presenteres selve gjennomføringen av intervjuene i denne undersøkelsen.

Undersøkelsen er basert på kvalitative intervjuer som er gjennomført på bakgrunn av en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden besto av fire hovedtema: kvalitetssystem, avviksmeldinger, kvalitetsforbedringsarbeid og ledelse. Hvert av temaene hadde 1-5 spørsmål som utdypet forhold ved hvert enkelt tema, og derfor var viktige for å sikre kunnskap om de sentrale forholdene som var i fokus (Thagaard, 2013, s.101). I tillegg

fulgte oppfølgingsspørsmål med den hensikten for å få mer detaljert informasjon om tema eller begreper som intervjupersonen beskriver (s.101). Dessuten fungerte de som en huskeliste for intervjuer.

De første fire intervjuene ble gjennomført over en måneds periode, et par uker etter rekrutteringen. De to siste intervjuene ble gjennomført noe senere. Denne gangen hadde jeg noe mer fokus på kultur og bruk av metode for kvalitetsforbedring da jeg savnet mer inngående data på dette området i det eksisterende materialet fra de første intervjuene.

I forkant av det første intervjuet frisket jeg opp kunnskap fra fagbøker angående gjennomføring av et forskningsintervju. Eksempelvis var det viktig å huske hva man skulle unngå under samtalen, deriblant ledende eller lukkede spørsmål. Malterud hevder at allerede under datainnsamlingen starter de uformelle første trinn av analysen som fortsetter videre ut i skriveprosessen (Malterud, 2017, s. 69). De fire temaspørsmål ble hovedsakelig stilt i samme rekkefølge, men noen ganger ble det naturlig å endre på dette under samtalen.

Innledningsvis ble det gjort en kort presentasjon av meg selv og hvordan intervjuet skulle gjennomføres. Jeg vektla også betydningen av at informantene var villige til å la seg intervju, og min takknemlighet overfor dem. Jeg presiserte at deres anonymitet ble ivaretatt, og orienterte om deres rettigheter, selv om dette også var opplyst i informasjonsskrivet informantene fikk via epost.

Spesielt før det første intervjuet var jeg spent. Det ble ikke gjennomført «prøveintervju» i forkant, men jeg hadde testet på en kollega om spørsmålene var lette å forstå. I den forbindelse rettet jeg opp et par spørsmål til en noe mer åpen, samtalepreget form. Jeg merket at enkelte av informantene også virket litt spente i forkant av samtalen. Kanskje dette skyldtes at avvik som tema kunne virke alvorlig, ettersom det kanskje kan forbindes med lovlighet?

Jeg prøvde derfor «å bryte isen» ved å stille noen generelle spørsmål om sykehjemmet og deres rolle. Det er ofte lette tema som kan være en god innledning til en mer avslappende atmosfære. Jeg fremhevet betydningen av å stille opp som informant, og presiserte at deres erfaringer vil kunne bidra positivt på et lite utforsket felt. Jeg passet på å utrykke min takknemlighet, og at de tok seg tid til prosjektet mitt i deres travle hverdag. Forutsetningen

for å etablere rike og relevante data er at deltakeren føler seg trygg og ivaretatt. Dette forsøkte jeg å vektlegge.

Intervjuets varighet ble i forkant antydnet til å være ca. 40-50 min. Gjennomsnittet lå derimot på ca. 40 minutter, med den korteste samtalen på 32 minutter, og den lengste på 59 minutter. Jeg brukte lydopptak for å sikre meg at alt som ble sagt ble fanget opp. Ved å bruke en lydopptaker kan intervjueren konsentrere seg bedre om intervjuets tema og dynamikk (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 205). Jeg benyttet lydopptak ved hjelp av en diktafon. Jeg var ofte engstelig for at noe teknisk skulle gå galt, så det var viktig at jeg testet dette først før jeg hadde startet samtalen. Jeg passet på å plassere den slik at lydkvaliteten ble best mulig, samtidig som det ikke skulle virke forstyrrende for informantene. Jeg merket flere ganger at det ga et preg av alvor i situasjon så fort diktafonen ble startet.

Alle intervjuene foregikk på informantenes kontor, eller et eget rom med kun informanten og meg til stede. Med et par korte unntak ble intervjuene gjennomført uten forstyrrelser. Alle informantene syntes at tema var spennende, og de virket engasjerte.

Under selve intervjusamtalen var det enkelte ganger vanskelig å holde informantene «på riktig spor». Flere av dem snakket for eksempel om avviksmeldinger allerede i starten da spørsmålet var generelt om kvalitetssystemet. Dette var trolig fordi de var klare over at oppgaven handlet om avviksmeldinger, og var derfor fokusert på det. I tillegg var informantene ledere, og derfor personer som er vant til å prate og reflektere over gjeldende praksis. Når de begynte å bevege seg utenom tema i sine refleksjoner, opplevdes det som vanskelig å sette en grense i frykt for å virke uhøflig. Dette resulterte i både noe omfattende materiale, samt flere gjentakelser under enkelte intervjuer. Når jeg opplevde at spørsmålet kanskje var misforstått, prøvde jeg å stille samme spørsmål om igjen på en litt annen måte. Dette gjorde at noen av informantene innså selv at de hadde «snakket seg bort» og dermed hentet seg inn i temaet igjen.

Samtaleintervjuene viste seg til å være noe mer utfordrende enn jeg trodde på forhånd, spesielt i de første to intervjuene. Noen spørsmål overlappet hverandre, så jeg måtte konsentrere meg om jeg hadde fått med meg alt. Jeg brukte gjerne et ekstra øyeblikk helt på slutten for å forsikre meg at dette er gjort. Jeg passet også på å ikke stille ledende spørsmål. Noen ganger opplevde jeg nok at mine erfaringer kunne prege måten jeg stilte spørsmål på,



så jeg jobbet ekstra med å passe på det. Jeg tok meg ofte i det at jeg nikket bekreftende, både ved å nikke med hodet og verbalt (ja, akkurat, nettopp, skjønner). Det er viktig i slike intervjuer å gi denne type tilbakemeldinger og oppmuntringer til informantene.

Vi er ofte vant til å stille spørsmål der vi tror vi kjenner svaret- vi søker bekreftelse på en hypotese vi har (Malterud, 2017, s.70). Etterhvert, særlig under siste to intervjuer merket jeg at erfaringen kom godt med, og at jeg selv hadde en annen trygghet, både i forhold til det å være i en «forsker»-situasjon, men også i forhold til det å få mer relevante data ved å for eksempel bruke oppfølgingsspørsmål. Etter å ha hørt på de første opptakene, lærte jeg for eksempel at jeg måtte være mer oppmerksom på å ikke avbryte i en setning, i min iver etter å få svar.

Avslutningsvis ble informantene spurt om de hadde noe mer å tilføye, noe de fleste ikke hadde, men to av dem ønsket å understreke det de allerede hadde sagt. På den måten fikk jeg med meg hva de la vekt på når det gjelder data som ble gitt. Mange av dem kommenterte at de syntes temaet var spennende, også helt på slutten av samtalen.

### 3.5 Transkribering av datamaterialet

En transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 210). Den vanligste måten å gjøre dette på er å skrive ut et lydopptak. Transkriberingsprosessen ble gjort på egen hånd, og var uventet lang og krevende. De første intervjuene transkriberte jeg ikke umiddelbart etter avsluttet intervju, noe jeg tenkte i ettertid var en ulempe. Ved å lytte på det aller første intervjuet oppdaget jeg fort hvordan jeg selv fremsto som intervjuer. Dette lærte jeg mye av, noe jeg prøvde å justere der det var nødvendig under de forestående intervjuene. Dette korrigerer jeg ytterligere med de siste intervjuene som ble transkribert kun få dager etter gjennomføring. Kvale og Brinkmann påpeker også at forskere som transkriberer sine egne intervjuer, lærer mye om sin egen intervjustil (s. 207). Jeg opplevde meg selv blant annet for ivrig til å komme med korte bekreftende kommentarer. På lydopptaket måtte jeg høre godt etter for å få med meg informantens avslutning i en setning, da jeg noe for fort responderte med «Ja», «skjønner», «ikke sant» og liknende. Dette kan derimot også betraktes positivt i forhold til

det å skape en tillitsfull og fortrolig atmosfære med informantene. Det er viktig at forskeren engasjerer seg og tar regi over intervju situasjonen. Det betyr at forskeren utformer en slik kontakt slik at den som blir intervjuet føler seg trygg, og har lyst å fortelle om sine erfaringer (Thagaard, 2013, s. 109). Noen ganger var jeg i fare til å komme med egne meninger og perspektiver. Det hendte også at noen av mine spørsmål var gjentakende i tilfeller der informanten blandet ulike tema.

Jeg brukte omtrent 4-5 timer på transkribering per intervju, med unntak av det lengste intervjuet som det tok nesten dobbelt så langt tid å transkribere. Det ble benyttet VLC Media Player program til det. Det ble ofte behov for å spole tilbake for å være sikker på at alt ble riktig. Dette var en tidskrevende prosess.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 206) mener at mengden av materialet som transkriberes avhenger av materialets natur og formålet med undersøkelsen. Ifølge dem finnes det ikke en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig tale. Spørsmålet ligger heller i hva som er riktig transkripsjon for min forskning (s. 212). Mine valg også under transkriberingen ville påvirke studiets reliabilitet og validitet. Jeg tok derfor heller litt for mye enn for lite av teksten. Til å begynne med under de første intervjuene tok jeg med alle sukk, pauser, latter og liknende, men dette skjønnte jeg etter hvert ikke ga særlig betydning for min analyse.

Jeg valgte derfor bort dette vel vitende at i enkelte sammenhenger kan dette ha betydning, men gjerne i studier som omfatter det psykologiske aspektet.

Også underveis opplevde jeg å måtte ta noen valg. Dette gikk først og fremst ut på hvorvidt det skulle tas med uferdige setninger og informasjon som ble vurdert uten åpenbar relevans for studiet, der informanten var utenfor sporet i forhold til tema. Jeg måtte likevel være forsiktig da formålet med skriftliggjøringen var å fange opp samtalen i en form som på best mulig måte skulle formidle informantens budskap (Malterud, 2017, s.78).

I likhet med andre metodevalg, vil også valgene under dette arbeidet kunne innvirke på studiets reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet). Jeg følte derimot at jeg hele tiden passet på å angi all data og den konteksten de var i, slikt at dette ikke skulle påvirke studiets reliabilitet eller validitet.

### 3.6 Analyse

Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 219). For å systematisere mitt datamateriale, har jeg i dette tilfellet valgt Systematisk tekstkondensering som metode (STC). Dette fordi metoden egner seg godt for kvalitative studier hvor man sammenfatter informasjon fra flere deltakere. Dette er i motsetning til en langsgående analyse, hvor man følger et enkelt eller noen få forløp over tid (Malterud, 2017, s. 62). STC er en pragmatisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data (s. 97). Denne analysemetoden har fellestrekk med andre metoder, men enkelte grep er likevel spesifikke kun for denne fremgangsmetoden. Metoden innebærer 4 trinn: 1.) å danne seg et helhetsinntrykk av materialet, 2) å finne meningsbærende enheter 3.) kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold 4.) sammenfatting av funn, fra kondensering til beskrivelser av resultater er det siste trinnet (Malterud, 2017, s. 98)

Etter å ha transkribert materialet satt jeg igjen med 39 sider tekst med enkel linjeavstand. Jeg følte at dette ikke var altfor omfattende materialet, noe jeg hadde reflektert over på forhånd da jeg lagde intervjuguide. Altfor omfattende materialet skaper utfordringer til å kunne håndteres på en ordentlig måte. Den endelige analyseringen er både enklere og på tryggere grunn hvis man tenker over analysemetoden før intervjuene utføres, og hvor dette valget styrer videre både utarbeidelse av intervjuguiden, intervjuet og transkriberingen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 216). Dette hadde jeg et bevisst forhold til.

Jeg la merke til at flere av informantene gikk fort over på avvik som tema da jeg stilte det første spørsmålet som handlet om kvalitet generelt. Det er muligens fordi de ser på avvik og avvikshåndtering som en stor og viktig del av kvalitetsarbeidet på sykehjem.

Mitt avslutningsspørsmål i intervjuene var om informantene hadde noe å tilføye avslutningsvis. 3 av dem hadde kommentar på selve tema, og hvor fint det valgte nettopp dette som tema for å belyse nærmere. En annen informant fortalte også at samtalen fikk henne til å reflektere over ting rundt temaet som hun ikke hadde tenkt på tidligere. Hun ga uttrykk for at hun følte at hun på mange måter lærte noe av spørsmålene om avvik. På spørsmålet om hun hadde noe å tilføye helt til slutt svarte hun: «Nei, jeg kommer ikke på noe mer [...] Men det eneste jeg vil sier at jeg ser nå at jeg kan løfte det- mine avvik høyere,

det har du lært meg [latter til slutt]». En annen informant fikk en ide om ting hun kunne gjort annerledes underveis i intervjuet: «Det skal jeg faktisk tenke litt på, det skal jeg legge inn, knytte det opp til avvik, og skrive at det er til forbedring [...], og vise til hva jeg har funnet.»

Et intervju kan betraktes som en kunnskapsproduksjon der intervjueren og den intervjuede produserer kunnskap sammen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 36). Ifølge dem kan et velfungerende forskningsintervju oppleves både som berikende og fin opplevelse for intervjupersonen (s. 49). Det at jeg fikk enten direkte bekreftelse, eller følelse av dette på slutten av flere av intervjuene ga en god følelse for en fersk forsker. Ikke minst følte det på den måten å ha fått positiv bekreftelse på metodevalget og vellykket forskningsintervju.

### 3.6.1 Trin 1: Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

I denne fasen skal man bli kjent med datamaterialet utfra et fugleperspektiv. Jeg leste derfor først alt det transkribert datamaterialet flere ganger for å danne meg et helhetsbilde. Underveis gjorde jeg meg noen tanker, og så etter temaer som på en eller annen måte representerte kunnskap om det jeg lurte på, nemlig ledernes praksis i forhold til bruk av avviksmeldinger i kvalitetsforbedringsarbeid. Samtidig som jeg hele tiden prøvde å huske på problemstillingen, prøvde jeg også å sette min forforståelse fra praksis som leder og teori foreløpig til side, noe som ifølge Malterud var viktige elementer i denne fasen. Dette er forutsetningen for at vi kan stille oss åpne for de inntrykkene som materialet kan formidle (Malterud, 2017, s. 99). Dette var ikke alltid lett, men jeg prøvde å hele tiden ha med meg dette perspektivet.

Etter gjennomlesningen, kom enkelte foreløpige tema opp og ble veldig tydelige. De samsvarte delvis med intervjuguiden jeg hadde. Jeg endte opp med **10 foreløpige tema**: kvalitetssystemer, avvikshåndtering, utfordringer, ressurser, holdninger og kultur, systematikk, læring, kvalitetsforbedring, internkontroller og risikostyring.

### 3.6.2 Trinn 2: finne meningsbærende enheter

I dette trinnet skulle jeg organisere den delen av materialet som skulle videre, og legge resten foreløpig til side (Malterud, 2017, s. 100). Ifølge Malterud skal man på dette trinnet danne 3-5 tema utfra en refleksjon hvordan disse kan tenkes å belyse problemstillingen. Jeg fant ut at jeg kunne bruke spørreskjemaet mitt som utgangspunkt, men følte at det likevel ikke ga meg riktig retning når jeg skulle svare på problemstillingen. Valget falt derfor på å ta utgangspunkt i Demings sirkel, da den representerer selve metoden for kvalitetsforbedringsarbeid. Jeg følte mer trygghet i forhold til dette valget, da denne metoden er den som er mest anvendt i Norge, men ikke minst fordi hele forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring baseres på elementene fra denne metoden. Lederens arbeid med kvalitetsforbedring på bakgrunn av avviksmeldingene innebærer ikke kun hvordan man behandler avvik, eller hva man bruker dem til. Det er vel så viktig å vite noe om forutsetninger for dette arbeidet, for å kunne sette dette i en sammenheng til slutt. På bakgrunn av dette, og beslutningen om å ha Demings sirkel som et ramme i denne prosessen, ville jeg på denne måten sikre meg å svare på problemstillingen: hvordan ledelsen bruker avviksmeldingene i nettopp dette arbeidet. Jeg brukte derimot ikke den utvidete sirkelen laget av Kunnskapscenteret med 6 faser, men valgte en noe forenklet modell med de 4 hovedfasene:

1. lederens praksis i *planleggingsfasen* – forholdene rundt avvikshåndtering,
2. lederens praksis i den *utførende* fasen – håndtering av rapporterte avvik
3. lederens praksis i *evaluering* av avvik - videre bruk av lukkede avvik
4. lederens praksis i *forbedringsfasen* – skape ny kunnskap og varig forbedring

Det neste steget i denne fasen var å **identifisere meningsbærende enheter** (vedlegg 4). I motsetning til andre liknende analysemetoder, anser ikke Malterud all teksten i datamaterialet som meningsbærende enhet. Hennes metode skiller relevant fra irrelevant datamaterialet, og sorterer kun den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen (s. 101). Først reflekterte jeg over de foreløpige temaer jeg hadde i forrige trinnet, for å se hvilke tema som evt. kunne slås sammen når jeg nå skulle danne grunnlag for kodegruppene. Jeg oppdaget fort at noen av de temaene fra trinn 1 falt under samme

kategori, så jeg slo sammen for eks. tema *utfordringer* sammen med *holdninger/kultur* med betydning for avvikshåndtering. Med dette hadde jeg nå 8 temaer. Ulike tema markerte jeg med ulike farger, og dette skulle hjelpe meg å systematisere det omfattende materialet når jeg skulle identifisere meningsbærende enhetene. Temaene i samme kategori fikk samme farge. For eksempel kultur og holdninger hadde begge en grønn farge. Til slutt så fargetemaene slikt ut:

1. SYSTEM/STRUKTUR
2. KULTUR/HOLDNINGER
3. RESSURSER/KOMPETANSE
4. AVVIKSBEHANDLING
5. ALVORLIGHETSGRAD OG RISIKOANALYSER
6. EVALUERING/INTERNKONTROLLER
7. BRUKERMEDVIRKNING
8. LÆRING

For å finne meningsbærende enheter i mitt datamateriale gikk jeg derfor systematisk linje for linje gjennom teksten og valgte ut teksten som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om de temaene. Hvert av temaene var samtidig en del av en av de 4 kodegruppe. Etter Malteruds anbefaling prøvde jeg hele tiden å være grundig og systematisk i dette trinnet, og tok heller for mye en for lite av teksten. Malterud viser til at meningsbærende enheter kan være korte eller lange og ikke nødvendigvis hele setninger, men jeg endte gjerne opp enten med setninger eller avsnitt. Dette vurderte jeg på som viktig for å bevare konteksten de var i. Samtidig som jeg identifiserte meningsbærende enheter, systematiserte jeg dem inn i de fire kodegruppene. Denne prosessen kalles for **koding** (Malterud, s. 101). Som nevnt brukte jeg fargekodene til de ulike tema. Deretter opprettet jeg et nytt dokument for hvert av kodegruppene, hvor jeg klippet og limte meningsbærende enheter fra hver av informantene, og under de relevante fargekodene i kodegruppene. Jeg fortsatte prosessen med de 4 kodegruppene uten behov for ytterligere justering, men jeg fant ut at enkelte meningsbærende enheter kunne høre til 2 ulike kodegruppene. Et eksempel på det er kode *brukermedvirkning* som kunne inngå både inn i den forberedende og evaluerende fase. Ifølge Malterud er det ikke noe i veien for å kode en og samme meningsbærende enhet under flere kodegrupper, men man skal passe på hvis det blir mye dobling eller tredobling. Dette kan bety at kodegruppene ikke er presise nok, og bør justeres (s.104). Under denne prosessen hadde jeg kontinuerlig refleksjon og revurdering av materialet, og tok et steg

tilbake der det var nødvendig, noe Malterud også legger vekt på i sin analysemetode. For eksempel ved nærmere gjennomlesning av materialet fant jeg enten at noe mer av teksten var relevant, eller at jeg fant ut at en meningsbærende enhet ikke var relevant likevel. Jeg reflekterte også over situasjoner der jeg ikke fikk konkrete svar fra på konkrete spørsmål fra informanten. Er dette en meningsbærende enhet som i seg selv kan tolkes, og i hvilken form i så fall? Denne fleksibiliteten og bevissthet over hva som skal inkluderes eller ekskluderes er viktig.

### 3.6.3 Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I analysens tredje trinn abstraherte jeg den sorterte informasjon fra andre trinn. Det vil si at jeg bearbeidet direkte sitater om til tekst, mens jeg hele tiden passet på at de beholdt sin mening. Jeg laget **et kondensat** - et kunstig sitat. Den bar med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene ved å omsette den til mer generell form. Jeg omsatte teksten i jeg-form. Ifølge Malterud er dette viktig for å minne oss selv at vi representerer våre deltakere (s. 107). Ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enheter som var kodet sammen, fant jeg ut at den første kodegruppen var hensiktsmessig å dele opp under tre subgrupper, siden de belyste ulike perspektiver av den forberedende fasen. Disse var: *ressurser, kultur og holdninger og ansattes kompetanse som en faktor i kvalitetsforbedringsarbeidet med avvik*. Etter dette trinnet satt jeg med empiriske data på ca. 9 sider.

### 3.6.4 Trinn 4: fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I dette fjerde trinnet skal man sett bitene sammen igjen – re-kontekstualisere. Man skal sammenfatte det man har funnet i form av fortolkende synteser, og prøve å formidle dette på en måte som er lojal i forhold til deltakerens stemmer. Resultater fra undersøkelsen presenteres detaljert i kapittel 4.

### 3.7 Forforståelse og metodekritikk med validitet og reliabilitet refleksjon

Forforståelse er den «ryggsekken» vi bringer med oss inn forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker måten vi samler, tolker og analyserer data på (Malterud 2017, s. 44). Min egen forforståelse og dens innvirkning på materialet og tolkninger var et viktig aspekt i dette prosjektet. Forforståelsen er ofte en viktig side av motivasjon for tema i prosjektet (s. 45). Det er fare for at forforståelsen kan påvirke forskningsresultatene, for eksempel gjennom spørsmål vi stiller, eller måten vi tolker og analyserer data på. Det er derfor viktig å tenke over, samt synliggjøre egne erfaringer og oppfatninger om tema man forsker på. Min motivasjon og interesse for tema stammer min bakgrunn som mangeårig sykepleier og leder på sykehjem. Dermed har jeg en forforståelse av avvikshåndtering fra min egen arbeidsplass. Dette synet kunne påvirket forskningsresultatene dersom jeg ikke hadde vært oppmerksom nok på det, siden det er lett å legge vekt på svarene som bekrefter mine egne oppfatninger. Gjennom denne bevisstgjøringen har jeg gjennom hele forskningsprosessen etterstrebet å være mest mulig nøytral.

Kvalitative studier vil altså bære preg av både det teoretiske perspektivet forskeren har med seg fra tidligere, og det som utvikles gjennom analyse av dataene (Thagaard, 2015, s. 193). Denne «bagasjen» vi bærer med oss kan både tolkes positivt og negativt. Positivt, da det kan gi oss styrke og drivkraft i prosjektet. På den annen side kan det være en fallgrube ved at vi søker bekreftelser på våre antakelser, og kan overse nytt budskap i vårt materiale (s. 45). Jeg har gjennom hele forskningsprosessen strebet etter å være bevisst min forforståelse ved at denne ikke skulle prege prosjektet i vesentlig grad. Forskerens posisjonering vil utfordre studiets reliabilitet og validitet, og min erfaring og tilknytning til feltet, gjør at jeg risikerer at disse blir lavere av den grunn.

#### 3.7.1 Studiets validitet

Validitet handler om gyldigheten av de tolkingene undersøkelse fører til (Malterud, 2017 s. 194).



Mitt kjennskap til sykehjem, samt ledererfaring som enkelte av informantene, var det en viktig del av selvrefleksjon. Forskerens tilknytning for miljøet som studeres kan altså ha en stor betydning, og denne kan tolkes både som styrke og begrensning, og i verste fall redusere prosjektets validitet. Tolkningen utvikles med egne erfaringer. I verste fall kan forskeren overse det som er forskjellig fra egne erfaringer (Thagaard 2013 s. 206). Dette har jeg derfor hatt et bevisst forhold til. Jeg vurderte det som fordel å ikke ha nær tilknytning til verken virksomhetene eller informantene, for da ville det være lettere «å stille med blanke ark». Dette vil bidra til å øke studiets validitet. For denne studien har jeg valgt informanter som er ledere på sykehjem. De har ansvar for avviksbehandling på sykehjem, og følgelig godt kjennskap til dette arbeidet.

Studien inkluderer seks informanter som har kunnskap og erfaring om det feltet jeg studerer. Utvalget er derfor strategisk-pragmatisk i forhold til intensjonen med min studie. Jeg kunne hatt utvalget som representerte samme lederlinjen, og dermed fått mer inngående kunnskap utfra et perspektiv. Informantene jeg valgte er ledere på sykehjem med ansvar for avvikshåndtering på tre ulike nivåer: førstelinjeledere, kvalitetsansvarlige og øverste ledelse. Hvis materialet er svært homogent kan det være vanskelig å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap, eller åpner for nye spørsmål (Malterud, 2017, s. 59). Ved å bruke informanter med ulike roller ga materialet derfor mer variasjon og synspunkter om den samme tema. Deres erfaringer kan ikke generaliseres, men heller gi et utgangspunkt til videre forskning. Jeg la derimot til grunn at alle de valgte lederfunksjonene hadde inngående kjennskap og tett samarbeid med de øvrige ledere på sykehjem, og dermed ville kunne være representative for flere. Ledergruppene på norske sykehjem er betydelig mindre en for eksempel på sykehus. Det ville vært en fordel å kunne intervjuer også de ansatte, og finne ut om deres erfaringer samstemmer med det ledelsen erfarer. Studiets omfang var en naturlig begrensning for dette i denne omgang.

Utarbeidelse av spørsmål i intervjuguiden har sitt grunnlag først og fremst i lovverket (kvalitetsforskriften og forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring (2017)), noe som i seg selv kan innvirke på økt validitet. Dette gjorde det mye enklere å holde egne erfaringer på avstand i denne prosessen. Datamaterialet ble i sin helhet dokumentert ved bruk av lydopptak, noe som gir grunnlag for å utvikle data som i utgangspunktet er mer uavhengig en for eks egne notater (Thagaard, s. 203). Også i analysefasen var det viktig å være lojal mot

de enkeltes deltakerens uttrykk og erfaringer. Setninger jeg var usikker på, eller som ikke var tydelig nok la jeg bevist til side, selv om jeg kanskje hadde en oppfatning om, ut fra egen forforståelse.

Jeg opplevde at enkelte funn fra mine resultater samstemte med andre studier og det som fremkom i offentlige utredninger, og ikke minst egne erfaringer. Men det var også perspektiver i resultatene som ikke gjorde dette. Jeg antar at de relevante fagmiljøer vil ved å lese mine funn finne både likheter og ulikheter fra egen praksis, men jeg håper først og fremst at dette studiet vil bringe noen nye perspektiver og refleksjoner i bruk av avviksmeldinger som et ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Det kan hende at resultatene påvirkes negativt da studien har strukket seg over lang tid på grunn av ulike uheldige omstendigheter som var utenfor min kontroll. Samtidig vil det kunne påstås at endringer skjer ikke så fort, og dette vil derfor trolig ikke ha vesentlig betydning. I ettertid har jeg derfor utført nye litteratursøk for å undersøke om det hadde kommet noe nytt på dette området. Fra norsk forskning som jeg først og fremst la vekt på fant jeg bare én relevant artikkel fra tiden under pandemien. Tidsrommet fra gjennomføring av intervjuene og til selve analyseprosessen, kan ha hatt negativt innvirkning. Man får uunngåelig større distanse fra materialet sammenliknet med analysen som gjennomføres rett etter intervjuene. Et detaljert transkribert materialet, samt gjennomlesning av intervjuer i flere omganger i forhold til analysens først trinn om helhetsinntrykk, har derimot vært til stor hjelp i det.

### 3.7.2 Studiets reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, og om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013, s. 193).

Selve interessen for tema og problemstillingen danner utgangspunkt i mine erfaringer. Jeg har derimot vært på samme arbeidsplass over mange år, og sånn sett hatt begrenset oppfatning om dette tema utad. Selve kvalitetsarbeid som et fagfelt, ble jeg faktisk mer engasjert i på dette masterstudiet ved å lese faglitteratur på området. Dette dannet utgangspunkt for min nysgjerrighet i forhold til lederens praksis i kvalitetsutvikling.

For å øke studiets pålitelighet var det viktig å ikke ha et nært forhold verken til sykehjem som forsknings sted, eller ha nær tilknytning til intervjuobjektene. Jeg ekskluderte derfor min egen arbeidsplass.

Under selve intervjusituasjon og spesielt under transkribering, har jeg reflektert særlig over mine oppfølgende spørsmål som kunne tolkes i form av egne erfaringer. For meg var det derfor viktig gjennom hele metodeprosessen å skille mellom mine ledererfaringer, og være åpen for nye perspektiver og kunnskap vedrørende avvik.

Avvik og avvikshåndtering kan av noen oppfattes som sensitivt tema, særlig med hensyn til lederens ansvar. Ved å sende generell forespørsel om studiedeltakelse vil det kunne tenkes at de som er mest opptatt av tema og således «har ting på plass» er de som er interessert i deltakelse. Det er ikke lett å vite i hvilken grad dette eventuelt påvirker resultatene i dette studiet.

Under prosessen med transkribering gjorde jeg meg noen refleksjoner mens jeg hørte på det første lydopptaket. Jeg lærte en del av det første intervjuet, og etter hvert ble jeg mer oppmerksom blant annet på å ikke stille spørsmål som kunne oppfattes som ledende i de neste intervjuene. Ifølge Malterud (2017, s. 45) er den vanligste fallgraven at forforståelse overdøver budskapet fra det empiriske materialet. Av den grunn prøvde jeg å ha bevist forhold til dette gjennom alle prosessene.

Dette prosjektet er verken konstruert eller ment til at resultatene skal kunne generaliseres da datamaterialet bygger på for få informanter. *Overførbarhet* er mer egnet begrep for denne type studier da den i større grad anviser til grenser og betingelser for hvordan andre kan ha nytte av funnene (Malterud, 2017 s.66). Den er avhengig av hvorvidt funnene gir mening utover seg selv. Målet er heller å finne tendenser i resultatene. Det vil derfor henvises til at funnene fra dette prosjektet kan gi grunnlag for å lage en større studie på et lite forsket felt ved en senere anledning.

### 3.8 Oppsummering

Oppgaven bygger på en kvalitativ studie av lederens praksis i forhold til avvikshåndtering. Den fokuserer på erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger, slikt at den overordnede problemstillingen blir besvart.

Utvalget av informanter var strategisk i forhold til tema som skulle belyses, og besto av seks ledere på ulike nivå med ansvaret for avvikshåndtering.

Datasamling og gjennomføring av intervjuene foregikk ved hjelp av en semi-strukturert intervjuguide på informantenes arbeidsplass. Datamaterialet er transkribert og analysert.

Materialet er anonymisert og prosjektet er meldt inn til og godkjent av NSD.

Analysen ble gjennomført etter Malteruds systematiske tekstkondensering metode (STC) bestående av 4 trinn. I dette kapitlet har jeg redegjort for fremgangsmåten i de første tre trinnene. I påfølgende kapittel vil jeg videre presentere det fjerde og siste trinnet, som er studiets resultater, og med påfølgende drøftingskapittel.

## 4 Resultater fra undersøkelsen

Den teoretiske referanseramme er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre. På den måten forstår vi de empiriske funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017, s. 47).

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene fra undersøkelsen. Kapitlet består av 4 underkapitler, hvor jeg legger studiets problemstilling strukturert gjennom de fire fasene for kvalitetsforbedringsarbeid. I hvert av underkapitlene presenteres resultater fra disse fasene som skal si noe om hvordan ledere på sykehjem praktiserer bruk av avviksmeldinger i kvalitetsforbedringsarbeidet, om dette arbeider foregår systematisk, og ikke minst om hva slags utfordringer lederne møter i dette arbeidet.

### 4.1 Ledelsens praksis for bruk av avviksmeldinger i planleggingsfasen

Som tidligere nevnt er strukturen av resultatpresentasjon basert på Demings fire faser for kvalitetsforbedringsarbeid. Under dette kapitlet presenterer jeg funn fra den første av dem. I forhold til oppgavens problemstilling, har jeg i denne fasen valgt å konsentrere meg om noen utvalgte sentrale rammer rundt avvikshåndtering i forbedringsarbeidet som virket mest fremtredende i undersøkelsen: ressurser, kompetanse, kultur og holdninger. Teorien viser at dette er viktig, fordi hver av disse komponentene vil kunne påvirke kvalitetsforbedringsarbeidet. Vi har sett at ledere har en viktig rolle i hver av disse. I det følgende vil jeg presentere funn fra hver av komponentene for seg, hvor jeg omtaler kultur og holdninger under ett. Dette fordi disse begrepene ofte fremkommer som to sider av samme sak.

#### 4.1.1 Resurser som en forutsetning i kvalitetsforbedringsarbeid med avvik

Mangel på tid ble i dette studiet ofte satt i sammenheng med manglende avviksrapportering. Som en konsekvens av dette, tok man mer i bruk muntlig rapportering istedenfor skriftlig, som var prosedyren på samtlige sykehjem. Et fysisk mindre sykehjem trekkes av den grunn

frem som en fordel, av en av informantene. Det hendte også at ansatte ba andre kollegaer melde avvik for dem når de ikke hadde tid selv. En av lederne uttrykte det slikt: «[...] det blir da helt feil, da kan det bli det var ikke akkurat slikt det skjedde, man mister liksom noen nyanser». Ifølge denne informanten var tidsklemma spesielt et problem på aftenvaktene da bemanningen var lavere.

#### 4.1.2 Kultur og holdninger som en viktig faktor i kvalitetsforbedringsarbeidet med avvik

Analysen av resultatene peker tydelig på kultur og holdninger hos ansatte på sykehjem som viktige elementer i kvalitetsforbedringsarbeidet. Felles for alle var at ulike negative oppfatninger, og til og med frykt for å melde avvik, var viktige hindre for at avvikssystemet skulle fungere etter hensikt. Informantene mente at ansattes oppfatning av å «angi en kollega» ved å skrive avvik var den vanligste holdningen blant ansatte. En annen tydelig tendens som forekommer gjennom analysen at ledere både innser og ser på som en viktig lederoppgave å ufarliggjøre avviksmeldinger, det vil si ha lav terskel til å melde avvik, samt å vise sine ansatte betydningen av meldte avvik. Det forekommer imidlertid ikke en klar strategi i denne undersøkelsen på hvordan ledere gjør dette. Tiltakene som kommer frem, er ofte ar man snakker med ansatte i møter og rapporter (uformell læring). Et annet tiltak som ble nevnt var systematisk opplæring av nyansatte i avvikshåndtering som et eget tema. En av informantene formulerte det slikt:

Kvalitetsarbeid er noe alle må ta ansvar for, men de må se viktigheten av det. Jeg tar det ofte opp på postmøtene – at de må være trygge, og trygge til å si fra, at det ikke er et personangrep, men det gjelder en sak. Vi må dele den kunnskapen, og synliggjøre at alle har den plikten, og at man oppmuntrer til det.

Lederne i denne studien viser videre ofte til avvik som system og ikke individfokus: «vi har i hvert fall fått det sånn delvis til, at det ikke er det at man skal ta folk for noe som er feil i forhold til avvik[...] det er nok litt vei å gå enda, men det er mye bedre en det det var [...]»

Det disse to eksemplene illustrerer er noen av de vanligste holdningene blant de ansatte, og som lederne oppfatter som noe av det mest utfordrende.

Informantene refererer til situasjoner hvor ansatte til og med bruker avviksmeldingene som uttrykk for frustrasjon. En av dem kalte dette for «misbruk» av avvikssystemet: «Noen ganger tenker jeg at de avvikene er bare tull, hvis jeg på slutten av vakta skriver avvik på at jeg har måttet jobbe overtid, for å få skrive dette for lederen min».

Mange medarbeidere på sykehjem har en annen bakgrunn enn norsk, og dette nevnes også som årsaken til enkelte holdninger i forhold til avvik:

[... ] språkbarriere, og jeg tenker enkelte, altså uten å stigmatisere noen, så tenker jeg også det er kultur, det har også med hvilket land du kommer fra å gjøre, og hva som gjelder der. Det er ikke så lett å riste av seg det du har lært fra barnsbein av.

Dette sitatet belyser kompleksiteten ledere oppfatter som utfordrende i forhold til holdninger og avvikskultur.

#### 4.1.3 Ansattes kompetanse som grunnlag for underrapportering

Her vil jeg presentere det jeg velger å kalle for kompetansegrunnlag, og som i analyseprosessen fremkommer som direkte årsakssammenhenger med avviksrapportering. Under dette avsnittet vil jeg vise til funn som informantene refererte til i forhold til sine ansatte. Noe senere i resultatpresentasjon vil jeg komme tilbake til denne kompetansen hos ledere, dvs. informantene selv. Årsaken til denne oppdelingen er at lederens kompetanse omhandler mer kunnskap om kvalitetsforbedringsarbeidet i denne sammenheng, og etter min mening sånn sett passer bedre under kapitlet som omhandler evalueringsfasen.

Analysefunn i forhold til kompetanse hos ansatte peker på store utfordringer knyttet til noe av det mest grunnleggende når man melder avvik, nemlig bruk av digitale verktøy. Et konkret eksempel som ble nevnt er problemer med pålogging til systemet. Samtlige informantene omtalte dette som en utfordring, i større eller mindre grad. På de fleste sykehjem i denne undersøkelsen, var det nødvendig å logge på med eget passord for å melde avvik.

En annen tydelig tendens i datamaterialet er den vektleggingen informantene har i forhold til at ansattes forståelse hva avviket er i seg selv. Dette er ifølge dem bedre en det var før, men det var fortsatt en vei å gå. En av informantene forklarte det slikt:

I mange tilfeller er det nok meldt avvik, som ikke trenger å være avvik, også jobber vi med bevisstgjøring på hva et avvik er, og hvilken kategori skal det under, og hvordan formulerer du språket i et avvik. Så kunnskapen kunne nok være bedre.

Imidlertid peker ikke datamaterialet på eventuelle konkrete tiltak som finnes i forhold til dette. Et annet funn som peker mot ansattes kompetanse, er at det skrives svært få tjenesteavvik. Flere av informantene mente at det var et tydelig overtall av avvik som var mer konkrete, og hvor konsekvensene var mer synlige. Her handlet det først og fremst om avvik på legemidlerhåndtering hos samtlige informanter. Her er to sitater som illustrerer dette: «Tjenesteavvik ser vi heller ikke mange av, så jeg tror de situasjonene som er lette å ta tak, de meldes det avvik på». «Det meldes jo lettest sånn fysisk synlige avvik holdt jeg på å si, medisinfeil, og sånn type ting ... Det gjenstår en del å avdekke dette i pleie- og omsorg».

Andre utfordringer som kom frem fra datamaterialet, og som kan knyttes til ansattes kompetanse er generelt manglende kjennskap til kvalitets- herunder avvikssystemet. En av informantene mente at: « [...] sånn som sykepleierstudenten har kanskje lettere å forstå kvalitetssystemet og betydningen av avvik, enn kanskje en ufaglært». Krav og lovverket, samt selve målsetningen med å melde avvik. Noen informanter mente at det var en progresjon også på dette området de siste årene, men at man fortsatt ikke var i mål. Generelt var informantene enige i at det skjedde mye positivt på dette området, at ansattes kunnskap, kultur og holdninger hadde en tendens til å bli bedre, men at disse utfordringene samtidig fortsatt var viktige årsaker til underrapportering.

## **4.2 Den utførende fasen – lederens behandling av avviksmeldinger**

I dette avsnittet vil jeg presentere nærmere studiets resultater som handler om hvordan ledere ser på selve behandlingen av innmeldte avvik, samt hvordan dette henger sammen med struktur og systemene de benytter seg av.

Samtlige resultater i undersøkelsen viste at det er nærmeste leder som mottar og behandler avviksmeldingene i første omgang. Alle brukte digitale systemer for dette. I min undersøkelse var det kun to av informantene som hadde funksjon som nærmeste leder.



Datamaterialet er derfor noe begrenset i forhold til deres praksis i forhold til selve behandlingen av avvik. En av utfordringene var at det kunne oppstå ulike oppfatninger om måten avviket skulle behandles på mellom øverste leder og førstelinjeleder, illustrert ved følgende sitat:

Når jeg skal behandle avviket på et vis, altså jeg vet at institusjonssjef her er veldig på hugget fordi han opplever at vi altså avdelingsledere har mye sånn der «har snakket med» og «det har vi tatt opp» i stedet for å komme med konkrete tiltak. Det må jo være avvik av samme sort som går igjen som gjør at du må ta tiltakene, altså i første runde så må du jo på en måte bare snakke med vedkommende, [...].

I samtlige systemer var avviksmeldingene organisert etter ulike kategorier, for eks. medisiner, brann, osv. Denne kategoriseringen skulle være til hjelp for å se eventuelle tendenser og jobbe videre med avvik. Det var derimot forskjell på informantenes oppfatning om i hvilken grad kvalitetssystemene som avviksmeldingene var en del av var til hjelp. Flere mente at kvalitetssystemet de hadde fungerte tilfredsstillende. De som mente at systemene kunne vært bedre savnet flere varslinger i form av påminnelser. En av informantene opplevde systemet som «dødt», og refererte til bedre søkefunksjon, og varslingsfunksjon når man skal for eksempel revidere prosedyrer. Slikt det var nå, kunne man ikke stole på at prosedyren var oppdatert, selv om den kanskje var det. En annen informant var fornøyd med eksisterende varslinger hvor for eksempel avviksmeldinger gikk til neste ledernivået, dersom de ikke ble behandlet innen 14 dager.

Det at nærmeste leder har frist på seg til å behandle avvik, ble også framhevet som en utfordring i en travel hverdag. Det kunne fort «miste momentet» dersom man ventet for lenge med å behandle det. Flere av informantene fortalte derimot at alvorlige avvik var viktig å behandle så snart som mulig.

I det neste avsnittet skal jeg presentere studiets funn i forhold til fasen når avvikene er behandlet og lukket – det jeg i denne oppgaven kaller for *evalueringsfasen*.

### 4.3 Lederens praksis i *evaluering* av avvik - videre bruk av lukkede avvik

Analysen i dette studiet viser at evalueringen av statistikken på innmeldte avvik skjer systematisk på alle sykehjem som deltok i denne undersøkelsen. Rammene mht. ansvar, hyppighet og tverrfaglighet varierte derimot noe. De fleste sykehjem hadde en eller annen form for «kvalitetsmøter» som de hadde noe ulike navn på (I denne presentasjon bruker jeg derfor begrepet «kvalitetsmøter» uavhengig av de ulike betegnelsene. Dette gjelder også direkte sitater for å sikre informantenes anonymitet). I slike møtene var det alltid avdelingssykepleiere og øverste leder som deltok. Halvparten av sykehjem i undersøkelsen hadde i tillegg egen kvalitetsansvarlig som oftest hadde ansvar for avvik statistikk. Et sykehjem hadde også med verneombud. Man hadde ofte kvalitetsmøtene minst en gang hver måned, men noen av sykehjemmene hadde dette hver uke, hvorav et av dem hadde et møte med oppsummering hver 6 måned i tillegg. Studieanalysen viser derimot tendenser til store forskjeller på hvordan ledelsen bruker avviksstatistikken. Mens noen går gjennom absolutt alle avvik, og passer på at alle er lukket og behandlet, velger andre kun å konsentrere seg om presentasjon av de viktigste avvikene ( gjerne de mest alvorlige eller gjentakende). Sykehjemmet som gjorde det siste presenterte det slikt: «Før hvert kvalitetsmøte, går jeg gjennom alle avvik og kategoriserer dem [...] som et slags analyseverktøy for meg selv. Og så prioriterer jeg hvilke grupper avvik vi skal snakke om på kvalitetsmøtet».

En annen informant med overordnet funksjon, fortalte det slikt om deres månedlige kvalitetsmøter: «[...] Så diskuterer vi alle hvert eneste avvik nedover. Jeg har tilgang til alle avvik, så printer jeg det så alle får alle avvik». Samme informant forteller om ulikheter på hvor mye hvert enkelte nærmesteleder legger i dette arbeidet.

I det følgende presenterer jeg funn fra undersøkelsen som omhandler systemer for risikovurderinger og internkontroll. Dette mener jeg representerer de ulike tilnærmingene når det kommer til evalueringsarbeid. Alle deltakere i undersøkelsen fikk derfor spesifikt spørsmål om dette. Grunnen til dette er at lovverket pålegger ledelsen ved sykehjem å ta i bruk disse systemene, som et ledd i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Resultatene fra undersøkelsen peker på at når det dreier seg om interkontroll og risikovurderinger, blir systematisk arbeid på sykehjem straks utfordret.

I forhold til bruk av risikovurderinger i kvalitetsforbedringsarbeid, viser resultater fra denne studien en tydelig tendens til at dette ikke ble benyttet jevnlig og systematisk på de involverte sykehjem. Hovedtendensen i denne undersøkelsen er derimot en manglende systematikk og lite bruk av risikoanalyser, hvor noen så ut til å bruke dette kun ved alvorlige trusler. En av informantene savnet en felles prosedyre på dette området, og ventet på at dette fra øvrig ledelse utenfor institusjonen. Forskerens tolkning i intervjusituasjonene var at det var en del usikkerhet rundt dette temaet, og ikke like mye fokus på i hverdagen.

Når det gjelder bruk av *internkontroller* i kvalitetsforbedringsarbeid, peker resultatene også her på ikke systematiske prosesser. Noen informanter fortalte om systematisk bruk gjennom året. Analysen avdekket i tillegg lederens noe forskjellig bruk av begrepet internkontroll. Dette vises i følgende utsagn: «vi har den statistikkgjennomgang, og det er type internkontroll [...]». En annen informant omtalte internkontroll som «fri ferdsel»: «mange glemmer at de driver med internkontroll nesten hver dag. Jeg går og sjekker ting, og sjekker ting, og det er jo fri ferdsel- jeg skriver ikke noe sted».

I analysen fremkommer det informantenes vurdering i at evalueringsarbeidet gjennomgående ikke er bra nok. Følgende utsagn som illustrerer informantenes tanker og erfaringer i forhold til evalueringsarbeid:

«Vi er litt for raske, vi skal utbedre avviket og så evaluerer vi ikke om tiltakene har ført frem. Det er noe der, den siste delen av en type prosess som vi er for dårlig på. Det må vi jobbe med. Evaluering». En annen informant mente evaluering var viktig i forhold til om ansatte så nytten av avvik: «Jeg tenker hvis vi var flinke til å evaluere også, kanskje det ville bli mer nyttig for de [ansatte], at de ser helhetlig at det hjelper». Datamaterialet peker også på at de informantene som er relativt fornøyd med systemene, likevel peker på evaluering som en fase med forbedringspotensialet.

Når det gjelder lederens forutsetninger i forhold til kvalitetsforbedringsarbeid, peker studiens resultater på at den formelle, konkrete kompetansen i forhold til selve forbedringskunnskap var mangelfull på sykehjem. Det var derimot flere som hadde

utdanning innen ledelse, og alle hadde sykepleierutdanningen i bunn. Noen kunne også hente denne kompetansen fra høyere nivå som ikke var på sykehjemmet

[...] alle har videreutdanning i ledelse, men ikke med spesielt fokus på endringsledelse eller kvalitetsforbedring. Så det er den erfaringskompetansen de har på en måte, og det vi gjør sammen [...] men vi har massekompetanse rundt oss på høyere nivå som vi kan bruke.

Dette eksempelet er et typisk utsagn, og som kan sies til å representere informantenes refleksjoner og erfaringer om dette tema.

Demings sirkel som modell for kvalitetsforbedring var kjent blant informantene, men de hadde ikke eksempelet hvor denne var brukt i praksis. Inntrykket var derfor at dette var en lite implementert modell i kvalitetsforbedringsarbeidet, og dermed mangelfullt systematisk arbeid generelt.

#### **4.4 Lederens praksis i *forbedringsfasen* – skape ny kunnskap og varig forbedring**

I det følgende skal jeg presentere funn i dette studiet som angår måten lederne bruker avviksmeldingene til læring og varig forbedring.

Resultatene viser først og fremst en sterk tendens til at ledere har et bevist forhold til læring og praksisforbedring som en endelig målsetning til avvikssystemet. Statistikk og grafer ble pekt på som gode hjelpemidler i dette arbeidet. Tendensene er at denne statistikken benyttes mest på sykehjemmet på et overordnet nivå, fremfor på avdelingsnivå. Det kan virke som om de sykehjemmene som har en kvalitetsrådgivende funksjon på toppen (også kalt fagsykepleier, fagutviklingssykepleier, fagleder og lignende) fungerer best når det gjelder det systematiske arbeidet på dette området.

Det analysen viser av forskjeller er ulikt grad av systematisk bruk av avviksmeldingene til læring. Det kommer også frem ulike strategier lederne mener deres ansatte lærer best av, og har mest nytte av. Mens enkelte trekker frem den individuelle læringen som sin hovedstrategi, mener andre at ansatte lærer best i plenum, gjerne i litt mindre grupper hvor de kan diskutere og komme frem til tiltak i felleskap. Det kom følgende utsagt vedrørende

individuell vs. felles læring: «Ja, det hadde vært ideelt med begge deler, men det som skjer er nok det første».

Felles undervisning som læringsform var gjerne et tilbud, oftest av kvalitetsledere, men uten å være satt i et fast system. Dette syntes til å ha sammenheng med lederens rolle i systemet. Ledere som var nærmere ansatte brukte mest 1-1 læring, mens kvalitetsledere og daglig ledere på sykehjemmet brukte mest organisatorisk læring som strategi. Det var ikke så vanlig å bruke starten av året som en mulighet til å planlegge fokusområder basert på avviksmeldingene. Det var de sykehjemmene hvor systemene synes å fungere best som gjorde dette. Nesten alle anså personalmøter som en viktig arena til læring på bakgrunn av avvik, og en av lederne mente dette var blant annet fordi: «man må komme med gode eksempler, ta det opp på personalmøter og vise at det går an».

En annen forskjell undersøkelsen peker på er nytteverdien ledere mener deres ansatte ser av å melde avvik. En informant forklarer det slikt:

Altså jeg føler jo at de ikke skjønner på en måte nytteverdien helt ennå fordi at det er så lite brukt [...] jeg ser de blir jo veldig glad, hvis de har meldt noe, og ting skjer [...] det er krevende liksom, jeg føler noen ganger at det er bare meg som er opptatt av det, og dette med at de skjønner verdien av det [avvik].

Denne lederen som hadde en overordnet funksjon, og følte seg på mange måter alene i dette arbeidet. Flere andre ledere i denne undersøkelsen delte denne utfordringen.

Resultatene viste at tidsperspektivet hadde en betydning for ansattes forståelse av nytteverdien. En av informantene mente at «ledere har en kjempejobb å gjøre til å kommunisere ut at dette faktisk har en sammenheng» Hun forklarer det slikt: «[...] så er jeg ikke så sikker på om personalet bestandig selv tenker at det har sammenheng med det avviket de har meldt for to måneder siden. Jeg tenker det er litt sånn fjernt».

De ledere som mente at deres ansatte ikke så nyttesammenhengen, innså samtidig sitt ansvar og rolle i dette. De mente derimot at de manglet systemer for å få dette til å fungere.

#### 4.4.1 Lederens praksis for å skape ny kunnskap utfra et brukerperspektiv

Brukerperspektivet på et sykehjem ivaretas på mange ulike måter. Når det gjelder brukerperspektivet og brukermedvirkning som en del av selve avvikssystemet, tyder resultatene på at dette benyttes i mindre grad, og i alle fall som en bevisst strategi. En av informantene utrykte at «man er veldig sjeldent bevisst på retorikken i avviksmeldingene i forhold til dette med brukermedvirkning». Måten noen av informantene mente brukere ble involvert var ved å gi informasjon til brukere og pårørende ved evt. avvik. En annen informant hadde en annen forklaring: «Brukerinvolveringene er litt sånn vanskelig i dette systemet, hvordan skal vi involvere dem også. Det er nesten vanskelig å involvere ansatte». Felles for samtlige informanter var at de innså å ha en vei å gå på dette området.

#### 4.4.2 Oppsummering

Resultatene i dette kapitlet ble presentert som i analysedelen etter Demings sirkels fire faser. Selv om resultatene ikke kan generaliseres på bakgrunn av data fra bare seks informanter, er de på enkelte områder mer samstemte og gir en mer tydelig tendens.. Dette gjelder for eksempel bruk av internkontroll- og risikosystemer, som utfra resultatene har forbedringspotensialet i forhold til målet om systematisk bruk. Dette gjelder også når det kommer til fokus på og oversikt over avvik på sykehjem, hvor samtlige ledere mente å ha god kontroll på. Selv om Demings sirkel var kjent metode for kvalitetsforbedringsarbeid for lederne, virket ikke denne metoden anvendt systematisk nok. Lederne trekker frem evalueringfasen som den delen av forbedringsarbeidet hvor de ser mest forbedringspotensialet. På annen side er resultatene om hvorvidt lederne synes at systemene for avviksmelding er til hjelp noe mindre sammenfallende. Ikke minst, viser de ulike måter når det kommer til evaluering av innmeldte avvik, samt bruk av dem i videre kvalitetsforbedringsarbeid.

## 5 Drøfting

I dette kapitlet blir resultater og funn drøftet og sett opp mot annen relevant forskning, samt teori på dette feltet. Drøftingen vil konsentrere seg om de mest sentrale forhold knyttet opp mot problemstillingen. Det vil også være søkelys på de elementene hvor det synes å være misforhold mellom teori og denne studiets resultater. Til dette har jeg valgt den samme struktur som til presentasjon av resultatene fra undersøkelsen.

### 5.1 Ledelsens praksis i planleggingsfasen

Planleggings- eller forberedningsfasen er det første steget i kvalitetsforbedringsarbeidet. Etter inspirasjon fra Demings sirkel som modellen for systematisk kvalitetsforbedring, er trinnene i modellen, deriblant planleggingsfasen også det første trinnet etter Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring (2017).

I dette avsnittet drøfter jeg de mest fremtredende elementer ledere ser på som utfordringer i kvalitetsforbedringsarbeidet i denne fasen: underrapportering, ansattes kompetanse og kultur. Alle disse komponentene til sammen, eller hver for seg, kan potensielt betraktes som det Hjort (2011, s. 62) beskriver som «manglende barrierer mot svikt i systemet». Dette betyr at det til slutt kan oppstå feil/avvik på grunn av disse latent svik, fremstilt også som hull i Sveitserostmodellen (kap. 2, figur 2.3.).

#### 5.1.1 Underrapportering som en utfordring i kvalitetsforbedringsarbeidet

Resultatene viste at alle de tre komponentene omtalt i kapitlet 4, nemlig tidspress, holdninger /kultur, og kompetanse hos ansatte, hadde et felles trekk. Alle så ut til å være viktige årsaker til underrapportering på sykehjemmene. Resultatene fra min studie sammenfaller på den måten med resultater fra tidligere forskning (Isaksen, et al. (2018); Lafton og Fagerstrøm (2011)). Disse forholdene kan være en viktig del av denne første, forberedende fase av kvalitetsforbedringsarbeidet, siden de gjerne danner forutsetninger for

lederens videre arbeid med avvik. Dette er derfor viktig både å være klar over, men også jobbe kontinuerlig med for de som arbeider med slike forhold.

Denne undersøkelsen viste sammenfallende resultater med en annen undersøkelse i forhold underrapportering som en av de viktigste utfordringene i avviks- og kvalitetsforbedringsarbeid blant ledere. Når avvikene ikke meldes, er det vanskelig å holde oversikt over feil og svakheter, og derved drive kvalitetsforbedringsarbeid (Ingstad, s. 143). En av informantene understreker nettopp dette i følgende sitat: «Jeg klarer ikke å følge opp muligheten for forbedring hvis ikke noen sender noe til meg». I det følgende beskrives det også noen av de andre underliggende årsaker til underrapportering.

### 5.1.2 Ansatts kompetanse som en forutsetning for kvalitetsforbedringsarbeid

En avgjørende faktor for å lykkes i å forbedre tjenesten er at ledere og medarbeiderne har kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet 2019a, s.18).

Det er bekymringsfullt at en fjerdedel av årsverk i brukerrettet omsorgstjenestesektor er ufaglærte, og 42% av disse har utdanningsnivå på ungdomsskole eller lavere (Helsedirektoratet 2020a). Selv om statistikken også viser økende trend i antall fagutdannede på sykehjem, kan resultatene mine fortsatt peke på en del utfordringer knyttet til dette. Kompetansebehovet bekreftes også i helsemyndighetens satsning gjennom Kompetanseløftet 2025, som har til formålet å bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning (Regjeringen 2021a, s. 7).

Det å klargjøre kunnskapsgrunnlaget er definert som en viktig del av den første fase i kvalitetsforbedringsmodellen (figur 2.2). Denne studien peker derimot på noen underliggende årsaker som kan knyttes til ansattes kompetanse i forhold til kvalitetsforbedring: manglende dataferdigheter og forståelse for avvik som system. Manglende dataferdigheter var gjerne knyttet til alder, hvor de eldste medarbeiderne hadde større utfordringer med å «henge med». Jeg fant ingen studier om dette på sykehjem, men det å «overvurdere» ansattes ferdigheter på dette området, vil naturligvis være en vesentlig



bremsekloss i videre kvalitetsarbeid. Både for ledere på sykehjem, men også ledelsen høyere opp i systemet er dette en faktor som er viktig å ikke overse eller overvurdere.

En av informantene forklarte kompetanseforskjell hos sine ansatte på følgende måte: «sånn som sykepleierstudenter har kanskje lettere for å forstå kvalitetssystemet og betydningen av avvik enn kanskje en ufaglært». Det vises til analysen der ledere gjerne *oppfordrer* sine ansatte til å skrive avvik, fordi *det er viktig*. Selv om man hører dette mange ganger, så betyr det ikke at man forstår betydningen av det. Hvis man ser på dette som et av hullene fra den tidligere presentert «sveitserost modellen», vil man før eller siden feile i en av de neste fasene av avvikshåndteringen. Lederens forståelse for avvik som system er derfor svært viktig i denne sammenheng.

### 5.1.3 Pasientsikkerhetskultur som forutsetning for rapportering og læring av avvik

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» beskriver følgende:

Virksomheter som lykkes kjennetegnes av en kultur som fremmer åpenhet, tillit, samarbeid og læring [...] Ansatte oppfordres til å melde fra om svikt og avvik, og lærer systematisk av både det som går bra, og av uønskede hendelser».

Når det gjelder kultur rundt pasientsikkerhet, slikt det fremkommer i min studie, er særlig enkelte type holdninger fortsatt til stedet som en stort hinder i kvalitetsforbedringsarbeidet med avvik, nemlig ansattes hensyn til kollegaer og arbeidsmiljø. Denne type hensyn og tankegang som årsaker til å la være å melde avvik bekreftes også av en tidligere studie (Ulvund, Rokstad og Vatne 2016).

Ledere er viktige også for kulturen på sykehjem. Koronapandemien har vist oss hvordan ledere reagerer på og følger opp uønskede hendelser, noe som definerer deres kultur for pasientsikkerhet. Kulturen påvirkes av ledere på alle nivåer, og kan variere betydelig mellom ulike avdelinger (Deilkås og Bondevik 2020).

Organisasjoner som jobber systematisk med sikkerhet leter ikke etter syndebukker, men ivaretar både bruker og den ansatte når det skjer (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Teorien

belyser at ledelse og lokal meldekultur er avgjørende faktorer om avvikene meldes (Riksrevisjon 2016). Både norske og internasjonale undersøkelser har vist at pasientsikkerhetskultur var for dårlig og burde strykes (Thomas et al., 2012; Bondevik et al., 2017). I denne undersøkelsen viser resultatene at lederne virker klare over betydningen av en slik kultur, og de ser ut til å være engasjert i å skape kultur med åpenhet og tillit blant sine ansatte. Informantene i undersøkelsen virket alt over fornøyde med at det gikk i riktig retning når det gjaldt dette med å snu «angiverkultur» til forbedringskultur. På den annen side mener lederne at dette fortsatt er en stor utfordring.

Samtidig som tendenser fra denne undersøkelsen peker på at ansatte i mindre grad ser på avvik som personlig feil, er det viktig at denne kulturen stadig utvikles og dyrkes for å være til nytte (Kirkhaug 2017, s. 84). Selv om denne undersøkelsen er for liten til at funnene kan generaliseres, kan resultatene likevel peke i retning av at det fortsatt er en vei å gå på dette området.

Denne studien viser derimot ikke tydelige strategier eller løsninger på hvordan ledere skulle løse disse utfordringene fremover. Helsedirektoratet (2017) påpeker at godt innarbeidet kultur og systemer for at medarbeiderne melder fra om avvik, er en forutsetning for å avdekke og forebygge disse. Modellen for kvalitetsforbedring ser på felles erkjennelse av forbedringsbehovet som viktig del av forbedringsarbeidet (figur 2.2). Aase (2018, s. 98) mener at førstelinjeledere med ansvar for sikkerhetskultur er avhengig av støtte fra øverste ledelse, samt at dette etterspørres og prioriteres. Inntrykket er at pasientsikkerhetskultur er mye omtalt begrep i de offentlige utredninger, men at det ikke ser ut til å være et velkjent begrep på sykehjemmene som var med i denne undersøkelsen, i hvert fall ikke med denne ordlyden. Det kan virke som om lederne på sykehjem forbinder denne kulturen ensidig med ansattes holdninger i forhold til det å melde avvik. Hvis vi ser på definisjonen på pasientsikkerhetskultur til Helsedirektoratet (2016) defineres den som *måten ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser*. Riktignok påpeker flere av lederne at de oppfordrer sine ansatte til å melde avvik, og de påpeker gjerne viktigheten av dette for læring. Lederne kan derfor virke mindre beviste egen rolle i dette «samarbeidet» utenom slike oppfordringene, og hvilke signaler det gir til ansatte. Her er det et eksempel fra en informant: «....så sa daglig leder at nå hadde vi for mange avvik, og da ble det mindre igjen». En slik uttalelse fra øverste leder kan gi feil signaler til de ansatte om at det for

eksempel handler om mengde avvik, og at dette var greit bare til en viss grad. På den ene siden viser den anvendte teorien en klar tendens til at sikkerhetskulturen henger sammen med pasientsikkerhet. På den annen side viser eksempler også i denne undersøkelsen at negative holdninger fortsatt ser ut til å være til stedet i meldekulturen på sykehjem. Pasientsikkerhetskultur var ikke et begrep som ble nevnt av ledere når man snakket om dette tema. Ingstad hevder at for å bedre kvaliteten på tjenestene, er det ofte kulturen en leder må endre (Ingstad, 2019, s. 76). Det kan derfor tenkes at pasientsikkerhetskultur som begrep burde løftes opp enda mer på sykehjemmene og blant ledere. Bare ved å ha kunnskap og forståelse for denne gjensidige samhandlingen mellom ansatte og ledere, som begrepet pasientsikkerhetskultur bygger på, vil ledere ha forutsetninger for å utvikle strategier til å utvikle en god pasientsikkerhetskultur.

Dette vil si at lederne trolig trenger bedre verktøy til kunne ta tak i utfordringene som knyttes til kultur. Helsedirektoratet (2020a) i sin årsrapport for omsorg 2020 gjør en liknende vurdering. Nemlig, at det fortsatt vil være behov for tiltak som sikrer tydelig ledelse innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for å understøtte kultur og åpenhet for læring, som kan bidra til at det gjennomføres forbedringer og systematisk styrking av forbedringskompetansen hos ansatte.

## 5.2 Ledelsens praksis i den utførende / behandlende fasen

Ledelsen på sykehjem er forpliktet til å «*Gjennomgå avvik og uønskede hendelser, slikt at liknende forhold kan forebygges*» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017) §8e). Melde- og avviksrapporter er et eksempel på interne dokumenter for å sikre dette.

I denne utførende fasen av kvalitetshjulet (kapitel 2, figur 2.2) som jeg har definert som selve behandlingen av avvik i denne oppgavens sammenhengen, er hovedfunnet en sterk tendens på forskjeller hvorvidt systemene oppleves å være til hjelp. Flere av informantene satte pris på varslinger, og de som ikke hadde det, savnet dette. Resultatet tyder derfor på at lederne, og kanskje særlig førstelinjeledere som behandler avvik i første omgang, har stort behov for slike hjelpemidler i en travel hverdag. Utsagn som «jo, så skal vi behandle avvikene oppi alt det andre» eller «det hender det hopper seg opp» illustrerer dette. Den type utfordrende

rammevilkår for ledere i sykehjem underbygges i teorien til Orvik (2015) som han kaller for kontrollspenn, hvor leder ofte har ansvar for altfor mange ansatte, og hvor dette igjen kan gå utover andre oppgaver. NSF-s plattform for ledelse 2017-2020 er et annet eksempel som bekrefter lederens utfordringer i forhold til lite tid, problemer med å skaffe riktig kompetanse, og ikke minst stramme budsjetter (NSF, u.å.). En leder med overordnede funksjon uttrykte derimot at det er sjeldent at hun fikk varslingen på grunn av at nærmeste leder ikke har fått behandlet avvikene sine. Varslingene skulle videre til henne etter 14 dager med ubehandlede avvik i første linja. Her kan man sette spørsmål ved om 14 dager kan være altfor langt tidsspenn, da man risikerer, slik en informant uttrykte det «miste momentet» over den situasjon som ikke har gått etter planen.

### 5.3 Ledelsens praksis i den evaluerende fasen /det systematisk arbeidet

I tillegg til at evalueringsfasen er en viktig del av Demings sirkel og kvalitetsforbedringsarbeidet, er ledelsen ved helse- og omsorgstjenestene i tillegg pliktig til å evaluere virksomhetens aktiviteter og oppgaver (§8), samt kontrollere at oppgaver og planer gjennomføres (§8a). Meldinger om avvik i det interne meldesystemet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester (2017)). Denne forskriften som ligger til grunn i alt kvalitetsforbedringsarbeid legger et tydelig ansvar først og fremst på den øverste lederen ved sykehjemmet. Samtidig avdekker Helsetilsynet i sine rapporter at sykehjemmene gjerne implementerer regelverket, og at forbedringsarbeidet planlegges med forventningene, men at det svikter når det gjelder å ta i bruk erfaringer fra ansatte og brukere (St. Meld. 11 2020-2021). Sett i lys av kvalitetsforbedringshjulet, er det her man skal måle og reflektere over resultater (kapitel 2, figur 2.2.). Avviksmeldingene kan forstås som en del av dette.

I resultater fra denne studien, var det en klar tendens til at ledelse på samtlige sykehjem oppfylte kravet om «å ha oversikt over avvik som meldes» etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d. Dette etterlevdes hovedsakelig ved planlagte, systematiske møter hvor avvikshåndteringen var et viktig tema. På den annen side, viste studien forskjeller når det kom til hvordan grafer og statistikken ble brukt videre i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Man kunne fort komme i fella der hovedfokuset handlet om å imøtekomme kravene om ettersyn fra øvrige organer. Dette kunne man få inntrykk av gjennom sitatene fra informanten som refererte til deres arbeid med avvik i ressursgruppen: «så diskuterer vi alle avvik nedover» og «[...] så sjekker vi om alle avvikene er behandlet ordentlig lukket». Denne mulige ulempen av malingene referert til Isaksen (et. Al 2008), ble tidligere i oppgaven belyst i avsnittet om kvalitetsindikatorne (kap.2.2.7). I denne sammenhengen kan man muligens komme i en situasjon der for eksempel fokuset på frister og forventinger om å behandle alle avvik, overskygger den kvalitative evalueringen, det vil si kunnskapen avviksmeldingene gir.

Studien viser en interessant refleksjon fra en av informantene, som kan belyse utfordringer som ikke kommer frem i studien ellers. Dette eksempelet kan tyde på forskjellige utgangspunkter og forventinger til avviksbehandling mellom informanten (førstelinjeleder med ansvar for avviksbehandling), og informantens øverste leder. Mens den øverste lederen kommenterte at det ikke holdt å med tiltak som «*snakket med*», mente denne lederen at det kanskje burde holdt i første gangs vurdering. Hennes vurderingen gikk ut på at avvikene av samme sort skulle danne grunnlag til videre tiltak. På en måte kan det tenkes at begge har rett, alt avhengig av avvikets alvorlighetsgrad. Dette underbygger Aase (2018, s. 107) som mener at enkelte risikoforhold må kartlegges selv etter få varslinger (eks feil på medisinsk utstyr), men at det er en viktig del av avviksanalyse på organisasjonsnivå at man identifiserer årsaker, sammenhenger og ser trender, type hendelser og hva det er som går igjen.

I motsatt tilfelle kan jobben med avvik virke uoverkommelig for ledere som behandler disse. Studien viste imidlertid også at noen ledere brukte avviksmeldingene strategisk for å legge plan for fokusområder for det kommende året. Dette samsvarer med kravet til plikten om å evaluere etter forskriften om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene (§8), og om systematisk og kontinuerlig krav om evaluering av tiltak og bruk av resultatene til kvalitetsforbedring.

Helse og omsorgstjenestene har behov for gode systemer og struktur for å følge opp utviklingen av pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid over tid (Helsedirektoratet 2019a). I min studie bekreftes dette med eksempler fra flere ledere som ønsket enklere og mer brukervennlig system for å kunne ta i bruk avvik i forbedringsarbeidet. Utsagn som at «Systemer burde vært bygget på lovverket og hjelpe oss til å følge det» er et eksempel på

dette. Sånn sett samsvarer dette med helsedirektoratets satsning presentert i den Nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring til å videreutvikle systemer for elektronisk datafangst, med målet om at dette i større grad benyttes i kvalitetsforbedringsarbeidet (Helsedirektoratet 2019a).

Rapporter fra risiko og sårbarhets analyser er i tillegg til avviksmeldinger andre relevante interne dokumenter for kartlegging av forhold som skal forebygges, og omtales derfor nærmere i neste avsnitt.

### 5.3.1 Bruk av risikoanalyser

En systematisk tilnærming innebærer å kartlegge *risiko* ved registrering av avvik. Bruk av risiko- og sårbarhets analyser er viktige hjelpemidler for å kartlegge hva som er farligst, og deretter prioriterer forebyggende tiltak (sosial- og helsedirektoratet 2005). Dette fremkommer også i lovgivningen i (Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etter §7c), hvor det fremkommer at ledelsen er pålagt til å utvikle og iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge svikt, dette blant annet ved bruk av risiko- og sårbarhets analyser. På den ene siden bekrefter resultatene at ledelse tar i bruk risikoanalyser, mens på den annen side fremkommer det også tendenser som peker på lite systematikk på dette området. Svarene om bruk av risikoanalyser kunne betegnes som noe diffuse «.. ja, det kan vi fort gjøre», «ja, men jeg skulle gjerne hatt mer felles system på det». Kun en av informantene svarte at risikoanalyser ble brukt til å utvikle lokale handlingsplaner. Resultatene mine derfor kan i dette tilfellet bidra til en forståelse av behov for bedre systemer rundt bruken av risikoanalyser i kvalitetsforbedringsarbeider med avviksmeldinger.

### 5.3.2 Bruk av internkontroller i kvalitetsforbedringsarbeid

Når det gjelder internkontroller var resultatene ikke så ulike fra risikovurderinger. Tendenser fra empiriske funn pekte på i retningen av at internkontroller ble brukt i forbedringsarbeidet, men uten å være satt ordentlig i system hos de fleste ledere og sykehjemmene i undersøkelsen. Teorien viser en skille mellom to typer interkontroller: de som kontrollerer

om selve systemet sikrer at oppgavene sikrer kravoppfyllelser, og fagrevisjoner som kontrollerer et dypere faglig tema på et dypere nivå i forhold til kravene (Arntsen, 2014, s. 177). Denne studien har fokusert mest på fagrevisjoner, og hvordan ledere evt. brukte den nye kunnskapen fra avviksmeldingene i kvalitetsforbedringsarbeidet. Som svar på dette spørsmålet svarte en av informantene: «altså, det er dette vi burde kanskje gjort da, ikke sant».

Denne påstanden var kanskje ikke typisk for alle informantene, men viser likevel en klar tendens på sviktende systemer rundt dette. Noen av informantene som svarte at de hadde internkontroller, satte dette gjerne i sammenheng med internkontroller i forbindelse med eksterne tilsyn, som for eksempel kontraktsoppfølginger med oppdragsgiveren, eller standardiserte skjemaer de gikk gjennom sammen med verneombud hver måned.

Tydighet om hvem som skal gjøre hva og hvordan er en viktig del av modellen for kvalitetsforbedring som skal ivaretas (FHI, 2015, S. 32). Resultatene kan også peke på at ansvars plassering i forhold til internkontroller kan være uklar. Mens noen ledere plasserte dette ansvaret kun hos kvalitetsansvarlige, svarte noen «egentlig er det det [definerte ansvarspersoner], men det er ikke alle som». På spørsmålet om interkontroller ble gjort på posten svarte en av informantene «nei, vi burde kanskje være flinkere til det». Dette kan settes i sammenheng med NSF -s ledelse plattform (2017-2020) som henviser til egen rapport som viser at 75% av førstelinjeledere opplevde å ha lite tid til strategiarbeid og langsiktig planlegging pga. administrative oppgaver og få driften til å gå rundt. Hovedtendens i denne studien peker i retningen til at ledere fortsatt har en vei å gå når det gjelder systematisk bruk av internkontrollsystemer. Dette kan sies på tross av regjeringens strategi om å bytte ut internkontrollforskriften med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring, og med den hensikt om mer tydelig lederansvar for internkontrollsystemet.

Dersom det legges for lite vekt på systemsiden, kan kvaliteten på tjenestene bli varierende og personavhengig. På den annen side er det fare for at man ikke utnytter til fulle sin faglige skjønnhet, erfaring og medmenneskelighet dersom man legger for mye vekt på systemene (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Det er ikke noe i min studie som viser at lederens systemfokus var et hinder til å utøve sin faglige skjønn i situasjonen. Tvert imot var

inntrykket at ledere var flinke til å ta tak i for eksempel situasjoner med høy alvorlighetsgrad. Dette viser seg i følgende sitat:

Jeg er jo nettopp opptatt av tendensen [...], det er bedre at 11 melder det avviket og ser tendensen, en at ingen gjør det – for da blir det ikke noe forbedring. Så da håper jeg at vi kommer dit da. Nå blir det liksom at jeg setter i gang tiltak fordi jeg hører om det muntlig, ikke sant- sånn at jeg bruker alt jeg hører i forbedringsarbeid.

### 5.3.3 Betydningen av lederkompetanse for kvalitetsprosesser på sykehjem

Denne studien har videre sett på lederkompetanse som et ledd i lederens forutsetninger i forhold til arbeidet med kvalitetsforbedring. Ifølge nasjonal strategi for kvalitetsforbedring «...og bedre skal det bli» er god ledelse en forutsetning for å oppnå kvalitet i tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Lederkompetanse i forhold til denne type kunnskap fremheves som viktig i flere offentlige dokumenter, deriblant Sosial- og helsedirektoratets (2005) Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005-2015). Her fremheves det at det selvsagt er en forutsetning at helsepersonell både har vilje og mulighet for kontinuerlig og tilrettelagt kompetanseoppbygning som samsvarer med de oppgaver de skal løse. Videre påpekes det at det kreves forbedringskunnskap for å skape endring, og vite at endringer er forbedringer. Resultatene fra min studie peker på at denne spesifikke forbedringskompetansen for kvalitetsforbedringsarbeid ikke i tilstrekkelig grad er til stedet. Dette til tross for at Helsedirektoratet påpeker at kompetanse i forbedringsarbeid er en avgjørende faktor for å lykkes med endring og forbedring. Forbedringskompetanse innebærer kunnskap om de grunnleggende prinsippene og verktøyene som er relevante for systematisk forbedringsarbeid. Det er derfor viktig at virksomhetene vurderer omfanget av en slik kompetanse og planlegger behovet deretter (Helsedirektoratet 2017a, s. 22).

Manglende satsing på den type kompetanse hos ledere på sykehjem kan derfor anses til å henge sammen med tendensen denne undersøkelsen peker på, nemlig at modellen for



kvalitetsforbedring brukes i liten grad på alle ledernivåer. Dette kan relateres til det Skjørshammer (2004, s. 87) kaller for overoptimisme hvor man overvurderer ansattes og lederens kompetanse og kapasitet. Han påstår at planene legges ut fra hva folk burde kunne, og ikke hva de faktisk disponerer av ressurser. Man tar ikke hensyn til turnuser, sykemeldinger og liknende utfordringer på sykehjemmene.

Denne typen kompetanse forutsettes å være til stede i en helseorganisasjon, som et kritisk element i det systematiske arbeidet. Det er derfor ikke tilstrekkelig at denne kompetansen «innhentes ved behov» slik resultatene fra denne studie viser til. Dette virker heller ikke til å være i samsvar med kvalitetsforskriftens krav om kontinuerlig og systematisk kvalitetsforbedring. Heller ikke med Arntsens teori hvor hun trekker frem lederkompetanse om systematisk arbeid med kvalitet som et viktig lederverktøy, og en forutsetning til å lykkes i arbeidet (Arntsen, 2014, s. 105). Ifølge Arntsen var lederkompetanse på dette området viktig selv om sykehjemmene ofte hadde eget kvalitetspersonell, gjerne kalt for kvalitetsrådgivere eller fagutviklingssykepleiere. Halvparten av sykehjemmene i min studie hadde en slik funksjon. Derimot var det kun en av informantene som hadde forbedringsarbeidet som en del av sin formelle videreutdanning. Studien peker på at det likevel kan være nyttig å ha egne kvalitetspersonell i tillegg. Det virket til å kunne gi sykehjemmene en bedre mulighet til å fokusere på, og ha en helhetlig oversikt over dette arbeidet. Dette viste seg særlig i oppfølging av avvik hvor sykehjemmene som hadde denne funksjon, hadde bedre systemer, enn på de sykehjemmene som ikke hadde denne funksjonen.

Arbeid med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift. Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

#### **5.4 Ledelsens praksis i forbedring- og læringsfasen**

Læring innebærer evne til å ta imot tilbakemeldinger (Hjort, 2007, s.7). Både lovgivning, andre offentlige dokumenter og teori på området er klare på at kunnskapsbasert praksis hele tiden må tilstrebe kvalitetsforbedring gjennom å lære av egne feil (Hjort 2007; Forskrift

om ledelse og kvalitetsforbedring 2017; Helsedirektoratet 2017a). Dette er et av de viktigste aspektene ved kvalitetsforbedringsarbeid hvor ledere har en nøkkelrolle.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) trekker frem ledelsesform som fremmer blant annet dialog, utvikling og læring, herunder metoder for kvalitetsutvikling som viktige kjennetegn ved en læringskultur. Som tidligere nevnt, viser resultatene fra denne studien en sterk tendens til at ledere hadde stort fokus på dialog og følge med på avviksstatistikken gjennom systematiske møter både på avdelingsnivå ved førstelinjeledere, men også på generelt nivå på det enkelte sykehjem.

Læring vil ofte settes i direkte sammenheng med det om ansatte opplever at det nytter å melde avvik eller ikke. Dette er klare tendenser som også fremkommer fra informantene i denne studien. Denne studien peker derimot ikke på en klar retning i om ansatte opplevde denne nytteverdien eller ikke. Flere av informantene var noe usikre: faktorer som tidsperspektivet, fremgangsmåte og skiftarbeidet ble lagt til grunn av informantene som viktige. Vellykket læringsystem etter WHO-s kriterier var blant annet *kapasitet til å spre resultatene, kapasitet på tilbakemelding på innmeldte avvik* (WHO, 2005, s. 53). *Læring på personnivå* ble oftere vektlagt av førstelinjeledere, mens *organisasjonslæring* ble gjerne kvalitetspersonell brukt til. Ifølge Kirkhaug er begge disse læringsformene viktige, og det er viktig at ledere er beviste dette i sitt arbeid med avviksmeldingene. Min undersøkelse viste at læringen så ut til å skje i begge disse formene, i ulik grad.

Undersøkelsen viser derimot en vesentlig tendens til at sykehjems lederne viser høy bevissthet av viktigheten av å lære, samt fremhever læringen som målsetningen av det å melde avvik. Utfra dette perspektivet, fremstår sykehjemmene her som det man gjerne kaller for *lærende organisasjoner*. Noe forenklet vil dette si organisasjoner som har utviklet høy grad av bevissthet om viktigheten av å lære (Irgenes 2011, s. 83). Studien viste derimot ikke tendenser til at det forekom en tydelig, systematisk plan for hvordan ledere brukte disse erfaringene til planlagt, systematisk organisasjonslæring. Kirkhaug (2017 s. 172) mener det er viktig at lederne på grunn av sin sterke innflytelse på læring i organisasjoner oppfattet seg selv som lærere og har både personlige og faglige kvalifikasjonene til det. De fleste av ledere i min undersøkelse (med unntak av de som hadde funksjon som kvalitetsledere) virket ikke til å oppfatte seg selv som dette. De refererte gjerne til andre roller både internt og eksternt

til å inneha denne rollen. På den annen side hadde alle lederne mye av den uformelle læringen med sine ansatte (ta opp saker i rapporter, spontane individuelle veiledninger og lignende.).

Kvalitetsforbedrings forskrift § 7e presiserer at man skal «sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten). I kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan brukere og pårørende opplever tjenesten de mottar, og hva de mener bør forbedres. Dette står i sammenheng med pasient og brukerrettighetsloven §3-2 pasient og brukers rett til informasjon, samt helse- og omsorgstjenesteloven §3-2. For eksempel har brukeren rett gjennom pasientrettighetslovens §3-2 å vite hva slags tiltak det igangsettes av helsetjenesten dersom noe har gått galt.

Resultatene i denne studie viser en åpenbar tendens, hvor lederens kvalitetsforbedringsarbeid i forhold til avviksmeldingene sjelden involverer bevisste forhold til brukermedvirkning. Informantenes utsagn som «Brukerinvolvering er sånn litt vanskelig i dette systemet ...». En annen informant tolket brukermedvirkningsspørsmålet som konfliktløsning: «Det er ikke sikkert du skriver en avviksmelding, men da må du jo ta det i et møte, og prøve å løse det på lavest mulig nivå, så det ikke går til fylkesmannen».

Enkelte informanter forbandt brukermedvirkning med informasjon om et oppstått avvik. På den måten peker denne studien på de samme forholdene som tidligere forskning viser, nemlig at brukermedvirkning forstått som aktiv deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid ikke er utbredt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Johanessen og Steihaug 2019). Disse resultatene kan forstås i lys av lederens syn at tjenesteavvik av «abstrakt» karakter meldes sjeldnere. På den annen side viser anvendt teori om kvalitetsbegrepets ulike dimensjoner, at sykehjemsbeboere setter kanskje høyest de mellommenneskelige forhold og det sosiale miljøet. Mine resultater kan derfor peke på og tolkes slikt at brukermedvirkningen bør ha større oppmerksomhet i avviksmeldingssystemet på sykehjem.

## 6 Avslutning og konklusjon

I denne oppgaven presenteres resultater fra arbeidet med min masteroppgave, der søkelyset var rettet lederens praksis i bruk av avviksmeldinger på sykehjem. De empiriske data ble analysert ved hjelp av Systematisk tekstkondenserings metode til Malterud (2017). Datamaterialet frembrakte 10 foreløpige tema (kvalitetssystemer, avvikshåndtering, utfordringer mht. avviksmeldinger, ressurser mht. avviksmeldinger, holdninger og kultur, systematisk arbeid, læring, kunnskap om kvalitetsforbedringsarbeid som metode, internkontroller og risikokartleggingsarbeid), som videre i analyseprosessen ble organisert etter 4 tema etter kvalitetsforbedringsmodellens faser. Både resultater og drøftingsdelen av oppgaven ble presentert utfra samme strukturen. I dette avsluttende kapitlet trekkes hovedkonklusjonene, og problemstillingen og forskningsspørsmålene som ble reist i kapittel 1 blir helhetlig besvart.

### 6.1 Tilbake til problemstillingen

Dette prosjektet sikter på å finne svar på følgende problemstilling:

- Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedringsarbeidet?

Forskningsspørsmålene skulle sikre nærmere svar i forhold til systemer og utfordringer:

1. Hvilke utfordringer opplever ledere i forhold til dette arbeidet?
2. I hvilken grad erfarer ledelsen en systematisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av avviksmeldingene?

For å få svar på problemstillingen ble det gjennomført kvalitative intervjuer av seks informanter, basert på semistrukturert intervjuguide.

### 6.2 Hovedresultater med konklusjon

Resultatene viser at ledelse på ulike nivåer har tydelig fokus på avviksmeldingene, og ser betydningen av disse i en kvalitetsforbedringsammenheng. Det er i all hovedsak

førstelinjeledere som behandler de innmeldte avvik. Selv om ledere oppfatter ulikt hvorvidt de elektroniske systemene er til hjelp, ser derimot samtlige på varslinger, statistikker, kategoriseringene som et viktig hjelpemiddel i sitt arbeid med kvalitetsforbedring.

Resultatene viser tendenser til ulik grad av systematikk på ulike områder i kvalitetsforbedringsarbeidet med avvik. Mens lederne viser god systematikk på å anskaffe seg god oversikt over avviksmeldingene, kan man samtidig se tendenser til at denne oversikten og kunnskapen dette gir, ikke utnyttes optimalt i de påfølgende fasene av kvalitetshjulet. Ledere trekker frem spesielt evaluering av avviksmeldingene som et område der man kunne gjort enda større innsats på fremover. Også bruk av internkontroller og risikoanalyser, kan se ut til å kunne utnyttes bedre ved oppsummering av avviksmeldingene. Demings sirkel virker til å være kjent modell hos ledere, men ikke en systematisk anvendt modell i kvalitetsforbedringsarbeidet. Dette kan trolig settes i sammenheng med den delen av kompetanse som handler direkte om kvalitetsforbedringsarbeid som metode. Datamaterialet tyder videre på at denne forbedringskompetansen ikke synes å være et anerkjent behov, og dermed ikke er savnet på sykehjem.

Undersøkelsen viser også behov for tydeligere systemer som viser sammenhenger mellom rapporterte avvik, tiltak og nytteverdi, og dermed en klar forbindelse mellom innmeldte avvik og bedre praksis. Lederne erkjenner dette som en klar motiverende faktor for ansattes avviksrapportering.

Lederne ser ut til å være gode på individuell og uformell læring. Den strategiske planlagte, organiserte læringen er noe som skjer «fra tid til annen», hovedsakelig fra kvalitetsansvarlige personer på sykehjem. Dette kan tyde på at ledere på sykehjem har en viktig oppgave med å rette søkelyset på læring som en kontinuerlig prosess og en integrert del av arbeidet med kvalitet, og ikke noe som kommer i tillegg.

De største utfordringene lederne opplever i arbeidet med avvik kunne knyttes til ansattes kompetanse i forhold til forståelse av avvik, tidsklemma, samt generelle dataferdigheter. Lederne setter kvalitetskultur og holdninger også i sammenheng med avviksrapportering, der «angiver» holdninger fortsatt er en viktig underrapporteringsfaktor.

Dette mastergradsprosjektet er verken tilstrekkelig i omfang eller ment til å trekke generaliserbare konklusjoner på bakgrunn av resultatene. Likevel kan det være nyttig å oppsummere dette prosjektets tendenser, særlig med tanke på følgende to forhold:

1. Med stadig høyere krav i forhold til kvalitetsforbedringsarbeid, samtidig som den digitale utviklingen også på sykehjem stadig utvikles, er det fare for at de ansattes digitale kompetanse overvurderes. En kartlegging av denne kompetanse, med påfølgende tiltak kan derfor anbefales. Det er en tydelig tendens til misforhold mellom det ansvaret ledere har i forhold til bruk av avvik i kvalitetsforbedringsarbeidet, og den metodikk og kompetanse som finnes på postene og sykehjemmet generelt. Dette i forhold til spesifikk kunnskap om kvalitetsforbedringsarbeid i praksis. Det å kjenne til modellen til kvalitetsforbedring er ikke nok i seg selv.
2. Det er behov for å ha mer systematisk tilnærming til læring som et endelig mål av avviksmeldingene. Ledelsen på sykehjem ser ut til å ha behov for en klar, systematisk kobling mellom rapporterte avvik, og den viktige kunnskapen dette gir. På denne måten ledere kan flytte fokuset fra person- til systemfeil, og dermed ufarliggjøre rapportering av avvik, og ikke minst å motivere til rapportering. Systemperspektivet gir medarbeideren trygghet for situasjoner der man identifiserer risikoreducerende tiltak, fremfor å ha søkelyset på hvilke personer som var involvert.

### 6.3 Slutninger

Resultatene bygger på et lite antall informanter, og kan derfor ikke generaliseres. Studien er derimot ment til å vise tendenser på et viktig, men lite forsket felt, og forhåpentligvis inspirasjon til videre forskning på området.

Selv om resultatene ikke kan generaliseres, kan de likevel brukes til å belyse tema rundt andre sammenhenger. Det er naturlig å anta at ledelsen på sykehjemmene vil kjenne seg igjen i noen av konklusjonene, og forhåpentligvis finne overføringsverdi i sitt videre arbeid. Ledere på ulike nivåer var representert i studien, noe som har gitt bredde i innsamlingen av data. Resultatene representerer til sammen tre ulike perspektiver i forhold til ansvarsforhold med avviksmeldinger: førstelinjeledere, kvalitetsansvarlige og ledere på øverste nivå. Dette

kan forhåpentligvis bidra til et mer helhetlig bilde av kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehjem. Lederne representerte ulike sykehjem, noe som gav innblikk i flere ulike systemer på området. I videre studier kan det være interessant å samle data fra ledere tilhørende en og samme institusjon, på ulike nivåer, for å se hvorvidt resultatene da ville vært sammenfallende eller ikke.

Regjeringen etterspør mer oppdatert kunnskap, og stimulerer til forskning på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, med særlig oppmerksomhet mot kommunal helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen har dette som et viktig tiltak i sin Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019a, s. 19). Dette viser at forskningstema for denne studien er både viktig og etterspurt. Jeg håper derfor at resultatene fra denne undersøkelsen kan være et bidrag i forhold til denne målsetningen.

## Litteraturliste

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten – Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal akademisk.
- Asplin, M & Fagermoen, E. (2015). Hvordan sammenligner vi kvalitet i helsetjenesten? *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 2015;135: 1112-3, doi:10.4045/tidsskr.15.0421
- Bengoa, R. (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. *World Health Organization (WHO)*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bondevik G.T, Hofoss D., Husebø B.S., Deilkås E.C.T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 2017;17:424. DOI 10.1186/s12913-017-2387-9
- Bosch, M., Halfens, Ruud J. G., van der Weijden, T., Wensing, M., Akkermans, R., Grol, R. (2011). Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers, *Worldviews on Evidence-Based Nursing (WORLDVIEWS EVID BASED NURS)*, 8(1): 4-14.
- Brudvik, M. (2010, 22. oktober). *ROS- analyse*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2016 (19), s. 261-277
- Deilkås, E.K.T. & Bondevik, G.T. (2020). Pasientsikkerhetskultur og koronapandemien – nye muligheter for trygghet og samarbeid i norsk helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(01):1-8. DOI:[10.18261/issn.2387-5984-2020-01-07](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-07)
- Folkehelseinstituttet (FHI) (2015). *Model for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Notat. Kunnskapssenteret 2015, ISBN 978-82-8121-500-9.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>



Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten*. (FOR-10-28-1250). Lovdata:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Helse og omsorgsdepartementet. (2015) *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet (2015-2020)*. Hentet 20.03.2019 fra:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket (2015). *Model for kvalitetsforbedring*. Hentet 27.09.19 fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Helsedirektoratet (2017a, 17.februar, sist oppdatert 29.10.2018). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2017b, 17.oktober). *Brukermedvirkning*. Hentet 30. juni 2021 fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2019). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse. Håndbok for helsetjenester* (IS-0583).  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelseanalyse-handbok-for-helsetjenesten>

Helsedirektoratet (2019). *Styrker innsatsen for pasientsikkerhet*. [www.helsedirektoratet.no/nyheter/styrker-innsatsen-for-pasientsikkerhet](http://www.helsedirektoratet.no/nyheter/styrker-innsatsen-for-pasientsikkerhet)

Helsedirektoratet (2019a). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i->

Helsedirektoratet (2020a). *Omsorg 2020 – Årsrapport 2019*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019>

Helsedirektoratet (2021). *Nasjonale leiarutdanning for primærhelsetenesta*.

<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025/nasjonale-leiarutdanning-for-primærhelsetenesta>

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m. v.* (LOV -1999-07-02-64). Lovdata:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107).

Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107>

Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok* (1 utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hjort, P.F. (2011). *Uheldige hendelser i helsetjenesten – pasientfortellinger*. Den Norske legeforening.

Hjort, S. & Johansson, K. (2018). Faktorer som påvirker sjukskøterskors avvikelserapportering – en integrert litteraturoversikt. *Sjukskøterska. Luleå tekniska universitet. Institutionen for hälsovetenskap*. [urn:nbn:se:ltu:diva-68880](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:se:ltu:diva-68880)

Hofstad, E. (2015,12.mars). Liten nytte av å melde avvik. *Norsk Sykepleierforbund*.

<https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nytt-en-av-melde>

Hustad, B.D. (2012). Etikkk: Berit Daae Hustad om faglig forsvarlighet. Når lederen tier om avvik. *Sykepleieren*, 5 (s.70-71). <https://sykepleien.no/etikkk/2012/05/nar-lederen-tier-om-avvik>

Høie, B. (2016, 22. juni, (sist oppdatert 23.februar 2017)). Debatt- eldreomsorg: Gode ledere skaper gode sykehjem. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/xrPmV/Gode-ledere-skaper-gode-sykehjem--Bent-Hoie>

I trygge hender 24/7 (2017, 15.september). Ledelse av pasientsikkerhet. Hva innebærer det? Hentet 15.07. 21 fra: <https://www.itryggehender24-7.no/ledelse-og-kultur/ledelse-av-pasientsikkerhet-hva-innebaerer-det>

Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse. I helsefag og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

Irgens, E. (2011). *Dynamiske og lærende organisasjoner. Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring*. Fagbokforlaget.

Isaksen, J., Ågotnes, G., Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2018(02):143-152.

Johannessen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon i samfunnsvitenskapelig metode*.

Abstrakt.

Johannessen, A.K.M. og Steihaug, S. (2019). Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre. – en kvalitativ studie av to kommunale akutte døgnenheter og samarbeidende kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 02/2019 (5):1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04>

Kirckoff, J.W, Gjellebæk, C. & Tngen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet med sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 2014;9(3):(226-233). DOI:

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0130>

Kirkhaug, R. (2017). *Endring, organisasjonsutvikling og læring*. Universitetsforlaget.

Krogstad, U. & Saunes I.S. (2009). Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. *Folkehelseinstituttet*. Rapport fra Kunnskapsenteret 28/2009. <http://hdl.handle.net/11250/2378114>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m. v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Kvalnes, Ø. (2010) *Det feilbarlige menneske. Risiko og læring i arbeidslivet*. Universitetsforlaget.

Lafton, H. & Fagerstrøm, L. (2011). Implementation of incident reporting systems in Norwegian nursing homes from a management perspective — a pilot study. *Vard i Norden*, 31 (2): 45-47. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1177/010740831103100209>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Meld. St. 10 (2012 - 2013). *God kvalitet- trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 11 (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no>

Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet

<https://www.regjeringen.no>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>

Nakrem, S. (2012). Måling av kvaliteten på pleie i sykehjem – hva har betydning? *Sykepleien Forskning* 2012;7(1):(97-97), <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0066>

<https://sykepleien.no/forskning/2012/04/maling-av-kvaliteten-pa-pleie-i-sykehjem-hva-har-betydning>

Nasjonal sikkerhetsmyndighet. (u.å) *Sikkerhetskultur*. Hentet 25.05.20 fra:

<https://nsm.no/fagomrader/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/>

National Advisory Group on the Safety of Patients in England (2013). *A promise to learn– a commitment to act Improving the Safety of Patients in England*.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/226703/Berwick\\_Report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf)

Norheim, A. & Sommerseth, R. (2014). Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2014 (34): 9-13 doi:[10.1177/010740831403400303](https://doi.org/10.1177/010740831403400303)

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Politisk plattform for ledelse 2017-2020*. Lastet ned 20.02.2020 fra:

[https://www.nsf.no/Content/2201714/cache=20191408134704/NSF%20Politisk%20Plattform\\_ledelse%202017%20-%202020%20revidert.pdf](https://www.nsf.no/Content/2201714/cache=20191408134704/NSF%20Politisk%20Plattform_ledelse%202017%20-%202020%20revidert.pdf)

NOU 2015:11 (2015). *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>

- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Oslo Kommune Helseetaten (2018a) *Beboer- og Pårørendeundersøkelse på sykehjem 2018*. Hentet 13.10.19 fra: [oslokommune.no](http://oslokommune.no)
- Oslo Kommune Helseetaten (2018b.). *Samlerapport fra kvalitetsrevisjoner på sykehjem 2018*. Hentet: 13.10.19 fra: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13293070->
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, B, Harsvik, T., Halvorsen, T. & Nygård, L. (2004). Bemanning og kvalitet i sykehjem. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 22, 2004; 124. <https://tidsskriftet.no/2004/11/aktuelt-i-foreningen/bemanning-og-kvalitet-i-syke-hjem>
- Reason, J. (2000). Human Errors. Models and Management. *West J Med*. 2000 Jun; 172(6): 393–396. doi: [10.1136/ewjm.172.6.393](https://doi.org/10.1136/ewjm.172.6.393) .
- Regjeringen (2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Lastet ned 01.06.21 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/pasientens-helsetjeneste/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Regjeringen (2016). *Flere år-flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi\\_eldrepolitikk\\_110316.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf)
- Regjeringen (2021a, 27. januar) *Kompetanseløft 2025*. (<https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/sartrykk-kompetanseloft-2025-002.pdf>)
- Regjeringen (u.å.). *Kommunale helse og omsorgstjenestene*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>
- Riksrevisjon (2018). *Riksrevisjonenes undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen* Dokument 3:5 (2018-2019). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

- Riksrevisjonen (2016). Dokument 3:2 (2016-2017) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015. Sak 1: Undersøkelse av helseforetakenes vurdering av uønskede hendelser.* <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf>
- Ruyter, K. (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn.* (red.1 utg.). Gyldendal norsk forlag AS.
- Røsvik, A. H. (2019, 27.september. (først publ.2009, 26. august av Bakke, T.)). Brukermedvirkning på tre ulike nivå. *Helsebiblioteket.* Hentet 14.02.2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>
- Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren- et systemisk perspektiv* Høyskoleforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (IS-1201).*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... *Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Til deg som er leder og utøver (IS- 1162).* <https://www.helsedirektoratet.no>
- SSB. Statistikkbanken. Sykehjem, hjemmetjenester og andre omsorgstjenester. Hentet 30.06.21 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>
- Stortinget (2011, 12. oktober). Publikasjoner. *Representantforslag om bedre kvalitet og pasientsikkerhet* Dokument 8:5 S (2011–2012). *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten.* <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2011-2012/dok8-201112-005/?lvl=0>
- Stubberud, D.G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid.* Gyldendal akademisk.
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt.* Cappelen Damm akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode (4. utg.).* Fagbokforlaget.

- Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R., Weech - Maldonado, R. (2012). Patient Safety Culture and the Association with Safe Resident Care in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 52 (6), 802-811 DOI: 10.1093/geront/gns007
- Ulvund, I., Rokstad, A.M.M, & Vatne, S. (2016). Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst.. *Sykepleien Forskning*, 10.4220 (1). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
- Verdighetsgarantieforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- WHO (2005). WHO Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. *World Health Organization. World Alliance for Patient Safety*. WHO/EIP/SPO/QPS/05.3 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf>
- Ytrehus, S. (2013). Kvalitet i eldreomsorgen. I Bergland, Å. og Moser, I. (Red.), *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (s. 27-69). Cappelen Damm Akademisk.
- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet. Teori i praksis (3 utg.)*. Universitetsforlaget.
- Aasland, O. G. & Førde, R. (2005). Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Quality and Safety in Health Care*, Vol.14(1), p.13.

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **«Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedring?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut om sykehjem lederens praksis i forhold til avviksmeldingene. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette forskningsprosjektet er mastergradsprosjekt i kvalitetsarbeid, knyttet til Master i helse- og sosialfaglig arbeid til eldre. Prosjektets omfang er på omtrent 60 sider. Med dette prosjektet ønsker jeg å få belyst hvordan avviksmeldingene brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehjem. Det finnes sparsomt med forskning når det gjelder avvikshåndteringspraksis fra kommunehelsetjenesten både i Norge og internasjonalt. Denne studien vil være et bidrag på veien til utviklingen av bedre kvalitet i kommunehelsetjenester. Din deltakelse er derfor av stor betydning. Om ønskelig, får du tilsendt studieresultatene når disse foreligger.

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

Oslo VID vitenskapelige høgskole (studiested Diakonhjemmet, Oslo) er ansvarlig for prosjektet.

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

For å få belyst hvordan avviksmeldingene brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet på sykehjem, ønsker jeg å intervju 5-7 ledere med ansvar for kvalitetsarbeidet på sykehjemmet. Dette er grunnen til at du fikk denne henvendelsen.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det er ønskelig at det settes av inntil en time til intervjuet. Intervjuet vil skje på bakgrunn av en intervjuguide, og være en samtale. Du vil bli spurt om dine erfaringer i forhold til avvikshåndtering. Det blir gjort lydopptak som deretter blir transkribert. Alle data slettes når prosjektet er avsluttet. Alle informanter vil bli intervjuet alene, fortrinnsvis på egen arbeidsplass.

#### **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. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.



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

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

Informasjon som gis i intervjuet skal kun brukes slik som beskrevet. Resultatene fra intervjuene er konfidensielle, og verken personopplysninger eller informasjon om din arbeidsplass vil fremkomme. Det blir ikke spurt om ditt navn, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere deg eller din arbeidsplass i resultatene av studien når disse publiseres. Ved evt. sitater hvor det fremkommer personlige opplysninger, vil disse utelates.

Ingen personopplysninger vil således bli behandlet eller lagret i forbindelse med prosjektet.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. 10.05.2020. Hele opptaket fra intervjuet vil da bli slettet.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole ved Diakonhjemmet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

- VID vitenskapelige høyskole, studiested Diakonhjemmet, Oslo ved Sanela H. Aubert på telefon 936 01 882/[sanela1973@yahoo.no](mailto:sanela1973@yahoo.no), eventuelt professor Sidsel Sverdrup på telefon 97 07 04 01 /[sidsel.sverdrup@vid.no](mailto:sidsel.sverdrup@vid.no).
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu: 938 56 277 ([personvernombud@vid.no](mailto:personvernombud@vid.no))

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

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

Med vennlig hilsen

Sidsel Sverdrup

(Forsker/veileder)

Sanela Husic Aubert

(Mastergradsstudent)

---

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedring?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2 Intervjuguide

### Intervjuguide

(etter Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010)

***”Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedringsarbeid?”***

#### 1.0 INNLEDNING

- FORSKER:
- -presentere seg selv
- informere om prosjektet og hva man skal spørre om
- betydningen av at informanten stiller opp
- gå gjennom hvordan intervjuet skal dokumenteres, og hva som gjøres med datamaterialet etter avsluttet arbeid
- garanterer anonymitet
- informere om informantens rett til å avbryte intervju når som helst
- antyde hvor lenge intervjuet vil være

#### 2.0 KVALITETSSYSTEM

***Kan du gi en kort beskrivelse av deres kvalitetssystem?***

- Hvordan er ansvarsfordeling?
- Hva tenker du om ansattes forhold til kvalitetssystemet. Et levende system?

#### 3.0 AVVIKSMELDINGER

***Prosedyren. Kan du fortelle om deres prosedyre i forhold til avviksrapportering og håndtering?***

- Ansvar for behandling og lukking avviksmeldingene (alle ledd)?

***Type avvik. Ser du tendens til noen forskjeller i rapportering og håndtering avhengig av type avvik?***

- Eks HMS avvik og andre avvik? Hva er det typiske?
- Praksisen for håndtering av avvik utfra alvorlighets grad?

***Brukerinvolvering. Har du inntrykk at de ansatte/ledere bruker brukerens og pårørendes erfaringer ved avvikshendelser som involverer dem?***

- På hvilken måte gjøres dette? Finnes det rutine for dette?

***Lukkede avvik. Hva skjer videre med lukkede avvik?***

- Finnes det rutine for å systematisere avviksmeldingene på institusjonens nivå og ”se tendenser”? Evt. hvem og hvordan gjøres dette? Hva innebærer rutinene?
- Evalueres praksisen? Rutiner for dette?

***Utfordringer. Hva vil du si er deres største styrke og utfordring når det gjelder behandling av avviksmeldinger?***

- Hvilke forhold er til hinder for at avviksmeldinger blir utarbeidet i tilfeller der det burde vært meldt avvik?
- Er det en åpent ”meldekultur”?

#### 4.0 KVALITETSFORBEDRINGSARBEID (BASERT PÅ KRAV FRA KVALITETSFORSKRIFTEN)

***Kan du si litt om hvordan sykehjemmet bruker avviksmeldingene i kvalitetsforbedringsarbeidet?***

- Oversikt over avviksmeldingene. Finnes den, og hvordan den evt brukes disse i forbedringsarbeidet? (avdelingsvis eller/og overordnet systemnivå)?
- Brukes avviksmeldingene til for eks. risikoanalyser (Ja=På alle typer avvik?, Nei= Hva tror du er årsaken til det?)
- På hvilken måte synes du at avviksmeldingene er til hjelp i kvalitetssikring /forbedringsarbeid?
- Har du eksempler hvor avviksmeldingene har ført til kvalitetsforbedring/endret praksis?

***Kontinuitet og systematikk. Kvalitetsarbeid har de siste årene utviklet seg fra et fokus på sikring av kvaliteten til et fokus på kontinuerlig utvikling og forbedring. Hva vil du si er deres praksis i forhold til det?***

- Opplever du kvalitetsforbedringsarbeidet som systematisk og kontinuerlig?
- Bruker dere noen spes modeller til dette arbeidet?
- På hvilken måte kunne strukturen rundt avviksbehandlingen og oppfølging bidratt bedre til i forbedringsarbeidet?

***Internkontroll. Har dere internkontrollsystemer som er knyttet til arbeidet med avvikssystemet?***

- Eks. som om sikrer at prosedyrene i forhold til avviksmeldingene følges? Hvordan er dem?

***Læring. Hva slags nytteeffekt tror du deres ansatte ser i dagens avviksrapportering?***

- Hvordan formidles kunnskapen man får fra avviksmeldingene
- Har du inntrykk at ansatte på deres sykehjem føler at avviksrapportering har verdi? (ja=På hvilken måte? Nei=hva er årsaken til det?)
- Kan du nevne forhold som etter din mening hindrer /fremmer læringsutbytte basert på avviksmeldingene?

#### 5.0 LEDELSE

***Kompetanse. Har noen hos dere spesiell kompetanse når det gjelder kvalitetsforbedringsarbeid?***

- I tilfellet, hvilken kompetanse? Savner du kompetanse på området enten med deg selv eller på overordnet nivå?
- Dine største utfordringer som leder i forhold til avviksmeldinger og læringskultur på din avdeling?

***Styringssystem. Håndtering av avviksmeldinger, deriblant i forbedringsarbeidet anses å være en del av sykehjemmets styringssystem. Hvilket møteforum benyttes for ta opp dette (evaluering/oppsummering av avviksmeldinger)? Hvor ofte? Hvem sitter i disse? Hva er metodikken?***

#### 6.0 AVSLUTNING/OPPSUMMERING

- ***Annet du vil tilføye helt til slutt?***

## Vedlegg 3 Fremgangsmåte litteratursøk

### Oversikt søkeord

AND	<b>AVVIK (1)</b>	<b>KVALITET (2)</b>	<b>LEDELSE (3)</b>	<b>LÆRING (4)</b>	<b>SYKEHJEM (5)</b>
OR	UHELDIGE HENDELSER	FORBEDRINGSARBEID	LEADER	LEARNING	KOMMUNEHELSETJENESTE TJENESTE
OR	PASIENTSIKKERHET	IMPROVEMENT	MANAGEMENT	ORGANIZATIONAL LEARNING	NURSING HOMES
OR	MEDICAL ERRORS	QUALITY ASSURANCE		LEARNING PROCSES	HELTH
OR	PATIENT SAFATY	QUALITY WORK			
OR	INCIDENT REPORTS	SYSTEM APPROACH			
OR	ADVERSE EVENTS				

### Oversikt over litteratursøk disposisjon gjennom konkrete databaser:

#### CINAHL DATABASE:

<b>Søk1:</b> nursing homes:	<b>Søk2:</b> incidente reports	<b>Søk6:</b> quality improvement:	<b>Søk10:</b> leader:
	<b>Søk3:</b> :	<b>Søk7:</b> quality assurance:	<b>Søk11:</b> menagement:
	<b>Søk4:</b> patient safety:	<b>Søk8:</b> quality (of Health care):	<b>Søk 12:</b> 10 OR 11:
	<b>Søk5:</b> 2 OR 3 OR 4:	<b>Søk 9:</b> 6 OR 7 OR 8:	

Søk 13 (Avgrenset år 2008-2019): søk 1 AND søk 5 AND søk 9 AND søk 12:

#### COCHRANE LIBRARY DATABASE:

SØK 1: Nursing home		
SØK 2: Patient safety		
SØK 3: Community*		
SØK 4: Incidence report		
SØK 5: Quality*		
SØK 1+2		
SØK 3+4		
SØK 1+5		

#### IDUNN DATABASE:

Søk avgrensning: artikler fra 2008 – 2019, Helse- og sosialfag området

SØK1: Sykehjem		
SØK 2: Avvik*		
SØK 3: Pasient sikkerhet		
SØK 4: Kvalitet*		
SØK 1+2+4		
SØK 1+3		

**ORIA DATABASE:****Avansert søk: siste 10 år, Alle språk**

Tidsavgrensning: 2009-2019	Antall treff	Relevans
Søk 1: Avvik*		
Søk 2: Sykehjem*		
Søk 3: Kvalitet*		
Søk 4: Ledelse*		
Søk 1+2		
Søk 1+2+3		
Søk 1+2+3+4	30	2 ift avvik og kvalitet på sykehjem, men ikke ift pr.stilling. noen artikler var rettet mot spes tema for eks feilmedisinering på sykehus

Uheldige hendelser\*+sykehjem\*=14 søk-5 relevante for tema. Null for problemst.  
Sykehjem\*+organisasjonslæring

## Vedlegg 4 Eksempel: analyseprosessen

### Eksempel analyseprosessen: Systematisk tekstkondensering fase 2 +3

Kodegruppe (fase 2: foreløpige temaer til koder)	Meningsbærende enheter (fase 2: fra koder til sortering)	Kondensat (fase 3: koder til abstrahert meningsinnhold)	Undergruppe
Den forberedende fasen	Så jeg tror de situasjonene som er lette å ta tak i det, de meldes det avvik på.	Det er forskjell på hva som meldes som avvik	Ansattes kompetanse
	Jeg synes jo vi skriver mye avvik meg jeg mener vi kan fortsatt diskutere hva et avvik faktisk er, få kvaliteten på det.	Vi mangler nok kunnskap om avvik	
	Det meldes jo lettes sånn fysisk synlige avvik holdt jeg på å si medisinfeil og sånne typer ting	Konkrete avvik meldes oftere	
	Det er liksom ikke bare det at du ikke er vant til å angi noen, men det har jo også med data-sperre å gjøre tenker jeg.	Manglende data-kunnskaper hindrer avviksrapportering	

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Hvilken praksis har ledelsen i sykehjem for bruk av avviksmeldinger som ledd i kvalitetsforbedringsarbeid?

### Referansenummer

904995

### Registrert

08.02.2019 av Sanela Husic Aubert - sanela1973@yahoo.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Østo

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sidsel Sverdrup, sidsel.sverdrup@vid.no, tlf: 97(7040)

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Sanela Husic Aubert, sanela1973@yahoo.no, tlf: 93601882

### Prosjektperiode

25.02.2019 - 30.10.2021

### Status

17.06.2021 Avsluttet

### Vurdering (6)

---

#### 14.12.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 13.12.2020.

Vi har nå registrert 15.06.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.