Hva betyr en organisasjons verdier i praksis?

En studie om organisasjonsverdier og verdibevissthet i et helseforetak

MAVERD-599 Masteroppgave i verdibasert ledelse

VID Vitenskapelig høgskole, Oslo

Forfatter: Laila Olsen

Kandidatnr. 2003

Dato: 04.05.2020

Antall ord: 20670

Veileder: Olav Helge Angell

Forord

Denne masteroppgaven er siste produktet i studiet Verdibasert ledelse, og er med på å sette punktum for tre år som deltidsstudent ved VID Vitenskapelige høgskole i Oslo. Begrepene verdier og ledelse har fått andre dimensjoner og et dypere innhold for meg gjennom disse tre årene. Og ikke minst ved å skrive denne avsluttende oppgaven som knytter studiet i verdibasert ledelse enda tettere til min egen lederrolle i organisasjonen som er bakgrunn for dette studiet, Sykehuset Innlandet. Nettopp denne interessen for faget og nysgjerrigheten på å forske i min egen organisasjon, har vært drivkraften i gjennomføringen av masteroppgaven. Det skal ikke stikkes under en stol at dette har vært et krevende halvår. Og akkurat i innspurten kom korona-viruset for fullt til landet vårt, noe som førte til unntakstilstand på alle områder. Som leder for en enhet i helsesektoren, krevde dette all sin innsats i en periode. Men med god støtte og forståelse fra mine ansatte og fra høgskolen, kom jeg i mål.

Mange har bidratt for å gjøre disse tre årene mulig å gjennomføre. Ikke minst min arbeidsgiver og nærmeste ledere, som hadde tro på dette og var villige til å støtte det økonomisk og med praktisk tilrettelegging. Jeg vil også takke mine ansatte og mine stedfortredende ledere, for tålmodighet, forståelse og støtte i prosessen. Jeg håper å kunne gi tilbake, både til min arbeidsgiver og mine ansatte, faglig kunnskap i praktisk utførelse.

Videre vil jeg rette en stor takk til alle forelesere og medstudenter ved VID vitenskapelig høyskole for alle faglige bidrag og gode diskusjoner. Dere har et stort engasjement og hjerte for det dere holder på med og støtten underveis har vært uvurderlig, også i den perioden vi ikke kunne møte opp på skolen og alt var stengt. Jeg vil spesielt rette en takk til min gruppeveileder Beate Jelstad Løvaas som har motivert meg hele veien. Min individuelle veileder Olav Helge Angell var en god støttespiller i utarbeidelse av problemstilling og spørreskjema, så en takk rettes også til han.

Aurdal, 30.april 2020
Laila Olsen

Innholdsfortegnelse

Forord 2

Summary 6

1. Innledning 7

1.1 Bakgrunn 7

1.2 Problemstilling 8

1.3 Avgrensning 10

1.4 Definisjoner 10

1.5 Oppbygging av oppgaven 11

2. Sykehuset Innlandets verdidefinisjon – empirisk kontekst 11

2.1 Verdiene i forhold til pasientene 12

2.2 Verdiene i forhold til de ansatte 13

3. Teori- og litteraturgjennomgang 14

3.1 Innledning 14

3.2 Verdier 15

3.3 Verdigrupper/-klynger 17

3.4 Verdibevissthet 18

3.5 Kvalitet i helsetjenestene 19

3.6 Pasientsikkerhetskultur (Trygghet) 20

3.7 Brukermedvirkning (Respekt) 22

3.8 Tidligere forskning 23

4. Metode 25

4.1 Innledning og begrepsavklaring 25

4.2 Valg av metode 26

4.3 Valg av studieenhet 27

4.4 Utforming av spørreskjema 28

4.5 Datainnsamling 33

4.6 Frafallsanalyse 34

4.7 Reliabilitet 35

4.8 Validitet 37

4.9 Metoderefleksjon 38
4.10 Forskningsetikk 40
4.10.1 Forskning i egen organisasjon 41
5. Datapresentasjon og resultater 42
5.1. Innledning 42
5.2 Presentasjon av respondentene 43
5.3 Utdanningsnivå og verdier 43
5.4 Verdienes betydning og verdiene i praksis 44
5.4.1. Sammenligning av verdier 47
5.5 Ledernes verdibevissthet 48
5.6 Pasientsikkerhetskultur 49
5.6.1 Pasientsikkerhetskultur og verdibevissthet 50
5.7 Brukermedvirkning på tjeneste- og individnivå 51
5.7.1 Brukermedvirkning og verdibevissthet 51
5.8 Oppsummering av resultatene 53
6. Drøfting av resultatene 54
6.1 Innledning 54
6.2 I hvilken grad mener lederne av organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå? 54
6.2.1 Drøfting knyttet forskningsspørsmål 1: Hvor viktig oppfatter lederne at organisasjonens verdier er for deres enhet? 55
6.2.2 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 2: I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis i deres enhet? 58
6.2.3 Drøfting knytte til forskningsspørsmål 3: Er de samsvar mellom verdiene lederne oppfatter som viktige og verdiene som kommer til uttrykk i praksis? 62
6.3 I hvilken grad er det sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå? 63
6.3.1 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 4: I hvilken grad er lederne verdibevisste? 64
6.3.2 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 5: Ledernes vurdering av pasientsikkerhetskulturen. 66

6.3.3 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 6: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur? 67
6.3.4 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 7: Ledernes vurdering av brukermedvirkning. 68
6.3.5 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 8: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av medvirkning på individ- og tjenestenivå? 69
6.4 Begrensninger ved studien 70
6.5 Praktiske implikasjoner 71
6.6 Fremtidig forskning 71
7. Oppsummering og konklusjoner 72

Litteraturliste 76

Vedlegg 1. Spørreskjema 81
Vedlegg 2. Vurdering fra NSD-Norsk senter for forskningsdata AS 84
Vedlegg 3. Godkjenning til gjennomføring av undersøkelsen fra divisjonsdirektør i Sykehuset Innlandet 85
Vedlegg 4. Vurdering fra Personvernombudet i Sykehuset Innlandet 86

Summary

The purpose of this study has been to investigate the significance of Sykehuset Innlandet's values for the unit leaders in the mental health care division and whether the values are practiced at unit level in practice. Do values affect leaders' value awareness and are leaders faithful to the organization's values in its decisions? This raises the following issues: *To what extent do leaders believe that the organization's values are practiced at the unit level? To what extent are managers aware of value and how is the relationship between managers' value awareness and managers' assessment of the unit's patient safety culture and users' involvement at the individual and service levels?*

Einar Aadland (2004) defines values as follows: "*Values are desirable qualities of actions or objects.*" Chester Bernard (1938) was one of the first theorists to argue that implementing values in an organization is a management task, which is later defined as value-based leadership.

Quantitative method is chosen as the approach to the study. In order to find answers to the above problem, a cross-sectional study has been carried out. A questionnaire has been sent out to all the unit leaders in the mental health care division of Inland Hospital. The response rate is 37.5, which means that 24 of 64 unit managers responded to the survey.

The survey shows that the managers largely believe that the organization's values are exercised in practice and that, especially in relation to the value of security, there is a correspondence between the managers' assessment of the value and the degree to which it is exercised in practice. For value quality, there is a greater distance between the importance of value and its execution in practice. The managers are largely value conscious, and the result shows that there is a moderate to strong correlation between the managers 'value awareness and the managers' assessment of the unit's patient safety culture. The study has some key findings that it may be relevant for the organization to work on, and which may be relevant for further research in the field of health care.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Etter at jeg startet på studiet Verdibasert ledelse, har interessen for verdier i egen organisasjon tiltatt, og jeg er opptatt av om disse verdiene utøves i praksis. Når vi jobbet med Competing Values Framework (Cameron & Quinn, 2014, s.35) i andre studieår, fikk vi øve oss på å sette verdier fra ulike organisasjoner inn i et rammeverk. Gjennom dette arbeidet ble jeg kjent med Sykehuset Innlandets (SI) verdier. Jeg er enhetsleder for en voksenpsykiatrisk poliklinikk i divisjon psykisk helsevern i SI, og først når jeg startet på studiet i verdibasert ledelse gjorde jeg meg selv kjent med verdiene i SI. Jeg ønsker derfor å undersøke nærmere hvor viktig lederne oppfatter at verdiene er og i hvilken grad lederne mener at de kommer til uttrykk i praksis i organisasjonen.

Det er fire ledernivå i helseforetaket. Divisjon psykisk helsevern er mitt utgangspunkt for undersøkelsen, da organiseringen i denne divisjonen er ensartet. Ledernivåene er som følger: Administrerende direktør, divisjonsdirektør, avdelingssjefer og enhetsledere. Sykehuset Innlandet er et helseforetak i Helse Sør-Øst RHF, og har for sine helseforetak felles verdier som er *kvalitet, trygghet og respekt.* Verdiene er sammen med visjon, virksomhetside og etikk, implementert i styringsdokumenter for Sykehuset Innlandet. Disse prosessene foregår på øverste ledernivå, det vil si administrerende direktør og hennes ledergruppe, som er divisjonsdirektørene, og vedtas av styret i Sykehuset Innlandet. Dette innebærer at det er lang avstand fra vedtatte verdier på øverste nivå i organisasjonen til utøvelse av lederskap på fjerde ledernivå. Jeg er opptatt av å finne ut hva fjerdenivålederne, det vil si enhetslederne, mener om utøvelse av verdiene i praksis, da de er nærmest pasientbehandlingen. De er ledere for behandlerne i psykisk helsevern; i poliklinikker, døgnenheter og sykehusavdelinger.

Det har vært en spennende prosess å dukke ned i verdiformuleringer og dokumenter som gjenspeiler noe av verdiprosessen og begrunnelsen for valg av verdiene. Er verdiene formålsverdier eller kjerneverdier? Hvordan er forholdet mellom organisasjonens verdier og profesjonsverdiene? Hvilke verdier har størst betydning? Hva skjer når verdiene defineres på høyt nivå i organisasjonen og hvilken forankring og betydning får verdiene på lavere nivå? Dette er spørsmål jeg er opptatt av som

enhetsleder i denne organisasjonen og som har vært motivasjonen min for å skrive denne oppgaven. Jeg tenker også dette er spørsmål som er av mer allmenngyldig betydning og at dette studiet kan gi svar som kan være av interesse for andre helseforetak eller større organisasjoner med mange ledernivåer. Videre redegjørelse av verdiene og betydningen av disse kommer jeg tilbake til senere i oppgaven, under empirisk kontekst/organisasjonens verdidefinisjon. Med bakgrunn i organisasjonens verdier og hvilken betydning disse har for enhetslederne og utøvelse av verdiene i praksis, er jeg opptatt av om verdiene påvirker ledernes verdibevissthet og om lederne er tro mot organisasjonens verdier i sine beslutninger. Videre ønsker jeg å finne ut om ledernes verdibevissthet har sammenheng med og kan gjenspeiles i enhetens fokus på to viktige områder som fremkommer i verdibeskrivelsene, nemlig pasientsikkerhet og brukermedvirkning.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen er som følger:

1. I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå?

2. I hvilken grad er det sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå.

- **a) I hvilken grad er lederne verdibevisste.**
- **b) Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur.**
- **c) Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå.**

Første del av problemstillingen omhandler hvorvidt organisasjonens verdier, som er definert på øverste ledernivå, har betydning for den praksis som foregår på enhetsnivå. Dette gjelder ledernes vurdering av hvorvidt enheten som helhet har fokus på verdiene og etterlever disse i praksis, ikke bare om lederen har fokus på dette. Med andre ord om, og i hvilken grad enheten utøver verdier for praksis, som er beskrevet nærmere i kapittel 3.1 Verdier.

I andre del av problemstillingen ønsker jeg å se på i hvilken grad lederne er bevisst sine egne, medarbeidernes og organisasjonens verdier. I første del av problemstillingen forutsettes at lederne er kjent med organisasjonens verdier, i og med at de skal svare på i hvilken grad de utøves i praksis. Med bakgrunn i dette kan det virke overflødig å spørre om ledernes verdibevissthet. En måling av ledernes verdibevissthet er imidlertid mer enn kunnskap om organisasjonens verdier og om de utøves i praksis. Det handler om ledernes egne verdier, medarbeidernes verdier og samsvar mellom ledernes beslutninger og organisasjonens verdier. Første del av problemstillingen handler om enhetens forvaltning av verdiene på organisasjonsnivå, og andre del av problemstillingen handler om verdibevissthet på individ-/ledernivå.

Organisasjonens kjerneverdier er kvalitet, trygghet og respekt. For pasientene innebærer dette kvalitativt gode tjenester, at pasientsikkerheten blir ivaretatt og at det utvises respekt for pasientenes integritet og medbestemmelsesrett. Medarbeiderne blir verktøyet som skal bidra til at verdiene etterleves i praksis. Dette redegjøres mer for i kapittel 2 om empirisk kontekst. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å undersøke hvordan sammenhengen er mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning i egen behandling og i utvikling av tjenestetilbudet. Kan det være slik at hvis lederne er verdibevisste, innebærer det at de i større grad har fokus på pasientsikkerhet i enheten og dermed bidrar til å skape en kultur med åpenhet og fokus på dette, eller har det ingen betydning? Det samme gjelder brukermedvirkning. Bidrar ledernes verdibevissthet til et større fokus på pasientenes medvirkning i egen behandling og brukernes medvirkning i utvikling av tjenestetilbud på tjenestenivå? Det kan være helt andre grunner enn ledernes verdibevissthet, som gjør at lederne har fokus på pasientsikkerhet og brukermedvirkning, for eksempel at det er nasjonale føringer, en pålagt oppgave og en rettighet som pasientene har. Det er likevel interessant å finne ut om det har en sammenheng med ledernes verdibevissthet eller om det er tilfeldig. Hvis det viser seg å ha en sammenheng, kan det være et bidrag til at organisasjonens verdier og ledernes verdibevissthet i større grad blir vektlagt i utøvelse av ledelse på alle nivåene og at dette kan komme pasientene til gode.

1.3. Avgrensing

Oppgaven avgrenses til å gjelde enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet, og undersøkelsen gjelder kartlegging knyttet til organisasjonens eksisterende verdier. Undersøkelsen om ledernes verdibevissthet er knyttet til egne, ansattes og organisasjonens verdier og ledernes beslutninger og kommunikasjon knyttet til verdiene. To områder er valgt for å undersøke om det er sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og tema knyttet til organisasjonens verdier, nemlig pasientsikkerhetskultur(trygghet) og brukermedvirkning (respekt). Ytterligere avgrensninger gjøres fortløpende i teksten.

1.4 Definisjoner

Definisjoner av verdiene *kvalitet, trygghet og respekt* er hentet fra Helsedirektoratets og Sykehuset Innlandets utdyping av verdiene. For verdien *kvalitet* er formålsverdiene; virkningsfull behandling, samordnede tjenester, sammenhengende behandling, tilgjengelige tjenester, kunnskapsbasert behandling og fremtidsretta tjenester.
For verdien *trygghet* er formålsverdiene; pasientsikkerhet, forebygging av feil og åpenhet om uønskede hendelser. For *respekt* er det pasientenes integritet og medbestemmelsesrett. Kapittel 2 empirisk kontekst, utdyper dette nærmere.

Einar Aadlands (2004) definisjon av verdier: «*Verdier er ønskelige kvaliteter ved handlinger eller føremål*», og hans definisjon av verdibasert ledelse. «*Verdibasert ledelse er å styre, motivere og mobilisere organisatoriske handlinger og beslutninger forankret i organisasjonens artikulerte og ønskede verdier, samt å avdekke og avgrense innslaget av handlinger og beslutninger som uttrykker ikke-ønskede verdier*»,legges til grunn for oppgaven. Oppgavens utgangspunkt er knyttet til definisjonene verdier for handling (Argyris og Schøn, 1978) og verdier for praksis (Aadland og Askeland, 2017, s 45), det vil si verdier som er konstruerte og danner grunnlag for, og er et mål for adferd og handling.

Helsedirektoratet har følgende definisjon av pasientsikkerhetskultur:
«*Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler delen av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling.*»

Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001), §1.1., 2.ledd har en definisjon av brukermedvirkning: «*Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.*»
Disse definisjonene er utgangspunktet for den teoretiske tilnærmingen og drøftingen i oppgaven.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Kapittel 1 angir bakgrunn for studien, samt presentasjon av problemstillingen.
Kapittel 2 presenterer Sykehuset Innlandets verdier og angir en empirisk kontekst.
Kapittel 3 presenterer teoretisk rammeverk for studien, samt tidligere forskning.
Kapittel 4 presenterer metoden som er brukt i undersøkelsen.
I kapittel 5 presenteres funnene og resultatene av undersøkelsen.
I kapittel 6 drøftes resultatene opp mot problemstillingen, teoretisk rammeverk, tidligere forskning og egne erfaringer.
Kapittel 7 presenterer en oppsummerende konklusjon.

2. Sykehuset Innlandets verdier – empirisk kontekst

I Sykehuset Innlandets (SI) virksomhetsstrategi for 2018-2021 fremkommer helseforetakets visjon, virksomhetside, verdier og etikk (Sykehuset Innlandet. 2018).

Visjonen er som følger:
«*Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi.*»

Virksomhetsidéen er sykehusenes lovpålagte oppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Videre står det at SI skal gi trygg og god behandling nærmest mulig der pasienten bor og oppgavene skal utføres i effektivt samarbeid mellom kompetente fagmiljøer.

Definerte verdier er ***kvalitet, trygghet og respekt***. I verdibeskrivelsen står det at disse verdiene er valgt for at pasientene skal oppleve å få kvalitativt gode tjenester, at pasientsikkerheten blir ivaretatt og at det utvises respekt for pasientenes integritet og medbestemmelsesrett. For de ansatte innebærer kvalitet; fremtidsretta og kunnskapsbaserte tjenester, trygghet innebærer åpenhet og involvering, samt respekt og forutsigbarhet. Det er to ulike perspektiver i verdibegrepene; pasient- og ansatte perspektivet.

2.1 Verdiene i forhold til pasientene

Kvalitet

Helsedirektoratet har definert tjenester av god kvalitet på følgende måte:
"Virkningsfulle, trygge og sikre, involverer bruker, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressurser og er tilgjengelig og rettferdig fordelt." (Helsedirektoratet, 2020).
Verdien kvalitet er formulert som et resultatmål for tjenestene som ytes.

Trygghet.

Sykehuset Innlandets tiltak for å styrke pasientsikkerheten er som følger:
«Sykehuset Innlandet jobber for at alle pasienter skal få god og sikker behandling. Vi arbeider aktivt med å forebygge feil og uønskede hendelser, og videreutvikle trygge og gode tjenester.» «*God og sikker behandling*» er her formulert som et resultatmål for tjenestene, mens «*forebygge feil og uønskede hendelser og videreutvikle trygge og gode tjenester»* er et prosessmål. (Sykehuset Innlandet, 2020).

Alle sykehus har en lovpålagt plikt til å melde fra om uønskede hendelser, det vil si hendelser som kan føre til at pasienter blir skadet, blir skadet eller dør. SI oppfordrer til åpenhet om uønskede hendelser. Dette for å lære av dem og redusere risikoen for at det skjer igjen (Sykehuset Innlandet, 2020).

Respekt

Verdien respekt er definert som respekt for pasientenes integritet og medbestemmelsesrett.

2.2 Verdiene i forhold til de ansatte

I verdibeskrivelsen som er gjengitt i Personalhåndboken for SI fremgår at for medarbeiderne betyr de definerte verdiene følgende:

1. Kvalitet: Fremtidsrettet og kunnskapsbasert
2. Trygghet: Åpenhet og involvering
3. Respekt og forutsigbarhet

Dette er hentet fra Personalhåndboken i Sykehuset Innlandet, som er tilgjengelig for ansatte i helseforetaket og som jeg derfor har tilgang til.

Videre står det i Personalhåndboken at det legges til grunn at alle medarbeidere skal etterleve disse verdiene, og at ledere på alle nivåer skal gå foran i aktiv praktisering. Om medarbeiderne her er ment som subjekt og egen målkategori eller som objekt og middel for å sørge for at pasientene får gode tjenester, kan virke noe uklart. Sykehusets pålagte oppgaver er i tillegg til pasientbehandling og opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning. Utdanning og forskning retter seg direkte mot de ansatte. I virksomhetsstrategi 2018-2021 står at «*alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet».*

Alle nyansatte i Sykehuset Innlandet får en informasjonsbrosjyre der visjonen, virksomhetsideen og verdiene er presentert. I denne brosjyren fremkommer følgende utdyping av verdiene: «*Faglig kvalitet – «gjør det riktig med en gang». Et viktig element i sykehusets kvalitetspolitikk er at våre helsetjenester skal være kunnskapsbasert og i samsvar med god faglig praksis.»*

I verdibeskrivelsen er det et eget kapittel om etikk, der følgende er beskrevet: *«I møte med pasient, bruker og pårørende forventes det at alle medarbeider i Sykehuset Innlandet utfører sitt arbeid med en høy etisk standard som understøtter Sykehusets Innlandets verdier: Kvalitet, trygghet og respekt. Omsorgsfull hjelp skal sidestilles med faglig forsvarlighet i spesialisthelsetjenestens møte med pasient og bruker*.» Det kan virke som at *«høy etisk standard»* blir et virkemiddel for alle tre verdiene, som er definert som mål eller kvalitetsaspekter. (Sykehuset Innlandet, 2020).

Min tolkning blir derfor at verdiene for medarbeiderne retter seg i noen grad direkte mot de ansatte som subjekt, men også som objekt, det vil si at medarbeiderne er et instrument for pasientbehandlingen. Medarbeiderne skal involveres i og medvirke til forbedringstiltak i enheten og de skal sørge for at tjenestene som ytes er fremtidsrettet og kunnskapsbasert. Her er medarbeiderne subjekt. Videre skal de gi pasientene kvalitativt god behandling, samt behandle pasientene med åpenhet og involvering, respekt og forutsigbarhet, det vil si at medarbeiderne blir instrumentet for pasientbehandlingen og dermed et objekt.

I denne oppgaven er verdiene *kvalitet, trygghet og respekt* først og fremst knyttet il pasientbehandlingen i og med at fokuset er pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning.

3. Teori

3.1 Innledning

For problemstilling *1; «I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå?»,* brukes handlingsteorier fra Argyris og Schøn (1978), verdier for handling. Her beskrives hvordan verdier kan utspilles i handling, om verdiene utøves i praksis på lavere nivå i organisasjonen eller om de forblir definerte begreper på høyere nivå. Videre brukes teorier fra Kirkhaug (2013) og Aadland og Askeland (2017) for å beskrive prosessen fra verdidefinisjon til handling, verdier for praksis. Lencioni (2002) hevder at verdiene bør være autentiske, relateres til organisasjonens praksis og bør være utviklet og definert av toppledelsen.

Organisasjonens verdier tolkes i henhold til ulike definisjoner på verdier, som terminalverdier/endegyldige verdier og instrumentelle verdier (Kirkhaug, 2013, s. 59) og (Askeland & Aadland, 2017, s 31), målverdier (Tor Busch, 2012, s 32), kjerneverdier og perifere verdier (Kirkhaug, 2013, s 61-62). Halvorsen (2017) opererer i sin masteroppgave med et tre-delt verdisystem; formålsverdier, kjerneverdier og organisasjonens verdier.

For problemstilling 2 *a; « I hvilken grad er lederne verdibevisste*?» legges Aadlands (2004, s 157) definisjon av verdibasert ledelse til grunn. Teori om verdibasert ledelse er også hentet fra Busch (2012) og Kirkhaug (2013). Forklaring på forskjellen mellom verdibasert og verdibevisst ledelse er hentet fra Aadland og Askeland (2017). Bakgrunn for valg av nettopp disse teoriene og forfatterne, er at det er teorier som er interessante i forhold til hva jeg ønsker å fokusere på i oppgaven. Det er organisasjonsteorier, valgt av øverste ledelse, som skal utøves i praksis av ledere på lavere nivå.

For problemstilling 2; «*I hvilken grad er det sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?*», er Deilkås og Hofoss (2008) sentrale forskere som blant annet har utviklet metoder for ivaretakelse av pasientsikkerhet. I forhold til brukermedvirkning er Slettebø og Seim (2007) sin bok om brukermedvirkning i barnevernet, sentral. Slettebø, Oterholm og Stavrum (2010) har utført en studie om brukermedvirkning i barnevernet som også blir brukt i oppgaven.

Jeg har valgt å ta med et kapittel om kvalitet i helsetjenestene, i og med at kvalitet er en av verdiene til Sykehuset Innlandet, og ikke tillegges vekt i problemstillingen på samme måte som trygghet og respekt. Aasland, Eide, Grelland, Kristiansen og Sævereid (2011) har i sin bok «Kvalitet og kvalitetsopplevelse», et perspektiv på opplevelse av kvalitet som handler om møter mellom mennesker, og som strekker seg og utover kvalitetsbegrepet som måles med definerte kvalitetsindikatorer.

3.2 Verdier

Å ha en verdi, betyr å ha betydning for noe eller noen. Det kan for eksempel dreie seg om en økonomisk verdi eller en menneskelig verdi. Einar Aadland (2004, s. 151) definerer verdier på følgende måte: «*Verdier er ønskelige kvaliteter ved handlinger eller føremål*». Verdier kan deles inn i organisatoriske verdier, profesjonsverdier og individuelle verdier (Løvaas, 2017, s. 234). Profesjonsverdiene i et helseforetak er fremtredende, da det er mange sterke profesjoner med yrkesetiske retningslinjer som samhandler, men dette blir ikke tillagt vekt i denne oppgaven. De individuelle verdiene fremkommer ikke eksplisitt, men implisitt i forhold til spørsmål knyttet til ledernes

verdibevissthet. Derfor vil denne oppgaven i all hovedsak ha hovedfokus på organisatoriske verdier. Aadland (2010) identifiserer to ulike forståelser av verdier i profesjonell praksis. Verdier kan defineres som iboende kvaliteter i organisasjonen, som kommer til syne gjennom en fortolkning av handling og adferd; verdier i handling eller verdier i praksis. Eller verdier kan konstrueres og danne grunnlag for, og være et mål for adferd og handling; verdier for handling (Argyris og Schøn, 1978) eller verdier for praksis (Aadland & Askeland, 2017, s.45). En organisasjon kan vedta verdier, som danner grunnlag for virksomhetens arbeid; en uttalt verdi. Det innebærer at verdiene omsettes til handling og har på en eller annen måte innflytelse på oppgavene som skal utføres. Verdiene kan da danne grunnlag for intensjonen med en handling, vise en retning for handlingen og handlingen kan fortolkes i lys av verdiene (Aadland og Askeland, 2017, s. 37). Dette defineres som verdier for praksis, i motsetning til verdier i praksis som innebærer at verdiene i organisasjonen tolkes ut fra handlinger. I denne oppgaven er verdier for praksis, valgt tilnærming.

Verdier kan imidlertid være vanskelig å identifisere ved å observere handling og adferd, og hvordan kan man vite om det er verdier eller andre fenomener som kommer til uttrykk under observasjonen. Dette tematiserer Deth & Scarbrough (1995, s 29).

Verdier kan klassifiseres på ulike måter. Rudi Kirkhaug (2013, s.24) betrakter verdiene som instrumentelle verdier eller terminalverdier og de klassifiseres utfra funksjoner. Instrumentelle verdier har som formål å beskrive holdninger og adferd, og kan beskrive en bestemt handling som utføres for å oppnå en ønsket tilstand (Rokeach, 1973). Terminalverdier er idealistiske tilstander som for eksempel organisasjoner vil oppnå, eller det kan også gjelde for personer eller samfunn. Disse verdiene kan forstås som mål og blir ofte sett i sammenheng med formålsverdier (Kirkhaug, 2013, s 39). Kirkhaug (2013, s.27) plasserer verdiene i et hierarki; kjerneverdier og periferiverdier. Kjerneverdiene i en organisasjon er ofte definert av ledelsen og er knyttet til identitet, kvalitet eller effektivitet og har sammenheng med visjon, virksomhetside, mål og strategi (Cameron & Quinn, 2011). Kjerneverdier kan også brukes om samfunnsverdier og individuelle verdier. Periferiverdier er ofte tillærte verdier, som ikke nødvendigvis er definert, men som utvikles ved miljøpåvirkning, for eksempel i en organisasjon og er mindre forankret enn kjerneverdiene. Det kan handle om hvilke holdninger til og syn de

ansatte har på systemer, kvalitet, effektivitet med mer. Verdier og mål kan sees i sammenheng, spesielt terminalverdier og formål. Mål kan være resultatmål, delmål, leveransemål og formål, der delmål eller milepæler er tilstander som ønskes oppnådd underveis, leveransemål er hva som skal leveres mens formålet er det som oppnås ved leveransemålet, for eksempel formålet med å bygge et hus er bokvaliteten. Prosessmål er også et målbegrep som brukes som mål for prosessen og kan sidestilles med formål i målhierarkiet. Verdiene skiller seg fra målbegrepet i den forstand at de beskriver holdninger og adferd og en ønsket fremtid, i tillegg til beskrivelse av en tilstand i fremtid, som også kan være et mål (Kirkhaug, 2013, s 39). Kirkhaugs (2013 s. 64) beskrivelse av hvilken betydning verdier kan ha i en organisasjon legges til grunn for videre drøfting av resultatene av undersøkelsen.

Organisasjoner må tilpasse seg verdier på ulike nivå; samfunnsverdiene, profesjonsverdiene, ledernes verdier og medarbeidernes verdier. Når en organisasjon tilpasser seg samfunnets verdier, får denne en verdibasert status som innebærer at organisasjonen får en egenverdi. (Busch, 2012, s 43).

Kluckhohn (1951) deler verdibegrepet i tre ulike dimensjoner; en kognitiv, en følelsesmessig/emosjonell dimensjon og en motivasjonell dimensjon. Spesielt interessant i denne oppgaven er den motivasjonelle dimensjonen. Det er den som er drivkraften i og påvirker våre handlinger og adferd, det vil si sørger for å omskape verdier til praktisk handling.

Ulike organisasjoner utvikler forskjellige kulturer som også vil ha innvirkning på utøvelse av verdiene i praksis (Schein, 2010). Dette skaper et komplisert og sammensatt bilde av alt som er i samspill, i prosesser og gjensidig påvirkning av verdier, holdninger, mål, strategi og kultur på ulike nivåer. Dette perspektivet er viktig å ta med inn i drøfting av problemstillingen i denne oppgaven.

3.3 Verdigrupper/-klynger

Falkenberg (2006) har gjort en undersøkelse i 50 norske virksomheter om verdier og verdibevissthet. Verdiene som fremkom i denne rapporten, ble delt inn i 5 verdiklynger; *økonomiske verdier, moralske verdier – dyder, normer for samarbeid og ansvarlighet,*

normer for profesjonsutøvelse og andre verdier og normer. Rapporten avdekker at den verdigruppen som verdiene til flest bedrifter faller innunder er *normer for samarbeid og ansvarlighet.* I forhold til Sykehuset Innlandets definerte verdier; *kvalitet, trygghet og respekt*, kan disse plasseres i tre av verdigruppene, nemlig kvalitet faller delvis under verdigruppen *normer for samarbeid og ansvarlighet* og delvis under gruppen *normer for profesjonsutøvelse*, trygghet i verdigruppen *normer for profesjonsutøvelse*, og respekt i gruppen *moralske verdier – dyder.*

3.4 Verdibevissthet

Einar Aadland (2004, s. 157) definerer verdibasert ledelse på følgende måte: «*Verdibasert ledelse er å styre, motivere og mobilisere organisatoriske handlinger og beslutninger forankret i organisasjonens artikulerte og ønskede verdier, samt å avdekke og avgrense innslaget av handlinger og beslutninger som uttrykker ikke-ønskede verdier.*» Patrick Lencioni (2002) fremholder at i verdibasert ledelse realiseres organisasjonens mål gjennom lederne og at verdiene derfor må knyttes nært opp til organisasjonens praksis.

Verdier og ledelse kan trekkes tilbake til Chester Bernard som allerede i 1938 hevdet at en av ledernes viktigste oppgave var verdiarbeid i organisasjonen (Bernard, 1938). Petter Selznick fulgte på i 1957 med innføring av begrepet institusjonell ledelse som innebærer at lederen har et helhetlig ansvar for drift og resultater, meningsdannelse, formålsartikulering og fremme verdier (Selznick, 1957). Av nyere bidrag innen verdibasert ledelse, vil jeg spesielt i denne oppgaven trekke frem Tor Busch (2012) og Rudi Kirkhaug (2013) sine definisjoner. Busch (2012, s. 88) skiller mellom en empirisk forklaring på verdibasert ledelse, der verdier blir fremholdt i handlinger, og en normativ tilnærming til begrepet i form av at verdiene er forankret som et ideal i ledernes indre, som kan utspille seg i form av opparbeidelse av tillitt, lojalitet, utøvelse av makt med mer. Kirkhaug (2013, s.127) knytter verdibasert ledelse til selvledelse, teamledelse og transformasjonsledelse i en ledelsesform som utøves på organisasjons-, gruppe- og individnivå.

Hva er forskjellen på verdibasert og verdibevisst ledelse? Aadland og Askeland (2017, s. 15) forklarer forskjellen med at i verdibasert ledelse klargjøres verdiene i en

organisasjon med forventning om at dette vil føre til bedre praksis. Verdibevisst ledelse innebærer at for å realisere verdiene i praksis, er en bevisstgjøringsprosess i forhold til handlingsmønster, intensjon og verdifortolkninger viktig, i tillegg til begrunnelse for hvordan beslutninger tas.

Ledernes verdibevissthet i denne oppgaven handler om graden av bevissthet knyttet til egne, de ansattes og organisasjonens verdier, om det er samsvar mellom lederens beslutninger og organisasjonens verdier og om lederne kommuniserer organisasjonens visjon og mål til de ansatte. Ledernes utøvelse av verdier-for-praksis innebærer at lederne skal målbære, kommunisere, etterleve og integrere organisasjonens vedtatte verdier i enheten. Dette kan være en utfordrende øvelse, da verdiene må omsettes i handling og adferd. For å lykkes med dette, bør det være et visst samsvar mellom de ansattes, ledernes og organisasjonens verdier for at verdiene skal være retningsgivende for hverdagspraksis, både i forhold til administrasjon og ledelse (Aadland & Askeland, 2017, s. 118). En annen innfallsvinkel kan være at de ansatte og lederne velger å være lojale mot organisasjonens verdier.

3.5 Kvalitet i helsetjenestene

Kvalitet er en definert verdi for Sykehuset Innlandet og blir også betegnet som et resultatmål for helsetjenestene av Helse Sør-Øst RHF. Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle og formidle nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenestene i Norge. For spesialisthelsetjenestene er dette lovpålagt i spesialisthelsetjenesteloven § 7-3, Lov om spesialisthelsetjeneste m.m av 02.07.1999. Kvalitetsindikatorene skal bidra til å belyse kvaliteten i tjenesten og er tredelt:

- Strukturindikatorene skal måle rammer, ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr med mer.
- Prosessindikatorene måler aktiviteter i pasientforløpet, behandling og diagnostikk.
- Resultatindikatorene måler overlevelse, helsegevinst, tilfredshet med mer.

Kvalitetsindikatorene er stadig under utvikling og endring. For psykisk helsevern er indikatorene blant annet; vurderingsgaranti, tilstandskoder, epikrisetid, fristbrudd, ventetid, individuell plan, fastlegers vurdering og bruk av tvang.

Fra 1.januar 2019 kom de første pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Pakkeforløpene skal sikre at pasienter får et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp, samt sikre pasienter og pårørende mer innflytelse i behandling (Helsedirektoratet, 2019). Pakkeforløpene er også bidrag til å forbedre kvaliteten i behandlingen for pasienter med psykisk lidelse og rus i form av sammenhengende og koordinerte tjenester, fokus på pasientenes ønsker og behov, ivaretakelse av levevaner og somatisk helse, pasient- og pårørendeinvolvering med mer.

Kvalitet er mer enn systemer, prosedyrer og metoder i styringsstrukturer hevder Aasland et al. (2011, s.52), noe utover det som fremkommer i kvalitetsindikatorer som blir brukt for å måle kvalitet. Hva er opplevelsen av kvalitet og hvordan kan den gjenkjennes og måles? Aasland et al (2011, s.24) hevder at opplevelsen av kvalitet skjer i møter mellom mennesker i intersubjektiv samhandling, og at det ikke er tilstrekkelig at prosedyrer og metoder er fulgt, men at behandleren investerer noe av seg selv i møtene. Det er her profesjonsverdiene kommer inn, som i noen tilfeller kan komme i konflikt med ulike styringsstrukturer. Profesjonene har gjennom sin autorisasjon et personlig, moralsk ansvar for å ivareta kvalitet i behandlingen og ikke bare iverksette metoder og prosedyrer gitt av andre. Aasland et al (2011, s.97) hevder at kvalitet handler om forholdet mellom profesjonsutøveren, arbeidet og pasienten. Forholdet må være av en slik art at profesjonsutøveren investerer av seg selv i arbeide og i pasienten, noe som innebærer at profesjonsutøver får et nært forhold til utøvelse av kvalitet.

3.6 Pasientsikkerhetskultur (Trygghet)

Pasientsikkerhet er i seg selv ikke en verdi, men et resultatmål eller formålsverdi, utledet av verdien trygghet. God og sikker behandling kan defineres som et resultatmål, mens å forebygge feil, melde fra om uønskede hendelser og gjøre forbedringstiltak er handlinger og adferd som skal føre til pasientsikkerhet og trygghet for pasientene.

Pasientsikkerhet er et satsingsområde innen helsevesenet definert i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 fra Helsedirektorat. (Helsedirektoratet, 2019).

Helsedirektoratet har følgende definisjoner av pasientsikkerhet, pasientskade og pasientsikkerhetskultur: «*Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestenes ytelser eller mangel på ytelser. Pasientskade er utilsiktet skade som har oppstått som resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling.*» (Helsedirektoratet, 2020).

Å ivareta pasientsikkerhet og etablere en god pasientsikkerhetskultur er en lederoppgave, i tillegg til at profesjonene har et selvstendig ansvar for å ivareta dette i henhold til lovverk og yrkesetiske retningslinjer (Aase, 2010, s 116). Det vises til to forskningsprosjekter om ledelse og pasientsikkerhet. Bergerød (2012), *Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet*, er en masteroppgave i helsevitenskap fra Universitetet i Stavanger og Wiig (2008), *Contributions to risk management in the public sector,* en doktorgrad i sosial vitenskap fra Universitet i Stavanger. Blant annet basert på disse to prosjektene, har Aase (2010) i sin bok beskrevet ulike måter å organisere ledelsesprosesser på, i arbeidet med pasientsikkerhet på ulike nivå og med ulike prioriteringer i organisasjonen.

Ellen T.Deilkås, spesialist i indremedisin og doktorgrad i pasientsikkerhetsarbeid, har både i sin doktorgrad og i sitt virke hatt en viktig rolle i dette arbeidet i helseforetakene. Deilkås og Hofoss (2008) har utviklet metoder som skal tjene til gode rutiner og kultur for ivaretakelse av pasientsikkerhet ved blant annet å bruke The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), et spørreskjema som ble utviklet av Sexton, Thomas og Helmrich i 2006, (Sexton et al, 2006). Dette spørreskjemaet ble brukt i undersøkelser gjort i behandlingsenhetene i alle helseforetak i 2012 og 2014 som et ledd i kvalitetsutviklingen i helsevesenet, på oppdrag fra Helsedirektoratet (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 – Helsedirektoratet, 2016).

Fokuset i denne oppgaven er kulturen i enheten knyttet til pasientsikkerhet, og for å forklare dette benyttes Schein (2010) sine teorier knyttet til organisasjonskultur. Schein

(2010) beskriver teorier som søker å forklare begrepet organisasjonskultur. Kultur kan deles opp og analyseres på tre nivåer; artefaktnivå, verdinivå og grunnleggende antakelser. Artefakter er øverste nivå og beskriver overflatiske fenomener som kan observeres ved første møte med en kultur. På verdinivå, det midterste nivået, finnes de verdier, normer og regler som preger handling og adferd. Hvordan kan organisasjonens verdier og nasjonale føringer bidra til utvikling av en bedriftskultur der ledelse og ansatte samarbeider om dette temaet? Et sentralt element i denne oppgaven er å finne ut om det er sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og enhetens pasientsikkerhetskultur.

3.7 Brukermedvirkning (Respekt)

Brukermedvirkning er handlinger med et formål utledet av verdien respekt, som i Sykehuset Innlandets verdidefinisjon i pasientperspektivet, betyr at det utvises respekt for pasientenes integritet og medbestemmelsesrett.

Brukermedvirkning kan foregå på organisasjons-, tjeneste og individnivå (Slettebø, Oterholm og Stavrum, 2010). I deres studie om brukermedvirkning i barnevernet, er alle nivåer berørt, men i hovedsak vil brukermedvirkning på tjeneste- og brukernivå bli berørt i denne oppgaven, og brukermedvirkning skal sees i sammenheng med ledernes verdibevissthet.

Pasientenes medbestemmelsesrett defineres som pasientenes rett til involvering i egen behandling og beskrives i Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001). I § 1.1 fremgår lovens formål som er som følger: «*Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.*
Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.»

I Store medisinske leksikon er medbestemmelse definert på følgende måte:
"*Medbestemmelse er det at det gjensidige forhold mellom pasient og lege (og annet helsepersonell), er slik at all diagnostikk, behandling og rehabilitering forutsetter at*

pasienten er informert og samtykker. Hvis pasienten er barn (yngre enn 18 år), er også foreldre eller foresatte involvert." (Store medisinske leksikon, 2020).

I psykisk helse- og rusarbeid er det utarbeidet en veileder fra Helsedirektoratet som heter «Sammen om mestring». I åpningskapittelet står det at brukeren er viktigste aktør og at brukermedvirkning på individnivå har en terapeutisk effekt og at brukermedvirkning på systemnivå skal sikre at brukernes erfaringer, ønsker og behov blir lagt til grunn ved utforming av tjenestetilbudet og viktige beslutninger som vedkommer brukerne (Helsedirektoratet, 2014, s.14).

Slettebø og Seim, (2007, s.21) bruker i sin bok om brukermedvirkning i barnevernet, begrepene individuell og kollektiv brukermedvirkning. De drøfter hvordan brukere både kan være deltakende og mottaker av tjenestene, og samtidig ha mulighet for innflytelse, samt hvilke konsekvenser dette kan få for utøvelsen av brukermedvirkning på de de to nivåene (Slettebø & Seim, s.28).

Aarre og Skjølberg (2012, s.601) fremhever i sin artikkel betydningen av brukermedvirkning som maktutjevning i helsesektoren. Maktforholdet mellom pasient og behandler er ujevn og til ulempe for begge to. Det kan medføre at pasienten i mindre grad tar ansvar for egen helbredelsesprosess ved at ressurser og initiativ ikke frigjøres og pasienten blir passiv i behandlingen. På denne måten kan ansvaret for behandlingen bli lagt i behandlernes hender, noe som rammer relasjonen, samhandlingen og resultatet av behandlingen (Aarre & Skjølberg, 2012, s.605).

3.8 Tidligere forskning

Ved å bruke søkeordene «value based leadership» i Academic Search Elite, med avgrensing i tidsperiode fra 2005 til 2019 og engelskspråklige, fikk jeg 30 treff og disse var i noen grad relevante for mitt prosjekt. I databasen Idunn.no og VID Open søkte jeg på verdibevisst ledelse og verdier i organisasjoner og fant noen få artikler og masteroppgaver som omhandlet dette. Den mest relevante var artikkelen publisert på Idunn.no: «*I hvilken grad er det samsvar mellom ledernes verdier og deres persepsjon av organisasjonens og myndighetens verdier*?» (2018) av Kjetil Andreas Ostling og Beate Jelstad Løvaas. Dette er en kvantitativ spørreundersøkelse foretatt blant

barnevernledere og formålet er å undersøke i hvilken grad det er samsvar mellom ledernes verdier, verdiene i egen organisasjon og myndigheten i barnevernet. Grunnen til at denne er mest relevant er at den tar utgangspunkt i eksisterende verdier i organisasjonen og undersøker om det er samsvar mellom ledernes verdier og deres persepsjon av organisasjonens verdier. Studien konkluderer med at det ikke er helt samsvar mellom ledernes verdier og organisasjonens og myndighetenes verdigrunnlag.

Masteroppgaven til Jørn Nygaard (2018)*: «Hvilken betydning har lederes verdier*», er en kvantitativ studie og har relevans, spesielt første del av problemstillingen som har som formål å finne ut «*i hvilken grad det er samsvar mellom ledernes verdier og deres persepsjon av organisasjonens verdier og verdienes uttrykk i praksis».* Studien viser at det er samsvar mellom ledernes verdier og organisasjonens verdier.

Kristian Devold (2007) sin masteroppgave «*Verdibevissthet – en kilde til indre motivasjon, mindfullness og maximizing*?» er en kvantitativ studie som har som formål å se på sammenhengen mellom verdibevisste ledere, indre motivasjon, beslutningstakingstilnærming og oppmerksomhet. Denne studien har en valid variabel på verdibevissthet, som jeg bruker i min spørreundersøkelse. Videre konkluderer studien med at ledernes verdibevissthet har sammenheng med motivasjon, oppmerksomhet og beslutninger.

Et annet interessant forskningsstudie er litteraturstudiet av verdiforskning i helsetjenesten av Einar Aadland og Morten Skjørshammer (2017); «*Hvordan forske på verdier i organisasjoner*». Denne viser hvordan en kan forske på verdier og bruker blant annet en kategorisering av verdier i organisasjonsverdier, ledelsesverdier, profesjonsverdier og individuelle verdier. Studien ser også på forskjellen på verdier-for-handling og verdier-i-handling (Aadland & Skjørshammer, 2017, s.323).

Jeg har ikke funnet noen forskning eller studier som sammenligner lederes verdibevissthet med pasientsikkerhetskultur eller brukermedvirkning. Masteroppgaven til Hanne Vørrang (2008) *«Brukermedvirkning er ikke spesielt vanskelig, men det er heller ikke spesielt lett»* er en studie som undersøker hvordan lederen kan implementere brukermedvirkning som en verdi. Metoden er dokumentanalyse og konklusjonen er at

brukermedvirkning er beskrevet som et formål og en verdi, mer enn det har praktisk betydning i hverdagen.

Slettebø, Oterholm og Stavrum (2010) har gjort en undersøkelse om «*brukermedvirkning i det statlige barnevernet*», der en av problemstillingene er hvilke faktorer som hemmer og fremmer brukermedvirkning. Undersøkelsen er gjort blant ledere og ansatte i ulike tjenester i Bufetat. Det er brukt flere metoder i studien, både kvantitativ og kvalitativ metode og fokusgruppeintervju. Et utdrag av spørsmålene i denne studien har jeg brukt i min spørreundersøkelse. Studien konkluderer blant annet med at det er mange ulike forhold som påvirker graden av brukermedvirkning i organisasjonen, som kjennetegn ved organisasjonen, ressurssituasjonen og ansvarsfordelingen, samt kjennetegn ved brukerne selv og brukernes relasjoner til fagfolkene (Slettebø, Oterholm & Stavrum, 2010, s.9).

I forhold til pasientsikkerhetskultur er artikkelen til Deilkås og Hofoss (2008) «*Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006*)» som viser at den norske oversettelsen av spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) har egenskaper som kan bidra til å måle og forbedre sikkerhetskulturen ved behandlingsenheter i norske helseforetak. Studien er basert på en undersøkelse utført blant helsepersonell på 47 somatiske behandlingsenheter ved Akershus Universitetssykehus. Et utdrag av disse spørsmålene er brukt i min undersøkelse.

4. Metode

4.1 Innledning og begrepsavklaring

Dette kapittelet er en gjennomgang av metodiske valg og konsekvenser valgene har for utfallet. Siste del av kapittelet er viet til metoderefleksjon og forskningsetiske betraktninger.

Innledningsvis ønsker jeg å gjøre en avklaring av begreper som brukes i denne studien, da jeg opplever at begreper kan ha ulik betydning og at beskrivelse av noe kan ha ulike begreper.

Variabel brukes i operasjonaliseringen av fenomenene og beskriver en egenskap eller et kjennetegn ved forskjellige verdier eller indikatorer (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Variabler brukes for å beskrive verdiene kvalitet, trygghet og respekt, som for eksempel virkningsfull behandling. Verdier er de ulike alternativene på utdanningsnivå i denne studien og verdiene 1-5 for eksempel (svært uviktig – svært viktig)

Indikatorer angir det som er typisk for fenomenene som skal undersøkes (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.59). Ofte kan fenomenet være komplisert og sammensatt, slik at det kreves flere indikatorer for å beskrive det så eksakt som mulig. Indikatorer brukes som begrep i analysen og drøftingskapittelet for å angi fenomenene verdibevissthet, pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning.

Det er mange ulike definisjoner og begreper knyttet til visjon, ulike typer mål og verdier. Derfor har jeg valgt noen begreper fra litteraturen for å betegne organisasjonsverdiene i denne undersøkelsen. Disse begrepene er hentet fra Kirkhaug (2013, s.24) og Rokeach, (1973). Når det gjelder beskrivelse av organisasjonsverdiene i undersøkelsen del 1, viktige verdier og verdier i praksis, betegnes verdiene kvalitet, trygghet og respekt som kjerneverdier. Betegnelsne av de viktige verdiene, kalles formålsverdier, for eksempel virkningsfull behandling og pasientenes integritet. Verdier i praksis betegnes i oppgaven som instrumentelle verdier, som behandlingen virker og pasientenes integritet ivaretas.

4.2 Valg av metode

Forskningsdesignet som er valgt i denne studien er en tverrsnittsundersøkelse med en kvantitativ tilnærming. Formålet med studien er å finne ut om et fenomen forekommer, det vil si kartlegge «*i hvilken grad lederne mener at organisasjonens verdier kommer til uttrykk i praksis*», jfr pkt 1 i problemstillingen. Tverrsnittsundersøkelse er også egnet til å undersøke sammenhenger mellom ulike variabler, altså studere «*sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet, pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning*», jfr. pkt 2 i problemstillingen. Undersøkelsen gir kun informasjon om fenomenene i øyeblikket, og ikke over tid (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.71). Kvantitativ tilnærming

tilrettelegger for muligheten til å generalisere svarene som fremkommer fra utvalg til populasjon.

Tverrsnittsundersøkelsen er gjennomført ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Begrensninger ved å bruke kvantitativ metode er at undersøkelsen ikke vil gi svar på hvilken måte verdiene kommer til uttrykk i praksis. Undersøkelsen kan gi svar på om det er en positiv, negativ eller ingen sammenheng mellom variablene. Den gir ingen svar på hvorfor det er slik eller hvordan sammenhenger kommer til uttrykk, eller årsakssammenhenger mellom fenomener (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.71). Til dette ville det være formålstjenlig å bruke eksperimentelle undersøkelser eller kvalitative metoder.

4.3 Valg av studieenhet

Denne studien er gjennomført i helseforetaket Sykehuset Innlandet (SI), divisjon psykiske helsevern. I Sykehuset Innlandet finnes fire ledernivåer, og valget falt på enhetsledere som er 4.nivå ledere, det vil si laveste ledernivå. Enhetslederne leder Distriktspsykiatriske enheter (DPS), som poliklinikker og døgnposter, Barne- og ungdomspsykiatriske enheter (BUP), samt sykehusenheter, som ø-hjelp- og akuttposter og sykdomsspesifikke enheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykoseenheter, alderspsykiatri og spiseforstyrrelsesenheter. Tilsammen utgjør dette 64 enhetsledere. Jeg er selv enhetsleder i en voksenpsykiatrisk poliklinikk i DPS, og det er en av grunnene til at valget falt på dette utvalget. Jeg har kjennskap til arbeidsområdet og organisasjonen, og det forenkler blant annet tilgang til navn og e-postadresser. Den andre og viktigste grunnen, er at enhetslederne er på laveste ledernivå og nærmest kjernevirksomheten, nemlig pasientbehandlingen, og er derfor den gruppen jeg ønsket å innhente informasjon fra. Jeg kommer nærmere tilbake til dette i kapittelet 4.8 om metoderefleksjon og kapittel 4.10.1 forskning i egen organisasjon.

Studieenheten er enhetene representert ved enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet og utvalget og populasjonen er den samme. Fellesnevnere for utvalget er at de har fag- og personalansvar for sine enheter. De er underlagt avdelingssjefer og rapporterer til avdelingsnivå som oftest er delt inn i geografiske

områder, med unntak av sykehusavdelingene som oftest har ansvar for hele eller store deler av helseforetakets geografiske nedslagsfelt. Avdelingssjefene rapporterer til divisjonsdirektør. Enhetslederne er det ledernivået som har tettest tilknytning til praksisfeltet. De leder personell som utøver helsetjenester i praksis og som derfor i størst grad kan uttale seg om organisasjonsverdiene i praksis.

Tilgang til navnelister og e-postadresser ble hentet fra HR-avdelingen i SI, etter søknad om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen og godkjenning av dette fra divisjonsdirektør og Personvernombudet. En var dermed sikker på at navnelistene var oppdaterte og validerte. I og med at jeg selv er enhetsleder, ble jeg ikke å regne som en del av utvalget, og dermed fjernet fra navnelisten. Enhetslederne ble ikke på forhånd spurt om de ønsket å delta i undersøkelsen, men alle fikk tilsendt spørreundersøkelsen, sammen med en forespørsel. De som ikke ønsket å svare eller av andre grunner ikke svarte, er en del av frafallsprosenten.

4.4 Utforming av spørreskjema

Spørreskjemaet er utformet stort sett med validerte spørsmål, det vil si spørsmål som er validitets- og reliabilitetstestet, med unntak av spørsmålene knyttet til kartlegging av viktige verdier og verdier i praksis og ett selvvalgt spørsmål om ledernes verdibevissthet. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.66) anbefaler bruk av validerte spørsmål for å sikre at det er samsvar mellom fenomenet som skal undersøkes og spørsmålene som stilles, også kalt indikatorene eller variablene, som respondentene svarer på. Dette for å sikre svar på det jeg faktisk trenger for å svare på problemstillingen.

Spørreskjemaet er strukturert og prekodet, det vil si at alle spørsmålene er kodet på forhånd og det er ikke tatt med åpne spørsmål. Dette kan være en ulempe ved at respondenten ikke kan gi svar utover spørsmål og svaralternativ som er oppgitt og viktig informasjon kan glippe (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.263). På den annen side kan det være vanskelig å vite hva man eventuelt kan bruke denne informasjonen til fordi de kan ikke generaliseres. Det var en av grunnene til at jeg valgte bort åpne spørsmål, samt at fenomenene jeg ønsket å undersøke er kjente fenomener som er undersøkt tidligere med validerte spørsmål.

Ved utforming av spørreskjemaet hadde jeg i utgangspunktet tatt med både, kjønn og alder som faktaspørsmål. Etter tilbakemelding fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) slettet jeg dette, fordi med så få enheter kunne det være enkelt å identifisere respondenten. Derfor er det kun spurt om utdanning som bakgrunnsinformasjon; høyeste utdanning og lederutdanning. I spørsmål om lederutdanning var det ikke med svaralternativ med «ingen lederutdanning». Derfor var det ikke mulig å analysere for eksempel om ledere med lederutdanning var mer verdibevisste enn ledere uten lederutdanning. Dette var et valg som ble tatt i utformingen av spørreskjemaet som fikk konsekvenser.

Med så få som 64 enheter er det en utfordring å generalisere. Det krever en høy svarprosent. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.247) hevder at dette er tilfellet med utvalg lavere enn 100 enheter. Videre skriver de at 50 % eller høyere er en høy svarprosent. For å oppnå en høyest mulig svarprosent, gjorde jeg en pretest på to av mine kolleger i forkant, for å teste ut eventuelle uklarheter og praktisk gjennomføring av studien, blant annet tidsbruk som ble beregnet til ca 10 minutter. Det ble ikke oppdaget uklarheter og ikke gjort endringer etter testing. Det eneste som ble endret var tidsbruken, da det viste seg at det tok kortere tid enn beregnet i utgangspunktet. Videre ble det gitt informasjon om at divisjonsdirektør og HR-direktør hadde godkjent og støttet opp om studien. Dette ut fra egen erfaring ved å stille opp i forskningsprosjekt som mottas, at når det støttes eller anbefales fra ledelsen, er det både tryggere og mer forpliktende å delta. I tillegg informerte jeg om studien i min egen ledergruppe, som utgjør 8 enhetsledere.

Med bakgrunn i problemstillingen har jeg benyttet spørsmål for å måle viktighet av verdiene og verdienes uttrykk i praksis, ledernes verdibevissthet, samt pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning. Jeg visste ut fra erfaring, at for enhetslederne er spørsmålene gjenkjennbare, enkle å oppfatte, vurdere og respondere på (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s.264).

Operasjonalisering er å finne konkrete indikatorer eller variabler som kan måle begrepene og gi svar på spørsmålene (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.59).

I denne prosessen søkte jeg i aktuelle studier og litteratur for å finne validerte spørsmål. I forhold til undersøkelse om pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning, brukte jeg tidligere spørreundersøkelser og foretok et utvalg av spørsmålene, vel vitende om at dette ikke ville være en fullverdig undersøkelse av fenomenene. Dette valget ble tatt på grunn av omfang og kapasitet for en masteroppgave. Det viktigste var å undersøke om det var en sammenheng mellom verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning. Hadde hovedfokuset vært å undersøke disse to fenomenene, ville undersøkelsen sett annerledes ut. Da ville jeg selvsagt brukt hele spørreskjemaet.

For å kartlegge hvor viktig organisasjonens verdier er og i hvilken grad de kommer til uttrykk i praksis, tok jeg utgangspunkt i Nygaard (2018) sin studie, som også har disse forskningsspørsmålene. Utgangspunktet er organisasjonens verdier og derfor måtte jeg definere nærmere kjerneverdiene *kvalitet, trygghet og respekt*. Kvalitet i helsetjenester er definert av Helsedirektoratet, som også har utarbeidet kvalitetsindikatorer for ulike typer helsetjenester (Helsedirektoratet, 2020). Denne definisjonen ble brukt, da den er allmenngyldig for helsetjenester. Kjerneverdien trygghet omhandler pasientsikkerhet, forebygging av feil og uønskede hendelser og er nærmere definert av Sykehuset Innlandets i verdibeskrivelsene. Det samme er kjerneverdien respekt som omhandler integritet og medbestemmelsesrett.

For å kartlegge verdibevissthet benyttet jeg spørsmål fra Devold (2011) sin undersøkelse, med ett tillegsspørsmål.

<u>Kvalitet (Helsedirektoratet definisjon)</u>
Virkningsfull behandling
Samordnede tjenester
Sammenhengende behandling
Tilgjengelige tjenester
Kunnskapsbasert tjenestetilbud
Fremtidsretta tjenester

<u>Trygghet (Sykehuset Innlandets definisjon)</u>
Pasientsikkerheten

Forebygging av feil
Åpenhet om uønskede hendelser

Respekt (Sykehuset Innlandets definisjon)
Pasientenes integritet
Pasientenes medbestemmelsesrett

Spørsmål om verdibevissthet (Devold, 2011)

1. Jeg er bevisst mine egne personlige verdier.
2. Jeg er bevisst mine medarbeideres verdier.
3. Jeg er bevisst min organisasjons verdier.
4. Det er samsvar mellom mine beslutninger og organisasjonens verdier.

I tillegg tok jeg med et selvvalgt spørsmål for å finne ut om ledernes handlinger i forhold til de ansatte:

5. Jeg er opptatt av å kommunisere organisasjonens visjon og mål til de ansatte.

Spørsmål om pasientsikkerhetskultur (utvalg fra Safety Attitudes Questionnaire (SAQ, 2006).

6. Her er det vanskelig å si fra om det oppdages et problem i pasientbehandlingen.
7. Her blir uenighet håndtert riktig (dvs ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten).
8. Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår.
9. Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her.
10. Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerheten.
11. Det er vanskelig å diskutere feil her.
12. Ansatte oppmuntres til å si fra om enhver pasientsikkerhetsbekymring de måtte ha.
13. De ansattes innspill blir godt mottatt her.
14. Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil.

Spørreskjemaet SAQ, utviklet av Sexton, Thomas & Helmrich (2006) og oversatt av Deilkås & Hofoss (2008), har opprinnelig 36 spørsmål og skal i sin opprinnelighet svares på av både ansatte og ledere i ulike avdelinger i helsevesenet. Jeg har tatt ut 9 spørsmål

som er relevante for ledere og som etter min oppfatning kunne være tilstrekkelig for å gi en indikasjon på pasientsikkerhetskulturen i enheten. Dette er derfor ikke en fullverdig måling av pasientsikkerhetskultur, både på grunn av at et utvalg av spørsmålene er besvart og at det kun er ledere som har svart. Enkeltspørsmålene er i seg selv interessante å få svar på og gir et bilde av ledernes vurdering. Dette har vært et bevisst valg for å begrense omfanget av masteroppgaven.

I analysen ble Cronbach Alpha på .122, noe som innebærer at det er lite sammenheng mellom spørsmålene. Bakgrunnen for dette kan være en negativ gjennomsnittlig samvariasjon mellom variablene/indikatorene. Når jeg sjekket kodingen, viser det seg at ved påstand/indikator 6 og 11 er kodingen foretatt med negativt fortegn. I analysen av pasientsikkerhetskulturen valgte jeg derfor å ta ut disse to indikatorene og fikk Cronbach Alpha på .615.

Spørsmål om brukernes medvirkning, (Slettebø et al, 2010)

15. Det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning ved enheten.
16. Brukermedvirkning er et uklart begrep og derfor vanskelig å praktisere.
17. Pasientene gis mulighet til å medvirke i utvikling av tjenestetilbudet.
18. Det er en felles praksis mellom de ansatte når det gjelder pasientenes medvirkning i egen behandling.
19. Brukermedvirkning innebærer at fagfolkene overlater for mye av ansvaret til pasientene.
20. Behandlingsideologien ved enheten står i motsetning til pasientenes medvirkning.
21. Pasientene trenger å lære mer om hvordan de kan medvirke.
22. Pasientene gis mulighet til å påvirke egen behandling.

Spørsmålene er hentet fra undersøkelsen Brukermedvirkning i det statlige regionale barnevernet, utført av Slettebø, Oterholm og Stavrum (2010), gjengitt i rapport 2010/3 fra Diakonhjemmet høgskole. Det opprinnelige spørreskjemaet har en rekke spørsmål om brukermedvirkning på bruker- og tjenestenivå. Jeg har valgt ut noen spørsmål for brukernivå, spørsmål 15, 18, 19 og 22, og for tjenestenivå gjelder spørsmålene 16, 17, 20 og 21. Dette gir ikke et fullverdig bilde av brukermedvirkning på enheten. Utvalget av

spørsmål viser seg i ettertid å ha en dårlig sammenheng og kan derfor ikke brukes for å måle brukermedvirkning. Jeg har derfor valgt å trekke ut enkeltspørsmål i analysen.

I analysen ble Cronbach Alpha negativ -.505 noe som viste en negativ sammenheng mellom spørsmålene. Verdien er negativ på grunn av en negativ gjennomsnittlig samvariasjon mellom variablene/indikatorene. På grunn av dette, valgte jeg å ta ut de påstandene/indikatorene der kodingen ble foretatt med negativt fortegn. Dette gjaldt indikatorene 16, 19 og 20. Cronbach Alpha var fortsatt bare på .292. Med bakgrunn i dette kan ikke spørsmålene tilsammen måle enhetens brukermedvirkning. Derfor analyseres bare enkeltspørsmål.

Skaleringen er den samme for alle spørsmålene, fra 1-5. Dette ble gjort fordi Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.273) viser til at skalaer med oddetall, det vil si 5 eller 7 verdier gir mest konsistente svar og høy reliabilitet og validitet. Derfor falt valget på 5 fordi nyansene utover dette ikke er så interessante i forhold til spørsmålene. På spørsmål om hvor viktige verdiene er, er skaleringen fra 1 -svært uviktig til 5 – svært viktig. Spørsmålet om i hvilken grad verdiene utøves i praksis skaleres fra 1 -i svært liten grad til 5 – i svært stor grad. Spørsmålet om ledernes verdibevissthet ble respondentene bedt om å skalere påstandene fra 1 -svært uenig til 5 -svært enig. Den samme skaleringen, 1 – svært uenig til 5 -svært enig ble brukt for å skalere påstandene ved vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning.

4.5 Datainnsamling

Etter ferdigstillelse av spørreskjema ble dette lagt inn i det web-baserte programmet Netigate for utsendelse av spørreskjema og innsamling av data. Det ble sendt en e-post med link til spørreskjemaet til 64 respondenter. I første utsendelse skjedde dessverre en feil ved at linken til spørreskjemaet ikke var tilgjengelig i e-posten. Dette ble raskt rettet opp, og ny e-post utsendt etter ca to timer. Det kan imidlertid ha medført at noen som ikke fikk tilgang med en gang, ikke responderte senere. Det ble sendt ut 2 påminnelser. De fleste respondentene svarte etter første utsendelse og noen få kom etter påminnelsene. Jeg fikk positiv tilbakemelding fra noen respondenter på layout, at det var enkelt å fylle ut og at temaet for undersøkelsen var relevant. Jacobsen (2016) hevder at de største utfordringene ved bruk av web-baserte programmer, kan være

lavere respons og svarprosent på grunn av at ikke alle, spesielt de eldre, er fortrolige med dataverktøy. På den andre siden er det enkelt og brukervennlig, noe som kan føre til høyere svarprosent. I dette utvalget er alle fortrolige med bruk av dataverktøy, da det er helt nødvendig i arbeidshverdagen. I en hektisk arbeidshverdag er det avgjørende at spørreskjemaet er lett tilgjengelig, enkelt og raskt å fylle ut. Ved endt datainnsamling var det innkommet 24 svar. Dette er en svarprosent på 37,5. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.247) hevder at en svarprosent på rundt 50 er bra.

4.6 Frafallsanalyse

Svarprosenten på 37,5 kan i henhold til Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.247) hevdes å være tilfredsstillende. Imidlertid består utvalget av et lavt antall enheter, noe som er uheldig når svarprosenten ikke er høyere. Jeg har likevel valgt å fullføre prosjektet med det antall respondenter som foreligger. Hovedtendensene i analysen anser jeg som tydelige nok til å kunne generalisere, selv med et forholdsvis lite utvalg og en svarprosent på 37,5. Dette med bakgrunn i at enhetslederne i divisjon psykisk helsevern stort sett har likelydende arbeidsinstrukser å forholde seg til, med felles målsetting, oppdrag, virksomhetsidé og verdigrunnlag, under en felles ledelse. Med bakgrunn i dette, velger jeg å tro at avvikene i svarene ikke ville vært betydelige, selv med en høyere svarprosent.

I og med at jeg selv er enhetsleder og del av en ledergruppe med ledere for 8 enheter, er det sannsynlig at flere av disse lederne svarte på undersøkelsen. De hadde kjennskap til prosjektet og er dessuten mine nærmeste kolleger. Dette sier jeg mer om i kapittel 4.10.1, forskning i egen organisasjon. Jeg har ingen indikasjon på hvem av lederne som ikke svarte, og om disse tilhørte en spesiell gruppe. Undersøkelsen er like relevant for alle enhetslederne i divisjonen, så jeg antar at utvalget av lederne som svarte er tilfeldig, bortsett fra en større andel fra egen ledergruppe. Det kan også være en mulighet for at de som valgte å svare på undersøkelsen er mer interessert i og opptatt av verdier, at de er mer verdibevisste enn de som ikke svarte. Dette kan innebære en skjevhet i datagrunnlaget som det er viktig å være klar over i forhold til resultater av analysen og ved generalisering.

Svarfristen var satt til 25 dager og det ble utsendt påminnelse etter henholdsvis 7 og 14 dager. Av erfaring er jeg klar over at e-poster som kommer inn, og ikke er av en slik karakter at det kreves respons, ofte kan bli liggende og vurderes som mindre viktige. Dette viste også responsen. Den kom umiddelbart etter utsendelsen og påminnelsene. Spørreskjemaet ble utsendt mandag morgen kl 08.00. Dette ble også gjort med bakgrunn i erfaring med at de første e-postene som kommer mandag morgen er enklere å respondere på. Utover uken er det ofte mange e-poster som etterhvert krever oppfølging og at det ryddes i dette til helgen.

4.7 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler dataenes pålitelighet, herunder måten data samles inn på, hvilke data som brukes, og hvordan dataene bearbeides. Dette kan påvirke nøyaktigheten i datagrunnlaget og databearbeidelsen (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.36).

I utformingen av spørreskjemaet er det stort sett brukt validerte spørsmål for å undersøke verdibevissthet, pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning, utenom ett tilleggsspørsmål under ledernes verdibevissthet. Tilleggsspørsmålet har dratt gjennomsnittet ned, fordi det er det spørsmålet lederne skårer lavest på. Fordelen med validerte spørsmål er at de er testet i forhold til reliabilitet og validitet og man unngår ledende og uklare spørsmål (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.66). Spørsmålene som er benyttet for å undersøke pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning er validerte, men de er tatt ut av sin helhet. Dette kan forårsake lavere Cronbachs Alpha og at de ikke beskriver fenomenet som skal undersøkes.

Cronbachs Alpha er en måte å estimere reliabiliteten på måleinstrumenter. Det testes om spørsmålene, påstandene eller indikatorene har en sammenheng med fenomenet som skal testes. Med en terskelverdi på 0,7 og over, anses det å være en god sammenheng mellom spørsmålene og fenomenet som skal testes i denne type undersøkelser. Når det gjelder kliniske formål med betydning for enkeltindivider bør Cronbachs Alpha være over 0,9 (Kuvaas, 2008). Cronbachs Alfa for mine variabler og indikatorer er som følger:

Variabler	Cronbachs Alpha
Kvalitet	0,726
Trygghet	0,563
Respekt	0,622
Verdier samlet	0,798
Verdibevissthet	0,751
Pasientsikkerhetskultur	0,615
Brukermedvirkning	-0,505

Tabellen viser at for variablene kvalitet, kjerneverdier samlet og verdibevissthet er Cronbachs Alpha over 0,7 og viser at det er god sammenheng. For de andre variablene/indikatorene, bortsett fra brukermedvirkning, er Cronbachs Alpha opp mot 0,7 og derfor tilfredsstillende. På grunn av negativ verdi på brukermedvirkning, har jeg valgt kun å analysere spørsmålene enkeltvis for å sikre reliabilitet.

Det forutsettes at lederne har kjennskap til organisasjonens verdier, fordi de blir spurt om hvor viktige de mener verdiene er og om de utøves i praksis. Jeg mener at selv om lederne i utgangspunktet ikke skulle ha kjennskap til verdiene, er de enkle å gjenkjenne og forstå fordi de er praksisnære og noe lederne har et forhold til.

I og med at undersøkelsen er foretatt blant ledere som skal svare på spørsmål knyttet til verdier i egen organisasjon, kan det ha påvirket svarenes pålitelighet. Respondenten kan ha interesse av og ønske om å svare så positivt eller negativt som mulig fordi det handler om egen organisasjon og enhet de har ansvar for. Dette kan påvirke reliabiliteten og blir nærmere drøftet i kapittel 4.10.1 forskning i egen organisasjon.

Jacobsen (2016) hevder at det kan være utfordrende å sikre full anonymitet i undersøkelser, men at målet er å sikre dette så godt som mulig, både når det gjelder kategoriseringer i spørreskjema og tilgang til e-postadresser. Med bakgrunn i dette ble alder og kjønn sløyfet fra faktaopplysningene da det kunne være mulig å identifisere respondentene i et så lite utvalg. For å sikre tilgangen til e-postadressene, er dette gjort i dataprogrammene Netigate og SPSS ved at det kun er prosjektansvarlig og veileder som har tilgang til dette i arbeidsperioden og at e-postadressene slettes i etterkant.

Overføring av data skjer ved at Netigate er kompatibel med SPSS og denne overføringen skjer uten muligheter for feil og sikrer dermed reliabilitet (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

Feilkoding av data kan også påvirke reliabiliteten (Jacobsen, 2016). Ved å bruke dataprogrammet SPSS er overføring av data sikret ved at riktig data blir lagt inn. For å kunne jobbe i SPSS kreves kunnskap om analyseverktøyet. Denne kunnskapen ble hentet fra en work-shop ved høyskolen og boka til Johannessen (2003) Introduksjon til SPSS. Med begrensede kunnskap om analyseverktøy skriver Jacobsen (2016) at analysene begrenses til univariat og bivariat analyse. Jeg har i tillegg brukt analyse for sammenligning av gjennomsnittet mellom en variabel på ordinalnivå og en variabel for forholdstallsnivå. Dette gjelder sammenligning mellom utdanningsnivå og verdibevissthet. I tillegg har jeg brukt korrelasjonsanalyse for å finne sammenhenger mellom verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning. Jeg har også utarbeidet forskningsspørsmål i analysearbeidet for å belyse variablene og indikatorene underveis i prosessen.

4.8 Validitet

Begrepet validitet i forskning skal sikre gyldighet, det vil si hvor relevante dataene er for fenomenet som testes, og kan deles inn i begrepsvaliditet, intern og ytre validitet (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.66). Validitet skal sikre at de data som presenteres er gyldige og at ikke forskeren har utelatt eller vært selektiv i datainnsamling for å oppnå et ønsket resultat (Everett og Furuseth, 2012).

Sikring av begrepsvaliditet og intern validitet skjer i operasjonaliseringen av spørreskjemaet. Ved å bruke validerte indikatorer for å teste et fenomen, er det en visshet om at noen systematisk har validitetstestet indikatorene tidligere (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.66).

Følgende spørsmål i spørreskjemaet er tidligere validitetstestet:

- Ledernes verdibevissthet (Devold 2011), spørsmål 1-4.

- Pasientsikkerhetskultur (Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), 2006), spørsmål 6-14.
- Brukermedvirkning (Slettebø et al, 2010) spørsmål 15-22.

Ikke validerte spørsmål (selvlagde):

- Verdibevissthet, spørsmål 5
- Definisjon av verdien kvalitet, (Helsedirektoratet kvalitetsindikatorer)
- Definisjon av verdien trygghet, (Sykehuset Innlandets verdidefinisjon)
- Definisjon av verdien respekt, (Sykehuset Innlandets verdidefinisjon)

Spørsmål om verdibevissthet er valgt fordi jeg ut fra erfaring mener at det er et relevant spørsmål. De andre selvlagde spørsmålene er hentet fra Helsedirektoratet og Sykehuset Innlandets egne definisjoner.

Ytre validitet handler om generalisering (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.389). Denne studien har et relativt lite utvalg med få respondenter og omhandler kun en divisjon i et bestemt helseforetak. Utvalget utgjør hele populasjonen. Studien kan ha en overføringsverdi til andre divisjoner eller andre helseforetak. Studien kunne hatt en overføringsverdi hvis samme studie ble gjennomført i andre helseforetak for å sammenligne resultatene. Når det gjelder dette studiet, vil det bare være aktuelt å generalisere innenfor populasjonen. Jeg mener at den ytre validiteten i denne studien er relativt sterk innenfor populasjonen som er utvalget, selv om det er få respondenter.

4.9 Metoderefleksjon

Det var naturlig å velge kvantitativ metode med bakgrunn i problemstillingen fordi jeg ønsker å registrere og kartlegge fenomener og sammenhenger mellom disse. Videre er det viktigste å måle i bredden og ikke i dybden noe som genererer kvantitativ metode ifølge Jacobsen (2016). Kvantitativ metode kan kun kartlegge og finne ut om det er sammenhenger mellom fenomener. Metoden kan ikke brukes til å forklare årsaken til sammenhengen. For å finne ut årsaker til, eller hvorfor og hvordan verdibevissthet har eller ikke har sammenheng med pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning, måtte jeg brukt kvalitativ metode. Med kvalitativ metode er det mulighet for å gå i dybden på

problemstillinger, men på den annen side gir den mindre mulighet for å generalisere på grunn av få respondenter og undersøkelsens art.

Jeg har brukt tverrsnittsundersøkelse i denne studien og denne har en begrensning i at fenomenene kun undersøkes på et gitt tidspunkt og sier ingenting om tilstanden over tid. Dette kan ha hatt betydning for resultatet, spesielt at det er en gjennomgående tendens til at verdien trygghet og spesielt pasientsikkerhet er fremtredende verdier i ledernes vurdering. Dette kan for eksempel ha sin forklaring i at divisjonen de siste årene har hatt stort fokus på pasientsikkerhet. Hadde undersøkelsen vært gjort på et tidligere eller senere tidspunkt, kunne utfallet blitt et annet avhengig av relevante satsningsområder eller lignende.

Utvalget er lederne, men kunne vært ansatte eller pasienter for å måle effekten av ledernes verdibevissthet i forhold til pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning. Det kunne vært interessant å sammenligne ledernes, de ansattes og pasientenes svar i en slik undersøkelse. Dette ble imidlertid for tids- og ressurskrevende for denne masteroppgaven, men kan være mulig å gjennomføre senere.

Antall respondenter er relativt få, men med tanke på tids- og ressursbruk var det hensiktsmessig å velge et kjent og naturlig avgrenset utvalg. Jeg kunne brukt mer tid og ressurser for å få opp svarprosenten, for eksempel kunne jeg bedt divisjonsdirektøren om å sende en oppfordring til å delta i undersøkelsen eller spurt deltakerne på forhånd. Ifølge Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham (2016) er minst 50 respondenter nødvendig for å gjøre en analyse. Dette svekker min analyse i og med at antall respondenter er 24.

For å måle sammenhenger mellom variabler brukes korrelasjonsanalyse med Pearsons r som korrelasjonsmål. Pearson r angir om det er positiv, negativ eller ingen sammenheng mellom variabler. Samvariasjonen ligger et sted mellom -1 og 1. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016) angir at det ikke finnes noe fasitsvar på hva som er høy korrelasjon. De gjengir imidlertid Choen og Holliday (1982) sin korrelasjonsskala som er noe forskjellig fra Jacobsen (2016) sin skala:

Choen og Holiday (1982)		Jacobsen (2016)	
0 – 0,19	veldig svak	Under 0,3	svak
0,2 – 0,39	svak	0,3 – 0,50	middels
0,4 – 0,69	moderat	Over 0,5	sterk
0,7 – 0,89	høy		
0,9 -1,0	meget høy		

Korrelasjonen i mine analyser vil variere utfra hvilken skala som brukes. For eksempel når det gjelder sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur er Pearson r 0,633 som i henhold til Choen og Holiday (1982) er en moderat sammenheng, mens den er sterk hvis vi bruker Jacobsen (2016) sin skala. Akkurat i forhold til denne sammenligningen, har jeg skrevet at det er en moderat til sterk sammenheng. Dette også utfra undersøkelsens art, i og med at det aldri tidligere er gjort undersøkelser for å se på nettopp denne sammenhengen, er det ikke andre resultater å sammenligne med.

4.10 Forskningsetikk

Forskningen er underordnet en rekke etiske og juridiske retningslinjer. Disse fremkommer i forskningsetiske retningslinjer vedtatt av den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) og inneholder blant annet informantens rett til selvbestemmelse og autonomi og den plikt forskerne har til å respektere informantens privatliv (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.85). Disse retningslinjene skal bidra til at tilliten til forskning sikres. Forskere må derfor vise til hvordan krav til forskningsetikk er ivaretatt.

Alle undersøkelser med personopplysninger skal meldes til Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Etter at prosjektbeskrivelsen inkludert spørreskjema var utarbeidet, ble det sendt melding til NSD. Første tilbakemelding fra NSD inneholdt blant annet beskjed om at faktaopplysningene i spørreskjemaet måtte endres, fordi respondentene kunne gjenkjennes. Dette ble endret og godkjenning ble gitt. Jeg måtte også søke Personvernombudet i Sykehuset Innlandet om godkjenning, da dette er vanlig prosedyre for alle forskningsprosjekt som skal gjennomføres i helseforetaket.

I Personvernombudets tilbakemelding ble det understreket at personene som deltar i undersøkelsen ikke skal kunne identifiseres i det publiserte materialet etter at databehandlingen er utført, hverken direkte eller indirekte. Dette forutsetter at e-postadressene blir fjernet fra materialet og slettet. Personvernombudet presiserer at anonyme opplysninger rettes til pseudonyme opplysninger i samtykkeskrivet, da prosjektleder og veileder har tilgang til personopplysningene med mulighet for å spore svarene mens prosjektet pågår. Dette ble rettet opp.

Samtykke til deltakelse i prosjektet ble gjort ved svar på undersøkelsen, med presiseringer i informasjonsskrivet at samtykke er frivillig, spesifikt, informert, utvetydig, gitt gjennom aktiv handling, dokumenterbart og kan når som helst trekkes tilbake.

Det kan forekomme funn i undersøkelsen som ikke utvetydig er positive for organisasjonen, noe som er forventet i et forskningsetisk perspektiv (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Dette vil i så fall bli sett på som viktige innspill for å bidra til vekst og utvikling i organisasjonen og kan ikke identifiseres etter at prosjektet er avsluttet.

4.10.1 Forskning i egen organisasjon

Forskning i egen organisasjon kan innebære forskningsetiske problemstillinger (Jacobsen, 2016). Mitt utgangspunkt for å forske i egen organisasjon var at jeg hadde førstehåndskunnskap om egen organisasjon og det var tids- og ressursbesparende da jeg enkelt hadde kjennskap og tilgang til hvor informasjon kunne hentes. Jeg tenkte også det var lettere å få tillatelse og støtte til prosjektet av ledelsen. Min hypotese var i starten at enhetslederne i liten grad hadde kjennskap til organisasjonens verdier og at verdiene i liten grad kom til uttrykk i praksis. Denne forhåndsinntatte holdningen var det viktig for meg å jobbe med, før jeg gikk videre med prosjektet. Det ville vært en innfallsvinkel som kunne påvirket utførelsen og resultatet i prosjektet. Jeg klarte i stor grad å nullstille meg og gikk inn i dette med et åpent sinn, med hverken positive eller negative forventninger til hva jeg ville finne. Jeg opplevde også en åpen og positiv holdning til å gjennomføre prosjektet fra mine overordnede

Ved å velge en kvantitativ tilnærming til problemstillingen eliminerte jeg etiske utfordringer som kunne oppstått ved en kvalitativ tilnærming. Både med tanke på relasjoner og roller, informantens svar og tolkning av data. Det er enklere å svare på et anonymt spørreskjema som i liten grad krever innlevelse. Selv om dataene i en kvantitativ undersøkelse også skal tolkes, påvirkes ikke dette i samme grad av relasjonen til respondenten.

Jeg jobber i et DPS med 8 enheter, og enhetslederne der er mine nærmeste kolleger. Utover dette har jeg i liten grad kjennskap til og kontakt med andre enhetsledere, så dette er uproblematisk i så måte.

I forkant av undersøkelsen hadde jeg dialog med både min nærmeste leder og divisjonsdirektør. Jeg opplevde at de var interessert i og positive til prosjektet og at de gjerne ville få det tilsendt for eventuelt å kunne bruke det i ulike sammenhenger. Jeg ble senere forespurt om å holde en presentasjon om verdier i Sykehuset Innlandet på en ledersamling. Dette innebærer at prosjektet allerede kan ha bidratt til økende bevissthet om Sykehuset Innlandets verdier.

5. Datapresentasjon og resultater

5.1 Innledning

Dette kapittelet har til hensikt å presentere de resultatene som fremkommer av funn som er gjort i undersøkelse. Problemstillingen som ligger til grunn er følgende: «*I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå? og I hvilken grad er det sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?*» Det empiriske materialet er hentet fra programmet Netigate og overført til programmet SPSS for bearbeiding av data. Dette kapittelet er bygd opp på følgende måte. Etter å ha presentert undersøkelsen nærmere, presenteres respondentene og om det er sammenheng mellom utdanningsnivå og verdibevissthet. Funnene presenteres gjennom tabeller som viser gjennomsnitt, standardavvik og Cronbach Alpha. Det foretas univariat analyse og resultatene redegjøres for ved hjelp av forskningsspørsmål som besvarer første del av problemstillingen. Andre del av problemstillingen besvares ved bruk av

korrelasjonstabeller, forskningsspørsmål, hypotesetesting og fremstilling i tekst, etter å ha foretatt bivariat analyse.

Enhetene som undersøkes i denne studien, er enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet, tilsammen 64 ledere fra poliklinikker og døgnenheter på DPS, og BUP samt sentralsykehus. 24 har svart på undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 37,5. Spørreskjemaet har 7 spørsmålsbolker, hvorav de 2 første er spørsmål om utdanning. Spørsmålsbolkene 3-7 er sammensatt med en rekke utsagn som skaleres fra 1-5.

5.2 Presentasjon av respondentene

Ordinalvariabler kjennetegnes ved at de rangeres og utelukkes gjensidig (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2016, s.256). Utdanningsnivå og lederutdanning er to slike ordinalvariabler.

Tabell 1. Utdanningsnivå (angitt i prosent der n=24)

Utdanning	**Grunnutdanning**	**Lederutdanning**
Videregående utdanning	8,3	
Høyskole/bachelor	50	
Profesjons-/masterutdanning	41,7	
Etter-/videreutdanning		58,3
Masterutdanning		16,7
Annet		16,7
Ikke svart		8,3
Sum	100	100

De fleste, 22 av 24 har høyere utdanning, på bachelor eller profesjons-/masternivå. 22 av 24 ledere har en eller annen form for lederutdanning, de fleste etter-/videreutdanning.

5.3 Utdanningsnivå og verdier

Det kan være interessant å finne ut om det er forskjell på verdibevissthet og hvor viktig lederne mener verdiene er, ut fra hvilket utdanningsnivå lederne har.

Tabell 2. Gjennomsnitt og standardavvik av verdibevissthet og betydning av verdier i forhold til utdanningsnivå.

	Høyskole/ bachelor	Standard avvik	Profesjons- /master	Standard avvik
Verdibevissthet	4,25	0,34	4,38	0,59
Viktige verdier	4,43	0,31	4,65	0,41
Verdier i praksis	4,16	0,32	4,01	0,42

Her er en sammenligning av gjennomsnittet mellom en variabel på ordinalnivå, det vil si utdanningsnivåene høyskole/bachelor og profesjons-/masterutdanning, og den andre variabelen på forholdstallsnivå, det vil si verdibevissthet og viktighet av verdier og verdier i praksis. Det kan gi grunnlag for å uttale seg om de med høyere utdanning er mer verdibevisste og har mer fokus på verdier enn de med lavere utdanning.

Jeg har valgt å sammenligne de med høyskole/bachelor og de med profesjons-/masterutdanning, da de fordeler seg med henholdsvis 50 % og 41,7 % av respondentene, og gir dermed grunnlag for å sammenligne. Funnene viser en høy gjennomsnittsscore fra 4,16 til 4,43 på høyskole/bachelornivå og 4,01 til 4,65 på profesjons-/masternivå.

De med profesjons-/masterutdanning scorer 0,13 høyere enn ledere med høyskole/bachelor på verdibevissthet. Når det gjelder spørsmål om verdienes viktighet, scorer de med profesjon-/masterutdanning 0,22 høyere enn de med høyskole/bachelor utdanning. Det kan være en svak tendens til at de med høyere utdanning er mer opptatt av verdier. Ikke samme tendens gjelder verdier i praksis, der er det motsatt, de med høyskole/bachelor scorer 0,15 høyere enn de med profesjons-/masterutdanning. Det som også er interessant å merke seg, er at gjennomsnittsscoren for hvor viktig verdiene er for enheten, er høyest på begge nivåene. I hvilken grad verdiene kommer til uttrykk i praksis har lavest score.

5.4 Verdienes betydning og verdiene i praksis

I tabell 3 presenteres gjennomsnitt, standardavvik og Cronbach Alpha for de ulike verdiene, utfra hvordan respondentene har svart på spørsmål om hvor viktig verdiene er og i hvilken grad verdiene utøves i praksis.

Tabell 3. Gjennomsnitt, standardavvik og Cronbach Alpha for viktige verdier og verdier i praksis.

Verdier	**Viktige verdier**			**Verdier i praksis**		
	Snitt	**Std. avvik**	**Cronbach Alpha**	**Snitt**	**Std. avvik**	**Cronbach Alpha**
Kvalitet	**4,44**	**0,44**	**.733**	**3,98**	**0,40**	**.726**
Virkningsfull behandling	4,77	0,43		4,22	0,42	
Samordnede tjenester	4,23	0,81				
- med kommunene				3,91	0,68	
- med andre avdelinger				3,68	0,72	
Sammenhengende behandling	4,38	0,87		4,00	0,62	
Tilgjengelige tjenester	4,48	0,68		3,95	0,72	
Kunnskapsbasert tjenestetilbud	4,48	0,51		4,14	0,64	
Fremtidsretta tjenester	4,24	0,63		3,95	0,72	
Trygghet	**4,68**	**0,34**	**.348**	**4,22**	**0,46**	**.563**
Pasientsikkerheten	4,90	0,30		4,68	0,48	
Forebygging av feil	4,57	0,60		4,50	0,67	
Åpenhet om uønskede hendelser	4,57	0,60				
- Medarbeiderne melder fra				3,77	0,87	
- Pasientene får informasjon				3,91	0,75	
Respekt	**4,67**	**0,51**	**.912**	**4,09**	**0,53**	**.622**
Pasientenes integritet	4,71	0,46		4,32	0,57	
Pasientenes medbestemmelsesrett	4,62	0,59				
- i behandling				4,32	0,48	
- i utvikling av tjenestetilbud				3,64	0,95	
Kvalitet-trygghet-respekt	**4,55**	**0,35**	**.808**	**4,07**	**0,36**	**.798**

Forskningsspørsmål 1: Hvor viktig oppfatter lederne at organisasjonens verdier er for deres enhet?

Gjennomsnittstallene varierer fra 4,23 til 4,90 av 5 mulige svaralternativ, der 1 er svært uviktig og 5 er svært viktig, noe som innebærer at lederne mener at organisasjonens verdier er tilnærmet svært viktig. Standardavvikene, det vil si variasjonene fra gjennomsnittet, varierer mellom 0,30 – 0,87. Standardavvikene bør ligge nærmere 1, for at det skal være mye variasjon og en stor spredning med store avvik fra gjennomsnittet (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.288). Dette innebærer at svarene i stor grad er samlet rundt gjennomsnittet. Cronbach Alpha er 0,808 og tilfredsstillende.

Pasientsikkerhet, virkningsfull behandling og pasientenes integritet er de verdiene som har høyest score, henholdsvis 4,90, 4,77 og 4,71, og det betyr at lederne mener disse er de viktigste verdiene for deres enhet. Disse verdiene har også minst samvariasjon, det vil si lavest standardavvik. Samlet sett er det trygghet og respekt som scorer høyest med henholdsvis 4,68 og 4,67, der 5 er svært viktig. Lavest score får samordnede tjenester med 4,23 og fremtidsretta tjenester med 4,24. Her er variasjonen i svaret større, med standardavvik nærmere 1.

Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis i deres enhet?

Gjennomsnittstallene varierer fra 3,64 til 4,68 av 5 svaralternativer, der 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad. Svarene viser en trend med lavere gjennomsnittstall og større variasjon i svarene enn i forrige forskningsspørsmål. Det viser også standardavvikene som jevnt over er høyere.

Tabellen viser at pasientsikkerhet, forebygging av feil, pasientenes integritet og medbestemmelsesrett i behandling scorer høyest, med henholdsvis 4,68, 4,50 og 4,32 i gjennomsnitt. Spredningen i svarene er lavest her, med standardavvik på henholdsvis 0,48, 0,67, 0,57 og 0,48. Igjen betyr det at lederne samler seg om at disse verdiene i stor grad kommer til uttrykk i praksis i enheten. Lavest score har pasientenes medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbudet med 3,64 i gjennomsnitt og samordnede tjenester med andre enheter/avdelinger med gjennomsnitt på 3,68. Variasjonene i disse svarene er høyere, med standardavvik på henholdsvis 0,95 og 0,72. Lederne mener at disse verdiene bare i noen grad kommer til uttrykk i praksis.

Hvis vi sammenligner svarene på forskningsspørsmål 1 og 2 finner vi samme tendens som i kapittel 5.3, nemlig at lederne scorer gjennomgående høyere på hvor viktig organisasjonens verdier er for enheten, enn i hvilken grad de mener at verdiene kommer til uttrykk i praksis. For verdien kvalitet er forskjellen 0,46, for trygghet 0,46, og for verdien respekt er forskjellen hele 0,58. Lederne mener at organisasjonens verdier er svært viktige for enhetene med et snitt på 4,55, der 5 er svært viktig. Med et gjennomsnitt på 4,07 mener lederne at verdiene i stor grad kommer til uttrykk i praksis, men ikke svært stor grad, som er 5.

5.4.1 Sammenligning av verdier

På grunn av de forskjellene vi har sett tendens til så langt, gjøres en sammenligning mellom viktige verdier og verdiene i praksis for å finne ut om det er en sammenheng.
I tabell 3 presenteres verdiene kvalitet, trygghet og respekt, og det er foretatt en bivariat analyse for å finne korrelasjonen mellom viktige verdier og verdier i praksis.

Tabell 4. Sammenheng mellom viktige verdier og utøvelse av verdier i praksis

	Snitt	Std. avvik	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Kvalitet viktig	4,44	0,44	1	-.075						
2.Kvalitet praksis	3,98	0,40	-.075	1						
3.Trygghet viktig	4,68	0,34			1	.441**				
4.Trygghet praksis	4,22	0,46			.441**	1				
5.Respekt viktig	4,67	0,51					1	.231		
6.Respekt praksis	4,09	0,53					.231	1		
7.Verdier viktig	4,55	0,35							1	.088
8.Verdier praksis	4,07	0,36							.088	1

*** Korrelasjon er signifikant på 0,05 nivå*

Forskningsspørsmål 3: Er det samsvar mellom verdiene lederne oppfatter som viktige og verdiene som kommer til uttrykk i praksis?

Lederne rapporterer at verdien trygghet er viktigst for enheten og får høyest score av verdiene som utøves i praksis. Deretter kommer verdien respekt som nest viktigst og også på andre plass i forhold til verdier som utøves i praksis. På siste plass kommer verdien kvalitet, som scorer høyere på viktighet enn på utøvelse i praksis. Pearson r er korrelasjonskoeffienten som angir samsvar eller samvariasjon mellom to variabler. Den

viser hvor sterk sammenhengen er (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.302). For verdien kvalitet er Pearson r -.075 og her er det en negativ sammenheng. Verdien trygghet har Pearson r .441 og korrelasjonen er signifikant på 0,05. Det betyr at det er en moderat sammenheng (Cohen og Holiday, 1982). For verdien respekt er Pearson r .231, det vil si en svak sammenheng. Dette innebærer følgende: Det er en moderat sammenheng mellom ledernes oppfatning av betydningen av verdien trygghet og i hvilken grad den kommer til uttrykk i praksis. For verdien kvalitet er det en negativ sammenheng mellom ledernes vurdering av betydning og utøvelse i praksis. Det samme vises i tabell 3, der gjennomsnittet ved måling av indikatorene under verdien kvalitet, er forholdsvis mye lavere enn ved verdiene trygghet og respekt.

5.5. Ledernes verdibevissthet

Tabellen nedenfor viser gjennomsnitt og standardavvik for ledernes verdibevissthet.

Tabell 5. Ledernes verdibevissthet

	Snitt	**Std.avvik**	**Cronbach Alfa**
Jeg er bevisst mine personlige verdier	4,70	0,47	
Jeg er bevisst mine medarbeiders verdier	4,41	0,59	
Jeg er bevisst min organisasjons verdier	4,27	0,63	
Det er samsvar mellom mine beslutninger og organisasjonens verdier	4,14	0,64	
Jeg er opptatt av å kommunisere organisasjonens verdier og mål til de ansatte	4,09	0,81	
Ledernes verdibevissthet	**4,32**	**0,45**	**.751**

Forskningsspørsmål 4: I hvilken grad er lederne verdibevisste?

Cronbach Alpha over 0,7 er tilfredsstillende. Det innebærer at spørsmålene knyttet til verdibevissthet i spørreskjemaet har en sammenheng, eller sagt med andre ord at de ulike kategoriene sier noe om variabelen som skal undersøkes (Johannessen, Tufte,

Christoffersen, 2016). Lederne er i stor grad verdibevisste med gjennomsnittscore på 4,32, og relativt liten spredning i svarene med standardavvik på 0,45. Lederne er i meget stor grad bevisst egne personlige verdier, gjennomsnitt 4,70, og i stor grad bevisst medarbeidernes verdier, gjennomsnitt 4,41.

5.6 Pasientsikkerhetskultur

I tabell 6 er indikatorene for å måle variabelen pasientsikkerhetskultur listet opp. Gjennomsnitt og standardavvik fremkommer for hver indikator og for variabelen samlet. Dette gjøres for å se om noen indikatorer skiller seg ut og for å se spredningen i svarene.

Tabell 6.. Gjennomsnitt og standardavvik - pasientsikkerhetskultur

	Gjennom snitt	**Std.avvik**	**Cronbach Alpha**
Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår	4,64	0,49	
Ansatte oppmuntres til å si fra om enhver pasientsikkerhetsbekymring som de måtte ha	4,52	0,60	
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	4,50	0,60	
Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerheten	4,50	0,51	
De ansattes innspill blir godt mottatt her	4,38	0,59	
Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil	3,95	0,59	
Her blir uenighet håndtert riktig (dvs ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)	3,86	0,89	
Pasientsikkerhetskulturen	**4,32**	**0,34**	**.615**

Forskningsspørsmål 5: Ledernes vurdering av pasientsikkerhetskulturen.

Måling av pasientsikkerhetskulturen gir et gjennomsnitt på 4,32. Variasjonene i svarene er lave, med standardavvik på 0,34. Cronbach Alpha er .615, noe som tyder på en rimelig god sammenheng i spørsmålene. Gjennomsnittsscore varierer fra 3,86 – 4,64. Lederne vurderer at enheten har en god pasientsikkerhetskultur, der det blant annet er lett å spørre og ansatte oppmuntres til å si fra om enhver pasientsikkerhetsbekymring.

5.6.1 Pasientsikkerhetskultur og verdibevissthet

I problemstillingen er ett av spørsmålene i hvilken grad det er sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur. Dette forsøkes svart på ved å benytte bivariat analyse for å finne korrelasjonen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av pasientsikkerhetskulturen.

Tabell 7. Korrelasjon mellom verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur

	Gjennomsnitt	**Std.avvik**	**1.**	**2.**
1.Verdibevissthet	4,33	0,45	1	.633**
2. Pasientsikker-hetskultur	4,32	0,36	.633**	1

***Korrelasjon er signifikant på 0,01 nivå*

Forskningsspørsmål 6: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur?

Sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur er moderat. Pearsons r er .633 og signifikant på 0,01 nivå. Cohen og Holliday (1982) angir at Pearson r mellom 0,4 og 0,69 er en moderat korrelasjon. 0,633 nærmer seg en høy korrelasjon. Hvis vi bruker skalaen til Jacobsen (2016) er 0,633 en sterk korrelasjon.

Hypotese 1. Det er en positiv sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og lederens vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur.

Hypotese 1 støttes med en korrelasjonskoeffisient på 0,633 og signifikansnivå på 0,01 det vil si at korrelasjonen er statistisk signifikant (Jacobsen, 2016).

5.7 Brukermedvirkning på tjeneste- og individnivå

Brukermedvirkning er en variabel som måles med indikatorer som fremkommer i tabell 8. Disse indikatorene kan sees i sammenheng for å måle brukermedvirkning, eller kan deles opp og måle brukermedvirkning på tjeneste- og på individnivå. Gjennomsnitt og standardavvik er målt for den enkelte indikator og samlet.

Tabell 8. Vurdering av brukermedvirkning

	Gjennomsnitt	**Std.avvik**	**Cronbach Alpha**
Det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning ved enheten	4,23	0,69	
Pasientene gis mulighet til å påvirke egen behandling	4,14	0,48	
Pasientene trenger å lære mer om hvordan de kan medvirke	3,64	0,95	
Pasientene gis mulighet til å medvirke i utvikling av tjenestetilbudet	3,55	0,91	
Det er felles praksis mellom ansatte når det gjelder pasientenes medvirkning i egen behandling	3,41	0,85	
Brukermedvirkning total	**3,80**	**0,40**	**.292**
Brukermedvirkning på tjenestenivå	**3,89**	**0,64**	**.387**
Brukermedvirkning på individnivå	**3,73**	**0,43**	**-.245**

Forskningsspørsmål 7: Ledernes vurdering av brukermedvirkning.

Som det fremkommer i tabellen er Cronbach Alpha lav. Det betyr at påstandene i spørreskjemaet ikke har indre sammenheng til å måle brukermedvirkning. Derfor vurderes spørsmålene hver for seg. Gjennomsnittet varierer fra 3,41-4,23 og det er god spredning i svarene på de fleste påstandene. Lederne er enig i at det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning og at pasientene gis mulighet til å påvirke egen behandling. De er mellom litt enig og enig i at pasientene trenger å lære mer om medvirkning, at de gis mulighet for å medvirke i utvikling av tjenestetilbudet og at det er felles praksis mellom ansatte når det gjelder pasientenes medvirkning i egen behandling.

5.7.1 Brukermedvirkning og verdibevissthet

For å svare på spørsmålet i problemstillingen som handler om i hvilken grad det er sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av brukernes medvirkning på tjeneste- og individnivå, gjøres en bivariat analyse. I og med lav Cronbach Alpha, har jeg valgt å sammenligne enkeltspørsmål i korrelasjonsanalysen.

Tabell 9.. Korrelasjon mellom verdibevissthet og brukermedvirkning

	Gj.snitt	**Std. avvik**	**1.**	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**
1.Verdibevissthet	4,33	0,45	1	.300	.170	.308	.244	.478**
2.Rutiner for praktisering av brukermedvirkn.	4,23	0,69	.300	1				
3.Pasientenes mulighet for å påvirke egen behandling	4,14	0,48	.170		1			
4.Pasientene trenger å lære mer om hvordan de kan medvirke	3,64	0,95	.308			1		
5.Pasientenes mulighet til å utvikle tjeneste-tilbudet	3,55	0,91	.244				**1**	
6.Felles praksis mellom ansatte i forhold til pas. medvirkning i egen behandling	3,41	0,85	.478**					**1**

*** Korrelasjon er signifikant på 0,05 nivå*

Forskningsspørsmål 8: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?

Indikatorene som er knyttet til brukermedvirkning på tjenestenivå, nr 4 og 5 i tabell 9, har Pearson r på henholdsvis 0,308 og 0,344 noe som innebærer en svak korrelasjon. For påstandene 2, 3 vises en svak korrelasjon mellom ledernes vurdering av rutiner for praktisering av brukermedvirkning og pasientene trenger å lære mer om brukermedvirkning og ledernes verdibevissthet. Det er en moderat sammenheng mellom felles praksis blant ansatte om brukernes medvirkning i egen behandling og ledernes verdibevissthet, med en Pearson r på 0,478, og signifikant på 0,05 nivå.

5.8 Oppsummering av resultatene.

Her oppsummeres de viktigste funnene i det empiriske materialet.
Lederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet, mener at verdiene i stor grad utøves i praksis i enhetene og at lederne i stor grad er verdibevisste.

Det som ellers er en gjennomgående tendens i studien, er at verdien trygghet for pasientene, betegnes av lederne som den viktigste av organisasjonens verdier og den som i størst grad kommer til uttrykk i praksis.

Et annet interessant funn er at lederne gjennomgående i større grad definerer verdiene som viktige for sin enhet, enn at de faktisk kommer til uttrykk i praksis. Det er samsvar mellom ledernes oppfatning av hvor viktig verdien trygghet er for enheten og i hvilken grad lederne mener at verdien kommer til uttrykk i praksis. Verdiene kvalitet og respekt oppfatter lederne som viktig, men kommer ikke i samme grad til uttrykk i praksis.

Sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning har ikke vært gjort i noen studie tidligere. Dette er nybrottsarbeid.

Gjennomgangen viser at det er moderat til sterk sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur. Dette kan være

interessant å forske videre på; om sammenhengen er tilfeldig og finne ut mer detaljer om korrelasjonen.

Gjennomgangen viser at det i liten grad finnes sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og brukermedvirkning. Dette kan skyldes flere forhold, blant annet at de samlede spørsmålene om brukermedvirkning ikke henger sammen, og at det derfor ikke har vært mulig å måle begrepet brukermedvirkning. Med bakgrunn i dette kan en heller ikke si noe om sammenhengen mellom brukermedvirkning og ledernes verdibevissthet.

6. Drøfting av resultatene.

6.1 Innledning

I dette kapittelet skal funnene fra kapittel 6 drøftes, forklares og forstås ut fra teori og tidligere forskning som er presentert i kapittel 3, og beskrivelse av Sykehuset Innlandets verdidefinisjon i kapittel 2. Egen erfaring som leder trekkes også inn i drøftingen. Hvilke praktiske konsekvenser funnene kan få, og hva som kan være mulig fremtidig forskning rundt temaet, vil også fremgå i kapittelet.

Kapittelet er bygd opp på samme måte som kapittel 5. Datapresentasjon og funn, der de ulike forskningsspørsmålene besvarer problemstillingene i oppgaven. Problemstilling 1 besvares ved å samle og drøfte forskningsspørsmål 1-3 i lys av teori og tidligere forskning. Problemstilling 2 deles i 2a, 2b og 2c. 2 a besvares med å drøfte forskningsspørsmål 4. Problemstilling 2 b besvares ved å samle forskningsspørsmål 4, 5 og 6. Problemstilling 2 c besvares med forskningsspørsmålene 4, 7 og 8.

6.2 I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå?

For å finne svar på denne problemstillingen er det utarbeidet tre forskningsspørsmål som hver for seg belyses i underkapitlene.

Til grunn for drøftingen av funn og resultater av denne problemstillingen brukes Sykehuset Innlandets definisjon av kjerneverdiene *kvalitet, trygghet og respekt*. Funnene forstås og forklares utfra sentrale teorier knyttet til ledelse og organisasjonsverdier, jfr

kapittel 3.1. I tillegg sammenlignes funnene i denne oppgaven med tidligere forskning på ledelse og organisasjonsverdier, nærmere bestemt masteroppgavene til Ostling (2017) og Nygaard (2018).

6.2.1 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 1: Hvor viktig oppfatter lederne at organisasjonens verdier er for deres enhet?

Jeg har valgt å sammenstille svarene på hvor viktige lederne oppfatter at verdiene er, og i hvilken grad de utøves i praksis, jfr tabell 3. Lederne oppfatter at verdiene i stor grad er viktige for enheten, med et gjennomsnitt på 4,55, der 5 er svært viktig. Kjerneverdien trygghet er definert som viktigst, men det er små variasjoner. Indikatoren eller formålsverdien som utpeker seg spesielt er *pasientsikkerhet* med gjennomsnitt 4,90. 19 av 24 respondenter har scoret denne som svært viktig. Pasientsikkerhet er en av indikatorene for å måle kjerneverdien trygghet. De laveste scorene er *samordnede og fremtidsretta tjenester* som er indikatorer eller formålsverdier for å måle kjerneverdien kvalitet. Kjerneverdien kvalitet har lavest score med gjennomsnitt på 4,44. Dette er en gjennomgående tendens i hele undersøkelsen, at kjerneverdien trygghet, og herunder pasientsikkerhet har høye score, og kjerneverdien kvalitet har lavest score. Derimot scorer formålsverdien *virkningsfull behandling* høyt med gjennomsnitt på 4,77. *Virkningsfull behandling* er en indikator som beskriver kvalitet. Kjerneverdien respekt ligger imellom, men tettere opptil trygghet. Formålsverdien *pasientenes integritet* kommer på 3.plass med gjennomsnitt på 4,71.

Det generelt høye gjennomsnittet på hvor viktig lederne oppfatter at verdier er, samsvarer med funn gjort i Nygaard (2018) og Ostling (2017) sine undersøkelser, og er med på å underbygge påstanden om at ledere generelt i helse- og omsorgsvirksomheter definerer organisasjonens verdier som viktige. I Nygaard (2018) sin undersøkelse er det de organisatoriske verdiene, *profesjonell* og *omtenksom* som rangeres høyest av 80 % av lederne. I Ostling (2017) sin studie er det *redelighet* og *barnets beste*; såkalte moralske verdier - dyder, jamfør slik Falkenberg (2006) har innplassert verdiene i klynger, som scorer høyest hos lederne. I denne studien er det *pasientsikkerhet, virkningsfull behandling* og *pasientenes integritet* lederne definerer som viktigst. Grunnlaget for sammenligning mellom de tre studiene er lite, men hvis en plasserer verdiene inn i

klynger basert på Falkenberg (2006) sin studie, er svarene knyttet til klyngene moralske verdier-dyder og normer for profesjonsutøvelse, de som gir høyest score i alle tre studiene. De andre klyngene i Falkenberg (2006) sin studie er økonomiske verdier og normer for samarbeid og ansvarlighet.

Det er av stor betydning at verdiene som er definert av øverste ledelse i organisasjonen, anses som viktige for lederne nedover i organisasjonen, som skal omsette verdiene til handling og utøvelse i praksis (Argyris og Schøn, 1978). Verdier må ha en intensjon og motivere for handling, ellers blir de ord og uttrykk uten innhold (Aadland, 2010). Sykehuset Innlandets verdier, som er definert for praksis (Aadland og Askeland, 2017), er konkretisert med det som kan defineres som formål, for eksempel *virkningsfull behandling*, *sammenhengende tjenester* med mer. Dette betyr at formålet med behandlingen er at den er virkningsfull og formålet med tjenestene er at den blant annet er sammenhengende. Derfor kalles disse verdiene for formålsverdier (Kirkhaug, 2013). Verdiene kvalitet, trygghet og respekt defineres som terminalverdier eller kjerneverdier (Kirkhaug, 2013) fordi de er definert av ledelsen og er idealistiske tilstander som ønskes oppnådd. Videre er det av betydning at verdiene er autentiske og relatert til organisasjonens praksis (Lencioni, 2002). Dette gjør det enklere for lederne å forstå og relatere verdiene til den praktiske hverdagen. At verdiene oppfattes som viktige av lederne, kan også si noe om en ønsket fremtid og ikke nødvendigvis slik det er i dag (Kirkhaug, 2013).

Trygghet er den verdien som oppfattes som viktigst, og herunder formålsverdien pasientsikkerhet som svært viktig. Dette kan ha sammenheng med at pasientsikkerhetsprogrammet som har vært et satsingsområde i helsevesenet gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023), har et stort og viktig fokus. I den forbindelse har alle helseforetak gjennomgått måling av pasientsikkerhetskultur de senere år ved bruk av The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

Et annet moment som kan være avgjørende for at trygghet og spesielt pasientsikkerhet scorer høyt, er at konsekvensene av ikke å ha fokus på dette, kan være store. Å skape trygghet for pasientene, innebærer forebygging av feil og mangler for å forhindre at

pasienter blir skadet eller dør. Det har vært flere eksempler på store erstatningssaker og menneskelige tragedier som følge av feil og mangler ved sykehusene, og dette må unngås.

Virkningsfull behandling defineres som en av formålsverdiene for å oppnå kvalitet. Denne formålsverdien har nest høyest score. Dette kan forstås utfra at hele målet og meningen med behandlingen er at den er virkningsfull. At behandlingen er virkningsfull sier ikke noe om den er god nok eller den beste behandlingen som er gitt, men at den har effekt. Utfra min erfaring som leder for en behandlingsenhet, har jeg stor forståelse for at det er nettopp disse to målene for trygghet og kvalitet som lederne ser på som det viktigste. Spesielt for lederne av enheter som er nærmest praksis. Det hadde vært interessant å undersøke hva lederne på 2. og 3. ledernivå hadde vurdert som de viktigste verdiene i organisasjonen. Dette kan være et forslag til videre forskning på temaet verdier, for å se om det er forskjeller på klassifisering av verdiene, avhengig av ledernivå i organisasjonen.

Pasientenes integritet er en indikator som måler respekt og som har 3. høyeste score på spørsmålet om verdier som lederne oppfatter som viktige. I pasient- og brukerrettighetsloven (2011) , § 1-2 står følgende: «*Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.*» Pasienten har en lovfestet rett til ivaretagelse av integritet, så dette kan være bakgrunnen for at denne målverdien scorer høyt. Integritet betyr selvstendighet, ukrenkelighet (Store Norkse Leksikon). Selvstendighet og ukrenkelighet er to viktige begreper i det norske demokratiet, (Norges Grunnlov, §1-1), og kan være bakgrunn for at lederne oppfatter dette som viktig. Maktforholdet er skjevt i møte mellom pasient og behandler og kan danne grunnlag for maktmisbruk som kan krenke pasientene (Aarre og Dahl, 2012).

Verdier har en emosjonell eller følelsesmessig side og adferd som fører til negative følelsesmessige reaksjoner er uønskede verdier (Kluckhohn, 1951). Å krenke en pasient vil skape en slik negativ reaksjon. Denne verdien kommer i konflikt med muligheten for

å bruke tvang i psykiatrien, der både selvstendighet og ukrenkelighet blir satt til side (Psykisk helsevernlov, 1999, kap. 3).

Det kan også være verdt å merke seg at formålsverdiene *samordnede tjenester med kommunene og med andre avdelinger*, *sammenhengende behandling*, samt *fremtidsretta tjenester* har lavest score, henholdsvis 4,23, 4,38 og 4,24. Standardavviket og dermed spredningen på svarene, er høyest her, henholdsvis 0,81, 0,87 og 0,63. Spredningen på svarene er fra 2 (uviktig) til 5 (svært viktig). Det betyr at lederne her er mindre samstemte om betydningen av disse formålsverdiene og oppnår en lavere gjennomsnittsscore.

6.2.2 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 2: I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis i deres enhet?

I tabell 3 fremkommer gjennomsnitt og standardavvik for å besvare dette spørsmålet. Lederne mener at organisasjonens verdier i stor grad utøves i praksis i deres enhet, med gjennomsnitt på 4,09 av 5 som er i svært stor grad. Her følger samme tendensen som i foregående forskningsspørsmål, at lederne mener at kjerneverdien *trygghet* er den av organisasjonens verdier som i størst grad utøves i praksis, med et gjennomsnitt på 4,22. Respekt kommer på andre plass med 4,09 og kvalitet med 3,98. Av indikatorene eller instrumentelle verdier som scorer høyest er «*enheten har fokus på pasientsikkerhet*» med gjennomsnitt på 4,68, «*enheten arbeider aktivt med å forebygge feil*» med 4,50 og *«pasientenes integritet blir ivaretatt»* og *«pasientene har medbestemmelsesrett i egen behandling*» med gjennomsnitt på 4,32. Lavest score får *«pasientenes medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbud»* med gjennomsnitt på 3,64, «*tjenestene er samordnet med andre avdelinger*» med 3,68 og *«medarbeiderne melder fra om uønskede hendelser»* med gjennomsnitt på 3,77. Variasjonene i svarene måles med standardavvik og er størst for de instrumentelle verdiene som scorer lavest. Lederne svarer fra 2 (i liten grad viktig) til 5 (i svært stor grad viktig) på spørsmål om pasientenes medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbudet og medarbeiderne melder fra om uønskede hendelser. Lederne er mer samstemte på spørsmål med høyest score, der svarene samler seg rundt median og dermed lavere standardavvik.

I forrige kapittel ble verdiene *kvalitet, trygghet og respekt* definert som terminalverdier eller kjerneverdier, og under hver av disse var formålsverdier. For å beskrive kjerneverdiene under dette forskningsspørsmålet, brukes instrumentelle verdier (Rokeach, 1976). Instrumentelle verdier beskriver handlingen for eksempel «*enheten arbeider aktivt med å forebygge feil og mangler*» eller «*behandlingen virker».*

Funnene sammenlignes med resultater i Nygaard (2018) sin studie, som har tilsvarende forskningsspørsmål. Det er samme tendens i begge studiene; at lederne i større grad oppfatter at verdiene er viktige for enheten, enn at de mener verdiene kommer til uttrykk i praksis. I studien til Nygaard (2018) er forskjellen er 0,50 – 0,55, og i min studie er variasjonen 0,47-0,58. Dette kan tolkes som at det generelt er et sprik mellom hvordan ledere rangerer betydningen av verdiene i organisasjonen og i hvilken grad de utøves i praksis. Her finnes et gap som det kan være interessant å se nærmere på.

De instrumentelle verdiene som avviker mest fra formålsverdiene fremkommer i følgende tabell:

Tabell 10 Avvik mellom formålsverdier og instrumentelle verdier

Kjerneverdi	**Formålsverdi**	**Instrumentell verdi**	**Avvik i gjennomsnitt**
Respekt	Pasientenes medbestemmelsesrett	Pasientene har medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbud	4,62 – 3,64 = 0,98
Trygghet	Åpenhet om uønskede hendelser	Medarbeiderne melder fra om uønskede hendelser	4,57 – 3,77 = 0,8
Trygghet	Åpenhet om uønskede hendelser	Pasientene får informasjon om uønskede hendelser	4,57 – 3,91 = 0,66
Kvalitet	Virkningsfull behandling	Behandlingen virker	4,77 – 4,22 = 0,55
Kvalitet	Samordnede tjenester	Tjenestene er samordnet med andre avdelinger	4,23 – 3,68 = 0,55
Kvalitet	Tilgjengelige tjenester	Tjenestetilbudet er tilgjengelig	4,48 – 3,95 = 0,53

Disse skiller seg klart ut med store avvik. Ved sammenligning av formålsverdier og instrumentelle verdier for *forebygging av feil/enheten arbeider aktivt med å forebygge feil* og *pasientsikkerhet/enheten har fokus på pasientsikkerhet*, er det lite avvik i gjennomsnittene, bare henholdsvis 0,07 og 0,22. Dette innebærer at i forhold til disse verdiene mener lederne at de er viktige og at de utøves i praksis. Målet for ønsket tilstand er nærmest nådd.

Hvordan kan en da komme videre mot ønsket tilstand på de områder der avviket er størst mellom formålsverdier og instrumentelle verdier eller mellom mål og handling? Det er lederne på alle nivåer i organisasjonen sitt ansvar å sørge for at verdiene blir tydelige i praksis. Kjerneverdiene, formålsverdiene og de instrumentelle verdiene må veves inn i hele organisasjonen, i alle ledd og i all virksomhet. (Lencioni, 2002). Lederne må sørge for at medarbeiderne forstår og etterlever verdiene i holdning og adferd.

Verdiene kan ha ulike dimensjoner, en kognitiv, følelsesmessig og motivasjonell dimensjon (Kluckhohn, 1951). I den kognitive dimensjonen, språksettes verdiene, slik at de kan forstås og forklares. I den følelsesmessige dimensjonen fører adferd til reaksjoner når adferd utøves i pakt med eller i konflikt med verdiene. Den motivasjonelle dimensjonen er sentral fordi verdier med klare mål for handling og adferd, gir en tilfredsstillelse og belønning ved måloppnåelse, noe som bidrar til økt motivasjon. De instrumentelle verdiene kan være profesjonsverdier eller regler, som medarbeiderne er motivert for å følge. En grunnleggende motivasjon hos behandlerne, som også profesjonsverdiene bygger opp under, er å gi best mulig behandling og ivareta pasientene på best mulig måte. Dette er sannsynligvis noe av grunnen til at pasientsikkerhet, virkningsfull behandling og pasientens integritet er viktige formålsverdier.

Kluckhohn (1951) skiller på eksplisitte og implisitte verdier. Verdien er gitt et innhold og en definisjon som de fleste har en oppfatning av og kan slutte seg til. Sykehuset Innlandets verdier er i stor grad eksplisitte verdier. En viktig forutsetning for å føre verdier fra mål til handling, er at lederne er bevisst organisasjonens verdier, at det er samsvar mellom beslutninger og organisasjonens verdier og lederne kommuniserer organisasjonens visjon og mål til de ansatte, med andre ord at lederne er verdibevisste.

Min egen erfaring som leder i Sykehuset Innlandet tilsier at ledelsen spesielt har vært gode på å kommunisere trygghet og sikkerhet for pasientene, mulig fordi Pasientsikkerhetsprogrammet har vært satsingsområde over tid. Samhandling med kommunene i rus- og psykisk helsearbeid har også vært holdt frem de senere årene, blant annet gjennom veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014).

Når det gjelder kvalitetsindikatorene som brukes for å måle kvalitet, er dette i stor grad knyttet til rammer og struktur for behandlingen, og ikke i samme grad til innholdet i behandlingen. Noe av grunnen til at virkningsfull behandling anses som viktig av lederne, men ikke i samme grad utøves i praksis, kan være at det er vanskelig å måle. Aasland et al (2011) hevder at opplevelsen av kvalitet handler om møter mellom mennesker, der behandleren investerer av seg selv i intersubjektiv samhandling med pasienten. Denne kvaliteten måles i liten grad av kvalitetsindikatorene. Det må primært være pasientene som uttaler seg om dette, men også i noen grad behandlerne. Feedbackverktøyene kan i noen grad fange opp den kvaliteten som Aasland et al (2011) definerer som absolutt kvalitet, som vi ser og opplever uten å henvise til et sett av kriterier.

Det som er mest overraskende er det store avviket mellom viktige verdier og verdier i praksis i forhold til pasientenes medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbudet. Erfaringsmessig er brukerorganisasjonene aktive og blir tatt med i de fleste sammenhenger der endring og utvikling av tjenestetilbudet er tema. Likevel oppfatter lederne at brukermedvirkning i forhold til utvikling av tjenestetilbudet, bare i noen grad utøves i praksis. En forklaring kan være at lederne ikke har bevissthet på brukermedvirkning i samme grad som pasientsikkerhet i utøvelse av ledelse, og at det ikke på samme måte kommuniseres til medarbeiderne. Det samme gjelder åpenhet om uønskede hendelser og at medarbeiderne bare i noen grad melder fra om uønskede hendelser. Dette er også et viktig tema for trygghet og for å forebygge feil og mangler, og bør løftes som et viktig tema fremover.

Funnene i denne studien kan i praksis bidra til at ledelsen kan bevisstgjøres på de områder der ønsket tilstand ikke er oppnådd, ha fokus på dette, ta beslutninger i overensstemmelse med målet og kommunisere visjon, mål og verdier til medarbeiderne.

6.2.3 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 3: Er det samsvar mellom verdiene lederne oppfatter som viktige og verdiene som kommer til uttrykk i praksis?

Etter å ha foretatt en bivariat analyse viser det seg at det er moderat samsvar mellom ledernes oppfatning av betydningen av kjerneverdien trygghet og i hvilken grad den utøves i praksis, med en Pearson r .441. For verdien kvalitet er det en negativ sammenheng med Pearson r -.075, og for verdien respekt en svak sammenheng, med Pearson r = .231 (Cohen og Holiday, 1982). Dette gjenspeiler sammenligningen av gjennomsnittene for kjerneverdiene, formålsverdiene og de instrumentelle verdiene gjort i forrige kapittel.

Dette tolkes som at verdiene lederne betegner som viktige og blir et mål på ønsket fremtid, samsvarer med handlinger som skal føre frem til målet, når det gjelder verdiene trygghet og i noe grad respekt. For verdien kvalitet er det en negativ sammenheng, noe som innebærer at ledernes definisjon av viktige mål for ønsket fremtid ikke samsvarer med handlingene som skal føre til målet.

Hva kan gjøres med dette i praksis? Kvalitetsindikatorene som brukes til å måle kvalitet i dag, er i stor grad knyttet til rammer og struktur, det vil si strukturindikatorer. Hvordan kan kvaliteten i behandlingen i større grad måles av pasientene og behandlerne, og ikke av lederne, samt ha fokus på aktiviteter i pasientforløpet, innholdet i behandlingen, helsegevinst og tilfredshet? I pakkeforløpene, som ble iverksatt fra 1.januar 2019 i psykisk helsevern, er feedbackverktøy innført for at pasientene i større grad kan gi tilbakemelding om behandlingen har effekt underveis i behandlingen. Evaluering av behandlingen skal også gjøres kontinuerlig. Pakkeforløpene har sterke anbefalinger om samarbeid med førstelinjetjenesten, og pasient- og pårørendeinvolvering er tillagt stor vekt. Dette kan bidra til at kvaliteten i tjenestene kan forbedres, spesielt i forhold til virkningsfull behandling, sammenhengende og samordnede tjenester. Kunnskapsbaserte og fremtidsrettede tjenester kan også være et viktig satsingsområde ved at nye evidensbaserte behandlingsmetoder tas i bruk og integreres i behandlingen.

Ledelsen på alle nivå i sykehuset har et ansvar for videreutvikling av kvaliteten i helsetjenestene og det er viktig at satsingsområder defineres og gjennomsyrer organisasjonen. At satsingsområdene knyttes til kjerneverdien kvalitet, kan bidra til å se utviklingen på enkeltområder i en større sammenheng, og dermed øke motivasjonen. Tilsammen kan dette bidra til et økt fokus på disse formålsverdiene, slik at de blir verdier for handling (Argyris og Schøn, 1989), og dermed i større grad samsvare med de instrumentelle verdiene for praksis (Aadland og Askeland, 2017).

6.3 I hvilken grad er det sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?

For å belyse denne problemstillingen er det utarbeidet 5 forskningsspørsmål som besvares i dette kapittelet. Forskningsspørsmålene omhandler ledernes verdibevissthet, ledernes vurdering av pasientsikkerhetskulturen og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå. Til slutt ser en på hvordan sammenhengen er mellom ledernes verdibevissthet, pasientsikkerhetskulturen og brukermedvirkning.

Det finnes ingen andre studier som har sett på sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og pasientsikkerhet eller brukermedvirkning. En mulig grunn til at dette ikke er gjort tidligere, kan være at trygghet i behandling og brukermedvirkning er lovpålagte oppgaver. Det er gjort studier på pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning, men ikke sett i sammenheng med ledernes verdibevissthet. I studier av ledernes verdibevissthet blir dette ofte sett i sammenheng med lederes eller medarbeideres egenskaper, som motivasjon, innovasjon, opplevelse av meningsfullhet eller lignende. Derfor vil det ikke være mulig å sammenligne funn i denne oppgaven med andre studier.

I og med at pasientsikkerhet og brukermedvirkning inngår som formålsverdier under kjerneverdiene trygghet og respekt, var det av interesse å se på mulige sammenhenger med verdibevissthet. Resultatene blir presentert i dette kapittelet og funnene blir drøftet i lys av relevant teori, og forsøkt forstått og forklart med bakgrunn i dette.

6.3.1 Drøfting knyttet il forskningsspørsmål 4: I hvilken grad er lederne verdibevisste?

Undersøkelsen viser at lederne i stor grad er verdibevisste, med et gjennomsnitt på 4,32 der 5 er svært stor grad. Høyest scorer lederne på følgende utsagn «*Jeg er bevisst mine personlige verdier*» med gjennomsnitt på 4,70, altså i tilnærmet svært stor grad. Lavest scorer lederne på utsagnet «*jeg er opptatt av å kommunisere organisasjonens verdier og mål til de ansatte*» med snitt på 4,09. Standardavviket, eller spredningen i svarene er høyest for denne variabelen på 0,81. Svarene varierer fra 2 (uenig) til 5 (svært enig). Svarene tyder på at lederne i større grad er bevisst sine egne og medarbeidernes verdier enn organisasjonens verdier. Dette drøftes senere i kapittelet. Mer informasjon om analysen finnes i tabell 5.

Et oppsiktsvekkende funn er at selv om det er langt mellom ledernivå 1 og 4 i Sykehuset Innlandet, er lederne i stor grad bevisst verdiene. Noe av utgangspunktet for denne studien var nettopp å finne ut i hvilken grad lederne på lavest nivå er bevisst organisasjonens verdier som er vedtatt på høyeste nivå. Funnene har bekreftet at lederne er verdibevisste. En usikkerhet knyttet til om dette kan generaliseres, er selvsagt det lave antall ledere som har svart, samt muligheten for at det er de lederne som er verdibevisste i utgangspunktet, som har funnet interesse i å svare på undersøkelsen.

Lencioni (2002) hevder at organisasjonens mål og verdier må realiseres gjennom lederen og derfor må verdiene gjennomsyre praksisen. Resultatet i denne studien bekrefter at organisasjonens verdier i stor grad realiseres gjennom lederen. Derimot er det vanskelig å lese ut av denne studien i hvilken grad verdiene gjennomsyrer praksis på alle områder.

Funnene viser at lederne er bevisst sine egne og medarbeidernes verdier i stor grad, noe som Busch (2012, s.93) hevder er nødvendig i normativ tilnærming til begrepet verdibasert ledelse. Verdiene må være forankret i ledernes indre og derigjennom opparbeides tillit og lojalitet blant medarbeiderne (Busch, 2012, s.94). Ledernes kjennskap til medarbeidernes verdier vil ha stor verdi i en prosess med opparbeidelse av tillit og lojalitet.

Aadland og Askeland (2017, s.77) forklarer forskjellen på verdibasert og verdibevisst ledelse med at en bevisstgjøringsprosess må foregå hos lederen og i organisasjonen, for at verdiene skal realiseres i praksis, gjennom intensjon og handling. Dette innebærer at når lederne er bevisst egne, medarbeideres og organisasjonens verdier, danner det grunnlag for prosesser som fører til en intensjon om å iverksette handling basert på verdiene. På den annen side sier ikke studien noe om ledernes bevissthet fører til slike prosesser for å realisere verdiene.

For å iverksette handling, må det tas beslutninger som også må kommuniseres til de ansatte. Beslutningene må være i samsvar med organisasjonens verdier og kommuniseres til de ansatte (Aadland og Askeland, 2017, s.115). Funnene viser at lederne i stor grad gjør dette.

Kirkhaug (2013, s77) er opptatt av at verdibasert ledelse må foregå på alle nivå i organisasjonen for å ha effekt. Denne undersøkelsen gir bare svar på ledernes verdibevissthet og forhold til organisatoriske verdier, ikke medarbeidernes, pasientenes eller ledere på andre nivåer. Funnene kan imidlertid bekrefte at verdiene som er vedtatt på høyeste nivå i organisasjonen, også utøves på laveste ledernivå, nivået som er nærmest praksis.

Med utgangspunkt i bakgrunnsinformasjonen gjorde jeg en sammenligning av gjennomsnittet mellom utdanningsnivå og verdibevissthet. Dette for å finne ut om det er forskjell på verdibevissthet avhengig av utdanningsnivå. Jeg valgte å sammenligne de med høyskole-/bachelor utdanning med ledere med profesjons-/masterutdanning, da antallet fordelte seg tilnærmet likt på disse to utdanningsnivåene. Resultatet fremgår av tabell 2 og viser at de med profesjons-/masterutdanning er noe mer verdibevisste, det vil si 0,13 høyere gjennomsnitt. Når deg gjelder verdienes viktighet er gjennomsnittet 0,22 høyere hos de med master-/profesjonsutdanning enn de med høyskole-/bachelorutdanning. Dette kan bety at de med høyere utdanning i større grad anser verdier som viktige enn de med lavere utdanning, men med bakgrunn i det relativt lave antall ledere som har svart, er det likevel vanskelig å generalisere dette funnet. Det kan være tilfeldig og kan like gjerne handle om at det generelt er ledere som er verdibevisste som har svart på undersøkelsen.

Det ble også stilt spørsmål om lederutdanning i undersøkelsen, men det er ikke gjort noen sammenligning av verdibevissthet mellom ledere med og uten lederutdanning, da det bare er 3 ledere som ikke har svart på om de har lederutdanning. Jeg kunne også valgt å spørre om profesjonsutdanning for å se om det er forskjeller på verdibevissthet innenfor profesjonene. Dette valgte jeg bort i denne studien, da jeg heller ikke har fokus på profesjonsverdiene, men kun organisasjonsverdiene. Studien til Nygaard (2018) viser at det er forskjeller på verdienes viktighet i forhold til profesjon og også utdanningsnivå. Funnene viser at ledere med sykepleierbakgrunn og ledere med 4 år universitet/høyskole eller mer skårer høyt på moralske verdier og dyder. Studien til Ostling (2017 bekrefter det samme, at lederne i barnevernet anser barnevernets verdier som viktige, og da særlig moralske verdier og dyder.

6.3.2. Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 5: Ledernes vurdering av pasientsikkerhetskulturen.

I tabell 6 fremkommer resultatene som viser at lederne i stor grad mener at pasientsikkerhetskulturen på deres enhet er god, med gjennomsnitt på 4,32 av 5 som er i svært stor grad. Skåringene varierer far 3,86 til 4,64, der lavest skår er følgende utsagn: «*Her blir uenighet håndtert riktig (dvs ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)*». Høyest skår for følgende utsagn: «*Her er det lett for ansatte å spørre om det er noe de ikke forstår».*

Pasientsikkerhetskultur gjenspeiles i verdier, holdninger, adferd og handlinger, oppfatninger, organisering, struktur og kompetanse i en organisasjon, avdeling eller enhet. (Helsedirektoratet – pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 2016). I Pasientsikkerhetsprogrammet som ble gjennomført i behandlingsenheter i alle norske helseforetak i 2012 og 2014, etter oppdrag fra Helsedirektoratet, fremkommer at 44 % av enhetene på landsbasis kan ha forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet umodent sikkerhets- og/eller teamarbeidsklima.
Mine funn kan i liten grad sammenlignes med andre undersøkelser som er gjort i forhold til pasientsikkerhetskultur, da jeg kun har brukt et utvalg av spørsmålene i The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) i denne studien.

Schein (2010) definerer kultur i en organisasjon utfra to forhold; at en gitt gruppe i organisasjonen «*deler et sett av grunnleggende antakelser»,* samt at *«kultur er basert på læring»*- sitat hentet fra definisjonen til Schein (2010) i Jacobsen og Thorsvik (1997, s. 130). Kultur utvikles når medarbeiderne lærer å mestre oppgaver og problemer ved ekstern læring som fører til intern integrasjon. Grunnleggende antakelser er med på å forme verdier og normer i en kultur. Artefakter, som kan være språk og adferd som kan observeres i en kultur, kan forme og forsterke verdier og normer. En årsak til at lederne i stor grad mener at pasientsikkerhetskulturen er god, kan være at en kultur er utviklet over tid i Sykehuset Innlandet basert på grunnleggende antagelser, artefakter, verdier og normer. Pasientsikkerhetsprogrammet har sannsynligvis bidratt til læring og mestring som har ført til intern integrasjon.

På den annen side er måling av pasientsikkerhetskultur i denne studien, basert på et lite utdrag av spørsmålene fra spørreskjemaet The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), og derfor knyttes usikkerhet til funnene. Cronbach Alpha er imidlertid på .615 noe som tilsier at det er en god sammenheng i spørsmålene som er valgt.

6.3.3 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 6: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur?

Det er gjort en korrelasjonsanalyse som viser at det er en moderat til sterk sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur med Pearson r på .633, signifikant på 0,01 nivå.

Dette er et interessant og oppsiktsvekkende funn, selv om det, som tidligere nevnt, er en viss usikkerhet knyttet til måling av pasientsikkerhetskulturen. Den gjennomgående tendensen i hele studien er at kjerneverdien trygghet har høyest score på alle målinger. Ledernes verdibevissthet har også tydelig sammenheng med bevissthet knyttet il denne kjerneverdien. Noe som innebærer at en bevisstgjøring av organisasjonens verdier kan føre til at blant annet pasientsikkerhetskulturen kan utvikles til å bli god, og vice versa kan en satsing på for eksempel pasientsikkerhet øke ledernes verdibevissthet. Dette bør kunne få praktiske konsekvenser for videreutvikling av organisasjonen som helhet.

På den annen side kan den nasjonale satsingen gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, lovverk og yrkesetiske retningslinjer, ha vel så stor betydning som ledernes verdibevissthet, på resultatet. Sannsynligvis er det en kombinasjon av flere forhold som gjensidig påvirker hverandre, som har ført til dette resultatet.

Lederens rolle i pasientsikkerhetsarbeid og utvikling av pasientsikkerhetskultur er av stor betydning (Aase, 2010). Det viser også to studier gjennomført av Bergerød (2012) og Wiig (2008) som omhandler ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet i offentlig sektor. Ledelsens holdninger og handlinger bidrar til at arbeidet med sikkerhet skaper engasjement og blir prioritert i organisasjoner. Strategiske, politiske, verdibaserte, pedagogiske, inspirerende og teknologiske ledelsesprosesser i sykehusene har vist seg å ha en god effekt i arbeidet med pasientsikkerhet. Dette viser en kompleksitet i arbeidet, som er langt utover hva denne studien omfatter. Studien bekrefter imidlertid at verdibasert ledelse og ledernes verdibevissthet har en påvirkning på utvikling av pasientsikkerhetskultur.

6.3.4 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 7: Ledernes vurdering av brukermedvirkning.

Som det fremkommer av tabell 8, er Cronbachs Alpha så lav at det ikke gir grunnlag for å si at disse påstandene til sammen kan brukes for å måle brukermedvirkning. Derfor har jeg valgt å se på påstandene hver for seg. Jeg har målt gjennomsnitt og standardavvik for hver påstand. Gjennomsnittet varierer fra 3,41 – 4,23 og det er stort sett god spredning i svarene. Lederne er i stor grad enig i at det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning ved enheten og at det i noen grad er en felles praksis mellom ansatte når det gjelder pasientenes medvirkning i egen behandling. Lederne er også i stor grad enig i at pasientene trenger å lære mer om hvordan de kan medvirke. Svarene er i samsvar med svarene i tabell 3, der lederne scoret pasientenes medbestemmelsesrett i behandling høyere enn pasientenes medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbudet.

I en studie gjennomført av Mendel et al, (2010), med tittelen «Hva ville du gjøre om du var meg, doktor?» viste det seg at et stort flertall av de 515 psykiaterne som ble spurt var mer tilbøyelige til raskt å medisinere en lidelse når det gjaldt pasienter, men ville i

større grad avvente medisinering om det gjaldt dem selv. Dette kan tyde på at psykiatere er mer opptatt av effekt i behandlingen enn av risiko og bivirkninger (Aarre og Dahl, 2012, s.599). Pasientenes medbestemmelsesrett i behandling er av stor verdi for maktutjevning og myndiggjøring av pasienten (Aarre og Dahl, 2012, s.601). Noe som bekrefter betydningen av pasientenes medbestemmelsesrett og brukermedvirkning på brukernivå.

I studien om brukermedvirkning i barnevernet av Slettebø, Oterholm og Stavrum (2010) fremkommer at de ansatte i Bufetat er opptatt av brukermedvirkning og synes det er viktig, men at det ikke finnes felles praksis for dette, og at de ansatte mente det var uklart hvordan de skulle legge opp til brukermedvirkning. Dette funnet avviker fra funnet i denne oppgaven, som viser til at lederne i stor grad mener det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning og at det er felles praksis mellom de ansatte når det gjelder medvirkning i egen behandling. Når det gjaldt brukermedvirkning på tjeneste- og organisasjonsnivå, fant Slettebø, Oterholm og Stavrum (2010) ut at barnevernet i stor grad manglet kanaler der brukerne kunne uttale seg om tjenestetilbudet. I min undersøkelse hevder lederne at pasientene bare i noen grad gis mulighet til å utvikle tjenestetilbudet.

Pasienter kan være deltakere i og mottakere av helsetjenester samtidig. Dette drøftes i boka til Slettebø og Seim (2007) om brukermedvirkning i barnevernet. Brukermedvirkning har en egenverdi i den terapeutiske behandlingen samtidig som den kan bidra til at tjenestene forbedres (Slettebø og Seim, 2007). Dette fordrer en god balansegang. Hvis vi isolert sett ser på påstandene som scorer høyest i undersøkelsen, kan det utledes av dette at enhetene har tatt innover seg brukermedvirkning som en lovfestet rettighet, og at enhetene som sådan praktiserer brukermedvirkning.

6.3.5 Drøfting knyttet til forskningsspørsmål 8: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?

Jeg har valgt å gjøre en korrelasjonsanalyse mellom ledernes verdibevissthet og enkeltpåstander fra spørreskjema om brukermedvirkning. Denne viser en moderat sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og påstanden om felles praksis mellom

ansatte i forhold til pasientenes medvirkning i egen behandling, med Pearson r på 0,478, signifikant på 0,05 nivå. Det er en svak til middels korrelasjon med Pearson r 0,300 mellom ledernes verdibevissthet og påstanden om rutiner for praktisering av brukermedvirkning.

Det kan utledes av dette at det er en sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og brukermedvirkning på brukernivå. Det kan også være tilfeldig at denne sammenhengen oppstår, blant annet at det er en lovfestet rettighet som brukerne har. En tolkning kan være at ledernes bevissthet på egne, ansattes og organisasjonens verdier, fører til at brukermedvirkning på brukernivå i noen grad utøves i praksis.

6.4 Begrensninger ved studien

Som nevnt i metodekapittelet har studien begrensninger i forhold til svarprosent, antall respondenter, spørreskjema i forhold til reliabilitet med mer. Begrensninger i dette kapittelet omhandler andre sider ved undersøkelsen enn metode. I forhold til utdanningsbakgrunn, kunne denne inneholdt profesjonsbakgrunn i tillegg til utdanningsnivå for å se om det er noen forskjell på valg av profesjonsutdanning og lederbevissthet. Busch (2012) hevder at valg av profesjon ofte gjøres utfra egne verdier. Jeg har kun fokusert på organisasjonens verdier i denne oppgaven. For mer utfyllende informasjon om ledernes verdier, kunne både individuelle verdier og profesjonsverdier vært med. Dette er valg som er gjort for å begrense oppgavens omfang og fordi fokuset i oppgaven har vært organisasjonsverdier.

Utvelgelse av informanter er gjort med begrunnelse i enhetsledere som er nærmest praksis. Utvalget kunne vært utvidet til å gjelde medarbeidere, ledere på flere nivå og pasienter. I forhold til pasientsikkerhet og brukermedvirkning ville det spesielt vært interessant å fått pasientenes stemme frem. Når det gjelder verdienes betydning og i hvilken grad de utøves i praksis, ville det vært interessant å undersøke om det er forskjeller mellom ledere på ulike nivå. Organisasjonsverdienes påvirkning for de ansatte kunne vært en egen studie, samt medarbeidernes opplevelse av organisasjonens verdier, sammenlignet med ledernes vurdering.

Å forske på pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning i helseforetak, kunne vært egne studier, som hadde gitt mulighet for å gå i dybden på problematikken. Dette har vært en klar begrensning i denne oppgaven. Jeg valgte å se på pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning kun i lys av organisasjonens verdier og sammenlignet med ledernes verdibevissthet. Disse to temaene omfatter så mye mer enn det i en organisasjon. Men det har vært spennende å se på de i lys av verdier og verdibevissthet, da dette ikke har vært gjort tidligere.

6.5 Praktiske implikasjoner

At det er en sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur, er en indikasjon på at bevisstgjøring av verdier i en organisasjon kan være av stor betydning og bidra til å sette satsingsområder inn i en større sammenheng. Dette kan skape en helhet og gi mening, som igjen kan fremme verdier (Barnard, 1938). Helhet og mening i arbeidsoppgavene er viktig i forhold til å skape motivasjon blant arbeidstakerne (Kluckhohn, 1951).

Sammenligning mellom ledernes vurdering av verdienes betydning og i hvilken grad de utøves i praksis, viser et gap mellom formålsverdier og instrumentelle verdier. Dette er viktig informasjon og kan være bakgrunn for å sette i gang prosesser for å tette dette gapet. Funnene gir viktig informasjon om satsingsområder å jobbe videre med. Skillet er størst for kjerneverdien kvalitet, herunder virkningsfull behandling, samordnede, tilgjengelige og fremtidsretta kunnskapsbaserte tjenester.

Funnene bekrefter at når det blir satt fokus på viktige temaer, som pasientsikkerhet, og dette gjennomsyrer arbeidet i hele organisasjonen, på alle nivå, gir det resultater. Kjerneverdien trygghet, og spesielt pasientsikkerhet, er gjennomgående den verdien som scorer høyest når det gjelder betydning og utøvelse i praksis.

Undersøkelsen viser gjennomgående høye score på ledernes verdibevissthet og deres kjennskap til og forståelse av organisasjonens verdier. Dette er en bekreftelse på at viktig arbeid er gjort for å formidle verdier nedover i organisasjonen.

6.6 Fremtidig forskning

Forslag til fremtidig forskning kan være å se nærmere på organisasjonsverdier, ledernes verdibevissthet og andre kjerneverdier, for eksempel kvalitet, ved å gå dypere inn i materien for å finne mer ut av det komplekse samspillet mellom organisasjon, ledelse, verdier og normer, indre og ytre rammer med mer, som påvirker utøvelse av verdibasert ledelse i en hierarkisk organisasjon med mange ledernivåer som jobber på oppdrag fra Staten.

Det hadde vært interessant å se nærmere på sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur, for å finne ut om sammenhengen er tilfeldig eller hva som er årsaken til korrelasjonen, samt hvilke andre faktorer som eventuelt spiller inn.

En annen vinkling på undersøkelsen som hadde vært av interesse, er å se nærmere på organisasjonens verdier og ledernes verdibevissthet i ansatte perspektiv. Hvilken betydning har dette for de ansatte i organisasjonen? Hvilken opplevelse har medarbeiderne og pasientene av organisasjonens verdier? Hvordan og i hvilken grad utøves de i praksis, kunne vært en interessant problemstilling i et forskningsprosjekt.

Forhold til organisasjonens verdier og verdibevissthet på alle ledernivåene er et annet interessant prosjekt å kunne gå videre med.

7. Oppsummering og konklusjoner

I dette kapittelet gjøres en konklusjon og svar på problemstillingen i kapittel 1.

Problemstilling 1: I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå?

Problemstillingen ble utløst av en forestilling om at verdier som defineres på øverste nivå i organisasjonen, i liten grad får betydning for lavere ledernivå. Denne hypotesen er ikke bekreftet, snarere tvert imot.

Enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet mener at organisasjonens verdier i *stor grad* utøves i praksis på enhetsnivå.

Forskningsspørsmål 1: Hvor viktig oppfatter lederne at organisasjonens verdier er for deres enhet?

Funnene i undersøkelsen samsvarer i stor grad med undersøkelsene til Nygaard (2018) og Ostling (2017). Lederne oppfatter at organisasjonens verdier i stor grad er viktige for deres enhet. Kjerneverdien *trygghet* oppfatter lederne som den viktigste av de tre kjerneverdiene; *kvalitet, trygghet og respekt*. Lederne oppfatter at *pasientsikkerhet (trygghet), virkningsfull behandling (kvalitet) og pasientenes integritet (respekt)* er de viktigste formålsverdiene i deres enheter. Kjerneverdien *kvalitet* oppfatter lederne er den minst viktige av de tre, herunder *samordnede- og fremtidsretta tjenester* som de minst viktige formålsverdiene.

Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad mener lederne at organisasjonens verdier utøves i praksis i deres enhet?

Dette er en gjentagelse av problemstillingen og en utdyping. Lederne mener at verdiene i stor grad utøves i praksis i deres enhet. Undersøkelsen samsvarer med funn Nygaard (2018) har gjort i sin undersøkelse. Kjerneverdien *trygghet* er den verdien lederne mener i størst grad utøves i praksis. Lederne mener at fokus på *pasientsikkerhet trygghet), aktivt arbeid med å forebygge feil (trygghet), samt ivaretakelse av pasientenes integritet og medbestemmelsesrett (respekt*) er de instrumentelle verdiene som i størst grad utøves i praksis i deres enheter. Igjen er kjerneverdien *kvalitet*, den verdien lederne i mindre grad enn de andre to, mener utøves i praksis.

Forskningsspørsmål 3: Er det samsvar mellom verdiene lederne oppfatter som viktige og verdiene som kommer til uttrykk i praksis?

Undersøkelsen viser et klart samsvar mellom betydningen av kjerneverdien *trygghe***t** og i hvilken grad den utøves i praksis. Når det gjelder *pasientsikkerhet og forebygging av feil* er det nærmest ingen avstand mellom ønsket tilstand (viktige verdier) og faktisk tilstand (verdier i praksis).

For kjerneverdien *kvalitet* er det ikke indikasjon på samsvar mellom viktige verdier og verdier i praksis. I forhold til formålsverdiene *virkningsfull behandling, samordnede og tilgjengelige tjenester* er det størst avvik mellom ønsket tilstand (viktige verdier) og faktisk tilstand (verdier i praksis).

Problemstilling 2: I hvilken grad er det sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?

Det er en *moderat til sterk sammenheng* mellom ledernes verdibevissthet og ledernes persepsjon av enhetens pasientsikkerhetskultur. Det er en *svak til moderat* sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og brukernes medvirkning på brukernivå; i form av at det er felles praksis mellom ansatte i forhold til pasientenes medvirkning i egen behandling og at det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning på enheten.

Forskningsspørsmål 4: I hvilken grad er lederne verdibevisste?

Resultatet viser at enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet i *stor grad* er verdibevisste. De er mest bevisste sine egne og medarbeidernes verdier og i noe mindre grad bevisst organisasjonens verdier. Dette er et oppsiktsvekkende funn i forhold til forestillingen om at dette var motsatt med tanke på mange ledernivåer.

Forskningsspørsmål 5: Ledernes vurdering av pasientsikkerhetskulturen i enheten.

Lederne mener at pasientsikkerhetskulturen i *stor grad* er god på deres enhet.

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur?

Det er en *moderat til sterk sammenheng* mellom ledernes verdibevissthet og pasientsikkerhetskultur i enhetene.

Forskningsspørsmål 7: Ledernes vurdering av brukermedvirkning.

Lederne mener at det i *stor grad* finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning på enheten og at det i *noen grad* er en felles praksis mellom ansatte når det gjelder pasientenes medvirkning i egen behandling.

Forskningsspørsmål 8: Hvordan er sammenhengen mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av brukernes medvirkning på individ- og tjenestenivå?

Det er en *svak til moderat* sammenheng mellom ledernes verdibevissthet og brukernes medvirkning på brukernivå.

Resultatene viser en gjennomgående tendens i hele studien, og det er at kjerneverdien *trygghet* for pasientene og formålsverdien *pasientsikkerhet*, er den verdien som lederne anser som viktigst, som i størst grad utøves i praksis og samsvarer med ledernes verdibevissthet.

Litteraturliste

Askeland, H. & Aadland, E. (red.) (2017). *Verdibevisst ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

Argyris, C. & Schøn, D. (1978). *Organizational learning. A theory of action perspective*. Reading, MS: Addison Wesley Publishing Company.

Bergerød, I. & Wiig, S. (2018). Ledelse og pasientsikkerhet. K. Aase (Red.) *Pasientsikkerhet, teori og praksis* (s. 116-130) Oslo: Universitetsforlaget.

Bergerød, I. J. (2012). *Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet – en sammenlignende casestudie av to norske sykehus*. (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger, Stavanger.

Bernard, C. (1938). *The function of the executiv*e. Cambridge (MA) Harvard University Press

Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*, Bergen: Fagbokforlaget

Cameron, K. S. & Quinn R. E. (2014*), Identifisering og endring av organisasjonskultur. De konkurrerende verdier.* Oslo: Cappelen Damm A/S.

Cohen, L. & Holliday, M. (1982). *Statistics for social scientists*. London: Harper and Row.

Deilkås, E. T. (2009). Pasientsikkerhetskultur på norsk, *Tidsskrift Norsk Legeforening, 1/2009, 129:7.* https://tidsskriftet.no/2009/01/medisinsk-nytt/pasientsikkerhetskultur-pa-norsk

Delikås, E. & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (short form 2006), *BMC Health Services Research Unit,* 8:191 doi:10.1186/1472-6963-8-191.

Deth. J.W.v ,& Scarbrough, E., (1995). The concept of values In J.W.v.Deth & E.Scarbrough (EDS). *The Impact of values* (pp21-47) Oxford University Press

Devold, K. (2011) *Verdibevissthet-en kilde til indre motivasjon, mindfullness og maximizing*? (Masteroppgave). VID Vitenskapelig høgskole, Oslo.

Everett, E. L. & Furuseth, I, (2012,) *Masteroppgaven: Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.

Falkenberg, G., (2006). *Verdier og sosiale normer i store norske virksomheter*. Fafo-rapport 2006:8

Grunnloven (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra https://lovdata.no/lov/1814-05-17.

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006) *Multivariate data analysis* (6.utg) New Jersey: Pearson Education Inc.

Halvorsen, C.H., (2017) *Verdier på veggen, i veggene eller i veien*? (Masteroppgave) VID Vitenskapelig Høgskole, Oslo.

Helsedirektoratet (u.å.). Hentet 30.april 2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet (2019), *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.* Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsedirektoratet (2014), *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7, Strategi 2014-2018.* Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/resultater/rapporter

Helsedirektoratet (2016), *Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014*, IS-2406, 01/2016. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/resultater/rapporter

Helsedirektoratet (2014), *Sammen om mestring*, veileder IS-2076, 28/2-2014. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet – trygge tjenester*. (Meld. St. 10 (2012-2013)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64 .

Jacobsen, D. I. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Cappelen Damm AS.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4.utg.). Bergen:

Fagbokforlaget.

Jacobsen, E. (2015), Bedre pasientsikkerhet? *Tidsskrift Den norske legeforening, 2015; Vol 13 (16). (pp585)*

Johannessen, A. (2007). *Introduksjon til SPSS (*3.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS

Johannessen, A, Tufte P.A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kirkhaug, R. (2018). *Verdibasert ledelse* (2.utg.*)*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kluckhohn, C. (1951) Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. I T. Parsons, og E.A. Shils, (red.): *Toward av general theory of action* (s 388-433). Cambridge, Mass.: Harward University Press.

Kuvaas, B. (red.) (2008): *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM.* Bergen: Fagbokforlaget.

Lencioni, P.M. (2002), Make your values mean something. *Harward Business review, 80 (7), (s. 113-117)*

Løvaas B.J. (2017) Hva fremmer motivasjon på arbeidsplassen? I: E. Aadland og H. Askeland H. (red.) *Verdibevisst ledelse* (s. 221-238). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

Mendel, R., Hartmann, J., Traut-Mattausch, E., Bühner, M., Kissing, W. & Frey, D. (2010), «What would you do if you were me, doctor?" Randomised trial of psychiatrics personal v. professional perspectives on treatments recommendations. *The British Journal of Psychiatry, 197(6), (s.441-447).*

Mintzberg, H. (1994). Rounding out the Manager's job. I: *Sloan management review/fall. (s. 11-26).*

Morvik, H. K. (2018). *Rom, sted og tid. Ledelse og verdier i praksis*. (Masteroppgave). VID Vitenskapelig høgskole, Oslo.

Nygaard, Jørn (2018) *Hvilken betydning har lederes verdier?* (Masteroppgave). VID Vitenskapelig høgskole, Oslo

Ostling, K. A. (2017). *I hvilken grad er det samsvar mellom ledernes verdier og deres persepsjon av organisasjonens og myndighetenes verdier?* (Masteroppgave). VID høyskole, Oslo

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63.

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07.02-62). Hentet fra https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values.* New York: Free Press.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61.

Schein, E.H. (2010) *Organizational Culture and Leadership* (4.utg.). San Fransisco, California: Jossey Bass.

Seim, S. & Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Selznick, P. 1997 (1957). *Lederskap.* Oslo: Tano-Aschehoug

Sexton, J.B.., Helmrich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R. & Thomas, E.J., (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006, **6**:44 doi:10.1186/1472-6963-6-44. https://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44

Slettebø, T., Oterholm, I. (2010). *Brukermedvirkning I det statlige regionale barnevernet,* Rapport 2010/3, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo. https://core.ac.uk/reader/52042610.

Store medisinske leksikon (u.å.). Hentet 30.april 2020 fra https://sml.snl.no

Store norske leksikon (u.å). Hentet 30.april 2020 fra https://snl.no

Sykehuset Innlandet (u.å.). Hentet 30.april 2020 fra www.sykehuset-innlandet.no/om-oss/kvalitet/feil-og-skader.

Sykehuset Innlandet (2018). *Virksomhetsstrategi 2018-2021.* https://sykehuset-innlandet.no/Documents/Virksomhetsstrategi%202018-2021%20for%20Sykehuset%20Innlandet.pdf

Vørang, H. (2008). *Brukermedvirkning er ikke spesielt vanskelig, men det er heller ikke spesielt lett!* (Masteroppgave), VID Vitenskapelig høgskole, Oslo

Weber, Max (1999) (1922) *Verdi og handling*. Norge: Valdres trykkeri.

Wiig, S. (2008). Contributions to Risk Management in Public Sector. (Doctorial Thesis). Faculty of Social Sciencis, University of Stavanger, no 48. http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/184263.

Aadland, E (2004) *Den truverdige leiaren.* Oslo: Det Norske Samlaget.

Aadland, E. (2010) Values in professional practice: towards a critical methodology. *Journal of Business Ethics*, 97(3), (461-472).

Aadland og Skjørshammer (2017). Verdiforskning i helsetjenesten, I E. Aadland & H. Askeland (Red.). *Verdibevisst ledelse* (s. 323-362). Oslo: Cappelen Damm AS.

Aarre, T. F. og Dahl, A.A. (red) (2012). *Praktisk psykiatri*, Bergen: Fagbokforlaget.

Aarre, T. F. og Skjølberg, Å. (2012) Brukermedverknad og myndiggjering. I Aarre T.F. & Dahl A.A. *Praktisk psykiatri* (s. 599-614). Bergen: Fagbokforlaget.

Aase, K (red.). (1996). *Pasientsikkerhet, teori og praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Aasland, D. G., Eide, S. B., Grelland, H.H., Kristiansen, A. & Sævereid, H.I. (2011). *Kvalitet og kvalitetsopplevelse* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1. Spørreskjema

Høyeste utdanningsnivå

Videregående skole

Høyskole/bachelor

Profesjons-/masterutdanning

Lederutdanning

Etter-/videreutdanning

Bachelor

Master

Annet

1. Organisasjonens verdier i praksis (Nygaard, 2018)

Hvor viktig oppfatter du at disse verdiene er for din enhet?

(skala fra 1-5 hvor 1=svært uviktig og 5=svært viktig)

Kvalitet

Virkningsfull behandling

Samordnede tjenester

Sammenhengende behandling

Tilgjengelige tjenester

Kunnskapsbasert tjenestetilbud

Fremtidsretta tjenester

Trygghet

Pasientsikkerheten

Forebygging av feil

Åpenhet om uønskede hendelser

Respekt

Pasientenes integritet

Pasientenes medbestemmelsesrett

I hvilken grad kommer verdiene til uttrykk i praksis i din enhet? (Nygaard, 2018)

(skala fra 1-5 hvor 1=i svært liten grad og 5= i svært stor grad)

Kvalitet

Behandlingen virker

Tjenestene er samordnet med kommunene

Tjenestene er samordnet med andre avdelinger

Behandlingen er sammenhengende

Tjenestetilbudet er tilgjengelig

Tjenestene er kunnskapsbasert

Tjenestene er fremtidsretta

Trygghet

Enheten har fokus på pasientsikkerhet

Enheten arbeider aktivt med å forebygge feil

Medarbeiderne melder fra om uønskede hendelser

Pasientene kan få informasjon om uønskede hendelser

Respekt

Pasientenes integritet blir ivaretatt

Pasientene har medbestemmelsesrett i egen behandling

Pasientene har medbestemmelsesrett i utvikling av tjenestetilbudet

2. Grad av ledernes verdibevissthet (Devold, 2011)

(skala fra 1-5, der 1=svært uenig og 5=svært enig)

1. Jeg er bevisst mine egne personlige verdier

2 Jeg er bevisst mine medarbeideres verdier

3. Jeg er bevisst min organisasjons verdier

4. Det er samsvar mellom mine beslutninger og organisasjonens verdier

5. Jeg er opptatt av å kommunisere organisasjonens visjon og mål til de ansatte

3. Ledernes vurdering av pasientsikkerhetskultur (utvalg fra Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), 2006)

(skala fra 1-5, der 1=svært uenig og 5=svært enig)

6. Her er det vanskelig å si fra om det oppdages et problem i pasientbehandlingen.
7. Her blir uenighet håndtert riktig (dvs ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten).
8. Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår.
9. Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her.
10. Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerheten.
11. Det er vanskelig å diskutere feil her.
12. Ansatte oppmuntres til å si fra om enhver pasientsikkerhetsbekymring som de måtte ha.
13. De ansattes innspill blir godt mottatt her.
14. Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil.

4. Ledernes vurdering av brukernes medvirkning (Slettebø et al, 2010)

(skala fra 1-5, der 1=svært uenig og 5=svært enig)

15. Det finnes rutiner for praktisering av brukermedvirkning ved enheten.
16. Brukermedvirkning er et uklart begrep og derfor vanskelig å praktisere.
17. Pasientene gis mulighet til å medvirke i utvikling av tjenestetilbudet.
18. Det er en felles praksis mellom de ansatte når det gjelder pasientenes medvirkning i egen behandling.
19. Brukermedvirkning innebærer at fagfolkene overlater for mye av ansvaret til pasientene.
20. Behandlingsideologien ved enheten står i motsetning til pasientenes medvirkning.
21. Pasientene trenger å lære mer om hvordan de kan medvirke.
22. Pasientene gis mulighet til å påvirke egen behandling.

NSD sin vurdering

Prosjekttittel
Masteroppgave verdibasert ledelse

Referansenummer
303519

Registrert
27.10.2019 av Laila Olsen - laila_olsen@hotmail.no

Behandlingsansvarlig institusjon
VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)
Olav Helge Angell, Olav.Helge.Angell@vid.no, tlf: 90838037

Type prosjekt
Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student
Laila Olsen, laila_olsen@hotmail.no, tlf: 98823007

Prosjektperiode
01.01.2020 - 02.05.2020

Status
04.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

04.12.2019 - Vurdert
Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så
gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 04.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen r
innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NS
oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødver
melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 02.05.2020.

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

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til

Vedlegg 3

Fra: Benedicte Thorsen-Dahl <Benedicte.Thorsen-Dahl@sykehuset-innlandet.no>
Sendt: 8. januar 2020 19:27
Til: Laila Olsen <Laila.Olsen@sykehuset-innlandet.no>
Kopi: Liv Hammerstad <Liv.Hammerstad@sykehuset-innlandet.no>
Emne: SV: Masteroppgave - Verdibasert ledelse i praksis

Hei!
Som du så av forrige mail har jeg nå videresendt dette til personvernombudet i SI for at de kan se på det og ta kontakt med deg om hvordan dette kan håndteres i tråd med GDPR.
HR direktør var også veldig positiv og håpet at du ville sende endelig oppgave slik at de kunne lese denne. Spennende arbeid.

Beste hilsen Benedicte

Fra: Laila Olsen <Laila.Olsen@sykehuset-innlandet.no>
Sendt: 4. januar 2020 16:27
Til: Liv Hammerstad <Liv.Hammerstad@sykehuset-innlandet.no>; Benedicte Thorsen-Dahl <Benedicte.Thorsen-Dahl@sykehuset-innlandet.no>
Emne: Masteroppgave - Verdibasert ledelse i praksis

Hei og godt nytt år til dere

Som dere vet, har jeg fått støtte til masterutdanning i Verdibasert ledelse ved VID-Vitenskapelig Høyskole. Jeg er i ferd med å sluttføre studiet med en masteroppgave. Jeg har sett på verdiene som Sykehuset Innlandet har definert, og ønsker å finne ut i hvilken grad enhetslederne i divisjon psykisk helsevern mener at verdiene utøves i praksis og hvordan sammenhengen er mellom ledernes verdibevissthet, pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning, som er to viktige verdidimensjoner i SI.
Dette er en kvantitativ spørreundersøkelse og jeg har utarbeidet et spørreskjema som jeg tenker å sende ut til enhetslederne i divisjon psykisk helsevern. **Jeg ber om tillatelse til dette.** Vedlagt finner dere prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv med samtykke og spørreskjema. Under finner dere godkjenning fra NSD Personvern.
Jeg vet at vi skal møtes på Ledermøte i DPS Gjøvik 15/1-20. **Kan jeg da få en prat med dere om dette? Jeg skal være ferdig med oppgaven 4/5-20 og trenger derfor en avklaring. Er det evt noe mer jeg må gjøre ?**

Vennlig hilsen

Laila Olsen
Enhetsleder DPS Gjøvik Poliklinikk Valdres
Tlf 61117493/97475057

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK NR 126764

Verdibasert ledelse

Opplysningene som er kommet inn gir tilstrekkelig informasjon, og saken er vurdert av personvernombudet i Sykehuset Innlandet. Første del av dette dokumentet inneholder den opprinnelige teksten fra meldeskjemaet - til personvernombudet fra innmelderen. Andre del av dokumentet inneholder personvernombudets vurdering. Før personvernombudet gjorde sin vurdering, ble det innhentet flere opplysninger og annen dokumentasjon enn den opprinnelige meldeteksten viser.

Generelle opplysninger

Innmelders navn	Laila	Olsen
Innmelder e-post	laila.olsen@sykehuset-innlandet.no	
Er innmelder ansatt i SI?	Ja	
Innmelders arbeidssted	Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik, Poliklinikk Valdres	
Prosjektleders navn		
Hva slags sak er dette?	Utdanningsprosjekt	
Innhentes det samtykke	Ja	

Beskrivelse av formålet

Formålet er å finne ut i hvilken grad enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet mener at organisasjonens verdier utøves i praksis på enhetsnivå, og hvordan sammenhengen er mellom ledernes verdibevissthet og ledernes vurdering av enhetens pasientsikkerhetskultur og brukermedvirkning.

Om personopplysningene

Hvilken type opplysninger skal hentes?	Spørreskjema sendes ut til ansatte, dvs enhetslederne i divisjon psykisk helsevern i SI. Det brukes e-postadresser (sykehuset innlandets) ved utsendelse. Personopplysninger i spørreskjema er utdanningsnivå.