

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidater: Kristine Hellesvik og Lene Bülow Langsæter

Meldekultur i spesialisthelsetjenesten

Dato: 20. juni 2018

Totalt antall sider: 63

FORORD

Nå er vi kommet til veis ende med vår masteroppgave i MBA Helseledelse. Å skrive masteroppgave har både vært spennende og utfordrende på samme tid, og det har vært en lærerik, givende og inspirerende prosess. Utfordrende fordi vi har skrevet sammen på tross av at vi bor og jobber 1191 kilometer fra hverandre. Spennende fordi vi har møttes på ulike steder - som Trøndelag, Spania, Island, Bodø og Tromsø - for å skrive, tenke, konspirere og planlegge. Inspirerende fordi vi har diskutert mye, men alltid blitt enige til slutt. Lærerikt fordi vi har fått fordypet oss i og lært mye om et interessant tema, og givende fordi svarene fra vår spørreundersøkelse ga oss mye interessant stoff å jobbe med.

I arbeidet med oppgaven er det flere personer som har vært viktige for oss. Først vil vi takke vår veileder Kari Nyland for gode tilbakemeldinger og støtte underveis. Våre medstudenter som i en travel hverdag tok seg tid til å svare på og komme med tilbakemeldinger på vår pilotundersøkelse. Line Grongstad som har kommet med idéer og konstruktiv kritikk, og ikke minst vil vi takke familie, venner og kollegaer i Mo i Rana og Kirkenes som har vært svært tålmodige med oss, både når vi har vært mye borte og når vi kun har vært fysisk tilstede. Vi vil også takke alle respondentene som har svart på spørreundersøkelsen, uten dem ville ikke studien vært mulig.

Til sist vil vi takke hverandre for et umåtelig godt samarbeid! Måtte vi også skrive vår neste masteroppgave sammen.

Mo i Rana og Kirkenes 20. juni 2018

Lene Bülow Langsæter

Kristine Hellesvik

ABSTRAKT

Uønskede hendelser skjer jevnlig, og rapportering av disse er en viktig del av kvalitets- og forbedringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Hensikten med å sende avvik er ikke å peke ut syndebukker, men å øke pasientsikkerheten. Helsemyndighetene forventer at avvik meldes. Likevel viser forskning at avvik underrapporteres, og det diskuteres hvorfor. Det er behov for kunnskap om faktorer som fremmer og hemmer avviksrapporing i helsetjenesten. Formålet med denne masteroppgaven er å få større forståelse av den interne meldekulturen ved to utvalgte sykehus i Helse Nord. Følgende problemstilling er formulert:

«Hvorfor meldes ikke alle uheldige hendelser i avvikssystemet Docmap, og hvilke tiltak bør iverksettes for å forbedre meldekulturen?»

Det er valgt en kvantitativ metodisk tilnærming, og en spørreundersøkelse er sendt ut til alle ansatte i somatiske avdelinger ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og Finnmarkssykehuset Kirkenes. Oppgaven har et hypotetisk – deduktivt design, og det tas utgangspunkt i fire påstander.

171 respondenter besvarte spørreundersøkelsen, hvorav 91 fra Finnmarkssykehuset og 80 fra Helgelandssykehuset. Resultatet viser at uheldige hendelser underrapporteres og hovedårsakene er tidspress, usikker definisjon av hva som er en uheldig hendelse, det er en nedprioritert oppgave, samt at avdelingens kultur for å melde er avgjørende. Til tross for at mange opplever at det ikke nytter å sende avvik, meldes avvik likevel. Videre viser funnene at det blant ansatte er et stort ønske om større åpenhet rundt uønskede hendelser, og ønske om forbedring av meldekulturen.

Oppsummert viser det seg at det er stor grad av underrapportering i det interne avvikssystemet Docmap, og riksrevisjonens refs av foretakenes meldekultur er derfor også gjeldende for de avvikene som ikke rapporteres til Helsedirektoratet. Respondentene ønsker, og jobber for, at det skal bli en meldekultur som sier det er greit å melde avvik. Det ligger likevel en forutsetning om at de ansatte må ha tilstrekkelig opplæring og tid til å melde.

ABSTRACT

Unwanted incidents happen at a regular basis, and reporting these are an important part of improving the quality of the Norwegian health service. The purpose of reporting these events is not to designate a scapegoat, but to increase patient safety overall. The health authorities expect unwanted incidents to be reported. Nevertheless, research shows that such events are under-reported, and we need to discuss why. There is a need for knowledge of factors that promote and inhibit reporting in the health service. The purpose of this master thesis is to gain a better understanding of the internal reporting culture of two selected hospitals in the North of Norway. We aim to study the following question:

"Why are unfortunate events not always reported in the reporting system Docmap, and what measures should be taken to improve the reporting culture?"

A quantitative methodological approach was chosen, and a survey was sent to all employees in somatic departments at Helgelandssykehuset Mo i Rana, and Finnmarkssykehuset Kirkenes. The assignment has a hypothetical-deductive design and is based on four assertions.

171 employees responded to the questionnaire, 91 from Finnmarkssykehuset and 80 from Helgelandssykehuset. The result shows that when unfortunate events are not reported this is mainly due to time pressure, unclear definition of an unfortunate event, the task is not prioritized, and the workplace culture of reporting is not optimal. Even though many people don't find reporting useful, most employees still do report some unfortunate events. Furthermore, the findings show that among employees there is a great interest in more openness about unwanted events and they wish to improve the reporting culture.

In summary, it appears that there is a great deal of under reporting in the internal reporting system Docmap, and the findings of poor reporting culture in hospitals therefore also apply to Helse Nord. The respondents show interest in improving the culture by saying that it is advisable to report deviations. However, it is a prerequisite that employees must have sufficient education in the reporting system and the time to do it.

INNHOOLD

1.	INNLEDNING	7
1.1	Bakgrunn for oppgaven	7
1.2	Problemstilling.....	8
1.3	Begrepsavklaringer	8
1.3.1	Uheldige hendelser	8
1.3.2	Avvikssystemet Docmap.....	8
1.3.3	Avvik og tiltak.....	9
1.3.4	Meldekultur	9
1.4	Avgrensning av oppgaven	9
1.5	Oppbygning av oppgaven.....	10
2.	KONTEKST AVVIKSSYSTEMET	11
2.1	Meldeordningen.....	11
2.2	Meldeplikten	11
2.3	Formål med meldeordningen.....	12
2.4	Melde avvik i Docmap	12
2.5	Mottak av avvik i Docmap	13
3.	TEORETISK RAMMEVERK	14
3.1	Læring i ekspertorganisasjon.....	14
3.1.1	Ekspertorganisasjon	14
3.1.2	Forsvarlig praksis	15
3.1.3	Læringssirkelen	16
3.2	Erfaring og beslutning	17
3.2.1	Meldesystemet som del i kontinuerlig forbedring.....	17
3.2.2	Beslutningsprosessen	18
3.3	Kultur.....	19
3.3.1	Organisasjonskultur.....	19

3.3.2	Meldekultur	20
3.3.3	Fryktkultur.....	20
3.4	Oppsummerende teori.....	21
4.	METODE	24
4.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv	24
4.2	Valg av metode	25
4.3	Kvantitativ metode	26
4.4	Spørreundersøkelse.....	27
4.5	Forskningsetikk og personvern.....	28
4.6	Validitet og reliabilitet.....	29
4.7	Generalisering.....	30
4.8	Metodekritisk refleksjon.....	31
5.	EMPIRI	33
5.1	Bakgrunnsdata fra Docmap	33
5.2	Questbackundersøkelsen	34
5.2.1	Respondentenes bakgrunnsvariabler	34
5.2.2	Avvik som ikke blir meldt.....	35
5.2.3	Avvik som burde vært meldt, og avvik som blir meldt.....	37
5.2.4	Årsak til ikke å melde avvik.....	39
5.2.5	Årsak til å melde avvik.....	41
5.2.6	Nytteverdi av å melde avvik.....	42
5.2.7	Negative opplevelser ved avvik	43
5.2.8	Oppfordre andre til å melde avvik.....	44
5.2.9	Tilbakemelding på avvik	44
5.2.10	Kjennskap til og opplæring i avvikssystemet.....	45
5.2.11	Forbedringsforslag	47
6.	DRØFTING/ANALYSE.....	50

6.1	Innledende funn	50
6.2	Kunnskap	50
6.3	Erfaring	52
6.4	Prioritering	54
6.5	Kultur	56
6.6	Tiltak for å forbedre meldekulturen.....	58
7.	AVSLUTNING	61
8.	REFERANSER	62

Vedlegg 1 – Tema for masteroppgaven	i - i
Vedlegg 2 – Spørreundersøkelsen	ii - vii
Vedlegg 3 – Norsk senter for forskningsdata	viii - ix
Vedlegg 4 – Søknad om godkjenning hos klinikksjef	x - xi

1. INNLEDNING

I dette kapittelet vil vi redegjøre for bakgrunnen for oppgaven og hva tema for oppgaven er. Vi kommer til å presentere problemstilling, si litt om avgrensninger for oppgaven, samt presentere oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Uønskede hendelser skjer jevnlig, og rapportering av disse er en viktig del av kvalitetsforbedringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Hensikten med å varsle om avvik er ikke å peke ut syndebukker, men å øke pasientsikkerheten. Helsemyndighetene forventer at avvik meldes. Likevel viser forskning at avvik underrapporteres, og det diskuteres hvorfor. Det er behov for kunnskap om faktorer som fremmer og hemmer avviksrapportering i helsetjenesten. Helse Nord sendte i juni i fjor ut flere forslag til tema på masteroppgaver for studentene på MBA i Helseledelse. Ett av forslagene var å se nærmere på kultur for avviksmeldinger (Vedlegg 1).

God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at slike hendelser gjentar seg. Derfor er det viktig at helseforetakene har et internt avvikssystem der helsepersonell kan melde uønskede hendelser, inkludert nestenulykker, og at systemet fungerer på en optimal måte. Dessverre er det slik at ikke alle hendelser meldes (Hofstad, 2015), og det er viktig å avdekke hvorfor de ikke meldes, for å kunne lære av det og forbedre meldekulturen. Riksrevisjonen gir foretakene refs for dårlig meldekultur: «*Høy brukerterskel i det elektroniske avvikssystemet, tidspress og ulike definisjoner av hva som er en uønsket hendelse, utgjør hindringer for en enhetlig meldepraksis i sykehusene*» (Storvik, 2016).

Riksrevisjonen legger fram at det er flere faktorer som påvirker hvorvidt hendelser blir meldt og fulgt opp. De ansatte må ha tilgang og tilstrekkelig opplæring og tid til å melde, det må være en meldekultur som tilsier at det er greit å melde avvik og at definisjonen på avvik er tydelig. I tillegg påvirkes meldekulturen av de ansattes tanker om at avvikssystemet er som et angiversystem, hvor enkeltpersoner og menneskelig svikt er forklaringen (Foss, 2016b). Riksrevisjonen skriver her kun om de avvikene som blir sendt videre til meldeordningen¹, vi ønsker å fokusere på de avvikene som blir meldt av ansatte, både de som sendes videre i

¹ Med meldeordningen mener vi Helsedirektoratets system for håndtering av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.

meldeordningen og de som behandles ferdig i sykehusene. Dette vil vi forklare nærmere i kapitlet om avvikssystemet og meldeordningen.

Vi ønsker å øke vår kunnskap om hvorfor ansatte ikke melder alle avvik, og hvilke tiltak som eventuelt må iverksettes for å gjøre det mulig å forbedre systemet. Finnmarkssykehuset, Kirkenes og Helgelandssykehuset, Mo i Rana er de to sykehusene vi tar utgangspunkt i, hvor vi vil se på forskjeller og likheter i bruk og forståelse av regionens meldesystem Docmap. Begge studentene har egne erfaringer rundt bruk av avvikssystemet, og vi har selv både meldt inn uønskede hendelser og oppfordret andre til å gjøre det. Vi ønsker å kartlegge hvordan de to sykehusene både forstår *hva* som skal meldes, *hvordan* det meldes og *hvorfor* de eventuelt melder eller ikke melder en uønsket hendelse.

1.2 Problemstilling

Hensikten med denne masteroppgaven er å studere hvordan avvikssystemet i Helse Nord fungerer for de ansatte. Studien forankres i deskriptiv og normativ teori, som sammenfattes med empiri. Vi har brukt spørreskjema for å innhente informasjon fra de ansatte ved de to sykehusene for å få belyst deres syn på, erfaringer med og bruk av avvikssystemet. Ut i fra dette har vi formulert følgende problemstilling:

«Hvorfor meldes ikke alle uheldige hendelser i avvikssystemet Docmap, og hvilke tiltak bør iverksettes for å forbedre meldekulturen?»

1.3 Begrepsavklaringer

1.3.1 Uheldige hendelser

«Uheldige hendelser er en handling eller omstendighet som gjorde eller kunne gjort at det skjedde noe som ikke skulle hendt. Uheldig er synonymt med uønsket og utilsiktet. Uheldig sier ikke noe om årsak eller skyld, eller om hendelsen skyldes systemsvikt eller menneskelig feil, eller begge deler» (Hjort, 2011 s. 14). Vi definerer i oppgaven også uheldige hendelser som synonymt med ordet «avvik».

1.3.2 Avvikssystemet Docmap

Her mener vi Helse Nord's avvikssystem i Kvalitet og forbedringssystemet Docmap. Dette systemet henger sammen med Helsedirektoratets system om meldeplikt og meldinger, omtalt som «Meldeordningen». Meldeplikten til Helsedirektoratet er lovregulert i

Spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-3 av 24. juni 2011 (Helsedirektoratet, 2017). Meldingene som sendes i avvikssystemet Docmap er ikke lovregulerte, men er til for å skape læring og forbedring i Helse Nord. Hensikten med avvikssystemet er å avdekke systematiske uhell og feil for å unngå at det skjer igjen. Avvikssystemet er et redskap for kvalitetsforbedring (Joks, 2018b). Det er ikke alle meldinger i Docmap som er meldepliktig til Helsedirektoratet. Hendelser med konsekvens eller mulig konsekvens for personalet er ikke meldepliktig til Helsedirektoratet, det samme gjelder hendelser som ikke har direkte sammenheng med pasientbehandlingen (Saastad, 2017).

1.3.3 Avvik og tiltak

Avvik involverer pasient og/eller personell som har tilknytning til virksomheten. Med tiltak mener vi her forbedringer som initieres av ledergruppen, enten av nærmeste leder til melder, eller klinikkjef og direktør, eller helt oppe på Helse Nord nivå. Hvilke tiltak som krever handling på hvilket nivå, vil være forskjellig. Ved avviksmeldinger er det fokus på hendelser, ikke personer (Joks, 2018a).

1.3.4 Meldekultur

Meldekultur består av ulike faktorer ved en arbeidsplass. Hvordan avvik omtales og følges opp har stor betydning for kulturen (Thorsvik, 2017). Med meldekultur mener vi alt fra de ansattes egne opplever, til hvordan det tekniske systemet fungerer. Det innebærer hvordan ansatte melder og hvorfor, om de opplever positiv eller negativ respons på å melde, og om det er elementer på arbeidsplassen som er til hinder for å melde avvik.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Vår oppgave omhandler kultur for å skrive avviksmeldinger i Helse Nord. Vi har valgt å begrense oppgaven til å omhandle de to sykehusene vi selv er ansatt ved; Helgelandssykehuset, Mo i Rana og Finnmarkssykehuset, Kirkenes. Sykehusene er noenlunde sammenlignbar i størrelse, da de er lokalsykehus med omtrent 450 ansatte hver i somatikken. Vi vil beskrive litt generelt om avvikssystemet og vise til statistikk hentet fra nasjonale rapporter. Øvrig tallmaterialet har vi hentet fra foretakenes databaser kun gjeldende for de to sykehusene, og gjennom spørreundersøkelsen.

Vi kommer ikke til å gå inn på de ulike avvikstypene som ligger i Docmap, eller vurdere alvorlighetsgrad og konsekvens av avviksmeldinger. Vi vil i oppgaven heller ikke legge vekt på ledernes roller, oppfatninger og bruk av avvikssystemet.

1.5 Oppbygning av oppgaven

I kapittel 2 vil vi gi leseren en kontekst for oppgaven ved å presentere relevante lovverk og prosedyrer for hvordan både forstå og bruke avvikssystemet.

Vi presenterer det teoretiske utgangspunktet vi har valgt i kapittel 3. Teorien fører fram til fire forskningsspørsmål vi ønsker å analysere nærmere. Vi har valgt å kalle dem for «påstander», da spørsmålene alene ikke kan gi svar på hele problemstillingen.

I kapittel 4 gjør vi rede for hvilke metodiske valg vi har tatt og vårt forskningsdesign.

Videre vil vi beskrive studiens empiriske del i kapittel 5. Her presenteres datamaterialet fra spørreundersøkelsen, som er formidlet både ved bruk av tabeller og tekst.

I kapittel 6 drøfter vi problemstillingen og påstandene opp mot de funnene vi har gjort i empirien. Det blir så sammenfattet med teori og egen erfaring og kunnskap om temaet.

Kapittel 7 oppsummerer oppgaven og gir svar på dens problemstilling, samtidig som vi gir anbefalinger på grunnlag av de funn vi har gjort.

Litteraturliste finnes i kapittel 8, og til slutt vedlegg.

2. KONTEKST AVVIKSSYSTEMET

Dette kapittelet består av en presentasjon av relevante lovverk, styringskrav og regionale prosedyrer, hvor vi gir leseren mulighet for å forstå hvordan meldesystemet er tenkt å fungere. Vi vil forklare meldeordningen, meldeplikten og det regionale avvikssystemet Docmap.

2.1 Meldeordningen

Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (heretter kalt meldeordningen) er lagt til Helsedirektoratet, og mottar omtrent 10 000 meldinger årlig. Innsending av meldinger skjer elektronisk, som regel fra helseinstitusjonenes interne avvikssystem, til Helsedirektoratet via Norsk Helsenett. Disse meldingene er anonymisert og det er institusjonen selv som har ansvaret for å behandle den uønskede hendelsen, og som eventuelt beslutter å iverksette tiltak. En melding til meldeordningen kan ikke alene legge grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak mot helsepersonell. De uønskede hendelsene som blir meldt inn sorteres i risikoområder, og legger grunnlag for ulike læringsnotat. Helsedirektoratet ønsker at helsetjenesten skal bruke meldeordningen aktivt for å redusere antall uønskede hendelser. Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal meldeordningen varsle Statens helsetilsyn (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Meldeplikten

Lov om spesialisthelsetjenesten §3-3 pålegger helseinstitusjoner å sende melding i meldeordningen om alvorlige uønskede hendelser som førte til eller kunne ført til betydelig skade for pasient. I praksis skal den enkelte ansatte følge institusjonens rutiner for avviksmeldinger, og det innebærer å melde avvik gjennom det elektroniske avvikssystemet. I §3-3 står det videre at den uønskede hendelsen skal meldes så snart som mulig og senest innen 24 timer etter at den er oppdaget. Uønskede hendelser som førte til eller kunne ført til betydelig personskaade skal meldes, i tillegg skal det meldes uønskede hendelser som oppstår som følge av mangel på ytelse av helsetjeneste. Med ytelse av helsetjeneste menes veiledning, undersøkelse, diagnostisering, forebygging, donasjon, behandling, tilsyn, pleie og omsorg. Skadegraden «betydelig» vurderes ut fra konsekvenser for pasienten. Veilederen til spesialisthelsetjenesteloven beskriver hva som menes med betydelig skade (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Formål med meldeordningen

Hovedformålet med meldeordningen er å forebygge at uønskede hendelser skjer igjen, den skal avklare årsaken bak og på den måten bedre pasientsikkerheten. Å lære noe av uønskede hendelser blir hovedfokuset for meldeordningen og meldeplikten. Bak de fleste uønskede hendelser kan det finnes systemsvikt eller mangler som kan forbedres. Det er menneskelig å feile, men det er sjeldent menneskelig svikt som er årsaken til en uønsket hendelse alene. Meldeordningen har fokus ut i fra et systemperspektiv hva angår årsaken til hendelsen. Slik skal helsetjenesten kunne lære av sine feil og forebygge at uønskede hendelser oppstår igjen (Saastad, 2018).

De innmeldte uønskede hendelsene forteller oss noe om institusjonens evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser, men de sier nødvendigvis ikke hvor mange uønskede hendelser som faktisk finner sted. Antallet innmeldte uønskede hendelser sier heller ikke noe om kvaliteten på tjenesten. Dette kommer an på ulike faktorer som virksomhetens størrelse, kultur for å melde avvik, pasientgrunnlag, behandlingstype og behandlingsnivå (Helsedirektoratet, 2017).

2.4 Melde avvik i Docmap

I 2004 innførte Helse Nord RHF det web-baserte datasystemet Docmap, et ledelses- og kvalitetssikringssystem. De styrende dokumentene til Helse Nord finnes i systemet, for eksempel prosedyrer, regelverk, retningslinjer, arbeidsinstrukser med mer. I tillegg er Docmap det elektroniske systemet for rapportering og håndtering av avvik, og dokumentasjon av internkontroll. Via Intranett har alle ansatte i Helse Nord tilgang til Docmap (Lura, 2018). Det er utarbeidet prosedyrer for hvordan man skal melde avvik, og avviket meldes av personen som først oppdaget hendelsen. Samme person skal (helst) registrere det i Docmap. Det er ikke mulig å melde avvik anonymt i Docmap, men det er den ansatte selv, eller første mottaker av meldingen, som beslutter at avviket skal sendes videre til Helsedirektoratet. Når avviket sendes videre til Helsedirektoratet blir det automatisk anonymisert. Avviksmeldingen skal beskrive hva som skjedde, hvor det skjedde, hvordan og hvorfor. Melderer kan i tillegg foreslå tiltak for å hindre gjentakelse av hendelsen. Type avvik avgjør hvilke felt som er obligatoriske å fylle ut (Lura, 2018).

2.5 Mottak av avvik i Docmap

I prosedyren for avvikshåndtering er saksgangen beskrevet og den er avhengig av hvilken type avvik det er. Hvis avviket dreier seg om en uønsket hendelse i egen avdeling er det nærmeste leder som er ansvarlig for behandlingen. Lederen foretar en vurdering, setter type underkategori, beskriver forbedringstiltak og gjør en risikovurdering før avviket lukkes eller sendes videre i systemet.

Ved avvik i annen avdeling / seksjon vil ansvaret for forbedringstiltak ligge hos en annen avdeling. Avviket blir derfor sendt videre fra melderens nærmeste leder til lederen for avdelingen der den uønskede hendelsen fant sted. Lederen ved den andre avdelingen behandler avviket, gjør en risikovurdering og beskriver forbedringstiltak, før avviket igjen sendes tilbake til lederen til melder. Lederen for melder mottar avviket og lukker det, dersom det ikke krever godkjenning hos ansvarlig avdeling (Lura, 2018).

3. TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet går vi spesifikt inn på beslutningsprosessen, ekspertorganisasjon, organisasjonskultur, samt lærings- og forbedringsarbeid.

Teori om ekspertorganisasjonen er med for å belyse hvilken type organisasjon sykehusene er og hvordan det farger de ansatte. Vi ønsker å se på om de ansatte påvirkes av hvilken organisasjon de jobber i når de velger å melde avvik eller ikke.

Videre har vi tatt med teori om forsvarlig praksis. Dette for å kunne forklare hvorfor en ansatt velger å melde et avvik som en annen ansatt kanskje ikke mener er et avvik. Vi ønsker å undersøke hva de ansatte opplever som uheldige hendelser som skal meldes i avvikssystemet.

Det er tatt med teori om læringssirkelen for å kunne si noe om sammenhengen mellom læring på organisasjonsnivå og individnivå. Fra de samme forfatterne har vi valgt å bruke beslutningsprosessen, med den håper vi å kunne belyse om beslutningsprosessen har betydning for hva den ansatte velger å melde og ikke melde.

Vi har valgt å ta med teori som beskriver hvordan forebyggende arbeid bør brukes i bedrifter for å unngå at uheldige hendelser oppstår. Vi ønsker å se på om avvikssystemet kan ha forebyggende effekt.

Kulturen på arbeidsplassen er sentral når det gjelder å bruke avviksordningen. Vi har valgt å ta med teori fra ulike kilder for å skrive om ulike aspekter ved kultur. Vi ønsker å undersøke om kulturen har noe å si for bruk av avvikssystemet.

3.1 Læring i ekspertorganisasjon

Målet med innføring av kvalitetssystemene, er å bedre kvaliteten. Avvikssystemene skal gi grunnlag for at det skal kunne etableres nye rutiner og arbeidsprosesser, både individet og organisasjonen skal lære.

3.1.1 Ekspertorganisasjon

Sykehusene kan klassifiseres som ekspertorganisasjoner, som kjennetegnes av forholdsvis få nivåer og de ulike posisjonene i organisasjonen er ofte basert på yrkesmessig status og erfaring. Mange av de som er ansatt i ekspertorganisasjonen har dokumentert fagkompetanse, og arbeidet utføres og samordnes på bakgrunn av de ansattes ekspertkunnskap. I tillegg farges de ansatte

av de faglige normene som de er opplært til å anerkjenne (Strand, 2007). De ansatte har stor grad av autonomi og deres utdanning gjør dem i stand til å ta selvstendige beslutninger.

Å standardisere kompetansen er viktig i en ekspertorganisasjon og de fleste ansatte er grundig opplært innenfor sitt fagområde. De ansatte er gode på sine prosedyrer som de også øver systematisk på, for å opprettholde kompetanse. Mange av ekspertene som er ansatt i denne organisasjonen har sin utdanning fra universitet eller høgskole, der har de over en gitt periode fulgt en standard opplæring. Ofte er deler av utdanningen praktiske øvelser ved en organisasjon som kan være en mulig framtidig arbeidsplass (Strand, 2007).

Helseforetakene har stort behov for standardisering av kunnskap og kompetanse i virksomheten. Hovedoppgavene for sykehusene er å hjelpe pasienten, og ekspertene i organisasjonen er alle de som utøver behandling overfor pasienten. I følge Mintzberg (Strand, 2007) er samspillet med kollegaer og andre yrkesgrupper i sykehuset i stor grad basert på aktiviteter knyttet til etterlevelse av standardiserte behandlingsforløp. Hver enkelt ekspert kan mye innenfor sitt fagfelt og ved sammensatte behov hos pasienten må denne møte ulike eksperter fra ulike fagfelt. De ansatte ved sykehuset prøver å påvirke prestasjoner og måloppnåelse i foretaket, og de er bærere av standard for hva som er gode løsninger og god atferd (Strand, 2007). Faggruppene har fra tidligere vært delt inn hierarkisk, noe de til en viss grad fremdeles er, og i spesialisthelsetjenesten spesielt er det ofte uenigheter mellom profesjonene. For eksempel er lege overordnet og har større myndighet enn sykepleier, både på papiret og kulturelt i avdelingen, mens sykepleier har større myndighet enn hjelpepleier.

3.1.2 Forsvarlig praksis

Det er ikke mulig å måle det juridiske kravet om forsvarlighet til en viss størrelse. Grensene er uklare, og noe som var forsvarlig praksis for noen år siden kan være uforsvarlig i dag. I tillegg kan en praksis være forsvarlig ved ett sykehus mens det ved et annet sykehus vil kunne betraktes som uforsvarlig. Forskning og nytt teknologisk utstyr setter stadig nye standarder for forsvarlighet (Molven, 2015).

Geir Sverre Braut (2017) forklarer hvordan det mange ganger er vanskelig å skille mellom forsvarlig og uforsvarlig praksis. Når en følger en etablert faglig prosedyre, der alt går etter planen, vil det ofte være enighet om at det er forsvarlig praksis, men hvis det oppstår store avvik i utførelse av prosedyren vil det kunne bety at det er uforsvarlig praksis. Derimot kan det oppstå feil/mangler i kommunikasjon og samarbeid som kan føre til ulempe for pasienter og ansatte.

Det kan være uenigheter mellom ulike fagprofesjoner og ulike måter å tolke prosedyrer eller situasjoner på. Tolkning av hva som er forsvarlig kommer i en gråsoner slik at den som opplever hendelsen kan bli usikker på om det er et avvik på prosedyren eller ikke (Braut, 2017).

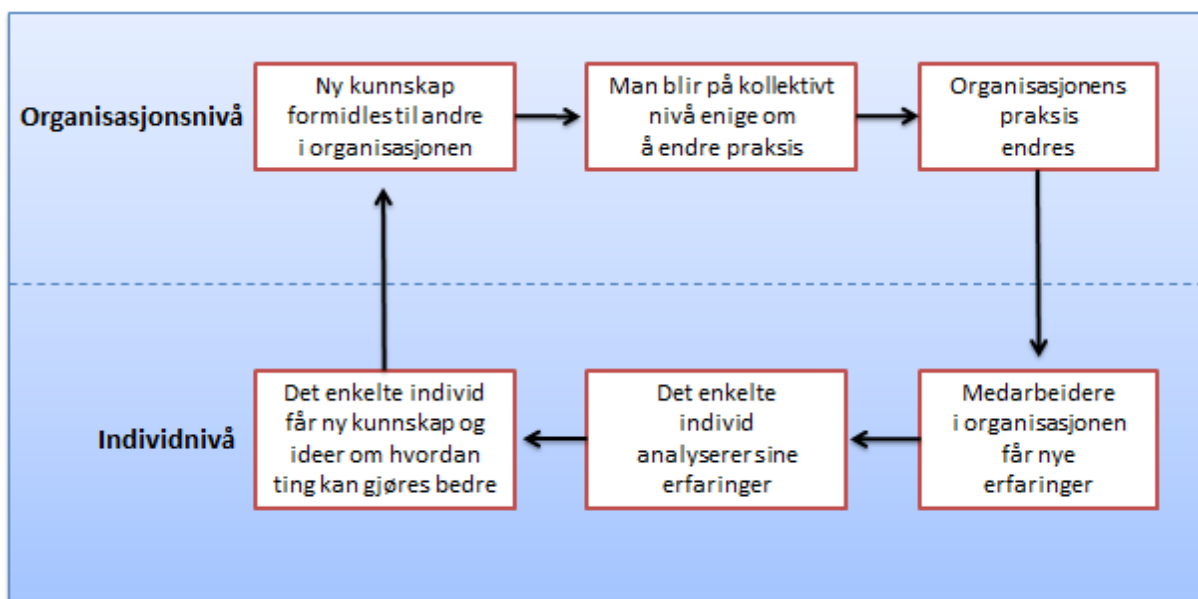


Figur 1: Forsvarlig praksis
Kilde: Braut (2017)

Det er ikke uvanlig at helsepersonell bruker ordet forsvarlig synonymt med noe som betraktes som «gullstandard». Ofte kan begrepet forsvarlig praksis brukes ved argumentasjon for å påvirke ledelsen (Molven, 2015).

3.1.3 Lærings sirkelen

Å lære noe nytt er en prosess der mennesker og organisasjoner skaffer seg ny kunnskap. Den nye kunnskapen gjør at atferden til mennesket og/eller organisasjonen endres. En prosess som endrer praksis inneholder både en kunnskaps- og en handlingskomponent. I figuren under vises hvilke forutsetninger som må til for at læring i organisasjonen skal finne sted. Læring på individnivå spres til andre i organisasjonen, de ansatte i organisasjonen utvikler sammen tiltak for å løse problemet og iverksetter nye tiltak. Læringen danner en sirkel når de ansatte ser på hvor gode eller dårlige løsningene i organisasjonen er, og på nytt starter å forbedre praksis.



Figur 2: Lærings sirkelen

Kilde: Jacobsen og Thorsvik (2013)

Ansatte i ekspertorganisasjoner har selv faglig høy kompetanse og erfaring, og forventer at den høye standarden etterlevs i hele organisasjonen. Ved avvik på faglige normer og prosedyrer, vil forventningen om at problemene utbedres – eller at prosedyrene endres – stå sterkt. Manglende handling og tiltak fra ledelsen kan oppleves som et brudd på forpliktelsene i en ekspertorganisasjon (Strand, 2007).

3.2 Erfaring og beslutning

Læring kan defineres som endring av atferd som kommer av erfaring. Den enkelte ansatte sitter med erfaring om hvilke endringstiltak som fører til, eller kunne ført til, vedvarende forbedring. Det er derfor knyttet forventninger til at en beslutning om å melde avvik resulterer i et tiltak eller en handling.

3.2.1 Meldesystemet som del i kontinuerlig forbedring

Kjernen i kvalitetsforbedringsarbeid er systematisk repeterende læring og kontinuerlig forbedring (Rømuld, 2013). Idéen om kontinuerlig forbedring ble opprinnelig utviklet innenfor Japans industri, da spesielt i Toyota. Tankegangen fremmer kritisk refleksjon rundt det en gjør, effektene som oppstår, og problemene som observeres i alle deler av bedriften. Slike refleksjoner og observasjoner kan føre til tiltak som gir kontinuerlig forbedring. I tillegg er det viktig at forbedringer standardiseres for å kunne overføre læring til andre. Læring kan defineres

som endring av atferd som kommer av erfaring. En viktig del av læringen er å se sammenhenger mellom det vi gjør, og de konsekvensene som kommer etter en handling (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

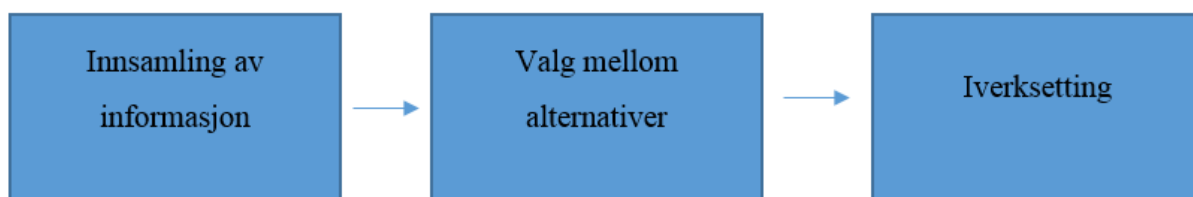
Forbedring av kvalitet kan beskrives som en prosess der man systematisk arbeider for å identifisere potensiell og faktisk svikt i systemet, og på bakgrunn av dette starte med tiltak for å bedre kvaliteten på et gitt område (Helsedirektoratet, 2005). Forbedringskunnskap, på engelsk «improvement knowledge» er et samlebegrep på teorier som brukes for å sikre at endringstiltak fører til vedvarende forbedring. Forbedringskunnskap tar utgangspunkt i W. Edwards Demings uttrykk «profound knowledge», som vil si den «grunnleggende kunnskap» man trenger for å lykkes med forbedringsarbeid (Rømuld, 2013).

Det finnes to strategier for forebygging. Det første er å lære av fortiden for å hindre gjentakelser, som bygger på rapportering av uheldige hendelser. Den andre strategien er å bygge en kultur basert på sikkerhetstenkning. Kultur for sikkerhet er kjernen i dette arbeidet og det viktigste er at den er «proaktiv», det vil si at man hele tiden tenker og handler forebyggende (Hjort, 2007). Luftfarten er et stort forbilde for helsetjenesten. Helt siden andre verdenskrig har forebyggende arbeid mot uheldige hendelser pågått på en strukturert og systematisk måte. Det er skapt en kultur for at alle uheldige hendelser og nesten-uhell skal rapporteres og analyseres. Resultatene av analysene skal brukes aktivt som en viktig del av sikkerhetsarbeidet (Hjort, 2007).

Det snakkes for lite om uheldige hendelser i helsetjenesten, derfor kan det også være vanskelig å gjøre noe med dem. Hendelsene må fram i lyset, løftes opp og læres av for at forbedring kan oppnås. Kvaliteten i helsetjenesten har stått sterkere enn sikkerheten, spesielt i utdanningene. Vi er opptatt av de gode resultatene, og det vi ikke snakker om, gjør vi heller ikke noe med (Hjort, 2007).

3.2.2 Beslutningsprosessen

Beslutninger fattes overalt og hele tiden i organisasjoner, både hos ansatte og ledere. En beslutning defineres som et valg mellom to eller flere muligheter, der det valget en gjør fører til en forpliktelse (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det er således forventet at en beslutning resulterer i et tiltak eller en handling. Med beslutningsprosess menes hele rekken av vurderinger og handlinger som fører fram til vedtak som igjen fører til iverksettelse av en beslutning. Thorsvik (2017) viser i figur 4 hvordan beslutningsprosessen er sammensatt av tre separate faser:



Figur 3: Beslutningsprosesser i organisasjoner

Kilde: Thorsvik (2017)

I klassisk beslutningsteori finner vi den rasjonelle idealmodellen, også kalt «economic man-modellen». Denne modellen bygger på idéen om at mennesket kan velge det mest fornuftige alternativ. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at dette forutsetter følgende antakelser:

- Den som skal fatte en beslutning har klare mål.
- Beslutningstakeren har alle opplysninger om alle mulige løsninger og om alle konsekvenser av samtlige forhold.
- Beslutningstakeren kan systematisere de ulike løsningene, fra de mest lønnsomme til de minst ønskelige.
- Den som skal ta avgjørelsen vil velge den muligheten som er best for å oppnå målet.

3.3 Kultur

En god meldekultur innebærer at alle ansatte skal være trygge på at varsling om kritikkverdige forhold skal kunne meldes til ledelsen, også tilsynsmyndighetene, uten at det får negative konsekvenser for arbeidsforholdet.

3.3.1 Organisasjonskultur

«Kulturen angir de allmenne kodene for hvordan vi kan forstå ting, hendelser og symboluttrykk, og den gir de viktigste anvisningene på hvordan vi skal innrette organisasjoner» (Strand, 2007 s. 216). Overalt i samfunnet finner vi kultur og kulturelle prosesser, og når en kultur utvikles innenfor en organisasjon, kalles det organisasjonskultur (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Kulturen viser seg gjennom normer og verdier og uformelle regler som vokser fram over tid. Thorsvik (2017) sier at organisasjonskulturen kan beskrives som «et mønster av grunnleggende antakelser som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres videre til nytilsatte».

Kultur er en mental oppfatning som finnes inne i hodet på folk og som derfor ikke kan studeres direkte. Så for å forstå kulturen på en arbeidsplass må en se på hva vi faktisk gjør, og ikke hva vi sier at vi gjør. Kulturen på en arbeidsplass er et mønster av åpne og skjulte verdier som kommer til uttrykk på ulikt vis. De ansatte har en oppfatning av hva som er riktige og gale måter å gjøre ting på, de har vaner, holdninger og ritualer. Dette blir vedlikeholdt av fellesskapet: «Vi pleier å gjøre det slik her» (Røynås, 2013).

3.3.2 Meldekultur

Vi vet at det oppstår uønskede hendelser, det oppstår avvik som får større eller mindre betydning for pasientene. Noen avvik fører til skade og andre kunne potensielt ført til skade. Hvis en bruker det som går galt til å lære av, kan en være med på å forebygge at det skjer igjen, en kan sørge for at systemer forbedres og sikkerheten øker (Hjort, 2007).

Hvis en avdeling ikke har mange registrerte avvik kan det være like mye en grunn til bekymring som et tegn på god kvalitet i tjenesten. Flere avviksmeldinger gir antydninger om at det drives konsekvent kvalitetsarbeid (Foss, 2016b). Meldekultur kommer av ulike faktorer. Ledelsen og den lokale kulturen har betydning for om en uønsket hendelse blir meldt og fulgt opp. For noen kan meldesystemet virke unødig formelt eller det er teknisk utfordrende og tar for lang tid (Foss, 2016b). En snever definisjon av hva som anses som uønskede hendelser, legger begrensninger på de ansatte, slik at færre hendelser blir meldt (Foss, 2016a). Uheldige hendelser i helsetjenesten forekommer så hyppig at det er umulig å arbeide der uten å bli personlig involvert i en eller flere hendelser (Hjort, 2007).

Noen synes det er mer riktig og like viktig å ta opp det som har skjedd med rette vedkommende, eller bare overordnet på et morgenmøte. Det er viktig og nødvendig å snakke om uønskede hendelser både med involverte parter og på personalmøter, men hvis flere skal lære av en hendelse må en tilnærme seg avviket mer systematisk. «Å lære av hverandres feil er bare mulig når man vet om dem!» (Hjort, 2007 s. 115). Viktigheten av nøyaktig registrering av avvik påpekes for å kartlegge hvor ofte ulike hendelser oppstår, merke seg tendenser og se hvor en må gjøre en innsats for å forbedre tjenesten (Hjort, 2007).

3.3.3 Fryktkultur

Kultur og ledelse er viktig for om uønskede hendelser blir meldt, og ofte forklares uønskede hendelser med at enkeltpersoner har gjort en feil. Dette kan føre til en kultur der de ansatte ser

på avvikssystemet som et angiversystem. Dette skaper frykt blant de ansatte mot å melde, de blir redde for å bli angitt eller bli stemplet som en angiver (Storvik, 2016).

En undersøkelse som ble utført ved Arbeidsforskningsinstituttet i 2016 påpeker at stadig færre tør å melde fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Ansatte frykter at de skal være brysomme og at hvis de melder vil det få konsekvenser for dem selv. Videre fant en i studien at ledelsen legger opp til at de ansatte skal være lojale og lydige. De ansatte må slutte opp om de verdiene som ledelsen definerer, og ofte dannes det et bilde fra ledelsens side om at det finnes bare én løsning; ledelsens løsning. Ved tidligere undersøkelser var fokuset mer på å utvikle menneskevennlige organisasjoner, nå er fokuset flyttet til å utvikle mer organisasjonsvennlige mennesker (Ottesen, 2016).

Etter en uheldig hendelse opplever ofte helsepersonell å bli stående alene. «Syndebukkulturen» var vanligere før, og var en del av den gamle paternalistiske tankegangen i helsetjenesten. Helsepersonell skal være feilfrie og ved individuell straff hindres nye feil, ifølge syndebukkulturen. Nå jobbes det mer mot at det er systemet som svikter ved uheldige hendelser – «systemmodellen» (Hjort, 2007). Det er viktig å bygge opp kultur for åpenhet og vennlig kritikk, framfor å legge skylden på den som utløser hendelsen, det enkelte helsepersonell. Likevel kan det fremdeles henge igjen elementer av den gamle tankegangen i «veggene» på arbeidsplassen eller i kulturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

«Fryktkulturen er en nær slektning av ukultur, og en alliert med autoritær ledelse» (Selvik, 2015). En autoritær leder har tendens til å fatte alle avgjørelser selv, og forteller sine ansatte hva som er "riktig". En slik leder bygger sin atferd på makten som ligger i den formelle posisjonen som personen har. Det er lederen som tar beslutningene og den samme lederen vil ha kontroll over eventuelle belønninger (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

For mange kan det være enklere å rasjonalisere bort sitt ansvar når det gjelder å melde avvik. Som ansatt kan det være fristende å finne unnskyldninger for det som er skjedd og heller fortrenge at en har et ansvar istedenfor å skrive avvik (Hjort, 2011).

3.4 Oppsummerende teori

I dette avsnittet vil vi summere opp teorien vi har valgt og presentere våre fire påstander.

Høy terskel for å bruke avvikssystemet, tidspress og ulike oppfatninger av hva som er uønskede hendelser utgjør barrikader for en ensartet meldepraksis i sykehusene (Foss, 2016b). For å kunne bruke avvikssystemet i praksis, må også kunnskapen om *hvordan* og *hvorfor* ligge til

grunn. Man må lære *om* forbedringsarbeid for å forstå hvordan man kan *gjennomføre* det. Alle ansatte må ha en grunnleggende opplæring, og de må selv kjenne på om de har ferdigheter slik at de vet hva et avvik er, og hvordan de sender et avvik i Docmap (Lura, 2018). Dersom kunnskapen ikke tas i bruk etter opplæring, forsvinner den også.

Påstand 1: Manglende kunnskap om hvordan avvik meldes, eller hva som er en uønsket hendelse, gjør at ikke alle avvik blir meldt.

I en arbeidshverdag med høyt tempo, mange oppgaver og input både fra ledelsen og fra pasienter/publikum, er det å ta beslutninger en viktig del. I en hektisk sykehushverdag kan det å fatte riktig beslutning være forskjellen på ubetydelige bagateller og store konsekvenser, lindring og smerte, eller liv og død. Ansatte med erfaring i spesialisthelsetjenesten forventer høy standard i hele organisasjonen (Strand, 2007). Enkelte har opplevd at forventninger om forbedringer ikke er blitt innfridd, slik at negative erfaringer ved avviksrapportering farger deres beslutning om å melde.

Påstand 2: Ansatte unnlater å melde avvik fordi de har erfart at det ikke nytter.

Å prioritere arbeidsoppgavene sine hensiktsmessig, økonomisk og fornuftig i en jobb med høyt tempo og mange oppgaver, kan påvirke kulturen ved organisasjonen (Hjort, 2007). Dette kan igjen påvirke de beslutningene de ansatte tar. De ansatte veier trolig tiden det tar å melde et avvik opp mot andre uferdige viktige arbeidsoppgaver, og prioriterer deretter. Dokumentasjons- og rapporteringsplikten av et avvik havner sannsynligvis ikke fremst, dersom det ikke gir tilfredsstillende utbytte.

Påstand 3: Uønskede hendelser blir ikke meldt fordi det ikke er en prioritert arbeidsoppgave.

Kulturen for å melde avvik kan være forskjellig fra arbeidssted til arbeidssted, og mellom avdelinger (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Enkeltpersoner – både ansatte, uformelle og formelle

ledere – kan ha stor påvirkningskraft på hvorvidt et avvik meldes eller ikke, dette på godt og vondt.

Påstand 4: Kulturen på avdelingen gjør at de ansatte unnlater å melde avvik.

4. METODE

I følge Johannessen mfl. (2016) er metode definert slik: «Å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode er hvordan vi går fram for å hente inn informasjon om virkeligheten, og hvordan vi analyserer for å finne ut hva denne informasjonen forteller oss». I dette avsnittet vil vi redegjøre for vårt vitenskapsteoretiske perspektiv og metoden vi har valgt. Vi begrunner våre valg for datainnsamlingsmetode og undersøkelsesdesign. Videre ser vi på muligheten for generalisering og metodekritisk refleksjon.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Idéen til dette forskningsprosjektet kom først utenfra – fra arbeidsgiver, men under utforming av problemstilling ble temaet mer avgrenset og konkretisert, og vi fant ut hva vi ville skrive om. I denne oppgaven vil vi se på hvordan vi kan forstå at ikke alle avvik meldes i henhold til prosedyre. Et fenomen kan undersøkes fra forskjellige perspektiver, og er avhengig av problemstillingen man vil studere. Å søke sann kunnskap er den særegne oppgaven til vitenskapen. Som studenter og forskere i eget sykehus, og med ulik yrkesbakgrunn og ulik arbeidserfaring, har vi ulike forutsetninger for å tolke og forstå data som samles inn. Vi har en forforståelse av fenomenet vi studerer. Når vi ser på datamaterialet vi har samlet inn skal vi prøve å forstå hva det er som gjør at vi tolker fenomenet slik vi gjør (Johannessen mfl., 2016).

Den virkeligheten som studeres i samfunnsvitenskapelige undersøkelser er kompleks. Man kan stille seg to spørsmål av ontologisk karakter, for å erkjenne hvordan mennesket og den sosiale virkeligheten kan virke inn på resultatene i studiet. Består populasjonsutvalget av en samling av enkeltindivider (respondentene), eller har populasjonen kjennetegn som ikke nødvendigvis karakteriseres ved enkeltindividene? Og skal vi anta at respondentene svarer ut i fra grunner som er fornuftige for dem, eller bør vi anta at respondentene styres av faktorer de selv ikke er klare over. Ingen møter verden uten forutsetninger, og vår bakgrunn – både personlig og faglig – vil være en del av prosessen når man etablerer ny kunnskap. Mye intuitiv kunnskap kan virke styrende for forskningsprosessen uten at vi er klar over det. Både ved kvalitative og kvantitative studier er det interessant å vite noe om forskerens forforståelse og bakgrunnskunnskap, da slike refleksjoner kan ha betydning for ens ontologiske, epistemologiske og faglige perspektiv (Johannessen mfl., 2016).

Det skilles mellom harde og myke fakta. De harde fakta er data som kan beskrives ved hjelp av tall, som for eksempel kjønn, alder og antall år i spesialisthelsetjenesten. De myke data lar seg

vanskeligere telle og er folks meninger, følelser og opplevelser. Noen ganger kan det hjelpe å skille mellom selve virkeligheten og hva dataene viser. I vår oppgave er vi først og fremst ute etter harde fakta og tall, men for å kunne besvare problemstillingen er vi også ute etter de myke data. Hvor mange avvik som meldes og hvem som melder de er harde fakta, mens de ansattes motiver for å melde eller ikke melde avvik, undersøker en mer diffus virkelighet ved hjelp av både harde og myke data.

4.2 Valg av metode

Forskning skiller seg fra vurderinger i hverdagen ved at det må samles inn data, eller dokumentasjon, som sier noe om den virkeligheten som skal undersøkes (Johannessen mfl., 2016). Vi har valgt en kvantitativ metode for å besvare vårt forskningsspørsmål, som skiller seg fra kvalitativ metode ved at det anvendes tall, samt at data registreres og anvendes på en annen måte. Kvantitative data dreier seg ikke kun om statistiske teknikker, men også hvordan dataen tolkes.

I vår oppgave har vi valgt å bruke spørreskjema for å nå ut til så mange som mulig innenfor populasjonen og fordi vi ønsker å sammenlikne to sykehus. Faste spørsmål og svaralternativer gir oss en mulighet til å se på likheter og ulikheter, resultatene kan generaliseres og vi kan prøve å se sammenhenger mellom fenomener. Når vi ser på svarene vi får fra våre respondenter må vi ta med i våre betraktninger at alle respondentene også har sin forforståelse som de farges av når de svarer. Det var viktig for oss å prøve å lage enkle spørsmål som ikke ga rom for store fortolkninger. Uansett kan vi ikke være sikker på at de svarene vi får er helt riktig, noen respondenter kan pynte på sannheten eller være redd for å svare det de mener av ulike grunner (Johannessen mfl., 2016).

Videre har vi innhentet statistikk for 2017 fra avvikssystemet Docmap, med hjelp fra kvalitetsmedarbeidere. Rådatamateriale fra Helgelandssykehuset Mo i Rana og Finnmarkssykehuset Kirkenes ble sendt til oss per epost, semianonymisert. Rådatamaterialet fra de to sykehusene var satt opp på forskjellige måter, og inneholdt ulik mengde detaljer og sporbarhet. Vi har i hovedsak forholdt oss til de overordnede tallene, så som totalt antall avviksmeldinger sendt og hvilke faggrupper som har sendt meldingene. Statistikken viser hvilke avvik som faktisk er sendt i hvert av sykehusene, og kan hjelpe oss å analysere hvorvidt svarene i spørreskjemaet samsvarer med fakta fra avvikssystemet Docmap.

4.3 Kvantitativ metode

Når en bruker kvantitativ forskningsmetode bruker man tall og målbare (kvantifiserbare) data for å forklare et fenomen. Dette fenomenet kan måles empirisk, gjennom tall og i ulike kategorier, og data kan analyseres med statistisk metode. Kvantitativ forskningsmetode er basert på positivismen som har en antakelse om at det finnes en virkelighet som er naturgitt eller en objektiv sannhet. Denne sannheten er, ifølge positivismen, ikke avhengig av forskerens synspunkter og verdier (Nyeng, 2012). Positivismen har sin opprinnelse i naturvitenskapen og tilstreber resultat som er uavhengig av forskerens verdsett. De data som samles inn bør være tellbare og forskeren ønsker å se årsakssammenhenger. Den positivistiske forskningsstrategien er hypotetisk – deduktiv, det vil si at hensikten er å bevise eller forkaste hypoteser og dermed kunne utlede generelle årsakssammenhenger (Pripp, 2016). Vi har bygget opp teorien og drøftingskapittelet etter fire påstander som kan bidra til at vi kommer et skritt nærmere svar på problemstillingen. Påstandene er utarbeidet ut i fra spørsmål og svaralternativer i spørreundersøkelsen, som igjen bygger på teori og egne erfaringer og kunnskaper.

Positivismen har også empiriske målinger som uttrykker en objektiv virkelighet eller sannhet, tall og statistikk forklares ikke bare som matematikk og formler. En kan ikke si at alle kvantitative forskere alltid er upåvirket av sine verdier og synspunkter når de driver forskningsarbeid. Likevel er metodikken utviklet for at personlige preferanser og antakelser ikke skal påvirke resultat, analyse og konklusjon (Pripp, 2016).

Vi ønsker å benytte spørreskjema, som er en kvantitativ metode, for å prøve å skaffe oss en oversikt over hvordan avvikssystemet brukes i praksis. Videre ønsker vi å undersøke om vi kan se forskjeller mellom de to sykehus, og til sist se om vi kan trekke noen antakelser som er av en mer generell karakter. Grunnen til at vi har valgt spørreskjema framfor intervju er at det er lettere å kunne sammenlikne de to sykehusene når en har et større innsamlet tallmateriale. Svarene ved et begrenset antall intervjuer vil gi mindre sammenliknbare data. Skillet mellom kvalitativ og kvantitativ metode er flerdimensjonalt, det er utydelig og har ikke en konkret grense. Kvantitativ forskning regnes som tallenes tale, og setter sitt preg på de fleste fag og undersøkelser. Vi trenger likevel også at det uttrykker en form for kvalitet, altså en spesifikk egenskap ved virkeligheten. Et tallmateriale har ingen påvirkningskraft og sier lite om virkeligheten dersom det ikke inneholder elementer av kvalitativ karakter (Nyeng, 2012).

Ved en kvantitativ undersøkelse, i vår oppgave gjennom et spørreskjema, betegner en de som har svart på undersøkelsen som *respondenter*. Spørreskjemaet må være systematisert på

forhånd med spørsmål og svaralternativer som gir mening for det som skal undersøkes. Det er mange tråder som kan danne mulige årsakssammenhenger, og det er en menneskelig egenskap å spekulere over hvordan ting henger sammen. I forskning er det viktig å holde disse trådene fra hverandre, slik at det er mulig å identifisere sammenhenger (Johannessen mfl., 2016). Gjennom spørreundersøkelse får vi resultater av de naturlige målingene så vel som de forskerkonstruerte tallene. De naturlige målingene består av kjønn, profesjon og antall år i spesialisthelsetjenesten, og kan hjelpe oss å forstå fagpersonenes ulike oppfatninger knyttet opp mot vår problemstilling. Den subjektive opplevelsen av hvordan avvikssystemet fungerer, hvordan respondentene bruker avvikssystemet og hvor god opplæringen har vært, gir en tallfesting gjennom spørreskjemaet, som igjen gir oss forskerkonstruert måling av disse fenomenene (Nyeng, 2012).

4.4 Spørreundersøkelse

Vi har laget en questbackundersøkelse (Vedlegg 2) og spørsmålene i undersøkelsen ble formulert på bakgrunn av ulike kilder. Fra teksten i forslaget til tema for masteroppgave fra Helse Nord fikk vi de første idéene til spørsmål. Videre ble vi inspirert av ulike avisartikler og riksrevisjonens rapport om avvikshåndtering. I tillegg ble det lagt til egne erfaringer og forslag fra kollegaer og studiekamerater. Vi har valgt bakgrunnsvariabler som arbeidssted, kjønn, alder, profesjon, lederfunksjon og antall år i spesialisthelsetjenesten for å si noe om hvem respondentene er. For å kunne sammenligne sykehusene, må de oppgi hvor de arbeider, mens vi i ettertid ser at bakgrunnsvariablene kjønn og alder har liten eller ingen praktisk relevans i søkningen etter svar på problemstillingen. Videre har vi tatt med spørsmål knyttet til respondentenes kjennskap til avvikssystemet, bruk av avvikssystemet, samt opplevelsen av hvordan systemet fungerer.

Da spørreskjemaet var ferdig utarbeidet gjennomførte vi en pilotundersøkelse som ble sendt ut til klassekamerater på masterstudiet. Dette er ledere på ulike nivåer og foretak i Helse Nord, som selv har erfaring med avvikssystemet vi skriver om. Her fikk vi svar fra 14 av 24 mulige, hvorav halvparten også sendte konkrete tilbakemeldinger og forbedringsforslag per epost i etterkant av spørreskjemaet. Disse tok vi til etterretning og forbedret forståelsen og leservennligheten i skjemaet. Gjennomsnittstiden på gjennomføring av pilotundersøkelsen var på 4-5 minutter.

Etter en del overveiing av utvalget, besluttet vi å sende ut spørreskjemaet til alle ansatte innen somatikk ved sykehusene i Kirkenes og Mo i Rana. Bakgrunnen for denne beslutningen er at

alle ansatte er pålagt å bruke avvikssystemet ved uheldige hendelser, samt at de to enhetene er forholdsvis like i antall ansatte, med henholdsvis 443 ansatte i Kirkenes og 471 ansatte i Mo i Rana. Totalt er det 914 ansatte organisatorisk tilhørende de to sykehusene, og det ble mottatt svar fra 171. Dette utgjør en svarprosent på 18,7 %. Respondentene i denne undersøkelsen er jevnt fordelt mellom Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Questbackundersøkelsen var åpen i 30 dager, og på forhånd planlagt purring ble gjennomført to ganger; etter 10 dager og etter 20 dager.

4.5 Forskningsetikk og personvern

Vi er i forbindelse med masteroppgaven forskere i egne organisasjoner, og har reflektert mye rundt det å være forutinntatt. Det å forske i egen organisasjon har klare utfordringer med tanke på objektivitet, og det må vi ta hensyn til hele veien. Å være objektiv betyr å ikke la forskerens egne oppfatninger og følelser dominere, den skal være saklig, nøytral og verdifri (Nyeng, 2012). Respondentene er våre kollegaer, og både spørsmålsformulering og svar kan påvirkes av at noen kjenner oss. Vår måte å tolke og analysere svarene vil også til en viss grad være påvirket av at det ikke er mulig å være helt objektiv i alle sammenhenger.

Fordelen med å forske i egne organisasjoner er at vi vet hvor vi skal innhente informasjon. Vi har også egne erfaringer som gjør at vi bedre kan forstå hvordan respondentene opplever sin arbeidshverdag. Vi har begge vært ansatt i flere år på våre respektive arbeidsteder, og har opparbeidet oss et bredt kontaktnett. Det at vi har noe av de samme erfarings- og kunnskapsbakgrunnen kan medføre at vi kanskje ikke stiller nyanserte nok spørsmål. Ettersom vi ikke forsker direkte på egne fagfelt, tror vi at vi har kunnet holde en nødvendig avstand til både empirien og problemstillingen.

Når det gjennomføres undersøkelser hvor det samles inn personopplysninger, altså informasjon der enkeltpersoner kan identifiseres, må personvern ivaretas (Nyeng, 2012). I vår oppgave er det indirekte mulig å identifisere enkelte respondenter i kombinasjon med bakgrunnsdata, men da vi ikke vil publisere bakgrunnsdataen samlet i oppgaven, vil ikke dette komme allmenheten tilkjenne. Likevel valgte vi å gjøre spørsmål om kjønn og alder valgfrie, noe som gjorde at enkelte respondenter ikke svarte på disse. I kombinasjon med at spørreskjemaet også er nettbasert og svarene er lagret digitalt, har vi søkt og fått prosjektet godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 3), i tillegg er den godkjent av klinikksjefene ved de to sykehusene (Vedlegg 4). I invitasjonen til spørreundersøkelsen vektlegges det at deltakelse er

frivillig, at data anonymiseres og at samtykke til undersøkelsen er forutsatt ved å svare på spørreskjemaet.

4.6 Validitet og reliabilitet

Undersøkelsesmetoden har stor betydning for undersøkelsens gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet) (Johannessen mfl., 2016). Reliabilitet sier noe om hvorvidt dataene som er samlet inn er riktige og om resultatene er til å stole på, de sier noe om målesikkerheten. Historiske funn fra Docmap som understøtter det vi finner ved spørreundersøkelsen styrker reliabiliteten i vår undersøkelse. Vi har tilstrebet å ha enkle og forståelige spørsmål i spørreundersøkelsen som gir oss svar som er troverdige. Det er spesielt viktig at reliabiliteten er høy i kvantitative studier, da det i stor grad skal være mulig å gjentas av andre og ende opp med samme resultat. Tolkingen av dataene kan derimot være mindre reliable, da de er preget av tolkerens/forskerens forforståelse og subjektive oppfatning. Når vi tolker svarene vi får fra respondentene vil vi spørre oss om de svarer sant og hva som kan være årsaken til at de eventuelt ikke svarer sant. Lange spørsmål og mange svaralternativer kan gjøre at respondentene blir lei og ikke orker å lese gjennom alt før de svarer. Eller de krysser av mer tilfeldig i et fint mønster fordi de skal bli fort ferdig eller egentlig er uinteressert i å svare sant. Vi mener vi har formulert korte og lett forståelige spørsmål og svaralternativer. Dette gir oss større grunn til å tro at respondenten har svart sant. I tillegg har vi en kortfattet innledning om hva spørreundersøkelsen dreier seg om, dette vil kanskje gjøre at de ansatte som syns tema er interessant velger å svare og de som ikke syns det er interessant lar være.

Validitet sier noe om hvorvidt konklusjonen i studien er sann og riktig, og hvorvidt studien virker troverdig. Høy validitet i en undersøkelse forteller oss at undersøkelsen eller spørsmålene måler det de er tiltenkt å måle. En måte å validere funnene på, er å sammenligne med andre funn som er gjort, for å se om de forteller det samme. Validiteten i vår undersøkelsen styrkes ved at funnene sammenfaller med mange av funnene som beskrives i Riksrevisjonens rapport (Foss, 2016b). Validiteten er i det tilfellet styrket, ikke nødvendigvis sann. Validiteten styrkes også av at vi som forskere har kjennskap til og erfaring med avvikssystemet, og pilotundersøkelse som vi sendte ut til våre studiekamerater er med på å styrke gyldigheten, fordi flere har vurdert og gitt tilbakemelding på at spørsmålene vi stiller kan gi oss riktige svar. Det samme gjelder dersom vi finner klare sammenhenger mellom rapportene fra Docmap og svarene i spørreskjemaet. Teorien vi har beskrevet i oppgaven vår understøtter funnene i undersøkelsen og styrker gyldigheten. Alle spørsmålene i questbackundersøkelsen er knyttet

opp mot relevant teori brukt i vår oppgave. Ettersom vi skal sammenlikne to sykehus er det viktig å ha flere svar fra flere respondenter slik at validiteten blir styrket.

4.7 Generalisering

Det er totalt 914 ansatte ved somatiske avdelinger i Helgelandssykehuset Mo i Rana og Finnmarkssykehuset Klinikk Kirkenes, og det ble mottatt svar fra 171. Dette utgjør en svarprosent på 18,7 %, og ifølge Johannessen mfl. (2016) anses det å være en lav svarrespons. Som tommelfingerregel er 50 prosent en bra svarrespons, selv om det selvfølgelig i mindre grad representerer hele populasjonen når resultatene skal generaliseres. Første utsendelse av questbackinvitasjon ble gjort under sykehusenes vinterferie, som delvis kan forklare svarprosenten. De to øvrige parringene ble derimot sendt ut på tidspunkt som antas å være i vanlig fulldrift.

	Antall ansatte Mo i Rana	Antall respondenter Mo i Rana	Antall ansatte Kirkenes	Antall respondenter Kirkenes
Totalt	471	80	443	91
Sykepleier	216	42	193	45
Lege	74	9	73	10
Hjelpepleier/ helsefagarbeider	42	3	47	6
Bioingeniør /radiograf	33	4	29	8
Terapeut/ pedagog	19	4	18	13
Annet helsepersonell	64	15	52	6
Ikke helsepersonell	23	3	31	3

Tabell 1: Ansatte og respondenter i utvalget

Kilde: Jonas Ottermo, Helgelandssykehuset HF og Sissel Bækø, Finnmarkssykehuset HF

Ut i fra en ansattoversikt fra de to sykehusene, har vi selv kategorisert rundt 50 stillingsbetegnelser til å passe inn i disse 7 underkategoriene av faglig bakgrunn. Kategoriene blir som følger; sykepleier, lege, hjelpepleier/helsefagarbeider, bioingeniør/radiograf, terapeut/pedagog, annet helsepersonell og ikke helsepersonell. Dette for å kunne sammenligne og vurdere bortfallet. Den åpenbare usikkerheten ved å sammenligne disse tallene er at i spørreundersøkelsen har respondentene *selv* vurdert faglig bakgrunn, mens fra ansattoversikten

er det vi som har forsøkt å plassere de ansatte i de ulike kategoriene. Den høye andelen annet- og ikke helsepersonell skyldes blant annet at vi ikke kjenner bakgrunnen for ledere, rådgivere og konsulenter, som ofte er «nøytrale» stillinger hva angår helsefaglig bakgrunn.

Bortfallet er sammenlignbart med total svarprosent innenfor faggruppene sykepleie, terapeut/pedagog (Mo i Rana) og annet helsepersonell (Mo i Rana). Det er derimot avvik på mer enn 5 % blant leger (lavt), hjelpepleiere/helsefagarbeidere (lavt), bioingeniører/radiografer (lavt i Mo i Rana og høyt i Kirkenes), terapeuter/pedagoger (høyt i Kirkenes), annet helsepersonell (lavt i Kirkenes) og blant ikke helsepersonell (lavt). Svarprosenten ved de to sykehusene er på henholdsvis 17 % og 20,5 %, og anses derfor seg imellom å være representativt.

En lav svarprosent kan skyldes at mange ansatte ikke sjekker mailen sin. Dette gjelder spesielt personell som jobber tett mot pasientene, altså i kliniske stillinger. Vi kan se av tabellen over at bortfallet er noenlunde likt ved de to sykehusene, dog skiller det seg spesielt ved to bakgrunns kategorier; terapeut/pedagog og annet helsepersonell. Vi antar at den høye svarresponsen av terapeuter/pedagoger i Kirkenes skyldes at en av oss er ansatt ved en avdeling med denne fagbakgrunnen, og at de ansatte ved avdelingen derfor vier spørreundersøkelsen større oppmerksomhet. Det samme kan kanskje sies å gjelde annet helsepersonell i Mo i Rana, da den andre forskeren jobber i et miljø med mange helsesekretærer.

Til tross for svarprosenten, kan vi si at bortfallet innenfor enkelte faggrupper er tilfeldig, og at det ikke ødelegger for at sammensetningen er representativ mellom sykehusene. Vår tolkning er at det er mulig å overføre våre funn også til andre sykehus i Helse Nord, eller andre sykehus som bruker avvikssystemet Docmap. Dette med bakgrunn i egne erfaringer, funn i empiri og med forankring i teori. Det som er vanskelig å generalisere til andre sykehus, er hvorvidt kultur for å skrive avviksmeldinger på den enkelte arbeidsplassen eller avdelingen er avgjørende for om den ansatte faktisk skriver avvik eller ikke.

4.8 Metodekritisk refleksjon

Vi mener vår problemstilling blir godt belyst ved bruk av kvantitativt casedesign og ved bruk av spørreundersøkelse. Vi har diskutert muligheten for å supplere undersøkelsen med kvalitativt intervju. Selv et fåtall intervju ville gitt oss muligheten til å undersøke hvorvidt respondentene har forstått vår hensikt med spørsmål og svaralternativer, og om vår tolkning av funnene er forstått slik respondentene har ment det. Vi har valgt å ikke utføre intervju til tross for at det

ville gitt mer kvalitative data, da dette er data som vanskeligere lar oss sammenlikne to enheter. Respondentene får dessuten muligheten til å gi sine egne meninger om temaet i det siste spørsmålet, da det er formulert som en åpen avslutning på spørreundersøkelsen. 32 respondenter har valgt å benytte seg av fritekstspørsmålet.

Svakheten ved spørreskjemaet er at det er distribuert ved bruk av distribusjonslister i Outlook, som i varierende grad er oppdaterte. Grunnen til at denne måten å distribuere spørreskjemaet på ble valgt, er i hovedsak for å lette arbeidet for oss selv, og å få ut spørreskjemaet så raskt som mulig. Det ville tatt svært lang tid å manuelt skrive inn epostadressen til de rundt 900 ansatte ved de to sykehusene. Det har også tatt tid å filtrere ansattlistene til målgruppen for spørreundersøkelsen, da inklusjonskriteriene har vært alle ansatte ved somatiske avdelinger, uavhengig av stillingsprosent og ansettelsesforhold. Vi har valgt å holde toppledelsen utenfor, da denne er organisert ulikt i de to foretakene.

Distribusjonslistene inneholder ansatte som ikke lenger har et aktivt stillingsforhold og enkelte ansatte ligger i flere lister grunnet delte arbeidsforhold. I tillegg mangler en del ansatte i listene, enten fordi leder ikke har lagt de til, eller at den ansattes stillingsforhold ikke organisatorisk passer inn i de forhåndsdefinerte listene. Vi ser i ettertid at vi ville hatt en bedre oversikt over respondentene og en tydeligere bortfallsanalyse dersom vi hadde valgt å gjøre jobben manuelt til å begynne med, framfor å bruke distribusjonslister. Generelt kan det sies å være en utfordring å nå fram til alle ansatte. Dette gjelder både det å finne en felles plattform som alle benytter, og en formidlingsform som gjør at de ansatte velger å vie sin oppmerksomhet til en spørreundersøkelse.

Vi har valgt å gjøre en deskriptiv studie, det vil si at vi ønsker å framstille tallene slik de er og sammenlikne de to enhetene utfra det. Vi har ikke regnet ut om svarene våre har statistisk signifikans, fordi det i denne sammenhengen ikke nødvendigvis betegner noe som er viktig, det gir bare svar på hvor sannsynlig det er at resultatene ikke er tilfeldig. Spørreskjemaet er delvis egenutviklet og ikke forhåndsvalidert, og spørsmål kan ha blitt misforstått eller svar feiltolket. Det er en styrke at spørsmålene er prøvd ut i en pilotstudie, og at spørreskjemaet ble mer leservennlig basert på denne studien. Vi kunne ha forbedret forståelsen av ord og uttrykk i spørreskjemaet ved å ha en forklarende ingress før hvert spørsmål. På den måten kunne vi ha minsket uklarheter rundt begreper som avviksmelding og uønsket hendelse, i tillegg til forklaring av hva vi legger i «det siste året» og «flinke til å melde avvik». På en annen side ville det ha økt tidsbruken på spørreskjemaet, noe som ville vært uheldig.

5. EMPIRI

Dette kapittelet er todelt. Vi presenterer først sekundærdataene, som vi har hentet fra avvikssystemet Docmap med hjelp fra kvalitetsmedarbeidere i foretakene. Primærdataene har vi imidlertid fra en spørreundersøkelse som er sendt ut til alle ansatte ved somatiske avdelinger i Helgelandssykehuset, Mo i Rana og Finnmarkssykehuset, Kirkenes.

5.1 Bakgrunnsdata fra Docmap

I 2017 ble det meldt inn 883 avviksmeldinger i Mo i Rana og 574 i Kirkenes. Disse bakgrunnstallene kan gi oss pekepinn på om det er en sammenheng mellom de avvik som faktisk ble meldt i 2017 og de tallene vi finner i vår spørreundersøkelse i 2018. Vi har valgt å se på tallene fra Kirkenes og Mo i Rana hver for seg.

	Mo i Rana	Meldinger per ansatt	Kirkenes	Meldinger per ansatt
Totalt	883	1,87	574	1,30
Sykepleier	607	2,81	325	1,68
Lege	61	0,82	47	0,64
Hjelpepleier/ helsefagarbeider	25	0,59	18	0,38
Bioingeniør /radiograf	66	2	32	1,10
Terapeut/ pedagog	14	0,74	29	1,61
Annet helsepersonell	78	1,22	72	1,38
Ikke helsepersonell	32	1,39	51	1,65

Tabell 2: Antall avvik meldt i Docmap i 2017

Kilde: Sigurd Finne, Helgelandssykehuset HF og Tone Bjerknes, Finnmarkssykehuset HF

I tabellen over ser vi antall avvik meldt inn fra somatiske avdelinger i løpet av 2017, og hvilken fagprofesjon melderne har. Hvor mange av disse som er meldt som 3-3 meldinger til Helsedirektoratet, har vi valgt å ikke ta med. Vi har valgt å dele inn de ulike profesjonsretningene i sju underkategorier, både under bakgrunnsdata fra Docmap og som bakgrunnsvariabler i questbackundersøkelsen. Ved begge sykehusene er det flest sykepleiere som har meldt avvik, ikke overraskende, ettersom sykepleierne er den største faggruppen ved

sykehusene. Etter dette er det annet helsepersonell som er størst, dette kan være helsesekretærer, ledere, rådgivere og annet fagpersonell, som samlet utgjør svært mange ansatte. Som tredje største gruppe som har meldt avvik er det legene både i Mo i Rana og i Kirkenes. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere er den minste gruppen i Kirkenes, mens terapeut/pedagog er den minste i Mo i Rana. Vi kan se at det er en betydelig forskjell i andel meldte avvik mellom de to sykehusene, faktisk så ble det meldt 50% flere avvik i Mo i Rana enn i Kirkenes.

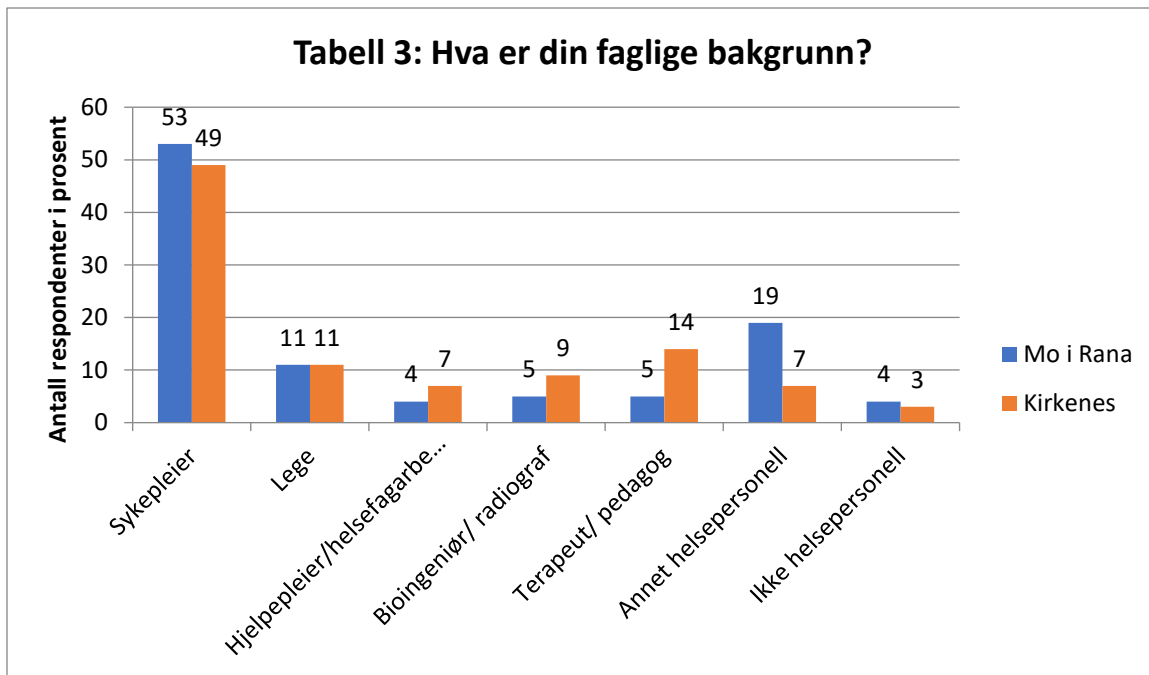
5.2 Questbackundersøkelsen

Tallmaterialet fra spørreundersøkelsen har vi selv analysert. På bakgrunn av de ulike komponentene og sammenheng med teori har vi valgt å lage krysstabeller for å få tydeligere fram enkelte funn. Etter å ha beskrevet respondentenes bakgrunnsvariabler, presenterer vi funnene i rekkefølge av hva vi anser som mest interessant først.

5.2.1 Respondentenes bakgrunnsvariabler

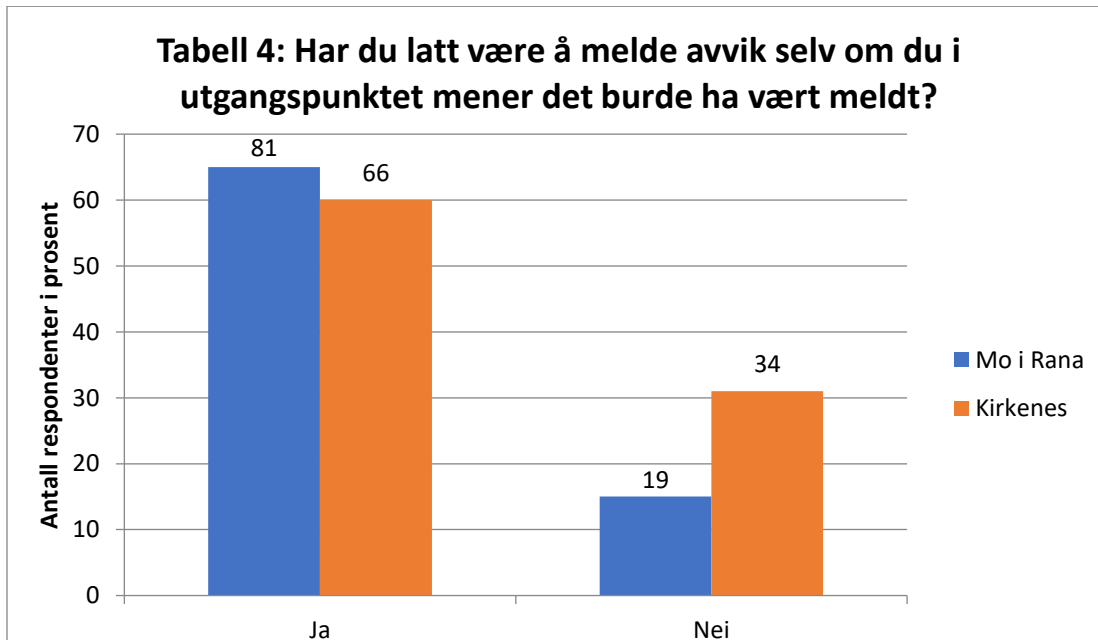
Totalt har 171 ansatte svart på spørreundersøkelsen, 80 respondenter jobber ved sykehuset i Mo i Rana og 91 respondenter jobber i Kirkenes. I Mo i Rana er kjønnsfordelingen 67 kvinner og 12 menn, én respondent har unnlatt å svare på kjønn. I Kirkenes har 19 menn og 60 kvinner svart, 5 har ikke oppgitt kjønn. Det store antallet kvinner som har svart ved begge sykehusene er ikke overaskende, ettersom helsevesenet generelt er kvinnedominert.

Både i Kirkenes og Mo i Rana har mange av respondenten jobbet i lang tid ved sykehusene. 60 % av respondentene har jobbet over 10 år i spesialisthelsetjenesten, mens under 5 % har jobbet i under et år. Man kan muligens anta at det høye antallet respondenter som har jobbet lang tid i spesialisthelsetjenesten, skyldes at dette er ansatte som har jobbet seg oppover karrierestigen. Ikke nødvendigvis ved å få en formell lederfunksjon, men med rådgiverfunksjon, fagansvar eller mer administrative stillinger. Denne gruppen kan igjen sies å ha bedre tid og mulighet for å svare på spørreundersøkelse fordi de har større tilgang på kontor og egen PC. Den yngste gruppen er lavt representert, fordi de til motsetning sannsynligvis har økt pasientrettet arbeid og antas å ha mindre opplæring i forbedringsarbeid.



Vi ser av tabell 3 at flesteparten av respondentene er sykepleiere i begge sykehusene. Deretter kommer terapeut/pedagog i Kirkenes, og annet helsepersonell i Mo i Rana.

5.2.2 Avvik som ikke blir meldt



Et veldig interessant funn fra spørreundersøkelsen er svaret respondentene gir på spørsmålet i tabellen over. Så mye som 81 % i Mo i Rana og 66 % i Kirkenes svarer at de har unnlatt melde avvik selv om de i utgangspunktet mener det burde vært meldt, totalt er dette 73 % av

respondentene. Dette spørsmålet er obligatorisk å svare på, og tvinger respondentene til å tenke igjennom situasjoner eller hendelser som de bevisst eller ubevisst har latt være å melde.

Tabell 5 Antall respondenter	Har du latt være å melde avvik, selv om du i utgangspunktet mener det burde vært meldt?		Har ikke meldt avvik det siste året	Har ikke unnlatt å melde avvik, og har heller ikke meldt avvik det siste året
	Ja	Nei		
Sykepleier	66	21	20	8
Lege	14	5	8	4
Hjelpepleier/ hjelpefagarbeider	4	5	3	2
Bioingeniør/radiograf	9	3	2	0
Terapeut/pedagog	13	4	7	4
Annet helsepersonell	15	6	6	3
Ikke helsepersonell	4	2	3	2

I tabell 5 ser vi samlet for begge sykehusene hvilken fagbakgrunn de ulike respondentene har, og hvor mange innenfor hver kategori har oppgitt å ha unnlatt å melde avvik. Vi ser at det er rimelig jevnt fordelt mellom faggruppene hvem som har unnlatt å melde avvik, selv om de i utgangspunktet mener det burde vært meldt. Med unntak av hjelpepleiere/helsefagarbeidere oppgir mellom 71-76 % av de andre faggruppene at de på et eller annet tidspunkt har unnlatt å melde avvik. Totalt er det 49 respondenter som oppgir å ikke ha meldt avvik det siste året, og av disse er det 23 som svarer at de verken har meldt eller har unnlatt å melde selv om de mener det burde vært meldt. Dersom vi trekker fra både ledere og de som har jobbet under ett år i spesialisthelsetjenesten, sitter vi igjen med 15 respondenter. Det utgjør 8 % av alle respondentene.

5.2.3 Avvik som burde vært meldt, og avvik som blir meldt

Tabell 6 Antall respondenter i prosent	Hvor ofte opplever du uønskede hendelser som du mener bør meldes i Docmap?		Hvor mange ganger i løpet av det siste året har du meldt avvik?	
	Mo i Rana	Kirkenes	Mo i Rana	Kirkenes
Ukentlig	20	21	1	0
1-4 ganger i måneden	29	25	13	10
1-3 ganger i halvåret	31	29	31	25
1-2 ganger i året	15	10	39	25
Sjeldnere/ Har ikke meldt avvik det siste året	5	15	16	40

Det interessant å se at så mye som 20 % av alle respondentene opplever uønskede hendelser ukentlig, som de mener burde vært meldt. Andelen av respondenter som sier at de opplever hendelser 1-4 ganger i måneden som burde vært meldt er høyt og noenlunde likt både for Mo i Rana og Kirkenes. Det er også en stor andel som svarer at de opplever avvik 1-3 ganger i halvåret, rundt 30 %. Det er tre ganger så mange respondenter i Kirkenes enn i Mo i Rana som mener de sjeldnere enn én gang i året eller aldri opplever uønskede hendelser som bør meldes i Docmap. For øvrig er svarene gitt fra de to sykehusene mer eller mindre like.

Når vi sammenligner de to kolonnene i tabellen ser vi at det er nokså stor forskjell mellom hvor ofte respondentene opplever avvik og hvor ofte de melder avvik. Den kolonnen som korrelerer best er den midterste med 1-3 avvik i halvåret, det er også med denne hyppigheten gjennomsnittet av respondentene opplever uønskede hendelser gjennom året. Kun én ansatt i Mo i Rana oppgir at han/hun melder avvik i Docmap ukentlig, dette gir et stort avvik til de totalt 20 % som sier at de opplever avvik som burde vært meldt ukentlig.

Tabell 7	Antall avvik respondentene oppgir å melde i løpet av året		Antall avvik oppgitt å bli meldt - oppsummert (beregnet ut fra minste variabel)	
	Mo i Rana (80)	Kirkenes (91)	Mo i Rana	Kirkenes
Ukentlig	1	0	52	0
1-4 ganger i måneden	10	9	120	108
1-3 ganger i halvåret	25	23	50	46
1-2 ganger i året	31	23	31	23
Sjeldnere/ Har ikke meldt avvik det siste året	13	36	0	0
		SUM	253	177
	Avvik per respondent		3,16	1,95

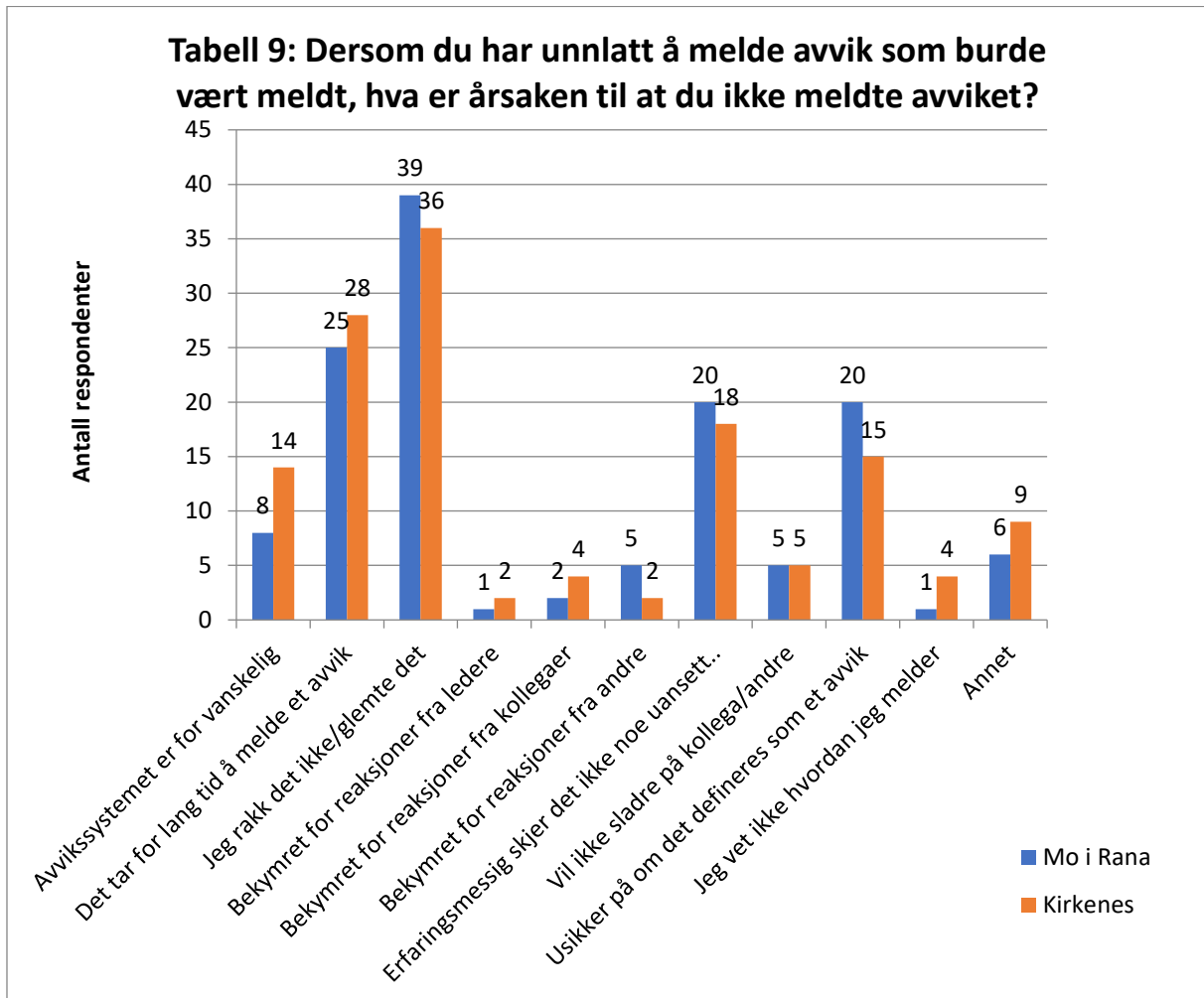
Totalt oppgir 91 respondenter fra Kirkenes at de melder 177 avvik i året. Dette gir et gjennomsnitt på 1,95 melding per ansatt. Når vi ganger det med antall ansatte, dersom vi antar at utvalget er representativt, får vi 861 avviksmeldinger. Dette er et betydelig høyere antall meldinger enn de 574 som faktisk er meldt, faktisk så mye som 50 % mer.

Når vi gjør samme utregningen for de 80 respondentene i Mo i Rana får vi totalt 253 avvik i året, som gir et gjennomsnitt på 3,16 meldinger per ansatt. Oppjustert utgjør dette 1489 meldinger i året, og kan sammenlignes med de 883 som faktisk er meldt. Her ser vi at det er 68 % mer enn det respondentene oppgir å melde, og hva de faktisk melder.

Tabell 8	Antall opplevde avvik i løpet av året		Antall avvik dersom opplevde avvik faktisk ble meldt (beregnet ut fra minste variabel)	
	Mo i Rana	Kirkenes	Mo i Rana	Kirkenes
Ukentlig	16	19	832	988
1-4 ganger i måneden	23	23	276	276
1-3 ganger i halvåret	25	26	50	52
1-2 ganger i året	12	9	12	9
Sjeldnere/ Har ikke meldt avvik det siste året	4	14	0	0
		SUM	1170	1325
	Avvik per respondent		14,62	14,56

Dersom respondentene som opplever avvik ukentlig faktisk meldte sine avvik, ville antall avvik i året vært nærmere 2000 bare for de 35 ansatte som oppgir dette. Vi ser at respondentene ville hatt et gjennomsnitt på 14 meldinger per ansatt dersom det de opplever meldes korrekt.

5.2.4 Årsak til ikke å melde avvik



På spørsmål om årsak til hvorfor et avvik ikke ble meldt, har respondentene fått velge i 11 forskjellige svaralternativer, hvor de har hatt mulighet for å hake av for opptil 5 ulike svar. Det er satt en begrensning på antall mulige svaralternativer, dette for at respondentene skal måtte trekke ut de viktigste argumentene sine. Både i Kirkenes og Mo i Rana har flest svart at tidspress/ forglemmelse er viktigste årsaken. Svært få har svart at bekymringer for reaksjoner har hatt stor betydning for hvorfor de ikke meldte avviket. Det er generelt liten forskjell mellom sykehusene, men nesten dobbelt så mange i Kirkenes opplever at systemet er for vanskelig.

Svaralternativene «*det tar for lang tid å melde avvik*» og «*jeg rakk det ikke/glemte det*» er krysset av hele 64 ganger både i Mo i Rana og i Kirkenes. Ettersom det er flere svaralternativer

og flere i Kirkenes har haket av for begge alternativene ovenfor er svarprosenten ulik. 80 % av respondentene fra Mo i Rana svarer «det tar for lang tid å melde avvik» og/eller «jeg rakk det ikke/glemte det». I Kirkenes har 67 % svart det samme. En respondent skriver følgende:

«Det burde være mulig å «tagge» en undersøkelse/pasient (...) som man kan skrive inn avvik på senere, for de tilfellene der man ikke har tid akkurat der og da. Da burde man kunne skrive en liten påminnelse til seg selv i en melding, slik at man ikke glemmer hva avviket gjaldt» (bioingeniør/radiograf).

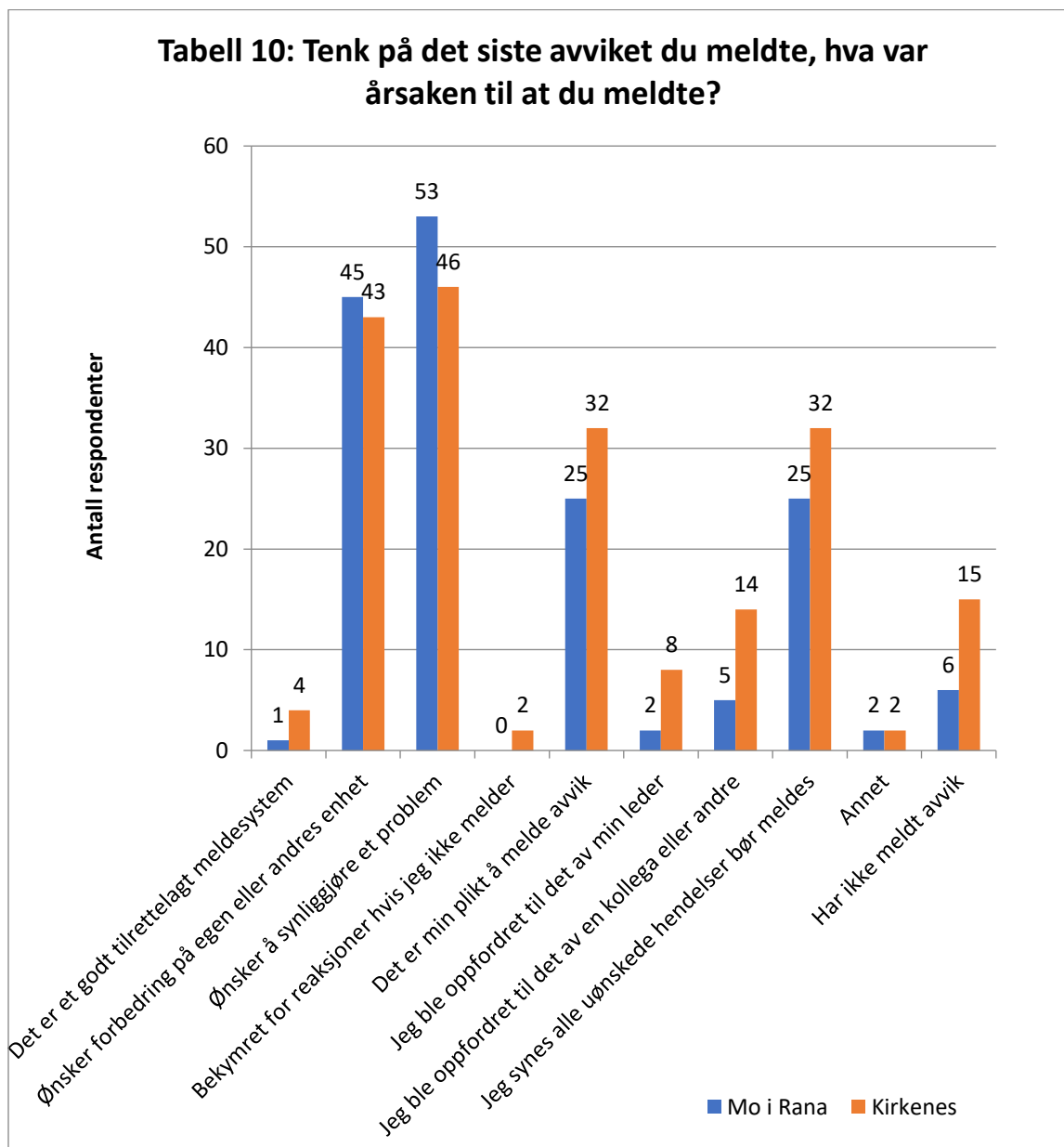
Totalt har 74 % av respondentene på dette spørsmålet svart at de mener de har for dårlig tid i arbeidshverdagen til å melde avvik. 20 respondenter i Mo i Rana svarer at de er usikre på om det defineres som et avvik, og derfor har unnlatt å melde.

Ansatte både i Kirkenes og Mo i Rana oppgir at det «erfaringsmessig ikke skjer noe uansett». Vi vurderer at også fem andre svaralternativer kan tolkes å være «erfaringsbaserte». Disse er «avvikssystemet er for vanskelig», «det tar for lang tid å melde et avvik», «bekymret for reaksjoner fra ledere», «bekymret for reaksjoner fra kollegaer» og «bekymret for reaksjoner fra andre». I Mo i Rana har sammenlagt 41 respondenter haket av for minst én av disse 5 alternativene, i Kirkenes er det 46. Videre er det totalt på begge sykehusene 61 respondenter som mener at avvikssystemet er for vanskelig og/eller det tar for lang tid til å melde avvik. Av disse 61 er det 42 av de samme respondentene som oppgir at de «kjenner avvikssystemet godt», hvilket kommer fram i tabell 15. Det er en stor andel av de som kjenner avvikssystemet godt, hele 69 %, som mener at avvikssystemet er for vanskelig eller har erfart at det tar for lang tid å melde et avvik.

«Docmap er et tungvint og gammeldags system. Det finnes andre og lettere systemer for avviksmeldinger beregnet og laget av mennesker med helsefaglig bakgrunn» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

«Docmap MÅ fases ut og nytt og bedre system må fases inn, et selvforklarende system» (annet helsepersonell, Helgelandssykehuset).

5.2.5 Årsak til å melde avvik



Også ved dette spørsmålet har respondentene fått flere svaralternativer og har her muligheten for å krysse av alle svaralternativene hvis ønskelig. Gjennomsnittlig har ansatte på begge sykehusene valgt to alternativer. Det er svært mange som har svart at de ønsker å oppnå *forbedring på egen eller andres enhet* eller å *synliggjøre et problem*, henholdsvis 52 og 58 % har svart dette. Det vil si at over halvparten av respondentene mener dette er viktige grunner til å melde avvik. De to neste søylene med høy andel svarprosent er at respondentene opplever det som sin *plikt å melde avvik*, og at *alle uønskede hendelser bør meldes*, med henholdsvis 31% i Mo i Rana og 35% i Kirkenes.

5.2.6 Nytteverdi av å melde avvik

Tabell 11	Mener det nytter å melde avvik (prosent)		Opplevelse av at egen avdeling er flink til å melde avvik (prosent)	
	Mo i Rana	Kirkenes	Mo i Rana	Kirkenes
Ja, alltid	0	6	3	9
Ja, som regel	19	24	40	42
Av og til	40	37	36	31
Nei, som regel ikke	26	21	20	19
Nei, aldri	5	1	1	0
Vet ikke	10	11	-	-

På spørsmål om respondentene opplever at det nytter å melde avvik svarer over 70 % i Mo i Rana og 60 % i Kirkenes at det kun av og til eller som regel ikke nytter å melde avvik. 91 % av de som opplever at det ikke nytter, oppgir også at de har latt være å melde avvik selv om de mener det burde vært meldt. 2 av 3 som opplever at det nytter å melde avvik, har også latt være å melde avvik selv om de visste de burde. Likevel har kun 1 % svart at grunnen til at avviket ikke ble meldt var fordi det manglet handling. Dette viser samsvar mellom tilbakemeldingene fra respondentene i de aller fleste tilfellene.

12 % oppgir at egen avdeling alltid er flinke til å melde avvik når det er nødvendig. Generelt oppgir over 50 % av respondentene totalt at deres avdeling ikke melder avvik så ofte som de burde. Bare 25 % av alle respondentene mener at det nytter å melde avvik. Flere respondenter påpeker at avvikssystemet ikke fungerer som det skal.

«Erfaringer viser at det er samme avvik som blir meldt ofte. Dersom de innmeldte avvik ikke brukes aktivt for å unngå at liknende skjer igjen, er det ingen grunn til et avvikssystem.»

En lege fra hvert av sykehusene sier:

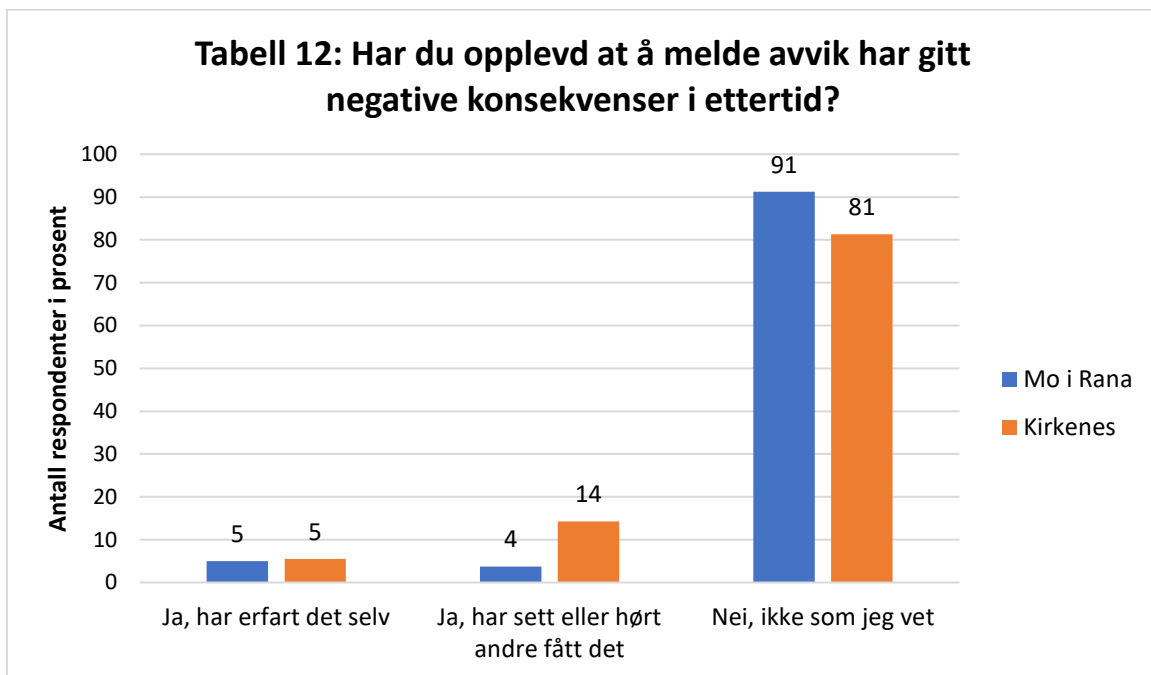
«Lederen prøver å forvrengte og dysse ned alvorlige avvik.»

Og:

«Det er meningsløst å bruke masse tid på å melde avvik, når man opplever at det dysses ned eller ikke får nødvendige konsekvenser i den andre enden.»

I Kirkenes er det 36 stykker som ikke har meldt avvik det siste året, 10 av disse mener at det ikke nytter å melde avvik. I Mo i Rana er det 13 som ikke har meldt avvik siste året og 2 av dem mener det ikke nytter å melde avvik. 73 % (33 av 45) av respondentene som mener det ikke nytter å melde, har til tross for dette oppgitt de har meldt avvik minst én gang det siste året.

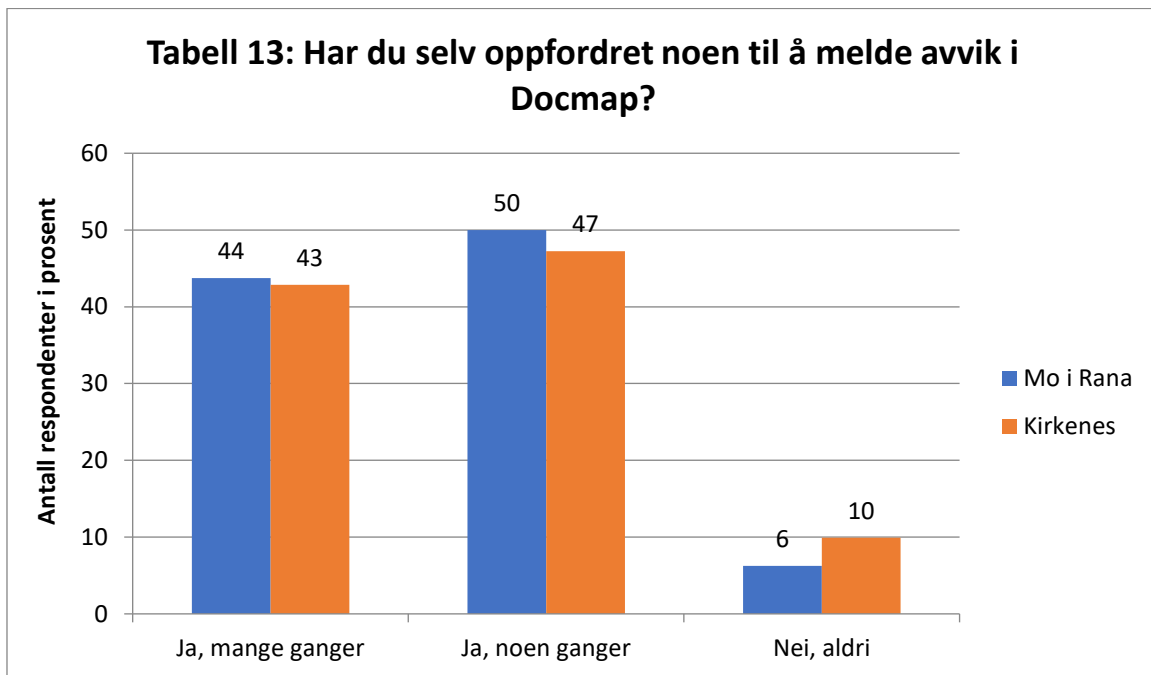
5.2.7 Negative opplevelser ved avvik



Tabellen viser at totalt 5 % selv har opplevd negative konsekvenser ved å melde avvik, og opptil 9 % har sett eller hørt andre fått det. Det er sammenlagt 92 svar fra Kirkenes, hvilken sannsynligvis betyr at én respondent har svart at han/hun både selv har opplevd negative konsekvenser samt sett andre fått det.

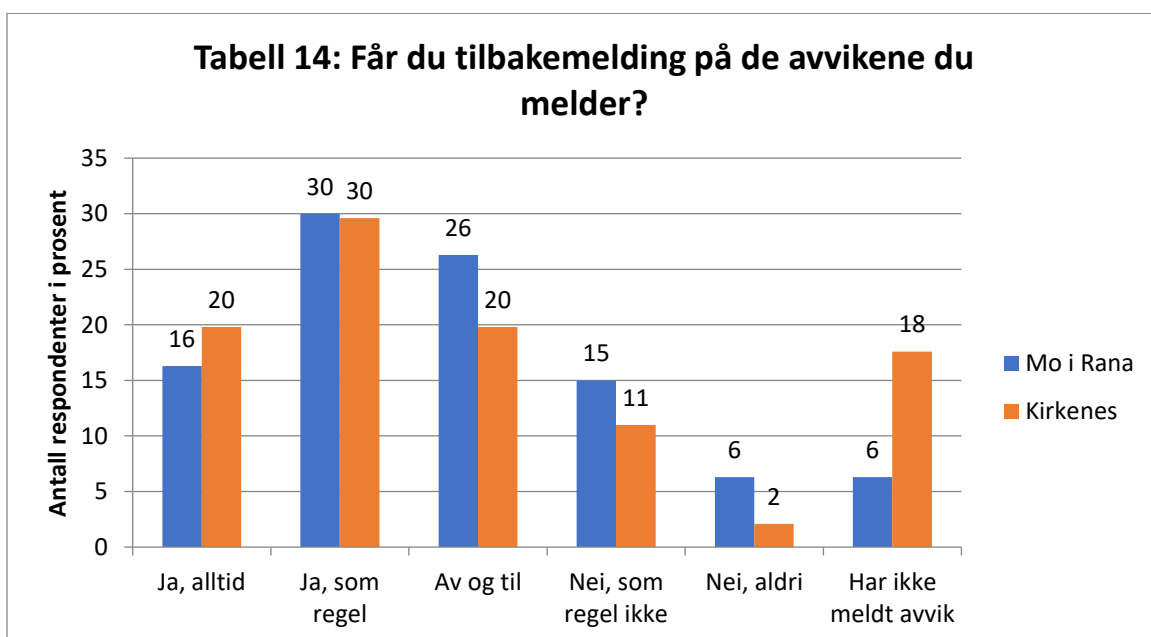
I Kirkenes er det til sammen 19 % som selv har erfart eller sett/ hørt andre fått negative konsekvenser etter å ha meldt avvik. 15 av disse 18 respondentene sier videre at de har latt være å melde avvik på tross av at de mener det skulle vært meldt. Av de 18 er det 6 respondenter som er bekymret for reaksjoner fra kollegaer/ledere eller andre. I Mo i Rana er det 7 respondenter, altså 9 % som selv har erfart eller sett/ hørt andre fått negative konsekvenser etter å ha meldt avvik. I Mo i Rana har 6 av 7 sagt at de har latt være å melde avvik på tross av at de mener det skulle vært meldt. Når vi ser på hva disse respondentene har svart er det dobbelt så mange i Kirkenes som opplever negative konsekvenser av å melde avvik enn i Mo i Rana.

5.2.8 Oppfordre andre til å melde avvik



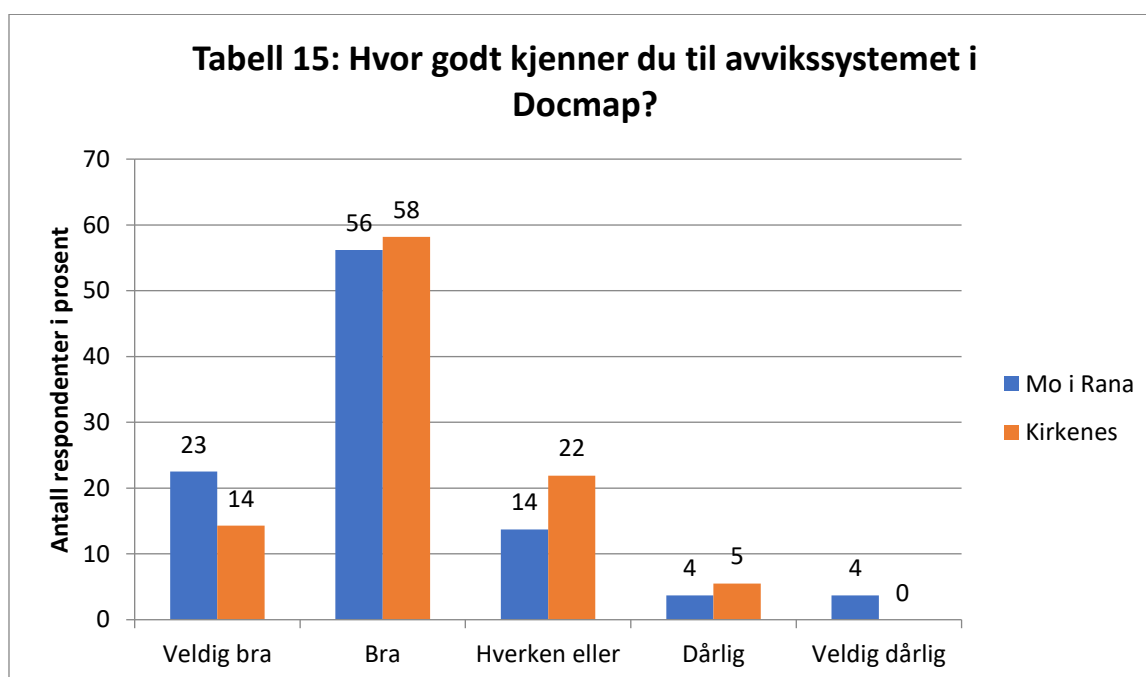
Det er veldig mange som har oppfordret andre til å melde avvik mange ganger eller noen ganger. I dette spørsmålet har respondentene kun mulighet for å svare på ett alternativ. Prosentvis fordeler det seg likt mellom Kirkenes og Mo i Rana, og det er kun 8 % totalt som oppgir at de aldri har oppfordret noen til å melde avvik. Ansatte som aldri har oppfordret noen til å melde avvik er jevnt fordelt mellom de ulike fagbakgrunnene og antall år i spesialisthelsetjenesten.

5.2.9 Tilbakemelding på avvik



I Mo i Rana oppgir 46 % at de alltid eller som regel får tilbakemelding på avvik som meldes. I Kirkenes oppgir 50 % det samme. Kun 7 av 171 respondenter sier de aldri får tilbakemelding. Den store forskjellen mellom sykehusene er hvorvidt de oppgir å *ikke* ha meldt avvik i det hele tatt, også utover det siste året. Halvparten av de som oppgir at de aldri før har meldt avvik, har jobbet over 10 år i spesialisthelsetjenesten, alle fra Klinikk Kirkenes. Rundt halvparten av respondentene sier indirekte at den delen av avvikssystemet som omhandler tilbakemelding fungerer.

5.2.10 Kjennskap til og opplæring i avvikssystemet

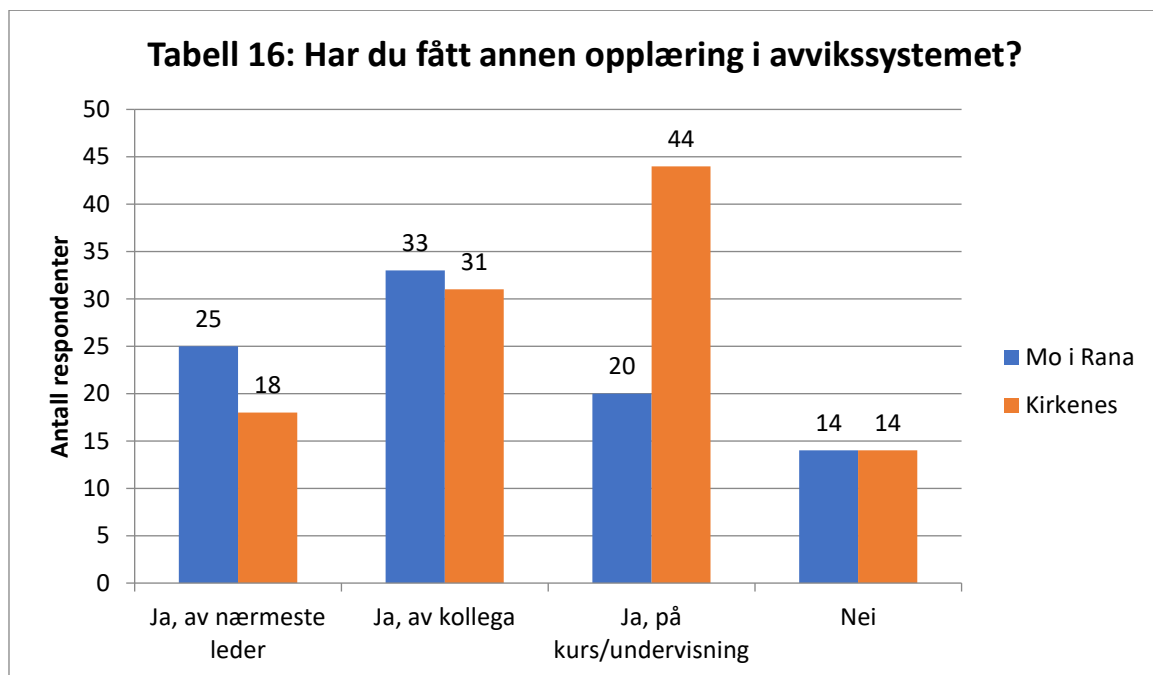


Så mye som henholdsvis 79 og 73 % oppgir at de har bra eller veldig bra kjennskap til avvikssystemet. Dette er et overraskende stort antall av respondentene. Under 7 % oppgir at de har dårlig eller veldig dårlig kjennskap. Disse tallene kan sammenlignes med hvor mange som oppgir å ha fått opplæring i Docmap, enten det er via e-læringskurs eller annet. Flere ansatte i Mo i Rana enn i Kirkenes oppgir at de har veldig god kjennskap, mens flest ansatte i Kirkenes mener de har middelmådig kjennskap til avvikssystemet.

I Kirkenes er det 66 respondenter (73 %) som oppgir at de kjenner til avvikssystemet i Docmap bra eller veldig bra. 43 av de 66 respondentene (65 %) sier at de har latt være å melde et avvik selv om de i utgangspunktet mener at det skulle vært meldt. Bare 4 respondenter oppgir at det skyldes at de ikke vet hvordan de melder. I Mo i Rana har 63 respondenter (79 %) svart at de kjenner til avvikssystemet i Docmap bra eller veldig bra. 53 av disse (84 %) har latt være å

melde avvik selv om de i utgangspunktet mener at det skulle vært meldt. Kun 1 respondent oppgir at det skyldes at han/hun ikke vet hvordan vedkommende melder.

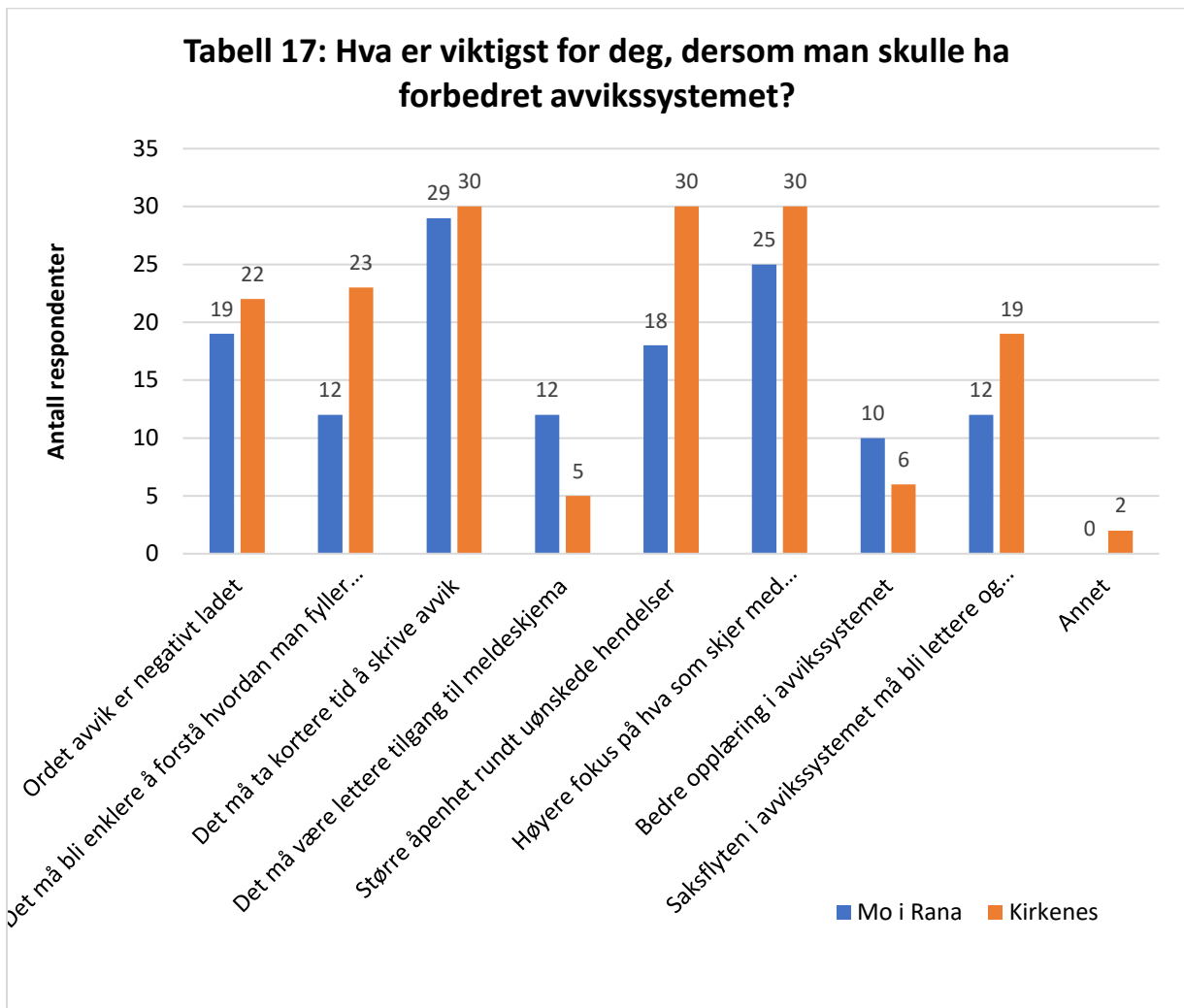
Respondentene oppgir at de har forholdsvis god kjennskap til Docmap både i Mo i Rana og Kirkenes, og begge steder er det stor andel som har latt være å melde avvik selv om de egentlig mener at det skulle vært meldt. Dette er et interessant funn fordi det sier oss at kjennskap til avvikssystemet i Docmap ikke er avgjørende for de fleste når de velger å unnlate å melde et avvik som i utgangspunktet skulle vært meldt.



I Mo i Rana oppgir 40 av 80 respondenter, altså 50 %, at de har gjennomført e-læringskurs. Av de som har gjennomført kurset oppgir 95 % at de har meldt avvik det siste året. Det er 10 ansatte i Mo i Rana som svarer at de aldri har gjennomført opplæring i Docmap, uavhengig av opplæringstype, men likevel har 6 av disse meldt et avvik det siste året.

I Kirkenes oppgir 66 av 91, altså 73 % at de har gjennomført e-læringskurset. Av de som har tatt kurset oppgir 62 % at de har meldt avvik det siste året. Det er kun 5 ansatte i Kirkenes som svarer at de ikke har fått opplæring i Docmap, hverken gjennom e-læringskurs eller annet. Det er altså en stor andel av de som jobber i Kirkenes som har gjennomført en eller annen form for opplæring. 36 av 91 ansatte i Kirkenes har ikke meldt avvik det siste året, altså 40 %. Av disse har likevel 25 respondenter tatt e-læringskurs, og så mye som 21 respondenter har fått opplæring både gjennom e-læringskurs og annen opplæring. Det tilsvarer 23 % av alle ansatte i Kirkenes, som til tross for å ha gjennomført god opplæring, ikke har meldt avvik det siste året.

5.2.11 Forbedringsforslag



På spørsmål om «Hva er viktigst for deg, dersom man skulle ha forbedret avvikssystemet?» er det flest avkryssinger på «det må ta kortere tid å skrive avvik», som utgjør 34 % av alle respondentene.

«Grunnbemanningen burde være bedre i helgene. Da skjer det mest avvik fordi det er for travelt og for mye å gjøre» (sykepleier, Helgelandssykehuset).

«Tidspress gjør nok at mange ikke får skrevet avvik. Man sitter ofte på overtid og dokumenterer nødvendige ting angående pasientbehandling. Det kan ha med prioritering å gjøre» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

«Arbeidstaker må ha tid til å sende avviksmelding» (lege, Finnmarkssykehuset).

32 respondenter har valgt å skrive en kommentar på spørreskjemaets siste spørsmål. Det formuleres flere kommentarer av lik karakter. En del av kommentarene inneholder presiseringer av hva de har eller kunne ha svart i tidligere spørsmål, men mange kommer også med gode forslag på hvordan avvikssystemet kan forbedres. Spesielt kan vi trekke fram følgende kommentarer:

«Avvik bør byttes til å hete uønskede hendelser».

«Hvis de meldte avvik ikke blir brukt aktivt til å unngå at de samme avvik skjer igjen, er det ingen grunn til et avvikssystem».

«Det tar for lang tid fra man melder til man får tilbakemeldinger på et avvik».

«Mer fokus på hvorfor avviksmeldinger skal skrives».

«Avdelingsleder kunne ha oppfordret mer til å skrive avvik».

«Å bli tatt på alvor, og at avvik ikke handler om person men om kvalitetssikring».

«Det bør skilles mellom avvik og registrering av uønskede hendelser. Det vil si at hendelser som man ønsker å registrere for å få fram at dette er et stadig problem på en avdeling bør registreres som en rask og enkel uønsket hendelse uten at det skal være en lang avviksregistrering som skal behandles individuelt».

Spørsmålet om hva som er viktigst for den ansatte dersom avvikssystemet skal forbedres har vært obligatorisk å svare på, med maksimalt 2 antall avmerkinger tillatt. Til sammen 304 avkryssninger er gjort og bare 16 respondenter har krysset av for at bedre opplæring i avvikssystemet er viktigst. Dette er et interessant funn og understøtter som tidligere at respondentene mener stort sett at de har nok kunnskap om avvikssystemet.

Vi ser av tabellen at det er mange like svar fra Mo i Rana og Kirkenes, totalt mener 24 % at ordet «avvik» er negativt ladet og burde vært endret, 34 % mener det må ta kortere tid å skrive avvik, 32 % mener det bør bli høyere fokus på hva som skjer med avviksmeldingene, mens 9 % ønsker bedre opplæring i avvikssystemet. 4 % har svart «annet», hvor følgende kommentarer er skrevet inn:

«Meldte avvik må tas alvorlig»

«Mange avvik handler om forhold ledelsen har ansvar for. Det burde være en uavhengig instans, som tar imot avvik og nøytraliserer dem, før de sendes til leder».

«Må være en prioritert oppgave, slik at man ikke må sitte på overtid for å få fylt ut avviksskjemaet. Da blir det lett at man tenker det gjør jeg i morgen, og så blir det glemt».

«Tilbakemelding på tiltaket til melder».

I Kirkenes mener 25 % at det må bli enklere å forstå hvordan man fyller ut avviksmelding, mens kun 15 % mener det samme i Mo i Rana. 15 % i Mo i Rana mener det må være lettere tilgang til meldeskjemaet, mens kun 5 % mener det i Kirkenes. 33 % i Kirkenes mener det bør bli større åpenhet rundt uønskede hendelser, 22 % mener det samme i Mo i Rana. Det er totalt 18 % av alle respondentene som ønsker at saksflyten i avvikssystemet må bli lettere og mer forståelig. 14 av 22 ledere mener saksflyten i avvikssystemet må bli bedre.

I fritekstspørsmålet, har kun to respondenter nevnt opplæring som et viktig punkt.

«Mer fokus på hvorfor avviksmeldinger skal skrives, det er ikke nok med bare opplæring i campus».

«Praktisk opplæring i å øve på å melde avvik med øvelsespasient».

6. DRØFTING/ANALYSE

Dette kapittelet er inndelt i 6 avsnitt som sammen skal kunne gi svar på problemstillingen. Vi starter med å presentere et innledende funn, da første del av problemstillingen er basert på en hypotese om at ikke alle uheldige hendelser meldes i spesialisthelsetjenesten. Deretter presenterer vi funnene med utgangspunkt i de fire påstandene vi la fram i teorien, inndelt i opplæring, erfaring, prioritering og kultur. Vi tar utgangspunkt i påstandene og forsøker å finne svar ved hjelp av empirien for deretter å knytte det opp mot teorien. Selv om funnene er inndelt i tema, ser vi at det vanskelig lar seg gjøre å skille de helt fra hverandre. De flyter over i hverandre, og ett funn kan påvirke det neste funnet, og omvendt.

6.1 Innledende funn

I spørreundersøkelsen vår får vi bekreftet, det som både teori og egne erfaringer tilsier, at det er et stort omfang av underrapportering av avviksmeldinger: Så mange som 125 respondenter, altså 73 %, oppgir at de har unnlatt å melde avvik som de i utgangspunktet mener burde vært meldt.

6.2 Kunnskap

Påstand 1: Manglende kunnskap om hvordan avvik meldes, eller hva som er en uønsket hendelse, gjør at ikke alle avvik blir meldt.

Over 70 % av respondentene fra Kirkenes og Mo i Rana oppgir at de har bra eller veldig bra kjennskap til avvikssystemet. Dette er et overraskende stort antall av respondentene, og vi hadde på forhånd trodd det var flere som kjente dårligere til avvikssystemet. Denne forutinntattheten kan skyldes egne erfaringer og kunnskaper om systemet, og det vi har sett og hørt i egne enheter. Noe av årsaken til at våre respondenter har så god kunnskap kan være at mange av de som har svart på spørreundersøkelsen har lang fartstid og flere er ansatte som ikke nødvendigvis jobber tettest på pasientene. Når vi ser på alle respondentenes tilbakemeldinger på hva som skulle vært gjort for å få et bedre avvikssystem, er det kun to respondenter som trekker fram opplæring som en viktig komponent. Dette viser at ansatte i ekspertorganisasjoner ofte har gode kunnskaper om sitt ansvarsområde (Strand, 2007). De ansatte øver på prosedyrer og følger standardisert opplæring. Så her kan vi si at den tekniske utførelsen av det å melde

avvik ikke ser ut til å være årsaken til at avvik ikke blir meldt, de fleste ansatte vet hvordan de skal melde avvik i Docmap.

Videre ser vi på respondentenes kunnskap om hva som er en uheldig hendelse som skal meldes som et avvik. På spørsmål om hvorfor en valgte å ikke melde avvik er det totalt 35 respondenter som oppgir at de er usikker på hva som er et avvik. Det viser at en stor andel av de ansatte ikke er sikre på hva som defineres som et avvik, hvilket gjenspeiler det som Braut (2017) sier om «gråsonene» i praksisen i helsetjenesten. Det finnes utallige hendelser som ligger i dette sjiktet, som én ansatt ville sagt ikke er meldingspliktig, mens en annen ansatt ville sagt skulle vært meldt. Flesteparten av disse gråsonetilfellene dreier seg kanskje om nesten uhell eller uhell som ikke førte til skader. Eksempel på dette kan være; sengeliggende pasient med stor risiko for trykkskade har ikke fått trykkavlastende madrass, pasient som nesten sklir ut av seilet ved forflytning med heis, eller det er glemt å føre drikke/diurese liste på en dehydrert pasient. Det finnes ikke alltid en fasit på hva som er et avvik og hva som ikke er et avvik (Molven, 2015). Den ansatte vurderer hyppighet, gjentakelser, alvorlighetsgrad og ulemper med egne øyne, slik at det er den individuelle vurderingen som avgjør om en hendelse defineres som et avvik. Som forskere og skrivere av denne oppgaven har vi diskutert mye om dette temaet og vi to har også ved flere anledninger ulik oppfatning av hva som er en uheldig hendelse som skal meldes som et avvik. For eksempel mener en av oss det bør sendes avvik når en innkalling til operasjon ikke er kommet fram til pasienten, den andre mener ikke det er et avvik. Dette viser at begrepene er utydelig definert.

Når vi sammenligner Kirkenes og Mo i Rana hva angår kunnskap om avvikssystemet, er det interessant å se at ansatte i Kirkenes oppgir at de har prosentvis bedre kunnskap om avvikssystemet, og flere har fått bredere opplæring, enn ansatte i Mo i Rana. På tross av dette melder ansatte i Kirkenes færre avvik enn de gjør i Mo i Rana. Egenrapportering av et fenomen behøver ikke nødvendigvis få fram hele bildet. Respondenten kan ha «glemt» situasjoner eller ønske at noe ikke skal komme fram, enten det er bevisst eller ubevisst. For eksempel kan ønsket om en positiv framstilling av egen yrkesgruppe eller enhet påvirke respondenten til å svare etter anerkjente oppfatninger. Avvik og varsling er sensitive temaer, og selv om kravet til anonymitet er ivaretatt, kan det likevel være at noen unnlater å svare oppriktig på enkelte spørsmål. Det kan også tenkes at de svarer ut i fra egen oppfatning av hva som er riktig, eller hva de ønsker skal være sant, eller den ansatte finner en unnskyldning for at det som har skjedd ikke er så alvorlig (Hjort, 2011).

Det kan se ut som Kirkenes «pynter på sannheten» ved å svare at de selv er flinke til å melde avvik, men samtidig oppgir flere at de ikke har meldt avvik siste året. I tillegg til å pynte på sannheten kan årsaken være at ansatte som har jobbet lenge ved sykehuset har opparbeidet seg en kunnskap og erfaring om avvikssystemet som sier dem at det ikke nytter uansett. Kanskje har de opplevd brudd i læringssirkelen (Jacobsen & Thorsvik, 2013) gjentatte ganger. Det er mange steder i sirkelen det kan oppstå brudd. Den ansatte kan for eksempel oppleve at avviksmeldingen har ført til ny kunnskap som er blitt formidlet videre i organisasjonen, og den nye måten å utføre prosedyren på løftes opp på et kollektivt nivå. Likevel er ikke alle enige om å endre praksis, hvorpå den ansatte da opplever et brudd i læringssirkelen, og erfarer at det ikke nødvendigvis nytter å melde avvik. Andre ganger kan bruddet i læringssirkelen skje fra organisasjonsnivå til individnivå, dersom de ansatte velger å ignorere pålagt praksisendring fra ledelsen. Denne kunnskapen kan gjøre at den ansatte på tross av gode kunnskaper om systemet, velger å la være å melde avvik. Dette leder oss over til neste avsnitt som omhandler erfaringer, der vi vil belyse respondentenes opplevelser av om det nytter å sende avvik og på en slik måte kan påvirke gjeldende praksis.

Respondenter i Kirkenes oppgir å ha fått bredere opplæring i avvikssystemet, og flere ansatte har gjennomført opplæringen, enn respondentene i Mo i Rana oppgir. Likevel påpeker respondentene fra begge sykehus at det er vanskelig å definere hva som er et avvik, og det er store individuelle forskjeller. På bakgrunn av svarene i spørreundersøkelsen kan vi avkrefte påstand 1 når det gjelder den tekniske kunnskapen om hvordan en sender et avvik; de ansatte oppgir at de har tilfredsstillende kunnskaper om hvordan avvik meldes. Derimot kan vi bekrefte påstanden når det gjelder de ansattes kunnskap om hvilke uheldige hendelser som er avvik. Det er store forskjeller på hva de ansatte definerer som avvik, og det er som Hjort (2007) sier stor grunn til å ha økt fokus på hva som er uheldige hendelser.

6.3 Erfaring

Påstand 2: Ansatte unnlater å melde avvik fordi de har erfart at det ikke nytter.

Så mye som 81 % i Mo i Rana og 66 % i Kirkenes svarer at de har unnlatt å melde avvik selv om de i utgangspunktet mener det burde vært meldt. Dette er et høyt antall og det kan tyde på at det er mange som synes det er vanskelig å påvirke ved å melde avvik. På spørsmål om

respondentene opplever at det nytter å melde avvik mener godt over halvparten at det kun av og til eller som regel ikke nytter å melde avvik. Ut fra dette kan vi se at enkelte ansatte beslutter å ikke melde fordi de opplever at ledelsen eller mottaker av avviksmeldingen ikke tar fatt i problemet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Ved mangel på tiltak eller handling overholdes ikke forpliktelsen ledelsen har overfor de ansatte. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at læring er endring av atferd som kommer av erfaring. På samme måte som tidligere beskrevet har kanskje mange ansatte erfart brudd på forskjellige stadier i lærings sirkelen, som igjen gjør at de velger å unnlate å melde et avvik de egentlig mener skulle vært meldt. Hvis den som melder opplever liten eller ingen respons er det vanskelig å se hensikten med å melde.

De erfaringene ansatte har med seg er svært vesentlige i beslutningsprosessen. Hver gang et individ opplever en uheldig hendelse, vil en på nytt måtte ta stilling til hvilke valg en skal ta, og den ansatte blir i denne prosessen påvirket av mange og ulike faktorer. Det ideelle ville være at den ansatte beslutter utfra «economic man» modellen (Jacobsen & Thorsvik, 2013), at en rasjonell beslutning tas med bakgrunn i alle alternative valgmuligheter for at utfallet blir mest mulig lønnsomt. Mye tilsier at dette er vanskelig, og kanskje er det slik at jo færre positive erfaringer den ansatte har med avvikssystemet, jo mer sannsynlig er det at avviket ikke blir meldt. I beslutningsprosessen veier den ansatte de ulike faktorene opp mot hverandre. Både i Kirkenes og Mo i Rana har flest svart at tidspress/ forglemmelse er viktigste årsaken til at de lot være å melde et avvik. Her kunne det være interessant å vite hva som er årsaken til denne forglemmelsen. Kan det enkelte ganger være «for enkelt» å skylde på tidspress, mens det egentlig er andre bakenforliggende årsaker som gjør at den ansatte beslutter å ikke melde? Slike bakenforliggende årsaker vil vi vanskelig finne svar på gjennom et spørreskjema.

De viktigste årsakene for å melde avvik, oppgir respondentene å være ønske om forbedring på egen eller andres enhet, og ønske om å synliggjøre et problem. Dersom en ansatt tidligere har erfart at å melde en uønsket hendelse fører til forbedring av praksis på egen eller andres avdeling, skulle en anta at det også ville føre til at ansatte beslutter å melde flere avvik for å oppnå forbedring. Ved å være en rasjonell beslutningstaker vil meldereren ha klare mål, den vil kunne se konsekvensene av sin beslutning og kunne systematisere løsningene etter mest lønnsomme til minst ønskede, og til slutt vil en velge den avgjørelsen som er best for å oppnå målet (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Videre ser vi at mange velger å fortsette å melde avvik til tross for at de erfarer at det ikke nytter. Selv om det er lav nytteverdi, meldes flere avvik i Mo i Rana enn i Kirkenes. Mange ansatte fortsetter å prøve å påvirke til tross for at de har vanskelig for å se at det nytter, noe som

forteller oss at de ansatte ønsker å ha et avvikssystem som fungerer. Det kan tenkes at det henger sammen med at ansatte i ekspertorganisasjoner, med sine fagkunnskaper, opplever en plikt til å måtte melde. Det forteller oss igjen at spesialisthelsetjenesten ønsker å fremme læring og kritisk refleksjon rundt det en gjør (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I tillegg til at den ansatte ønsker å sette fokus på forebygging ved å lære av fortiden, kan det se ut som spesialisthelsetjenesten også er kommet et lite skritt nærmere en kultur bygget på sikkerhetstenkning. Vi må melde også når uheldige hendelser *kunne* ha oppstått for å avverge dem (Hjort, 2007).

Når vi ser på respondentenes tilbakemelding på hvor mange avvik de har meldt, oppgir både Kirkenes og Mo i Rana at de har meldt et betydelig antall flere meldinger enn det de faktiske tallene fra året i forveien viser. Dette gir oss en pekepinn om at de ansatte tror de er flinkere å melde enn de faktisk er, eller som tidligere nevnt at de unnlater å svare oppriktig. Det kan også tenkes at den ansatte henviser til en situasjon der han/hun hadde *planlagt* å melde et avvik, og husker situasjonen i ettertid som at avviksmelding ble sendt, til tross for at det ikke ble det. Samtidig kan det tenkes at respondenten synes det ser for ille ut, når han for eksempel svarer at han opplever hendelser ukentlig som skulle vært meldt, og i samme spørreskjema sier at han faktisk kun melder 1-2 ganger i året.

Respondentene gir uttrykk for at tidligere erfaringer påvirker deres beslutningsvalg ved avviksrapportering. Tidspress og manglende tiltak fra behandler av avviksmeldingen pekes på som grunner til å la være å melde. Det er få forskjeller mellom Kirkenes og Mo i Rana under dette punktet. Svært mange opplever at det er lite nytteverdi i å melde avvik, uavhengig av hvorfor nytten er lav. På tross av det kan det virke som om respondentenes ønske om å være pliktoppfyllende arbeidstakere overstyrer tidligere erfaringer, hvilket gjør at de likevel melder avvik. Vi kan derfor verken bekrefte eller avkrefte påstanden om at ansatte unnlater å melde avvik fordi de erfarer at det ikke nytter.

6.4 Prioritering

Påstand 3: Uønskede hendelser blir ikke meldt fordi det ikke er en prioritert arbeidsoppgave.

Hjort (2007) sier at uheldige hendelser skjer så ofte i helsevesenet at alle ansatte vil oppleve det i sin arbeidshverdag. På tross av dette er det en stor andel, hele 40 % i Kirkenes og 16 % i Mo i Rana, som sier at de ikke har meldt avvik det siste året. Kun én ansatt av totalt 171 sier at han/hun melder avvik ukentlig, mens hele 35 respondenter sier de opplever avvik ukentlig som burde vært meldt. Til sammen utgjør dette årlig 1820 observerte eller opplevde uønskede hendelser bare blant disse 35 respondenter. Det er svært høyt tall. Omtrent halvparten av de som oppgir å ikke ha meldt avvik det siste året, svarer også at de heller ikke har unnlatt å melde avvik de i utgangspunktet mener burde vært meldt. I bakgrunns materialet kan vi se at dette er ansatte som verken er nytilsatte, ledere eller ansatte som mangler opplæring i avvikssystemet, hvilket gjør det vanskelig å forstå hvordan enkelte ansatte mener det ikke skjer uønskede hendelser i eget sykehus.

Vi ser ikke noen markante forskjeller mellom Kirkenes og Mo i Rana når det gjelder hvorfor de valgte å ikke melde et avvik selv om det skulle vært meldt, ettersom respondentenes svar er forholdsvis jevnt fordelt på de ulike svaralternativene. I svarene fra spørreskjemaet ser vi at overvekten av de ansatte svarer forglemmelse og tidspress som årsak til hvorfor de ikke meldte et avvik.

«Tidspress gjør nok at mange ikke får skrevet avvik. Man sitter ofte på overtid og dokumenterer nødvendige ting ang pasientbehandling» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

Det er et høyt antall ansatte som i en arbeidshverdag - preget av høyt tempo og stress - ikke får meldt avvik. Dette viser at å melde avvik er en oppgave som ikke kommer øverst på listen når en skal prioritere sine arbeidsoppgaver. Det er sannsynligvis flere årsaker til det. En grunn kan være at den ansatte synes at meldesystemet er teknisk utfordrende og tar for lang tid (Foss, 2016a). To respondenter skriver:

«Docmap er (...) et tungvint og gammeldags system» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

Det må bli enklere å fylle ut avviksskjema (sykepleier, Helgelandssykehuset).

En annen årsak til at avviksrapportering blir nedprioritert kan være at mye tid brukt på å melde, på en eller annen måte vil gå ut over pasienter eller kollegaer. Hvis en sykepleier som deler ut medisiner oppdager at feil medisin er gitt til feil pasient, kan flere alternative scenarier oppstå. Dersom sykepleieren velger å bruke sin tid på å skrive avvik istedenfor å fortsette å dele ut medisiner, vil pasientene som venter på medisin måtte vente lengre, eller en annen sykepleier

må ta over medisnutdelingen. Hvis sykepleieren derimot velger å fortsette medisnutdelingen, kan det tenkes at rapportering av avviket blir bortglemt, eller at vakta er over og det ble ikke tid til å melde. Dersom sykepleieren velger første alternativ og kollegaer reagerer negativt på prioriteringen, vil melderer sannsynligvis huske dette ved senere tilfeller der det er nødvendig å melde. En avdeling som har få registrerte avvik har ikke nødvendigvis få uønskede hendelser (Foss, 2016a). Det kan være prioriteringene på avdelingen som avgjør denne forskjellen, og mange ganger påvirkes prioriteringen av kulturen på arbeidsplassen. Det er de ansattes vaner, holdninger og ritualer som blir fremtredende. «*Vi pleier å gjøre det slik her*» (Røynås, 2013). Dette skal vi se mer på i neste avsnitt.

Under spørsmål om ønskede forbedringer av avvikssystemet har overvekten av respondentene valgt å hake av for «*det må ta kortere tid å skrive avvik*». En respondent skriver følgende:

«Må være en prioritert oppgave, slik at man ikke må sitte på overtid for å få fylt ut avviksskjemaet. Da blir det lett at man tenker det gjør jeg i morgen, og så blir det glemt».

Det vi finner samlet sett fra Kirkenes og Mo i Rana er at det er en stor andel av de uønskede hendelsene ansatte er vitne til som ikke blir meldt fordi det er en arbeidsoppgave som blir nedprioritert. Dette funnet bekrefter derfor påstand 3 om årsak til hvorfor uønskede hendelser ikke blir meldt.

6.5 Kultur

Påstand 4: Kulturen på avdelingen gjør at de ansatte unnlater å melde avvik.

Det er ikke kultur for å arbeide proaktivt – tenke og handle forebyggende – i spesialisthelsetjenesten, fordi profesjonene er opplært til å identifisere allerede oppståtte problem (sykdom eller skade) og deretter behandle den (Hjort, 2007). Dette viser seg i mange situasjoner der pasient møter behandler i spesialisthelsetjenesten, helsepersonell leter etter sykdommen for å fikse den. Det kan for eksempel være diagnostisering av et brudd, hvor helsepersonell deretter behandler bruddet med gips og sender pasienten hjem. Samlet sett ser vi det er mange respondenter som mener avdelingen bare av og til eller som regel ikke er flinke til å melde avvik når det er nødvendig. Det er totalt over 50 % av respondentene som sier at

deres avdeling ikke melder avvik så ofte som de burde. Disse funnene understøttes av rapporten fra Arbeidsforskningsinstituttet (Ottesen, 2016) som påpeker at stadig færre ikke tør å melde fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

En større andel ansatte i Kirkenes enn i Mo i Rana har selv opplevd eller hørt/sett andre ha opplevd negative konsekvenser etter å ha meldt avvik. Dette kan føre til en kultur der de ansatte ser på avvikssystemet som et angiversystem. Ansatte kan bli redde for å bli angitt eller stemplet som en angiver (Storvik, 2016). Det er flere i Kirkenes enn i Mo i Rana som aldri har meldt et avvik eller oppfordret andre til å melde avvik. Flere i Kirkenes enn i Mo i Rana mener at avvik er et negativt ladet ord. Totalt kan dette bidra til å skape frykt blant ansatte mot å melde avvik. Nesten dobbelt så mange i Kirkenes enn i Mo i Rana mener at «*større åpenhet rundt uønskede hendelser*» er det viktigst tiltaket for å forbedre avvikssystemet. Disse funnene gir oss en pekepinn om at det kanskje er en anelse dårligere meldekultur i Kirkenes enn i Mo i Rana. Dette understøttes av at det også ble meldt færre avvik i Kirkenes enn i Mo i Rana i 2017. Respondenter skriver følgende:

«Mange ansatte tror at avvikssystemet (...) er for å ta noen og ønsker ikke å sende avvik i tilfelle det fører til dårligere samarbeid» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

«Pasientens ve og vel (...) bør prioriteres foran å beskytte kollegaer/venner» (terapeut/pedagog, Finnmarkssykehuset).

Slike kommentarer viser at «syndebukkkulturen» fortsatt henger igjen i veggene (Hjort, 2007). På den andre siden sier respondentene også følgende:

«Avvik handler ikke om person men om kvalitetssikring» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

«Avvik skal synliggjøre problem» (sykepleier, Finnmarkssykehuset).

Slike kommentarer viser at enkelte ser annerledes på avvikssystemet. Dette gir oss et tegn om at jobben med holdningsendring i spesialisthelsetjenesten - mot at det er systemet som svikter ved uheldige hendelser, ikke enkeltpersoner - har nyttet.

På spørsmålet om den ansatte har oppfordret andre til å melde avvik ser vi at det er overvekt av respondenter som har gjort dette flere ganger. Dette understreker at det oppstår mange uheldige hendelser som bør meldes, og det kan se ut som det er lettere å oppfordre andre til å melde. Enkelte ganger kan det være lettere å rasjonalisere bort ansvaret når det gjelder å melde avvik,

en finner unnskyldninger for det som er skjedd og fortrenger eget ansvar (Hjort, 2007). Videre kan det også tenkes at den som oppfordrer en annen til å melde, selv tenker at han/hun burde ha meldt, men ettersom en ikke selv ønsker å være en angiver, blir det enklere å si at en annen bør melde. Det kan videre tenkes at den som har vært vitne til den uheldige hendelsen får mindre dårlig samvittighet, ved å påpeke at en annen skal melde, og slik legge ansvaret over til en annen.

I spesialisthelsetjenesten kan fryktkultur oppstå fordi enkelte ansatte føler seg underlegne eller har lavere «rang» enn andre, ettersom hierarkisk inndeling har vært fremtredende. Det kan for eksempel være at en hjelpepleier ikke tør å melde avvik på en hendelse som omhandler en lege, eller en sykepleierstudent ikke melder på en sykepleier fordi de er redde for sanksjoner i etterkant. Et erfart eksempel på dette er da en terapeut, som meldte avvik på en lege som ikke vasket hendene etter toalettbesøk, opplevde tilsnakk og negative tilbakemeldinger i etterkant. Om melderens opplever ubehagelige konfrontasjoner når en bruker tid på å skrive avviksmeldinger, vil sannsynligvis terskelen for å melde bli høyere ved en senere hendelse.

Selv om antall respondenter er få, er det prosentvis mange som oppgir at de har unnlatt å melde avvik på grunn av frykt for represalier. Spesielt i Kirkenes, hvor så mye som 19 % har opplevd at å melde avvik har gitt negative konsekvenser i ettertid. Det er mye som forteller oss, både fra litteraturen og av svarene fra spørreskjemaet, at kulturen på avdelingen har mye å si når de ansatte unnlater å melde avvik. Kulturen for å melde avvik er forskjellig på ulike avdelinger og enkeltpersoner – både ansatte, uformelle og formelle ledere – kan ha stor påvirkningskraft på hvorvidt et avvik meldes eller ikke, på god og vondt. Med dette bekrefte påstand 4.

6.6 Tiltak for å forbedre meldekulturen

Nesten dobbelt så mange respondenter i Kirkenes som i Mo i Rana påpeker at større åpenhet om avvikssystemet er en viktig komponent for å øke antall avviksmeldinger. Dette tolker vi til at respondentene opplever at det snakkes for lite om uheldige hendelser, og at de ønsker at hendelsene skal fram i lyset. Litteraturen understøtter at det generelt snakkes lite om uheldige hendelser i spesialisthelsetjenesten (Foss, 2016a, 2016b; Hjort, 2011). For å forbedre meldekulturen er det derfor viktig å snakke om utfordringer og hendelser en helst skulle unngått. At det snakkes lite om uheldige hendelser kan gjøre at gapet mellom forsvarlig og uforsvarlig praksis blir større. En ansatt med liten erfaring i praksis trenger ikke å kjenne til gjeldende prosedyrer og tolker ikke hendelsen som uheldig, en annen kan ha praksis fra annen arbeidsplass der hendelsen er innenfor forsvarlig praksis. Den enkelte ansattes tolkning kan gi

seg utslag i at flere hendelser blir liggende i gråsonen (Braut, 2017), og derfor ikke blir meldt. For å forbedre meldekulturen bør derfor definisjonen av hva som er et avvik tydeligere komme fram. Om ikke det gjøres på overordnet nivå, bør det i hvert fall gjøres opp en intern enighet i avdelingen om hva som bør og ikke bør meldes. En respondent kommenterer følgende:

«(...) skulle vært større fokus på forbedringer på hver enkelt avdeling (...) og større fokus på forbedring innenfor fagprofesjoner og ved samarbeid med andre fagprofesjoner» (terapeut/pedagog, Helgelandssykehuset)

Mange respondenter, både fra Kirkenes og Mo i Rana, mener at avvik er et negativt ladet ord, og en respondent sier

«Avvik bør byttes til å hete uønskede hendelser» (sykepleier, Finnmarkssykehuset)

Det bør oppleves positivt å si ifra og derfor er det av stor betydning hvordan avviksmeldinger blir omtalt. At ordet avvik er negativt ladet kan gjøre at den ansatte kjenner på negative vibrasjoner når han eller hun vurderer å melde avvik. Grunnen kan være at syndebukkkulturen fortsatt er gjeldende. Dette viser igjen at det må være høyere fokus på systemfeil, slik som i industrien, og ikke nødvendigvis personlige feil alene. Muligens fører negative vibrasjoner til at det er lettere å skylde på at en ikke vet om det per definisjon er en uheldig hendelse (Braut, 2017).

Det er en stor andel respondenter som mener at det må bli enklere å forstå avvikssystemet, og nesten dobbelt så mange i Kirkenes som i Mo i Rana ønsker at det må bli enklere å forstå hvordan man fyller ut avviksmelding. Det er et paradoks at det i Kirkenes er flere som oppgir å kjenne systemet godt, og i tillegg har fått tilfredsstillende opplæring, samtidig som de også i større grad enn Mo i Rana etterspør ytterligere forståelse av meldesystemet. Det kan tyde på at respondentene til tross for at de kjenner avvikssystemet, opplever brudd i læringssirkelen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det er en mulighet for at respondentene svarer på vegne av kollegaer, gjerne yngre og med mindre erfaring enn seg selv. De har selv brukt lang tid på å sette seg inn i systemet, og vet at det oppleves som tungrodd og byråkratisk. For å forbedre meldekulturen må det derfor bli enklere å forstå hvordan man melder et avvik i Docmap. To respondenter sier følgende:

«Avvikshåndteringen er svært tungvint. Det meldes inn ting som er ganske uvesentlig men som tar veldig lang tid å svare på» (lege, Helgelandssykehuset)

«Det må bli enklere å fylle ut avviksskjema, og det må bli kultur for at å skrive avvik er en nødvendighet for å få bort uønskede «problemer» (sykepleier, Helgelandssykehuset)

Det er stor enighet i Kirkenes og Mo i Rana om at det må ta kortere tid å skrive avvik og dette alternativet sammen med alternativet om at det må bli høyere fokus på hva som skjer med avviksmeldingene, er de to alternativene som har fått flest avkryssinger totalt sett. Hva som er årsaken til at respondentene ønsker det skal ta kortere tid å skrive avvik kan være mange. Avviksbehandling kan gå på bekostning av andre arbeidsoppgaver, uten at en mener det er mindre viktig eller relevant. I tillegg har mange erfart at det ikke nytter, og det gjør at det blir enklere å prioritere bort denne oppgaven når tidspresset er stort. Dette understøttes også i tidligere punkter om tidspress og prioriteringer av arbeidsoppgaver, både i litteraturen (Helsedirektoratet, 2005) og fra svarene i spørreskjemaet. Det kan også være systemet i seg selv som er for tidkrevende å bruke, eller at systemet ikke åpner for tilfredsstillende tilbakemelding for melder. For å forbedre meldekulturen må derfor de ansatte ha tid i arbeidshverdagen til å melde avvik, og det må være fokus på hva som skjer både underveis og etter meldingen er ferdigbehandlet. Dette for å stimulere til økt antall avviksmeldinger.

*«Det burde være mindre tidkrevende å behandle avvik (...)»
(terapeut/pedagog, Finnmarkssykehuset).*

«Docmap MÅ fases ut og nytt og bedre system må fases inn, et selvforklarende system» (annet helsepersonell, Helgelandssykehuset).

Tidsaspektet er gjentatte ganger påpekt, og anses derfor for å være en svært viktig faktor for å forbedre avvikssystemet. Samtidig ser vi at kulturen er en viktig faktor, som også henger sammen med tidsaspektet. Det ligger i hvordan vi gjør det på avdelingen (Røynås, 2013) om det er «tillatt» å ta seg tid til å skrive avvik. Det er mange av respondentene som gir uttrykk for at det er riktig å ta seg tid til å skrive avvik, fordi de ønsker et velfungerende avvikssystem. Dette er et godt utgangspunkt for forebygging av uheldige hendelser i spesialisthelsetjenesten.

7. AVSLUTNING

Selv om vi har sett noen tendenser som sier oss at det er ulikheter i meldekulturen mellom Mo i Rana og Kirkenes, er det forholdsvis få forskjeller. Vi ser at det er stor grad av underrapportering av uheldige hendelser også i det interne avvikssystemet Docmap, og vi finner med det at riksrevisjonens refs av foretakenes meldekultur er gjeldende også hos oss i Helse Nord. Spesielt tidspress, ulike prioriteringer, kultur på avdelingen og uensartete definisjoner av hva som er uønskede hendelser utgjør hinder for en enhetlig meldepraksis. Vi ser at de ansatte ønsker - og mange jobber for - at det skal bli en meldekultur som tilsier at det er greit å melde avvik. I tillegg må de ansatte ha både tilgang og tilstrekkelig opplæring og tid til å melde. Det bør jobbes mot større åpenhet rundt uheldige hendelser og avviksrapportering slik at meldekulturen kan forbedres. Vi mener at studien har overføringsverdi også til andre sykehus, da de samlede tilbakemeldingene er entydig til tross for geografisk avstand og ulik organisering av tjenesten.

Dersom vi skulle studert dette temaet videre kunne det vært interessant å gjøre en rangering av alvorlighetsgrad av de uheldige hendelsene, for å se om det er mange alvorlige hendelser som ikke blir meldt. Det ville også vært interessant å sammenligne ulike helsepersonell, for å se på hvorvidt ansatte i pasientnære stillinger har en annen oppfattelse og bruk av avvikssystemet, enn ansatte i mer administrative stillinger har.

8. REFERANSER

- Braut, G. S. (2017). Forelesning Styring av forsvarleg verksemd 19.01.17.
- Foss, P.-K. (2016a). Pressemelding - Ledelse og lokal meldekultur avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. Hentet 27. februar 2018, fra <https://www.riksrevisjonen.no/presserom/Pressemeldinger/Sider/Selskapskontrollen2015.aspx>
- Foss, P.-K. (2016b). Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015. *Fagbokforlaget AS, Dokument 3*, 265. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2016-2017/Selskapskontrollen2015.pdf>
- Helsedirektoratet. (2005). Og bedre skal det bli! *Veileder IS-1162*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Hentet 27. februar 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven#om-meldeordningen>
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten - En lære-, tenke- og faktabok*. Gyldendal Akademisk. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2445283>
- Hjort, P. F. (2011). *Uheldige hendelser i helsetjenesten - Pasientfortellinger. Den Norske Legeforening* (Bd. 120).
- Hofstad, E. (2015). Sykepleiens avvikssundersøkelse. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/03/sykepleiens-avviksundersokelse>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt. Hentet fra <https://www.akademika.no/introduksjon-til-samfunnsvitenskapelig-metode/johannessen-asbjoern/tufte-per-arne/christoffersen-line/9788279353843>
- Joks, E. (2018a). Avviksbehandling i Finnmarkssykehuset HF (PR0168). Finnmarkssykehuset

- HF. Hentet fra Docmap
- Joks, E. (2018b). Melderutiner for uønskede hendelser (PB0045). Finnmarkssykehuset HF.
Hentet fra Docmap
- Lura, L. (2018). Melde avvik i Docmap (RL1104). UNN HF. Hentet fra Docmap
- Molven, O. (2015). *Helse og jus*. Gyldendal juridisk. Hentet fra
<https://www.akademika.no/helse-og-jus/molven-olav/9788205480124>
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- Ottesen, A. M. (2016). Når ansatte ikke tør si fra. Hentet fra
<https://www.aftenposten.no/okonomi/i/g61q/Nar-ansatte-ikke-tor-si-fra>
- Pripp, A. H. (2016). Vi trenger likestilte forskningsmetoder. *Sykepleien*.
- Rømuld, I. W. (2013). Kvalitetsforbedring - hva er det og hvordan gjøres det? *Den Norske Legeforening*, 31.
- Røynås, S. (2013). Hvilken kultur er det på din arbeidsplass? Hentet 27. februar 2018, fra
<https://www.bioingenioren.no/meninger/bfi/yrkesetikk/2013/hvilken-kultur-er-det-pa-din-arbeidsplass/>
- Selvik, A. (2015). Jakten på fryktkulturen. Hentet 27. februar 2018, fra
<https://www.ledernytt.no/jakten-paa-fryktkulturen.5824218-311239.html>
- Storvik, A. G. (2016). Gir sykehusene refs for meldekultur og håndtering av avviksmeldinger. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/okonomi/i/g61q/Nar-ansatte-ikke-tor-si-fra>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagboksforlaget.
- Saastad, E. (2017). *Årsrapport 2016 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*.
- Saastad, E. (2018). *Årsrapport 2017 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*.
- Thorsvik, J. (2017). Forelesning organisasjonskultur 26.10.17.

Vedlegg 1 – Tema på masteroppgaven

Kultur for avviksmeldinger – fortrinnsvis i 2017

I 2012 flyttet meldeordningen etter pgf. 3.3 i spesialisthelsetjenesten fra Statens helsetilsyn til Kunnskapssenteret. (I 2016 ble meldeordningen innlemmet i Helsedirektoratet fordi Kunnskapssenteret ble lagt ned som følge av en større omlegging av den sentrale helseforvaltningen.) Bakgrunnen for flyttingen i 2012 var at man ønsket å frikople meldeordningen fra en enhet som også har en sanksjonerende rolle overfor helsepersonell, slik tilsynet har. Verken Kunnskapssenteret eller Helsedirektoratet har en slik rolle. Samtidig ble systemet rigget slik at meldingene framkommer anonyme; verken pasientidentifiserbare data eller navn på det helsepersonell som melder/har vært involvert når fram til meldeordningen. Den er et rent system for læring og forbedring. Man antok og ønsket at antall meldinger ville øke, og at terskelen for å melde ville bli lavere.

Straks etter flyttingen/omleggingen økte antall meldinger betraktelig som en indikasjon på at hensikten ble oppnådd. Men samtidig var det mye oppmerksomhet om meldinger, nye portaler osv. på den tida. Det er aldri kartlagt, så vidt meg bekjent, hvilken bevissthet helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har til det at meldinger i meldeordningen ikke kan utløse sanksjoner. Hva er det som avgjør om man melder en hendelse eller ikke? Det hadde vært fint å få kartlagt enten ved en spørreundersøkelse eventuelt supplert med en kvalitativ studie/fokusgruppeintervju. Tidspunktet nå (2017) ville være perfekt, fordi det foregår mye på feltet nå blant annet med å utvikle en felles meldeportal *inn* til de ulike meldeordningene.

Vedlegg 2 – Spørreundersøkelsen

Kultur for avviksmeldinger

1. Arbeidssted

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Arbeidssted	171	1,53	0,50	2,00

Navn	Antall
Helgelandssykehuset	80
Finnmarkssykehuset	91
N	171

2. Kjønn

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Kjønn	165	1,19	0,40	1,00

Navn	Antall
Kvinne	133
Mann	32
N	165

3. Alder

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Alder	171	3,88	1,15	4,00

Navn	Antall
Under 20 år	0
20 - 29 år	22
30 - 39 år	45
40 - 49 år	48
50 - 59 år	43
Over 60 år	13
N	171

4. Hva er din faglige bakgrunn?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hva er din faglige bakgrunn?	171	2,65	2,04	1,00

Navn	Antall
Sykepleier	87
Lege	19
Hjelpepleier/helsefagarbeider	9
Bioingeniør/radiograf	12
Terapeut/pedagog	17
Annet helsepersonell	21
Ikke helsepersonell	6
N	171

5. Hvor lenge har du jobbet i spesialisthelsetjenesten?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hvor lenge har du jobbet i spesialisthelsetjenesten?	171	3,65	1,19	4,00

Navn	Antall
Under 1 år	5
1 - 5 år	34
6 - 10 år	30
11 - 20 år	49
Over 20 år	53
N	171

6. Har du formell lederfunksjon?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Har du formell lederfunksjon?	171	1,87	0,33	2,00

Navn	Antall
Ja	22
Nei	149
N	171

7. Hvor godt kjenner du til avvikssystemet Docmap?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hvor godt kjenner du til avvikssystemet Docmap?	171	2,15	0,83	2,00

Navn	Antall
Veldig bra	31
Bra	98
Hverken eller	31
Dårlig	8
Veldig dårlig	3
N	171

8. Har du tatt e-læringskurset om avviksmeldinger i Campus?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Har du tatt e-læringskurset om avviksmeldinger i Campus?	171	1,38	0,49	1,00

Navn	Antall
Ja	106
Nei	65
N	171

9. Har du fått annen opplæring i avvikssystemet?

Flere svaralternativer mulig

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Har du fått annen opplæring i avvikssystemet?	171	2,39	0,98	2,00

Navn	Antall
Ja, av nærmeste leder	43
Ja, av kollega	64
Ja, på kurs/undervisning	64
Nei	28
N	171

10. Opplever du at det er enkelt å forstå meldesystemet?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Opplever du at det er enkelt å forstå meldesystemet?	171	1,36	0,48	1,00

Navn	Antall
Ja	110
Nei	61
N	171

11. Opplever du at din avdeling er flink til å melde avvik når det er nødvendig?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Opplever du at din avdeling er flink til å melde avvik når det er nødvendig?	171	2,68	0,87	3,00

Navn	Antall
Ja, alltid	10
Ja, som regel	70
Av og til	57
Nei, som regel ikke	33
Nei, aldri	1
N	171

12. Hvor mange ganger har du i løpet av det siste året meldt avvik?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hvor mange ganger har du i løpet av det siste året meldt avvik?	171	3,77	1,00	4,00

Navn	Antall
Ukentlig	1
1 - 4 ganger i måneden	19
1 - 3 ganger i halvåret	48
1 - 2 ganger i året	54
Jeg har ikke meldt avvik det siste året	49
N	171

13. Opplever du at det nytter å melde avvik?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Opplever du at det nytter å melde avvik?	171	3,33	1,23	3,00

Navn	Antall
Ja, alltid	5
Ja, som regel	37
Av og til	66
Nei, som regel ikke	40
Nei, aldri	5
Vet ikke	18
N	171

14. Får du tilbakemelding på de avvikene du melder i Docmap?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Får du tilbakemelding på de avvikene du melder i Docmap?	171	2,92	1,55	3,00

Navn	Antall
Ja, alltid	31
Ja, som regel	51
Av og til	39
Nei, som regel ikke	22
Nei, aldri	7
Har ikke meldt avvik	21
N	171

15. Hvor ofte opplever du uønskede hendelser du mener bør meldes i Docmap?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hvor ofte opplever du uønskede hendelser du mener bør meldes i Docmap?	171	2,68	1,28	3,00

Navn	Antall
Ukentlig	35
1 - 4 ganger i måneden	46
1 - 3 ganger i halvåret	51
1 - 2 ganger i året	21
Sjeldnere	14
Aldri	4
N	171

16. Har du latt være å melde avvik, selv om du i utgangspunktet mener det burde vært meldt?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Har du latt være å melde avvik, selv om du i utgangspunktet mener det burde vært meldt?	171	1,27	0,44	1,00

Navn	Antall
Ja	125
Nei	46
N	171

17. Dersom ja på forrige spørsmål, hva er årsaken til at du ikke meldte avviket?

Flere svaralternativ mulig

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Dersom ja på forrige spørsmål, hva er årsaken til at du ikke meldte avviket?	130	4,88	3,11	3,00

Navn	Antall
Avvikssystemet er for vanskelig	22
Det tar for lang tid å melde et avvik	53
Jeg rakk det ikke / glemte det	75
Bekymret for reaksjoner fra leder(e)	3
Bekymret for reaksjoner fra kollegaer	6
Bekymret for reaksjoner fra andre	7
Erfaringsmessig skjer det ikke noe uansett om avviket meldes eller ikke	38
Vil ikke sladre på kollega/andre	10
Usikker på om det defineres som et avvik	35
Vet ikke hvordan jeg melder	5
Annet	15
N	130

18. Tenk på det siste avviket du meldte, hva var årsaken til at du meldte?

Flere svaralternativer mulig

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Tenk på det siste avviket du meldte, hva var årsaken til at du meldte?	171	4,60	2,58	3,00

Navn	Antall
Det er et godt tilrettelagt meldesystem	5
Ønsker forbedring på egen eller andres enhet	88
Ønsker å synliggjøre et problem	99
Bekymret for reaksjoner hvis jeg ikke melder	2
Det er min plikt å melde avvik	57
Jeg ble oppfordret til det av min leder	10
Jeg ble oppfordret til det av en kollega eller andre	19
Jeg synes alle uønskede hendelser bør meldes	57
Annet	4
Har ikke meldt avvik	21
N	171

19. Har du selv oppfordret noen til å melde avvik i Docmap?

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Har du selv oppfordret noen til å melde avvik i Docmap?	171	1,65	0,63	2,00

Navn	Antall
Ja, mange ganger	74
Ja, noen ganger	83
Nei, aldri	14
N	171

20. Har du opplevd at å melde avvik har gitt negative konsekvenser i ettertid?

Flere svaralternativer mulig

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Har du opplevd at å melde avvik har gitt negative konsekvenser i ettertid?	171	2,80	0,51	3,00

Navn	Antall
Ja, har erfart det selv	9
Ja, har sett eller hørt andre fått det	16
Nei, ikke som jeg vet	147
N	171

21. Hva er viktigst for deg, dersom man skulle ha forbedret avvikssystemet?

Kun to svaralternativ kan velges

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hva er viktigst for deg, dersom man skulle ha forbedret avvikssystemet?	171	4,26	2,20	4,00

Navn	Antall
Ordet "avvik" er negativt ladet, og burde fått en mer positiv klang	41
Det må bli enklere å forstå hvordan man fyller ut avviksmelding	35
Det må ta kortere tid å skrive avvik	59
Det må være lettere tilgang til meldeskjema	17
Større åpenhet rundt uønskede hendelser	48
Høyere fokus på på hva som skjer med avviksmeldingene	55
Bedre opplæring i avvikssystemet	16
Saksflyten i avvikssystemet må bli lettere og mer forståelig	31
Annet	6
N	171

22. Dersom du har andre forbedringsforslag, skriv gjerne en kommentar.

Kommentarer er anonymisert på bakgrunn av delvis identifiserbart innhold.

Vedlegg 3 – Norsk senter for forskningsdata



Inger Johanne Pettersen
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 13.02.2018

Vår ref: 58787 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.01.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>58787</i>	<i>Kultur for avviksmeldinger i Helse Nord</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Johanne Pettersen</i>
<i>Student</i>	<i>Lene Bülow Langsæter</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Vedlegg 4 – Søknad om godkjenning hos klinikkssjef

navn

tittel

helseforetak

Søknad om gjennomføring av spørreundersøkelse av ansatte ved **(sykehus)**

I forbindelse med MBA i Helseledelse søkes det herved om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ansatte ved (sykehus). NORD Universitet har ansvar for masterutdanningen på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Formål

Formålet med spørreundersøkelsen er å finne ut hva som kan være årsaken til at ansatte ikke melder uønskede hendelser i avvikssystemet Docmap? Vi ønsker å forstå hva som avgjør hvilke avvik som rapporteres og hvilke som ikke gjør det. Vi vil se på data som allerede eksisterer i form av rapporter fra kvalitetssystemet (anonymisert), samt sende ut et spørreskjema til ansatte.

Vi vil sammenligne to sykehus i Helse Nord, for å se om det er forskjeller på hvor mange og hvilke avvik som meldes, og årsaken bak dette. Vi vet at mange avvik ikke meldes i avvikssystemet, dette ønsker vi å analysere nærmere.

Utvalget

Vi ønsker omtrent like mange informanter fra Mo i Rana og Kirkenes, og ønsker derfor å sende ut spørreskjema til 200 ansatte på hvert sted. De vil plukkes ut alfabetisk fra en ansattoversikt, hvor vi starter med etternavn på «A» og stopper når vi har nådd ønsket antall informanter. Vi håper selvfølgelig på høy svarprosent. Det leveres egen søknad til (det andre sykehuset).

Planlagt tidsintervall

Spørreskjemaet er planlagt distribuert ansatte i både Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset 12.02.18. Spørreundersøkelsen stenges for besvarelse 05.03.18. Det er planlagt 2 purringer i perioden. Siste frist for levering av masteroppgaven er 20. juni 2018.

Metode for å sende ut spørreskjema

Questback vil bli brukt til å distribuere spørreskjema via mailgrupper til de ansatte.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Siden questbackundersøkelse kan spores gjennom IP - nummer, er søknad om godkjenning til gjennomføring av undersøkelsen sent NSD. Det samles IKKE inn personidentifiserende opplysninger. Dersom ansatte oppgir identifiserbare data i fritekst, vil vi anonymisere dette før publisering.

Spørreundersøkelsens utvalg og innhold gjør at det ikke er nødvendig å søke vurdering hos REK (Regional etisk komité). Vedlagt spørreskjema er gjennomgått og godkjent av veileder Professor Kari Nyland

Håper at denne søknaden raskt kan bli vurdert, og at tilbakemelding gis følgende epost:

Lene.langsaeter@finnmarkssykehuset.no

Kristine.hellesvik@helgelandssykehuset.no

Med vennlig hilsen masterstudentene

Kristine Hellesvik og Lene B. Langsæter