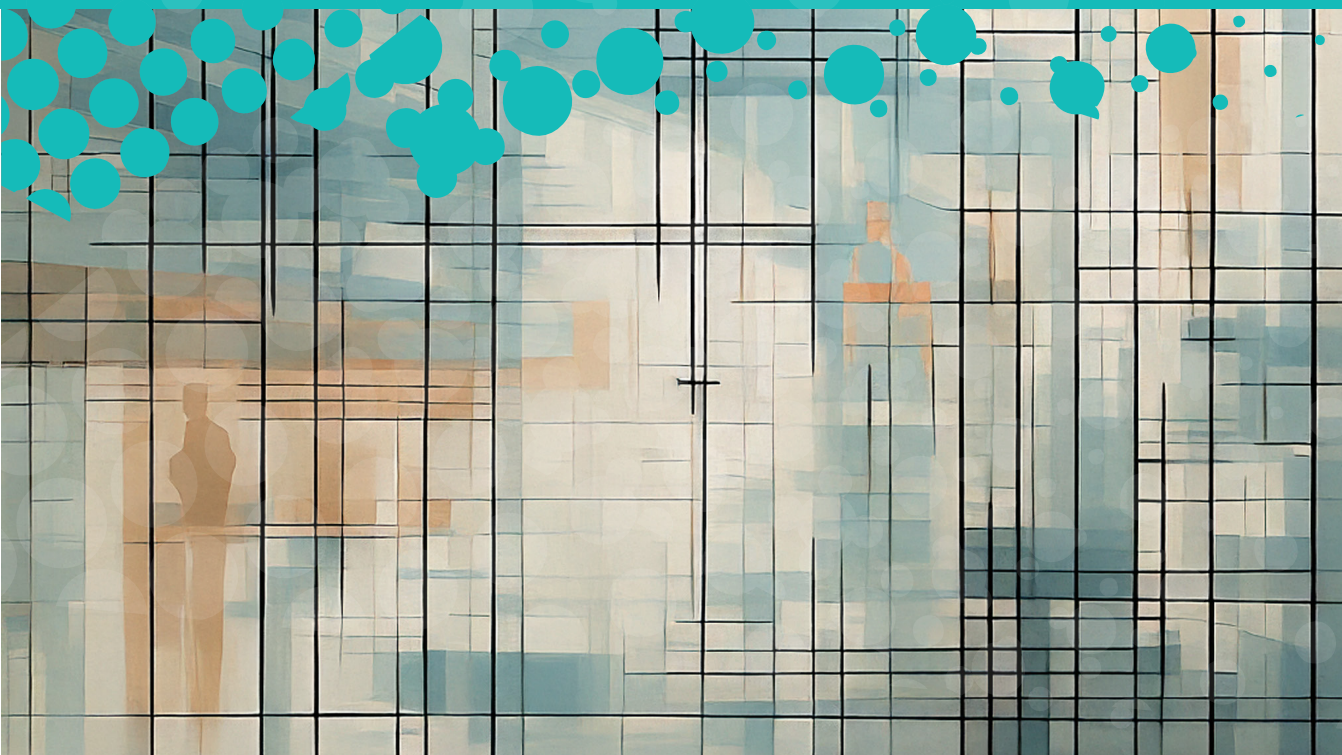


Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen



Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall,
Oddvar Førland, Trude Anita Hartviksen, Jill-Marit Moholt



UiT Norges
arktiske universitet



Senter for
omsorgsforskning



UiA Universitetet
i Agder

NTNU



NORD
universitet

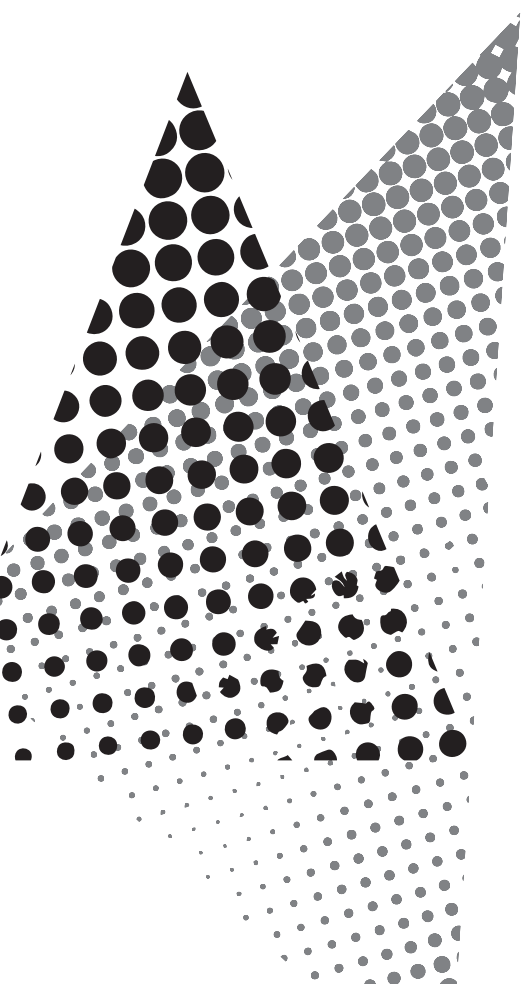


Høgskulen
på Vestlandet



Universitetet
i Sørøst-Norge

Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen



Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik,
Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Trude Anita Hartviksen, Jill-Marit Moholt

Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen

Senter for omsorgsforskning

november 2025



UiT Norges
arktiske universitet



Høgskulen
på Vestlandet



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Bilde generert ved hjelp av Adobe Firefly fra ledeteksten *Create an abstract visual composition representing gaps and omissions in a healthcare system.*

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 04/2025

Tittel: Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen

Forfattere: Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Trude Anita Hartviksen, Jill-Marit Moholt

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-158-5

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.ntnu.no/omsorgsforskning/rapportserie



FORORD

Dette er en rapport om utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen. Den er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, og den er gjennomført av en forskergruppe ved de fem sentrene for omsorgsforskning (SOF) i perioden mars 2024 til juni 2025. Professor Rose Mari Olsen (SOF, midt) har ledet prosjektarbeidet, og sammen med henne har førsteamanuensis Nina Beate Andfossen (SOF, øst), førsteamanuensis Siri Andreassen Devik (SOF, midt), professor Terje Emil Fredwall (SOF, sør), professor Oddvar Førland (SOF, vest), forsker Trude Anita Hartviksen (SOF, nord) og førsteamanuensis Jill-Marit Moholt (SOF, nord) deltatt i forskergruppa.

Rapporten er en videreføring av tre tidligere studier på oppdrag fra Helsedirektoratet: Kapasitet- og kvalitetsutfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Andfossen et al. 2021), Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem (Olsen et al., 2023) og Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem (Olsen et al., 2024). Vi har opplevd et godt samarbeid med direktoratets ansatte, og vil denne gang særlig takke Ingrid Mydland, Tone Hee Åker og Espen Ottesen Vattekar for deres nyttige innspill og konstruktive kommentarer i løpet av prosjektperioden.

Videre vil vi rette en stor takk til alle som bidro i tilretteleggingen av datainnsamlingen, og til alle ansatte som svarte på spørreundersøkelsen og som delte erfaringer og refleksjoner i intervjuene. En stor takk rettes også til ansatte i hjemmetjenesten og USHT som deltok i pretest av spørreskjemaet. Vi håper at funn og diskusjoner vil komme til nytte for dere som jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Takk også til daglig leder John Tonheim for muntlig og skriftlig informasjon om kvalitets- og avvikssystemet Compilo og til statistiker Karl Ove Hufthammer for bistand til og hjelp med de kvantitative analysene.

Senter for omsorgsforskning, november 2025

Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Trude Anita Hartviksen og Jill-Marit Moholt



SAMMENDRAG

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet og omhandler utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen. Rapporten er basert på et forskningsprosjekt som er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) i perioden mars 2024 til juni 2025.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Til tross for økende oppmerksomhet rettet mot utelatt helse- og omsorgshjelp samt pasientsikkerhetskultur i kommunene, foreligger det fortsatt begrenset forskningsbasert kunnskap om disse fenomenene i hjemmetjenesten. Det er også gjort få studier av hvordan avvik rapporteres og håndteres, samt hvordan slike avvik relaterer seg til utelatt helse- og omsorgshjelp – både i hjemmetjenesten og sykehjem.

Hensikten med studien er å kartlegge utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur blant ansatte i hjemmetjenesten og å utforske forståelser av rapportering og håndtering av avvik blant førstelinjeledere og ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten.

METODE

I studien har vi brukt både kvantitativ og kvalitativ metode. For å kartlegge utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur (kvantitativ del), gjennomførte vi i oktober og november 2024 en spørreundersøkelse blant helsepersonell (N=250) i hjemmetjenesten. For å måle utelatt helse- og omsorgshjelp anvendte vi en tilpasset versjon av *Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes (BERNCA-NH)*. Vi anvendte subskalaene teamarbeids- og sikkerhetsklima i *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* for å kartlegge ansattes opplevelser av pasientsikkerhetskultur. For å utforske forståelser av rapportering og håndtering av avvik i sykehjem og hjemmetjenesten (kvalitativ del), gjennomførte vi intervjuer (individuelle og fokusgruppe) med 10 ledere og 23 ansatte fra til sammen fem kommuner i ulike deler av Norge. Intervjuene ble gjennomført i november og desember 2024. Analyser av datamaterialet ble hovedsakelig gjort våren 2025.

RESULTATER

Resultatene fra **spørreundersøkelsen** viser at utelatt helse- og omsorgshjelp er vanlig blant ansatte i hjemmetjenesten. Av oppgavene som *noen ganger* eller *ofte* ble utelatt, finner vi på topp å gjøre tiltak som vedkommende egentlig kunne klare selv (64 %), å tilrettelegge for at pasient/bruker opplever fellesskap og mestring i hverdagen (51 %) og å oppdatere eller utarbeide tiltaksplaner (51 %). Blant de oppgavene som sjelden eller aldri ble utelatt, finner vi å forlate pasient/bruker slik at vedkommende blir liggende/sittende i sin urin/avføring (98 %), å sørge for at pasient/bruker fikk mat når vedkommende er sulten (92 %), og å gi bistand til å spise og drikke (91 %).

De bivariate analysene viser to statistisk signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved ansatte. De som ikke hadde videreutdanning eller ingen helsefaglig grunnutdanning, samt de som jobbet langvakter, rapporterte i gjennomsnitt mindre utelatt helse- og omsorgshjelp enn de som henholdsvis hadde videreutdanning og som ikke jobbet langvakter. Vi fant ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved kommunene.

Videre viser resultatene at ansatte i hjemmetjenesten rapporterte varierende opplevelser av pasientsikkerhetskultur. De to subskalaene i SAQ, teamarbeids- og sikkerhetsklimatekst, måles på en skala fra 0 til 100, hvor høy skår indikerer positiv opplevelse av pasientsikkerhetskultur. Deltakerne hadde en gjennomsnittsskår på teamarbeids- og sikkerhetsklimatekst på henholdsvis 72,5 og 67,4. Andelen positive svar, det vil si andelen av ansatte som skåret 75 eller høyere, var 56 % på teamarbeidsklimatekst og 40 % på sikkerhetsklimatekst. Videre fant vi i de bivariate analysene at menn, samt de som jobbet langvakter, skåret i gjennomsnitt høyere på sikkerhetsklimatekst sammenliknet med kvinner og de som ikke arbeidet langvakter. Vi fant ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom teamarbeidsklimatekst og karakteristika ved ansatte.

For å undersøke sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten, har vi brukt en regresjonsanalyse der vi samtidig kontrollerte for individuelle karakteristika ved ansatte. Resultatene indikerer at høyere skår på utelatt helse- og omsorgshjelp (oftere utelatte oppgaver) er assosiert med lavere skår på sikkerhetsklimatekst (mer negativ opplevelse av sikkerhetsklimatekst). Det var ingen signifikant sammenheng mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og teamarbeidsklimatekst.

Resultatene fra **intervjuene med førstelinjeledere og ansatte** viser at forståelse og håndtering av avvik var preget av mangfold og usikkerhet. Avvik ble forstått som alt fra faglige feil og teknisk svikt til utfordringer ved arbeidsmiljø, det interne samarbeidet og/eller pasientrelaterte hendelser. For ansatte var det særlig hendelser som omhandlet legemidler og fall, som oftest ble rapportert, mens andre typer hendelser, som utelatte oppgaver, ble håndtert mer ulikt.

Selve håndteringen av avvik fulgte stort sett en felles praksis, der kvalitets- og avvikssystemet Compilo ble brukt som verktøy i alle fem kommunene for både registrering og oppfølging. Systemet gir føringer for avviksforståelse i form av forklaringer på de faste kategoriene i systemet. Lederne erfarte systemet som intuitivt og nyttig, men var samtidig bevisste på at ansatte ofte opplevde det som komplisert og tungvint. Både ledere og ansatte beskrev arbeidet med avvikssystemet som tidkrevende; ansatte viste til at selve rapporteringsprosessen var krevende i en travel hverdag, mens lederne understreket at oppfølgingsarbeidet tok betydelig tid og ressurser. Dette ga et bilde av et system som i praksis ble opplevd som belastende for begge parter, til tross for dets funksjonelle formål.

Lederne vektla direkte kontakt med de involverte i oppfølgingen og så på dialog, opplæring og problemløsning på lavest mulig nivå som sentrale strategier. De brukte ofte personalmøter for å

informere om innmeldte avvik og for å minne om prosedyrer. Forbedringsarbeidet var samtidig i stor grad ensrettet som informasjonsformidling. De ansatte uttrykte på sin side at rapportering av avvik hadde verdi for læring, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og synliggjøring overfor ledere, men deres praksis var ujevn: Noen rapporterte jevnlig, mens andre fortalte at de sjelden eller aldri gjorde det.

Både ledere og ansatte pekte på flere hindre for å melde avvik. De mest sentrale av disse var: (1) usikkerhet om hva et avvik er; (2) mangelfull opplæring i rapportering og avvikshåndtering; (3) komplisert meldesystem; (4) manglende eller utilstrekkelig oppfølging fra nærmeste leder etter avviksrapportering; (5) mangel på tid; (6) ubehag med å melde avvik på hendelser som involverer kolleger og/eller pasienter; (7) manglende tro på kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet og/eller læring.

KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Resultatene viser at utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmebaserte tjenester i særlig grad relaterer seg til tiltak som brukeren egentlig kan gjøre selv, oppdatere eller utarbeide tiltaksplaner samt tilrettelegge for at bruker opplever fellesskap og mestring i hverdagen. Dette er prioriteringer som ikke samsvarer med gjeldende lovverk eller myndighetenes føringer rettet mot systematiske intervensjoner som fremmer mestring, selvstendighet og deltakelse. Ansatte i hjemmetjenesten rapporterte varierende opplevelser av pasientsikkerhetskultur, og en høyere skår på utelatt helse- og omsorgshjelp (ofte utelatte oppgaver) var assosiert med lavere skår på sikkerhetsklima.

Intervjuene med ledere og ansatte viser klarhet og usikkerhet i forståelsen av avvik i sykehjem og hjemmetjenester, særlig knyttet til hvorvidt utelatt helse- og omsorgshjelp skal rapporteres som avvik eller ikke. Dette resulterte i ulik praksis om hva og hvor mye som ble registrert. Flere barrierer for avviksrapportering ble avdekket, blant annet opplevelsen av at reell forbedring og læring ofte ikke ble synlig, til tross for at det digitale avvikssystemet har profesjonalisert rapporteringen. Den omfattende rapporteringen fra ansatte, med tidkrevende håndtering og oppfølging fra lederne, kan ses som uttrykk for en styrket meldings- og granskningskultur som krever betydelige administrative tidsressurser i travle hverdager. Til tross for omfattende kommunal avviksrapportering mangler statlige helsemyndigheter både fylkesvis og nasjonale oversikter over hva og hvor mye som meldes i kommunene. Slike oversikter kan utgjøre en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for nasjonal og regional politikk på dette området.



INNHOOLD

FORORD	IV
SAMMENDRAG	V
LISTE OVER TABELLER	XI
LISTE OVER FIGURER	XI
1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Relevante lover, forskrifter og veiledere	3
1.2.1 Generelle styringsdokumenter	3
1.2.2 Styringsdokumenter særlig relatert til rapportering og håndtering av avvik og uønskede hendelser	3
1.2.3 Meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten	5
1.3 Hensikter, forskningsspørsmål og begrepsavklaringer	5
2. METODE	7
2.1 Spørreundersøkelse i hjemmetjenesten	7
2.1.1 Rekruttering og utvalg	7
2.1.2 Variabler i spørreskjema	8
2.1.3 Gjennomføring av spørreundersøkelsen	10
2.1.4 Analyse av kvantitative data	10

2.2 Intervjuer med ledere og ansatte i sykehjem og hjemmetjenester	11
2.2.1 Rekruttering, utvalg og kontekst	11
2.2.2 Gjennomføring av intervju	14
2.2.3 Kvalitative analyser	14
2.3 Forskningsetiske vurderinger og hensyn	14
3. RESULTATER: UTELATT HELSE- OG OMSORGSBJELP OG PASIENTSIKKERHETSKULTUR I HJEMMETJENESTEN	15
3.1 Karakteristika ved deltakerne	15
3.2 Forekomst og typer av utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmetjenesten	17
3.3 Sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved kommunene	20
3.4 Sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved ansatte	20
3.5 Ansattes opplevelse av pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten	22
3.6 Sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte	22
3.7 Sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte	26
3.8 Oppsummering av resultater fra spørreundersøkelsen	27
4. RESULTATER: AVVIK I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER	28
4.1 Hvilke rutiner og strukturer har kommunene for rapportering og håndtering av avvik i helse- og omsorgstjenesten?	28
4.1.1 Kvalitets- og avvikssystemet Compilo	28
4.1.2 Varsling i Compilo	33
4.2 Hvordan forstår og håndterer førstelinjeledere i sykehjem og hjemmetjenester avviksrapportering?	34
4.2.1 Ulike forståelser av avvik	35
4.2.2 Strukturert håndtering av avvik	36
4.2.3 Samarbeid med ansatte	38
4.3 Hvordan forstår og erfarer ansatte i sykehjem og hjemmetjenester rapportering og håndtering av avvik?	41
4.3.1 Ulike forståelser av avvik	41
4.3.2 Hva som blir rapportert og ikke rapportert som avvik	42
4.3.3 Oppgitte grunner for å skrive avvik	43
4.3.4 Når og hvordan avvik blir meldt inn	44

4.3.5 Forhold som kan virke hemmende for ansattes avviksrapportering	45
4.4 Oppsummering av resultater fra intervjuene	50
5. DISKUSJON	51
5.1 Utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten	51
5.2 Avviksforståelse og avvikshåndtering i sykehjem og hjemmetjenester	54
5.2.1 Uklar forståelse av avvik	54
5.2.2 Framvekst av en omstendelig rapporterings- og granskningskultur?	55
5.2.3 Avvikshåndtering som forbedringsarbeid	57
5.3 Betragtninger på tvers av spørreundersøkelsen og intervjuene	58
5.4 Metodebetragtninger	59
6. KONKLUSJON	61
REFERANSER	62
VEDLEGG 1: VARIABLER I BERNCA-NH	67
VEDLEGG 2: OVERSIKT BERNCA-NH OG BERNCA-HC	69
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU	70
VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU	71

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1. Oversikt over deltakerne i intervjustudien	13
Tabell 2. Karakteristika ved ansatte (N=250)	16
Tabell 3. Oversikt over valide svar, gjennomsnittskår og standardavvik på enkeltvariabler BERNCA-HC	19
Tabell 4. Gjennomsnittskår BERNCA-HC, etter karakteristika kommune (N=17)	20
Tabell 5. Gjennomsnittskår for BERNCA-HC, etter karakteristika ansatte (N = 250)	21
Tabell 6. Gjennomsnittskår og andel positive svar på enkeltvariabler i SAQ (N=250)	23
Tabell 7. Gjennomsnittskår for Sikkerhetsklima, etter karakteristika ansatte (N = 250)	24
Tabell 8. Gjennomsnittskår for Teamarbeidsklima, etter karakteristika ansatte (N = 250)	25
Tabell 9. Sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte	26

LISTE OVER FIGURER

Figur 1. Forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp	18
Figur 2. Oversikt over de 299 kommunene som har anskaffet Compilo per mars 2025 (grønne områder).	29
Figur 3. Modul for avviksregistrering i Compilo	30
Figur 4. Eksempel på en underkategori (Tjeneste – tjenestemottaker) med ti underkategorier som ansatte må velge mellom.	32
Figur 5. Varsling i Compilo	34



1. INNLEDNING

Denne rapporten presenterer resultater fra forskningsstudien *Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen*. Studien startet opp i mars 2024 og ble avsluttet i juni 2025. Den er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN

Forskningsstudien er en videreføring av tre tidligere studier på oppdrag fra Helsedirektoratet: *Kapasitet- og kvalitetsutfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene* (Andfossen et al., 2021), *Utelatt helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem* (Olsen et al., 2023) og *Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem* (Olsen et al., 2024).

I den første studien viste vi gjennom en kunnskapsoppsummering (Andfossen et al., 2021) at det å utelate helsehjelp er vanlig i mange land, men at det mangler kunnskap om fenomenet i norsk kontekst. I den andre studien undersøkte vi utelatte helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i norske sykehjem (Olsen et al., 2023). En spørreundersøkelse blant ansatte viste at å utelate helse- og omsorgshjelp er vanlig i sykehjemmene, og at dette kan ha sammenheng både med karakteristika ved sykehjemmene, de ansattes bakgrunn og karakteristika ved pasientene. Videre viste resultatene fra intervjuer med mellomledere i sykehjem at de uttrykte vilje til å gjøre noe med slike utfordringer, men at det ble opplevd som krevende for dem å bygge kultur for åpenhet og læring. Flere erfarte at mange ansatte og stort ansvarsområde hindret slik nærledelse (Olsen et al., 2023).

I den tredje studien utforsket vi nærmere hvilket reelt handlingsrom som ligger hos mellomlederne, herunder lederspenn (på avdelings- og sykehjemsnivå) og forhold mellomledere erfarer fremmer og hemmer deres muligheter for å bygge en kultur for åpenhet og læring (Olsen et al., 2024). For å sette temaet i en bredere sammenheng, brukte vi nasjonale registerdata for å kartlegge ledertetthet i sykehjemsektoren og sammenligne dette med andre store kommunale sektorer. Videre undersøkte vi sammenhenger mellom lederspenn, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem med bruk av data fra spørreundersøkelsen i den

forrige studien (Olsen et al., 2023). Denne studien dokumenterte at det er lav ledertetthet i norske sykehjem sammenlignet med andre kommunale sektorer. Intervjudata med mellomledere viste at de har en tydelig ambisjon om å være tett på egne medarbeidere og å etablere fellesrom for refleksjon og læring, men at oppgavebelastning, økonomi, tilgang på kompetanse, og avdelingskulturen var en utfordring for å realisere ambisjonene. Svar fra spørreundersøkelsen rettet mot ansatte i sykehjem tydet på at jo lavere grad av rapportert pasientsikkerhetskultur, dess flere helse- og omsorgsoppgaver ble rapportert utelatt.

I tillegg til de tre rapportene er det publisert flere allmennrettede innlegg og kronikker fra disse studiene, blant annet i Aftenposten: «[Eldreomsorg: Vi vet bedre, så hvorfor lar vi det skje?](#)» (Førland et al., 2023) og «[Hvorfor er det få ledere på sykehjemmene?](#)» (Førland, 2024).

Til tross for økende oppmerksomhet på utelatt helse- og omsorgshjelp, er det publisert få studier gjennomført i hjemmebaserte tjenester (Sworn & Booth, 2020). Både myndighetenes og befolkningens preferanser tilsier at hjemmet som kontekst for helse- og omsorgstjenester, blir stadig viktigere. Hjemmetjenestene preges av en økende andel eldre tjenestemottakere med komplekse og langvarige helse- og omsorgsbehov, oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten og knapphet på personell og kompetanse. Internasjonalt anses utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmet som et relativt nytt forskningsområde, med økende interesse etter 2015 (Andersson et al., 2022a; 2022b). I det andre og tredje studien (Olsen et al., 2023; Olsen et al., 2024) brukte vi *The Basel Extent of Rationing of Nursing Care for Nursing Homes instrument* (BERNCA-NH) for å måle utelatte helse- og omsorgstjenester (Norman, 2019; Norman & Sjetne, 2019; Zúñiga et al., 2016). Instrumentet er ikke validert for bruk i hjemmetjenester i Norge, men vi har i denne studien tilpasset det for bruk i en slik kontekst.

I våre to tidligere studier som inkluderte intervjuer med mellomledere i sykehjem, framkom det at utelatt helse- og omsorgshjelp kunne bli synliggjort ved at ansatte meldte dette som avvik. De fleste erfarte imidlertid at ansatte var tilbakeholdne med å registrere avvik, til tross for oppmuntring og påminnelser fra lederne (Olsen et al., 2023; 2024). Internasjonal forskning viser at manglende rapportering om feil og nestenhendelser kan skyldes organisatoriske barrierer som kultur, rapporteringssystem og ledelsesatferd, men også personlige og faglige barrierer som frykt, ansvarlighet og egenskaper ved de ansatte (Vaismoradi et al., 2020; Vrbnjak et al., 2016). I spørreundersøkelsen i sykehjem fant vi at over halvparten av de ansatte rapporterte at det kunne være vanskelig å diskutere feil på arbeidsplassen, og nesten like stor andel oppgav vanskeligheter med å melde ifra om at de hadde oppdaget problem i pasientbehandlingen. Lav skår på sikkerhets- og teamarbeidsklimatest var relatert til høyere nivå av rapporterte utelatte oppgaver (Olsen et al., 2024). Mulige sammenhenger mellom pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp bør undersøkes nærmere. Åpenhet og rapportering av uønskede hendelser er en forutsetning for å nå de helsepolitiske målene om *trygghet for å melde, systematisk læring og forbedring, samt færre pasientskader* (Meld. St. 9 (2023 – 2024)). Samtidig har vi grunn til å tro at underrapportering preger sektoren (Prang & Jelsness-Jørgensen, 2014; Ulvund et al., 2016), og vi trenger dessuten undersøkelser om hva som ligger bak tallene. Det er etter vår vurdering også et behov for kvalitative studier som går mer i dybden på avviksrutiner, ansattes forståelser av hva som oppfattes som avvik, hva som påvirker meldekultur, og hvordan avvik håndteres.

1.2 RELEVANTE LOVER, FORSKRIFTER OG VEILEDERE

Det finnes flere lover, forskrifter og veiledere som legger føringer for temaet utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen. I dette delkapitlet orienterer vi om de mest sentrale av disse, men vi legger hovedvekten på styringsdokumenter som er relevante for rapportering og håndtering av avvik.

1.2.1 GENERELLE STYRINGSDOKUMENTER

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#) (2011, § 4-1) understreker at helse- og omsorgstjenestene i kommunene skal være forsvarlige. Ifølge § 4-2 har enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å sørge for at virksomheten *arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*.

[Helsepersonelloven](#) (1999) skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. I § 4 heter det at helsepersonellet skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Virksomheten som ivaretar helse- og omsorgstjenester, skal organiseres på en slik måte at helsepersonellet blir i stand til å håndtere sine lovpålagte plikter (§ 16). Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp internkontroll og for kvalitetssikring av tjenesten (§ 26). I §§ 39 og 40 framkommer plikten til å føre journal og krav til journalens innhold. [Pasientjournalforskriften](#) (2019) gir nærmere regler for dette.

[Verdighetsgarantiforskriften](#) (2010) skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig, og så langt som mulig, meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivarettatt.

1.2.2 STYRINGSDOKUMENTER SÆRLIG RELATERT TIL RAPPORTERING OG HÅNDTERING AV AVVIK OG UØNSKEDE HENDELSER

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) (2016) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. § 6g i denne forskriften pålegger virksomheten å *«ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet»*. Videre gir § 8e virksomheten plikt til å *«gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges»*.

Det er kommunen som arbeidsgiver som har ansvar for å ha et avviks- og kvalitetssystem på plass. Dette må ses i sammenheng med norske kommuners plikt til å ha et internkontrollsystem. [Kommuneloven](#) (2018, § 25-1 bokstav c) pålegger kommunedirektøren å ha system for å «avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik».

I [veilederen som Helsedirektoratet](#) (2018) har utarbeidet til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, er dette ansvaret utdypet blant annet slik:

- Øverste leder skal ha *oversikt* over avvik, herunder uønskede hendelser med mer. I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.
- Øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig *gjennomgår* avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av feil.
- Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at *læringspunktene* tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som framgår av § 6 g.

For å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser må arbeidsgiver (kommunen) som nevnt foran, ha et system for å registrere og håndtere avvik. [Arbeidstaker har på sin side plikt](#) til å straks melde fra til arbeidsgiver om avvik eller mangler på arbeidsplassen (Arbeidstilsynet, u.å.).

Varsling er et annet, men relatert begrep som er regulert i [arbeidsmiljøloven](#) (2005, §§ 2-4, 2-5, 3-6). Dette regulerer arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som arbeidstakeren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet, og som kan være i strid med lover og regler, virksomhetens retningslinjer og alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk akseptabelt.

Også pasient og bruker har kanaler for å melde eller klage om det de oppfatter som klan-derverdige forhold i møte med helse- og omsorgstjenestene. I kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) blir det gjort rede for rettigheten til å klage til Statsforvalteren. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er klageinstans for enkeltvedtak. Lovens § 7-6 gir pasient, bruker eller nærmeste pårørende rett til å varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av ytelse av helse- og omsorgstjenester eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Adgangen til å varsle gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. I kapittel 8 redegjør loven for *Pasient- og brukerombudet*, som pasient, bruker og pårørende også kan henvende seg til. Dette ombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet i møte med helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

I lov og forskrift brukes både uttrykkene avvik og uønskede hendelser. For å veilede helse-tjenestene om hva som menes med «uønskete hendelser», har Helsedirektoratet (2024) gitt ut en [guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#). Målet med denne er å forbedre ivaretagelsen av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser, samt å bidra til en mer åpen og lærende kultur i tjenestene. I guiden forstås uønskete hendelser som «en faktisk eller potensiell skade som følge av behandling eller tjeneste, eller mangel på nødvendig helse- og omsorgshjelp». Dermed utvides Verdens helseorganisasjons

definisjon av «adverse event» som er begrenset til *reell* skade (World Health Organization, 2021). Tanken i den norske guiden er at hendelser som *kunne* medført skade, også er viktige å ha med i forståelsen av det uønskede fordi de kan være belastende for de involverte. De kan dessuten bidra til læring og forbedring av tjenesten og dermed til å forhindre reelle skader og avvik fra god praksis.

1.2.3 MELDEORDNING FOR ALVORLIGE HENDELSER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, har *plikt* til å varsle Helsetilsynet (2024) om dødsfall og svært alvorlig skade på pasient eller bruker. Virksomheter som skal varsle alvorlige hendelser, skal bruke meldeportalen melde.no. Også pasienter, brukere eller nærmeste pårørende har rett til å varsle om svært alvorlige hendelser gjennom denne portalen. Formålet med ordningen er å identifisere uforvarselige forhold slik at forholdene rettes opp og kan bidra til bedre pasientsikkerhet.

Det er nylig vedtatt endringer i helsetilsynsloven (2017), der plikt til å melde og rapportere om alvorlige hendelser beskrives i § 6. I disse endringene, som ennå ikke har trådt i kraft, blir det blant annet påpekt at formålet med melding og rapport om alvorlige hendelser er å bidra til å styrke arbeidet med læring og forbedring for å kunne forebygge, avdekke og avverge alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten (Endringslov til helsetilsynsloven, 2025). En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, står det videre, skal snarest mulig og senest innen fem virkedager sende melding til statsforvalteren med kopi til Statens helsetilsyn hvis det har vært dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker. Dødsfallet eller skaden må da være som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Meldeplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

1.3 HENSIKTER, FORSKNINGSSPØRSMÅL OG BEGREPSAVKLARINGER

Følgende to hovedhensikter med tilhørende forskningsspørsmål har vært styrende for arbeidet i denne studien:

Hensikt 1: Å kartlegge utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten (spørreundersøkelse blant ansatte)

Forskningsspørsmål:

1. Hvilken forekomst og typer av utelatt helse- og omsorgshjelp finnes i hjemmetjenesten?
2. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmetjenesten og karakteristika ved ansatte, og kommunene?
3. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom karakteristika ved ansatte i hjemmetjenesten og deres opplevelser av pasientsikkerhetskultur?
4. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten?

Hensikt 2: Å utforske forståelser av rapportering og håndtering av avvik i sykehjem og hjemmetjenester (intervjustudie blant førstelinjeledere og ansatte)

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke rutiner og strukturer har kommunene for rapportering og håndtering av avvik i helse- og omsorgstjenesten?
2. Hvordan forstår og håndterer førstelinjeledere i sykehjem og hjemmetjenester avviksrapportering?
3. Hvordan forstår og erfarer ansatte i sykehjem og hjemmetjenester rapportering og håndtering av avvik?
4. Hvilke erfaringer har helsepersonell med å registrere utelatt helse- og omsorgshjelp som avvik, og hvilke refleksjoner gjør de seg omkring dette?

Begrepsavklaringer

I rapporten anvendes begrepet *utelatt helse- og omsorgshjelp* om nødvendige pasientrettede tiltak og oppgaver som helt eller delvis blir utelatt, satt på vent, oversett eller glemt, jamfør det engelske begrepet «missed care» (Kalisch et al., 2009; Zúñiga et al., 2016). Av språklige hensyn anvender vi også begrepene *utelatte oppgaver* eller *utelatte tiltak* når vi refererer til utelatt helse- og omsorgshjelp. Av samme grunn bruker vi enkelte steder *oppgaver*, *tiltak*, *bistand* og *aktiviteter* når vi refererer til pasientrettede helse- og omsorgsaktiviteter utført av helsepersonell.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skiller det mellom *pasient* og *bruker*, der begrepet *pasient* anvendes om en person som ber om, tilbys eller gis helsehjelp av helse- og omsorgstjenestene. *Bruker* anvendes om en person som ber om, tilbys eller mottar tjenester som *ikke anses som helsehjelp*, men der tjenestene likevel faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2015). I rapporten anvendes begge begrepene om hjemmeboende personer som mottar helse- og omsorgshjelp fordi *bruker* er en vanlig term blant ansatte i hjemmetjenestene når de snakker om både pasienter og brukere.

Videre anvender vi begrepene *ansatte* og *helsepersonell* om helsefaglig personale og assistenter som jobber i pasientrettet arbeid i hjemmetjenesten eller i sykehjem. *Ledere* refererer til førstelinjeledere i tjenestene, det vil si det nederste nivået i lederhierarkiet som har direkte ansvar for medarbeidere som utfører arbeidet nærmest brukerne.



2. METODE

Denne rapporten er basert på data fra en spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten, samt intervjudata med førstelinjeledere (individuelle intervjuer) og ansatte i hjemmetjenesten og sykehjem (fokusgruppeintervjuer). I tillegg har vi brukt offentlig tilgjengelige kommunedata fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Vi vil i dette kapitlet gi en nærmere beskrivelse av hvordan data er samlet inn, bearbeidet og analysert, først for spørreundersøkelsen (2.1), deretter for intervjuene (2.2). Vi vil også skissere forskningsetiske vurderinger og hensyn (2.3).

2.1 SPØRREUNDERSØKELSE I HJEMMETJENESTEN

For å kartlegge forekomsten av utelatt helse- og omsorgshjelp, og for å undersøke mulige sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte i hjemmetjenesten, gjennomførte vi en elektronisk spørreundersøkelse i løpet av oktober og november 2024.

2.1.1 REKRUTTERING OG UTVALG

Deltakerne ble rekruttert fra kommuner som inngår i SOFs panel av omsorgsforskningsskommuner. Panelet består av kommuner som er spredt over hele landet, og som er utvalgt til panelet på bakgrunn av geografi og demografiske karakteristikk. Sommeren 2024 sendte vi forespørsel om å gjennomføre spørreundersøkelsen til én sentral leder i hver kommune, og totalt 17 takket ja til å delta i prosjektet. I hver deltakerkommune ble det utpekt en kontaktperson som skulle bistå med datainnsamlingen, herunder rekruttering og distribusjon av prosjektinformasjon.

Utvalget bestod av helsepersonell som utøver helse- og omsorgshjelp på daglig basis til pasienter i hjemmetjenesten. I denne studien vil dette si sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter. Vi inkluderte ikke andre yrkesgrupper som yter hjemmebasert helsehjelp, som eksempelvis fysioterapeuter og ergoterapeuter. Grunnen til dette er at flere av

spørsmålene i instrumentet BERNCA omhandler tiltak som disse yrkesgruppene vanligvis ikke utfører, for eksempel medikamenthåndtering og munnstell.

2.1.2 VARIABLER I SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet inkluderte 45 spørsmål som innbefattet bakgrunnsopplysninger om deltakerne, utelatt helse- og omsorgshjelp og deltakernes opplevelse av pasientsikkerhetskultur.

INSTRUMENTET BERNCA-NH

For å kartlegge utelatt helse- og omsorgshjelp, tok vi utgangspunkt i den norske versjonen av *Basel Extent of Rationing of Nursing Care for Nursing Homes* (BERNCA-NH) (Norman & Sjetne, 2019; Zúñiga et al., 2016). Instrumentet er testet for måletekniske egenskaper og brukt i norske studier (Norman, 2019; Norman & Sjetne, 2019), inkludert våre tidligere studier om utelatt helse- og omsorgshjelp i norske sykehjem (Olsen et al., 2023; 2024). Den norske versjonen av BERNCA-NH inneholder 20 spørsmål om grunnleggende sykepleietiltak, og respondentene angir hvor ofte i løpet av siste sju vaktene hvert tiltak ble stående ugjort, eller ikke ble utført riktig på grunn av mangel på tid eller for mye å gjøre. Svarkategoriene er «Aldri», «Sjelden», «Noen ganger» og «Ofte» (skala 1–4), og i tillegg har respondentene anledning til å svare «Tiltaket var ikke nødvendig» eller «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver». Svar på de to sistnevnte kategoriene regnes ikke som valide svar i de statistiske analysene, og inngår derfor ikke i variabelens gjennomsnittskår (de kodes som «missing», og respondentene ekskluderes fra analysene).

I den norske versjonen av BERNCA-NH inngår 16 av spørsmålene i fire subskalaer, eller grupper, av utelatt helse- og omsorgshjelp: rutinemessig pleie (for eksempel kroppsvask og munnhygiene), pleie ved behov (for eksempel det å følge pasienten til toalettet), psykososial omsorg (for eksempel det å samtale med pasienten) og dokumentasjon (for eksempel det å dokumentere tiltak). For en fullstendig oversikt over den originale versjonen av BERNCA-NH, se vedlegg 1).

TILPASNING AV BERNCA-NH TIL HJEMMETJENESTEN (BERNCA-HC)

BERNCA er ikke tidligere brukt blant ansatte i hjemmetjenesten i Norge, og de inkluderte tiltakene var nødvendigvis ikke relevante innenfor denne konteksten. Vi måtte gjøre flere tilpasninger og teste instrumentet blant ansatte som arbeider i tjenesten før vi kunne inkludere det i spørreskjemaet. Dette innbefattet å innhente tillatelse fra instrumentets opphavsperson, den sveitsiske forskeren Franzisca Zúñiga. Deretter gjennomgikk fire forskere i prosjektgruppa (Andfossen, Hartviksen, Moholt og Olsen) instrumentet og gjorde tilpasninger av sentrale begreper og ordlyd i innledende tekst, spørsmål og svaralternativer. Etter flere runder med revidering pretestet vi instrumentets innholdsvaliditet blant fire sykepleiere og en vernepleier som arbeidet i hjemmetjenesten i tre ulike kommuner. Testen besto av at deltakerne fylte ut skjemaet, og deretter ble spørsmålene gjennomgått sammen med en representant fra forskerteamet. I gjennomgangen ba vi blant annet om innspill på begrepsbruk og ordlyd, spørsmålenes egnethet og relevans. Dette førte til ytterligere endringer. Til slutt presenterte vi det reviderte instrumentet for to ansatte i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), begge med lang klinisk erfaring som sykepleiere i hjemmetjenesten. Denne gjennomgangen førte til mindre justeringer.

En fullstendig oversikt over spørsmålene i den originale versjonen av BERNCA-NH og versjonen tilpasset hjemmetjenesten, BERNCA-HC, er gitt i vedlegg 2. Eksempler på endringer

er inkludering av begrepet bruker i tillegg til pasient i BERNCA-HC. Dette ble gjort fordi noen av testdeltakerne mente at bruker var mest anvendt blant ansatte når de refererte til tjenestemottakere i hjemmetjenesten. Andre mente at pasientbegrepet var best egnet, og derfor har vi gjennomgående brukt begge begrepene. Videre inkluderte vi begrepet bistand for å gjenspeile tjenestemottakeren som aktiv deltaker og ikke passiv mottaker av tiltak. Et spørsmål som omhandler det å ikke kunne gjøre en aktivitet som pasienten selv ønsker, ble tatt ut fordi det ikke opplevdes som relevant i hjemmetjenesten der tiltak og pasientrettede oppgaver er basert på vedtak. Dette ble erstattet med et spørsmål om det å ikke kunne bistå pasient/bruker med å ta på kompresjonsstrømpe(r) til riktig tidspunkt (se vedlegg 2, spørsmål 17 i BERNCA-NH og -HC).

Vi har ikke utført supplerende validitetsanalyser av BERNCA-HC og kan derfor ikke utelukke endringer i de fire subskalaene som inngår i originalinstrumentet (BERNCA-NH). Vi har av den grunn valgt å bruke gjennomsnittsskår for alle 20 spørsmålene i de statistiske analysene (variasjonsbredde 1-4). Reliabiliteten til BERNCA-HC er vurdert gjennom analyse av intern konsistens, Cronbachs alfa, hvor verdier mellom 0,70 og 0,95 er ansett som akseptabelt (Tavakol & Dennick, 2011). Analysen indikerer at instrumentet har god intern konsistens, da Cronbachs alfa er på 0,94.

INSTRUMENTET SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

Vi målte ansattes opplevelser av pasientsikkerhetskultur ved å anvende *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* (Bondevik et al., 2019; Deilkås & Hofoss, 2008). For å redusere omfanget av spørreundersøkelsen, slik at flest mulig skulle fullføre, inkluderte vi kun de 13 spørsmålene som inngår i subskalaene *teamarbeidsklima* (seks spørsmål) og *sikkerhetsklima* (sju spørsmål) (se tabell 6 i kapittel 3). Disse subskalaene anses som viktigst når en måler pasientsikkerhetskultur (Sexton et al., 2006). Spørsmålene i SAQ er formulert som påstander, og respondentene angir på en 5-punkts Likertskala i hvor stor grad de er enige i påstandene (1=Svært uenig, 2=Litt uenig, 3=Nøytral, 4=Litt enig, 5=Svært enig). I tillegg finnes det ett svaralternativ, «Spørsmålet passer ikke». Dette regnes ikke som et valid svar (kodes som «missing»), og det inngår derfor ikke i variablenes gjennomsnittsskår. Vi omregnet SAQ-skårene (fra 1 til 5) til en skala fra 0 til 100, hvor høy skår (skår ≥ 75) indikerer god pasientsikkerhetskultur (Sexton et al., 2006). Vi reverserte negativt formulerte påstander (variabel 5 på sikkerhetsklima og variabel 2 på teamarbeidsklima) slik at det mest positive svaret om pasientsikkerhetskultur alltid ga høyest poengsum. Begge subskalaene viste god intern konsistens målt med Cronbachs alfa (0,81 for teamarbeidsklima og 0,77 for sikkerhetsklima).

KARAKTERISTIKA VED ANSATTE

I spørreskjemaet etterspurte vi opplysninger om deltakernes kjønn, alder, yrkesgruppetilhørighet, videreutdanning og antall års erfaring fra nåværende arbeidssted og i helsetjenesten. I tillegg etterspurte vi opplysninger om ansettelsesforhold (type hjemmetjeneste, fast/midlertidig stilling, stillingsprosent) og arbeidstid/type vakter, inkludert om deltakerne arbeidet langvakter. Variablene er nærmere beskrevet i avsnitt 2.1.4, om analyse.

KARAKTERISTIKA VED KOMMUNER

Vi innhentet offentlig tilgjengelige data fra Statistisk sentralbyrå om deltakerkommunene i spørreundersøkelsen: region, sentralitetsindeks, antall innbyggere og kommunens driftsresultat. Variablene er nærmere beskrevet i avsnitt 2.1.4, om analyse.

2.1.3 GJENNOMFØRING AV SPØRREUNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk gjennom nettskjema.no ved Universitetet i Oslo (UiO). Prosjektleder fikk utlevert e-postadresser til ansatte i hjemmetjenesten av kontaktpersoner i deltakerkommunene, og spørreundersøkelsen ble sendt ut til 1143 personer i oktober 2024. Vi holdt undersøkelsen åpen fram til slutten av november 2024, og i alt ble det sendt ut fire påminnelser via nettskjema.no. For å øke deltakelsen, ba vi kontaktpersonene distribuere informasjon om undersøkelsen. I alt svarte 250 ansatte på spørreundersøkelsen, og den endelige svarprosenten ble 22 %.

2.1.4 ANALYSE AV KVANTITATIVE DATA

For å kartlegge karakteristika ved deltakerne, kommunene, forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp (BERNCA-HC), samt deltakernes opplevelse av pasientsikkerhetskultur (SAQ), brukte vi beskrivende statistikk (prosentandeler, gjennomsnitt og standardavvik).

Vi brukte innledningsvis t-test (for uavhengige utvalg) og ANOVA for å undersøke bivariate sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp (BERNCA-HC) og karakteristika ved deltakerne og kommuner, samt mellom ansattes opplevelse av pasientsikkerhetskultur og individuelle karakteristika. Vi brukte t-test for å undersøke forskjeller i gjennomsnittskår på henholdsvis BERNCA-HC og SAQ (teamarbeidsklima og sikkerhetsklima) for ansattes kjønn (mann; kvinne), langvakter (ja; nei) og kommunens driftsresultater (negativt; positivt). Vi brukte ANOVA for å undersøke forskjeller i gjennomsnittskår på henholdsvis BERNCA-HC og SAQ (teamarbeidsklima og sikkerhetsklima) for ansattes alder (≤ 29 år; 30–39 år; 40–49 år; 50–59 år; ≥ 60 år), yrkesgrupper (sykepleier/vernepleier; helsefagarbeider/hjelpepleier; assistent), videreutdanning (ja; nei; ingen helsefaglig grunnutdanning), erfaring fra nåværende arbeidsplass (< 1 år; 1–2 år; 3–5 år; 6–9 år; ≥ 10 år), erfaring fra helsetjenesten (< 1 år; 1–2 år; 3–5 år; 6–9 år; ≥ 10 år), stillingsstørrelse (100 %; 75–99 %; 50–74 %; 25–49 %; ≤ 24 %), ansettelsesforhold (fast; midlertidig; både fast og midlertidig), regionen kommunen tilhører (nord; midt, vest; øst; sør), kommunens størrelse etter innbyggertall (liten: 0–4 999 innbyggere; mellomstor: 5 000–19 999 innbyggere; stor: ≥ 20 000 innbyggere), og sentralitet (minst sentral; nest minst sentral; mellomsentral 2; mellomsentral 1). Ved analyser av BERNCA-HC opp mot kommunekarakteristika (tabell 4) regnet vi først ut gjennomsnittlig verdi for BERNCA-HC per kommune. Vi sammenlignet så disse gjennomsnittsverdiene ved hjelp av vektet ANOVA, der vektene ble satt til antall respondenter fra hver kommune. Dette tar hensyn til ulikt antall respondenter i de forskjellige kommunene (der kommuner med flere respondenter får estimert sin gjennomsnittsverdi med større presisjon).

Enkelte variabler ble omkodet slik at de fikk færre grupper og dermed ble mer hensiktsmessig å bruke i de bivariate analysene og i regresjonsanalysen. På variabelen «Yrkesgrupper» ble svarkategoriene «Sykepleier» og «Vernepleier» slått sammen til ei gruppe. Kategorien «Annet» utgjorde bare tre deltakere og ble derfor satt som «missing». Dette resulterte i tre grupper i stedet for fem.

Vi undersøkte sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte og kommuner ved bruk av regresjonsanalyse. Som mål på utelatt helse- og omsorgshjelp brukte vi som utfallsvariabel gjennomsnittskår for spørsmålene som inngår i BERNCA-HC (variasjonsbredde 1–4). Hovedforklaringsvariablene var de to subskalaene «sikkerhetsklima» og «teamarbeidsklima» i SAQ (mål for pasientsikkerhetskultur). I

tillegg inkluderte vi relevante karakteristika ved ansatte (for eksempel kjønn og alder). Eventuelle forskjeller mellom kommunene ble tatt hensyn til ved å ta med kommuner som stokastiske skjæringspunkt i en *mixed-effects*-modell.

I alt 82 deltakere brukte de ikke-gyldige svaralternativene («Tiltaket var ikke nødvendig» eller «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver») på ett eller flere spørsmål i BERNCA-HC. Disse ble ekskludert fra de bivariante analysene som inkluderte skalaen, samt i regresjonsanalysen. Utvalget i de aktuelle analysene besto derfor av 168 deltakere. *P*-verdier $\leq 0,05$ er definert som statistisk signifikante. Deskriptive og bivariante analyser er gjennomført ved hjelp av IBM SPSS Statistikk for Windows (versjon 29). Regresjonsmodellene er tilpasset ved hjelp av statistikkprogrammet R versjon 4.5.0 og R-pakken lme4.

Analyse av de kvantitative dataene ble gjennomført av Andfossen, Moholt og Olsen i samarbeid med statistiker Karl Ove Hufthammer.

2.2 INTERVJUER MED LEDERE OG ANSATTE I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

I en tidligere spørreundersøkelse som ble gjennomført blant pleiefaglig helsepersonell i 40 sykehjem, rapporterte et flertall av de ansatte at det var vanskelig å diskutere feil på arbeidsplassen og melde ifra hvis de oppdaget et problem i pasientbehandlingen (Olsen et al., 2024). I denne studien har vi derfor ønsket å undersøke nærmere hvilken forståelse ledere og ansatte har av rapportering og håndtering av avvik i sykehjem og hjemmetjenester. Det har vi gjort gjennom intervjuer med ti ledere og 23 ansatte fra til sammen fem kommuner i ulike deler av Norge: nord, midt, vest, øst og sør. Intervjuene ble gjennomført individuelt (med lederne) og i fokusgrupper (med de ansatte).

2.2.1 REKRUTTERING, UTVALG OG KONTEKST

Deltakerne ble rekruttert fra kommuner som inngår i SOFs panel av omsorgsforskningsskommuner (se avsnitt 2.1.1 for nærmere beskrivelse). I utvelgelsen av kommuner la vi vekt på geografisk spredning og variasjon med hensyn til størrelse (antall innbyggere). To ledere og seks ansatte jobbet i store kommuner (over 20 000 innbyggere), fire ledere og ni ansatte jobbet i mellomstore kommuner (5 000–19 999 innbyggere) og fire ledere og åtte ansatte jobbet i små kommuner (mindre enn 5 000 innbyggere). Det ble i alt gjennomført 15 semistrukturerte intervjuer: ti individuelle og fem i fokusgrupper. Mer informasjon om deltakerne er gitt i tabell 1.

Intervjuene med lederne ble gjennomført individuelt (vedlegg 3). I fire av kommunene ble det intervjuet en leder fra sykehjem og en leder fra hjemmetjenesten, mens utvalget i den femte kommunen bestod av to ledere fra hjemmetjenesten, herunder bolig tilrettelagt for heldøgns omsorg. Lederne var enten avdelingsledere eller enhetsledere. Åtte av lederne var kvinner, to var menn. Kontaktpersonene bistod med å skaffe kontaktinformasjon til aktuelle ledere, som så ble invitert av forskergruppa. Lederne bistod med rekrutteringen av ansatte til fokusgruppeintervjuene.

Intervjuene med ansatte ble gjennomført i fokusgrupper (vedlegg 4), der gruppestørrelsen varierte mellom tre og seks personer. Hvert fokusgruppeintervju bestod av ansatte som jobbet i samme kommune. Det var i alt 23 personer – 22 kvinner og én mann – som deltok i de fem fokusgruppeintervjuene. Disse jobbet på intervjutidspunktet enten i sykehjem (ti personer) eller hjemmetjenesten (tretten personer). I fire av kommunene deltok det ansatte fra både sykehjem

og hjemmetjenesten, mens det i én kommune deltok ansatte fra hjemmetjenesten og boliger tilrettelagt for heldøgns omsorg. For å ivareta anonymiteten til deltakerne som jobbet i boliger tilrettelagt for heldøgns omsorg, vil vi i resten av rapporten plassere dem under enhetskategorien hjemmetjeneste.

Flere av de vi intervjuet, hadde arbeidserfaring fra både sykehjem og hjemmetjeneste, men det er stedet hvor de var ansatt på intervjuet som er angitt i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over deltakerne i intervjustudien

Nr.	Region	Intervju	Kjønn	Yrke	År i stillingen	Enhet	Kommune- størrelse
1	Nord	Lederintervju ^a	M	Sykepleier	3	Hjemmetjeneste	Mellomstor
2	Nord	Lederintervju	M	Sykepleier	3	Hjemmetjeneste	Mellomstor
3	Midt	Lederintervju	K	Sykepleier	14 ^b	Hjemmetjeneste	Liten
4	Midt	Lederintervju	K	Sykepleier	3mnd	Sykehjem	Liten
5	Øst	Lederintervju	K	Sykepleier	3mnd	Sykehjem	Mellomstor
6	Øst	Lederintervju	K	Sykepleier	5	Hjemmetjeneste	Mellomstor
7	Sør	Lederintervju	K	Sykepleier	5	Hjemmetjeneste	Liten
8	Sør	Lederintervju	K	Sykepleier	16	Sykehjem	Liten
9	Vest	Lederintervju	K	Sykepleier	3	Sykehjem	Stor
10	Vest	Lederintervju	K	Sykepleier	2	Hjemmetjeneste	Stor
11	Nord	Fokusgruppe	K	Assistent	7	Hjemmetjeneste	Mellomstor
12	Nord	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	7,5	Hjemmetjeneste	Mellomstor
13	Nord	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	1,5	Hjemmetjeneste	Mellomstor
14	Midt	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	4	Hjemmetjeneste	Mellomstor
15	Midt	Fokusgruppe	K	Sykepleier	3	Sykehjem	Liten
16	Midt	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	2	Hjemmetjeneste	Liten
17	Midt	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	8	Sykehjem	Liten
18	Midt	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	8	Hjemmetjeneste	Liten
19	Midt	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	4	Sykehjem	Liten
20	Øst	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	10	Sykehjem	Mellomstor
21	Øst	Fokusgruppe	K	Sykepleier	6	Sykehjem	Mellomstor
22	Øst	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	17	Sykehjem	Mellomstor
23	Øst	Fokusgruppe	K	Assistent	1	Hjemmetjeneste	Mellomstor
24	Øst	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	-	Hjemmetjeneste	Mellomstor
25	Sør	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	2	Sykehjem	Liten
26	Sør	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	36	Hjemmetjeneste	Liten
27	Sør	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	32	Hjemmetjeneste	Liten
28	Vest	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	8	Hjemmetjeneste	Stor
29	Vest	Fokusgruppe	K	Helsefagarbeider	5	Hjemmetjeneste	Stor
30	Vest	Fokusgruppe	K	Sykepleier	24	Hjemmetjeneste	Stor
31	Vest	Fokusgruppe	K	Assistent	1	Sykehjem	Stor
32	Vest	Fokusgruppe	M	Helsefagarbeider	1	Sykehjem	Stor
33	Vest	Fokusgruppe	K	Vernepleier	13	Sykehjem	Stor

^a Enhetsleder^b Avdelingsleder for sykehjem i 14 år

2.2.2 GJENNOMFØRING AV INTERVJU

I invitasjonsbrevet ble alle deltakerne informert om hensikten med intervjuene og at de ville omhandle erfaringer knyttet til rapportering og håndtering av avvik i helse- og omsorgstjenesten. Her ble de også orientert om muligheten til å få tilsendt intervjuguiden på forhånd. Mange ønsket dette, slik at de på forhånd hadde oversikt over hovedspørsmålene vi kom til å stille.

Intervjuene ble gjennomført i perioden november til desember 2024. Alle i prosjektgruppa var med i datainnsamlingen og deltok hver i tre intervjuer. Intervjuene varte mellom 50 og 90 minutter, og de ble gjennomført enten digitalt via videomøteplattformen Teams (tolv av intervjuene) eller fysisk på arbeidsplassen (tre av intervjuene). Alle intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert.

2.2.3 KVALITATIVE ANALYSER

Analysene ble gjennomført av Devik, Fredwall og Førland. Det ble benyttet en kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004), som fokuserer på kontekst samt likheter og forskjeller innad i teksten. Transkripsjonene av intervjuene ble gjennomlest og gjennomgått for identifisering av meningsenheter som kunne svare på forskningsspørsmålene. Meningsenheter ble så kondensert, sortert og kategorisert, før resultatkapitlet ble skrevet ut som tekst. De endelige funnene og presentasjonen av disse er et resultat av gjentatte diskusjoner og oppnådd enighet blant de involverte forskerne.

2.3 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN

Sikt – *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør* – har vurdert at behandlingen av personopplysninger i studien er i samsvar med personvernregelverket (referansenummer 582490). Vi innhentet informert samtykke fra alle som deltok i studien, og opplyste om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke samtykket tilbake uten å oppgi nærmere begrunnelse. For spørreundersøkelsen ble informasjon om studien og forespørsel om deltakelse sendt ut sammen med lenke til spørreskjemaet i e-post via nettskjema.no. Det ble opplyst om at ved å svare på spørreskjemaet samtykket en samtidig til deltakelse. Deltakerne ble også informert om muligheten til å slette egne opplysninger ved å angre innsending av svarene, eller ved å ta kontakt med prosjektleder. Dette måtte skje innen en oppgitt dato, og før data var inkludert i analysen.

For å ivareta anonymiteten til deltakerne i den kvalitative studien, har vi enkelte ganger fjernet eller endret mindre, kontekstuelle opplysninger i sitatene (som er gjengitt i kapittel 4). Dette, som metodebokforfatteren Tove Thagaard (2013) omtaler som «symbolsk utskiftning», har etter vårt syn ikke svekket presentasjonens etterrettelighet, men i stedet gjort det mulig å gjengi viktige beskrivelser og refleksjoner.



3. RESULTATER: UTELATT HELSE- OG OMSORGSHJELP OG PASIENTSIKKERHETSKULTUR I HJEMMETJENESTEN

Vi vil i det følgende presentere resultatene fra den kvantitative studien. Vi gir først en nærmere beskrivelse av deltakerne i spørreundersøkelsen (3.1). Deretter presenterer vi resultatene fra de statistiske analysene som belyser forskningsspørsmål 1–4 (3.2–3.7), før vi avslutningsvis oppsummerer resultatene (3.8).

3.1 KARAKTERISTIKA VED DELTAKERNE

Tabell 2 viser en oversikt over karakteristika ved deltakerne. Den store majoriteten av deltakere er kvinner (94 %). Det er flest deltakere i aldersgruppa 50–59 år (28 %) og færrest i aldersgruppa 60 år og eldre (12 %). Totalt 55 % av deltakerne var helsefagarbeidere/hjelpepleiere, etterfulgt av sykepleiere (37 %), assistenter (6 %) og vernepleiere (1 %). Over halvparten (54 %) oppga at de ikke hadde noen videreutdanning, og 4 % hadde ingen helsefaglig grunnutdanning. Totalt 48 % av deltakerne hadde ti år eller mer erfaring fra nåværende arbeidsplass, mens 76 % hadde ti år eller mer erfaring fra helsetjenesten. I alt 45 % oppga at de jobbet tilsvarende 100 prosent stilling eller mer (inkludert evt. ekstravakter), mens bare 7 % jobbet mindre enn 50 prosent stilling. Flertallet (83 %) jobbet ikke langvakter, det vil si vakter på mer enn 10 timer.

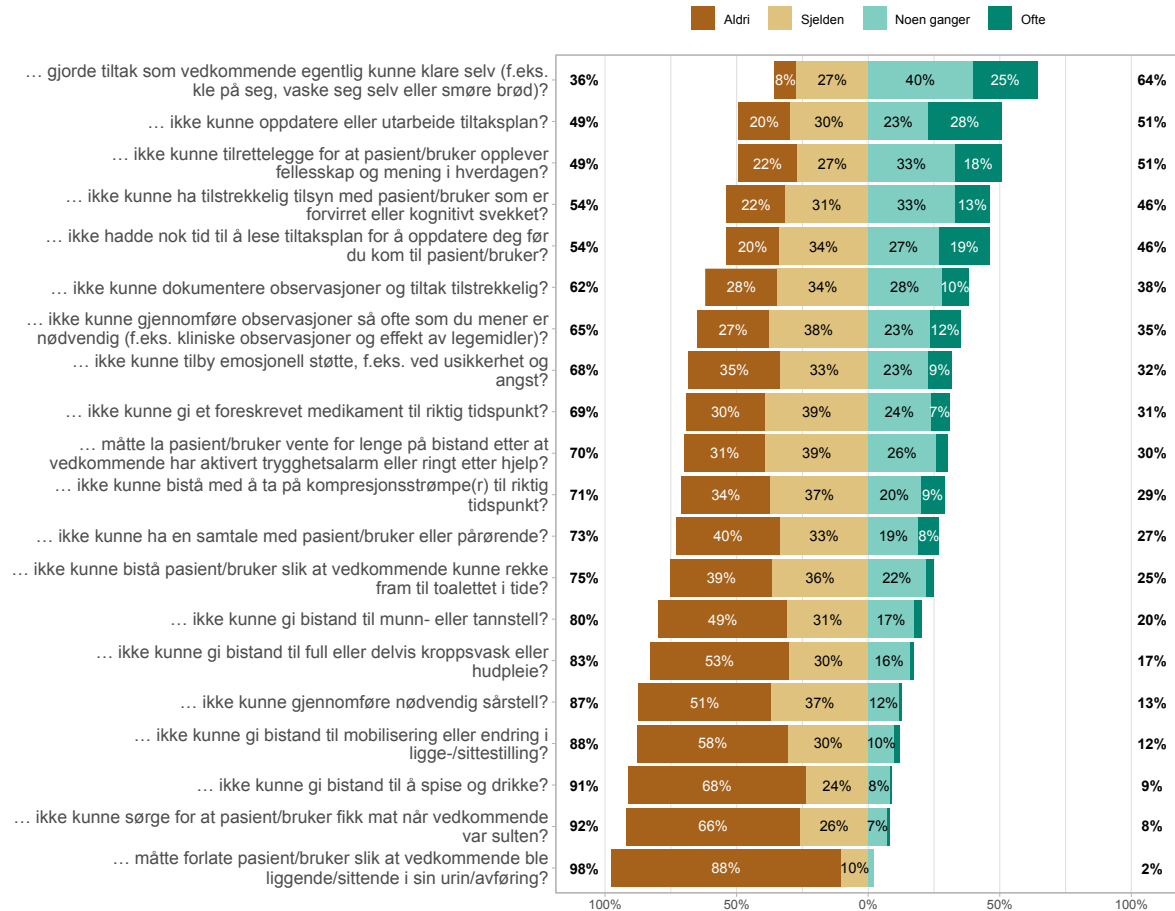
Tabell 2. Karakteristika ved ansatte (N=250)

Karakteristika	Antall	Prosent
Alder (år)		
≤ 29	40	16
30-39	51	20
40-49	57	23
50-59	71	28
≥ 60	31	12
Kjønn		
Mann	14	6
Kvinne	236	94
Yrkesgruppe		
Sykepleier	92	37
Vernepleier	3	1
Helsefagarbeider/hjelpepleier	137	55
Assistent	15	6
Annet	3	1
Videreutdanning		
Ja	104	42
Nei	135	54
Ingen helsefaglig grunnutdanning	11	4
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)		
< 1	19	8
1-2	36	14
3-5	45	18
6-9	29	12
≥10	121	48
Erfaring i helsetjenesten (år)		
< 1	3	1
1-2	4	2
3-5	25	10
6-9	29	12
≥10	189	76
Stillingsstørrelse (%)		
100	113	45
75 - 99	83	33
50 - 74	37	15
25 - 49	4	2
≤ 24	13	5
Ansettelsesforhold		
Fast stilling	225	90
Midlertidig stilling	12	5
Både fast og midlertidig stilling	13	5
Langvakter (> 10 timer)		
Nei	208	83
Ja	42	17

3.2 FOREKOMST OG TYPER AV UTELATT HELSE- OG OMSORGSJELP I HJEMMETJENESTEN

Figur 1 viser forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp. Av oppgaver som noen ganger eller *ofte* ble utelatt, finner vi på topp å gjøre tiltak som vedkommende egentlig kunne klare selv (64 %), tilrettelegge for at pasient/bruker opplever fellesskap og mestring i hverdagen (51 %), og oppdatere eller utarbeide tiltaksplaner (51 %). Det er også verdt å merke seg at henholdsvis 46 % og 35 % av deltakerne oppga at de *noen ganger* eller *ofte* ikke kunne ha tilstrekkelig tilsyn med pasient/bruker som er forvirret eller kognitivt svekket, eller at de ikke kunne gjennomføre observasjoner så ofte som de mener er nødvendig (for eksempel kliniske observasjoner og effekt av legemidler).

Blant de oppgavene som *sjelden* eller *aldri* ble utelatt, finner vi å måtte forlate pasient/bruker slik at vedkommende blir liggende/sittende i sin urin/avføring (98 %), sørge for at pasient/bruker fikk mat når vedkommende var sulten (92 %), og kunne gi bistand til å spise og drikke (91 %). Oversikt over valide svar, gjennomsnitt og standardavvik på enkeltvariablene i BERNCA-HC er vist i tabell 3.



Figur 1. Forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp

Til venstre vises andelen av deltakere som har svart «aldri» eller «sjelden» på om de utelater de enkelte oppgavene, mens til høyre vises andelen som har svart at de «noen ganger» eller «ofte» utelater oppgavene.

Tabell 3. Oversikt over valide svar, gjennomsnittskår og standardavvik på enkeltvariabler BERNCA-HC

Utelatte oppgaver ^a	Valide svar ^b	Gjennomsnitt (SA) ^c	Aldri %	Sjelden %	Noen ganger %	Oftest %
... ikke kunne gi bistand til full eller delvis kroppsvask eller hudpleie	233	1,66 (0,79)	53	30	16	1
... ikke kunne gi bistand til munn- eller tannstell	231	1,74 (0,85)	49	31	17	3
... ikke kunne gi bistand til å spise og drikke	229	1,41 (0,66)	68	24	8	1
... ikke kunne sørge for at pasient /bruker fikk mat når vedkommende var sulten	237	1,43 (0,66)	66	26	7	1
... ikke kunne gi bistand til mobilisering eller endring i ligge-/sittstilling	231	1,57 (0,76)	58	30	10	2
... måtte forlate pasient/bruker slik at vedkommende ble liggende /sittende i sin urin/avføring	237	1,14 (0,41)	88	10	2	0
... ikke kunne tilby emosjonell støtte f.eks. ved usikkerhet og angst	246	2,06 (0,97)	35	33	23	9
... ikke kunne ha en samtale med pasient/bruker eller pårørende	245	1,95 (0,95)	40	34	19	8
... ikke kunne bistå pasient /bruker slik at vedkommende kunne rekke fram til toalettet i tide	233	1,89 (0,85)	39	37	22	3
... gjorde tiltak som vedkommende egentlig kunne klare selv	239	2,81 (0,91)	8	27	40	25
... ikke kunne gjennomføre observasjoner så ofte som du mener er nødvendig	239	2,20 (0,97)	27	38	23	12
... ikke kunne ha tilstrekkelig tilsyn med pasient/bruker som er forvirret eller kognitivt svekket	236	2,37 (0,97)	23	31	33	13
... måtte la pasient/bruker vente for lenge på bistand	236	2,03 (0,86)	31	39	26	4
... ikke hadde nok tid til å lese tiltaksplan for å oppdatere deg før du kom til pasient/bruker	245	2,45 (1,02)	20	34	27	19
... ikke kunne oppdatere eller utarbeide tiltaksplan	223	2,59 (1,10)	20	30	23	28
... ikke kunne dokumentere observasjoner og tiltak tilstrekkelig	247	2,21 (0,95)	28	34	28	10
... ikke kunne bistå med å ta på kompresjonsstrømpe(r) til riktig tidspunkt ^a	235	2,04 (0,95)	34	37	20	9
... ikke kunne tilrettelegge for at pasient /bruker opplever fellesskap og mening i hverdagen	225	2,46 (1,03)	22	27	33	18
... ikke kunne gi et foreskrevet medikament til riktig tidspunkt	240	2,08 (0,90)	30	39	24	7
... ikke kunne gjennomføre nødvendig sårstell	223	1,63 (0,72)	51	37	12	1

^a Se vedlegg 1 for informasjon om hvordan spørsmålene ble stilt

^b Respondentene som brukte svaralternativene «Tiltaket var ikke nødvendig» og «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver» er ekskludert fra analysen (se 2.1.2)

^c Standardavvik

3.3 SAMMENHENGER MELLOM UTELATT HELSE- OG OMSORGSBJELP OG KARAKTERISTIKA VED KOMMUNENE

Når vi undersøker sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved kommunene, finner vi ingen statistisk signifikante sammenhenger (tabell 4).

Tabell 4. Gjennomsnittskår BERNCA-HC, etter karakteristika kommune (N=17)

Karakteristika	Antall	Gjennomsnitt	P-verdi
Region			0,96
Nord	2	1,66	
Midt	3	2,12	
Vest	3	2,14	
Øst	5	1,90	
Sør	4	2,00	
Kommunens størrelse ^a			0,14
Liten	6	1,81	
Mellomstor	9	2,07	
Stor	2	2,04	
Kommunens sentralitet			0,34
Minst sentral	5	1,89	
Nest minst sentral	5	1,88	
Mellomsentral 2	3	2,18	
Mellomsentral 1	4	2,05	
Kommunens driftsresultat ^b			0,15
Negativt	9	1,99	
Positivt	8	1,96	

^a Liten: 0-4 999 innbyggere; mellomstor: 5 000-19 999 innbyggere; stor: ≥ 20 000 innbyggere

^b Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter

3.4 SAMMENHENGER MELLOM UTELATT HELSE- OG OMSORGSBJELP OG KARAKTERISTIKA VED ANSATTE

Som vist i tabell 5, fant vi gjennom de bivariate analysene to signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved ansatte. De som ikke hadde videreutdanning eller ingen helsefaglig grunnutdanning rapporterte i gjennomsnitt mindre utelatt helse- og omsorgshjelp enn de som hadde videreutdanning. Videre rapporterte de som jobbet langvakter i gjennomsnitt mindre utelatt helse- og omsorgshjelp enn de som ikke jobbet slike vakter.

Tabell 5. Gjennomsnittskår for BERNCA-HC, etter karakteristika ansatte (N = 250)

Karakteristika	Valide svar ^a			SA ^c	p-verdi
	Total	168	Gjennomsnitt ^b		
Alder (år)			1,97	0,59	
≤ 29		28	1,90	0,43	0,45
30-39		34	1,85	0,59	
40-49		41	2,01	0,54	
50-59		45	2,08	0,68	
≥ 60		20	1,94	0,63	
Kjønn					0,11
Mann		10	1,68	0,62	
Kvinne		158	2,00	0,58	
Yrkesgruppe					0,32
Sykepleier/Vernepleier ^d		66	2,03	0,62	
Helsefagarbeider/hjelpepleier		92	1,94	0,58	
Assistent		8	1,73	0,39	
Videreutdanning					0,03
Ja		71	2,10	0,59	
Nei		92	1,89	0,58	
Ingen helsefaglig grunnutdanning		5	1,60	0,38	
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)					0,38
< 1		12	2,05	0,59	
1-2		25	1,82	0,55	
3-5		31	1,87	0,53	
6-9		16	1,95	0,64	
≥10		84	2,04	0,60	
Erfaring i helsetjenesten (år)					0,51
< 1		2	1,60	0,57	
1-2		3	1,67	0,32	
3-5		17	1,90	0,43	
6-9		17	1,87	0,49	
≥10		129	2,01	0,62	
Stillingsstørrelse (%)					0,86
100		74	1,92	0,64	
75 - 99		57	2,03	0,59	
50 - 74		25	1,94	0,51	
25 - 49		4	2,09	0,18	
≤ 24		8	1,98	0,53	
Ansettelsesforhold					0,42
Fast stilling		149	1,95	0,60	
Midlertidig stilling		8	1,97	0,49	
Både fast og midlertidig stilling		11	2,20	0,44	
Langvakter (> 10 timer)					0,05
Nei		146	2,00	0,59	
Ja		22	1,74	0,52	

^a Respondentene som brukte svaralternativene «Tiltaket var ikke nødvendig» og «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver» er ekskludert fra analysen (se 2.1.2)

^b Skår: 1=Aldri, 2= Sjelden, 3= Noen ganger, 4= Ofte

^c Standardavvik

^d 3 vernepleiere

3.5 ANSATTES OPPLEVELSE AV PASIENTSIKKERHETSKULTUR I HJEMMETJENESTEN

Tabell 6 viser svar på de 13 enkeltvariablene i SAQ. Høyest gjennomsnittsskår var knyttet til teamarbeidsklima: «Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår» (84,0), og denne variabelen fikk også høyest andel positive svar (84 %). Vi fant lavest gjennomsnittsskår på en enkeltvariabel i subskalaen sikkerhetsklima: «Det er vanskelig å diskutere feil her» (57,5). Dette av var også den enkeltvariabelen med lavest andel positive svar (47 %).

Ser vi på gjennomsnittsskår og andel positive svar på subskalaene i SAQ, var begge deler høyest på teamarbeidsklima. Teamarbeidsklima hadde en gjennomsnittsskår på 72,5 (standardavvik 20,3) og andel positive svar på 56 %. Tilsvarende fant vi 67,4 i gjennomsnittsskår på sikkerhetsklima (standardavvik 18,3), og her var andelen positive svar 40 %.

3.6 SAMMENHENG MELLOM PASIENTSIKKERHETSKULTUR OG KARAKTERISTIKA VED ANSATTE

Tabell 7 og 8 viser gjennomsnittsskår på sikkerhets- og teamarbeidsklima – etter karakteristika ved ansatte. Når det gjelder sikkerhetsklima, fant vi signifikante forskjeller knyttet til kjønn og om ansatte arbeidet langvakter. Menn og de som jobbet langvakter hadde i gjennomsnitt høyere gjennomsnittsskår (mer positiv opplevelse av sikkerhetsklima) enn henholdsvis kvinner og de som ikke arbeidet langvakter. Vi ser en tendens til at de som arbeidet i liten stillingsstørrelse (< 25 %) i gjennomsnitt skåret lavere på sikkerhetsklima enn de som har større stillingsstørrelse. Denne sammenhengen er derimot ikke signifikant ($p = 0,06$). Vi fant ingen signifikante sammenhenger mellom gjennomsnittsskår på teamarbeidsklima og karakteristika ved ansatte.

Tabell 6. Gjennomsnittsskår og andel positive svar på enkeltvariabler i SAQ (N=250)

Variabler		Valide svar ^a	Gjennomsnitt ^b	SA ^c	Positive svar, % ^d
<i>Sikkerhetsklima</i>	<i>Total</i>	236	67,4	18,3	40
1. Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her		246	74,5	28,0	72
2. Her blir medisinske feil håndtert riktig		244	74,0	27,6	68
3. Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her		248	73,5	25,9	68
4. Jeg får passende tilbakemelding om arbeidet mitt		247	63,5	30,3	55
5. Det er vanskelig å diskutere feil her		249	57,5	28,7	47
6. Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring som jeg måtte ha		248	68,6	27,8	57
7. Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil		247	62,7	28,9	54
<i>Teamarbeidsklima</i>	<i>Total</i>	239	72,5	20,3	56
1. Mine innspill blir godt mottatt her		245	68,5	27,8	60
2. Her er det vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen		246	67,9	31,6	65
3. Her blir uenighet håndtert riktig		247	65,3	29,4	55
4. Jeg får den støtte jeg trenger fra andre ansatte for å ta meg av pasientene		247	80,4	25,1	81
5. Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår		249	84,0	25,2	84
6. De ansatte her samarbeider som et velkoordinert team		247	69,1	29,6	66

^a Respondentene som brukte svaralternativet «Spørsmålet passer ikke» er ekskludert fra analysen (se 2.1.2)

^b Skår: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig;

^c Standardavvik

^d Skår ≥ 75 defineres som positivt svar

Tabell 7. Gjennomsnittskår for Sikkerhetsklima, etter karakteristika ansatte (N = 250)

Karakteristika	Valide svar ^a Gjennomsnitt ^b SA ^c p-verdi			
	Total	236	67,4	18,3
Alder (år)				0,78
≤ 29		38	67,0	14,9
30-39		48	68,2	20,4
40-49		55	66,0	17,5
50-59		67	66,7	19,9
≥ 60		28	71,3	16,8
Kjønn				0,03
Mann		12	78,9	14,9
Kvinne		224	66,9	18,3
Yrkesgruppe				0,68
Sykepleier/Vernepleier ^d		91	66,2	18,9
Helsefagarbeider/hjelpepleier		128	68,3	18,7
Assistent		14	68,9	11,2
Videreutdanning				0,87
Ja		99	67,1	19,2
Nei		127	67,5	18,2
Ingen helsefaglig grunnutdanning		10	70,4	10,1
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)				0,23
< 1		19	64,5	21,3
1-2		32	72,4	17,7
3-5		43	70,1	18,1
6-9		28	68,8	19,9
≥10		114	65,2	17,5
Erfaring i helsetjenesten (år)				0,13
< 1		3	85,7	9,4
1-2		4	78,6	9,7
3-5		23	63,7	15,9
6-9		29	71,4	18,1
≥10		177	66,7	18,6
Stillingsstørrelse (%)				0,06
100		108	70,3	18,0
75 - 99		79	63,6	18,3
50 - 74		33	70,0	17,8
25 - 49		4	68,8	14,7
≤ 24		12	59,5	19,0
Ansettelsesforhold				0,84
Fast stilling		214	67,6	18,3
Midlertidig stilling		11	68,2	16,6
Både fast og midlertidig stilling		11	64,3	22,0
Langvakter (> 10 timer)				0,02
Nei		196	66,2	18,1
Ja		40	73,4	18,3

^a Respondentene som brukte svaralternativet «Spørsmålet passer ikke» er ekskludert fra analysen (se 2.1.2)

^b Skår: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig

^c Standardavvik

^d 3 vernepleiere

Tabell 8. Gjennomsnittskår for Teamarbeidsklima, etter karakteristika ansatte (N = 250)

Karakteristika	Valide svar ^a		Gjennomsnitt ^b	SA ^c	p-verdi
	Total	239	72,5	20,3	
Alder (år)					0,18
≤ 29		38	78,3	15,6	
30-39		51	68,5	21,6	
40-49		53	73,1	17,1	
50-59		67	70,7	23,8	
≥ 60		30	75,1	18,8	
Kjønn					0,92
Mann		11	73,1	22,6	
Kvinne		228	72,5	20,2	
Yrkesgruppe					0,51
Sykepleier/Vernepleier ^d		91	71,8	22,2	
Helsefagarbeider/hjelpepleier		131	72,5	19,5	
Assistent		14	78,6	16,3	
Videreutdanning					0,77
Ja		101	71,5	22,1	
Nei		128	73,1	19,0	
Ingen helsefaglig grunnutdanning		10	75,0	18,3	
Erfaring nåværende arbeidsplass (år)					0,58
< 1		19	71,5	20,9	
1-2		35	75,6	20,2	
3-5		42	75,7	18,8	
6-9		28	72,3	24,0	
≥10		115	70,6	19,8	
Erfaring i helsetjenesten (år)					0,68
< 1		3	73,6	19,7	
1-2		4	81,3	5,4	
3-5		24	76,0	18,6	
6-9		28	75,6	19,8	
≥10		180	71,3	20,8	
Stillingsstørrelse (%)					0,23
100		108	74,8	19,1	
75 - 99		81	68,3	21,5	
50 - 74		34	74,0	21,1	
25 - 49		4	79,2	15,6	
≤ 24		12	74,3	20,1	
Ansettelsesforhold					0,39
Fast stilling		214	72,6	20,4	
Midlertidig stilling		12	77,8	13,5	
Både fast og midlertidig stilling		13	66,7	23,3	
Langvakter (> 10 timer)					0,10
Nei		197	71,5	19,9	
Ja		42	77,2	21,7	

^a Respondentene som brukte svaralternativet «Spørsmålet passer ikke» er ekskludert fra analysen (se 2.1.2)

^b Skår: 0=Svært uenig, 25= Litt uenig, 50= Nøytral, 75= Litt enig, 100= Svært enig

^c Standardavvik

^d 3 vernepleiere

3.7 SAMMENHENGER MELLOM UTELATT HELSE- OG OMSORGSHJELP, PASIENTSIKKERHETSKULTUR OG KARAKTERISTIKA VED ANSATTE

Tabell 9 viser resultatene av regresjonsanalysen for sammenheng mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur samt karakteristika ved ansatte i hjemmetjenesten. Vi finner kun én statistisk signifikant sammenheng. Høyere skår på utelatte oppgaver (oftere utelatte oppgaver) er assosiert med lavere skår på sikkerhetsklima (mer negativ opplevelse av sikkerhetsklima).

Tabell 9. Sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte

	Koeff.	95%-KI ^a	P-verdi
Kjønn			0,41
Mann	–	–	
Kvinne	0,16	–0,23 til 0,55	0,41
Alder (år)			0,34
≤ 29	–	–	
30–39	–0,25	–0,55 til 0,50	0,10
40–49	–0,08	–0,38 til 0,21	0,57
50–59	–0,05	–0,35 til 0,24	0,72
≥ 60	–0,10	–0,43 til 0,23	0,56
Stillingsstørrelse (%)			0,95
100	–	–	
75–99	0,01	–0,16 til 0,19	0,88
50–74	–0,07	–0,30 til 0,17	0,57
25–49	0,04	–0,60 til 0,68	0,90
24 %	–0,10	–0,49 til 0,30	0,63
Langvakter (> 10 timer)			0,42
Nei	–	–	
Ja	–0,09	–0,31 til 0,13	0,42
Erfaring i helsetjenesten (år)			0,35
< 1	–	–	
1–2	–0,26	–1,09 til 0,56	0,53
3–5	–0,21	–0,89 til 0,48	0,55
6–9	–0,07	–0,74 til 0,60	0,84
≥ 10 år	0,07	–0,53 til 0,76	0,73
Yrkesgruppe			0,99
Sykeleier/vernepleier ^b	–	–	
Helsefagarbeider/hjelpepleier	–0,01	–0,18 til 0,15	0,87
Assistent	0,00	–0,48 til 0,48	1,00
Videreutdanning			0,56
Ja	–	–	
Nei	–0,09	–0,25 til 0,07	0,29
Ingen helsefaglig grunnutdanning	–0,12	–0,63 til 0,39	0,63
Sikkerhetsklima	–0,01	–0,01 til –0,00	0,01
Teamarbeidsklima	–0,00	–0,01 til 0,00	0,25

^a Konfidensintervall

^b 3 vernepleiere

3.8 OPPSUMMERING AV RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

Resultatene viser at det å utelate oppgaver er vanlig blant ansatte i hjemmetjenesten. Blant oppgavene som *noen ganger* eller *ofte* ble utelatt, finner vi på topp det å gjøre tiltak som vedkommende egentlig kunne klare selv (64 %), tilrettelegge for at pasient/bruker opplever fellesskap og mestring i hverdagen (51 %), og å oppdatere eller utarbeide tiltaksplaner (51 %). Blant de oppgavene som *sjelden* eller *aldri* ble utelatt, finner vi det å forlate pasient slik at vedkommende blir liggende/sittende i sin urin/avføring (98 %), sørge for at pasient/bruker fikk mat når vedkommende var sulten (92 %), og å kunne gi bistand til å spise og drikke (91 %).

I de bivariate analysene fant vi at ansatte som ikke har videreutdanning eller ingen helsefaglig grunnutdanning rapporterte i gjennomsnitt mindre utelatte oppgaver enn de som har videreutdanning. Videre rapporterte de som jobber langvakter i gjennomsnitt mindre utelatte oppgaver enn de som ikke jobber slike vakter. Vi fant ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved kommunene.

Ansatte i hjemmetjenesten rapporterer varierende opplevelser av pasientsikkerhetskultur. Gjennomsnittskår på teamarbeids- og sikkerhetsklima var på henholdsvis 72,5 og 67,4 (skala fra 1 til 100, hvor høy skår indikerer positiv holdning). Andelen positive svar (andelen av ansatte som skåret 75 eller høyere) var 56 % på teamarbeidsklima og 40 % på sikkerhetsklima. I de bivariate analysene fant vi videre at menn, samt de som jobbet langvakter, skåret i gjennomsnitt høyere på sikkerhetsklima sammenliknet med kvinner og de som ikke arbeidet langvakter. Vi ser også en tendens til at de som arbeidet i liten stillingsstørrelse (< 25 %) i gjennomsnitt skåret lavere på sikkerhetsklima enn de som hadde større stillingsstørrelse, men denne sammenhengen er ikke statistisk signifikant.

For å undersøke sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur, har vi brukt en regresjonsanalyse der vi samtidig tar hensyn til individuelle karakteristika og hvordan de muligens påvirker utfallsvariabelen (utelatt helse- og omsorgshjelp). Resultatet viser kun én statistisk signifikant sammenheng, som er mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og sikkerhetsklima. Høyere skår på utelatt helse- og omsorgshjelp (oftere utelatte oppgaver) er assosiert med lavere skår på sikkerhetsklima.



4. RESULTATER: AVVIK I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

Dette kapitlet omhandler forståelser av rapportering og håndtering av avvik i sykehjem og hjemmetjenester. Det er basert på kvalitative intervjuer med førstelinjeledere og ansatte i direkte tjenesteutøvelse. Kapitlet er inndelt i fire. Vi gir først en beskrivelse av det mest utbredte systemet for avviksrapportering i Norge, Compilo (4.1), før vi går over til å presentere resultatene – først av intervjuene med lederne (4.2), deretter med de ansatte (4.3). Kapitlet avsluttes med en kort oppsummering av resultatene (4.4).

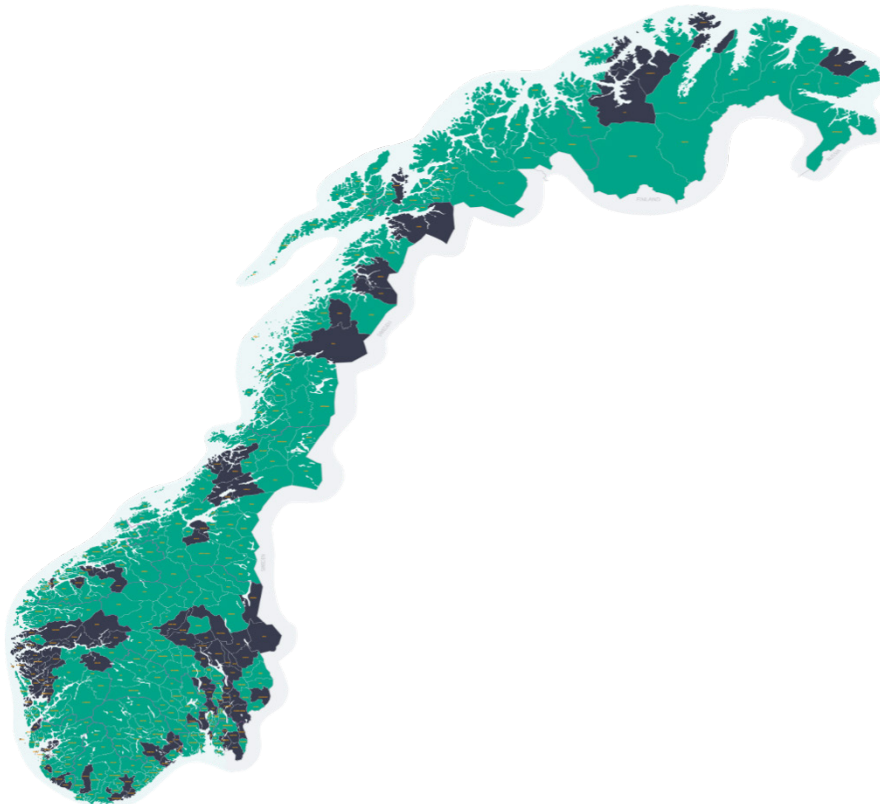
4.1 HVILKE RUTINER OG STRUKTURER HAR KOMMUNENE FOR RAPPORTERING OG HÅNDTERING AV AVVIK I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN?

Kvalitets- og avvikssystemet Compilo er det vanligste systemet for avviksrapportering og håndtering i norske kommuner. Alle de fem kommunene som deltok i intervjuene, brukte Compilo. Vi skal derfor redegjøre nærmere for dette systemet spesifikt. Dette illustrerer på generelt grunnlag rutinene og strukturene for rapportering og håndtering av avvik i helse- og omsorgstjenesten (forskningsspørsmål 5).

4.1.1 KVALITETS- OG AVVIKSSYSTEMET COMPILO

[Compilo](#) presenterer seg selv som et norsk selskap med spesialisert kompetanse innen kvalitetsstyring og digital samhandling (Compilo, 2025). De er en leverandør som tilbyr et digitalt kvalitets- og avvikssystem bestående av ulike delmoduler. Compilo retter seg særlig mot offentlig sektor, ideelle virksomheter og stiftelser. De oppgir at per mars 2025 har 299 kommuner (det vil si 84 % av kommunene i Norge) gått til anskaffelse av deres system og at over 400.000 ansatte i

offentlig sektor bruker det. Det finnes imidlertid også andre, tilsvarende system. Oslo kommune benytter eksempelvis [kvalitetssystemet EOS](#). (Extend Quality System) med et [eget system for avviksrapporing](#). Kartet nedenfor (figur 2) gir et visuelt bilde av kommuner/områder i Norge som har anskaffet seg Compilo (områdene med grønn farge).



Figur 2. Oversikt over de 299 kommunene som har anskaffet Compilo per mars 2025 (grønne områder)

Kvalitets- og avvikssystemet til Compilo er modulbasert, og det består blant annet av modulene rapportering/avvik, dokumentasjon/dokumenter, risikoanalyse og årshjul. Kommunene får et standard kategorisert som de kan tilpasse. Vi skal her vise modulen knyttet til rapportering/avvik.

Rapporterings/avviksmodulen: Hvis kommunen bruker Compilo gis ansatte tilgang til avvikssystemet. Hvis de erfarer et avvik, kan de logge seg inn og beskrive avviket via en forhåndsdefinert struktur. Standardstrukturen kan til en viss grad endres/tilpasses av den enkelte kommune. For å levere rapporten må den ansatte kategorisere avviket, alvorlighetsgraden, hendelsestidspunktet, beskrive hendelsen i fritekst, foreslå endring og beskrive hva som ble gjort på stedet. Dette er illustrert i bildene under for en spesifikk kommune (figur 3).

Avviksregistrering i Compilo

Hendelsestype *

Søk i kategorier

- HMS
Hendelser og situasjoner knyttet til helsen, miljøet eller sikkerheten til de ansatte. Videre også hendelser som vedgår det indre eller ytre miljø på arbeidsplassen. For eksempel skade på utstyr, miljøutslipp, skade på ansatt osv.
- Organisasjon/internt
Hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen. Dette kan være seg samarbeid, organisering, avtaler osv.
- Personvern / Informasjonssikkerhet GDPR
Hendelser og situasjoner som angår brudd på personopplysningsikkerheten som fører til utslått eller ulovlig tilfetting, tap, endring, ulovlig spredning av eller tilgang til personopplysninger som er overført, lagret eller på annen måte behandlet.
- Tjeneste - tjenestemottaker
Hendelser og situasjoner som angår tjenestemottakere. For eksempel elever, pasienter, brukere, klienter og lignende.
- Ytre miljø
Hendelser og situasjoner knyttet til miljøutslipp som påvirker det ytre miljø som luft, vann og jord.

Slett utkast Lagre kladd Send inn

Avvik

Personvern
Husk ikke å angi personensensitive data.

Meldingsflyt
Du melder som (navn ansatt) Du melder til: ->->Pleie og omsorg
Søk

Alvorlighetsgrad *
 Lav Middels Høy

Alvorsgrader

Hendelsestidspunkt *
Dato for hendelsen: 25/11/2024 Klokkeslett for hendelsen: 10 00

Beskrivelse *

Hendelsestype *
Søk i kategorier

Konsekvenser *

Forbedringsforslag *

Ansvarsområder
Ingen aktuelle ansvarsområder for avviket

Flere valg
Før du sender inn rapporten kan du velge å legge til mer informasjon

Emne Risikovurdering Legg ved dokument
Involvert Bilde

Figur 3. Modul for avviksregistrering i Compilo

Under *Hendelsestype* må den ansatte velge mellom fem forhåndsdefinerte generelle *hovedkategorier* som angis med korte forklaringer, slik:

- **HMS:** Hendelser og situasjoner knyttet til helse, miljøet eller sikkerheten til de ansatte. Videre også hendelser som angår det indre eller ytre miljø på arbeidsplassen. For eksempel skade på utstyr, miljøutslipp, skade på ansatt osv.
- **Organisasjon/internt:** Hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen. Dette kan være samarbeid, organisering, avtaler osv.
- **Personvern / Informasjonssikkerhet GDPR:** Hendelser og situasjoner som angår brudd på personopplysningssikkerheten som fører til utilsiktet eller ulovlig tilintetgjøring, tap, endring, ulovlig spredning av eller tilgang til personopplysninger som er overført, lagret eller på annen måte behandlet.
- **Tjeneste – tjenestemottaker:** Hendelser og situasjoner som angår tjenestemottakere. For eksempel elever, pasienter, bruker, klient og lignende.
- **Ytre miljø:** Hendelser og situasjoner knyttet til miljøutslipp som påvirker det ytre miljø, som luft, vann og jord.

Når en av hovedkategoriene for hendelsestype er valgt, må den ansatte velge en av flere *underkategorier*. For eksempel har kategorien Tjeneste – tjenestemottaker følgende ti underkategorier og hver av disse har forklarende tekst/definisjoner:

Tjeneste - tjenestemottaker

Hendelser og situasjoner som angår tjenestemottakere. For eksempel elever, pasienter, bruker, klient og lignende.

Oppfølging barn/elev

Behandling og pleie

Definisjon: Hendelser i forbindelse med behandling og pleie, eksklusive hendelser knyttet til medisinsk utstyr, legemidler og blod.
Behandling og pleie kan være feilaktig / utilstrekkelig utført, utført til feil tid, feil utøvelse av prosedyre eller utført på feil kroppsdel /-side.

Brannforebyggende arbeid

Bruker-/pasientadferd

Definisjon: Hendelser der en bruker/pasient ved sine handlinger påfører seg selv eller andre brukere/medpasienter uønsket situasjon. Dette inkluderer vold, aggresjon, trusler, egenskade, selvmord, selvmordsforsøk, rømming eller unndragelse fra behandling.

Spørsmål: Hva skjedde da brukeren/pasienten påførte seg selv eller medpasient en uønsket situasjon?

Diagnostikk / utredning

Definisjon: Hendelser i forbindelse med sykdomsutredning, diagnostiske tester, prøver, målinger, kontroll og vurderinger, eksklusive hendelser knyttet til medisinsk utstyr, legemidler og blod.

Diagnostikk / utredning kan være feilaktig / utilstrekkelig utført, utført til feil tid, feil prosedyre eller utført på feil kroppsdel /-side.

Dokumentasjon / informasjon

Definisjon: Alle aspekter av dokumentasjon av behandling og pleie i pasientjournal, elektronisk eller i papirform. Dette inkluderer hendelsen hvor det var dokumentasjon / informasjon som var problemet eller feilen, ikke vurdering eller utførelse av behandling eller pleie.

Spørsmål: Hvilken type dokumentasjon / informasjon var hendelsen relatert til?

Fall og uhell

Definisjon: Hendelser hvor bruker/pasienten falt eller var utsatt for et uhell i forbindelse med behandling eller transport / forflytning.

Informasjon/kommunikasjon (F)

Legemiddelhåndtering (H)

Legemiddelhåndtering (S/B)

Figur 4. Eksempel på en underkategori (Tjeneste – tjenestemottaker) med ti underkategorier som ansatte må velge mellom.

Det registrerte avviket skal også kategoriseres med alvorlighetsgrad: lav, middels eller høy (kriteriene for disse gradene er definert av systemet) og hendelsestidspunktet. Det skal også krysses av på hvem det skal meldes til. Dernest skal hendelsen beskrives i *fritekst* og likeså konsekvensene av hendelsen. Til slutt bes den ansatte skrive forslag til forbedring, også dette i *fritekst*. Det er dessuten mulig å legge ved bilder/illustrasjoner eller dokumenter, for eksempel prosedyrer fra systemets dokumentasjonsmodul (se under). Registreringen kan gjøres fra mobiltelefon, PC og nettbrett.

Ved avlevering går avvikrapporten, inkludert forbedringsforslaget, til nærmeste leder for videre håndtering. Leder får et eget varsel på e-post om innlevert avvikrapport. Nærmeste leder har maksimalt 14 dager på å håndtere avviket før det eventuelt går videre i linjen til neste ledernivå.


I denne perioden må leder behandle avviket og forslaget, eventuelt ta kontakt med avviksmelder og sette i gang det leder anser som nødvendige tiltak. I denne prosessen kan leder delegere oppfølgingen til en ansatt i organisasjonen. Leders avvikhåndtering er en egen modul som kun leder kan behandle. Når leder anser at nødvendige tiltak er gjennomført, kan vedkommende «lukke» avviket. En avviksregistrering som ikke er behandlet, vil overføres oppover i lederlinjen hver 14. dag, inntil det når kommunedirektøren som øverste administrativt ansvarlige i kommunen. I tillegg til rapporteringsmodulen har Compilo blant annet en *dokumentmodul* der ansatte kan finne rutiner, prosedyrer, reglement, håndbøker, skjema, planer etc.

4.1.2 VARSLING I COMPILO

Vi skal også kort redegjøre for «varsling» i Compilo ettersom ansatte i intervjuene også kommenterte dette uttrykket. Varsling er skjermet fra vanlig avviksrapportering og håndtering som en egen modul. Varsling er som nevnt, regulert i arbeidsmiljøloven (2005, §§ 2-4, 2-5, 3-6), som regulerer arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Arbeidsmiljølovens varslingsregler omfatter tilfeller der arbeidstaker varsler om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som kan være i strid med lover og regler, virksomhetens retningslinjer og alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk akseptabelt.

I Modulen *Varsling* blir mottaker definert i oppsett, slik at alle varsler går til riktig mottaker (for eksempel til kommunedirektør eller kommuneadvokat). Mottaker blir informert om at det er kommet et varsel og får, via en skjermet tilgangskode, tilgang til å lese varselet. Varslingsbildene som den ansatte kan benytte, ser slik ut:

Varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen



Til varsling

Å varsle er å si fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Arbeidsmiljøloven §§ 2 A-1 til A-7 regulerer arbeidstakers rett til å varsle.

[Om varsling \(Arbeidstilsynet\)](#)

SEND VARSLING

Se informasjon om varsling

Tittel på varsel

Du melder som
Tonheim, John

Anonym:
 Jeg vil rapportere uten å oppgi navnet mitt. Du vil ikke kunne følge behandlingen av varselet.

Konfidensielt:
 Jeg ønsker at navnet mitt kun er kjent for mottaker av varselet og ingen andre.

Jeg ønsker å varsle om følgende kritikkverdige forhold:

Jeg har følgende forslag til løsning (fyller ut dersom du ønsker å komme med forslag):

Varslingsinstans:

Figur 5. Varsling i Compilo

4.2 HVORDAN FORSTÅR OG HÅNDTERER FØRSTELINJELEDERE I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER AVVIKSRAPPORTERING?

I dette delkapitlet beskriver vi resultatene fra analysene av de individuelle intervjuene med lederne. Resultatene beskrives i form av tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier: ulike forståelser av avvik (4.2.1), strukturert håndtering av avvik (4.2.2) og samarbeid med ansatte (4.2.3).

4.2.1 ULIKE FORSTÅELSER AV AVVIK

Denne delen viser lederne mangfoldige forståelser av hva et avvik er, hvilke typer avvik de opplever blir meldt, samt deres utfordringer med å definere hva som faktisk utgjør et avvik.

BRED FORSTÅELSE

Lederne vi intervjuet uttrykte stor enighet om viktigheten av avviksrapportering, men oppfatninger om hva som forstås som avvik, var mer sammensatte. Avvik ble tolket vidt og omfattet blant annet feil i gjennomføringen av faglige prosedyrer, teknisk svikt, brudd på vedtatte tjenesteleveranser, pasientskader, ressursmangel som lav bemanning, samt forhold som dårlig arbeidsmiljø eller mobbing. En vanlig måte for lederne å kategorisere avvik på, var å skille mellom tjenesterelaterte hendelser og HMS-relaterte hendelser. Noen ledere pekte også på en forskjell mellom avvik som kunne skyldes individuelle feil, og avvik som var uttrykk for systemsvikt. Selv om ordene «skade» eller «pasientskade» av og til ble benyttet, var «avvik» det som oftest ble brukt som en fellesbetegnelse. Kun én leder brukte begrepet «uheldig hendelse» under intervjuet. Et par ledere brukte ordet «varsling», men påpekte at en varsling ikke var identisk med avvik. De virket å oppfatte varsling som noe mer alvorlig enn avvik.

TYPER AVVIK

Blant typer avvik som ble meldt, var feil i legemiddelhåndteringen og fallhendelser de klart vanligste. Legemiddelhåndtering utmerket seg som det hyppigste meldte avviksområdet, både i sykehjem og i hjemmetjenester. Avvik i denne kategorien kunne dreie seg om forsinkelser i utdeling eller ikke gitt legemiddel, feil dose eller feil pasient. «Her er det feil støtt og stadig selv om vi har gode rutiner», som en av lederne i sykehjem sa. Andre avvik som ble meldt hyppig, handlet om utagerende brukere eller pasienter, inkludert vold og trusler, samt ulike HMS-forhold. Eksempler på HMS-relaterte avvik var manglende strøing eller brøyting, ising i nøkkelbokser, feil på utstyr, samt psykososiale forhold i arbeidsmiljøet som mobbing. Det ble også meldt avvik knyttet til travelhet, manglende pauser, utilstrekkelig bemanning og brudd på samhandling med andre tjenestenivå.

GRÅSONER

Samtidig som forståelsen av hva som utgjorde et avvik var mangfoldig, var det usikkerhet blant lederne om hvordan avvik skulle defineres. «Vi er ofte usikre på hva som er et avvik ... Det er det vanskeligste», som en av lederne i hjemmetjenesten uttrykte det. Lederne fortalte om gråsoner, der enkelte forhold egentlig ikke ble ansett som avvik. Slike saker ble gjerne avsluttet med en kommentar om at de ikke var avvik. Ett eksempel på dette var at ansatte på en sykehjemsavdeling kunne melde avvik på manglende assistanse fra ansatte på en annen avdeling i en travel periode. Lederen mente imidlertid at dette ikke var et avvik, men et uttrykk for samarbeidsproblemer. Et annet eksempel på tvil gjaldt pasienter som hadde fallhendelser. Inntrykket var at fall jevnt over ble registrert som avvik, mens noen ledere mente at det måtte flere betingelser til for at hendelsen skulle betegnes som avvik. En av lederne i sykehjem sa at dette var noe de hadde tatt opp i avdelinga:

Pasientene våre har jo stort sett ikke noe vedtak om at det skal være en-til-en-oppfølging eller at sengehesten skal være oppe på senga. Så hvis en pasient går seg en tur i gangen og faller, skal vi ikke automatisk skrive avvik.

En annen leder illustrerte utfordringen med å definere hva et avvik er, med å si:

Jeg tenker kanskje at noe av det som kommer inn som avvik, ikke er avvik. Altså ja, dette skjedde, men det er kanskje ikke et avvik, for det er ikke noe avvik fra en rutine. Det er bare fordi vi jobber med mennesker, så skjer det ting som er uforutsett, og det er ikke dermed sagt at det er et avvik. (Leder, sykehjem).

Flere ledere nevnte at forsinkelser i tjenestelevering, slik som forsinket bistand til dusj eller et besøk i hjemmesykepleien, ikke ble ansett som et avvik. De mente at brukerne eller pasientene uansett fikk den hjelpen de skulle ha, selv om klokkeslett ble forskjøvet:

Det er ingen [brukere] som har tjeneste klokka elleve, eller kvart over elleve. De får det stedet de skal ha. Om det blir en time senere skriver vi ikke avvik på det. (Leder, hjemmetjenesten)

En annen leder bekreftet inntrykket av at travelhet og forsinkelser i hjelp med personlig hygiene sjelden ble meldt eller sett på som avvik. Det kunne heller tas ut som «misnøye mellom ansatte under lunsjen». Lederen kommenterte videre at dette kanskje heller handlet om manglende planlegging:

Man kunne ha planlagt litt bedre, når man vet hva som venter. Så trenger det kanskje ikke bli så kaotisk. Når alt skal gjøres i løpet av de fire første timene, da sliter man. (Leder, sykehjem)

4.2.2 STRUKTURERT HÅNDTERING AV AVVIK

Kategorien inneholder ledernes beskrivelser av den praktiske håndteringen av avvik, samt hvordan de følger opp ved å foreta justeringer og legge til rette for at avvik skal brukes i forbedringsarbeid.

PRAKTISK HÅNDTERING

Lederne beskrev i stor grad en felles praksis for prosedyren rundt avvikshåndtering. De opplyste at varsler om meldte avvik ble mottatt via e-post, og mange fortalte at de daglig sjekket for innkomne avvik. For noen var det imidlertid rutine å gjøre dette ukentlig eller et par ganger i måneden. Lederne oppga at det fantes en skriftlig prosedyre for avvikshåndteringen i Compilo, og noen hentet den fram og leste fra den under intervjuet. Beskrivelsen tilsa at avvik generelt skal følges opp, korrigeres og forebygges. En av lederne kommenterte dette slik ved referere til prosedyren i Compilo:

Det skal innhentes utfyllende opplysninger, gjennomføres en risikovurdering og eventuelt iverksettes strakstiltak. Hvis skaden vurderes som høy, skal det informeres videre. I rutinen står det også at avvik skal rettes opp innen to uker, og at avvik skal tas opp på personalmøter, på møter med tillitsvalgte og meldes i årsmeldingen for virksomheten vår. (Leder, sykehjem).

Denne rutinen virket å være innarbeidet hos de fleste lederne. Etter å ha mottatt melding per e-post, gikk lederne inn i Compilo for å lese det meldte avviket. I arbeidet med å innhente utfyllende opplysninger oppga flere at de tok direkte kontakt med dem som hadde vært involvert i hendelsen. Dersom avviket gjaldt en bruker eller pasient, omfattet orienteringen også å se i pasientjournalen for å finne eventuell relevant dokumentasjon. Lederne sa at videre behandling var avhengig av type avvik og alvorlighetsgrad. Noen ganger kunne avviket lukkes med en kort forklaring, andre ganger måtte tiltak umiddelbart settes inn eller avviket sendes videre til overordnet ledelse eller annen etat. Noen fortalte at de samarbeidet med fagsykepleier, som for

eksempel hadde ansvar for medikamentavvik og i noen tilfeller også fungerte som superbruker i Compilo.

Lederne var ellers klare på at alle avvik skulle meldes skriftlig og digitalt. Et par var også tydelig på at avvik skulle skrives av den som var involvert, ikke på vegne av andre. De fleste understreket at Compilo var det systemet som skulle brukes for alle typer avvik. Noen få ledere gjorde likevel et skille mellom pasientrelaterte og andre typer avvik, der førstnevnte skulle dokumenteres i pasientjournalen. En av lederne presiserte likevel:

Vi bruker også Profil (pasientjournalssystemet) til å melde avvik som gjelder pasienter. Men jeg har sagt at avviket skal skrives både i Profil og Compilo. Det blir for mye å holde styr på hvis det bare skjer i det ene systemet. (Leder, hjemmetjenesten).

Samme utfordring ble omtalt av en annen leder i hjemmetjeneste som sa:

Hvis avviket er pasientrelatert, skal det i Compilo skrives ID-nummer på pasienten. Hvis det ikke er oppgitt, som i dette siste jeg fikk meldt nå, må jeg først lete på dato og prøve å finne ut av det.

JUSTERING AV PRAKSIS

En gjennomgående holdning blant lederne var at avvik skulle forsøkes løst på lavest mulig nivå. Som en av lederne i hjemmetjenesten uttrykte det: «Vi prøver jo å løse det på laveste nivå, vi lager ikke sirkus av noe som er en bagatell». Enkelte avvik, særlig medikamentavvik, ble omtalt som «enkle», i den forstand at strakstiltak allerede var iverksatt av den som meldte, eller at tydelige prosedyrer gjorde det mulig å lukke avviket raskt. Lukking innebar ofte å snakke med «den det gjelder», identifisere behov for mer opplæring, og tydeliggjøre eller påminne om eksisterende prosedyrer. Lederne bestrebet rask løsning, men noen ganger «får man ikke gjort noe med det – for eksempel glemte medisindose», som en av lederne i hjemmetjenesten sa.

Andre avvik ble derimot beskrevet som mer krevende – både faglig og tidsmessig. Avvik som angikk vanskelig atferd, utagering hos brukere kunne kreve innkalling til møter med for eksempel HMS-gruppa, eller at det ble nødvendig å gjennomføre risikanalyser og lage handlingsplaner. Avvik som ellers dreide seg om det psykososiale arbeidsmiljøet klassifisert som mobbing eller trakassering, måtte dessuten håndteres «videre opp i systemet», som noen sa, og krevde involvering av verneombud, personalavdelingen og høyere ledernivå.

Det som ble omtalt som ufin oppførsel fra brukere, kunne også ses som krevende å håndtere. Et eksempel som ble nevnt, handlet om rasisme, der en bruker nektet å motta hjelp fra en pleier med utenlandsk bakgrunn. Et annet eksempel handlet om en bruker med rusproblemer som var misfornøyd med helsehjelpa og kommunikasjonen med ansatte. Lederen i hjemmetjenesten som omtalte dette, fortalte at det ble tatt raskt grep etter mottatt avvik, og at vedkommende dro ut for å snakke med de involverte: «Ja, jeg var nødt til det. Kan ikke bare sitte ved PCen og tro at det vil løse seg av seg selv.» Den samme lederen mente ellers at informasjon på møter kunne være fånyttet: «På møter når man ikke alle uansett. En del ansatte møter ikke opp». Andre ledere gav også eksempler på at de så det som nødvendig å gjøre umiddelbare justeringer: «Noen ganger må det til en stram påminnelse ... ikke noe å reflektere over egentlig» (Leder, hjemmetjeneste).

FORBEDRINGSARBEID

Lederne beskrev hovedsakelig formålet med avvikrapportering som læring og forbedring og at dette var et kontinuerlig arbeid. Noen mente at begrepet «forbedringsmelding» kunne vært en mer treffende og konstruktiv betegnelse. Det ble ofte vist til forbedringsbehov knyttet til intern praksis i avdelinger eller enheter, men også til forhold som lå under ansvaret til andre etater, høyere ledernivå eller politiske beslutningstakere. Når det gjaldt slike forhold – spesielt der avviket handlet om for lite bemanning – uttrykte imidlertid flere av lederne liten tro på endringer. Noen sa at de motiverte ansatte til å uansett skrive avvik for å vise behov for mer ressurser, mens andre sa at det sjelden førte fram. En leder ved et sykehjem beskrev:

Vi er et livsgledesykehjem med aktivitetsplaner for alle pasientene. Frisk luft og individuell aktivitet er jo oppgaver som lovverket sier at de skal ha tilbud om. ... Men hvis man er to ansatte og den ene av åtte pasienter vil ut en tur, så sitter én ansatt igjen med sju pasienter. ... Hvis det ikke er gjennomførbart kan det skrives avvik på det ... Men det er vanskelig å løse det avviket med tanke på at man ikke kan få mer bemanning. Da blir det på en måte å se på hvordan man kan legge opp dagen og når man kan få gjort de ulike oppgavene.

Andre avvik knyttet til behov for økt bemanning handlet ofte om utfordringer med å håndtere utagerende atferd, sikre pauser og opprettholde et godt arbeidsmiljø. Slike avvik ble likevel opplevd som vanskelige å få gehør for opp i systemet. En leder ved et sykehjem fortalte at det i det siste hadde kommet muntlige tilbakemeldinger om manglende neglestell, munnstell og toalettbesøk, men at det foreløpig ikke ble meldt formelle avvik på dette.

Noen ledere skilte mellom personlige avvik og læringsavvik, der førstnevnte måtte tas opp og håndteres direkte med den enkelte ansatte. Læringsavvik ble derimot forstått som gjentatte feil eller uheldig praksis som burde tas opp kollektivt i personalgruppa. I slike tilfeller ble personalmøter og fagdager oftest trukket fram som arenaer for refleksjon og læring. To av lederne fra samme kommune fortalte at deres virksomhetsleder sendte ut ukebrev til ansatte, der også status på avvik ble holdt varm. Som en av dem sa:

I ukebrevet blir det påpekt hvilke avvik vi har hatt i den senere tiden, og ja, hva vi må forbedre oss på. Det gjør jo også at vi ser på om vi må endre rutiner. (Leder, sykehjem)

Avvik kunne ellers tematiseres i egne fagfora som «sykepleiemøter» eller i faste refleksjonsmøter. En av lederne i hjemmetjenesten sa at de hadde en fast dag i uka dedikert til refleksjon, men også at «det er det første som ryker hvis bemanningen eller arbeidsoppgavene er så store at vi ikke rekker det».

4.2.3 SAMARBEID MED ANSATTE

Denne kategorien inneholder ledernes oppfatninger av hvem blant ansatte som melder avvik, dialogen med ansatte, og hva som eventuelt fremmer og hemmer ansattes avvikrapportering.

HVEM MELDER AVVIK?

Mange ledere fortalte at de håndterte avvik nesten daglig, og at de opplevde at ansatte generelt var flinke til å melde fra. Noen mente at det ble meldt færre avvik etter innføring av digitalt system, mens andre mente motsatt.

Lederne ga et sammensatt bilde av hvem blant de ansatte som oftest meldte avvik. Det varierte hvilke yrkesgrupper de mente stod for mesteparten av rapporteringen. Noen trakk fram helsefagarbeidere, mens andre pekte på sykepleiere. Et gjennomgående inntrykk var at fast ansatte meldte avvik oftere enn vikarer, og at det gjerne var et fåtall ansatte som stod for majoriteten av meldingene.

Lederne oppfattet generelt at det var en god kultur for å skrive avvik, og de ga inntrykk av at det i liten grad eksisterte forestillinger om at det å melde avvik kunne «straffe seg». Samtidig mente noen at personlighet kunne spille en rolle for hvorvidt ansatte valgte å melde – at enkelte typer mennesker var mer tilbøyelige til å rapportere enn andre:

Det er gjerne de som har litt «pondus» som melder inn. Det kan handle om mennesketype, men også om erfaring og kunnskap. Folk som kanskje er trygge i det de gjør. (Leder, hjemmetjeneste)

Flere ledere understreket at avvik skulle meldes skriftlig, og presiserte at muntlige meldinger alene ikke var tilstrekkelige. I intervjuene ble det også løftet fram ulike faktorer som kunne påvirke avviksrapporteringen, enten i positiv eller negativ retning – disse gjengis i de påfølgende delkapitlene.

FORHOLD SOM FREMMER MELDING AV AVVIK

Mange av lederne var opptatt av at deres egne holdninger og aktive engasjement hadde en positiv innvirkning på avviksrapporteringen. Et gjennomgående tema var betydningen av å skape trygghet rundt det å melde – lederne ønsket å formidle at avviksrapportering ikke skulle få negative konsekvenser for den som meldte. Det var både noe de eksplisitt sa til ansatte og som de håndterte ved at avvik ble drøftet på generelt grunnlag på avdelingsmøter, uten å knytte det til personer som hadde vært involvert. I tillegg forsøkte de å synliggjøre hvordan avvik kunne brukes som verktøy for forbedring. En leder ved et sykehjem fortalte for eksempel at det å oppmuntre ansatte til å skrive avvik var et bevisst grep for å kunne dokumentere utfordringer overfor politiske beslutningstakere, spesielt når det var behov for å argumentere for økte ressurser. Noen ledere sa også at det var viktig å synliggjøre overfor ansatte at avvik ble tatt på alvor, håndtert og jobbet med:

Jeg bruker tid på dette med avvik og legger inn tiltak. For når de ansatte melder, får de jo varsel om at det er lagt inn tiltak. Da ser de at vi jobber med det. Den som har meldt, får også varsel på e-post når det er lukket. (Leder, sykehjem)

Mange av lederne mente avvikssystemet var intuitivt og brukervennlig, men opplæring var en viktig betingelse. En av dem sa:

Compilo skal være lett å bruke når en har fått opplæring. Det finnes også som app som mange ansatte bruker. Man trenger ikke logge seg inn på PC. Appen er tilgjengelig, men vi krever ikke at de laster den ned. Alternativet er at de må logge seg på via PC. (Leder i sykehjem)

En viss datakyndighet ble samtidig sett på som fremmede, og noen bemerket at yngre ansatte gjerne hadde en fordel her. Flere av lederne vi intervjuet var usikre på om det fantes en skriftlig prosedyre for hvordan man skulle registrere avvik i Compilo. En av dem påpekte at det trolig ville vært en fordel med en lett tilgjengelig mal, noe vedkommende ikke kunne erindre å ha sett i sin kommune.

Det at ansatte skulle ha tid til å sette seg ned å skrive avvik, var også noe lederne var opptatt av. Noen fortalte at de hadde avsatt ukentlig tid til faglig oppdatering som også kunne brukes til avviksskriving.

Lederne viste dessuten forståelse for at det å skrive avvik kunne oppleves som vanskelig av moralske grunner, og anerkjente at enkelte ansatte hadde behov for ekstra støtte i slike situasjoner. En leder illustrerte dette med et eksempel der ansatte kunne vegre seg for å rapportere utagerende atferd hos personer med demens, fordi de visste at atferden var sykdomsbetinget og dermed utenfor pasientens kontroll. Til tross for denne forståelsen understreket lederen at det likevel var viktig å dokumentere slike hendelser, og at ansatte kunne trenge bekreftelse og støtte for å gjøre det. En annen leder i hjemmetjenesten var også opptatt av at ansatte trengte konstruktiv tilbakemelding på selve skrivingen av avviket, og at måten respons eller veiledning ble gitt på var viktig: «Det kan være ydmykende hvis man sier at ting ikke er riktig skrevet. Man må si det på en fin måte».

BARRIERER FOR MELDING AV AVVIK

Lederne virket klar over at det eksisterte mange barrierer for melding av avvik. Flere av lederne fortalte om egne erfaringer som ansatt i tjenesten, og kunne slik ha forståelse for ansattes perspektiv. Opplevelsen av at avviksskriving ikke førte til endringer, var noe som ble nevnt. Selv om synet på dette hadde endret seg nå da vedkommende var i en lederrolle og erfarte at mye innsats faktisk ble lagt i avvikshåndteringen, var det forståelig at ansatte kunne være passive om de så avviksskriving som nytteløst.

Lederne var også innforstått med at ansatte kunne oppfatte avviksskriving som tidkrevende og at bruk av Compilo ikke ble oppfattet som enkelt av alle. Manglende dataferdigheter kunne være ett forhold, men også selve innloggingsprosedyren eller tilgang til ulike plattformer kunne være barrierer. En leder i hjemmetjenesten fortalte:

Jeg tror det er to eller tre år siden vi fikk Compilo, og det har skjedd mye på datasiden i kommunen. IT-systemene er oppdatert slik at brannmurene er så heftige at de gjør påloggingen tidvis litt komplisert. Det er ikke komplisert. Men for de som ikke er vant til å sitte foran PCen, ...er det litt utfordrende.

Lederne sa noe ulikt om hvilke muligheter ansatte hadde når de skulle bruke Compilo. Noen viste til at ansatte både kunne bruke PC, nettbrett og app på mobilen, mens andre sa at pålogging måtte skje via PC. Hvis ansatte ikke hadde fått opplæring eller selv ikke hadde tilegnet seg kompetanse (som også var mulig via e-læringskurs), var dette en opplagt barriere.

Et par av lederne var inne på at enkelte avvikstyper manglet system for registrering. Dette gjaldt samhandlingsavvik mellom sykehus og kommune, eksempelvis om pasienter ble utskrevet fra sykehus uten nødvendig eller oppdatert informasjon om legemiddelbehandling. I slike tilfeller måtte avvik skrives inn i et annet system enn Compilo. Uten at lederen forklarte tydelig hvilket system det da var snakk om, var erfaringen at dette var kronglete og krevde at man ringte sykehuset for å få et nummer på pasienten som skulle brukes. Slike avvik var det kun sykepleierne som tok seg av, men inntrykket var at de ikke ble meldt i tilstrekkelig grad:

Vi kunne nok ha skrevet mange avvik på det, men det har rett og slett ikke blitt gjort på grunn av at det er sånn et tungrodd system. (Leder, hjemmetjeneste)

Lederne hadde inntrykk av at noen ansatte kunne vegre seg for å skrive avvik fordi de var «redd for at det blir mye styr», som en sa. Dette kunne henspille på det praktiske, men også på ubehag som kunne være assosiert både med det å skrive avvik på seg selv eller på en kollega. En av lederne i sykehjem forklarte:

Det med medisiner, det er lett å se feilen, lett å skrive avvik på. Men hvis det er en kollega som ikke har gjort jobben sin – slike ting kan være vanskelig, vet jeg. At de føler at de nesten tyster på kollegaen sin, på et vis.

Lederne var ellers inne på det stadig tilbakevendende problemet med å avgjøre om en hendelse var et avvik eller ikke. Siden lederne selv kunne være usikre på dette, var noen av dem opptatt av å ikke sende ut signaler som kunne hemme ansattes initiativ:

Det kan komme avvik på gjenglemt mat på et stuebord eller kontor. Sånne småtterier, ja. Jeg har mange ganger hatt lyst på et personalmøte til å si: hva er et avvik og hva er sutring, for å bruke det ordet ... Men samtidig er jeg redd for at hvis man gjør det, hvis man er for streng så vil ansatte kanskje ikke skrive avvik. Og da går man kanskje glipp av en del informasjon. (Leder, hjemmetjeneste)

4.3 HVORDAN FORSTÅR OG ERFARER ANSATTE I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER RAPPORTERING OG HÅNDTERING AV AVVIK?

I dette delkapitlet beskriver vi resultatene fra analysene av fokusgruppeintervjuer med i alt 23 tjenesteytende ansatte fra fem kommuner. Resultatene presenteres i fem deler: ulike forståelser av avvik (4.3.1), hva som blir rapportert og ikke rapportert som avvik (4.3.2), oppgitte grunner for å skrive avvik (4.4.3), når og hvordan avvik blir meldt inn (4.3.4), og forhold som kan virke hemmende for ansattes avviksrapportering (4.3.5).

4.3.1 ULIKE FORSTÅELSER AV AVVIK

Mange av de vi intervjuet, ga uavhengig av hverandre og på tvers av ulike kommuner, uttrykk for at avvik var et uklart begrep. «Jeg tror det er mange som er usikre på hva et avvik er», var en formulering som – med små variasjoner – gikk igjen i flere av fokusgruppeintervjuene. En slik uklarhet ga seg også utslag i tvil om hva de skulle skrive avvik på.

Alle som ble intervjuet, kjente til avvik som begrep, men det var variasjoner og nyanser i hvordan de forstod og avgrenset det. En klar og felles begrepsforståelse var vanskelig å identifisere. Noen beskrev det som en uønsket hendelse. Andre relaterte det til noe galt som hadde skjedd eller en ulykke/nestenulykke, mens atter andre igjen omtalte det i vid forstand som «alt av stort og smått som er utenfor det normale». Avvik ble satt i sammenheng med hendelser som omhandlet helse, miljø og sikkerhet til de ansatte eller på arbeidsplassen, med hendelser som omhandlet det interne samarbeidet i organisasjonen, og med hendelser som angikk pasienter eller brukere. Slik kunne avvik handle om både normative faglige prosedyrer som ikke ble fulgt, oppgaver som ikke ble utført overfor brukere eller pasienter, og forhold som omhandlet arbeidsmiljø, arbeidssituasjonen, utstyr eller sikkerhet.

4.3.2 HVA SOM BLIR RAPPORTERT OG IKKE RAPPORTERT SOM AVVIK

De ansatte mente at det var legemiddelrelaterte hendelser og fall som de selv aller oftest meldte avvik på. Dette var felles for alle de fem kommunene vi gjorde fokusgruppeintervjuer i. Som eksempel på avvik når det gjaldt legemiddelhåndteringen, ble det vist til forhold som gjaldt både istandgjøring av pasientdoser, administrering og observasjon. Det kunne handle om medisiner som var blitt gitt til feil pasient, feil håndtering av multidosepakninger eller feil i dosettene. Det kunne også handle om at en selv eller en kollega hadde glemt å gi ut medisin til en pasient eller at det ble oppdaget at medisinskapskapet stod åpent uten tilsyn. Som eksempel på avvik når det gjaldt fall, ble det i all hovedsak vist til hendelser som gjaldt eldre som enten bodde hjemme eller i institusjon. Dette kunne handle om fall på badet eller i fellesrommene på sykehjemmet, eller det kunne handle om pasienter og brukere som falt i egen bolig.

Selv om fall ble løftet fram i alle fokusgruppeintervjuene som noe det ofte ble meldt avvik på, var det samtidig betydelig usikkerhet om hvorvidt et konkret fall egentlig var et avvik eller ikke. Noen sa at de hadde fått tydelig beskjed av nærmeste leder om å skulle melde alle fall som avvik, noe de også fortalte at de gjorde. For som det ble sagt: «Jeg har lært at man skal skrive avvik uansett hvilket fall det er snakk om». Andre fortalte at de ofte var i tvil om et fall skulle meldes eller ikke, men at de likevel valgte å melde avvik på ethvert fall. Begrunnelsen var at lederen som leste avviket, da ville bli kjent med hendelsen og på bakgrunn av dette selv kunne avgjøre om det skulle forstås som et avvik eller ikke. Det var også flere som fortalte at de selv foretok en selvstendig vurdering av om hvorvidt et fall skulle meldes eller om de lot det være. Her ble det vist til ulike måter å vurdere dette på. Noen foretok et skille mellom selve hendelsen (altså fallet) og årsakene til hendelsen som lå til grunn for at det meldes som avvik. Andre knyttet det også til hyppighet. For hvis samme person falt ofte, kunne dette gjerne resultere i at de unnlot å melde inn fallene som avvik, ble det fortalt. Her ved to av dem:

Akkurat dette med fall synes jeg er vanskelig. Pasientene har jo ikke en-til-en-vedtak, og vi kan ikke passe på pasientene hvor enn de går. Hvis en person faller på rommet sitt eller på stua, så har de jo ikke vedtak på at vi skal gå etter dem hele tiden. (Ansatt i sykehjem)

Hvis det er en pasient som ofte faller, så blir det ikke registrert. Jeg er ganske sikker på at det ikke blir registrert avvik på den ene pasienten som vi har og som faller ganske ofte. (Ansatt i sykehjem)

Mange av de ansatte fortalte videre at de ofte kunne melde avvik på hendelser som omhandlet miljø, arbeidsforhold, utstyr eller sikkerhet på egen arbeidsplass. Det kunne for eksempel være at det ikke var «ordentlige dekk på bilene» (slik som vinterdekk i perioder hvor det var kaldt og glatt), dårlig strøing i inngangspartiene om vinteren, nedsnødde biler, søppel i bilene, mangelfullt tilbud om arbeidstøy, hekker som kunne sperre utsikten ved utkjørselen fra hjemmetjenestekontoret eller utstyr som ikke var på riktig plass. Det ble også fortalt om avvik som ble skrevet på bakgrunn av det som ble omtalt som truende, ufin eller upassende opptreden fra pasienter og brukere.

Flere av de ansatte var tydelige på at de i liten grad meldte avvik hvis de oppdaget at en pasient eller bruker ikke hadde fått hjelp til munnstellet, til å dusje eller til å gå på toalettet. Dette var helse- og omsorgsbehov som ble anerkjent som viktige, men de ble samtidig beskrevet som så hverdagslige, elementære og vanlige i hyppighet at de ansatte ifølge dem selv som oftest ikke meldte inn slike utelatte helse- og omsorgsoppgaver som avvik:

Slike ting som ikke å pusse tenner, det skriver vi jo ikke en ting om. Jeg skriver ikke avvik på det. Livet går videre på en måte. Og så bare glemmer man det. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Travel arbeidshverdag og ubehag over å melde avvik på oppgaver som var utelatt av kolleger, ble også løftet fram som forhold som gjorde at slike hendelser ikke ble meldt inn som avvik. Som i denne refleksjonen mellom to ansatte i hjemmetjenesten og én i sykehjem:

Ansatt A: Og så er det jo sånne elementære ting for en pasient: at han får pusset tennene, at han får mat. Det er livsnødvendige ting som vi kanskje ikke prioriterer høyt nok, slik vi skulle. Det er alle de behovene til et menneske som vi på en måte er redde for å skrive avvik på at ikke blir gjort, men som er så viktige.

Ansatt B: Ja, for jeg ser det, at jeg er ikke flink nok. Hvis jeg kommer inn til en pasient for å pusse tennene, og jeg ser at tannbørsten ikke har vært brukt på mange dager og tannkjøttet blør. Jeg er ikke flink nok til å skrive et avvik på det. Jeg skulle jo ha vært det. Men jeg er ikke flink nok. For da blir det sånn...

Ansatt C: Ja, da klager du på den som...

Ansatt B: Ikke sant? Jeg kjenner jo den som var på kveldsvakt i går. «Å, nei», ikke sant?

Ansatt C: Og gjennom at vi ikke skriver avvik på det, så kan pasienten få mer plager. De opplever kanskje å få sopp i munnen, som er kjempeplagsomt og som stimulerer til dårlig matlyst. De orker ikke å spise fordi de er full av sopp i munnen, ikke sant? Dårlig tannhelse på grunn av en travel hverdag hos oss. Og så er det da slik at vi ikke tør å skrive avvik på det?

(Ansatt A og C jobbet i hjemmetjenesten, mens Ansatt B jobbet i sykehjem)

Andre ansatte fortalte at de også skrev avvik på slike helse- og omsorgsoppgaver hvis de ikke ble gjort. På direkte spørsmål om de da skrev avvik, sa en av de ansatte: «Vi skriver det om vi ikke får gjort det vi skal». Mens en annen la til: «Men vi får jo gjort det vi skal.»

4.3.3 OPPGITTE GRUNNER FOR Å SKRIVE AVVIK

Selv om forståelsen av hva som var et avvik rommet både variasjon og usikkerhet, var det større enighet om begrunnelsene for å skrive avvik. I samtalen som foregikk i fokusgruppene, ble avviksrapporteringen i alle fem kommuner satt i forbindelse med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og/eller læring. Noen ansatte omtalte avvikssystemet som «et forbedringsverktøy». Andre beskrev det som et system «som skal gjøre driften bedre», som kan «øke kvaliteten på den tjenesten som beboerne mottar», som kan gjøre de ansatte «bedre på den jobben» som blir gjort, eller som kan føre til økt bevisstgjøring på pasientsikkerhet. «Det er viktig å skrive avvik slik at den personen som har gitt feil medisin, kan bli bevisst på sin feilhandling», sa én av de vi intervjuet, En annen mente at de som ansatte både lærte og ble mer oppmerksomme når de fikk tilbakemelding på avvik: «Vi blir mer presise på medisiner når vi får avvik og tilbakemelding på at der har vi gjort en feil. Da kan vi bli bedre. Kanskje sette opp tiltak.» En tredje sammenfattet sentrale elementer i avviksrapporteringen slik: «Man melder om ulykker eller nestenulykker, og hvordan man kan jobbe med forbedring: Hva skjedde? Hvorfor skjedde det? Hva gjør vi til neste gang? Og hvordan kan vi unngå at det skal skje igjen?»

Andre igjen var opptatt av at avvik var en viktig og nødvendig måte å synliggjøre mangler eller uheldige hendelser overfor ledere og andre gjennom å dokumentere det skriftlig i avvikssystemet. «Det må være skriftlig for at det skal bli hørt», sa en. «Alt vi skal ta opp må dokumenteres, Det nytter ikke å få noe gjort hvis vi ikke skriver avvik. Det er en måte å si fra på», fortalte en annen, mens en tredje omtalte avviksrapportering som «den eneste måten å belyse ting på, hvordan det fungerer i avdeling og i hjemmetjenesten»:

Det er jo en slik dokumentasjon som bare må til. For det skjer ikke noe endring før vi viser hvor vanskelig det er. Så det gjelder å huske på det, at det er derfor man skriver avvik. (Ansatt i sykehjem)

4.3.4 NÅR OG HVORDAN AVVIK BLIR MELDT INN

De ansatte som fortalte at de meldte avvik, ga uttrykk for at de i all hovedsak meldte det inn samme dag, gjerne mot slutten av dagen eller vakta. Compilo gir mulighet for at dette både kan gjøres via PC og mobiltelefon/nettbrett (i form av en app). Vi fant imidlertid at mange ansatte enten ikke kjente til dette eller hadde glemt at det også var mulig å melde avvik via en slik app. For det var en tydelig uttrykt og gjentakende frustrasjon som gikk igjen at de var nødt til å logge seg inn via en PC. Som denne ansatte i et sykehjem illustrerende oppsummerte det, med eksplisitt uttrykt støtte fra de andre i fokusgruppa (både fra hjemmetjenesten og sykehjem):

For å legge inn et avvik, så må du inn på en PC. Du må logge deg inn og skrive hele mailadressen. Så har vi et langt passord, og så skal du inn da på Gericia [pasientjournalssystemet] eller Compilo og legge inn avviket. Det er litt lettere for sykepleiere på sykehjem. For vi er ofte innlogget på PC, så vi går jo bare og legger inn. Det er ikke like krevende da. Men når du er ute med pasienter og på gruppe, og du må finne tid til å sette deg ned og lage det avviket, da blir det ikke prioritert. Hvis ikke det er veldig alvorlig, så blir det ikke prioritert, tror jeg. (Ansatt i sykehjem)

Det framstod videre som et viktig prinsipp at en ansatt ikke skulle skrive avvik for kolleger. Dette ga deltakerne inntrykk av å være samstemte om. Som det ble sagt:

Det er den som er oppe i situasjonen, som skriver avviket. Hvis jeg er sammen med en pasient som faller, så er det jeg som skriver, ja. Og hvis jeg finner ut at dagvakta ikke har gitt medisin og jeg oppdager det, er det jeg som skriver det. (Ansatt i sykehjem)

Flere fortalte imidlertid at de kunne skrive avvik sammen med andre. Dette kunne da handle om hendelse som flere hadde observert, som var gjentakende og/eller som kunne gjelde kollegafellesskapet:

Jeg var borti en situasjon der vi skulle skrive avvik, og vi var flere oppi den situasjonen, så da skrev vi sammen. Vi satt sammen og diskuterte hva vi skulle skrive. ... Vi ville jo beskrive dette best mulig. Riktig og ordentlig. (Ansatt i sykehjem)

Vi diskuterer sammen. Mange ganger. Blant annet om en slik trafikkfarlig utkjøring, der vi kjører ut fra hjemmesykepleiekontoret og ut på fylkesveien. Og der er det en forferdelig hekk som hindrer sikten. Vi tok dette opp med avdelingsleder og vaktmester, og vi diskuterte det i gruppa, alle ansatte. Og til slutt så sa jeg: «Nå skriver jeg avvik på vegne av alle sammen, om den der farlige avkjøringen». For å forhindre ulykker og sårn. (Ansatt i hjemmetjenesten)

4.3.5 FORHOLD SOM KAN VIRKE HEMMENDE FOR ANSATTES AVVIKSRAPPORTERING

Det var betydelige variasjoner i hvor ofte de vi intervjuet skrev avvik. Mange fortalte at de skrev avvik regelmessig. Noen kunne gjøre det ukentlig, andre én eller flere ganger i måneden. I en av kommunene vi intervjuet, fortalte imidlertid flere av de ansatte at de, på tross av at de hadde jobbet der i flere år, aldri eller bare en sjelden gang hadde meldt inn avvik.

Intervjuer: Så det er slik at det er sjelden at dere skriver avvik?

Ansatt A: Ja, det er veldig sjelden.

Ansatt B: Jeg har aldri skrevet avvik.

Intervjuer: Og det er sjelden dere hører om at andre har skrevet det også?

Ansatt C: Noen er veldig flinke til å skrive avvik, og noen skriver ikke avvik. ...

Ansatt A: Jeg har vel egentlig ikke vært der at jeg har vært nødt til å skrive avvik, på en måte.

Intervjuer: Du har ikke sett behovet?

Ansatt A: Nei. Jeg tenker det må være et behov for å skrive avvik hvis vi skal skrive det.

(Både Ansatt A, B og C jobbet i hjemmetjenesten)

Alle vi intervjuet gjorde skjønnsmessige vurderinger av hvorvidt de skulle melde inn avvik eller ikke. I det følgende har vi samlet sju hovedgrunner som enten ble beskrevet, oppgitt eller omtalt i intervjuene som mulige barrierer eller hindre for å melde inn avvik. Disse sju grunnene var: (1) usikkerhet om hva et avvik er; (2) mangelfull opplæring i rapportering og avvikshåndtering; (3) komplisert meldesystem; (4) manglende eller utilstrekkelig oppfølging fra nærmeste leder etter avviksrapportering; (5) mangel på tid; (6) ubehag med å melde avvik på hendelser som involverer kolleger; (7) manglende tro på kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet og/eller læring.

(1) Usikkerhet om hva et avvik er

Mange ansatte ga, som tidligere påpekt, uttrykk for at avvik var et uklart begrep. «Jeg tror det er mange som er usikre på hva et avvik er», var en formulering som – med små variasjoner – gikk igjen i flere av fokusgruppeintervjuene vi hadde. En slik uklarhet ga seg ikke bare utslag i tvil om hva de skulle skrive avvik på. Det framstod også hos enkelte som en selvstendig barriere for å skrive avvik. I dette ligger det en erkjennelse av at hvis de som ansatte er usikre på hva et faktisk avvik er, så kan det også være utfordrende å både gjenkjenne og fortolke en hendelse som avvik. Og slik blir det også en ekstra terskel for å skriftliggjøre noe man allerede er usikker på hva er, videre i det formelle avvikssystemet.

(2) Utilstrekkelig opplæring i rapportering og avvikshåndtering

Flere av de ansatte viste til det de oppfattet var mangelfull opplæring i rapportering og avvikshåndtering. Dette var den andre barrieren vi identifiserte. Noen fortalte at de selv aldri hadde fått opplæring i avviksrapportering (inkludert hva et avvik er) eller i bruk av avvikssystemene, men at de hadde lært seg dette på egenhånd – enten gjennom prøving og feiling eller ved å spørre kolleger. Andre viste til fast ansatte kolleger som de enten hadde snakket med, eller som de på

annen måte visste ikke hadde fått opplæring, verken da de begynte eller senere. Dette kunne gjøre at det ble et ekstra hinder for å skrive avvik. To av de ansatte sa det slik:

Jeg fikk ikke noen opplæring på avviksskriving da jeg ble tilsatt. Men jeg lærte etter hvert og fikk veiledning fra kolleger. (Ansatt i sykehjem)

Det jeg begynte her [for noen få år siden], så fikk jeg ingen opplæring. Det var ingenting. Det var bare: «Her er passordet ditt. Gå inn og finn ut av det». (Ansatt i sykehjem)

Det var også noen av de ansatte som fortalte at de hadde fått opplæring i avviksrapportering da de begynte, men at de i tiden etter hadde glemt det vesentligste i disse framgangsmåtene. Dette ble trukket fram som en sentral grunn til at de selv eller kollegaene deres ikke skrev avvik. «Det har med opplæring å gjøre», sa en, mens en annen, på direkte spørsmål om noen i fokusgruppa visste hvordan de skulle melde inn avvik, sa: «Jeg vet ikke hvordan vi gjør det. ... Jeg har aldri gjort det før, så jeg vet ikke hvordan vi gjør det.»

(3) Komplisert meldesystem

En tredje barriere som ble identifisert, var *et for komplisert meldesystem*. Dette meldesystemet var det samme i alle fem kommunene som vi intervjuet i, nemlig Compilo. Compilo ble av enkelte også vurdert positivt, men gjennomgående mange ansatte – i alle de fem kommunene vi intervjuet i – beskrev det på en måte som gjorde at meldesystemet for disse framsto som noe som forhindret snarere enn fremmet avviksrapportering. Compilo ble omtalt som «skummelt og komplisert», som «vanskelig» og «tungvint», og det ble beskrevet som en viktig årsak til at ansatte i sykehjem og hjemmetjenestene lot være å melde inn avvik. Noen begrunnet dette med at de ikke hadde fått opplæring, men det var også mange som viste til at de erfarte Compilo som et utfordrende system å navigere og melde fra i, også etter slik opplæring. Her er noen utdrag fra intervjuene med de ansatte:

De må gjøre Compilo enklere. Det er et tungvint system. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Hadde Compilo vært et enklere system, så hadde det garantert vært skrevet og belyst flere avvik som skjer i hjemmesykepleien eller på sykehjem. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Compilo er for komplisert. Det må bli enklere. Jeg vet jo også om noen som har prøvd å gå inn, og så bare ser de på alt dette, og det er bare «nei, jeg orker ikke». ... Så i forhold til Compilo, så er hovedgreia den: Gjør det enklere. (Ansatt i sykehjem)

Jeg skulle jo ønske at flere skrev mer avvik. For det er nok noen som tenker «nei, uff, vi gidder ikke å skrive avvik, vi. Det er så skummelt. Vi må inn i Compilo og...» ... Jeg skulle ønske at det helt opp til personalsjefsnivå kunne ha vært et mye mer fokus, ja, en sånn gjennomgang, på Compilo. Kanskje en gang i året, slik at vi var tryggere på og skjønnte visjonen med hele Compilo. At det er viktig i forhold til varsling og avvik og sånn. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Jeg synes at det [Compilo] er veldig komplisert. ... Jeg tror de fleste synes det er vanskelig å finne fram til riktig [post]. «Hvor skal den ligge hen? Og under hva da?» Slik som jeg har forstått det, har det ikke så mye å si om jeg setter alvorlighetsgraden på høy, for da kan den som vurderer avviket, endre på det. Slik forstod jeg det. Jeg skrev det derfor inn, men da fikk jeg beskjed om at det var feil slik at jeg ikke fikk sendt. Da tenkte jeg: «Hva skal jeg gjøre nå?» Så fant jeg en annen kollega som viste meg hvordan. «Du må du trykke her» og «der», og da

fikk jeg sendt det inn. Nei, jeg synes det er vanskelig. Og det tror jeg gjør at mange kvier seg for å skrive. For du må gjennom så fryktelig mange poster. (Ansatt i sykehjem)

(4) Manglende eller utilstrekkelig oppfølging fra nærmeste leder etter avviksrapportering

En fjerde barriere vi identifiserte, var hva de ansatte beskrev som *manglende eller utilstrekkelig oppfølging fra nærmeste leder etter avviksrapportering*. Dette kunne handle om at de som skrev avvik, ikke fikk annen tilbakemelding enn at leder hadde lest (og lukket) avviket. Og det kunne handle om at de opplevde at det å melde avvik ikke resulterte i eller bidro til endring eller forbedring. Vårt inntrykk var at de ansatte gjennomgående hadde tillit til at lederne faktisk leste avvikene som ble sendt inn, men de hadde samtidig varierende erfaring med hva som skjedde av oppfølging i etterkant. En betydelig andel av de vi intervjuet, fortalte at de gjerne ikke hørte noe etter at de meldte inn avvik (bortsett fra informasjon om at avviket var lukket av leder), eller at de opplevde at de skrev samme avvik gang etter gang, uten at det førte til noe endring. Hvis erfaringen av manglende eller utilstrekkelig oppfølging gjentok seg over tid, kunne det gjøre noe med deres eget engasjement for å skrive avvik, og det kunne spre seg en resignasjon i kollegafellesskapet. Da kunne avviksrapportering oppleves som en unødvendig bruk av tid og ressurser, i hvert fall så lenge avvikene var gjentakende og etter deres syn av mindre alvorlig karakter. Disse fire intervjuutdragene er illustrerende i så måte:

Om du skriver bare for å skrive og lage en statistikk, da er det en tidstyv. Du føler at du har viktigere ting å gjøre enn å skrive det samme som du skrev i går eller i forrige uke. (Ansatt i sykehjem)

Vi skriver jo avviksmelding, men så hører vi ikke noe. Her hos oss tar vi jo aldri opp noe avvik. Der jeg jobbet før gikk vi gjennom avvikene: Hvorfor blir det gjort, og hva skal vi gjøre for å forbedre det? Hos oss hører jeg ikke noe om noe. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Jeg skulle bare ønske at flere av avvikene ble gjort noe med. (Ansatt i sykehjem)

Ansatt A: De får avviket, og da er de nødt til å lukke dem innen en viss tid. Så bare lukker de det, og jeg får melding om at: «Ja, jeg hører hva du sier. Avviket er lukket». Det er puttet i en skuff og blir aldri tatt opp igjen. Og så blir den skuffen full av slike avvik som det ikke blir gjort noe med.

Ansatt B: Ja, og da gidder du egentlig ikke å skrive avvik lenger heller. For du vet at det blir ikke gjort noe.

(Ansatt A jobbet i hjemmetjenesten, mens ansatt B jobbet i sykehjem)

En strategi som noen ansatte i enkelte kommuner fortalte at de brukte hvis de opplevde at avvik gjentakende ganger ikke ble fulgt opp, var å ta den konkrete hendelsen muntlig opp med nærmeste leder. Da vet de at «beskjeden blir mottatt», ble det fortalt. Dette ble av noen av deltakerne beskrevet som «mest effektivt», siden de da kommuniserte direkte med lederen, ansikt til ansikt, og ikke gjennom et digitalt system. I slike tilfeller, fortalte de samme deltakerne, opplevde de også å få rask tilbakemelding. For det var flere som delte erfaringer om at hendelser som ble tatt muntlig opp, gjerne ble raskere håndtert og fulgt opp enn hvis de brukte den formaliserte

meldekanalen Compilo. Avviket ble på den måten formidlet, men ikke registrert i det etablerte digitale meldesystemet.

(5) *Mangel på tid*

Den femte barrieren vi fant beskrevet i intervjuene, var mangel på tid til å melde avvik. Dette henger tett sammen med flere av de tidligere omtalte barrierene. De ansatte ga uttrykk for at de gjennomgående hadde en travel arbeidshverdag, og da kunne erfaringer av manglende tilbakemelding, omstendelige påloggingsprosedyrer og et komplisert og vanskelig meldesystem bli oppfattet som forsterkende tidsbarrierer. I særlig grad gjaldt dette hendelser som ble oppfattet som vanlige eller mindre alvorlige. I slike tilfeller ble tidsbruk en skranke som gjorde at de prioriterte ned eller helt vekk å melde inn avviket.

Avvik for oss – for meg i hvert fall, og for mange kollegaer – er et veldig negativt ladet ord. Det krever tid å sette seg ned og skrive et avvik, og du føler du skriver det samme igjen og igjen og igjen. Det skjer liksom ingenting, så lista for å skrive et avvik, den er blitt liksom ... «Jeg skrev avvik på det i forrige uke, så da hopper jeg over denne uka.» Og så er det det at du kanskje ikke får tilbakemelding. Om du skriver bare for å skrive og lage en statistikk, da er det en tidstyv. Du føler at du har viktigere ting å gjøre enn å skrive det samme som du skrev i går eller i forrige uke. (Ansatt i sykehjem)

Jeg må innrømme at jeg har tenkt: Dette har jeg rett og slett ikke tid til. Dermed har jeg ikke skrevet inn det avviket. Da har det ikke vært veldig, veldig alvorlig, men det burde kanskje vært skrevet uansett? (Ansatt i sykehjem)

Vi melder avvik på at vi har dårlig tid, men det blir gjort veldig lite med å øke bemanning. Føler jeg da. Der blir det ikke tatt noen tak. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Det er ganske intenst om morgene. Hvis du da har en såkalt pause, kanskje når alle er stelt og har fått mat og medisiner, så har det også gått i ett fra du kom på jobb til du har satt deg ned. Det er kanskje ikke da tanken slår deg om at «nå burde jeg sette meg ned og skrive avvik på det her». Man sitter kanskje i miljøet, man sitter kanskje med urolige pasienter, eller så er det vanskelig å gå fra. (Ansatt i sykehjem)

(6) *Ubehag med å melde avvik på hendelser som involverer kolleger*

Den sjette barrieren vi identifiserte, var *ubeleg med å melde avvik på hendelser som involverer kolleger*. Flere brukte uttrykket «å få et avvik på seg». Dette var noe de selv forsøkte å unngå, og det var også noe som flere sa at de kviet seg for å melde inn på andre – i hvert fall hvis avviket etter de ansattes oppfatning var av mindre alvorlig karakter. Lojaliteten til kollegaene trådte på den måten, i disse situasjonene, fram som sterkere enn lojaliteten til pasienten, brukere, pårørende eller ledere:

Hvis jeg kommer inn til en pasient for å pusse tennene, og jeg ser at tannbørsten ikke har vært brukt på mange dager og tannkjøttet blør. Jeg er ikke flink nok til å skrive et avvik på det. Jeg skulle jo ha vært det. Men jeg er ikke flink nok. ... Jeg kjenner jo den som var på kveldsvakt i går. «Å nei», ikke sant? ... Jeg vil mye heller skrive avvik på meg selv. At «i dag så glemte jeg faktisk å pusse tennene på den pasienten». Jeg vil mye heller det enn å skrive: «I går hadde ikke tennene blitt pusset». (Ansatt i sykehjem)

Hvis jeg kan ta det opp muntlig og snakke med dem [som avviket gjelder], så lar jeg være med å skrive. Vi kan ikke skrive om alt mulig. (Ansatt i hjemmetjenesten)

Vi er bestandig litt redde for å skrive avvik, for det høres så skummelt ut. Man anmerker noen andre sine feil da. Jeg har jo skrevet avvik på meg selv, for et avvik er et avvik. Det er ikke sikkert alle synes det er skummelt, men jeg synes det er litt ekkelt. Jeg gjør jo det. ... Jeg hører jo at noen sier at de unngår å skrive avvik. Og jeg hører at det er fordi de synes det er ubehagelig overfor den de på en måte skriver det på. (Ansatt i hjemmetjenesten)

I noen av intervjuene kom det også fram erfaringer av både skyld og skam som ble direkte relatert til avvikshendelser. Dette kunne handle om selverkjennelsen av å ha gjort noe feil eller klanderverdig (erfaringer av skyld), men det kunne også romme skamopplevelser ved at feil som var blitt gjort, var observert og vurdert av andre. Noen ansatte ga slik uttrykk for at de kunne ha mer eller mindre sterke skyld- og skamerfaringer til det at det ble skrevet avvik på hendelser hvor de selv hadde vært involvert. På den måten gjenspeiler dette ubehaget enkelte kan oppleve når de melder inn et avvik: erkjennelsen av at både observasjonen, vurderingen og innmeldingen av avviket kunne komme til å skape skam- og skylderfaringer hos andre. Følgende sitatutdrag er illustrerende i så måte:

Ansatt A: Jeg fikk høre en morgen at nattevakta hadde skrevet avvik på meg fordi jeg hadde lagt igjen dosetten inne på rommet til en person som var oppegående, men ikke klar og orientert. Og det var jo dumt, for da kunne vedkommende begynne å ta medisiner selv ut av dosetten. Jeg ble helt fra meg. Jeg syntes det var forferdelig at jeg hadde gjort det. Men jeg lærte jo av det. Jeg har aldri gjort det igjen.

Ansatt B: Vi gjør jo alle feil.

Ansatt A: Det var ikke feil å ta med seg dosetten, men det var det at jeg la den igjen. Det er jeg veldig bevisst på i ettertid.

Ansatt B: Men hvis man ikke får vite om det, så kan man ikke gjøre noe med det heller, sant?

Intervjuer: Det er den personlige opplevelsen av å ha gjort en feil som er ubehagelig?

Ansatt B: Ja, og det er det jo også. Jeg husker fremdeles på de verste feilene jeg har gjort. Selv om det er gått mange år.

(Ansatt A jobbet i sykehjem, mens ansatt B jobbet i hjemmetjenesten)

I vår tolkning kommer både erfaringer av skam og skyld til uttrykk i intervjuutdraget med disse ansatte. Skammen utløses av erkjennelsen av andres blikk på egne handlinger, mens skyldfølelsen kommer fram i den egenopplevde erfaringen av å ha gjort noe klanderverdig. Avvik kan slik gi grobunn for opplevelse av nederlag i kollegafellesskapet og av individuelle skam- og skylderfaringer.

For å unngå å melde avvik på en nær kollega, som så skulle bli lest av nærmeste leder, fortalte noen av de vi intervjuet, at de foretrakk å ta det muntlig med kollegaen det gjaldt. På den måten ble den konkrete hendelsen satt ord på og formidlet videre til den konkrete ansatte, men avviket ble ikke registrert i det etablerte meldesystemet.

(7) Manglende tro på kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet og/eller læring

Den sjuende barrieren vi identifiserte, var *mangel på utsikter til kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet og/eller læring*. Et eksempel som gikk igjen i flere av intervjuene, var relatert til fall. Fall var et av de avvikene som det ifølge de ansatte, ble rapportert inn mest avvik på, men det var også et av de avvikene som de ansatte opplevde verken førte til kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet eller læring. En av de vi intervjuet, beskrev dette slik: «Om noen har hatt et fall, så hadde de vel gjort det [altså falt] uansett om jeg hadde skrevet avvik eller ikke? Det endrer jo ikke noe om jeg skriver avvik da, eller ikke.» Dette, ble det forklart, kunne igjen medføre at ansatte sluttet å melde inn slike hendelser som avvik.

4.4 OPPSUMMERING AV RESULTATER FRA INTERVJUENE

Analysen av intervjuene med *førstelinjelederne* viser at deres forståelser og håndtering av avvik var preget av både mangfold og usikkerhet, selv om kvalitets- og avvikssystemet Compilo gav føringer for dette. Avvik ble oppfattet som alt fra faglige feil og teknisk svikt til utfordringer i arbeidsmiljøet, der grensene for hva som skulle regnes som et avvik, ofte virket uklare. Håndteringen fulgte stort sett en felles praksis der Compilo ble benyttet til å følge opp og lukke avvik. Både registreringsarbeidet for de ansatte og ledernes oppfølgingsarbeid ble oppgitt som omfattende og tidkrevende. Lederne erfarte stort sett Compilo som et intuitivt og godt system, men de erkjente samtidig at ansatte kunne oppleve det tungvint og vanskelig. I håndteringen av avvik vektla lederne dialog, opplæring og problemløsning på lavest mulig nivå. De understreket også at de så på avviksmeldingene som grunnlag for læring og forbedring. Forbedringsarbeidet syntes imidlertid i hovedsak å foregå som informasjonsarbeid, der lederne ofte benyttet personalmøter til å informere om innmeldte avvik og tydeliggjøre viktigheten av å følge gjeldende prosedyrer. Samarbeidet med de ansatte bar preg av en varierende rapporteringskultur, som var påvirket av både teknologiske barrierer og sosiale og moralske hensyn.

Også de *tjenesteytende* ansattes forståelse og håndtering av avvik var preget av variasjon og usikkerhet. Mange ga uttrykk for at avvik var et uklart begrep, og det var vanskelig å identifisere en klar og felles begrepsforståelse. Avvik ble satt i sammenheng med hendelser som omhandlet helse, miljø og sikkerhet til de ansatte eller på arbeidsplassen, hendelser som omhandlet det interne samarbeidet i organisasjonen, og hendelser som angikk pasienter eller brukere. Til tross for at forståelsen av hva som utgjør et avvik varierte blant ansatte, fant vi forholdsvis bred enighet om hvorfor avvik bør rapporteres. Grunnene som ble oppgitt, omhandlet kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og/eller læring. Noen begrunnet det også med at skriftlig avviksrapportering var en viktig og nødvendig måte å si fra til ledere om mangler eller at uheldige hendelser hadde skjedd. Vi fant videre at det var stor variasjon i hvor ofte ansatte rapporterer avvik. Mange fortalte at de skrev avvik regelmessig, enten ukentlig eller en til flere ganger i måneden, mens andre sjelden eller aldri meldte avvik. Ansatte som meldte avvik, rapporterte at det var legemiddelrelaterte hendelser og fall som de selv oftest meldte avvik på.

Intervjuene med ledere og ansatte synliggjorde sju sentrale hindre for å melde inn avvik. Disse var: (1) usikkerhet om hva et avvik er; (2) mangelfull opplæring i rapportering og avvikhåndtering; (3) komplisert meldesystem; (4) manglende eller utilstrekkelig oppfølging fra nærmeste leder etter avviksrapportering; (5) mangel på tid; (6) ubehag med å melde avvik på hendelser som involverer kolleger og/eller pasienter; (7) manglende tro på kvalitetsforbedring, økt pasientsikkerhet og/eller læring.



5. DISKUSJON

I denne delen av rapporten vil vi diskutere resultatene fra både den kvantitative og den kvalitative delen av studien.

5.1 UTELATT HELSE- OG OMSORGSHJELP OG PASIENTSIKKERHETSKULTUR I HJEMMETJENESTEN

Det er publisert få studier som omhandler *forekomst og typer av utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmetjenesten* (Sworn & Both, 2020). I Norge er det oss bekjent ikke gjennomført studier i en hjemmetjenestekontekst med bruk av BERNCA. Tilpasningen av instrumentet fra BERNCA-NH til BERNCA-HC i vår spørreundersøkelse kan dermed ses på som en pilotering. Samtidig er det gjennomført en valideringsstudie av BERNCA i hjemmebaserte tjenester i Sverige, som viser at instrumentet kan benyttes på helsefagarbeidere og assistenter (Andersson et al., 2023). Sykepleiere ble ekskludert fra den svenske studien fordi de utgjorde en for liten del av utvalget og fordi omsorgsoppgavene som instrumentet inkluderer, ble sett på som sannsynligvis mindre relevante for sykepleiere (Andersson et al., 2023). Innledningsvis i vår spørreundersøkelse var vi opptatt av hvordan vedtaksbaserte hjemmetjenester i Norge kan innvirke på helsepersonellens oppgaver og dermed bruk av BERNCA. På bakgrunn av dette ble tilpasninger i instrumentet foretatt i nært samarbeid med ansatte i praksisfeltet (se nærmere beskrivelse i kap. 2.1.2 og 5.4). Tilbakemeldinger fra deltakerne (fire sykepleiere og en vernepleier) i pretest av spørreskjemaet tyder på at spørsmålene og de inkluderte tiltakene i BERNCA-HC var relevante og at de dekket vanlige pasientrettede oppgaver innenfor de hjemmebaserte tjenestene.

Etter hva vi kjenner til, er det publisert kun én studie internasjonalt som har anvendt BERNCA for å undersøke utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmetjenesten. Dette er fra samme forfattergruppe som valideringsstudiet beskrevet i avsnittet ovenfor. Andersson et al. (2022b) sin studie ble gjennomført i sykehjem og hjemmetjenester i Sverige. Om vi sammenligner våre resultater med resultatene fra hjemmetjenesten i denne svenske studien (n=265), finner vi nokså

store forskjeller i hvilke typer oppgaver som hyppigst blir utelatt. På topp hos Andersson et al. (2022b) finner vi det å oppdatere eller utarbeide tiltaksplan, som 71,8 % av de ansatte rapporterte at de *noen ganger* eller *ofte* utelot. Tilsvarende tall i vår studie var 51 %. Ser vi derimot på den hyppigst utelatte oppgaven i vår studie – det å gjøre tiltak som vedkommende kan klare selv – rapporterte 64 % at dette *noen ganger* eller *ofte* ble utelatt, mens tilsvarende tall hos Andersson et al. (2022b) var 23,8 %. Siden det tidligere ikke er gjennomført undersøkelser av forekomst og typer av utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmetjenesten i Norge, finnes det ingen tall vi direkte kan sammenligne resultatene fra vår studie med. Vi kan imidlertid peke på noen forskjeller og likheter mellom denne studien og resultatene fra sykehjemsstudien vi gjennomførte i 2022 (Olsen et al., 2023). Ser vi på oppgaver som *noen ganger* eller *ofte* blir utelatt, finner vi på topp i hjemmetjenesten det å gjøre tiltak som vedkommende egentlig kan klare selv (64 %), og dette var også en av de hyppigst utelatte oppgavene i sykehjem (58 %). Dette er meget interessante funn med tanke på at tjenestene ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal bidra til mestring, selvstendighet og deltakelse. Å ikke kunne tilrettelegge for at pasient/bruker opplever fellesskap og mestring i hverdagen ble også rapportert av 51 %. Over halvparten av respondentene melder her om utelatt helse- og omsorgshjelp som er pålagte skaloppgaver gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011), og som i tillegg er et brudd med verdighetsgarantiforskriften (2010).

Gjennom lovverk og forskrifter framheves det som et viktig prinsipp at tjenestetilbudene skal være brukerorientert. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) framhever at et kjennetegn ved kvalitet i tjenestene er at de involverer og gir brukerne innflytelse. Spørsmålet «Hva er viktig for deg» skal være grunnlaget for en felles tilnærming på tvers av fag, nivåer og sektorer, der pasient og bruker setter målene og bidrar til at tjenestene drar i samme retning. Dette var en sentral del av Leve hele livet-reformen (Meld. St. 15 (2017–2018)), og videreføres i Bo trygt hjemme-reformen (Meld. St. 24 (2022–2023)). Våre resultater viser imidlertid at det er et stykke igjen til at vi lykkes med disse strategiene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Hvis det blir gjort tiltak som pasient/bruker egentlig kan gjøre selv, og hvis det ikke blir tilrettelagt for opplevelser av fellesskap og mestring i hverdagen, eller hvis tiltaksplaner ikke blir utarbeidet eller oppdatert, tyder dette – særlig sett i sammenheng – på manglende planmessig oppfølging. Pasientens/brukerens individuelle mål blir da ikke utgangspunkt for å gjennomføre tiltak som kan styrke vedkommendes funksjonsevne, selvstendighet og livskvalitet (hverdagsmestring). Manglende tiltaksplaner kan også ses som et brudd på pasientjournalforskriften (2019). Samlet sett er dette kjente utfordringer i hjemmetjenesten (Hartviksen et al., 2023) som forsterker behovet for radikale endringsprosesser om innbyggeren skal kunne bo trygt hjemme.

Videre ser vi temmelig store forskjeller i forekomst av utelatte oppgaver mellom hjemme-tjenesten og sykehjem når det gjelder det å gi bistand til kroppsvask eller hudpleie (henholdsvis 18 % og 39 %), og det å gi bistand til munn- eller tannstell (henholdsvis 21 % og 45 %). Dette er utelatte oppgaver som er knyttet til rutinemessig pleie (en subskala i BERNCA) hvor vi ser en tydelig høyere forekomst i sykehjem. Dette kan forstås med bakgrunn i at pasienter som har vedtak om opphold i institusjon, har høy alder og store bistandsbehov knyttet til aktiviteter i dagliglivet (ADL) (Burrell et al., 2023). Siden disse oppgavene utføres hyppigere på sykehjem enn i hjemmetjenesten, viser de seg også med høyere forekomst av utelattelse.

Stor forskjell ser vi også når det gjelder utelattelse av oppgaver knyttet til psykososiale behov, hvor ansatte i hjemmetjenesten i mindre grad (32 %) enn ansatte i sykehjem (54 %) rapporterte at de ikke kunne tilby emosjonell støtte til pasientene. Dette kan muligens forklares gjennom forskjeller i organisering og strukturelle rammer i de to kontekstene. I hjemmetjenesten tildeles

hjelpen gjennom vedtak basert på individuelle behov. Dette kan i noen tilfeller inkludere psykososiale forhold, som gir ansatte et konkret mandat og tid til å følge opp slike behov. Samtidig gir hjemmetjenestens arbeidsorganisering – med en-til-en-kontakt mellom helsepersonell og pasient – et godt utgangspunkt for relasjonsbygging (Strandås, 2019), og dermed også at psykososiale behov lettere kan bli ivaretatt. Ensomhet handler imidlertid ikke alltid om hvorvidt man er alene, men kan også oppleves når man ikke har et nært forhold til dem man er sammen med. Pasienter på sykehjem opplever i høyere grad ensomhet enn befolkningen for øvrig (Kuven et al., 2023). Samtidig preges sykehjem av en mer institusjonalisert og rutinebasert drift, hvor hverdagen gjerne fylles av fellesaktiviteter, rutiner og mange samtidige beboere (Olsen et al., 2023). Dette kan gjøre det vanskeligere å prioritere individuelle psykososiale behov.

Selv om hjemmetjenestens vedtaksbaserte organisering kan bidra til å synliggjøre psykososiale behov, kan det også virke begrensende. Dersom slike behov ikke er eksplisitt formulert i pasientens vedtak, hører de per definisjon ikke til helsepersonellens oppgaver når de er på hjemmebesøk. Dette kan føre til en praksis der psykososiale behov ikke følges opp selv når de er åpenbare, fordi de rett og slett ikke inngår i oppdraget. Slik kan systemet i seg selv bidra til at bare de mest synlige eller «målbare» behovene prioriteres, mens mer «usynlige» behov – som ensomhet, usikkerhet og behov for samtale – ikke fanges opp. Dette til tross for at nasjonale styringsdokumenter tydelig påpeker at proaktive tjenester, der tjenester settes inn på et tidlig tidspunkt i stedet for å vente på at den enkelte pasient selv tar kontakt, er et ønsket mål (Meld. St. 15 (2017–2018)). Tall fra nyere forskning viser videre at mottakere av hjemmetjenester i gjennomsnitt mottar 5,1 timer i uken med hjelp (Burrell et al., 2023). Median tallet for timer er imidlertid 1,5 (Burrell et al., 2023), noe som indikerer at de fleste mottar relativt få timer med hjelp i uka og dermed gir liten tid for helsepersonellet til å dekke psykososiale behov utover hva vedtaket inneholder.

Når det gjelder sammenhengene mellom utelatte oppgaver og karakteristika ved kommunene og de ansatte, fant vi få eller ingen statistisk signifikante resultater i de bivariate analysene. Et interessant signifikant funn er imidlertid at ansatte som jobber langvakter, i gjennomsnitt rapporterer mindre utelatte oppgaver enn de som ikke jobber slike vakter. Vi har heller ikke her mye publisert materiale å sammenligne med da mye av den internasjonale forskningen på utelatt helse- og omsorgshjelp og langvakter har blitt foretatt i akuttavdelinger på sykehus. Forskningen fra disse avdelingene viser det motsatte av hva det vi finner her, nemlig at langvakter bidrar til mer rapportering av utelatte oppgaver (Griffiths et al., 2014). En mulig forklaring kan være at disse studiene har sett på langvakter som oppstår som en ad hoc-løsning, for eksempel ved uforutsett sykefravær. Slike langvakter kan heller karakteriseres som dobbeltvakter, og skiller seg fra planlagte langvakter som inngår i en moderne turnusordning, hvor en også har endret på fordelingen av arbeidsoppgaver gjennom vaktperioden. I tillegg til utelatt helse- og omsorgshjelp, kan slik ufrivillig overtids også medføre økt belastning, stress og risiko for å gjøre feil (Griffiths et al., 2014).

Når langvakter er planlagt og inngår i en fast turnus, rapporterer ansatte i norske sykehjem økt trivsel, bedre balanse mellom arbeid og fritid, og en følelse av kontroll over egen arbeidshverdag og oppgaveløsning (Ingstad & Amble, 2015; Ingstad & Haugan, 2024). Selv om disse studiene ikke eksplisitt har sett på forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp, indikerer de at langvakter bidrar til økt fleksibilitet og kontinuitet som gir rom for å spre oppgavene og derigjennom motvirke at helse- og omsorgshjelp blir utelatt. Sammenhengen mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og langvakter ble imidlertid i vår studie ikke statistisk signifikant i regresjonsanalysen, så denne koblingen bør utforskes i framtidige studier.

Det finnes få publiserte studier, både nasjonalt og internasjonalt, som rapporterer pasient-sikkerhetskultur målt ved bruk av SAQ i hjemmetjenesten (Olesen et al., 2024). Sammenlignet med en studie gjennomført i Midt-Norge i 2016 (Olsen & Bjerkan, 2017), har ansatte i vår studie lavere gjennomsnittsskår både på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima. I tillegg ser vi at andelen positive svar (det vil si andelen av ansatte som skåret 75 eller høyere) var betydelig lavere i vår studie: I Olsen & Bjerkan (2017) var andelen positive svar 73,3 % på teamarbeidsklima og 52,9 % på sikkerhetsklima, mens tilsvarende tall hos oss var 56,2 % på teamarbeidsklima og 40,3 % på sikkerhetsklima. Om vi sammenligner våre resultater med studien vi gjennomførte i sykehjem (Olsen et al. 2024), finner vi at både gjennomsnittsskår og andel positive svar er noe høyere i hjemmetjenesten.

Vi fant en statistisk signifikant sammenheng mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og pasientsikkerhetskultur, hvor lavere skår på sikkerhetsklima var knyttet til høyere skår på utelatte oppgaver. Dette indikerer at jo mer positiv opplevelse de ansatte har av sikkerhetsklima, dess færre helse- og omsorgsoppgaver utelater de. Tilsvarende resultat fikk vi i studien vi gjennomførte i sykehjem (Olsen et al., 2024), men der fant vi også at teamarbeidsklima hadde betydning for utelatte oppgaver. Vi finner ingen publiserte studier som har sett på sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp (målt med BERNCA) og pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten. Dette bør også undersøkes nærmere.

5.2 AVVIKSFORSTÅELSE OG AVVIKSHÅNDTERING I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

5.2.1 UKLAR FORSTÅELSE AV AVVIK

Et gjennomgående og sentralt funn i intervjuene var at det var en mangfoldig og uklar forståelse av hva som utgjør et avvik. Dette gjaldt særlig om utelatte helse- og omsorgshjelp skal rapporteres eller ikke. Både ledere og ansatte refererer til ulike typer hendelser som mulige avvik, men de har problemer med å formulere en presis og felles definisjon eller forklaring. I vurderingen av hva som regnes som et avvik, spiller flere faktorer inn – blant annet hvorvidt hendelsen innebærer brudd på gjeldende prosedyrer eller avtaler, alvorlighetsgrad, mulige konsekvenser og årsaksforhold. Dette tyder på at klassifiseringen av avvik i praksis beror på sammensatte og skjønnsmessige vurderinger. Det kommer også tydelig fram at en kollektiv, enhetlig forståelse i organisasjonen ofte uteblir. Interessant nok oppleves det i flere tilfeller som lettere for både ledere og ansatte å enes om hva som ikke er et avvik, enn å definere hva som faktisk er det.

Sett fra et pasientsikkerhetsperspektiv er utfordringene knyttet til å definere hva som utgjør et avvik i helsetjenesten, velkjente – både nasjonalt og internasjonalt – og gjelder på tvers av nivåer, fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Hamed & Konstantinidis, 2022; Lund et al., 2023; Mulac et al., 2024). Mulac et al. (2024) peker på at problemet i stor grad kan tilskrives uklar terminologi og varierende bruk av rapporteringssystemer. Dette kan igjen bidra til inkonsekvent rapportering og – i verste fall – redusert pasientsikkerhet. I våre data kom denne utfordringen særlig til uttrykk gjennom beskrivelser fra ledere og ansatte om hendelser i en «gråson». Dette dreide seg ofte om oppgaver som ble utsatt, som for eksempel hjemmebesøk til avtalt tid eller hjelp med personlig hygiene. Slike hendelser ble sjelden registrert

som avvik, og de ble heller ikke oppfattet som det – verken av ledere eller ansatte. Begrunnelsen var gjerne at oppgavene tross alt ble gjennomført, om enn på et senere tidspunkt.

Samtidig ble det også fortalt om tilfeller hvor oppgaver ikke bare ble utsatt, men helt uteglemt eller i praksis ikke lot seg gjennomføre på grunn av lav bemanning – for eksempel det å ta med en bruker ut på en spasertur. Slike utelatelser kunne forstås som resultat av dårlig planlegging eller ressursvikt, snarere enn som faktiske avvik. De ble ikke nødvendigvis sett på som skadelige for pasienten eller som brudd på prosedyrer. Noen ledere og ansatte uttrykte også at det å jobbe med mennesker innebærer et visst behov for fleksibilitet. Alt kan ikke alltid skje «etter boka», og dette er ikke i seg selv ensbetydende med at noe er et avvik. Dette aktualiserer spørsmålet: Når representerer en hendelse et avvik, og når handler det «bare» om utilstrekkelig omsorg eller systemsvikt? Som Lund et al. (2023) identifiserer, kan mangelfull omsorg både overses og bortforklares, noe som igjen kan henge sammen med hvordan forståelser av og kommunikasjon om begreper som «avvik» og «omsorg» formes i organisasjonen. Ulike forståelser av hva som utgjør et avvik, er derfor ikke bare et resultat av formelle regelverk og prosedyrer, men også nært knyttet til språk, kultur og profesjonelle normer. Flere av lederne vi intervjuet, var åpne om at usikkerheten rundt hva som faktisk regnes som et avvik, kunne påvirke hvordan de selv kommuniserte og håndterte slike hendelser – noe de erkjente tidvis kunne oppleves som bagatelliserende eller demotiverende for ansatte.

Dette funnet utfyller våre tidligere studier (Olsen et al., 2023; 2024) som har vist at mellomledere ofte er opptatt av å motivere ansatte til å rapportere avvik når kvaliteten på omsorgen svikter, men uten å problematisere hvordan ulik forståelse av hva som utgjør et avvik, kan påvirke rapporteringspraksisen. Våre funn nyanserer tidligere forskning som peker på frykt for konsekvenser som en barriere for avviksrapportering (Vifladd et al., 2015; Vrbnjak et al., 2016). I vårt materiale handlet denne frykten i mindre grad om redsel for å bli anklaget for feil eller oppfattet som kritisk og vanskelig, og i større grad om lojalitet og hensyn til kolleger. Flere ansatte beskrev dette som en moralsk utfordring, der ønsket om å beskytte en kollega eller ivareta det kollegiale fellesskapet kunne komme i konflikt med plikten til å melde fra om svikt i tjenesten. I slike situasjoner foretrakk noen å gi muntlig beskjed, til tross for at både prosedyrene og lederne forventninger tilsa at avvik skulle rapporteres skriftlig og elektronisk.

5.2.2 FRAMVEKST AV EN OMSTENDELIG RAPPORTERINGS- OG GRANSKNINGSKULTUR?

Vi har tidligere i rapporten vist til avviksprosedyrene slik de er satt opp i det mest utbredte kvalitets- og avvikssystemet i kommunesektoren i Norge (Compilo). Dernest har vi vist til hvordan ansatte rapporterer inn i dette systemet og hvordan ledere håndterer rapportene der. På den ene siden representerer avvikssystemet på mange måter en ny digital kanal for synliggjøring av hendelser som ansatte oppfatter som avvikende fra lov, rutiner og faglig forsvarlighet. Med bakgrunn i systemets store utbredelse i kommunene kan man hevde at det har bidratt til en *institusjonalisering* av forståelser (tenkning) og praksiser (handlinger) knyttet til fenomenet og problemet avvik. En slik ny kanal kan ses som et reelt bidrag for å utvikle kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester i kommunene. Systemet gir også mulighet til å relatere avvikene og avvikhåndteringen til gjeldende prosedyrer og rutiner i en felles plattform.

På den annen side kan og bør det diskuteres hvor godt og hensiktsmessig denne monopolpregede kanalen faktisk fungerer for ansatte og ledere. Det edle formålet om å bidra til økt kvalitet må ses i sammenheng med erfarte utfordringer med systemet og den omfattende tidsbruken

som rapporteringen og håndteringen faktisk innebærer. Det kontroversielle i denne sammenheng er ikke at ansatte nå har fått en kanal for å rapportere avvik. Heller ikke at kommunen som ansvarlig arbeidsgiver, har fått et digitalt redskap for å håndtere avviksrapportene og til å hjelpe dem med å «ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser», slik lovverket pålegger (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, § 6g). Det som derimot kan diskuteres, er hvor omfattende og byråkratisk et slikt system bør være for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitetsformålet. Vi tar dette opp på bakgrunn av rapportens funn om at 1) tjenesteytere oppfatter avvikssystemet Compilo som komplisert og tidkrevende å fylle ut i ellers travle hverdager, og at 2) ledere forteller om et system som genererer en sterk oppmerksomhet på og omfattende tidsbruk knyttet til det å følge opp de innkomne avviksrapportene.

Fortellingene fra mange av de ansatte i tjenesteytende funksjoner var tydelig: Avviksregistrering er for komplisert. Det må bli enklere å rapportere. Tjenesteyternes tid til rapportering konkurrerer med deres pasient- og brukerrettede fokustid, og ledernes håndteringstid konkurrerer med mange andre lederoppgaver. Så vil man kunne hevde at gjennom god opplæring, en innkjøringsfase og hyppig bruk vil ansatte bli så kjent med avvikssystemet at det vil gå raskere å rapportere. Det er trolig riktig. Man skal likevel ikke underkjenne at førstegangs opplæring til alle ansatte kan være ressurskrevende og noe som må gjentas kontinuerlig for alle nyansatte. Noen ansatte i intervjuene rapporterte at dette ble opplevd som mangelfullt. Det er også gjerne slik at dersom ansatte bruker et system sjeldent, vil de kunne oppleve en høy terskel hver gang de skal rapportere, selv etter en førstegangs opplæring. At ledere bruker betydelig tid og oppmerksomhet til oppfølging av avvikene, vil dessuten forsterkes dersom de ansatte rapporterer mer.

En annen ofte oversett utfordring er at digitaliseringen av avviksinstituttet bidrar til at ansatte med lave digitale ferdigheter, rapporterer mindre eller ikke i det hele tatt. Digitaliseringen har trolig ført til et utenforskap blant noen ansatte. De vi intervjuet, trakk fram at noen ansatte sjelden eller aldri rapporterte avvik og at avviksmeldinger bare kunne leveres gjennom det digitale avvikssystemet. Det kan være flere grunner til at noen aldri melder avvik. Noe kan handle om personlighet, og noe kan handle om digitale ferdigheter som ikke er tilstrekkelige for å håndtere et system som oppleves omfattende og komplekst. Konsekvensen av dette kan bli underrapportering og skjevhet i hva som rapporteres. Systemenes rigiditet i oppsett og kategorier som den ansatte må sette seg inn i og rapportere i, har den fordel at det blir enkelt for kommunene å oppsummere og lage statistikker. Ulempene er at det blir komplisert og tidkrevende for den ansatte å registrere. Oppsettet i selve systemet gir dessuten klare føringer for hva som er legitimt å rapportere, og hva som indirekte er illegitimt.

Det var stor usikkerhet blant de vi intervjuet, om utelatt helse- og omsorgshjelp, forstått som «når nødvendige oppgaver og aktiviteter knyttet til helse- og omsorgshjelp blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt» (Kalisch et al. 2009), skal registreres som avvik eller ikke. Den private bedriften Compilo har ifølge vår informasjon i dag nærmest monopol i dette markedet. Selv om bedriften i utformingen selvsagt også har relatert seg til lovverk og forskrifter, har den gjennom systemets utforming stor makt over hva som faktisk blir registrert og hvordan avviksoppfølgingen skal foregå. Dette systemet er utviklet uten at statlige myndigheter ser ut til å ha hatt innflytelse og dialog om innhold og oppsett.

Rapporteringsregimene som vi har synliggjort i denne studien, kobler vi til framveksten av det som er blitt omtalt som «granskningssamfunnet» (Power, 1997), der revisjon har blitt en dominerende mekanisme for kontroll og ansvarlighet i moderne samfunn. Power hevder at revisjonsprosesser kan skape en illusjon av sikkerhet og objektivitet og at de ofte har utilsiktede

konsekvenser som kan bidra til å endre organisasjoners prioriteringer og verdier. Han viser til at revisjonsprosesser ofte medfører økt rapportering, byråkrati og mindre reell tillit, og at organisasjoner blir mer opptatt av å være «reviderbare» enn å faktisk forbedre sin praksis. Framveksten av avviksrapporteringsregimene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan også være et uttrykk for en generell økt vekt på prosedyrerettede sikkerhetstiltak i helsetjenestene både nasjonalt og internasjonalt (Meld. St. 9 (2023–2024); World Health Organization, 2021).

Vi vil understreke at vi på grunnlag av intervjuer med 33 deltakere i fem kommuner ikke kan hevde at våre funn utgjør representative oppfatninger blant tjenesteyterne og lederne i norske kommuner. Vi kan derimot betrakte dem som formidlinger av erfaringer som gir merinnsikt om forhold som kommuner, statlige myndigheter og leverandører bør rette oppmerksomhet mot og lære av i bruken og videreutviklingen av ordningene rundt avviksrapportering og avvikshåndtering.

5.2.3 AVVIKSHÅNDTERING SOM FORBEDRINGSARBEID

Både ledere og ansatte var opptatt av at hensikten med avviksrapportering er å styrke kvaliteten på tjenestene og å forebygge at feil eller skader skjer eller gjentar seg. Samtidig var det delte oppfatninger om hvorvidt rapporteringen faktisk førte til endringer eller forbedringer i praksis. Flere ledere fortalte at de brukte betydelige ressurser på å følge opp og lukke avvik. Dette arbeidet var nøye dokumentert i Compilo, og det var dermed synlig for den som meldte avviket. De understreket også viktigheten av å informere både ansatte, andre ledere og politisk nivå om oppsummert status på innmeldte avvik over tid, for eksempel siste måned, siste halvår etc. Noen trakk fram oppfølgende tiltak som gjennomføring av ROS-analyser, avvik som tema på personalmøter, fagdager, informasjon via e-post, påminnelser om gjeldende prosedyrer, eller delegering til fagutviklere ved behov for revisjon. På den annen side uttrykte flere ansatte vi intervjuet, frustrasjon over at lite faktisk ble endret og tilsynelatende forbedret i arbeidshverdagen.

På bakgrunn av intervjuene i fem kommuner vil vi være forsiktige med å trekke generelle konklusjoner, men i vårt materiale vektlegger lederne at de bruker de mange avviksrapportene i et systematisk lærings- og forbedringsarbeid, mens de ansatte i varierende grad erfarer faktisk forbedring. En annen utfordring synes å være at tiltak oftere ble iverksatt som respons på enkelthendelser enn som ledd i en systematisk utviklingsstrategi. Dette kan i noen grad forklares med karakteren på avvikene som ble omtalt. Eksempler som dårlige dekk på biler, egner seg naturlig nok godt for umiddelbar og konkret oppfølging. Mer komplekse og risikofylte områder – som legemiddelhåndtering – krever en annen type forbedringsarbeid, gjerne med tverrfaglig involvering og refleksjon. Andre avvik, som for få ansatte i forhold til oppgaver, faller også utenfor det som enkelt kan håndteres på avdelingsnivå, særlig dersom løsningene primært oppfattes som avhengige av økte ressurser, og ikke bare organisatoriske eller faglige tiltak.

Dersom forbedringsarbeidet oppfattes som lite synlig, uforpliktende eller uten reell innflytelse på praksis, er det rimelig å anta at dette vil påvirke både ansattes motivasjon for å rapportere og lederes opplevelse av om deres innsats gir ønsket effekt. Det kan bidra til en form for resignasjon eller avstand til systemet, der avviksrapportering reduseres til en formalitet snarere enn et aktivt verktøy for læring og kvalitetsutvikling (Macrae, 2016).

I denne studien har vi ikke samlet inn data om hvorvidt og hvordan enhetene faktisk oppsummerer og aggregerer avviksrapportene til toppledelsen og politikerne. Dette bør undersøkes nærmere, ettersom det er de som i henhold til kommuneloven (2018, § 25-1 bokstav c) har ansvaret for et fungerende system for å «avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik».

Etter vår kjennskap mangler statlige helsemyndigheter fylkesvise og nasjonale oversikter over hva som meldes i kommunene av avvik og uønskede hendelser. Uten en slik oversikt vil oppfølgende statlig politikk på dette området bli vanskeligere. Det er per i dag kun den private bedriften Compilo som gjennom sin tilnærmede monopolsituasjon i kommunesektoren, sitter med en slik oversikt.

5.3 BETRAKTNINGER PÅ TVERS AV SPØRREUNDERSØKELSEN OG INTERVJUENE

Samlet sett viser resultatene i dette forskningsprosjektet at utelatt helse- og omsorgshjelp ikke nødvendigvis blir oppfattet og derfor ofte heller ikke blir meldt gjennom avvikssystemet. Dette innebærer imidlertid ikke at slike utelatelser anses som uproblematisk – verken blant ansatte eller ledere. Tvert imot viser de kvalitative intervjuene at deltakerne uttrykker usikkerhet og utfordringer knyttet til hvordan utelatelser skal forstås og håndteres innenfor rammene av avviksbegrepet.

For eksempel oppleves forsinket helsehjelp sjelden som et brudd på en prosedyre eller avtale. Oppgaven blir gjennomført, bare senere enn planlagt. En oppgave som tannpuss kan bli utelatt uten at det medfører umiddelbar skade for pasienten. Videre rapporterte mange ansatte at det å unnlate å la pasienter eller brukere utføre oppgaver de egentlig mestrer selv, var svært vanlig i hjemmetjenestene, til tross for kunnskap om negative virkninger av dette. Likevel ble det ikke ansett som avvik i en travel arbeidshverdag.

Samtidig beskrives andre hendelser og utelatelser som både ansatte og ledere mener burde vært meldt som avvik – altså som brudd på det de selv oppfatter som god kvalitet i tjenestene. Det kan settes spørsmålsteget ved om ansatte i større grad ville rapportert slike forhold dersom hendelsene ble rammet inn som behov for forbedring. Enkelte ledere antydte dette. Begrepet *forbedringsmelding* framsto for dem som mer konstruktivt og mindre belastende, og å kunne bidra til å redusere følelsen av å «angi en kollega» eller bekymringen for å stigmatisere en pasient eller bruker som vanskelig.

Hvorvidt begrepet forbedringsmelding faktisk vil legge til rette for en mer felles forståelse og lavere terskel for rapportering, er imidlertid usikkert. I det noe skal rapporteres eller beskrives medfører det uansett behov for bedømming eller kategorisering – altså skjønnsutøvelse, om meldingen skal nå riktig adressat og gi grunnlag for en reell forbedring. En reell forbedring ble dessuten ofte forbundet med økt bemanning, noe som i seg selv kunne oppfattes som urealistisk. Noen av lederne var opptatt av at kvalitetsbrist eller utelatte oppgaver kunne ha vært unngått med bedre planlegging og mer fleksibilitet i arbeidsprosessene. Dette er muligens en parallell til resultatet fra spørreundersøkelsen som viser at ansatte som gikk langvakter i gjennomsnitt rapporterte mindre utelatte oppgaver enn de som gikk ordinære vakter.

Et annet viktig aspekt er hvordan man bør tolke antallet rapporterte utelatelser. Et høyt antall kan indikere lav kvalitet i tjenesteytingen. Det kan også reflektere høy bevissthet om svikt, noe som er en forutsetning for kontinuerlig forbedringsarbeid. Resultatene fra de bivariate analysene i spørreundersøkelsen viser dessuten at rapportering av utelatte oppgaver kan ha sammenheng med utdanningsnivå, mens når det gjelder avviksrapportering, var det ansettelsesforhold som spilte en større rolle: Lederne påpekte at fast ansatte meldte avvik oftere enn vikarer.

5.4 METODEBETRAKTNINGER

Avslutningsvis vil vi diskutere noen relevante metodiske overveielser knyttet til de kvantitative og kvalitative delene av studien.

Spørreundersøkelsen er basert på data fra ansatte i hjemmetjenester som er lokalisert i 17 kommuner, spredt over hele landet. Disse kommunene representerer demografisk variasjon i henhold til sentralitet og befolkningsstørrelse. På den andre siden takket totalt 25 av de forespurte kommunene nei til deltakelse, og i tillegg fikk spørreundersøkelsen lav svarprosent (22 %). Vi har ingen opplysninger om ansatte som ikke svarte på undersøkelsen, og vi har derfor ikke utført analyser som sammenlikner disse med de som deltok. Vi har heller ikke sammenliknet karakteristika ved deltakerkommunene og de som takket nei til deltakelse. Samlet sett er dette forhold som øker risikoen for utvalgsskjevhet, og som bidrar til at resultatene ikke kan anses som representative for andre hjemmetjenester og kommuner.

Instrumentet BERNCA er ikke tidligere brukt for å måle utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmetjenesten. Vi har gjennomført en grundig og systematisk prosedyre i arbeidet med å tilpasse BERNCA-NH til BERNCA-HC, og en styrke ved studien er at vi har pretestet det tilpassede instrumentet blant ansatte og faglige ressurspersoner i tjenestene. Instrumentets innholdsvaliditet kan derfor anses som å være god. En svakhet er at vi ikke har utført andre validitetsanalyser av BERNCA-HC, som kriterie- og begrepsvaliditet. Vi har derfor valgt å ikke bruke de fire subskalaene som inngår i BERNCA-NH: rutinemessig pleie, pleie ved behov, psykososial omsorg og dokumentasjon (Norman & Sjetne, 2019). Bruk av de fire subskalaene i bivariate analyser og regresjonsanalysen kunne gitt oss mer detaljert informasjon om sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur, karakteristika ved ansatte og kommunene. BERNCA-HC bør derfor valideres, og de nevnte sammenhengene bør testes i framtidige studier.

Vi har brukt regresjonsanalyse for å undersøke sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp, pasientsikkerhetskultur og karakteristika ved ansatte. I analysen har vi kontrollert for variabler som kan påvirke både utfalls- og forklaringsvariabler, noe som styrker resultatene. På den andre siden hadde flere av spørsmålene i BERNCA-HC manglede data (missing) på grunn av bruk av ikke gyldige svaralternativer (se avsnitt 2.1.2 for nærmere beskrivelse). Utvalget ble derfor redusert fra 250 til 168 i denne analysen, samt i de bivariate analysene der instrumentet inngår. Dette anses som et lite utvalg, noe som medfører at resultatene må fortolkes med forsiktighet.

Et annet forhold som kan innvirke på bruk av BERNCA i hjemmetjenesten, er at helsepersonellens oppgaver styres av hvilke tiltak pasienter og brukere har vedtak på. Følgelig kan flere av oppgavene som er inkludert i instrumentet oppfattes som mindre relevante, noe som kan bidra til at flere velger de ikkevalide svaralternativer («Tiltaket var ikke nødvendig» eller «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver»).

Hensikten med den kvalitative delen av studien var å undersøke forståelser av rapportering og håndtering av avvik i sykehjem og hjemmetjenester. Data ble samlet inn gjennom individuelle intervjuer med førstelinjeledere og fokusgruppeintervjuer med ansatte. I et slikt design, der det empiriske datamaterialet består av både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer, vil det være både styrker og svakheter. Gjennom individuelle intervjuer gis lederne god anledning til å dele egne og lokale erfaringer. Dette er vanskeligere å få til i gruppeintervjuer med opptil seks deltakere. I fokusgruppene kan deltakerne i større grad speile og diskutere egne erfaringer med hverandre. På den måten skapes det mulighet både for å utdype og utvide det som blir diskutert.

I dette ligger samtidig også én av utfordringene ved å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, nemlig at gruppedynamikken kan føre til konformitet, utelatelse av informasjon og/eller polarisering (Bergen & Labonté, 2020; Bryman, 2016). Der individuelle samtaler inviterer til åpenhet og systemkritisk refleksjon, kan dette være vanskeligere å få fram i ei gruppe med deltakere fra et arbeidsfellesskap eller en kollegial kontekst. Vårt inntrykk var likevel at deltakerne både delte systemkritikk og var åpne om egne erfaringer med håndtering rapportering av avvik, noe vi mener også kommer fram av de gjengitte intervjuutdragene i kapittel 4.

De aller fleste intervjuene foregikk digitalt, mens tre intervjuer (to individuelle og ett i fokusgruppe) ble gjennomført fysisk. Også denne variasjonen har med stor sannsynlighet hatt innvirkning på datainnsamlingen. For noen vil det kjennes enklere å dele erfaringer i digitale rom framfor fysisk tilstedeværelse. Andre kan ha en motsatt opplevelse. Vårt inntrykk fra intervjuene, både de digitale og de fysiske, var imidlertid at lederne og de ansatte snakket åpent om de erfaringene og refleksjonene de hadde. Den digitale formen var dessuten fleksibel og lite ressurskrevende, og det gjorde at det var den som ble foretrukket i de fleste intervjuene.

Studiens pålitelighet og troverdighet er forsøkt sikret gjennom hele prosessen, fra design og innhenting av data, til tolkning og rapportering (Morse et al., 2002). Informasjonsstyrken (Malterud et al., 2016) vurderes som høy i studien. Rekrutteringen av deltakere var formålstjenlig, og utvalget av ledere reflekterte variasjon, men også konsentrert erfaring med fenomenet. Studiens hensikt var avgrenset, spørsmålene i intervjuguidene var basert på foreliggende kunnskap, og kvaliteten på dialogen i intervjuene ble vurdert som god. Selv om resultatene ikke er generaliserbare, er overførbarheten etter vårt syn sikret med opplysninger om deltakerne, konteksten og en transparent framstilling av den gjennomførte forskningsmetoden.



6. KONKLUSJON

Resultatene viser at utelatt helse- og omsorgshjelp i hjemmebaserte tjenester i særlig grad relaterer seg til å gjøre tiltak som brukeren egentlig kan gjøre selv, oppdatere eller utarbeide tiltaksplaner og tilrettelegge for at bruker opplever fellesskap og mestring i hverdagen. Dette er prioriteringer som ikke samsvarer med gjeldende lovverk, eller myndighetenes føringer rettet mot systematiske intervensjoner som fremmer mestring, selvstendighet og deltakelse. Ansatte i hjemmetjenesten rapporterte varierende opplevelser av pasientsikkerhetskultur, og en høyere skår på utelatt helse- og omsorgshjelp (oftere utelatte oppgaver) var assosiert med lavere skår på sikkerhetsklimateklima (mer negativ opplevelse av sikkerhetsklimateklima).

Intervjuene med ledere og ansatte viser uklarhet og usikkerhet i forståelsen av avvik i sykehjem og hjemmetjenester, særlig knyttet til hvorvidt utelatt helse- og omsorgshjelp skal rapporteres som avvik eller ikke. Dette resulterte i ulik praksis om hva og hvor mye som ble registrert. Flere barrierer for avviksrapportering ble avdekket, blant annet opplevelsen av at reell forbedring og læring ofte ikke ble synlig, til tross for at det digitale avvikssystemet har profesjonalisert rapporteringen. Den omfattende rapporteringen fra ansatte, med tidkrevende håndtering og oppfølging fra lederne, kan ses som uttrykk for en styrket meldings- og granskningskultur som krever betydelige administrative tidsressurser i travle hverdager. Til tross for omfattende kommunal avviksrapportering mangler statlige helsemyndigheter både fylkesvise og nasjonale oversikter over hva og hvor mye som meldes i kommunene. Slike oversikter kan utgjøre en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for nasjonal og regional politikk på dette området.

REFERANSER

- Andersson, I., Bååth, C., Nilsson, J. & Eklund, A. J. (2022a). A scoping review – Missed nursing care in community healthcare contexts and how it is measured. *Nursing Open*, 9(4), 1943–1966. <https://doi.org/10.1002/nop2.945>
- Andersson, I., Eklund, A. J., Nilsson, J., & Bååth, C. (2022b). Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden: A cross sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00874-6>
- Andersson, I., Bååth, C., Nilsson, J. & Eklund, A. J. (2023). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care for Nursing Homes and Home Care, a Swedish version. *Nursing Open*, 10(7), 4504–4514. <https://doi.org/10.1002/nop2.1692>
- Andfossen, N. B., Devik, S. A., Obstfelder, A. & Olsen, R. M. (2021). *Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: Oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt: En hurtigoversikt av forskningslitteratur* (Oppsummering nr. 26). Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2827806>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet (u.å.). *Arbeidstakers plikter*. <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/arbeidstakers-plikter>
- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). «Everything is perfect, and we have no problems»: Detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783–792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S. & Deilkås, E. C. T. (2019). The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: Psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5. utg.). Oxford university press.
- Burrell, L. V., Rostad, H. M., Wentzel-Larsen, T., Skinner, M. S. & Sogstad, M. K. R. (2023). The influence of individual and municipality characteristics on allocation of long-term care services: A register-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 801. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09641-y>
- Compilo (2025). *Compilo: Få oversikt. Ta kontroll: Kvalitetssystem for organisasjoner som vil se de store linjene*. <https://beta.compilo.no/?>
- Deilkås, E. T. & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*, 8, 191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-191>

- Endringslov til helsetilsynsloven. (2025). *Lov om endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)* (LOV-2025-06-20-74). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2025-06-20-74>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Førland, O. (2024, 6. mai). Hvorfor er det få ledere på sykehjemmene? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/zALVEb/hvorfor-er-det-faa-ledere-paa-sykehjemmene>
- Førland, O., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Moholt, J.-M. & Olsen, R. M. (2023, 13. februar). Eldreomsorg: Vi vet bedre, så hvorfor lar vi det skje? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/JOBVJJ/eldreomsorg-vi-vet-bedre-saa-hvorfor-lar-vi-det-skje>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Griffiths, P., Dall'Orta, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., Schoonhoven, L., Tishelman, C. & Aiken, L. H. (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety. *Medical Care*, 52(11), 975–981. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000233>
- Hamed, M. M. M. & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to incident reporting among nurses: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Hartviksen, T. A., Jakobsen, M. D. & Andfossen, N. B. (2023). *Trygg i eget hjem? – fra et tjenesteperspektiv: En kunnskapsoppsummering om hvilke forhold som ifølge helsepersonell er viktige for å sikre trygge kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester* (Oppsummering nr. 36). Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/3088581>
- Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2024). *Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uønskede-hendelser>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Helsetilsynet (2024). Varsel om svært alvorlig hendelse i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/oversikt>
- Helsetilsynsloven (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107>
- Ingstad, K. & Amble, N. (2015). En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 152–157. <https://doi.org/10.1177/0107408315584705>
- Ingstad, K. & Haugan, G. (2024). Balancing act: Exploring work-life balance among nursing home staff working long shifts. *BMC nursing*, 23(1), 499. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02165-8>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-22-83>
- Kuven, B. M., Drageset, J., & Haugan, G. (2023). Quality of life and nurse–patient interaction among NH residents: Loneliness is detrimental, while nurse–patient interaction is fundamental. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6384–6393.
- Lund, S. B., Skolbekken, J. A., Mosqueda, L. & Malmedal, W. (2023). Making neglect invisible: A qualitative study among nursing home staff in Norway. *Healthcare (Basel)*, 11(10). <https://doi.org/10.3390/healthcare11101415>
- Macrae, C. (2016). The problem with incident reporting. *BMJ Quality & Safety*, 25(2), 71. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732>
- Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring: Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417>
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>

- Mulac, A., Elvik, S. & Flesland, Ø. (2024). Lack of clarity about 'patient safety incidents'. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 144(5). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0053>
- Norman, R. A. (2019). *Measuring nursing practice in Norwegian nursing homes: Identification, modifications and evaluation of instruments*. [Doktoravhandling]. Universitetet i Oslo
- Norman, R. M. & Sjetne, I. S. (2019). Adaptation, modification, and psychometric assessment of a Norwegian version of the Basel extent of rationing of nursing care for nursing homes instrument (BERNCA-NH). *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4817-3>
- Olesen, A. E., Juhl, M. H., Deilkås, E. T. & Kristensen, S. (2024). Review: Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in primary care – a systematic synthesis on validity, descriptive and comparative results, and variance across organisational units. *BMC Primary Care*, 25(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02273-z>
- Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O. & Moholt, J.-M. (2024). *Ledelse, pasientsikkerhetskultur og utelatt helse- og omsorgshjelp i sykehjem*. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nr. 1/2024. <https://hdl.handle.net/11250/3128354>
- Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O. & Moholt, J.-M. (2023). *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nr. 1/2023. <https://hdl.handle.net/11250/3049970>
- Olsen, R.M. & Bjerkan, J. (2017). Patient safety culture in Norwegian home health nursing: A cross-sectional study of healthcare provider's perceptions of the teamwork and safety climates. *Safety in Health*, 3, 15. <https://doi.org/10.1186/s40886-017-0066-5>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford University Press.
- Prang, I. W. & Jelsness-Jørgensen, L. P. (2014). Should I report? A qualitative study of barriers to incident reporting among nurses working in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 35(6), 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.07.003>
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Strandås, M. (2019). *Sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis: En etnografisk studie om sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie i en tid av New Public Management* [Doktoravhandling]. Nord universitet. <https://hdl.handle.net/11250/3093157>
- Sworn, K. & Booth, A. (2020). A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1805–1829. <https://doi.org/10.1111/jonm.12969>

- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Ulvund, I., Rokstad, A.-M. M. & Vatne, S. (2016). Varsling av avvik en vanskelig balansekunst. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
- Vaismoradi, M., Vizcaya-Moreno, F., Jordan, S., Kymre, I. G. & Kangasniemi, M. (2020). Disclosing and reporting practice errors by nurses in residential long-term care settings: A systematic review. *Sustainability*, 12(7), 2630. <https://doi.org/10.3390/sui2072630>
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- Vifladd, A., Simonsen, B., Lydersen, S. & Farup, P. (2015). The culture of incident reporting and feedback: A cross-sectional study in a hospital setting. *Open Journal of Nursing*, 5, 1042–1052. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.51111>
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O'Gorman, C. & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34co-089c-4f5d-aob1-5d9c35a3cd67/content>
- Zúñiga, F., Schubert, M., Hamers, J. P., Simon, M., Schwendimann, R., Engberg, S. & Ausserhofer, D. (2016). Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1948–1963. <https://doi.org/10.1111/jan.12975>

VEDLEGG 1: VARIABLER I BERNCA-NH

Referanse: Norman, R. M. (2019). Measuring nursing practice in Norwegian nursing homes: identification, modifications and evaluation of instruments. Doktoravhandling, UiO.

Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes (BERNCA-NH)

Spørsmålene nedenfor handler om nødvendige og vanlige pleietiltak. På grunn av MANGEL PÅ TID eller FOR MYE Å GJØRE, kan det hende at slike tiltak ikke blir utført, eller at de ikke blir utført riktig. Hvor ofte i løpet av de siste 7 vaktene dine har det skjedd at ...

[Svaralternativ] aldri – sjelden – noen ganger – ofte – tiltaket var ikke nødvendig – hører ikke til mine arbeidsoppgaver

1. ... du ikke kunne utføre full eller delvis kroppsvask eller hudpleie for pasient (-er)?
2. ... du ikke kunne utføre munn- eller tannstell for pasient(-er)?
3. ... du ikke kunne gi passende hjelp til pasient(-er) som ikke kan spise eller drikke selv?
4. ... du ikke kunne mobilisere eller sørge for endring i ligge/sittestilling til pasient(-er) som ikke klarer det selv?
5. ... du måtte la pasient(-er) ligge/sitte i sin urin/avføring i mer enn 30 minutter?
6. ... du ikke kunne tilby emosjonell støtte til pasient(-er) f.eks. ved usikkerhet og angst, følelse av avhengighet?
7. ... du ikke kunne ha en samtale med pasient(-er) eller dennes pårørende?
8. ... du ikke kunne følge pasient(-er) på toalettet ved behov, slik at hun/han måtte late vannet i bleie?
9. ... du gjorde ting for pasient(-er) som hun/han egentlig kunne klare selv (f.eks. gåtøying, kle på seg eller vaske seg selv)?
10. ... du ikke kunne observere pasient(-er) så ofte som du mener er nødvendig (f.eks. vandrer omkring, eller ligger for døden)?
11. ... du ikke kunne ha nok tilsyn med forvirrete eller kognitivt svekkete pasient(-er) og at det derfor ble satt inn tvangstiltak eller gitt beroligende medikamenter?
12. ... du måtte la pasient(-er) vente mer enn fem minutter etter at hun/han har ringt etter hjelp?
13. ... du ikke hadde nok tid til å lese tiltaksplan(-er) for å oppdatere deg om pasientenes situasjon i begynnelsen av vaktene?

14. ... du ikke kunne oppdatere eller utarbeide tiltaksplan(-er)?
15. ... du ikke kunne dokumentere tilstrekkelig den pleien som pasient(-er) har fått?
16. ... du ikke kunne gjennomføre en aktivitet med pasient(-er) som hun/han selv ønsker (f.eks. spasertur, følge til butikken)?
17. ... du ikke kunne bidra til at pasient(-er) opplever fellesskap og mening i hverdagen?
18. ... du ikke kunne sørge for at pasient(-er) får mat når de er sultne utenom faste måltider?
19. ... du ikke kunne gi et foreskrevet medikament til riktig tidspunkt?
20. ... du ikke kunne gjennomføre nødvendig sårstell for pasient(-er)?

VEDLEGG 2: OVERSIKT BERNCA-NH OG BERNCA-HC

	BERNCA-NH	BERNCA-HC
1	... du ikke kunne utføre full eller delvis kroppsvask eller hudpleie for pasient (-er)?	... du ikke kunne gi bistand til full eller delvis kroppsvask eller hudpleie?
2	... du ikke kunne utføre munn- eller tannstell for pasient(-er)?	... du ikke kunne gi bistand til munn- eller tannstell?
3	... du ikke kunne gi passende hjelp til pasient(-er) som ikke kan spise eller drikke selv?	... du ikke kunne gi bistand til å spise og drikke?
4	... du ikke kunne sørge for at pasient(-er) får mat når de er sultne utenom faste måltider?	... du ikke kunne sørge for at pasient /bruker fikk mat når vedkommende var sulten?
5	... du ikke kunne mobilisere eller sørge for endring i ligge/sittestilling til pasient(-er) som ikke klarer det selv?	... du ikke kunne gi bistand til mobilisering eller endring i ligge-/sittestilling?
6	... du måtte la pasient(-er) ligge/sitte i sin urin/avføring i mer enn 30 minutter?	... du måtte forlate pasient /bruker slik at vedkommende ble liggende /sittende i sin urin/avføring?
7	... du ikke kunne tilby emosjonell støtte til pasient(-er) f.eks. ved usikkerhet og angst, følelse av avhengighet?	... du ikke kunne tilby emosjonell støtte, f.eks. ved usikkerhet og angst?
8	... du ikke kunne ha en samtale med pasient(-er) eller dennes pårørende?	... du ikke kunne ha en samtale med pasient /bruker eller pårørende?
9	... du ikke kunne følge pasient(-er) på toalettet ved behov, slik at hun/han måtte late vannet i bleie?	... du ikke kunne bistå pasient /bruker slik at vedkommende kunne rekke fram til toalettet i tide?
10	... du gjorde ting for pasient(-er) som hun/han egentlig kunne klare selv (f.eks. gåtøying, kle på seg eller vaske seg selv)?	... du gjorde tiltak som vedkommende egentlig kunne klare selv (f.eks. kle på seg, vaske seg selv eller smøre brød)?
11	... du ikke kunne observere pasient(-er) så ofte som du mener er nødvendig (f.eks. vandrer omkring, eller ligger for døden)?	... du ikke kunne gjennomføre observasjoner så ofte som du mener er nødvendig (f.eks. kliniske observasjoner og effekt av legemidler)?
12	... du ikke kunne ha nok tilsyn med forvirrede eller kognitivt svekkete pasient(-er) og at det derfor ble satt inn tvangstiltak eller gitt beroligende medikamenter?	... du ikke kunne ha tilstrekkelig tilsyn med pasient /bruker som er forvirret eller kognitivt svekket?
13	... du måtte la pasient(-er) vente mer enn fem minutter etter at hun/han har ringt etter hjelp?	... du måtte la pasient /bruker vente for lenge på bistand etter at vedkommende har aktivert trygghetsalarm eller ringt etter hjelp?
14	... du ikke hadde nok tid til å lese tiltaksplan(-er) for å oppdatere deg om pasientenes situasjon i begynnelsen av vekten?	... du ikke hadde nok tid til å lese tiltaksplan for å oppdatere deg før du kom til pasient /bruker?
15	... du ikke kunne oppdatere eller utarbeide tiltaksplan(-er)?	... du ikke kunne oppdatere eller utarbeide tiltaksplan?
16	... du ikke kunne dokumentere tilstrekkelig den pleien som pasient(-er) har fått?	... du ikke kunne dokumentere observasjoner og tiltak tilstrekkelig?
17 ^a	... du ikke kunne gjennomføre en aktivitet med pasient(-er) som hun/han selv ønsker (f.eks. spa-sertur, følge til butikken)?	... du ikke kunne bistå med å ta på kompresjonsstrømpe(r) til riktig tidspunkt?
18	... du ikke kunne bidra til at pasient(-er) opplever fellesskap og mening i hverdagen?	... du ikke kunne tilrettelegge for at pasient /bruker opplever fellesskap og mening i hverdagen?
19	... du ikke kunne gi et foreskrevet medikament til riktig tidspunkt?	... du ikke kunne gi et foreskrevet medikament til riktig tidspunkt?
20	... du ikke kunne gjennomføre nødvendig sårstell for pasient(-er)?	... du ikke kunne gjennomføre nødvendig sårstell?

^a Variabel nr. 17 i BERNCA-NH var ikke relevant for hjemmetjenesten og ble erstattet med ny variabel i BERNCA-HC

VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU

Individuelle intervju med ledere i sykehjem og hjemmetjenester

(Åpningsspørsmål for å sette dagsorden og gi alle mulighet for å komme på banen)

Om du tenker på en vanlig arbeidsdag, kan du beskrive hvilke oppgaver du gjør knyttet til håndtering av avvik?

Etter din erfaring, hvilke situasjoner/forhold rapporteres som avvik i din avdeling/enhet? Stikkord: Noe som rapporteres oftere eller sjeldnere enn andre? Hvordan skaffer du deg oversikt over dette?

Oppfatter du at det som registreres som avvik er relevant og rimelig?

Tenker du at det er andre forhold enn det som registreres, som burde vært registrert som avvik?

Hva vil du si kan være årsaker til at situasjoner/forhold som burde vært registrert som avvik evt. ikke blir registrert?

Hva skjer når et avvik er registrert/rapportert? Beskriv gjerne med utgangspunkt i et konkret avvik som du har håndtert.

Stikkord: Analyse, oppfølging/tiltak, samtale med den enkelte, ta opp på møter, rapportere videre, lukke avvik.

Kan du si litt om hvordan avvik bidrar til læring i din enhet/avdeling?

Hvilke skriftliggjorte rutiner for registrering/rapportering og håndtering av avvik har dere i din enhet/avdeling?

Stikkord: Hvilke? Hvor er de tilgjengelige?

Opplever du at du har tilstrekkelig tid/rom for å følge opp rapporterte avvik?

Samarbeider du med andre ledere når det gjelder håndtering av avvik?

VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU

Intervju med helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester

(Åpningsspørsmål for å sette dagsorden og gi alle mulighet for å komme på banen)

Dersom jeg sier «avviksrapportering», hva er det første som faller inn i tankene deres da? Vi tar en runde rundt bordet ...

Kan dere gi eksempler på hendelser/situasjoner det er vanlig å registrere som avvik hos dere?

(Gi gjerne konkret eksempel på avvik dere har registrert)

I et tidligere prosjekt har vi sett på fenomenet 'utelatt helse- og omsorgshjelp' – som kan være at omsorgsoppgaver som f.eks. kroppsvask, munn- og tannstell, utdeling av medi-siner og sosiale aktiviteter utelates eller settes på vent på grunn av mangel på tid. Opplever dere at slike utelatte oppgaver kan bli registrert som avvik? (hvorfor/hvorfor ikke?)

Kan dere gi eksempler på hendelser/situasjoner som bør registreres som avvik? (men som pr. i dag ikke prioriteres)

Kan dere beskrive hvordan dere går frem, rent teknisk/praktisk, når dere registrerer avvik?

Stikkord: *hvor registreres* (elektronisk pasientjournal, kvalitets-internkontrollsystem, pa-pirbasert), *når registreres* (i løpet av eller etter endt vakt, eller senere/annen dag?), *hvem registrerer* (den som har opplevd avviket eller noen andre som rapporterer på vegne av?), *hvordan registreres* (fritekst eller strukturert skjema).

Hva skjer i etterkant av at avviket er registrert?

Stikkord: oppfølging fra leder, samtale med den enkelte, tas opp på møter

Opplever dere at måten avvik registreres og håndteres på hos dere er hensiktsmessig? Stikkord:

Hvorfor – hvorfor ikke? Hvordan kunne det evt. vært gjort annerledes?

Opplever dere at avviksrapportering bidrar til læring hos dere?

Stikkord: Hvordan, hvorfor – hvorfor ikke?

Hva er, utfra deres erfaring eller oppfatning, årsaker til at situasjoner/forhold evt. ikke registreres som avvik?

Stikkord: Barrierer for avviksregistrering



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no