

***Organisatorisk læring og
pasientsikkerhetskultur i og på
tvers av primær- og
spesialisthelsetjenesten***

Masteroppgave i helsevitenskap



Universitetet
i Stavanger

*Randi Nisja Heskestad
Institutt for helsefag, mai 2014*

Veileder: Professor Karina Aase

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Randi Nisja Heskestad

VEILEDER: Professor Karina Aase

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE

Norsk tittel: *Organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten*

Engelsk tittel: *Organizational learning and patient safety culture in and across primary and specialist health care services*

EMNEORD/STIKKORD: organisatorisk læring, pasientsikkerhetskultur, interorganisatorisk kunnskapsoverføring, kunnskapsutvikling, primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste

ANTALL SIDER: 89

STAVANGER, 27. mai 2014

Forord

To år med masterstudier i helsevitenskap nærmer seg slutten, og jeg sitter igjen med verdifull innsikt i et bredt spekter av begreper, teorier og tenkemåter. En av styrkene ved studiets oppbygning er hvordan man har klart å plassere kompleks teori inn i en meningsfull sammenheng. Dette har gjort kunnskapen til anvendelige verktøy som jeg allerede har hatt nytte av, og som jeg vet vil bli viktige også i min videre yrkespraksis.

Jeg vil først og fremst takke min veileder professor Karina Aase for solid og oppmuntrende veiledning gjennom hele den omfattende og spennende prosessen som gjennomføringen av denne masteroppgaven har vært. Videre fortjener alle ansatte ved programområdet for Kvalitet og sikkerhet i helsesystemer en stor takk. Det har vært en glede å få ta del i et team med faglig dyktige og oppriktig engasjerte forskere, som raust har delt av sin kunnskap og inkludert meg i forskningsprosjektet på en helt unik måte. Jeg vil også takke medstudenter og lærere som har bidratt med tilbakemeldinger og deltatt i gode diskusjoner, og ikke minst alle respondenter og deltakere som har gjort det mulig å skrive denne masteroppgaven.

Videre vil jeg takke mine to barn, Linas og Ellinor, for deres tålmodighet og godhet i en periode med en litt utilgjengelig mamma. Min mann, Andreas, fortjener også en stor takk for innspill, råd og støtte.

Jeg har vært så heldig å være tilknyttet et forskningsteam som har vist at de aktivt bidrar til å bygge broer mellom forskning og praksis. Mitt ønske er derfor at kunnskapen som kommer frem i denne masteroppgaven skal kunne komme til nytte for aktører i helsevesenet, i det viktige arbeidet med å legge til rette for organisatorisk læring og styrking av pasientsikkerhetskultur i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Innhold

Forord.....	3
1.0 Sammendrag.....	6
2.0 Innledning.....	8
2.1 Studiens bakgrunn og relevans	8
2.2 Tidligere forskning på området.....	9
2.3 Studiens hensikt og formål	12
2.4 Problemstilling, forskningsspørsmål og hypoteser	12
2.5 Begrepsavklaring	13
2.6 Oppgavens struktur	14
3.0 Teoretiske perspektiver	15
3.1 Pasientsikkerhetskultur	15
3.2 Organisatorisk læring.....	17
3.3 Sammenheng mellom organisatorisk læring og kunnskapsoverføring/-utvikling	19
3.4 Interorganisatorisk kunnskapsoverføring	20
3.5 Kunnskapsutvikling	22
4.0 Kontekst	25
4.1 Forskningsprosjektet <i>Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre</i>	25
4.2 Datamaterialet i masteroppgaven.....	26
5.0 Metode og metodiske overveielser.....	28
5.1 Litteratursøk.....	28
5.2 Design og metode	28
5.3 Utvalg.....	30
5.4 Innsamling av data	31
5.5 Analyse	35
5.6 Validitet og reliabilitet	37
5.7 Forskningsetiske vurderinger.....	38
6.0 Organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur (del 1)	39
6.1 Nettoutvalgets bakgrunn	39
6.2 Dimensjonenes indre konsistens	41
6.3 Svarfordeling for sykehusansatte.....	42
6.4 Svarfordeling for sykehjemsansatte.....	44
6.5 Sammenligning av resultater fra sykehus og sykehjem.....	45

6.6 Korrelasjonsanalysene	46
7.0 Læringsarenaen Møteplassen (del 2)	50
7.1 Beskrivelse av Møteplassen.....	50
7.2 Overordnede deler av Møteplassen.....	52
7.3 Oppsummering.....	63
8.0 Diskusjon	64
8.1 Sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur	64
8.2 Kunnskapsutvikling og interorganisatorisk kunnskapsoverføring på <i>Møteplassen</i> ...	68
9.0 Konklusjon	74
10.0 Referanser	75
VEDLEGG I: Forespørsel spørreskjemaundersøkelse (sykehjem).....	81
VEDLEGG II: Forespørsel spørreskjemaundersøkelse (sykehus)	82
VEDLEGG III: Informasjonsskriv til deltakere på <i>Møteplassen</i>	83
VEDLEGG IV: Observasjonsverktøy for <i>Møteplassen</i> - samlinger i januar.....	84
VEDLEGG V: Godkjenning fra REK.....	89

1.0 Sammendrag

Hensikten med denne masteroppgaven er å fremskaffe kunnskap om organisatorisk læring relatert til pasientsikkerhet, og studien er gjennomført blant helsepersonell ansatt i primær- og spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for å utføre studien er nasjonale føringer som stiller stadig høyere krav til samhandling, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis i norske helsetjenester generelt, og på tvers av behandlingsnivåer spesielt. Studien relaterer seg til overføringer av eldre pasienter mellom behandlingsnivåer, hvilket er et svært aktuelt tema med tanke på Samhandlingsreformen og den kraftige økningen av eldre som forventes i Norge de neste tiårene.

Følgende problemstilling undersøkes: *Er det en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i sykehjems- og sykehusenheter (del 1), og hvordan legger en spesifikk læringsarena til rette for organisatorisk læring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten?(del 2)*

Masteroppgaven er en empirisk studie med et deskriptivt multifase mixed methods design. En kvantitativ delstudie har ved bruk av spørreskjemaundersøkelse kartlagt sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehjems- og sykehusenheter (del 1). En kvalitativ delstudie har ved bruk av observasjon kartlagt hvordan en spesifikk læringsarena (*Møteplassen*) på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten legger til rette for organisatorisk læring (del 2). Kvantitative data er analysert ved hjelp av SPSS og korrelasjonsanalyser, mens kvalitative data er analysert med utgangspunkt i teori innen kunnskapsutvikling og interorganisatorisk kunnskapsoverføring.

Analysene av kvantitative data i delstudie 1 viser signifikante positive korrelasjoner av moderat styrke mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i utvalget av sykehjems- og sykehusavdelinger. Dette danner et rasjonale for å undersøke hvordan det kan tilrettelegges for organisatorisk læring i lys av forbedret pasientsikkerhetskultur.

Møteplassen hadde som hensikt å gi ansatte som er involvert i overføringer av eldre mellom primær- og spesialisthelsetjenesten en arena å treffes på for å diskutere faglige

problemstillinger knyttet til kvalitet og sikkerhet i overføringer. Elementene i Møteplassen kan samles i tre overordnede deler: *Ubundet tid*, *Formidling* og *Dialog*. Delene utgjør sammen med det teoretiske rammeverket utgangspunktet for analysen av data i delstudie 2. Analysene viser at læringsarenaen Møteplassen legger til rette for fire former for kunnskapsutvikling på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste: sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering. Samtidig tilrettelegger Møteplassen for avgjørende faktorer for interorganisatorisk kunnskapsoverføring, knyttet til interorganisatorisk dynamikk og trekk ved partene. Analyse av deltakerevalueringer støtter opp om disse funnene. På grunnlag av dette konkluderer delstudie 2 med at Møteplassen er en virkningsfull arena for å forbedre kunnskapsutvikling og interorganisatorisk kunnskapsoverføring relatert til pasientsikkerhet ved overføringer av eldre mellom behandlingsnivåer. En slik læringsarena vil dermed være et positivt bidrag til pasientsikkerhetskulturen i de deltakende enhetene.

Videre har studien avdekket at det er behov for mer forskning, og da særlig studier som kartlegger hvorvidt og hvordan internalisering av kunnskap skjer hos den enkelte og i organisasjoner, og hvordan det tilrettelegges for denne formen for kunnskapsutvikling. Studien peker også på at det vil være av interesse å studere hvordan den kunnskapen som utvikles og overføres i arenaer som Møteplassen bibeholdes over tid, samt se på andre varianter av slike arenaer, med fokus på organisering som lar seg kombinere med helsevesenets ressursknapphet.

Studien indikerer at det både fra et samfunnsperspektiv og fra et pasientperspektiv er interessant å se nærmere på hvilken plass man kan gi læringsarenaer som Møteplassen i det norske helsevesenet, for å fremme organisatorisk læring i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, og dermed legge til rette for en styrket pasientsikkerhetskultur.

2.0 Innledning

Tema for masteroppgaven er *organisatorisk læring i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, relatert til pasientsikkerhetskultur*. Studien gjennomføres i en kontekst der overføring av eldre pasienter mellom behandlingsnivå står sentralt, og pasientsikkerhet knyttes derfor primært til slike overføringer. Dette kapittelet vil gjøre rede for hvorfor temaet er viktig å studere, og vil videre gi en kort introduksjon til tidligere forskning med relevans for studien. Deretter presenteres studiens hensikt, samt problemstilling, forskningsspørsmål og sentrale begreper, før oppgavens struktur avslutningsvis skisseres.

2.1 Studiens bakgrunn og relevans

Nasjonale føringer har de siste årene lagt grunnlaget for en ny organisering av norske helse- og omsorgstjenester, blant annet på bakgrunn av at vi frem mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 24). Meld. St. 47 - *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15) fremholder kommunenes utvidede ansvar for at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. Dette vil bety at kravene til oppdatert kunnskap hos helsepersonell i kommunehelsetjenesten er større enn noen gang, samtidig som det blir viktig med et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette understrekes i den nasjonale strategien ... *og bedre skal det bli!* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 21), der det slås fast at faglige avveininger og beslutninger må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Den samme veilederen vektlegger god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet, samt at tjenestene skal være trygge og sikre (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 22-24).

Meld. St. 10 – *God kvalitet – trygge tjenester* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 63) vektlegger at kvalitetsutvikling i kommunesektoren best kan ivaretas gjennom systematisk samarbeid og dialog mellom stat og kommune. Dette konkretiseres idet det holdes frem at systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet handler om kontinuerlig identifisering av forbedringsområder, iverksetting av tiltak og sikring av at tiltakene har effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 80). Regjeringens målsetning er at kvalitetsarbeidet i større grad skal integreres i ordinær virksomhet, og

at det skal utvikles kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetansen hos ledere og ansatte, forbedre og iverksette rutiner for forebygging og læring av feil, og systematisk ta i bruk ny kunnskap, faglige retningslinjer, og annen kompetansestøtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 79). Læringsnettverk omtales som et verktøy for å fremme felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 88).

Denne studien tar for seg flere av satsningsområdene som synliggjøres i disse føringene. Samhandlingsreformen vil ligge som et bakteppe for det ønskelige samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt for kommunenes utvidede ansvar for pasientforløpene. Studien vil søke å kartlegge sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhet, noe som vil være interessant i arbeidet med å utvikle en kultur for kvalitetsforbedring. Kunnskap om hvordan en spesifikk læringsarena legger til rette for organisatorisk læring vil kunne inngå i prosesser for å danne ulike læringsnettverk, slik Meld. St. 10 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) oppfordrer til.

2.2 Tidligere forskning på området

2.2.1 Pasientsikkerhetskultur

Mange av studiene som tar for seg pasientsikkerhetskultur, søker å *måle* slik kultur i større eller mindre utvalg, og vil på grunnlag av dette ønske å si noe om hvordan man kan forbedre pasientsikkerhetskulturen i utvalget, og helst generalisere funnene til også å gjelde enheter som ikke var delaktige i studien. Felles for disse studiene er at de har et kvantitativt design, mens det varierer hvorvidt de konsentrerer seg om sykehus eller sykehjem isolert, eller søker å sammenligne pasientsikkerhetskultur på tvers av behandlingsnivåene.

Det finnes minst ti forskjellige måleinstrumenter/spørreskjemaundersøkelser for å måle pasientsikkerhetskultur (Castle, Wagner, Perera, Ferguson & Handler, 2011, s. 24). De fleste av artiklene som ble funnet målte pasientsikkerhetskultur i sykehus og/eller sykehjem ved hjelp av henholdsvis *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* og *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)*, som også er måleinstrumentene denne masteroppgaven benytter. Begrunnelser som blir brukt for å

velge nettopp disse to måleinstrumentene er at de har gunstige psykometriske egenskaper, at de er blitt brukt i store representative utvalg, og at deres felles opprinnelse gjør det mulig å sammenligne data på tvers av sykehus og sykehjem (Castle et al., 2011).

En norsk doktoravhandling tar for seg sikkerhetsklime og sikkerhetskultur i helsevesenet og i petroleumsindustrien (Olsen, 2009). Funnene i avhandlingen viste at det generelt sett var et stort potensiale for forbedring av sikkerhetskulturdimensjonene blant sykehusansatte som deltok i studien (Olsen, 2010). Relevant for denne masteroppgaven er også avhandlingens vurdering av måleinstrumentet *HSOPSC*'s gyldighet i norsk sammenheng. Statistiske analyser viser at faktorstrukturen reproduseres i to målinger gjort i henholdsvis 2006 og 2008, og at ulike konvensjonelle validitetskrav blir imøtekommet (Olsen, 2008; Olsen & Aase, 2009, 2010 i Olsen, 2010, s. 92). Det er imidlertid verdt å merke seg at dimensjonen *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring* hadde en lavere intern konsistens enn de andre dimensjonene, og at *Gradering av pasientsikkerhet* og *Opplevelse av pasientsikkerhet* så ut til å være de mest valide utfallsvariablene (Olsen, 2008).

En annen norsk studie gjennomført blant operasjonspersonell på Haukeland Universitetssykehus benytter også den norske versjonen av *HSOPSC* (Haugen et al., 2010). Resultatene i denne studien indikerer at det norske operasjonspersonellet oppfattet sykehusets pasientsikkerhetsklime som dårligere enn hva helsepersonell i USA gjorde, og at de norske funnene var mer sammenlignbare med resultater fra helsepersonell i Nederland (Haugen et al., 2010).

Av internasjonal forskning kan det nevnes at en omfattende studie som inkluderte over 200 000 respondenter fra til sammen 741 sykehus i Nederland, USA og Taiwan fant at området som hadde det største potensialet for forbedring av pasientsikkerhet i alle de tre landene var overføring av pasienter (*Handoffs and transitions*) (Wagner, Smits, Sorra & Huang, 2013). De fant videre at respondenter fra USA svarte generelt mer positivt på spørsmål om pasientsikkerhetskultur, mens man kunne finne enda større forskjeller mellom sykehus internt i landene (Wagner et al., 2013).

2.2.2 Organisatorisk læring knyttet til pasientsikkerhetskultur

Tidligere forskning har kunnet påvise at det er en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur (Sorra & Dyer, 2010; Zúñiga, Schwappach, De Geest

& Schwendimann, 2013), og organisatorisk læring på systemnivå blir betraktet som en viktig forutsetning for forbedring av pasientsikkerhet (Rivard, Rosen & Carroll, 2006). Denne masteroppgaven søker å bekrefte eller avkrefte at en slik sammenheng er tilstede i utvalgte norske sykehus- og sykehjemsenheter, samtidig som den vil undersøke hvordan det kan legges til rette for organisatorisk læring på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten.

En kvalitativ studie utført i fem europeiske land fant at organisasjonskulturen har innvirkning på kvaliteten i utskrivelser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og at en kan gå glipp av viktige muligheter til forbedring fordi eksisterende utfordringer ved utskrivelsesprosessen ikke blir diskutert. (Hesselink et al., 2013). Relatert til dette fremholdes behovet for intervensjoner rettet mot organisasjonskultur, som et ledd i å oppnå høyere kvalitet på utskrivelser til kommunehelsetjenesten (Hesselink et al., 2013). Det kan ut fra dette antas at introduksjon av ulike typer læringsarenaer vil kunne være et slikt kvalitetsfremmende tiltak. Dette understøttes ytterligere av studier som argumenterer for at tverrfaglige kunnskapsnettverk på tvers av ulike sektorer kan være med på å løse utfordringen med at forskningsbasert kunnskap ikke blir brukt i kommunehelsetjenesten (Armstrong & Kendall, 2010).

I fortsettelsen av dette er det interessant at en oversiktsartikkel konkluderer med at mange studier understreker viktigheten av å utforme gode metoder for å skape et miljø som støtter opp om kunnskapsformidling og kunnskapsutveksling i helsevesenet, men at svært få presenterer forslag til slike metoder (Pentland et al., 2011). En implikasjon av den nevnte oversiktsartikkelen kan være at det er behov for studier som kartlegger slike metoder, hvilket representerer noe av formålet med denne konkrete masteroppgaven.

Oppsummert ser det ut til å være lite forskning som tar for seg organisatorisk læring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten på en slik måte at det er overførbart til norske forhold. Sammenholdt med de ulike forholdene beskrevet tidligere i kapittelet, er dette med på å skape et rasjonale for gjennomføringen av denne masteroppgaven.

2.3 Studiens hensikt og formål

Hensikten med studien er å undersøke sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehus- og sykehjemsenheter (del 1), samt å observere hvordan en spesifikk læringsarena på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten kan legge til rette for organisatorisk læring (del 2). Dersom en finner en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i de utvalgte enhetene, vil det være av interesse å vite hvordan en kan legge til rette for organisatorisk læring i en læringsarena på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette kan bidra til en mer kunnskapsbasert utvikling av pasientsikkerhetskultur i og på tvers av sykehus og sykehjem.

Hovedformålet med studien er todelt:

1. Kartlegge en eventuell sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i utvalgte sykehus og sykehjemsenheter (kvantitativ tilnærming).
2. Observere en spesifikk læringsarena som fokuserer på kvalitet i overføringer av eldre, for å få kunnskap om hvordan det kan tilrettelegges for organisatorisk læring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (kvalitativ tilnærming).

2.4 Problemstilling, forskningsspørsmål og hypoteser

2.4.1 Problemstilling

Er det en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i sykehjems- og sykehusenheter (del 1), og hvordan legger en spesifikk læringsarena til rette for organisatorisk læring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten?(del 2)

2.4.2 Forskningsspørsmål og hypoteser

Del 1. Er det en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehjems- og sykehusenheter?

$H0_1$: Det er ingen korrelasjon mellom organisatorisk læring og helsepersonell sin opplevelse av pasientsikkerhet.

$H0_2$: Det er ingen korrelasjon mellom organisatorisk læring og helsepersonell sin gradering av pasientsikkerhet.

Med utgangspunkt i tidligere forskning (Sorra & Dyer, 2010; Zúñiga et al., 2013) vil en kunne forvente at begge nullhypotesene forkastes.

Del 2. Hvordan legger en spesifikk læringsarena til rette for kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten?

- Hvordan tilrettelegges det for ulike former for kunnskapsutvikling i læringsarenaen?
- Hvordan fremstår partene (primær- og spesialisthelsetjenesten) og den interorganisatoriske dynamikken mellom dem i læringsarenaen?
- Hvordan evaluerer deltakerne den spesifikke læringsarenaen?

2.5 Begrepsavklaring

Dette delkapittelet definerer hovedbegreper i problemstilling og forskningsspørsmål. Sentralt i oppgaven står pasientsikkerhetskultur og organisatorisk læring, idet disse begrepene danner det overordnede perspektivet. Organisatorisk læring knyttes til utvikling og endring av kunnskap i organisasjoner (Rosness, Nesheim & Tinmannsvik, 2013, s. 16), og er i så måte nært forbundet med kunnskapsoverføring og kunnskapsutvikling. Den begrepsmessige forståelsen som ligger til grunn for oppgaven redegjøres nærmere for i kapittel 3.

2.5.1 Pasientsikkerhetskultur (Patient safety culture)

«Patient safety culture refers to management and staff values, beliefs, and norms about what is important in a health care organization, how organization members are expected to behave, what attitudes and actions are appropriate and inappropriate, and what processes and procedures are rewarded and punished with regard to patient safety.» (Sorra & Dyer, 2010, s. 1)

2.5.2 Organisatorisk læring

«organisatorisk læring innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner og på tvers av organisasjonsgrensene» (Aase, 1997 i Aase & Wiig, 2010, s. 60)

2.5.3 Kunnskapsoverføring (Knowledge transfer)

«an event through which one organization learns from the experience of another» (Easterby-Smith, Lyles & Tsang, 2008, s. 677)

2.5.4 Organisatorisk kunnskapsutvikling (Organizational knowledge creation)

«the capability of a company as a whole to create new knowledge, disseminate it throughout the organization, and embody it in products, services, and systems.» (Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 3)

2.6 Oppgavens struktur

Kapittel 3 redegjør for de teoretiske perspektiver som studien tar utgangspunkt i, før man i kapittel 4 plasserer studien inn i en kontekst, og beskriver dens tilknytning til et annet forskningsprosjekt. Kapittel 5 tar for seg benyttede metoder, samt overveielser knyttet til disse. Kapittel 6 og 7 presenterer funn fra studiens to deler, mens man i kapittel 8 diskuterer funnene, og gir implikasjoner for praksis og videre forskning. Kapittel 9 besvarer forskningsspørsmålene basert på de foreliggende funn og diskusjon av disse, før studiens viktigste implikasjoner oppsummeres kort.

3.0 Teoretiske perspektiver

Dette kapittelet vil først gi en kort introduksjon til pasientsikkerhetskultur, samt sammenhengen mellom pasientsikkerhet og organisatorisk læring. Videre vil det ta for seg organisatorisk læring som fagfelt, før det gjøres rede for relasjonen begrepene kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring har til organisatorisk læring. Deretter presenteres to teorier som benyttes i studien; interorganisatorisk kunnskapsoverføring (Easterby-Smith et al., 2008) og kunnskapsutvikling (Nonaka & Takeuchi, 1995).

3.1 Pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhetskultur, som en del av en organisasjons kultur, har de siste årene fått stadig mer oppmerksomhet i takt med at pasientsikkerhet i ulike deler av helsevesenet har blitt et internasjonalt prioritert felt (Sorra & Dyer, 2010, s. 1). Sikkerhetskultur som fagfelt tar utgangspunkt i forskning innen sikkerhet og forebygging av ulykker i industrier med høye krav til pålitelighet og kritiske konsekvenser av feil, som luftfart, kraftindustri og fabrikkvirksomhet (Lee & Harrison, 2002; Perrow, 1984; Reason, 1997; Weick, 1987; Zohaar, 1980 i Sorra & Dyer, 2010). Å etablere en kultur for sikkerhet har blitt identifisert som en nøkkelfaktor for å oppnå høy pålitelighet i organisasjoner (Frankel, Leonard & Denham, 2006; Pronovost et al., 2006 i Sorra & Dyer, 2010).

Pasientsikkerhetskultur er et bredt og mangfoldig begrep, der flere ulike forskningsområder potensielt sett kan bidra til økt forståelse. Av disse kan man trekke frem ledelse, organisasjonsteori og psykologi. I forskning relatert til sikkerhetskultur er det blitt fokusert på viktigheten av å forstå menneskelige feils natur og forebygging av menneskelige feil, herunder bruken av «rettferdige» feilrapporteringssystemer som ikke straffer den enkelte, men heller søker å identifisere systemavvik og sårbarhet (Helmreich, 2000; Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999; Marx, 2001 i Sorra & Dyer, 2010). Det har imidlertid vist seg at det ikke er uproblematisk å implementere slikt lederskap og slik rapporteringspraksis i helsevesenet, og noen barrierer som peker seg ut i denne sammenheng er frykt for represalier og mangel på tilbakemeldinger etter at feil er blitt rapportert (Jeffe et al., 2004 i Sorra & Dyer, 2010).

For å forbedre pasientsikkerheten, er det viktig at helsevesenet kartlegger statusen på deres eksisterende pasientsikkerhetskultur og videre definerer prioriterte forbedringsområder (Nieva & Sorra, 2003). Hva disse forbedringsområdene er vil i så måte variere fra enhet til enhet, men en overordnet utfordring identifiseres i følgende sitat:

«the biggest challenge to moving toward a safer health system is changing the culture from one of blaming individuals for errors to one in which errors are treated not as personal failures, but as opportunities to improve the system and prevent harm.» (Institute of Medicine, 2001 i Nieva & Sorra, 2003, s. ii17)

En måte å kartlegge statusen på pasientsikkerhetskulturen i spesifikke enheter, er å gjøre kvantitative studier basert på spørreskjemaundersøkelser. To studier som på denne måten sammenlignet pasientsikkerhetskulturen på sykehus og sykehjem, kom begge til at ansatte ved sykehjem oppfattet pasientsikkerhetskulturen som betydelig dårligere enn hva ansatte ved sykehus gjorde (Castle & Sonon, 2006; Handler et al., 2006). Resultatene indikerte at det eksisterte en mindre velutviklet sikkerhetskultur i sykehjem (Castle & Sonon, 2006). En nyere omfattende studie viser imidlertid motsatte resultater, idet man fant at sykehjemsansatte skåret høyere enn sykehusansatte på 16 av de 26 items som ble ansett som svært like for sykehjem (i måleinstrumentet *NHSPSC*) og sykehus (i måleinstrumentet *HSOPSC*) (Castle et al., 2011). Ett item var identisk for sykehus og sykehjem, mens sykehusansatte skåret høyere enn sykehjemsansatte på ni items (Castle et al., 2011).

En norsk litteraturstudie tar for seg utskrivelser av skrøpelige eldre fra sykehus til kommunehelsetjeneste, og identifiserer tre sentrale utfordringer relatert til sykepleieres håndtering av utskrivelsesprosessen: Hvordan lokal praksis går utenom formelle strukturer, hvordan sykepleiernes ulike perspektiver påvirker deres vurdering av pasientens behov for pleie etter utskrivelse, og det at sykepleiere har ulik forståelse av hva det betyr å være «utskrivelsesklar» (Hellesø & Fagermoen, 2010, s. 1). Som en implikasjon av dette foreslås det at sykepleiere får diskutere disse utfordringene og deres konsekvenser for praksis, for å kunne være i stand til å møte skiftende krav til helsetjenestene i fremtiden (Hellesø & Fagermoen, 2010, s. 1).

Aase & Wiig (2010) knytter sammen pasientsikkerhet og organisatorisk læring ved å fremholde at organisatorisk læring er nødvendig for pasientsikkerhet gjennom

forebygging av gjentakende uønskede hendelser. Det understrekes videre at læring på mange plan og mellom mange aktører er en forutsetning for å skape et lærende helsevesen, og i denne sammenheng nevnes utfordringen med å få til læring innad i og på tvers av blant annet helseforetak og primærhelsetjeneste (Aase & Wiig, 2010, s. 59). Et poeng som blir sentralt for denne oppgavens vedkommende, er forholdet mellom kunnskapsdeling og læringskultur. Holdningen om at kunnskapsdeling kun kan forekomme når det eksisterer en læringskultur blir problematisert, og det hevdes at en mer formålstjenlig innfallsvinkel er å anta at kunnskapsdeling påvirker kulturen (Aase & Wiig, 2010, s. 62). Dette gjør at et stort mulighetsrom åpner seg, idet man kan søke å skape en læringskultur ved å legge til rette for kunnskapsdeling.

3.2 Organisatorisk læring

Organisatorisk læring kan forstås som en prosess hvor organisasjoner endrer seg som resultat av erfaring (Argote & Ophir, 2002). En annen innfallsvinkel er å forstå organisatorisk læring som en endring i organisatorisk kunnskap (Schultz, 2002). Begge disse tilnærmingene knytter læring til endring i organisatorisk kunnskap, mens forskjellen ligger i om man inkluderer handlinger og konsekvenser av ny kunnskap i selve læringsbegrepet (Rosness et al., 2013, s. 15).

Den begrepsmessige forståelsen som gjør seg gjeldende i denne oppgaven, ligger nærmest opp mot den førstnevnte av de to tilnærmingene, og fremmer en prosessvinkling der viktigheten av kunnskapsdeling blir tydeliggjort (Aase, 1997 i Aase & Wiig, 2010, s. 60).

Hatch & Cunliffe (2013) karakteriserer organisatorisk læring som et av de mest lovende nyere felt innenfor organisasjonsteorien. De fremholder at en organisasjons stigende læringskurve gir stadig større konkurransemessige fortrinn, og bruker dette for å illustrere at en organisasjon kan være i stand til å lære. Det understrekes at selv om det i eksemplet over åpenbart har forekommet læring, kan det ofte være vanskelig å vite *hva* det er som er lært, hvorpå Nonaka & Takeuchi (1995) sin teori om taus og eksplisitt kunnskap trekkes frem som særlig relevant (Hatch & Cunliffe, 2013).

En annen betydningsfull teori innenfor organisatorisk læring, er teorien om dobbelkretslæring (Argyris & Schön, 1978 i Filstad, 2010). Det sentrale i denne teorien

er at en organisasjon antagelig aldri vil kunne oppnå at den «lærer å lære» (*deuterolæring*), men at målet i stedet må være dobbeltkretslæring, der grunnleggende verdier og antakelser vurderes og endres. Samtidig understrekes det at de fleste organisasjoner praktiserer enkeltkretslæring, hvor fokuset kun er på måloppnåelse uten å vurdere styrende verdier for å nå disse målene, altså en slags «brannsløkking» når man er nødt til å foreta seg noe, hvilket ikke fører til ny kunnskap, men snarere små justeringer innenfor eksisterende kunnskap. (Argyris & Schön, 1978 i Filstad, 2010, s. 26). Denne teorien kan sies å appellere til helsevesenet, all den tid mange helsepersonell kan gjenkjenne en slik «brannsløkking» i en hverdag preget av knapphet på tid og ressurser. Videre kan dens relevans for pasientsikkerhet knyttes til den nevnte viktigheten av å la uønskede hendelser føre til endringer i systemet, og ikke represalier overfor individer.

Forskningsområdet som beskjeftiger seg med organisatorisk læring tar for seg en rekke ulike tema og tar i bruk ulike perspektiver (Rosness et al., 2013). En del av forskningen konsentrerer seg om ulike former for læring og ulike prosesser i en læringssyklus, noen tar for seg kilder for læring og hva som fremmer læring, mens andre igjen har fokus på utfall og konsekvenser av læring og kunnskapsutvikling (Rosness et al., 2013).

Bredden i forskningen på organisatorisk læring kan illustreres ved å oppsummere hovedtrekk i oversiktsartiklene til Argote & Ophir (2002) og Schultz (2002). Schultz (2002) fremhever blant annet følgende tema i forskningen: Hvordan regler og rutiner produseres og tilpasses, læringsfellesskap i organisasjoner og spredning av organisatorisk kunnskap. Hun skiller videre mellom tre forståelser av organisatorisk læring: Læring som *forbedring*, læring som *kodifisering* og læring som *evolusjon* av kunnskap over tid. Argote & Ophir (2002) er på den andre siden opptatt av avveininger og dilemmaer i forskningen om læring. De ser blant annet på betydningen av egenskapene til nettverk der læring finner sted, herunder hva som er den mest gunstige sammensetningen av nettverk, for eksempel forskjellen på hvordan løse versus tette nettverk er i stand til å tilrettelegge for læring.

3.3 Sammenheng mellom organisatorisk læring og kunnskapsoverføring/-utvikling

Rosness et al. (2013, s. 16) knytter organisatorisk læring til utvikling og endring av kunnskap i organisasjoner, og utkrystalliserer på grunnlag av dette tre sentrale prosesser ved organisatorisk kunnskap; skape, beholde og overføre kunnskap.

Det å *skape* ny kunnskap handler om å utvikle ny kunnskap, og kan skje når man jobber sammen og får erfaringer som bidrar til at man skaper noe nytt (Rosness et al., 2013, s. 16). Denne studien benytter begrepet *kunnskapsutvikling* om det engelske *knowledge creation*, og støtter seg i så måte til den ovenfor beskrevne koblingen mellom det å skape og det å utvikle ny kunnskap.

Med *overføring* av kunnskap mener man prosessen hvor en enhet i organisasjonen påvirkes av erfaringer i en annen del av organisasjonen (Rosness et al., 2013, s. 16). I denne studien omtales i tillegg *interorganisatorisk kunnskapsoverføring*, som kan betraktes som en subprosess av interorganisatorisk læring (Rosness et al, 2013, s. 46).

Sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur er et tema som kommer til uttrykk i forskningslitteraturen. En studie blant sykehusansatte i Taiwan impliserer at forskning på pasientsikkerhet bør ta i betraktning ledelse, gruppedynamikk og organisatorisk læring, fordi disse faktorene er viktige i forståelsen av barrierer og muligheter for pasientsikkerhetsarbeid (Chen, Ng & Li, 2011, s. e65). Videre fant man at organisasjonskultur spiller en viktig rolle for pasientsikkerheten, og at sikkerhetsatferd blant sykehusansatte delvis blir påvirket av de rådende kulturelle normene i deres organisasjon og deres arbeidsgrupper (Chen et al, 2011, s. e65). Goh, Chan & Kuziemy (2013) har gjennom en litteraturstudie kommet til at det å bygge opp evnen til organisatorisk læring og det å tilrettelegge for samarbeid blant helsepersonell kan ha stor innvirkning på pasientsikkerhetskulturen. Som en implikasjon av foreliggende forskning fremholder de at man kan skaffe mer kunnskap om forbedring av pasientsikkerhetskultur ved å utføre empiriske studier der man tester relasjonen mellom pasientsikkerhetskultur, organisatorisk læring og samarbeid (Goh et al., 2013). Samme artikkel fant at helsepersonell blir pålagt å levere stadig mer komplekse tjenester samtidig som ressursene innskrenkes, og at det på bakgrunn av dette er behov for å undersøke hvordan helsepersonell kan lære fra andre

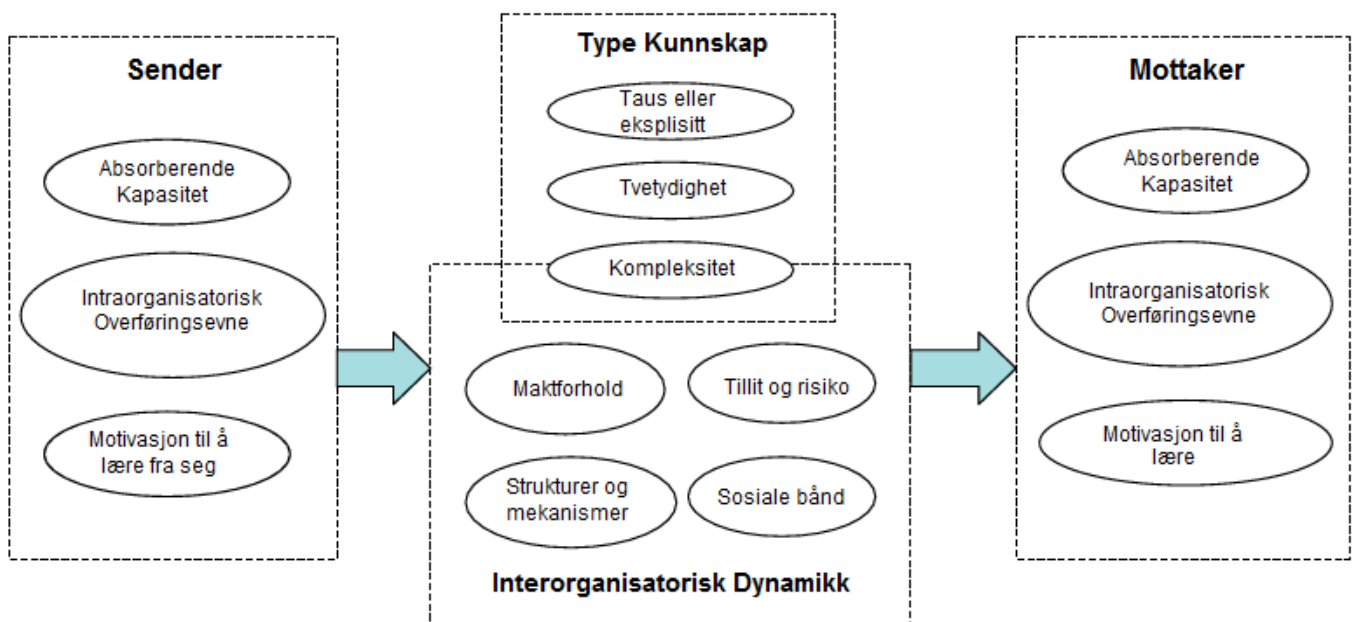
organisatoriske settinger, særlig de som ikke er relatert til helse (Goh et al., 2013, s. 420).

3.4 Interorganisatorisk kunnskapsoverføring

Easterby-Smith et al. (2008) har oppsummert forskningen om interorganisatorisk kunnskapsoverføring, og fremhever følgende sett av faktorer med betydning for læring på tvers av organisasjoner: Trekk ved partene (sender og mottaker), interorganisatorisk dynamikk og type kunnskap. Dette delkapittelet er i sin helhet basert på Easterby-Smith et al. (2008), der andre referanser ikke er oppgitt.

I det videre vil de tre ovennevnte settene av faktorer presenteres nærmere. Hvem som er sender og hvem som er mottaker vil variere i løpet av en allianse eller kontakt, og kunnskap overføres i så måte begge veier i tråd med skiftende roller. Som figur 1 viser, forklares hvert av de tre settene med faktorer av tre til fire underordnede faktorer. I tillegg til å ha betydning for henholdsvis trekk ved partene, interorganisatorisk dynamikk og type kunnskap, er flere av disse underordnede faktorer også relatert til hverandre, noe oppgaven kommer tilbake til.

Figur 1: Modell for interorganisatorisk kunnskapsoverføring (Norsk versjon basert på Easterby-Smith et al., 2008)



En viktig nøkkelfaktor hva gjelder trekk ved sender og mottaker, er deres *absorberende kapasitet*, som betegner deres evne til å gjenkjenne verdien av ny kunnskap, og til å

oppta og bruke denne kunnskapen (Cohen & Levinthal, 1990). Mottakerens absorberende kapasitet påvirkes av organisasjonens tidligere erfaringer, kultur og dens evne til å bevare kunnskap (Lane & Lubatkin, 1998). Når kunnskapen kommer inn i organisasjonen fra eksterne kilder, er den mottakende organisasjonen avhengig av *intraorganisatorisk* kunnskapsoverføring for å kunne nyttiggjøre seg av kunnskapen innad i organisasjonen. Begrepene *intraorganisatorisk* overføringsevne og absorberende kapasitet står i et gjensidig forhold til hverandre, idet en antar at en organisasjon som er god på å absorbere ekstern kunnskap også er i stand til å overføre kunnskapen innad i organisasjonen.

To andre faktorer relatert til trekk ved partene gjør seg videre gjeldende for å muliggjøre *interorganisatorisk* kunnskapsoverføring. For det første må mottakeren være motivert til å tilegne seg kunnskap, og for det andre må senderen ha verdifull kunnskap å tilby og være motivert til å lære fra seg. Disse faktorene kan påvirke hverandre, for eksempel kan manglende motivasjon til å lære fra seg legge en demper på entusiasmen for å lære.

Når det gjelder faktorer innenfor området *interorganisatorisk* dynamikk, deles disse inn i fire undergrupper: Maktrelasjoner, tillit og risiko, strukturer og mekanismer, og sosiale bånd.

Angående maktrelasjoner fremheves det at organisasjonen som sender og organisasjonen som mottar kunnskap ofte står i et asymmetrisk maktforhold til hverandre, idet den som er i besittelse av kunnskap har mer makt enn den andre. Dette avhengighetsforholdet forandrer seg etter hvert som kunnskapsoverføring skjer, og når mottakeren etter hvert ser at det ikke er så mye mer å lære fra senderen, kan grunnlaget for samarbeid falle bort.

Videre ser man at senderorganisasjonen ved å dele kunnskap ofte løper en risiko for å overføre kunnskap som er ødeleggende for dens konkurransemessige fortrinn (Norman, 2002). På den andre siden løper mottakeren en risiko for at kunnskapen som mottas er unyttig eller av dårlig kvalitet, noe som fordrer en kritisk vurdering av senderorganisasjonen (Ko et al., 2005 i Easterby-Smith et al., 2008). På denne måten kan en si at tillit fremmer kunnskapsoverføring, ved å skape en trygghet for at kunnskap ikke vil bli utnyttet utover det opprinnelige formålet (Dhanaraj, Lyles, Steensma & Tihanyi, 2004).

Strukturen av den interorganisatoriske relasjonen refererer til konteksten der kunnskapsoverføring finner sted, og overføringsmekanismene som er etablert innenfor denne konteksten. Som regel må organisasjoner ha en eller annen form for strategisk allianse for at kunnskapsoverføring skal kunne skje. Hvilken form denne alliansen har vil påvirke hvordan organisasjoner interagerer, og hvordan kunnskap overføres (Hagedoorn & Narula, 1996 i Easterby-Smith et al., 2008).

Sosiale bånd er den siste av de fire faktorene som det teoretiske rammeverket fremhever som viktige relatert til interorganisatorisk dynamikk. Studier har vist at uformelle sosiale bånd mellom medlemmer av den samme organisasjonen (Hansen & Løvås, 2004) eller forskjellige organisasjoner (Bell & Zaheer, 2007) er overordnede betingelser for kunnskapsflyt mellom organisasjoner med ulike geografiske lokalisasjoner. En sentral effekt av sosiale bånd er at de kan minske betydningen av kulturelle forskjeller som gjerne finnes mellom deltakere fra ulike organisasjoner.

Det siste settet med faktorer er som tidligere nevnt type kunnskap som utveksles. Mens Easterby-Smith et al. (2008) vektlegger grad av tvetydighet, kompleksitet og hvorvidt kunnskapen er taus eller ikke, vil denne oppgaven benytte Nonaka & Takeuchi (1995) sin teori knyttet til kunnskapsutvikling.

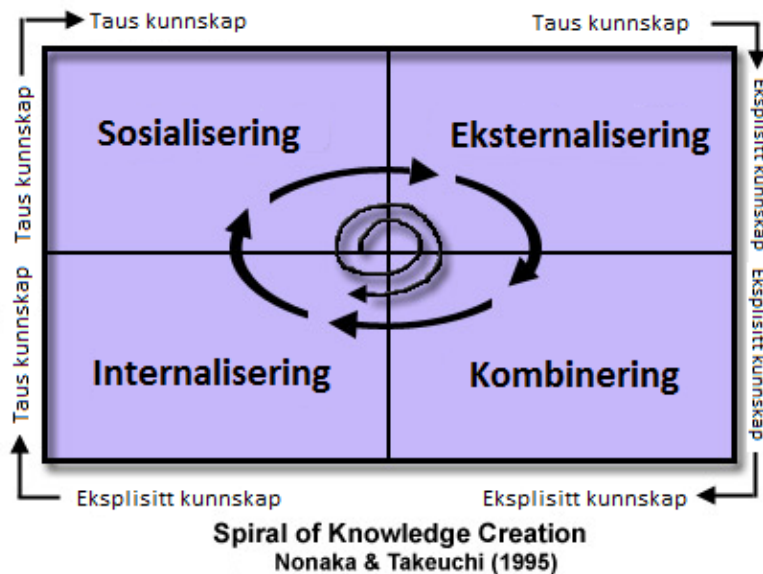
3.5 Kunnskapsutvikling

Nonaka og Takeuchi (1995) skiller mellom begrepene *taus kunnskap* og *eksplisitt kunnskap* i sin teori om kunnskapsutvikling. Mens taus kunnskap er kunnskap som ikke er artikulert, kodifisert eller lagret, kjennetegnes eksplisitt kunnskap av at den kan formaliseres i rutiner, prosedyrer og retningslinjer (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Teorien fremhever at organisatorisk kunnskap skapes gjennom en kontinuerlig dialog mellom taus og eksplisitt kunnskap, og ved å studere dette samspillet har det blitt identifisert fire former for læring (se figur 2). Den første av disse omhandler interaksjonen mellom taus kunnskap hos ulike individer, og omtales som *sosialisering*. Det sentrale her er at en lærer gjennom observasjon, imitasjon og praksis, og på denne måten skaper taus kunnskap gjennom delt erfaring. Denne formen for læring blir gjerne sett i forbindelse med begrepet organisasjonskultur. (Nonaka, 1994). Sosialisering bidrar til å gjøre det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser, og er i så måte en

forutsetning for at kunnskapsoverføring skal kunne skje. Et eksempel på sosialisering kan være å dele et måltid, det samme gjelder det å møtes på en arena utenfor de vante omgivelsene til organisasjonen. Kunnskapsoverføring som er avskåret fra assosierte følelser og løsrevet fra en spesifikk erfaringskontekst, vil på den andre siden som regel fremstå som meningsløs. (Nonaka & Takeuchi 1995)

Figur 2: Nonaka & Takeuchi (1995) sin kunnskapsspiral



Det andre interaksjonsmønsteret, *kombinering*, kjennetegnes av at en kombinerer og systematiserer tilgjengelig, dokumentert kunnskap som allerede finnes i organisasjonen. Denne rekonfigureringen av eksplisitt kunnskap kan foregå gjennom sortering, tilføyelse, rekategorisering og rekontekstualisering, og vil dermed kunne skape ny eksplisitt kunnskap. Innenfor organisasjonsteorien vil en kunne finne at denne måten å skape kunnskap på har felles røtter med informasjonsbehandling, der et konkret eksempel er moderne IKT-systemer. (Nonaka, 1994). Når allerede kjent kunnskap sorteres eller kombineres, og videre blir artikulert skriftlig eller muntlig, kan dette føre til at ny kunnskap skapes (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Idet taus kunnskap omformes til eksplisitt kunnskap, har vi som en tredje læringsform å gjøre med *eksternalisering*. Dette konseptet er ifølge Nonaka (1994) det minst utviklede av de fire formene, samtidig som læringsformen representerer selve nøkkelen til kunnskapsutvikling (Nonaka & Takeuchi, 1995). Her blir det som er ikke-kodifisert kunnskap gjort skriftlig eller muntlig tilgjengelig for andre, og en muliggjør på denne måten organisatorisk læring (Nonaka & Takeuchi, 1995). Det er verdt å merke seg at i

de tilfellene der taus kunnskap uttrykkes på en inadekvat eller uklar måte, kan dette faktisk være positivt fordi det oppmuntrer til refleksjon og interaksjon mellom aktørene. (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Det fjerde og siste identifiserte interaksjonsmønsteret betegnes som *internalisering*, og er nært forbundet med det en tradisjonelt har lagt i begrepet organisatorisk læring (Nonaka, 1994). I dette mønsteret blir eksplisitt kunnskap omgjort til taus kunnskap, idet kunnskapselementer på organisasjonsnivå tas i bruk av flere i organisasjonen, og på denne måten internaliseres hos den enkelte (Nonaka & Takeuchi, 1995). Når kunnskapen internaliseres i den enkeltes repertoar av taus kunnskap, blir den omgjort til verdifull kapital (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Disse fire læringsformene kan uavhengig av hverandre skape ny kunnskap, men det sentrale i teorien er en dynamisk interaksjon mellom de ulike formene for kunnskapsomdanning (se figur 2). Spesielt fremheves utvekslingen mellom de to aspektene av kunnskap (taus og eksplisitt) gjennom internalisering og eksternalisering. Denne interaksjonen vil ha en tendens til å tilta i styrke og hastighet etter hvert som flere deltakere i og rundt organisasjonen blir involvert. På denne måten sees organisatorisk kunnskapsutvikling som en prosess i en oppadgående spiral, som starter på det individuelle nivå, fortsetter videre på gruppenivå før den når organisasjonsnivå, og noen ganger også det interorganisasjonelle nivå. (Nonaka, 1994)

4.0 Kontekst

4.1 Forskningsprosjektet *Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre*

Denne masteroppgaven er tilknyttet forskningsprosjektet *Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre* ved UiS. Intervensjonen i dette prosjektet kalles *Møteplassen*, og er en arena der helsepersonell fra ulike deler av kommunehelsetjenesten samt ulike sykehusavdelinger møtes over tre samlinger i løpet av fem måneder.

Hensikten med *Møteplassen* er å gi ansatte som er involvert i overføringer av eldre mellom primær- og spesialisthelsetjenesten en arena å treffes på for å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet og sikkerhet i overføringer, et behov som ble avdekket i en tidligere fase av forskningsprosjektet (Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014; Aase, Laugaland, Dyrstad & Storm 2013). I regionen prosjektet gjennomføres foreligger det konkrete samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene, som alle kommuner og regionale helseforetak plikter å inngå (jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e). Disse avtalene er med på å danne rammer for samhandlingen, og underbygger samtidig behovet for å legge til rette for gode samarbeidsarenaer.

På hver av samlingene tas det opp ett sentralt overordnet tema, og hver deltaker inviteres til tre slike samlinger med følgende tematikk: *Risiko i overføringer av eldre*, *Pasientperspektivet i overføringer av eldre* og *Systemer for samhandling i overføring av eldre*. For å gjennomføre samlingene mest mulig hensiktsmessig, legges det opp til at hver samling ikke skal ha for mange deltakere. Av den grunn arrangeres det totalt ni samlinger. Hver samling består av lunsj, forelesninger ved forskere fra forskerteamet og representanter fra sykehus og kommune, diskusjoner i grupper og avsluttende diskusjon i plenum. Deltakerne leverer evalueringsskjema etter samlingen.

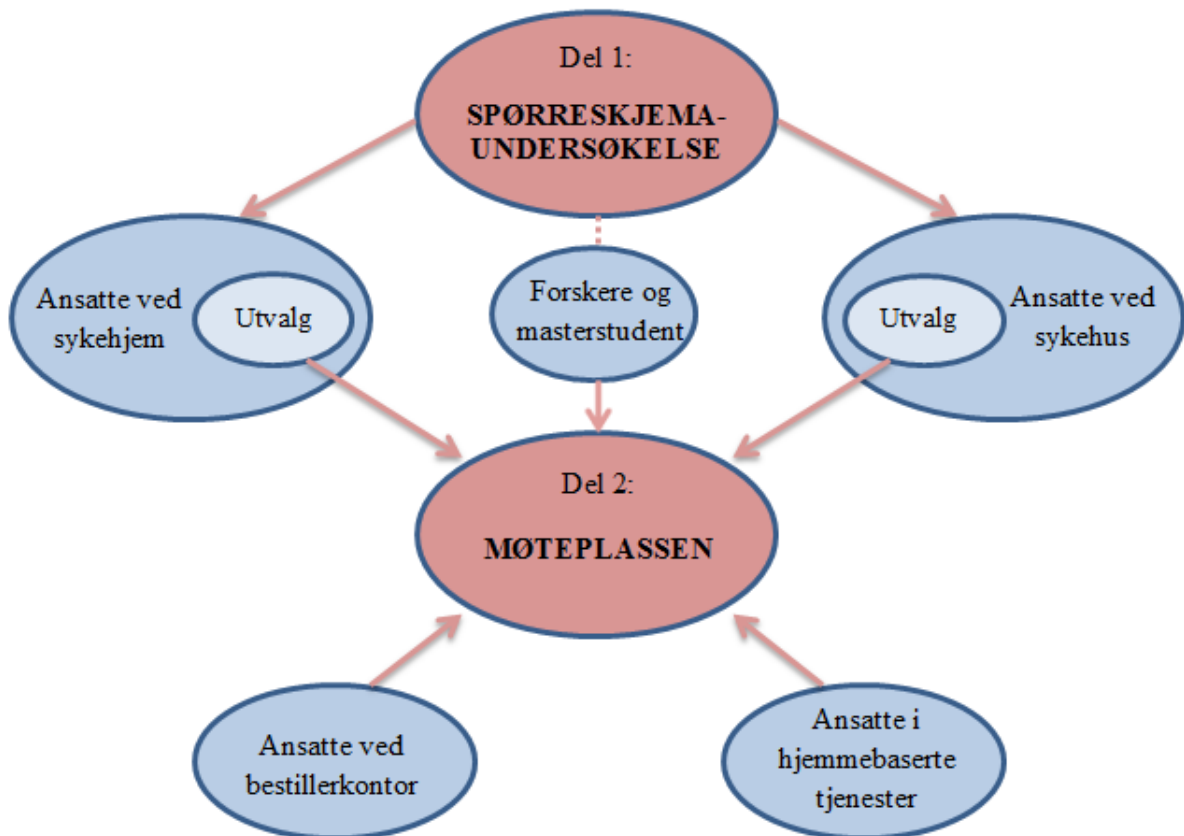
I forskningsprosjektet inngår også en spørreskjemaundersøkelse som i to omganger skal kartlegge pasientsikkerhetskultur i ulike sykehus- og sykehjemsavdelinger, før og etter deltakelse på de tre samlingene av *Møteplassen*. I tillegg er det inkludert respondenter i en kontrollgruppe, som ikke deltar på *Møteplassen*.

4.2 Datamaterialet i masteroppgaven

Data som samles inn til den første målingen av pasientsikkerhetskultur i prosjektet nevnt over, legger grunnlaget for masteroppgavens delstudie 1. Respondenter fra både intervensjons- og kontrollgruppen er inkludert, uten at dette får noen praktisk betydning for gjennomføringen. Kun deler av datamaterialet benyttes, med utgangspunkt i hva som har relevans for delstudiens forskningsspørsmål.

Delstudie 2 er en observasjonsstudie der man kartlegger Møteplassen som metode for organisatorisk læring. Observatøren (masterstudenten) deltar på syv av de totalt ni samlingene, mens hovedtyngden av datainnsamlingen skjer på tre siste, der temaet er Systemer for samhandling i overføring av eldre. Figur 3 illustrerer de delene av forskningsprosjektet som har relevans for masteroppgaven. «Spørreskjemaundersøkelse» tilsvarer i denne figuren den første målingen av pasientsikkerhetskultur i prosjektet.

Figur 3: Sammenhengen mellom respondenter i spørreskjemaundersøkelse og deltakere i Møteplassen.



Av figur 3 fremgår det at inkluderte respondenter til spørreskjemaundersøkelsen er ansatte ved sykehjem og ved sykehus. Deltakere i Møteplassen er *et utvalg* av disse (resten er kontrollgruppe i det ovennevnte prosjektet), i tillegg til ansatte ved bestillerkontor og i hjemmebaserte tjenester. Alle ansatte er helsepersonell med ulike yrkesbakgrunn.

Ikke alle deltakerne i Møteplassen inkluderes i spørreskjemaundersøkelsen. Dette kommer av at spørreskjemaene som benyttes kun er tilpasset ansatte i enten sykehjem eller sykehus. Deltakere i delstudie 2 som er ansatt ved bestillerkontor og i hjemmebaserte tjenester er derfor ikke inkludert i delstudie 1.

Videre presiseres det at forskere og masterstudent deltar på Møteplassen, mens tilknytningen disse har til spørreskjemaundersøkelsen innebærer administrering av spørreskjema og behandling av data.

5.0 Metode og metodiske overveielser

5.1 Litteratursøk

For å kartlegge tidligere forskning på området er det gjort søk i søkemotorene Scopus, Cinahl, Medline, Academic Search Premier, Norart og Google Scholar. Følgende søkeord er brukt i ulike kombinasjoner: “patient safety culture”, “learning culture”, “organizational learning”, “inter-organizational learning”, “knowledge”, “knowledge exchange”, “knowledge transfer”, “knowledge creation”, “collaboration”, “learning across”, “experience transfer”, “primary health care”, “hospital”, “HSOPSC”, “NHSPSC”. Søkene i de fem førstnevnte databasene gav fra to til 476 treff, mens man i Google Scholar, der det er begrensede muligheter for å søke i deler av artikler, fikk fra 20 000 treff og oppover. I sistnevnte søkemotor ble de om lag 100 første artikkeloverskrifter gjennomgått, da treffene på forhånd var sortert etter relevans.

5.2 Design og metode

5.2.1 Mixed methods

Masteroppgaven er en empirisk studie med et deskriptivt multifase mixed methods design, og plasserer seg i så måte innenfor en pragmatisk vitenskapsfilosofisk retning. Pragmatisme som verdensbilde eller filosofi er opptatt av anvendelighet og hva som fungerer, snarere enn forhåndsgitte vilkår. I stedet for å fokusere på metoder, vektlegger derfor pragmatikere forskningsspørsmålene, og benytter alle tilgjengelige metoder for å besvare disse. (Creswell, 2014).

Mixed methods involverer innsamling og analyse av både kvalitative og kvantitative data. En generell grunn til å velge et slikt design er mulighetene man har til å dra nytte av fordelene ved både kvalitative og kvantitative metoder, samtdig som man kan minimalisere hver metodes svakheter. På et prosedyrenivå er mixed methods en nyttig strategi for å skaffe seg en mer komplett forståelse av problemstillingen. (Creswell, 2014).

Multifase mixed methods er en tilnærming innenfor mixed methods, der forskeren gjennomfører flere prosjekter, enten parallelt eller fortløpende. Fremgangsmåten i slike

studier kan veksle mellom kvalitativ og kvantitativ datainnsamling, men delene bygger på hverandre for å sammen bidra til et bestemt formål. Multifase mixed methods er særlig brukt innenfor felt som er opptatt av evaluering og implementering av ulike programmer. (Creswell, 2014).

I denne studien er det benyttet en kombinasjon av parallell og fortløpende datainnsamling, i det man allerede hadde vært til stede på fire samlinger av Møteplassen da analysen av kvantitative data startet. Hovedtyngden av datainnsamling til den kvalitative delen skjedde likevel ikke før etter at kvantitative data var analysert. Slik det fremgår av tidsaspektet i tabell 1 er det dermed naturlig å betegne den kvantitative delen som delstudie 1, også siden resultatene fra denne delstudien legger noe av grunnlaget for gjennomføring og analyse av den kvalitative delen (delstudie 2).

Tabell 1: Matrise for multifase mixed methods design. Type data, datainnsamlingsmetode og tidsrom for innsamling og analyse av data.

Type data	Datainnsamlingsmetode	Tidsrom datainnsamling	Tidsrom analyse
Kvantitative data (delstudie 1)	Spørreskjemaundersøkelse	September – november 2013	November – desember 2013
Kvalitative data (delstudie 2)	Deltakende observasjon	September 2013 – januar 2014 (hovedtyngde januar 2014)	Januar – mars 2014

5.2.2 Metoder for datainnsamling

En kvantitativ delstudie har ved bruk av spørreskjemaundersøkelse kartlagt sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehjems- og sykehusenheter (del 1). En kvalitativ delstudie har ved bruk av observasjon kartlagt hvordan den spesifikke læringsarenaen *Møteplassen* legger til rette for organisatorisk læring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (del 2).

Valg av design begrunnes ut fra forskningsspørsmålene, som igjen er utledet fra studiens problemstilling. Det var ønskelig først å danne seg et bilde av en eventuell sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehus- og sykehjemsenheter, hvilket en søkte å oppnå ved å distribuere et validert spørreskjema til de ulike enhetene.

Videre så studien nærmere på hvordan en spesifikk læringsarena la til rette for organisatorisk læring på tvers av sykehus- og sykehjemsenheter. Det ble her lagt til

grunn at en eventuell sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur vil medføre et behov for å vite mer om hvordan organisatorisk læring kan skje på tvers av ulike enheter, for på denne måten å fremme pasientsikkerhetskultur. I studiens del 2 var det ønskelig å få direkte kunnskap om hvordan Møteplassen tilrettela for organisatorisk læring, og observasjon ble derfor ansett å være en formålstjenlig metode. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2010) hevder at observasjon gir tilgang til informasjon som vanskelig fås frem gjennom andre metoder, og dermed er en egnet metode når forskeren for eksempel vil undersøke samhandling mellom mennesker.

5.3 Utvalg

Rekruttering til studien ble gjort ved at man først sendte en formell forespørsel til ledelsen ved sykehuset, sykehusavdelingene, sykehjemmene og sykehjemsavdelingene. Forespurte enheter var avdelinger som anses å være delaktige i overføringer av eldre pasienter mellom behandlingsnivå. Det ble i så måte foretatt en *strategisk utvelgelse*, idet man først tenkte gjennom hvilken målgruppe som må delta for at man skal få samlet nødvendige data, mens man deretter valgte ut personer (i dette tilfellet hele avdelinger eller sykehjem) fra målgruppen (Johannessen et al., 2010)

Forespørselen som ble sendt ut inneholdt informasjon om prosjektet, både målingen av pasientsikkerhetskultur (delstudie 1) og intervensjonen Møteplassen (delstudie 2). Ledelsen ved alle forespurte enheter takket ja til å delta i prosjektet. Videre ble det avholdt korte møter mellom forskningsteamet og ledere i hver enkelt enhet, der man diskuterte selve gjennomføringen, samt kriterier for deltakelse. Her ble det vektlagt at prosjektet skulle være forankret hos den enkelte leder, og at denne var villig til å tilrettelegge slik at ansatte fikk mulighet til å delta i intervensjonen. Etter at lederne hadde godkjent deltakelse i Møteplassen for sine ansatte, gav forskningsteamet en introduksjon til Møteplassen. Enheter som ble inkludert som kontrollgruppe fikk ikke denne informasjonen, men ble i informasjonsskrivet om spørreskjemaundersøkelsen kort underrettet om at andre respondenter deltok i en intervensjon (se vedlegg I og II).

Kriteriene for å motta spørreskjema var at man var ansatt som helsepersonell (med eller uten lederansvar) i sykehus eller sykehjem, og at man arbeidet i en stilling som tilsvarte 50 prosent eller mer. Ved det ene sykehjemmet arbeidet mange av nattevaktene i 48

prosent stilling, disse ble også inkludert i studien. Totalt ble det rekruttert 340 respondenter. Tabell 2 viser hvilke sykehus- og sykehjemsavdelinger respondentene er ansatt ved, og hvordan antall respondenter fordeler seg på disse.

Tabell 2: Inkluderte respondenter til delstudie 1 og deltakere i delstudie 2 (X)

Overordnet enhet	Enheter	Inkluderte respondenter	Deltar på Møteplassen
Sykehus 1	Infeksjonsmedisinsk avdeling	46	
	Lungemedisinsk avdeling	52	X
	Nyremedisinsk avdeling	52	
	Akuttmottak	21	X
	Observasjons- og behandlingsavdeling	46	X
	Geriatrisk avdeling	0	X*
<i>Sum respondenter - sykehus</i>		217	
Sykehjem 1	Alle avdelinger	83	
Sykehjem 2	Overgangsavdeling	15	X
Sykehjem 3	Intermediæravdeling	25	X
Sykehjem 4		0	X*
Sykehjem 5		0	X*
Hjemmebaserte tjenester	3 områder	0	X
Helse- og sosialkontor	3 områder/kontor	0	X
<i>Sum respondenter - sykehjem</i>		123	
Totalt		340	Ca. 100

* Svært få deltakere fra enheten

Delstudie 2 innebar observasjon av læringsarenaen Møteplassen. Av tabell 2 fremgår det hvilke enheter deltakende helsepersonell var ansatt i, og hvorvidt de var inkludert som respondenter i spørreskjemaundersøkelsen. Antallet som deltok i de enkelte samlingene av Møteplassen varierte, men totalt var om lag 100 unike deltakere med. Disse var ansatt som sykepleiere, hjelpepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og merkantilt personale.

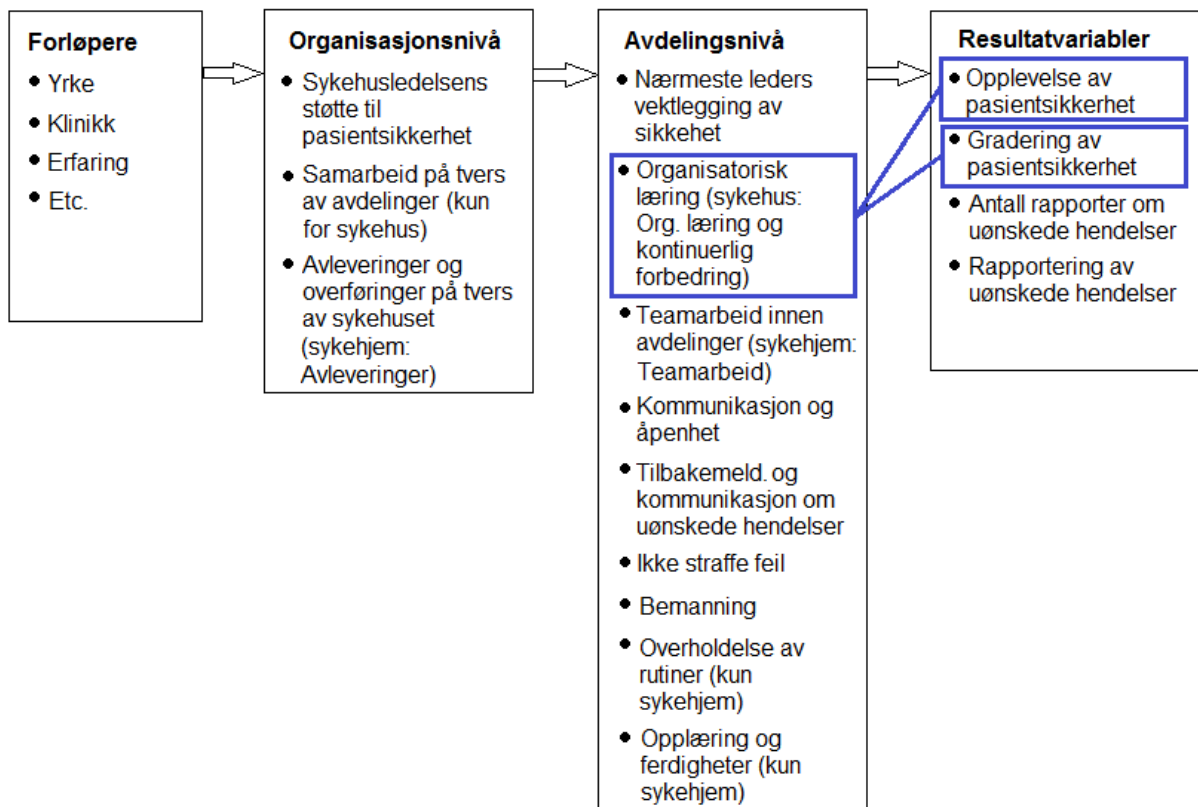
5.4 Innsamling av data

5.4.1 Delstudie 1

Den kvantitative delstudien (del 1) ble gjennomført ved at spørreskjema i papirform ble levert ut til utvalgt helsepersonell ved ulike sykehus- og sykehjemsavdelinger som vist

i tabell 2. Spørreskjemaene *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture – NHSPSC* (Sorra, Franklin & Streagle, 2008) og *Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC* (Sorra & Nieva, 2004), som begge er oversatt til norsk, ble benyttet. Spørreskjemaundersøkelsene er bygd opp av ulike dimensjoner som dekker varierte aspekter ved pasientsikkerhetskultur, samt bakgrunnsspørsmål som kartlegger utdanningsbakgrunn, ansettelsesvarighet og lignende. Følgende dimensjoner ble valgt ut med bakgrunn i relevans for denne studiens formål: *Organisatorisk læring* (HSOPSC: *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring*), *Opplevelse av pasientsikkerhet* og *Gradering av pasientsikkerhet* (se figur 4).

Figur 4: Oversikt over dimensjoner og sammenhenger i HSOPSC og NHSPSC. Dimensjonene med blått omriss inngår i studien, blå linje indikerer de undersøkte korrelasjoner (henholdsvis to for sykehjem og to for sykehus).



Det ble holdt fortløpende kontakt per telefon og e-post med de deltakende enheter slik at eventuelle spørsmål kunne avklares, samtidig som skriftlig informasjon underrettet den enkelte respondent om hvem en kunne henvende seg til for å få ytterligere opplysninger vedrørende spørreskjemaundersøkelsen (se vedlegg I og II).

Spørreskjemaene ble samlet inn ved at respondentene leverte skjema i egnede kasser utplassert på enhetene, eller sendte disse per post direkte til forskergruppen. Skjemaene var anonymisert i form av at de ikke kunne knyttes til den enkelte ansatte av personell i avdelingene. Hvert skjema var påført et unikt nummer¹.

Spørreskjemaene ble utlevert i begynnelsen av september 2013, og de siste respondentene leverte mot slutten av november 2013. Svarprosenten var tilnærmet lik for henholdsvis sykehus- og sykehjemsansatte, og slik det fremgår av tabell 3 var den samlede svarprosenten på 67,4 prosent. Som en tommelfingerregel regnes en svarrespons som bra dersom mer enn 50 prosent av bruttoutvalget svarer (Johannessen et al., 2010, s. 245). Bruttoutvalget består av alle respondenter som er valgt ut til å svare, mens nettoutvalget består av alle som faktisk deltar (Johannessen et al., 2010, s. 244).

Tabell 3: Bruttoutvalg, nettoutvalg og svarprosent

	Bruttoutvalg (utleverte skjema)	Nettoutvalg (innleverte skjema)	Svarprosent
Sykehusansatte	217	147	67,7
Sykehjemsansatte	123	82	66,7
Totalt	340	229	67,4

5.4.2 Delstudie 2

Ved hjelp av observasjon ble det i delstudie 2 gjort en kartlegging av hvordan læringsarenaen Møteplassen la til rette for organisatorisk læring i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Observasjonene ble utført med utgangspunkt i et observasjonsverktøy som ble utarbeidet på bakgrunn av Nonaka og Takeuchi (1995) og Easterby-Smith et al. (2008) (se vedlegg IV). Fire samlinger ble brukt til å bli kjent med læringsarenaen, samt teste ut og revidere observasjonsverktøyet. Denne utprøvingen ble kvalitetssikret av forskningsprosjektets leder (veileder), ved å gjennomføre parallelle utprøvinger under de samme samlingene. Hovedtyngden av data er samlet inn på de tre siste samlingene. Sistnevnte samlinger hadde temaet *Systemer for samhandling i overføring av eldre*. Det er data fra disse tre samlinger som vil utgjøre datagrunnlaget for del 2 av denne studien.

¹ Koblet til navneliste, for å muliggjøre måling 2 i det overordnede forskningsprosjektet.

Datainnsamlingen ble gjennomført ved observasjon av selve undervisningsopplegget på Møteplassen, dynamikken i gruppene og utsagn fra den enkelte, samt analyse av en avsluttende evaluering som hver deltaker ble oppfordret til å fylle ut mot slutten av hver samling. Samlingene ble ledet av forskere fra UiS, mens feltrollen knyttet til denne studien var tilstedeværende og delvis deltakende observatør. I tillegg til tilstedeværelse gjorde elementer av deltakelse seg også gjeldende, i form av en funksjon som fasilitator for gruppedialog.

Rent praktisk foregikk datainnsamlingen ved at observatøren var til stede fra samlingens begynnelse til slutt. Det ble naturlig å ta del i uformelle samtaler som foregikk ved kafébordene, og på forespørsel fortelle kort om bakgrunnen for min deltakelse i forskningsprosjektet. Som fasilitator for en gruppe, skulle man i tillegg til å samle observasjonsdata til masteroppgaven bidra til gode og relevante diskusjoner, blant annet ved å invitere deltakere som i liten grad selv tok ordet til å bidra. Slik sett var min rolle todelt, noe som ikke opplevdes som negativt for utfallet av observasjonen. Man ble snarere en naturlig del av gruppen, og deltakerne så dermed ikke ut til å la dialogen begrenses av at de ble observert. Underveis i gruppedialogen ble det ved bruk av håndskrevne notater sikret relevante observasjoner knyttet opp mot forskningsspørsmålene. Med utgangspunkt i observasjonsverktøyets oppbygning kunne det enkelt noteres ned viktige stikkord og hele setninger/sitater etter hvert som dialogen skred frem. Siden observasjonsverktøyet var testet og revidert gjennom fire samlinger før selve datainnsamlingen tok til, fungerte dette som et nyttig og presist verktøy under observasjonen. Observasjoner under plenumsdialog ble dokumentert ved å notere på pc. Her var min rolle kun tilstedeværende observatør, noe som gjorde det mulig å fokusere fullt på å få med viktige poeng og sitater fra det som ble sagt. Etter hver samling ble sentrale observasjoner knyttet til kunnskapsutvikling notert i en egen seksjon i observasjonsverktøyet.

Deltakerne ble i begynnelsen av deres første samling informert om min rolle som masterstudent, og at data som ble samlet inn i løpet av samlingen også ville inngå i datamaterialet til en masteroppgave. Det ble ikke opplyst om detaljer knyttet til denne masteroppgaven, men i de tilfellene der det ble stilt spørsmål fra deltakere om studiens innhold, ble det gitt en kortfattet beskrivelse av hovedelementer.

5.5 Analyse

5.5.1 Delstudie 1

Kvantitative data er analysert ved hjelp av programmet IBM SPSS Statistics 21. Data fra de innsamlede spørreskjemaene ble først plottet inn i programmet manuelt, før datasettet ble kontrollert av to personer (masterstudent, forsker). Deretter ble skalaene reversert for de items som hadde omvendt vektning², før man satte sammen samlevariabler som tilsvarte de aktuelle items som inngår i de forskjellige dimensjonene. For å kunne beskrive nettoutvalget ble det tatt ut oversikter over respondentenes utdanningsbakgrunn og ansettelsestid i enheten. Videre ble deskriptiv statistikk brukt for å se hvordan svarene fordelte seg på de ulike items.

Etter at man på denne måten hadde gjort seg kjent med nettoutvalget og datasettet som sådan, ble korrelasjonsanalysene som skulle teste nullhypotesene utført. Til sammen fire korrelasjonsanalyser ble gjennomført. De to første analysene omhandler svar fra ansatte i sykehus, og tar for seg parvise korrelasjoner mellom dimensjonen *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring* og henholdsvis *Opplevelse av pasientsikkerhet* og *Gradering av pasientsikkerhet*. Videre tar de to siste analysene for seg svar fra sykehjemsansatte, og beskriver parvise korrelasjoner mellom dimensjonen *Organisatorisk læring* og henholdsvis *Gradering av pasientsikkerhet* og *Opplevelse av pasientsikkerhet*. (Se figur 4).

Utvalget som ligger til grunn er ikke trukket tilfeldig, og noen av variablene (det eller de items som utgjør dimensjonen) befinner seg på et ordinalt målenivå. Samtidig følger svarfordelingen i varierende og usikker grad en normalfordeling. På bakgrunn av disse forhold ble det valgt å benytte rangkorrelasjonskoeffisienten, *Spearman's rho*, for å beskrive samvariasjonen mellom dimensjonene. Rangkorrelasjonskoeffisienten rho egner seg for å uttrykke samvariasjonens styrke for to variabler på ordinalt nivå (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 123).

5.5.2 Delstudie 2

Kvalitative data er analysert med utgangspunkt i teoriene som la grunnlaget for observasjonsverktøyet (Nonaka og Takeuchi, 1995; Easterby-Smith et al., 2008). Samlet sett dannet disse grunnlaget for å gjøre en bred kartlegging og analyse av hvordan

² Reversert skala innebærer at lav/høy svarverdi vektet omvendt i analysene, for detaljer se kapittel 6.3

Møteplassen tilrettela for så vel organisatorisk som interorganisatorisk læring, ved å sammenholde relevante momenter fra hver teori, slik det skisseres i figur 5.

Figur 5: Oversikt over det teoretiske rammeverket i oppgaven.



Konkret ble analyse av data fra delstudie 2 gjennomført i flere trinn. I etterkant av hver samling (samme dag) ble håndskrevne notater skrevet inn på pc, og notater i stikkordsform ble gjort om til setninger. Det ble deretter laget et nytt dokument, der observasjonene ble systematisert og samlet i tre overordnede deler: *Ubundet tid*, *Formidling* og *Dialog*³. De tre faktorene *type kunnskap* (Nonaka og Takeuchi, 1995), *interorganisatorisk dynamikk* og *trekk ved partene* (Easterby-Smith et al., 2008) utgjorde de øvrige rammene for hvor observasjonene ble plassert. Hver enkelt observasjon ble deretter beskrevet og tolket i lys av det teoretiske rammeverket, før man i neste omgang sammenholdt observasjoner med likhetstrekk, og klargjorde likheter og ulikheter mellom disse.

Evalueringskjemaene ble analysert ved at man først leste gjennom alt av fritekst. Det var mulighet for å krysse av på hvordan man opplevde samlingen, disse svarene ble overfladisk gjennomgått. Deretter ble alle utsagnene systematisert ut fra hvorvidt de var svar på «Hva har vært bra med samlingen i dag?» eller «Kunne noe vært gjort annerledes?». Videre ble det gjort en beskrivelse/utdypning av hvert enkelt utsagn, som søkte å klargjøre hovedtrekk i hva deltakeren mente. Etter dette sammenholdt man utsagn som så ut til å handle om det samme, før disse igjen ble plassert inn under den respektive overordnede delen (*Ubundet tid*, *Formidling* eller *Dialog*) de hadde tilknytning til. Til slutt ble disse resultatene tilføyd øvrige funn fra den kvalitative delen,

³ Innholdet i de ulike delene fremkommer i kapittel 7

for å representere deltakernes opplevelse av Møteplassen som en arena for læring og kunnskapsoverføring.

5.6 Validitet og reliabilitet

Ved at det er brukt anerkjente måleinstrument, som er oversatt og testet for norske forhold, vil den kvantitative delstudiens validitet kunne forsvares. Validiteten beskriver hvor godt, eller relevant, data representerer fenomenet (Johannessen et al., 2010, s. 69). Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data en bruker, hvordan data samles inn og bearbeides (Johannessen et al., 2010, s. 40). Måleinstrumentenes reliabilitet for denne studien gjøres nærmere rede for i kapittel 6. Det vil være avgjørende hvordan spørreskjemaundersøkelsen administreres, og at de statistiske metodene er egnet for å analysere det aktuelle datasettet. Tidligere i dette kapittelet er de benyttede statistiske metoder gjort rede for. Når det gjelder administreringen av spørreskjemaundersøkelsen, er denne gjort i samråd med erfarne forskere tilknyttet forskningsprosjektet *Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre*. Dette er med på å styrke delstudiens validitet, da det i forskerteamet allerede ligger inne etablerte rutiner for innsamling, forberedelse og analyse av data. Det at to personer har vært delaktig i behandling av data er videre med på å bidra til at eventuelle feilføringer kan oppdages.

Innenfor kvalitativ forskning er det delte meninger om hvilke begreper det er formålstjenlig å bruke for å vurdere forskningens kvalitet. Johannessen et al. (2010, s. 229) fremholder fire aspekter ved vurdering av en studies kvalitet; pålitelighet (reliabilitet), troverdighet (begrepsvaliditet), overførbarhet (ekstern validitet) og bekreftbarhet (objektivitet).

Påliteligheten til denne studiens kvalitative del vil styrkes ved at hele forskningsprosessen er beskrevet detaljert og inngående, slik at leseren kan følge prosessen frem til det endelige resultatet. På lignende måte kan en sikre best mulig bekreftbarhet, ved å være selvkritisk til hvordan en har gjennomført prosjektet, samt kommentere eventuelle tidligere erfaringer og oppfatninger som kan ha betydning for fortolkning og tilnærming. (Johannessen et al., 2010, s. 230-232). I dette tilfellet er observatøren utdannet sykepleier med erfaring fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan være med på å prege hvilke observasjoner man

vektlegger, og hvordan disse tolkes, da det ville vært vanskelig å tolke noe uten at man til en viss grad baserer dette på egen forforståelse. Studien har like fullt forsøkt å legge til rette for at det skal gjøres så nøytrale og presise observasjoner og tolkninger som mulig, ved å vektlegge det teoretiske rammeverket (se figur 5), og ved å bruke observasjonsverktøyet som styrende for datainnsamling så vel som analyse. Det at observasjonsverktøyet er testet og revidert av to personer, den ene en erfaren forsker med kompetanse på området, er med på å styrke delstudiens pålitelighet ytterligere.

Denne studiens overførbarhet vil avhenge av hvorvidt en lykkes med å etablere beskrivelser, begreper og fortolkninger som er nyttige på andre områder enn det som studeres (Johannessen et al., 2010, s. 231). For å fremme dette aspektet søker oppgaven å gi en grundig beskrivelse av konteksten og forholdene som er studert, slik at leseren selv kan avgjøre om funnene i studien er overførbare til andre områder.

5.7 Forskningsetiske vurderinger

Forskningsprosjektet *Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre* er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) den 19.10.11 (referansenummer 1978). Masteroppgaven er meldt inn til REK og godkjent som en del av det overordnede prosjektet (se vedlegg V).

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006, s. 5) definerer i *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* begrepet *forskningsetikk* som «et mangfoldig sett av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet». Spesielt har forskeren et ansvar for å beskytte interessen til utsatte grupper. I denne studien er det helsepersonell som er inkludert, og man snakker altså ikke om en særskilt utsatt eller svakstilt gruppe. Man har i tråd med de forskningsetiske retningslinjer fokusert på å respektere den enkelte persons integritet, frihet og medbestemmelse. Dette er blant annet gjort ved å gi presis og grundig informasjon om prosjektet, og ved å anonymisere alle opplysninger som kunne identifisert enkeltindivider. Alle respondenter og deltakere er informert om at deltakelse er frivillig, og det er gitt informasjon om at prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, det regionale helseforetakets forskningsfond og universitetet.

6.0 Organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur (del 1)

I dette kapitlet presenteres funn fra den kvantitative delstudien. Etter en kort beskrivelse av respondentenes utdannings- og erfaringsbakgrunn, redegjøres det for funn relatert til måleinstrumentenes reliabilitet. Deretter presenteres svarfordelingen på de aktuelle items, før man tar for seg funn som korrelasjonsanalysene har kunnet frembringe.

6.1 Nettoutvalgets bakgrunn

Respondentene hadde ulik utdanningsbakgrunn. Mens flertallet av de involverte sykehusansatte var sykepleiere eller spesialsykepleiere, var det ved sykehjemmet en lavere andel ansatte med utdanning på høgskole-/universitetsnivå eller høyere (se tabell 4 og 5).

Tabell 4: Utdanningsnivå for ansatte fra sykehjem i nettoutvalg

	Antall	Prosent
Lederstilling med personalansvar	10	12,2
Helsepersonell med minimum treårig høgskole- eller universitetsutdanning	34	41,5
Helsepersonell med utdanning fra videregående eller tilsvarende	35	42,7
Annet	3	3,7
Total	82	100,0

Tabell 5: Utdanningsnivå for ansatte fra sykehus i nettoutvalg

	Antall	Prosent
Avdelingssykepleier	4	2,7
Sykepleier/spesialsykepleier	95	64,6
Hjelpepleier	29	19,7
Overlege	7	4,8
Assistentlege	3	2,0
Merkantilt personell	4	2,7
Annet	3	2,0
Total (som har svart)	145	98,6
Ikke svart	2	1,4
Total	147	100,0

Videre viste svarene at prosentvis flere av de sykehusansatte hadde jobbet ved sin arbeidsplass i fem år eller mindre, mens en større andel ansatte ved sykehjem enn ved sykehus hadde vært ansatt i mer enn ti år (se tabell 6).

Tabell 6: Hvor lang tid den ansatte oppga å ha arbeidet ved det aktuelle sykehuset/sykehjemmet

	Antall fra sykehjem	Prosent fra sykehjem	Antall fra sykehus	Prosent fra sykehus
Mindre enn 1 år	9	11,0	20	13,6
1-5 år	24	29,3	60	40,8
6-10 år	16	19,5	26	17,7
11-15 år	15	18,3	18	12,2
16-20 år	6	7,3	3	2,0
21 år eller lenger	12	14,6	18	12,2
Total (som har svart)	82	100,0	145	98,6
Ikke svart			2	1,4
Total	82	100,0	147	100,0

Dette kan indikere at de involverte sykehusavdelingene har en større utskiftning av personale enn sykehjemsavdelingene som deltok i spørreskjemaundersøkelsen.

6.2 Dimensjonenes indre konsistens

Det ble gjennomført til sammen fire korrelasjonsanalyser, der totalt seks dimensjoner inngikk. Fem av dimensjonene består av to eller flere items (utsagn), mens dimensjonen *Gradering av pasientsikkerhet* for sykehus kun baserer seg på ett item (se tabell 7 og 8).

Verdiene for Cronbach's Alpha sier noe om dimensjonenes indre konsistens, altså om svarene på utsagnene som inngår i en og samme dimensjon, ser ut til å uttrykke svar på det samme fenomenet (Cronbach, 1951). En avgjørende faktor i formelen som bestemmer verdien på Cronbach's Alpha er antall items, hvilket innebærer at jo flere items en variabel inneholder, jo høyere verdi vil Cronbach's Alpha komme ut med (Cronbach, 1951). En variabel med en Cronbach's Alpha over 0,70 anses å ha en akseptabel indre konsistens ved sammenligning av grupper (Cronbach, 1951; Bland & Altman, 1997). Basert på datamaterialet i denne studien er det for fire av dimensjonene funnet verdier for Cronbach's Alpha som ligger nært opp mot eller like over denne grensen, mens dimensjonen *Gradering av pasientsikkerhet* for sykehjemsansatte kommer noe svakere ut med en Cronbach's Alpha på 0,52 (se tabell 7 og 8). Dette kan bety at de sykehjemsansatte har noe ulike oppfatninger av hva som er god pasientsikkerhet på generell basis, og av hva som er et trygt sykehjem for venners familiemedlemmer. En kan også tenke seg at svarene på de to utsagnene representerer to nivåer av en samlet pasientsikkerhetsgradering. En tredje årsak kan være det faktum at dimensjonen kun inneholder to items. Disse spørsmålene kan ikke de statistiske analysene gi svar på, og den norske versjonen av spørreskjemaet må testes i et større utvalg for å kunne si noe mer konkret i forhold til om en hadde vært med bedre tjent med å bruke en annen sammensetning av items for denne dimensjonen.

Tabell 7: SYKEHUS (HSOPSC) - Dimensjoner, Cronbach's Alpha, tilhørende items og deskriptiv statistikk. Svaralternativer i parentes. Reversert skala innebærer at lav/høy svarverdi vektas omvendt i analysene.

DIMENSJON	ITEMS	DESKRIPTIV STATISTIKK (N=147)
Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring Antall items: 3 Cronbach's α : 0,67	(Alle items: Helt uenig, Uenig, Både/og, Enig, Helt enig) <i>Vi jobber aktivt for å forbedre pasientsikkerheten</i> <i>Feil (og uønskede hendelser) er blitt brukt for å få til positive forandringer her</i> <i>Når vi har gjennomført endringer for å forbedre pasientsikkerheten, evaluerer vi effekten</i>	
Opplevelse av pasientsikkerhet Antall items: 4 Cronbach's α : 0,68	(Alle items: Helt uenig, Uenig, Både/og, Enig, Helt enig) <i>Pasientsikkerhet blir aldri nedprioritert for å få unna mer arbeid</i> <i>Våre prosedyrer og systemer fungerer godt for å forhindre uønskede hendelser</i> <i>Det er kun en tilfeldighet at det ikke skjer flere alvorlige feil her i avdelingen (reversert skala)</i> <i>Vi har problemer med pasientsikkerheten i vår avdeling (reversert skala)</i>	
Gradering av pasientsikkerhet Antall items: 1	(Fremragende, Meget god, Akseptabel, Dårlig, Meget dårlig - reversert skala) <i>Gi en generell vurdering av pasientsikkerheten i din avdeling</i>	

6.3 Svarfordeling for sykehusansatte

Slik det fremgår av tabell 7 er det tydelige forskjeller på skårene til de tre items som utgjør dimensjonen *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring*. Det ser ut til at

flesteparten av respondentene i varierende grad er enige i at det jobbes aktivt med å forbedre pasientsikkerheten, og at feil og uønskede hendelser er blitt brukt for å få til positive forandringer. Når det kommer til evaluering av effekt etter gjennomførte endringer, svarer respondentene mer nøytralt. Dette kan ha sammenheng med at det for den enkelte ansatte ikke alltid er synlig hva som blir gjort av endringer, men det kan også bety at det er mangel på evaluering av tiltak eller rett og slett mangel på slike tiltak. I så måte er dette et item som kan sies å favne flere forhold, hvilket innebærer at man ikke kan være helt sikker på hva den enkelte respondent legger i den gitte skåre.

Dimensjonen *Opplevelse av pasientsikkerhet* inneholder to items med reversert skala, det vil si at en positiv skåre teller negativt i den videre analysen. Slike items blir gjerne lagt inn i spørreskjemaundersøkelser for å unngå at respondentene gir flesteparten av svarene i en ende av skalaen, og for å legge til rette for at man må stoppe opp og tenke litt før man svarer. Prosentfordelingen for items i dimensjonen viser at under halvparten av de sykehusansatte er enig eller helt enig i at pasientsikkerhet aldri blir nedprioritert for å få unna mer arbeid. Dette er et lavt tall, som viser hvordan mangel på ressurser kan være en potensiell trussel mot pasientsikkerheten. Under halvparten av respondentene er videre helt enig eller enig i at prosedyrene og systemene fungerer godt for å forhindre uønskede hendelser, hvilket synliggjør behovet for systemforbedring. Av interessante funn tilknyttet denne dimensjonen kan det videre nevnes at nesten halvparten er helt uenig eller uenig i at det kun er en tilfeldighet at det ikke skjer flere alvorlige feil i avdelingen, noe som kan tale for at respondentene mener det er faktorer utenom tilfeldigheter som virker inn på pasientsikkerheten. Man kan imidlertid ikke slå fast om disse faktorene omhandler individuelle ferdigheter, rutiner eller annet. Godt over halvparten av respondentene fra sykehus angir videre å være helt uenig eller uenig i at de har problemer med pasientsikkerheten i sin avdeling.

Når det gjelder dimensjonen *Gradering av pasientsikkerhet*, som kun inneholder ett item, har de sykehusansatte gitt en generell vurdering av pasientsikkerheten i sin avdeling. Under halvparten av respondentene har vurdert pasientsikkerheten som meget god eller fremragende, mens nesten 45 prosent vurderer den som akseptabel. Nesten 7 prosent mener pasientsikkerheten er dårlig eller meget dårlig. Disse resultatene peker mot at det fortsatt må arbeides målrettet mot forbedring av pasientsikkerhet i sykehus.

Tabell 8: SYKEHJEM (NHSPSC) - Dimensjoner, Cronbach's Alpha, tilhørende items og deskriptiv statistikk. Svaralternativer i parentes. Reversert skala innebærer at lav/høy svarverdi vektas omvendt i analysene.

DIMENSJON	ITEMS	DESKRIPTIV STATISTIKK (N=82)
Organisatorisk læring Antall items: 4 Cronbach's α : 0,65	(Alle items: Helt uenig, Uenig, Både/og, Enig, Helt enig, Ikke relevant/Vet ikke) <i>I dette sykehjemmet skjer de samme feilene om og om igjen (reversert skala)</i> <i>Det er lett å iverksette endringer for å forbedre pasientenes sikkerhet i dette sykehjemmet</i> <i>Ved dette sykehjemmet gjøres alltid noe for å forbedre pasientenes sikkerhet</i> <i>Endringer med sikte på å forbedre pasientsikkerheten evalueres</i>	<p>Ikke svart: 1,2 %</p> <p>Ikke svart: 1,2 %</p> <p>Ikke svart: 1,2 %</p> <p>Ikke svart: 1,2 %</p>
Opplevelse av pasientsikkerhet Antall items: 3 Cronbach's α : 0,72	(Alle items: Helt uenig, Uenig, Både/og, Enig, Helt enig, Ikke relevant/Vet ikke) <i>Pasientene blir godt ivaretatt ved dette sykehjemmet</i> <i>Ved dette sykehjemmet gjøres en god jobb i forhold til å vedlikeholde pasientenes sikkerhet</i> <i>Dette sykehjemmet er et trygt sted for pasientene</i>	<p>Ikke svart: 1,2 %</p> <p>Ikke svart: 2,4 %</p> <p>Ikke svart: 1,2 %</p>
Gradering av pasientsikkerhet Antall items: 2 Cronbach's α : 0,52	(Ja/Kanskje/Nei - reversert skala) Jeg kan fortelle til venner at dette er et trygt sykehjem for deres familiemedlem (Svært dårlig/Dårlig/Tilfredsstillende/God/Svært god) Alt i alt, hvordan vurderer du pasientenes sikkerhet i dette sykehjemmet?	<p>Ikke svart: 4,9 %</p> <p>Ikke svart: 3,7 %</p>

6.4 Svarfordeling for sykehjemsansatte

Dimensjonen *Organisatorisk læring* inneholder for sykehjem fire items, hvor det ene har reversert skala. Slik det fremkommer av tabell 8 er nesten 65 prosent av respondentene helt uenig eller uenig i at de samme feilene skjer om og om igjen i det aktuelle sykehjemmet. Flesteparten av respondentene svarer i positiv retning på om det

er lett å iverksette endringer for å forbedre pasientenes sikkerhet i sykehjemmet, og på hvorvidt det alltid gjøres noe ved sykehjemmet for å forbedre pasientenes sikkerhet. På spørsmål om endringer med sikte på å forbedre pasientsikkerheten evalueres, svarer nesten 60 prosent av de sykehjemsansatte at de er helt enige eller enige. Her må det presiseres at så mange som 18,3 prosent har svart *Ikke relevant/vet ikke*. Dette kan på den ene siden underbygge antakelsene om at ordlyden i item som disse kan medføre at man får svar på ulike forhold, samtidig som det på den andre siden kan indikere at de ansatte i for liten grad involveres i eventuelle endringer som gjøres med dette siktemål.

De sykehjemsansattes svar på dimensjonen *Opplevelse av pasientsikkerhet* fremstår som svært positive. Så mange som 92,7 prosent sier at de er helt enig eller enig i at pasientene blir godt ivaretatt ved det aktuelle sykehjemmet. Videre mener nesten 83 prosent at det gjøres en god jobb ved sykehjemmet i forhold til å vedlikeholde pasientenes sikkerhet, mens nesten 93 prosent svarer at sykehjemmet er et trygt sted for pasientene.

Den siste dimensjonen for sykehjem, *Gradering av pasientsikkerhet*, preges også av positive svar. 84,1 prosent av de sykehjemsansatte sier at de kan fortelle til venner at det aktuelle sykehjemmet er et trygt sykehjem for deres familiemedlem, mens 11 prosent svarer kanskje på samme utsagn, og ingen respondenter svarer nei. På den sammenlagte vurderingen av pasientenes sikkerhet i sykehjemmet de er ansatt ved, svarer nesten 82 prosent at pasientsikkerheten er god eller svært god, mens nesten 15 betegner den som tilfredsstillende. Ingen respondenter sier de mener pasientsikkerheten er dårlig eller svært dårlig. Funnene indikerer at pasientsikkerhetskulturen i de undersøkte sykehjemsavdelingene er god.

6.5 Sammenligning av resultater fra sykehus og sykehjem

Slik det fremgår av tabell 7 og 8 er ikke de enkeltvise items og deres tilhørende svaralternativer direkte sammenlignbare for ansatte ved sykehjem og sykehus. I noen tilfeller skilles utsagnene kun av ulik ordlyd, mens andre items preges av større forskjeller. Det er også verdt å merke seg at respondenter fra sykehjem i hovedsak gis mulighet til å svare *Ikke relevant/vet ikke*, mens dette alternativet ikke finnes for sykehusansatte. Videre er det nesten dobbelt så mange respondenter fra sykehus som fra sykehjem. På grunnlag av dette er det krevende å sammenligne resultater på item-nivå

fra henholdsvis sykehus og sykehjem, og dette faller heller ikke inn under denne studiens henseende. For å kontekstualisere de videre analysene, er det imidlertid interessant å merke seg at sykehjemsansatte i denne studien graderer pasientenes sikkerhet som markant bedre enn hva sykehusansatte i studien gjør (se tabell 7 og 8, siste item).

Videre viser resultatene for dimensjonen *Organisatorisk læring* (sykehus: *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring*) prosentvis mer positive svar for sykehjem (63,13 prosent) enn for sykehus (47,87 prosent). Dette er beregnet ut fra den gjennomsnittlige prosentandelen som har svart *Helt enig/Enig* (reversert skala: *Helt uenig/Uenig*) på items tilhørende hver dimensjon, og en må her ta forbehold mot eventuelle forstyrrelser som kan skapes ved at kun sykehjemsansatte fikk mulighet til å svare *Ikke relevant/Vet ikke*. Dette tatt i betraktning ser det likevel ut til at ansatte ved sykehjem oppgir en sterkere grad av organisatorisk læring enn ansatte ved sykehus, hvilket i seg selv er et interessant funn.

6.6 Korrelasjonsanalysene

I dette delkapittelet presenteres funn fra de utførte korrelasjonsanalysene. Rangkorrelasjonskoeffisienten, *Spearman's rho*, er benyttet for å beskrive samvariasjonen mellom dimensjonene. Det finnes ikke et fasitsvar på hva som er en høy korrelasjon, da dette avhenger av hva som undersøkes, og hvor sterk korrelasjon man forventer (Johannessen et al., 2010, s. 304). En tommelfingerregel er likevel at en korrelasjon fra 0,00 til 0,19 blir sett på som veldig svak, 0,20-0,39 regnes som svak, 0,40-0,69 betegnes som moderat, 0,70-0,89 blir regnet som høy, mens en korrelasjon på 0,90-1,00 er meget høy (Cohen & Holliday, 1982 i Johannessen et al., 2010, s. 304).

6.6.1 Resultater for sykehusansatte

Mellom dimensjonen *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring* og dimensjonen *Gradering av pasientsikkerhet* ble det funnet en moderat, signifikant korrelasjon (se tabell 9).

Tabell 9: Rangkorrelasjonskoeffisienter for samvariasjon mellom dimensjonene Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring og Gradering av pasientsikkerhet i HSOPSC.

			Org. lær. - kont. forb.	Grad. pas.sikkerhet.
Spearman's rho	Org. lær. - kont. forb.	Korrelasjonskoeffisient	1,000	,416**
		Sig. (tosidig)	.	,000
		N	138	137
	Grad. pas.sikkerhet	Korrelasjonskoeffisient	,416**	1,000
		Sig. (tosidig)	,000	.
		N	137	146

** . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivået (tosidig).

Videre viste analysene en signifikant korrelasjon med moderat styrke mellom dimensjonene *Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring* og *Opplevelse av pasientsikkerhet* (se tabell 10).

Tabell 10: Rangkorrelasjonskoeffisienter for samvariasjon mellom dimensjonene Organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring og Opplevelse av pasientsikkerhet i HSOPSC.

			Org. lær. - kont. forb.	Opplev. pas.sikkerhet
Spearman's rho	Org. lær. - kont. forb.	Korrelasjonskoeffisient	1,000	,491**
		Sig. (tosidig)	.	,000
		N	138	134
	Opplev. pas.sikkerhet	Korrelasjonskoeffisient	,491**	1,000
		Sig. (tosidig)	,000	.
		N	134	138

** . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivået (tosidig).

6.6.2 Resultater for sykehjemsansatte

På lignende måte som for sykehusansatte, ble også samvariasjonen mellom dimensjonene *Organisatorisk læring* og *Gradering av pasientsikkerhet* undersøkt for ansatte i sykehjem. Her ble det funnet en moderat, signifikant korrelasjon (se tabell 11). Videre ble det gjort korrelasjonsanalyser mellom dimensjonene *Organisatorisk læring* og *Opplevelse av pasientsikkerhet*, der en fant en enda sterkere signifikant korrelasjon, dog fortsatt kategorisert som en korrelasjon med moderat styrke (se tabell 12).

Tabell 11: Rangkorrelasjonskoeffisienter for samvariasjon mellom dimensjonene Organisatorisk læring og Gradering av pasientsikkerhet i NHSPSC.

			Org. læring	Grad. pas.sikkerhet.
Spearman's rho	Org. læring	Korrelasjonskoeffisient	1,000	,409**
		Sig. (tosidig)	.	,001
		N	71	67
	Grad. pas.sikkerhet.	Korrelasjonskoeffisient	,409**	1,000
		Sig. (tosidig)	,001	.
		N	67	78

** . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivået (tosidig).

Tabell 12: Rangkorrelasjonskoeffisienter for samvariasjon mellom dimensjonene Organisatorisk læring og Opplevelse av pasientsikkerhet i NHSPSC.

			Org. læring	Opplev. pas. sikkerhet
Spearman's rho	Org. læring	Korrelasjonskoeffisient	1,000	,559**
		Sig. (tosidig)	.	,000
		N	71	70
	Opplev. pas. sikkerhet	Korrelasjonskoeffisient	,559**	1,000
		Sig. (tosidig)	,000	.
		N	70	80

** . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivået (tosidig).

Alle korrelasjonene var signifikante på 0,01-nivået. Dette betyr at samvariasjonene som ble funnet i dette utvalget sjeldnere enn i 1 prosent av tilfellene ville opptrådt dersom det i virkeligheten ikke var noen sammenheng mellom variablene i populasjonen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Det er altså mindre enn 1 prosent risiko for at en forkaster en nullhypotese som i virkeligheten er sann, og slik det fremgår av verdiene i tabellene 9-12 vil risikoen i disse tilfellene være vesentlig lavere enn 1 prosent.

6.6.3 Oppsummering

Analysene har vist at det er korrelasjoner av moderat styrke mellom de undersøkte dimensjonene, hvor alle korrelasjonene var signifikante. Ifølge H_{01} forventet en ingen korrelasjon mellom organisatorisk læring og helsepersonell sin opplevelse av pasientsikkerhet, mens H_{02} tilsa at det ikke var noen korrelasjon mellom organisatorisk læring og helsepersonell sin gradering av pasientsikkerhet. På bakgrunn av analysene som er presentert i dette kapitlet forkastes begge nullhypotesene, både når det gjelder ansatte i sykehus og i sykehjem.

Oppsummert vil denne studien argumentere for at det er en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhet i utvalget sykehjems- og sykehusenheter. På bakgrunn av dette vil det være viktig å finne gode metoder for å legge til rette for organisatorisk læring, for på denne måten å kunne bedre pasientsikkerheten. Neste kapittel tar for seg resultatene fra studiens del 2, som er et bidrag til å øke forståelsen for hvordan det kan tilrettelegges for organisatorisk læring i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

7.0 Læringsarenaen Møteplassen (del 2)

I dette kapitlet vil resultater fra observasjon av læringsarenaen *Møteplassen* presenteres. Innledningsvis beskrives læringsarenaens formål og oppbygning, før innholdet struktureres i tre overordnede deler. Videre presenteres resultatene for de overordnede delene av Møteplassen, sammen med tolkninger og refleksjoner basert på de teoretiske perspektivene som ble beskrevet i kapittel 3. Hver del vil avslutningsvis ta for seg deltakernes evalueringer av forhold som angår den aktuelle delen.

7.1 Beskrivelse av Møteplassen

Møteplassens hensikt var å gi ansatte som er involvert i overføringer av eldre mellom primær- og spesialisthelsetjenesten en arena å treffes på for å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet og sikkerhet i overføringer. Behovet for Møteplassen er basert på resultater hvor forskergruppen utførte observasjoner av overføringer av eldre pasienter fra kommune til sykehus og tilbake til kommune i to ulike helseforetak med tilhørende kommuner (Storm et al., 2014; Aase et al., 2013).

Innholdet i Møteplassen reflekterte dette behovet, ved å legge stor vekt på dialog og gi mange muligheter for deltakerne til å uttrykke sine erfaringer og meninger. Læringsarenaen hadde videre en solid faglig profil, der erfarne forskere holdt kunnskapsbaserte innlegg, samtidig som sentrale representanter fra de involverte helsetjenestene fikk formidle et mer hverdagslig og praksisnært perspektiv. Et siste viktig element var pasientcase presentert i form av filmer, der formålet var å aktivisere deltakerne i diskusjon rundt konkrete situasjoner med høy relevans for egen praksis.

7.1.1 Program

Møteplassen ble gjennomført med utgangspunkt i et på forhånd oppsatt program (se tabell 13). Hver samling startet med registrering av deltakerne, etterfulgt av lunsj for deltakere og forskere i forskningsteamet. Deretter fulgte et velkomstinnlegg av forsker, der det ble presentert en oppsummering av forrige samling deltakerne var med på, altså forrige tema. Videre holdt leder av forskningsprosjektet en forelesning, før sentrale

aktører fra kommunen presenterte et innlegg, etterfulgt av en pause til deltakernes frie disposisjon.

Etter pausen hadde ansatte i samhandlingsseksjonen ved sykehuset et innlegg, før det ble det vist en film som ved hjelp av et pasientcase beskriver hvordan flyten av elektroniske meldinger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ideelt sett skal foregå. Umiddelbart etter filmen ble det gjennomført en kafédiallog. Deltakerne satt da i på forhånd definerte grupper, og diskuterte med utgangspunkt i to utleverte skriftlige punkter: «Hva er de viktigste forutsetningene for at informasjonsutvekslingen i filmen skal bli en realitet i alle deler av helsetjenestene?» og «Hver gruppedeltaker noterer tre tiltak på egen avdeling for å adressere forutsetningene for god informasjonsutveksling. Diskuter tiltakene i gruppa». Hver gruppe hadde en fasilitator tilknyttet seg, dette var en person fra forskerteamet (forsker eller masterstudent).

Etter kafédialogen ble tiltak og erfaringer som fremkom under de ovennevnte punkter presentert i plenum av deltakerne, og noe av det som ble lagt frem la grunnlaget for videre diskusjoner i plenum av kortere eller lengre varighet. Til slutt ble det holdt en avslutning av forsker, der man kort oppsummerte hele Møteplassen, og der deltakerne ble takket for at de deltok. Det ble også oppfordret til at den enkelte deltaker fylte ut evalueringsskjema.

Tabell 13: Program for Møteplassen tema 3; Systemer for samhandling i overføring av eldre

Aktivitet	Varighet
Registrering og lunsj	30 min.
Velkommen - Oppsummering av samling 2 «Pasientperspektiv i overføringer av eldre» v/forsker	10 min.
«Uønskede hendelser og samhandling – systemer og gjeldende praksis» v/forsker	20 min.
«Den praktiske hverdagen med avtaleverk og systemer for samhandling - et kommuneperspektiv» v/representant(er) fra kommunen	20 min.
Pause	10 min.
«Den praktiske hverdagen med avtaleverk og systemer for samhandling - et sykehusperspektiv» v/representant fra sykehus	20 min.
Film	15 min.
Kafédiallog	45 min.
Plenum og avslutning v/forsker	40 min.

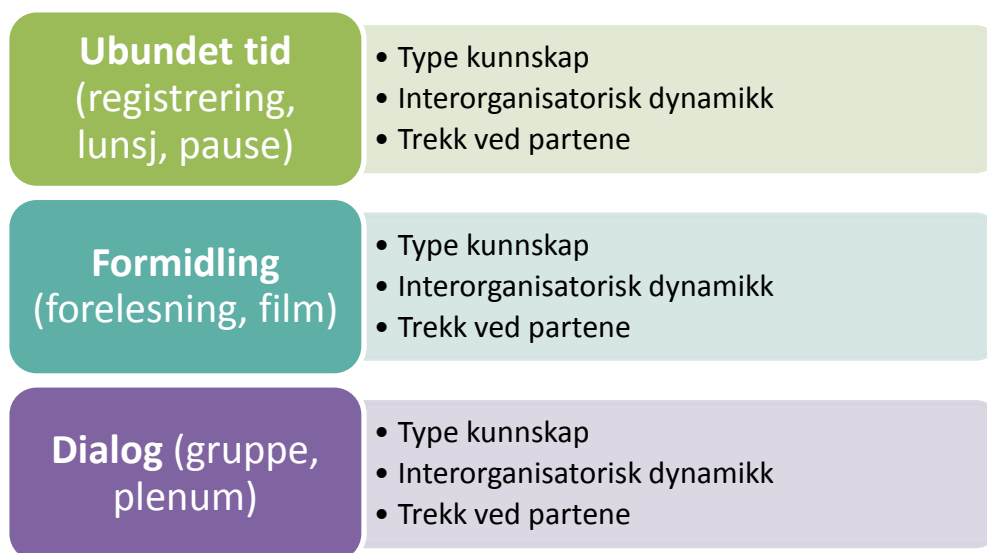
7.1.2 Fysisk struktur

Møteplassen foregikk i moderne og lyse lokaler, med tilgang til prosjektor. PowerPoint-presentasjoner ble vist ved alle innlegg/forelesninger. Deltakerne var fra starten av plassert gruppevis i på forhånd oppsatte grupper, og satte seg ved bordet sammen med resten av gruppen da de ankom lokalet. Gruppene bestod av ca. 5-9 personer, og det var lagt vekt på at så mange som mulig av gruppene skulle ha representanter fra alle de deltakende helsetjenester og yrkesgrupper. Utenom den tilmålte tiden til lunsj, var kaffe og forfriskninger tilgjengelig under hele samlingen.

7.2 Overordnede deler av Møteplassen

Elementene fra Møteplassens program kan samles i tre overordnede deler: *Ubundet tid*, *Formidling* og *Dialog* (se figur 6). De tre faktorene *type kunnskap* (Nonaka og Takeuchi, 1995), *interorganisatorisk dynamikk* og *trekk ved partene* (Easterby-Smith et al., 2008) vil i resultatbeskrivelsene knyttes til de tre overordnede delene av Møteplassen.

Figur 6: Overordnede deler av Møteplassen med tilhørende faktorer som er kartlagt



Ubundet tid representerer deler av Møteplassen der deltakerne har stor grad av frihet til selv å velge oppholdssted, samtalepartnere og gjøremål. I *Formidling* inngår aktiviteter som i hovedsak styres av forskere eller eksterne foredragsholdere, samt film. Den siste overordnede delen, *Dialog*, preges av aktiviteter der det er lagt opp til høy grad av

deltakerinvolvering. Sistnevnte inkluderer diskusjoner både gruppevis og i plenum, og fremstår som en særlig vektlagt del for å oppnå Møteplassens hensikt med å gi helsepersonell anledning til å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet og sikkerhet i overføringer. Samlet sett legger de tre ulike delene til rette for en dynamisk prosess, der alle aktørene er tenkt å være både mottakere og sendere av kunnskap.

I det videre vil de tre overordnede delene gjennomgås og resultater knyttet til de ulike delene beskrives.

7.2.1 Ubundet tid

Type kunnskap (sosialisering, kombinerings)

Et fremtredende trekk i observasjonene er at deltakerne snakket med hverandre og delte erfaringer fra hverandres hverdag. Denne formen for sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser, og er i så måte en forutsetning for at kunnskapsoverføring skal kunne skje. Sentralt i sosialiseringen står interaksjonen mellom taus og taus kunnskap. Det ble i Møteplassen observert at deltakerne så ut til å ønske å bli kjent med hverandre gjennom samtale, der samtalens tema ikke trengte å handle om den kunnskapen som skulle overføres. Møteplassen fremstår som en arena der ansatte møtes utenfor de vante omgivelsene til organisasjonen, og kan i så måte ikke bare legge til rette for en kreativ dialog, men også til å bygge opp tillit mellom deltakerne. I observasjoner gjort under lunsjen kom det tydelig frem at deltakerne så ut til å ønske å bygge en slik tillit til deltakere fra andre enheter, ved at de fremstod som oppriktig interessert i å bli kjent med hverandre.

Et annet interaksjonsmønster som ble observert i denne delen var kombinerings, i form av en observert interaksjon mellom eksplisitt og eksplisitt kunnskap. Møteplassen la ved hjelp av ubundet tid til rette for dette, ved at eksplisitt kunnskap som allerede var kjent av partene ble diskutert, og satt inn i en annen sammenheng. På denne måten skapte deltakerne ny kunnskap ved at de utvekslet og kombinerte kunnskap, og systematiserte konsepter inn i et kunnskapssystem.

Interorganisatorisk dynamikk

Observasjonene fra denne delen av Møteplassen bar preg av at deltakerne hilste på hverandre, småpratet om hvor de ulike jobbet, hvor lenge de hadde jobbet der og så

videre. Disse observasjonene ble tolket som at deltakerne knyttet sosiale bånd. Slike uformelle sosiale relasjoner har vist seg å være av overordnet betydning for kunnskapsflyt mellom medlemmer av samme organisasjon (Hansen & Løvås, 2004) eller av forskjellige organisasjoner (Bell & Zaheer, 2007). Denne typen interaksjon mellom deltakerne kan føre til at de får kunnskaper om hverandres hverdag og utfordringer, og kan både være med på å gjøre partene likeverdige, samtidig som det kan bidra til at sosiale bånd knyttes. Sannsynligvis vil dette minske betydningen av kulturelle forskjeller som gjerne finnes mellom deltakere fra ulike organisasjoner.

Det ble observert flere utsagn som handlet om at maktbalansen er mer jevn nå enn før mellom sykehus og kommune, noe som kan tyde på at partene er blitt mer likeverdige. Det fremkom også holdninger som tydet på at deltakerne så viktigheten av å sette seg inn i andres måte å tenke på, hvilket illustreres av følgende sitat:

«Det er viktig å få forståelse for hvordan andre tenker. Dette har blitt bedre det siste året». (Ansatt i kommunen)

Dette kan tolkes som at partene fremstår som likeverdige. Det vil imidlertid som regel være slik at maktbalansen går i favør av den som har kunnskap å tilby den andre. Møteplassen er en setting der alle deltakerne er tenkt å være både mottakere og sendere av kunnskap, slik at det er tenkelig at maktbalansen vil kunne variere ut fra hvem som har mest kunnskap på det området som diskuteres. Dersom mottakeren ikke føler den har mer å lære fra senderen, vil maktbalansen utjevnes helt, og rasjonale for samarbeid bortfaller. En kan på bakgrunn av dette se den dynamiske vekslingen mellom senderrollen og mottakerrollen som preget Møteplassen som en viktig forutsetning for kunnskapsoverføring.

Et interessant trekk ved måten Møteplassen er lagt opp på, er at de samme deltakerne møtes tre ganger over en periode på fem måneder. En kan dermed anta at det ville vært mulig at sosiale relasjoner utvikles fra den første til den siste samlingen. Det ble ikke funnet klare holdepunkter for dette i observasjonene, men det kunne virke som om deltakerne i større grad kjente hverandre på den siste samlingen enn på den første, da de raskere begynte å snakke om andre ting enn hvem de var og hvor de jobbet, samt at de ikke trengte å presentere seg for å komme i dialog med hverandre.

Trekk ved partene

Ubundet tid var som det fremkommer preget av at deltakerne delte sine egne erfaringer og kunnskaper fra sine respektive arbeidsplasser. Deltakerne viste i så måte en tilsynelatende høy grad av motivasjon til å gi fra seg kunnskap.

Et funn i de videre observasjoner var at deltakerne ved aktivt å stille spørsmål til hverandre viste interesse for å høre hva andre deltakere hadde å si, og at de så ut til å være motiverte til å snakke sammen med folk fra andre arbeidsplasser. På bakgrunn av dette virket det som at deltakerne var motiverte til å lære, og at de anerkjente verdien av å tilegne seg ny kunnskap.

Deltakerevalueringer

Deltakerne verdsetter det å treffe andre som en egen kvalitet ved Møteplassen, og de setter andre ord på dette enn på den mer åpenbare informasjonsoverføringen som de også bekrefter har skjedd.

Utsagn som understøtter dette finner man flere av i evalueringene. Deltakerne beskriver det som positivt å treffe folk i annen type praksis, med andre perspektiv på ting. Andre fremhever nytten av å møte flere nivå, samt representanter fra andre instanser. En deltaker skriver at det alltid er bra å treffe folk fra andre enheter, en annen syntes det var lærerikt å høre hvordan andre instanser jobber, mens en tredje verdsetter muligheten til å høre om utfordringer på alle plasser. Flere gav også uttrykk for å sette pris på matserveringen.

7.2.2 Formidling

Type kunnskap (internalisering, kombinerings, eksternalisering, sosialisering)

I formidlingsdelen ble det observert at Møteplassen ser ut til å tilrettelegge for at alle de fire formene for interaksjonsmønstre skal kunne finne sted. Følgende sitat illustrerer internalisering:

«Jeg satt og tenkte under det forrige innlegget: «Ok, vi har noen utfordringer knyttet til systemnivå og noen til individnivå»» (Kommunerepresentant)

Sitatet er et eksempel på hvordan prosessen med å gjøre kunnskapen til sin egen kan foregå. Kunnskapen internaliseres i personens repertoar av taus kunnskap, og omgjøres

således til verdifull kapital. Kommunerepresentanten gjør den nylig ervervede kunnskapen til sin egen, og bruker kunnskapen i egen organisasjons setting, før hun videreformidler verbalt sin nylig erkjente kunnskap. Sistnevnte handling kan ses på som en form for eksternalisering, idet hun gjør sin tause kunnskap tilgjengelig for andre ved å uttale den eksplisitt.

Visning av PowerPoint-presentasjoner er et annet eksempel på at denne delen av Møteplassen legger til rette for eksternalisering. Disse baserte seg på forelesernes egen tause kunnskap og egne erfaringer, og ble presentert på lerret og distribuert skriftlig til deltakerne. I denne prosessen kom implisitt kunnskap frem som eksplisitte konsepter, blant annet i form av modeller.

På lignende måte ble det tilrettelagt for kombinerings, idet de allerede omtalte PowerPoint-presentasjonene også tok utgangspunkt i eksisterende eksplisitt kunnskap i organisasjonen, som ble systematisert ved å lage presentasjoner. Denne rekonfigureringen kan lede til ny kunnskap. En annen form for kombinerings ble observert idet forsker innledningsvis oppsummerte tiltak fra den forrige samlingen deltakerne var med på. Ved å presentere en slik oppsummering satte forskeren allerede kjent kunnskap inn i en ny kontekst, noe som kan føre til at ny kunnskap skapes.

Filmen som ble vist i samlingen gav deltakerne mulighet til å lære ved observasjon av andre; det tilrettelegges med andre ord for sosialisering. Deltakerne kunne, ved å observere skuespillerne og situasjonene, lære hvordan god samhandling kan fungere, og hvordan spesifikke tekniske rutiner ideelt sett skal gjennomføres. På denne måten legger Møteplassen til rette for at den enkelte kan tilegne seg ny taus kunnskap, uten at det trenger å bli brukt språk. Fordi filmen presenterte kunnskap knyttet til assosierte følelser og fordi denne kunnskapen var plassert i en spesifikk kontekst der delte erfaringer ble integrert, hadde den et godt utgangspunkt for å legge til rette for kunnskapsutvikling.

Interorganisatorisk dynamikk

Strukturen i denne delen åpner først og fremst opp for enveis kommunikasjon, der informasjon gis fra forelesere til deltakere, med mulighet for sistnevnte til å stille spørsmål. Forelesere kan i kraft av sin utdannelse eller stilling sies å være i en posisjon

med større grad av makt enn deltakerne. I tillegg er de aktører med kunnskap å tilby, og vil av den grunn også kunne sies å ha mer makt enn deltakerne.

Et gjennomgående trekk i observasjonene er at representanter fra både sykehus og kommune omtalte den motsatte part i positive ordelag. Representanten fra kommunen anerkjente sykehjem og sykehus på lik linje, idet det ble fremhevet at begge parter håndterer situasjoner bedre nå enn før. Representanten fra sykehus fremstilte på sin side kommunen som en attraktiv arbeidsplass, ved å vedgå at sykehuset «mister» folk til kommunen, samtidig som det ble presisert at det er sånn det skal være.

Sykehusrepresentanten fortalte videre at det tidligere var slik at legene hadde en arrogant innstilling til å hospitere i kommunen, fordi de ikke syntes de hadde noe å lære der, mens det nå er slik at ansatte ved sykehus tar kommuneansatte i forsvar dersom det blir sagt negative ting. Det ble fremhevet at det er blitt satt fokus på å spille hverandre gode på tvers av nivåene. Det beskrives altså et skifte fra en tid der sykehusansatte var ekspertene, til en mer utjevnet grad av kompetanse i dagens helsevesen.

Ved å komme med utsagn som nevnt over ser det ut til at representantene fra de to nivåene legger grunnlaget for en jevn maktbalanse, eventuelt en maktbalanse som er skiftende i tråd med hvem som søker og hvem som har kunnskap. De vedgår at det finnes kulturforskjeller, men stiller seg positive til å skape et grunnlag for interorganisatorisk samarbeid på tross av dette, hvilket følgende sitat understreker:

«Kulturen i spesialist- og primærhelsetjenesten er forskjellig – det vet vi – men vi tror det nytter å vite om det» (Sykehusrepresentant)

En sentral faktor som har betydning for interorganisatorisk kunnskapsoverføring, er hvorvidt det eksisterer et tillitsforhold mellom partene. Når det gjelder Møteplassen ser det ut til at foreleserne høster tillit relatert til ekspertrollen, og de fremstår i tillegg som troverdige i sin fremtreden. Her er det underforstått at forskerne som er ansvarlig for opplegget har kvalitetssikret de eksterne foreleserne, samt filmens innhold, slik at deltakerne kan være rimelig trygg på at kunnskapen kommer fra sikre kilder. En slik tillit kan på den andre siden også være gjensidig, og dermed fremme kunnskapsoverføring ved å gi foreleser en følelse av trygghet for at kunnskapen ikke vil bli utnyttet utover det den var tiltenkt for.

Den som deler kunnskap vil generelt sett kunne løpe en risiko ved å gi fra seg informasjon. I dette tilfellet ser det imidlertid ikke ut til å være noen umiddelbar risiko som står i veien for kunnskapsoverføring. En slik risiko ville vært tilstede dersom det var en mulighet for at kunnskap som ble delt utilsiktet førte til at formidlerens organisasjon mistet konkurransefortrinn. Dette er lite sannsynlig tilfellet innenfor den offentlige helsetjenesten i dag. En kan likevel anta at det kan finnes informasjon som foreleser avstår fra å dele på grunn av en lignende type risiko. Det kan for eksempel tenkes at det finnes en risiko for å skade kommunens eller eget omdømme ved å dele enkelte typer av informasjon, men observasjonene har ikke avdekket at det skulle være problematisk at slik informasjon i så tilfelle utelates fra innlegget. Dette er imidlertid forhold som i liten grad kan vurderes ved hjelp av observasjon.

Deltakerne i Møteplassen må kunne sies å ha en strategisk allianse seg i mellom, i form av å være en del av det offentlige helsevesenet, og til dels avhengige av et godt samarbeid på tvers av enheter. En slik strategisk allianse er som regel en forutsetning for at man kan snakke om en vesentlig form for kunnskapsoverføring (Easterby-Smith et al., 2008).

Trekk ved partene

Et gjennomgående trekk ved forskere og representanter fra kommune og sykehus i denne delen er at de fremstod som engasjerte i temaet generelt og i det de la frem spesielt. Dette ble tolket som at de var motiverte til å gi fra seg kunnskap, hvilket fremgår som en forutsetning for at kunnskapsdeling skal kunne skje i modellen for interorganisatorisk kunnskapsoverføring (Easterby-Smith et al., 2008).

Observasjon viste videre at enkelte av deltakerne noterte under fremleggene, mens andre tilsynelatende signaliserte at de fulgte med eller kjente seg igjen ved å nikke eller hviske seg imellom. Dette kan være tegn på at deltakerne oppfatter det slik at foreleser har verdifull og relevant kunnskap å tilby, og er i så måte et viktig moment i kunnskapsdelingsprosessen. På lignende måte så man under filmen at deltakerne lo, kommenterte og hvisket til hverandre, noe som kan bety at filmen kunne tilby kunnskap som ble oppfattet som verdifull og relevant for deltakerne. Ved ett tilfelle ble det observert at to representanter fra samme linjenivå gav avvikende opplysninger vedrørende samme spørsmål, på to ulike samlinger. Denne svakheten kan i dette

konkrete tilfellet sies å begrense verdien av den kunnskapen de hadde å tilby, og vil i så måte kunne svekke grunnlaget for kunnskapsoverføring dersom deltakerne ble klar over at avvikende opplysninger ble gitt.

Et tredje trekk som fremheves ved interorganisatorisk kunnskapsoverføring, er hvorvidt deltakerne er motiverte til å tilegne seg ny kunnskap. Observasjonene fra Møteplassens formidlingsdel viste at deltakerne i stor grad engasjerte seg for å tilegne seg kunnskap de syntes manglet, eller kunnskap som kom utydelig frem. Dette viste de ved aktivt å stille spørsmål til foreleser, samtidig som de gjennom kroppsspråk gjorde det tydelig at de fulgte med på hva som ble sagt, for eksempel ved å nikke bekreftende. Flere deltakere kom også med kritiske spørsmål til påstander de ikke umiddelbart var enige i, og kvalitetssikret på denne måten kunnskap for seg selv og for de øvrige deltakerne. Sammenholdt ble det dermed tydelig at de deltakerne som ytret seg fremstod som motiverte til å tilegne seg ny kunnskap, og observasjonene kunne ikke avdekke at det motsatte var tilfellet for noen av deltakerne.

Deltakerevalueringer

Flere deltakere skrev at de hadde fått god og interessant informasjon gjennom samlingen, både fra forskere og fra representanter fra sykehus og kommune. Det nevnes konkrete tema som den enkelte satte pris på å lære mer om, og det understrekes at det overordnede temaet oppfattes som svært aktuelt. En deltaker fremhever at han eller hun har lært mye om samhandling med kommunen, mens andre legger vekt på nyervervet kunnskap om overføringer, elektroniske meldinger og info om tverrfaglig samarbeid. En deltaker beskriver samlingen som tankevekkende og nyttig, og mange av evalueringene trekker frem at man har fått ny og nyttig info om samhandlingsreformen, og rutiner knyttet til gjeldende avtaleverk. Gjennomgående fremstår deltakerne som svært fornøyde med innleggene i samlingen, og karakteristikkene som at det har vært lærerikt og aktuelt går igjen.

Flere beskrev filmen som informativ og bra, og trakk frem at den omhandlet et aktuelt case. En av deltakerne fremhevet at filmen viste hvordan elektroniske meldinger fungerer i praksis, mens en annen syntes det var positivt med film som avveksling i undervisning.

Noen få deltakere kom med forbedringsforslag som angikk det spesifikke innholdet i Møteplassens fremlegg, en av dem ønsket mer informasjon om hospiteringsutveksling mellom sykehus og kommune, mens en annen hadde et ønske om at en i større grad vektla kjennskap til feltet og dagens praksis.

7.2.3 Dialog

Type kunnskap (internalisering, kombinerer, eksternalisering)

Observasjoner fra denne delen gjorde det klart at deltakerne deltok aktivt i diskusjonene. De så ut til å være opptatt av å stille spørsmål til deltakere fra andre enheter, og ved å få svar på disse spørsmålene, kunne de oppdatere eget kunnskapsregister med momenter de manglet. Det ble med andre ord lagt til rette for internalisering i denne delen av Møteplassen. I denne prosessen kunne deltakerne gjøre kunnskapen til sin egen, ved at de lot kunnskapen inngå i eget kunnskapsrepertoar. Når en deltaker har internalisert kunnskapen, kan sosialisering med andre føre til at en ny spiral av kunnskapsutvikling starter, ved at kunnskapen spres ut i organisasjonen, og ikke forblir på det individuelle nivået (Nonaka & Takeuchi, 1995). Hvorvidt dette var tilfellet med deltakerne i Møteplassen lot seg vanskelig avdekke ved observasjon, men det vil likevel være rimelig å anta at det til en viss grad ble lagt til rette for dette ved at det er lagt opp til et tidsrom på to måneder mellom hver samling.

Videre skulle deltakerne i denne delen notere ned tre tiltak på egen avdeling for å adressere forutsetningene for god informasjonsutveksling relatert til overføringer av eldre. Eksempelvis ble det her foreslått at det burde være mulig å sende elektroniske dialogmeldinger mellom sykehus og bestillerkontor, at en skulle gi muntlig rapport i tillegg til de elektroniske meldingene, og at nettverksmøter burde vært mer brukt ved utskrivelser til hjemmet. Noe av det som ble notert var basert på eksisterende kunnskap i organisasjonen, og representerte i så måte en form for kombinerer. På denne måten satte deltakerne den eksisterende kunnskapen i organisasjonen inn i et kunnskapssystem. De sorterte og kombinerte allerede kjent kunnskap, og når dette ble artikulert skriftlig (eller muntlig) kan det ha ført til at ny kunnskap ble skapt. På den andre siden var noe av innholdet i de noterte tiltakene basert på deltakernes egne tause kunnskap. Det er da snakk om eksternalisering, idet deltakerne skapte nye, eksplisitte konsepter basert på taus kunnskap. Dette eksemplifiserer selve nøkkelen til kunnskapsutvikling, fordi det gjør at implisitt kunnskap blir gjort tilgjengelig for andre.

Interorganisatorisk dynamikk

Observasjonene fra dialogdelen viser at partene i to av de tre observerte gruppene fremstod som likeverdige, mens det i den tredje gruppen virket å være en noe skjev maktfordeling. Sistnevnte gruppe bar preg av at én deltaker tilsynelatende dominerte gruppen, ved å ha mye å utsette på andre enheter, samtidig som egen enhet ble fremstilt som svært vellykket. Dette kan være et eksempel på at rasjonalet for samarbeidet faller bort når en av partene ikke synes den har noe mer å lære fra den andre. Det kan også være en strategi for å dekke over egen utilstrekkelighet, og vil i så fall være en måte å unngå å løpe en risiko for at dette skal avdekkes. Videre observasjon kunne ikke gi klarhet i disse forholdene, men viste tydelig at samarbeidsklimaet i gruppen ble forringet, og at de øvrige deltakerne i mindre grad delte egne erfaringer. Ved at fasilitator forsøkte å fordele taletiden blant deltakere ble denne effekten noe mindre synlig, men var antakelig til stede også i den videre diskusjonen.

I de to øvrige gruppene var det motsatte tilfellet, idet alle parter deltok aktivt og på lik linje i diskusjonen. De så ut til å vise respekt for hverandres synspunkter, og virket oppriktig interesserte i hverandres hverdag. Deltakerne viste med dette at de tilsynelatende hadde en grunnleggende tillit til hverandre, ved å våge å dele erfaringer og ta i mot andres synspunkter på en høflig måte. En slik tillit kan gjøre det lettere å dele kunnskap, idet man føler seg trygg på at kunnskapen som deles ikke vil bli brukt utover det som var intensjonen eller utenfor de satte rammene.

Følgende to sitater viser at deltakerne i ulike enheter snakker positivt om øvrige enheter:

«Sykehjemmene er så flinke nå, så det er sjelden man får pasienter lagt inn derfra» (Sykehusansatt)

«Sykehuset er flinke til å sende utskrivningsrapporter» (Sykehjemsansatt)

Slike utsagn kan se ut til å fremme et godt klima for kunnskapsoverføring, i det man anerkjenner den andre parten, samtidig som man gir uttrykk for at man kan ha noe å lære fra ansatte i andre enheter.

Trekk ved partene

Dialogen i Møteplassen bar preg av at deltakerne delte erfaringer og konkrete episoder med hverandre, samt stilte spørsmål for å oppklare forhold de manglet kunnskaper om. Det ble observert at det i all hovedsak varierte i naturlige intervaller hvilke deltakere

som hadde verdifull kunnskap å dele, og hvilke som var motiverte til å tilegne seg ny kunnskap. I to av gruppene så dette ut til å skape en god dynamikk som fremmet kunnskapsoverføring, mens det i gruppen der én deltaker styrte mye av diskusjonen så ut til at de resterende deltakerne mistet noe av motivasjonen til å tilegne seg ny kunnskap.

I diskusjonene ble konkrete problemstillinger behandlet, og i lys av dette ble det gjort flere viktige avklaringer rundt praktiske og strukturelle forhold med relevans for deltakernes arbeidshverdag. Eksempelvis fikk man avklart uklarheter i regelverket, det mange hadde hatt en feilaktig oppfatning av at elektroniske meldinger i tilknytning til innleggelse kunne sendes innen 24 timer, mens de i virkeligheten skulle sendes så fort som praktisk mulig. Deltakerne så på bakgrunn av dette ut til å anerkjenne verdien av ny kunnskap, ved å nyttiggjøre seg av denne til å utkrystallisere konkrete løsninger.

Plenumsdiskusjonen åpnet opp for at hver gruppe fikk presentere sine tiltak for god informasjonsutveksling. Forsker styrte denne dialogen, og trakk paralleller til gruppen hun var fasilitator i. I tillegg til dette ble det gjort en oppsummering av samlingene og evalueringer fra disse. Deltakerne uttrykte at denne kunnskapen var relevant og verdifull for dem, ved å nikke og vise med øvrig kroppsspråk at de kjente seg igjen i det de hørte.

Deltakerevalueringer

Deltakerne beskriver en god dialog i gruppene, og gir uttrykk for at det har vært nyttig og bra med diskusjon og meningsutveksling. Samtalene beskrives som gode og lærerike, og én deltaker fremhever at det var flott å bli satt i grupper helt fra starten av. Spesifikke momenter som trekkes frem er nytten av å diskutere de forskjellige utfordringene i forhold til elektronisk kommunikasjon, utveksling av erfaringer, innsikt i hva andre jobber med, og kunnskaper om hva andre opplever som positivt og negativt. En deltaker fremhever at det er greit å høre om de andres behov i den andre enden av helsetjenesten, mens en annen skriver at han eller hun syntes flere ting var bra under samlingen, men mest av alt samtalen.

Videre konkretiserer en deltaker at det å høre om utfordringene setter en i stand til å gjøre en bedre jobb i forhold til samhandling, mens en annen beskriver det som

spennende å se systemet fra både sykehusets og kommunens perspektiv. Det kommer også frem at deltakerne synes det er positivt å dele erfaringer, samt å lære mer om hvordan elektronisk samhandling fungerer i alle instanser.

Et gjennomgående svar på spørsmålet om noe kunne vært gjort annerledes var at en hadde ønsket lengre varighet på samlingen, og da særlig mer tid til diskusjon. Andre syntes imidlertid det var positivt at samlingen varte en halv dag, da dette gjorde det lettere å gå fra jobb. Noen ønsket at representanter fra øverste ledelse burde delta, mens andre mente det burde delta flere leger fra sykehuset. Når det gjelder gruppesammensetning, var det noen som ville ha flere gruppemedlemmer fra hjemmetjenesten, mens andre ønsket flere sykehusansatte. Da evalueringsskjemaene var anonyme, fremkommer det ikke hvorvidt de ønsket flere deltakere fra egen eller andres enhet. Noen etterlyser mer struktur i dialogen, da de opplevde at diskusjonen skled ut i forhold til tema. Når det gjelder plenumsdiskusjonen kom det innspill om at gruppeleder kunne tatt den muntlige gjennomgangen, i stedet for deltakerne selv.

7.3 Oppsummering

Observasjonene har kunnet avdekke at Møteplassen la til rette for fire former for kunnskapsutvikling: sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering. Holdepunktene for at det ble tilrettelagt for internalisering er mindre solide enn hva tilfellet er for de tre førstnevnte, hvilket har sin årsak i at denne formen for kunnskapsutvikling fremstod som mindre tilgjengelig for observasjon enn de øvrige. Videre viste observasjonene at faktorer med betydning for interorganisatorisk kunnskapsoverføring var til stede i Møteplassen, knyttet til interorganisatorisk dynamikk og trekk ved partene. Man fant at maktbalansen generelt sett var jevn mellom partene, og at knytting av sosiale bånd hadde en sentral plass i læringsarenaen.

Analyse av deltakerevalueringene støtter opp om funnene. Deltakerne beskriver Møteplassen som en svært nyttig og lærerik arena, og gir uttrykk for at dette er et tilbud de har manglet frem til nå.

8.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres funn fra de to delstudiene og metodologiske aspekter knyttet til gjennomføringen av studiene. Drøftingen av hver delstudie avsluttes med en kort presentasjon av de viktigste implikasjoner for videre forskning og for praksis.

8.1 Sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur

8.1.1 Metodologiske refleksjoner

Delstudie 1 har påvist at det er signifikante, positive korrelasjoner av moderat styrke mellom organisatorisk læring og henholdsvis helsepersonell sin opplevelse av og helsepersonell sin gradering av pasientsikkerhet i utvalget av sykehus- og sykehjemsenheter. Det at korrelasjonene er signifikante på 0,01-nivået innebærer at samvariasjonene som ble funnet i dette utvalget ville opptrådt sjeldnere enn i 1 prosent av tilfellene dersom det i virkeligheten ikke var noen sammenheng mellom variablene i populasjonen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Man kan på grunnlag av dette hevde at funnene i denne studien kan generalisere sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhet til også å gjelde den øvrige populasjonen av sykehus- og sykehjemsansatte, forutsatt en risiko på i underkant av 1 prosent for at sammenhengen i virkeligheten berodde på en tilfeldighet i utvalget. Det kan likevel være nødvendig å ta i betraktning noen spesifikke forhold for å vurdere tyngden i en slik generalisering. For det første er utvalget forholdsvis lite, med 147 respondenter fra sykehus og 82 respondenter fra sykehjem. For det andre er utvalget trukket fra avdelinger innenfor ett og samme sykehus, og fra sykehjemsavdelinger innenfor én bykommune. Videre er det som et tredje moment viktig å være klar over at utvalget av sykehus- og sykehjemsavdelinger ikke er tilfeldig. Skulle man gjort et tilfeldig utvalg, blant eksempelvis sykehjemsansatte i en kommune, måtte alle sykehjemsansatte i kommunen være potensielle respondenter, og man måtte deretter gjort en trekning med det resultat

at hver enkelt ansatt hadde like stor mulighet til å bli inkludert i studien (Bjørndal & Hofoss, 2004).

I delstudie 1 er det i motsetning til tilfeldig utvelgelse gjort en strategisk utvelgelse, idet man først har tenkt gjennom hvilken målgruppe som må delta for at man skal få samlet nødvendige data, mens man deretter har valgt ut personer (i dette tilfellet hele avdelinger eller sykehjem) fra målgruppen (Johannessen et al., 2010). Resultatene fra studien kan derfor strengt tatt være representative kun for de sykehjemmene og de sykehusavdelingene som har deltatt. En styrke med studien er likevel at inkludert helsepersonell representerer tre ulike sykehjem og fem ulike sykehusavdelinger. I praksis vil dette bety at man kan ha grunnlag for å komme med forsiktige antakelser om at funnene fra studien også kan si noe om forholdene i de enhetene som ikke deltok, særlig siden funnene i tillegg understøttes av tidligere forskning (Sorra & Dyer, 2010; Zúñiga et al., 2013). Videre foreligger det ingen opplysninger som tyder på at sykehjems- og sykehusavdelinger som er representert er vesentlig forskjellige fra enheter som ikke ble inkludert i studien, hvilket også taler for at funnene kan være relevante for populasjonen som sådan.

Et annet spørsmål som står sentralt hva gjelder reliabiliteten til delstudie 1 knytter seg til den indre konsistensen i måleinstrumentene som er benyttet. Dimensjonen *Gradering av pasientsikkerhet* for sykehjemsansatte har en noe svak Cronbach's Alpha på 0,52. Cronbach's Alpha bør være over 0,7 for at en ved sammenligning av grupper skal kunne si at variabelen har en akseptabel indre konsistens (Cronbach, 1951; Bland & Altman, 1997). Det er imidlertid svært viktig å ta i betraktning antall items som utgjør variabelen, da verdien vil bli høyere jo flere items som inngår. Den aktuelle dimensjonen *Gradering av pasientsikkerhet* har i spørreskjemaet for sykehjemsansatte (*NHSPSC*) kun to items. Det kan i denne sammenhengen nevnes at den tilsvarende dimensjonen i spørreskjemaet for sykehusansatte (*HSOPSC*) består av ett enkelt item, der man omgår utfordringen med indre konsistens, i og med at man da vet nøyaktig hva respondenten svarer på. På den andre siden vil en dimensjon satt sammen av flere egnede items favne om et fenomen på en bredere måte, da de forskjellige respondenter kan tolke ett enkelt item ulikt. Det er i så måte ikke mulig å konkludere med hva som ville tjent måleinstrumentet best, men snarere slå fast at det er nødvendig å teste den norske versjonen av spørreskjemaundersøkelsen til sykehjemsansatte i et større utvalg,

og eventuelt forandre på items eller oppbygning av dimensjonen som en konsekvens av dette.

Det har så langt ikke blitt publisert vitenskapelige studier som har benyttet den norske versjonen av *NHSPSC*, og dens validitet er i så måte mer usikker enn hva som er tilfellet med *HSOPSC*, der sistnevnte har blitt testet og funnet valid for norske forhold (Olsen, 2008). Dette betyr på den ene siden at resultatene for sykehjemsansatte i delstudie 1 må følges opp av videre analyser, men på den andre siden kan gjennomføringen av delstudien forsvares, da den bidrar til viktige erfaringer med bruk av det norske *NHSPSC*-skjemaet.

På grunnlag av resultatene i delstudie 1 argumenteres det altså for at begge nullhypotesene forkastes (ingen korrelasjon mellom organisatorisk læring og helsepersonell sin opplevelse av pasientsikkerhet, og ingen korrelasjon mellom organisatorisk læring og helsepersonell sin gradering av pasientsikkerhet).

Denne sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i sykehus og sykehjem støttes av eksisterende internasjonal forskning (Sorra & Dyer, 2010; Zúñiga et al., 2013). Resultatene sier noe om hvor sterk samvariasjonen er mellom de to dimensjonene for henholdsvis sykehjem og sykehus, men de sier ikke noe om hvilke dimensjoner som påvirker. Tatt i betraktning de påviste sammenhengene vil det være naturlig å konkludere med at en avdeling som legger til rette for organisatorisk læring vil ha en høyere gradert og opplevd pasientsikkerhet. Påvirkningen kan imidlertid også skje andre veien, for eksempel ved at en høyere gradering og/eller opplevelse av pasientsikkerhet motiverer til et bedre klima for organisatorisk læring. Denne studien kan dermed ikke identifisere avhengige og uavhengige variabler, og det er ikke gjort bruk av avanserte statistiske analysemetoder (for eksempel regresjonsanalyser) for å fastslå dette. Med tanke på masteroppgavens omfang, har delstudie 1 i stedet testet to konkrete og avgrensede hypoteser ved hjelp av korrelasjonsanalyser.

Et interessant resultat fra delstudie 1 viser at sykehjemsansatte graderer pasientenes sikkerhet som markant bedre enn hva sykehusansatte gjør. Tidligere forskning viser til motsatte funn (Handler et al., 2006; Castle & Sonon, 2006), mens en studie indikerer lignende resultater (Castle et al., 2011). Resultatene tyder på at man står ovenfor et

skifte der man må forholde seg til et mer nyansert bilde av hvordan pasientenes sikkerhet ivaretas på henholdsvis sykehus og sykehjem.

8.1.2 Implikasjoner for videre forskning

Delstudie 1 viser en valid sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur. Det er derfor viktig med videre studier både av sammenhengen rent kvantitativt (regresjonsanalyser, større utvalg), men også hvordan det kan tilrettelegges for organisatorisk læring i ulike settinger både inter- og intraorganisatorisk. Andre implikasjoner for videre forskning er at den norske versjonen av måleinstrumentet *NHSPSC* må testes i et større utvalg av norske sykehjemsansatte, for å validere instrumentets psykometriske egenskaper (gjøres i PhD-arbeidet til Kathrine Cappelen, UiS/HiT). Det kan også være nyttig å studere sammenhengen mellom opplevd og gradert pasientsikkerhet og andre dimensjoner, for å undersøke hvilke faktorer som i størst mulig grad har innvirkning på pasientsikkerhetskulturen.

8.1.3 Implikasjoner for praksis

For praksisfeltet har den påviste sammenhengen mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur stor betydning, forutsatt at man anser funnene som valide i egen kontekst. En bør på grunnlag av resultatene arbeide målrettet med å øke fokuset på organisatorisk læring i ulike sykehjems- og sykehusenheter, for på denne måten å styrke pasientsikkerhetskulturen. Videre kan det være aktuelt å sammenligne pasientsikkerhetskultur i sykehjem og sykehus, for å få bekreftet eller avkreftet forskjellene funnene i denne studien indikerer.

8.2 Kunnskapsutvikling og interorganisatorisk kunnskapsoverføring på Møteplassen

Møteplassen la til rette for fire former for kunnskapsutvikling (sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering), og vesentlige faktorer for interorganisatorisk kunnskapsoverføring (relatert til interorganisatorisk dynamikk og trekk ved partene) var til stede.

8.2.1 Kunnskapsutvikling

De fleste funnene i studien fremstår som solide, idet de går igjen i flere av Møteplassens deler, og deretter bekreftes av deltakernes egne evalueringer. For noen faktorer taler funnene nærmest for seg selv, hvilket gjelder tilretteleggingen for sosialisering (interaksjon mellom taus og taus kunnskap) og kombinerings (interaksjon mellom eksplisitt og eksplisitt kunnskap). I en arena der man treffes og har uformelle samtaler, vil sosialisering ofte være til stede (Nonaka & Takeuchi, 1995), og i denne studien foreligger det svært mange observasjoner som underbygger dette. Kombinerings er en rekonfigurering av eksisterende kunnskap, som i Møteplassen finner sted blant annet ved at forelesere legger frem kunnskap som allerede eksisterer i den settingen der er ansatt (kommune, sykehus, universitet) i form av PowerPoint-presentasjoner.

Andre former for kunnskapsutvikling er trolig til stede i Møteplassen, men gir seg ikke like tydelig til kjenne for observatøren. Dette har sin forklaring i at de av natur er mindre tilgjengelig for observasjon, hvilket er tilfellet for internalisering. Ved denne interaksjonsformen blir eksplisitt kunnskap internalisert til taus kunnskap hos individet (Nonaka & Takeuchi, 1995). Enkelte observasjoner peker på at dette forekommer, og en kan anta at læringsarenaens form legger til rette for dette. For å være helt sikker på dette måtte en imidlertid kartlagt dette i form av for eksempel intervju. Likevel indikerer funnene at det ble *tilrettelagt for* internalisering, selv om grunnlaget for å kunne si at det *forekom* begrenser seg til enkeltutsagn. I forlengelsen av dette er det interessant hvorvidt kunnskapen som internaliseres hos den enkelte deles av andre medlemmer i den respektives organisasjon. Dersom mentale modeller deles av de fleste medlemmer i en organisasjon, fremholdes det at den tause kunnskapen blir en del av organisasjonskulturen (Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 70). Hvis dette er tilfellet i Møteplassen (mellom samlinger og i etterkant), vil arenaen være et viktig bidrag for å

forandre organisasjonskulturen, og dermed også pasientsikkerhetskulturen. Selv om funnene i delstudie 2 kun gir grunnlag for forsiktige antakelser i den retning, ligger det likevel et stort potensiale for forbedring av pasientsikkerhetskulturen i ulike enheter på tvers av behandlingsnivåer med utgangspunkt i dette resultatet.

I en mellomposisjon hva gjelder tilgjengelighet for observasjon finner vi eksternalisering. Dette er en form for kunnskapsutvikling som betegner prosessen der taus kunnskap blir gjort eksplisitt ved at individet tilgjengeliggjør kunnskapen verbalt eller skriftlig (Nonaka & Takeuchi, 1995). Det er gjort gjentatte observasjoner som tyder på at dette var tilfellet på Møteplassen, både blant deltakere og forskere. Dermed er det grunnlag for å hevde at det er *tilrettelagt for* denne kunnskapsformen, selv om det som med internalisering vanskelig kartlegges konkret hvorvidt det forekom.

8.2.2 Interorganisatorisk dynamikk

Resultatene viser mange tegn på at deltakerne knyttet sosiale bånd på tvers av enheter på Møteplassen. Viktigheten av slike sosiale bånd blir fremhevet i teorier om interorganisatorisk kunnskapsoverføring, idet man anser uformelle sosiale relasjoner for å være en overordnet betingelse for kunnskapsflyt (Easterby-Smith et al., 2008).

I motsetning til de enstydige observasjonene knyttet til sosiale bånd, ble det relatert til maktbalanse gjort funn av mer ulik karakter. Hovedfunnet var likevel at maktbalansen så ut til å være jevn mellom sykehus og kommune. Flere deltakere omtalte direkte eller indirekte et skifte fra en tid der ekspertisen fantes på sykehusene, til det de nå betegnet som en mer utjevnet grad av kompetanse på de to behandlingsnivåene. Dette er et interessant funn sett i lys av Samhandlingsreformen, som nettopp påpeker at kommunene skal ha kompetanse og evne til å håndtere mer komplekse oppgaver enn tidligere, og som gir kommunene et større ansvar for pasientforløpene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Videre kan man knytte funnet opp mot delstudie 1, der det fremkom at sykehjemsansatte graderer pasientenes sikkerhet som markant bedre enn hva sykehusansatte gjør. Dette resultatet understøtter de aktuelle kvalitative funnene, og kan bety at sykehjemmene i større grad enn tidligere er i stand til å håndtere komplekse pasientcase uten at det går på bekostning av pasientsikkerhet.

Mens maktbalansen synes jevn i to av de tre observerte gruppene, var den siste gruppen preget av at én deltaker dominerte, hvilket medførte dårligere forutsetninger for samarbeid. Andre deltakere mistet interessen for å lære, hvilket også bekreftes i teorier

om interorganisatorisk kunnskapsoverføring (Easterby-Smith et al., 2008). Selv om skjevheten i maktbalanse var av begrenset varighet og alvorlighet, er det likevel nyttig å være klar over at slike forhold fungerer som barrierer for læring i arenaer som Møteplassen. Man kan trolig ikke eliminere risikoen for at dette skjer, men ved å være oppmerksom på dette kan man som fasilitator legge forholdene til rette for å gjenopprette en mer formålstjenlig maktbalanse.

8.2.3 Trekk ved partene

Å vurdere partenes absorberende kapasitet ved hjelp av observasjon er utfordrende, og baserer seg naturlig nok kun på det man kan observere utenfra. Funnene som beskriver partenes absorberende kapasitet må derfor ses i lys av dette. De observasjonene som ble gjort tyder imidlertid på at deltakerne var i stand til å gjenkjenne verdien i ny kunnskap, idet de aktivt gikk inn for å stille spørsmål, og så ut til å være oppriktig interessert i å fylle inn kunnskap de selv manglet. Dette er nært beslektet med deres motivasjon til å tilegne seg kunnskap (Easterby-Smith et al., 2008), en motivasjon som delstudie 2 avdekket som høy. Videre hadde foreleserne verdifull kunnskap å tilby, en faktor som er med på å påvirke deltakernes motivasjon til å tilegne seg kunnskap. Trolig hadde *manglende* motivasjon vært et enklere fenomen å observere, i den forstand at man må anta at deltakere og forelesere som er aktive og deltar på en positiv måte er motiverte for å delta. Det legges derfor til grunn at de observasjonene som er gjort av motiverte parter er reelle, samtidig som man ikke kan konkludere med at denne motivasjonen ene og alene skyldtes måten Møteplassen var organisert på. Likevel peker deltakerevalueringer på at deres motivasjon til å lære var nært knyttet til Møteplassens unike karakter. Funn som viste at formidlere hadde verdifull kunnskap å tilby, kan i større grad kategoriseres som en faktor læringsarenaen la til rette for.

8.2.4 Deltakerevaluering

Det finnes svært få, om noen, arenaer der helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten treffes ansikt til ansikt. Kontakten som finner sted i det daglige kjennetegnes av konkrete beskjeder som angår pasienter, og foregår som regel over telefon eller elektronisk. Med dette som bakteppe ser Møteplassen ut til å bli mottatt som en kjærkommen arena for ansatte i kommunen og på sykehus. Det kan derfor hevdes at det å få ansatte fra de ulike nivåene til å treffes er et mål i seg selv, hvilket også fremkommer i noen av deltakerevalueringene. På den andre siden ligger det store

ressurser i å ta ansatte ut av daglig drift for å delta på Møteplassen, og det krever mye tid til planlegging og gjennomføring av samlingene, i tillegg til andre driftskostnader. Møteplassen må derfor ha kvaliteter som fremmer andre former for kunnskapsutvikling enn den verdsatte sosialiseringen.

Det kan imidlertid være nyttig å diskutere hvilken effekt det at deltakerne faktisk tilbys et treffpunkt har på deltakerevalueringene. Enkelte ansatte, som sjelden blir tilbudt kurs eller faglig påfyll, vil være så positive til en arena som Møteplassen at man blir mindre kritisk til innholdet. Utfordringen blir derfor å skille ut hva som er evaluering knyttet til det å motta et tilbud utenom det forventede, og hva som er evaluering av selve læringsarenaen. Dette er i denne studien forsøkt sikret ved å kartlegge Møteplassen basert på anerkjente teoretiske rammeverk, og det vil derfor argumenteres med at de funnene som er gjort er direkte knyttet til gjennomføringen av Møteplassen.

8.2.5 Metodologiske refleksjoner

Delstudie 2 har lagt til grunn at deltakende observasjon er en egnet metode for å få svar på hvordan læringsarenaen Møteplassen legger til rette for kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Et hovedargument har vært at man ved hjelp av observasjon får direkte tilgang til den samhandling og de aktiviteter som faktisk skjer, og dermed får førstehåndskunnskap om hvordan læringsarenaen utartet seg. Det knytter seg imidlertid usikkerhet til hvorvidt observatøren observerer det som faktisk er relevant, og videre om observasjonene tolkes på en hensiktsmessig måte. Slike argumenter kan rettes mot all kvalitativ forskning, idet forskeren foretar valg som kan innebære at relevante momenter faller ut. Slik sett vil en fordel ved deltakende observasjon over tid være at observatøren har mulighet til å «teste» om observasjonene er relevante i løpet av datainnsamlingen.

Det kan hevdes at individuelle intervju eller fokusgruppeintervju er en bedre egnet metode for å få tilgang til om og eventuelt hvordan deltakerne faktisk lærte på Møteplassen. Forskningsspørsmålene er imidlertid tydelig på at det er kartlegging av hvordan læringsarenaen *tilrettelegger* for læring som er målet, og ikke hvordan den enkelte deltaker faktisk lærer. Det kan likevel ikke utelukkes at intervjuer kunne avdekket forhold av interesse for å etablere kunnskap om hvordan det kan tilrettelegges for kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring. På den andre siden er det nærliggende å anta at intervju, og da særlig individuelle intervju, kartlegger forhold som kun er

viktig for en eller noen få av deltakerne. Ved å benytte intervju ville man trolig også få tilgang til detaljer knyttet til personlige preferanser og hvordan den enkelte ønsker Møteplassen rent pedagogisk, noe som blir for omfattende å ta med i denne masteroppgaven.

Et argument som forsvarer designet av delstudie 2 er antakelsen om at anerkjente teoretiske rammeverk styrker oppgavens validitet. En slik «teoristyring» er imidlertid ikke uproblematisk, idet det kan hevdes at den begrenser forskeren i den forstand at man unnlater å observere forhold som teoriene ikke vektlegger, men som like fullt er relevante for forskningsspørsmålene. På den andre siden forutsetter oppgavens omfang at det vil være faktorer som ikke kan inkluderes. Spørsmålet er derfor ikke *om* noe må utelates, men snarere *hva* som må utelates. Teoriene er i så måte med på å fastsette nødvendige rammer for hva som skal være gjenstand for observasjon og ikke. Man løper like fullt en risiko for at de valgte rammene ikke er de mest optimale for de gitte forskningsspørsmålene. Nonaka og Easterby-Smith regnes imidlertid som anerkjente forskere innen fagfeltet kunnskapsutvikling og organisatorisk læring, samtidig som de har høy siteringsindeks på sine arbeider.

8.2.6 Implikasjoner for praksis

Dersom det er slik at Møteplassen ikke bare tilrettelegger for de fire formene for kunnskapsutvikling, men også innehar faktorer som muliggjør interorganisatorisk kunnskapsoverføring, vil det være av stor betydning for helsevesenet generelt og for overføringer av eldre pasienter spesielt dersom det tilrettelegges for flere arenaer av typen Møteplassen. Her er man imidlertid inne på en omfattende diskusjon, der elementer som ressursknapphet, daglig drift, turnusarbeid og mangel på frigjort tid gjør seg gjeldende. Dette innebærer likevel et paradoks, idet deltakere i Møteplassen forteller om hvor mye tid som går til spille som en konsekvens av manglende samhandling, og ikke minst med tanke på hvilke ressurser som kunne vært spart dersom flere overføringer av eldre forløp slik det ideelt sett er ment. Videre vil pasientens påkjenninger reduseres, med den konsekvens at reinnleggelser kan forebygges. Både fra et samfunnsperspektiv og fra et pasientperspektiv er det derfor interessant å se nærmere på hvilken rolle man i fremtiden kan gi læringsarenaer som Møteplassen. En slik arena kan eksempelvis legges opp slik at representanter fra sykehus og kommune selv står for planlegging og gjennomføring, mens fagpersoner fra forskningsmiljøer og eventuelt andre ressurspersoner inviteres inn for å holde innlegg etter ønske fra de deltakende

enheter. På denne måten kan man søke å forankre læringsarenaen hos de som skal benytte dem, samtidig som planleggingsprosessen i seg selv vil kunne bidra til å skape økt samhandling på tvers av tjenestenivå.

8.2.7 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien plasserer seg inn i forskning på feltene pasientsikkerhetskultur og organisatorisk læring. Den kan sees som et bidrag til å skape en kultur der man søker å forbedre systemene for å forhindre uønskede hendelser, i denne sammenheng knyttet til overføring av eldre pasienter. Funnene viser i så måte at Møteplassen er et lovende forslag til en slik systemforbedring, idet den legger til rette for organisatorisk og interorganisatorisk læring. Videre har studien avdekket at det er behov for mer forskning, spesielt studier som på en bedre måte kartlegger hvorvidt og hvordan internalisering av kunnskap skjer hos den enkelte og i organisasjoner, og hvordan det kan tilrettelegges for dette. Det vil også være av interesse å studere hvordan den kunnskapen som utvikles og overføres i arenaer som Møteplassen bibeholdes over tid, samt andre varianter av slike arenaer, med fokus på organisering som lar seg kombinere med helsevesenets ressursknapphet. Knyttet til dette kan det være aktuelt å studere læringsarenaer i andre sektorer, for å undersøke om lignende organiseringer kan være hensiktsmessig å benytte i helsevesenet.

9.0 Konklusjon

Forskningsspørsmålet for delstudie 1 lød som følger: *Er det en sammenheng mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehjems- og sykehusenheter?* Studien har påvist signifikante positive korrelasjoner av moderat styrke mellom organisatorisk læring og pasientsikkerhetskultur i et utvalg sykehjems- og sykehusavdelinger, og konkluderer derfor med at det er en sammenheng mellom disse faktorene. Dette skaper et grunnlag for å fremskaffe mer kunnskap om hvordan man kan tilrettelegge for at organisatorisk læring skjer, for å fremme pasientsikkerhetskultur. Det er et behov for at fremtidige studier i større utvalg tester de psykometriske egenskapene til den norske versjonen av måleinstrumentet *NHSPSC*.

I delstudie 2 fokuserte man på følgende forskningsspørsmål: *Hvordan legger en spesifikk læringsarena til rette for kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten?* Analysene av kvalitative data viser at læringsarenaen Møteplassen legger til rette for fire former for kunnskapsutvikling: sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering. Samtidig inneholder Møteplassen avgjørende faktorer som fremmer interorganisatorisk kunnskapsoverføring, relatert til interorganisatorisk dynamikk og trekk ved partene. Analyse av deltakerevalueringer støtter opp om disse funnene.

Studien konkluderer med at Møteplassen er en virkningsfull arena for å forbedre kunnskapsutvikling og interorganisatorisk kunnskapsoverføring knyttet til overføringer av eldre mellom behandlingsnivåer. Videre har studien avdekket at det er behov for mer forskning, og da særlig studier som kartlegger hvorvidt og hvordan internalisering av kunnskap skjer hos den enkelte og i organisasjoner, og hvordan det tilrettelegges for denne formen for kunnskapsutvikling.

Studien indikerer at det både fra et samfunnsperspektiv og fra et pasientperspektiv er interessant å se nærmere på hvilken plass man kan gi læringsarenaer som Møteplassen i det norske helsevesenet, for å fremme organisatorisk læring i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, og dermed legge til rette for en styrket pasientsikkerhetskultur.

10.0 Referanser

- Aase, K., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Storm, M. (2013). Quality and safety in transitional care of the elderly: the study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ Open*, 3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003506
- Aase, K. & Wiig, S. (2010). Skape og opprettholde et lærende helsevesen? I Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Argote, L. & Ophir, R. (2002). Intraorganizational learning. I Baum, J. A. C. (red.). *The Blackwell Companion to Organizations*. Oxford: Blackwell.
- Armstrong, K., & Kendall, E. (2010). Translating knowledge into practice and policy: the role of knowledge networks in primary health care. *Health Information Management Journal*, 39(2), 9-17.
Lastet fra:
http://www.himaa.org.au/members/journal/HIMJ_39_2_2010/Armstrong%26Kendall-Knowledge_networks.pdf [21.05.13]
- Bell, G. G., & Zaheer, A. (2007). Geography, networks, and knowledge flow. *Organization Science*, 18(6), 955-972. doi: 10.1287/orsc.1070.0308
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ*, 314(7080), 572. doi: 10.1136/bmj.314.7080.572
- Castle, N., & Sonon, K. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6), 405-408. doi: 10.1136/qshc.2006.018424
- Castle, N., Wagner, L. M., Perera, S., Ferguson, J. C., & Handler, S. M. (2011). Comparing the safety culture of nursing homes and hospitals. *Journal of Applied Gerontology*, 30(1), 22-43. doi: 10.1177/0733464809353603

- Chen, I. C., Ng, H. F., & Li, H. H. (2012). A multilevel model of patient safety culture: Cross-level relationship between organizational culture and patient safety behavior in Taiwan's hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 27(1), e65-e82. doi: 10.1002/hpm.1095
- Cohen, W. & Levinthal, D. (1990). Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128–152. Lastet fra: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/detail?sid=e6abf9fb-7998-4745-b44f-6f8117f257f5%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4114&bdata=JnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=sih&AN=9603111655> [15.05.14]
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. Lastet fra: http://download.springer.com.ezproxy.uis.no/static/pdf/417/art%253A10.1007%252FBF02310555.pdf?auth66=1401220964_0193f4d69024487007d4c816a9ea6949&ext=.pdf [10.04.14]
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Lastet fra: [https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) [20.07.13]
- Dhanaraj, C., Lyles, M. A., Steensma, H. K., & Tihanyi, L. (2004). Managing tacit and explicit knowledge transfer in IJVs: the role of relational embeddedness and the impact on performance. *Journal of International Business Studies*, 35(5), 428-442. doi: 10.1057/palgrave.jibs.8400098
- Easterby-Smith, M., Lyles, M. A., & Tsang, E. W. (2008). Inter-organizational knowledge transfer: Current themes and future prospects. *Journal of management studies*, 45(4), 677-690. doi: 10.1111/j.1467-6486.2008.00773.x
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring - fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Goh, S. C., Chan, C., & Kuziemsky, C. (2013). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), 420-432. doi: 10.1108/IJHCQA-05-2011-0032
- Handler, S., Castle, N., Studenski, S., Perera, S., Fridsma, D., Nace, D., & Hanlon, J. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6), 400-404. doi: 10.1136/qshc.2006.018408
- Hansen, M. T., & Løvås, B. (2004). How do multinational companies leverage technological competencies? Moving from single to interdependent explanations. *Strategic Management Journal*, 25(8-9), 801-822. doi: 10.1002/smj.413
- Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2013). *Organization Theory - Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Haugen, A. S., Søfteland, E., Eide, G. E., Nortvedt, M. W., Aase, K., & Harthug, S. (2010). Patient safety in surgical environments: Crosscountries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*, 10, 279-288. doi: 10.1186/1472-6963-10-279
- Hellesø, R., & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International journal of integrated care*, 10. Lastet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.uis.no/pmc/articles/PMC2858515/> [21.05.13]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 2008-2009)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet – trygge tjenester (Meld. St. 10 2012-2013)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven - lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Hesselink, G., Vernooij-Dassen, M., Pijnenborg, L., Barach, P., Gademan, P., Dudzik-Urbaniak, E., Flink, M., Orrego, C., Toccafondi, G., Johnson, J. K., Schoonhoven, L. & Wollersheim, H. (2013). Organizational culture: an important context for addressing and improving hospital to community patient discharge. *Medical care*, 51(1), 90-98. doi: 10.1097/MLR.0b013e31827632ec

- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Lane, P. J., & Lubatkin, M. (1998). Relative absorptive capacity and interorganizational learning. *Strategic management journal*, 19(5), 461-477. Lastet fra: [http://webkuliah.unimedia.ac.id/ebook/files/lane-lubatkin\(1998\)%20relative%20absorptive.pdf](http://webkuliah.unimedia.ac.id/ebook/files/lane-lubatkin(1998)%20relative%20absorptive.pdf) [15.05.14]
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl 2), ii17-ii23. doi: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science*, 5(1), 14-37. doi: 10.1287/orsc.5.1.14
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- Norman, P. M. (2002). Protecting knowledge in strategic alliances: Resource and relational characteristics. *The Journal of High Technology Management Research*, 13(2), 177-202. doi: 10.1016/S1047-8310(02)00050-0
- Olsen, E. (2008). Reliability and Validity of the Hospital Survey on Patient Safety Culture at a Norwegian Hospital. I Øvretveit, J. & Sousa, P. J. (red.). *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)*. Lisbon: National School of Public Health.
- Olsen, E. (2009). *Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry: Psychometric quality, longitudinal change, and structural models* (Doktoravhandling). Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Olsen, E. (2010). Sykehusansattes oppfatninger av sikkerhetskultur. I Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pentland, D., Forsyth, K., Maciver, D., Walsh, M., Murray, R., Irvine, L., & Sikora, S. (2011). Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1408-1425. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x

- Rivard, P. E., Rosen, A. K., & Carroll, J. S. (2006). Enhancing Patient Safety through Organizational Learning: Are Patient Safety Indicators a Step in the Right Direction? *Health Services Research, 41*(4p2), 1633-1653. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00569.x
- Rosness, R., Nesheim, T. & Tinmannsvik, R. K. (2013). *Kultur og systemer for læring. En kunnskapsoversikt om organisatorisk læring og sikkerhet* (SINTEF Rapport A24120). Lastet fra:
<http://www.ptil.no/getfile.php/PDF/Rapporter/FoU/SINTEF%20A24120%20Kultur%20og%20systemer%20for%20l%C3%A6ring%20En%20kunnskapsoversikt%20om%20organisatorisk%20l%C3%A6ring%20og%20sikkerhet.pdf>
 [04.02.14]
- Schultz, M. (2002). Interorganizational learning. I Baum, J. A. C. (red.). *The Blackwell Companion to Organizations*. Oxford: Blackwell.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research, 10*, 199-211. doi: 10.1186/1472-6963-10-199
- Sorra, J., Franklin, M. & Streagle, S. (2008). *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Sorra, J. & Nieva, V.F. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. AHRQ Publication No. 04-0041. Washington, DC: Agency for Healthcare Research and Quality. Lastet fra: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [03.05.13]
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven – lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care, 14*(2). Lastet fra: <https://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1194/2384> [20.05.14]

- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., & Huang, C. C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. [Article]. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 213-221. doi: 10.1093/intqhc/mzt024
- Zúñiga, F., Schwappach, D., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). Psychometric properties of the Swiss version of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Safety Science*, 55(0), 88-118. doi: 10.1016/j.ssci.2012.12.010

VEDLEGG I: Forespørsel spørreskjemaundersøkelse (sykehjem)

Spørreskjemaundersøkelse om pasientsikkerhetskultur

Vi vil med dette invitere deg til å delta i den første av to spørreskjemaundersøkelser om pasientsikkerhet som inngår i forskningsprosjektet: *Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre*. Prosjektet ledes av Professor Karina Aase ved Universitetet i Stavanger (UiS) og er finansiert av Norges forskningsråd, (*anonymisert regionalt helseforetak*) og UiS.

Hensikten med spørreskjemaet er å få ditt syn på pasientsikkerheten på din arbeidsplass. Ansatte ved flere sykehjem vil motta spørreskjemaet, og noen vil i tillegg delta på *Møteplassen*, som er del av prosjektet. Spørreskjemaundersøkelsen vil gjennomføres første gang i september 2013 og andre gang i løpet av februar 2014.

Målgruppen for undersøkelsen er alle ansatte med helsefaglig bakgrunn, med og uten lederansvar.

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) den 19.10.11 (referansenummer 1978). Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og din anonymitet vil bli ivaretatt. Resultater fra undersøkelsen vil ikke bli publisert på en slik måte at du som enkeltperson kan identifiseres.

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig. Vi håper du kan avse 15 minutter til å fylle ut spørreskjemaet, og at du av hensyn til kvaliteten på undersøkelsen svarer på alle spørsmålene i spørreskjemaet. Resultatene fra undersøkelsen vil bli formidlet i forskningspublikasjoner, og vil rapporteres tilbake til din enhet. I tillegg til å bidra til forskning, vil resultatene også være verdifulle for kvalitetsarbeidet på din arbeidsplass.

Hvis du er usikker på noe i forbindelse med utfyllingen av spørreskjemaet eller prosjektet er du velkommen til å kontakte:

Randi N. Heskestad: Mobil: 975 40 943 rn.heskestad@stud.uis.no

Marianne Storm: Tlf jobb: 51 83 41 58/mobil: 481 33 750 marianne.storm@uis.no

Karina Aase: Tlf jobb: 51 83 15 34 karina.aase@uis.no

Med vennlig hilsen

Karina Aase
professor
Institutt for helsefag, UiS

Marianne Storm
førsteamanuensis/post doc
Institutt for helsefag, UiS

Randi N. Heskestad
masterstudent
Institutt for helsefag, UiS

VEDLEGG II: Forespørsel spørreskjemaundersøkelse (sykehus)

Spørreskjemaundersøkelse om pasientsikkerhetskultur

Vi vil med dette invitere deg til å delta i den første av to spørreskjemaundersøkelser om pasientsikkerhet som inngår i forskningsprosjektet: *Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre*. Prosjektet ledes av Professor Karina Aase ved Universitetet i Stavanger (UiS) og er finansiert av Norges forskningsråd, (*anonymisert regionalt helseforetak*) og UiS.

Hensikten med spørreskjemaet er å få ditt syn på pasientsikkerheten på din arbeidsplass. Ansatte ved flere sykehusavdelinger ved (*anonymisert sykehus*) vil motta spørreskjemaet, og noen vil i tillegg delta på *Møteplassen*, som er del av prosjektet. Spørreskjemaundersøkelsen vil gjennomføres første gang i september 2013 og andre gang i løpet av februar 2014.

Målgruppen for undersøkelsen er alle ansatte med helsefaglig bakgrunn, med og uten lederansvar.

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) den 19.10.11 (referansenummer 1978). Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og din anonymitet vil bli ivaretatt. Resultater fra undersøkelsen vil ikke bli publisert på en slik måte at du som enkeltperson kan identifiseres.

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig. Vi håper du kan avse 15 minutter til å fylle ut spørreskjemaet, og at du av hensyn til kvaliteten på undersøkelsen svarer på alle spørsmålene i spørreskjemaet. Resultatene fra undersøkelsen vil bli formidlet i forskningspublikasjoner, og vil rapporteres tilbake til din enhet. I tillegg til å bidra til forskning, vil resultatene også være verdifulle for kvalitetsarbeidet på din arbeidsplass.

Hvis du er usikker på noe i forbindelse med utfyllingen av spørreskjemaet eller prosjektet er du velkommen til å kontakte:

Randi N. Heskestad: Mobil: 975 40 943 rn.heskestad@stud.uis.no

Marianne Storm: Tlf jobb: 51 83 41 58/mobil: 481 33 750 marianne.storm@uis.no

Karina Aase: Tlf jobb: 51 83 15 34 karina.aase@uis.no

Med vennlig hilsen

Karina Aase
professor
Institutt for helsefag, UiS

Marianne Storm
førsteamanuensis/post doc
Institutt for helsefag, UiS

Randi N. Heskestad
masterstudent
Institutt for helsefag, UiS

VEDLEGG III: Informasjonsskriv til deltakere på *Møteplassen*



Informasjon om «Møteplassen»

«Møteplassen» inngår i forskningsprosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføring av eldre» som er ledet av Professor Karina Aase ved Universitetet i Stavanger. Førsteamanuensis Marianne Storm og stipendiat Dagrunn Nåden Dyrstad deltar i prosjektet og i gjennomføring av «Møteplassen».

Hensikten med «Møteplassen» er at ansatte som er involvert i overføringer av eldre mellom 1. og 2. linjetjenesten får en arena å treffes på for å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet og sikkerhet i overføringer. Behovet for «Møteplassen» er basert på en kvalitativ studie hvor forskergruppen har gjennomført observasjoner av overføringer av eldre pasienter fra kommune inn i og ut av sykehus i to ulike helseforetak.

«Møteplassen» består av tre samlinger med ulikt innhold. Fokus vil være:

- Risiko i overføringer av eldre (september)
- Pasientperspektivet i overføringer av eldre (november)
- Systemkunnskap (januar)
- Tiltak i avdelingen: Hva ønsker avdelingene å sette fokus på når det gjelder kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre?

Før første og etter siste samling vil et spørreskjema om Sikkerhetskultur deles ut til deltakerne. Vi håper dere vil ta dere tid til å svare på dette skjemaet.

«Møteplassen» vil finne sted i september, november og i januar på (*anonymisert adresse*). Hvert møte vil finne sted fra kl. 11.30 – 15.00. Vi starter med servering av lunsj. Fastsetting av datoer for den enkelte ansattes deltakelse på «Møteplassen» vil skje i dialog med ledere og forskere.

For mer informasjon om «Møteplassen» kontakt Marianne Storm eller Dagrunn N. Dyrstad.

Professor
Karina Aase
Universitetet i Stavanger
Institutt for helsefag
karina.aase@uis.no

Førsteamanuensis
Marianne Storm
Universitetet i Stavanger
Institutt for helsefag
marianne.storm@uis.no
Mobil: + 47 481 33 750

Stipendiat
Dagrunn Nåden Dyrstad
Universitetet i Stavanger
Institutt for helsefag
dagrunn.n.dyrstad@uis.no
Mobil: +47 93676824

VEDLEGG IV: Observasjonsverktøy for *Møteplassen* - samlinger i januar

Dato:

Samling nummer:

Tema:

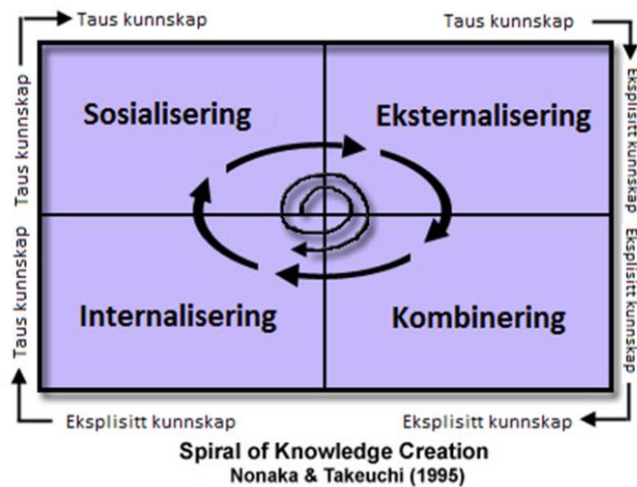
Deltakere:

Forskningsspørsmål

Hvordan legger *Møteplassen* til rette for organisatorisk læring på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten?

Hvordan tilrettelegges det for følgende interaksjonsmønstre:

- Eksplisitt – eksplisitt kunnskap (kombinering)
- Eksplisitt – taus kunnskap (internalisering)
- Taus – eksplisitt kunnskap (eksternalisering)
- Taus – taus kunnskap (sosialisering)



Kartlegging av fasene i *Møteplassen*, fylles ut under samlingen:

Stikkord, beskrivelse av *interorganisatorisk dynamikk*: Maktbalanse, tillit og risiko, strukturer/mekanismer og sosiale bånd mellom deltakere. Slik det fremstår/tilrettelegges for i samlingen.

Stikkord, beskrivelse av *trekk ved partene*: Absorberende kapasitet (evne til å anerkjenne verdien av ny kunnskap og til å integrere og bruke denne kunnskapen), motivasjon til å tilegne seg ny kunnskap (mottaker) og til å gi fra seg kunnskap (sender), verdifull kunnskap å tilby (sender). Slik det fremstår/tilrettelegges for i samlingen.

REGISTRERING OG LUNSJ

Type kunnskap/interaksjonsmønstre:

Interorganisatorisk dynamikk:

Trekk ved partene:

VELKOMMEN – Oppsummering av samling 2
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:
«Uønskede hendelser og samhandling – systemer og gjeldende praksis»
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:
«Den praktiske hverdagen med avtaleverk og systemer for samhandling - et kommuneperspektiv»
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:
Pause
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:
«Den praktiske hverdagen med avtaleverk og systemer for samhandling - et sykehusperspektiv»
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:

Film
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:
KAFEDIALOG
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:
PLENUM & AVSLUTNING
Type kunnskap/interaksjonsmønstre:
Interorganisatorisk dynamikk:
Trekk ved partene:

Generelle observasjoner/kommentarer:

Fylles ut i etterkant av samlingen:

Taus – taus kunnskap (sosialisering)	Aktiviteter/elementer til stede i <i>Møteplassen</i>
Læring gjennom observasjon	
Læring gjennom imitasjon	
Læring gjennom praksis	

Taus – eksplisitt kunnskap (eksternalisering)	Aktiviteter/elementer til stede i <i>Møteplassen</i>
Ikke-kodifisert kunnskap gjøres tilgjengelig muntlig	
Ikke-kodifisert kunnskap gjøres tilgjengelig skriftlig	

Eksplisitt - eksplisitt kunnskap (kombinering)	Aktiviteter/elementer til stede i <i>Møteplassen</i>
Sortering	
Tilføyelse	
Rekategorisering	
Rekontekstualisering	

Eksplisitt - taus kunnskap (internalisering)	Aktiviteter/elementer til stede i <i>Møteplassen</i>
Kunnskapselementer på organisasjonsnivå tas i bruk av flere i organisasjonen	
Kunnskapen internaliseres hos den enkelte	

VEDLEGG V: Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Harsha Gajjar Mikkelsen	22845513	03.04.2014	2011/1978 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			28.03.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Karina Aase
Universitetet i Stavanger

2011/1978 Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av eldre pasienter

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Karina Aase

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 28.03.2014 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

De omsøkte endringene er beskrevet i skjema for prosjektendringer og dreier seg om:

1. Det informeres om følgende prosjektmedarbeidere (mastergradsstudenter) som har gått ut av prosjektet; Heidi Nedreskår, Andrea Nicole Orley, Greta Gard Endal og Paul Barach.
2. Det informeres om 2 nye prosjektmedarbeidere (mastergradsstudenter) som er nå med i prosjektet; Randi Nisja Heskestad og Guro Thun.

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet slik det nå foreligger.

Vedtak

Komiteen har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i endringsmeldingen.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, if. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Harsha Gajjar Mikkelsen
Førstekonsulent

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
sør-øst, not to individual staff