



uis.no

# **Muligheter og hindringer for god sikkerhetskultur i Hospitaldrift.**

Masteroppgave i risikostyring og  
sikkerhetsledelse.

Universitetet i Stavanger

Jørn Arne Svendsen

Våren 2014

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

Våren 2014

**FORFATTER:**

Jørn Arne Svendsen

**VEILEDER:**

Ole Andreas H Engen

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Muligheter og hindringer for god sikkerhetskultur i Hospitaldrift**

**EMNEORD/STIKKORD:**

Helsevesenet, HMS, Sikkerhetskultur, Meldekultur, Informasjonsflyt, HRO, Kvantitativ og Kvalitative undersøkelse,

**SIDETALL:**

93

BERGEN.....14/9-2014.....

**DATO/ÅR**

## FORORD

Denne masteroppgaven inngår i studiet risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger.

Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende og er utført i tillegg til full jobb og familie, men samtidig har det også vært svært lærerikt.

Jeg ønsker først og fremst å takke min arbeidsgiver Helse Bergen HF v/Kari for å ha gjort dette studiet mulig. Videre ønsker jeg å takke Jarle og Inger-Anne for god hjelp, samt alle informanter og respondenter som har tatt seg tid til å svare på spørsmål til denne oppgaven.

En stor takk rettes også til min veileder Ole Andreas Engen for veldig god og konstruktiv veiledning.

Og sist en spesiell takk til min familie som har holdt ut i denne hektiske perioden.

Bergen, 14. September 2014

Jørn Arne Svendsen



## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Helsevesenet har vært i mediebildet vedrørende dårlig pasientsikkerhet og nyere forskning indikerer at det er behov for å forbedre sikkerhetskulturen(Olsen, 2009). Med dette utgangspunktet ønsker jeg å undersøke hvordan det står til med sikkerhetskulturen andre steder på sykehuset, nærmere bestemt Hospitaldrift som er en driftsavdeling underlagt Drift / Teknisk Divisjon i Helse Bergen HF.

**Formål:** Formålet med oppgaven har vært å finne hindringer og muligheter for sikkerhetskultur i Hospitaldrift. Da jeg vil argumenteres for at det ikke er mulig å beskrive enn fullstendig sikkerhetskultur, samtidig som det tidlig viste seg at Hospitaldrift kunne ha utviklingsmuligheter i både meldekulturen og informasjonsflyten. Har jeg i denne oppgaven valgt å fokusere spesielt på disse to elementene, som begge er vitale deler av en sikkerhetskultur.

**Metode:** Denne oppgaven har tatt i bruk både den kvantitative og kvalitative metode, altså en såkalt metodetriangulering. Det ble utsendt spørreskjema til alle 535 fulltidsansatte i Hospitaldrift, med en oppnådd svarprosent på 56 %. Videre ble 7 informanter ifra ledelsen intervjuet.

**Resultat:** Funnene viser at Hospitaldrift har utviklingsmuligheter i både meldekulturen og informasjonsflyten, som begge er vitale deler av sikkerhetskulturen. Det bemerkes spesielt utfordringer vedrørende tema rettferdighet, hvor 32 % (10 % helt uenig og 22 % uenig) av respondentene sier seg enig i at rapportering kan føre til negative reaksjoner ifra kolleger.

**Konklusjon:** Noe er bra og noe er dårlig med sikkerhetskulturen til Hospitaldrift. For øvrig kan denne oppgaven gi en pekepinn på hva som kan forbedres sett i lys av oppgavens fokusområde.

## INNHold

<b>Forord</b> .....	III
<b>Sammendrag</b> .....	V
<b>1. Innledning</b> .....	<b>11</b>
1.1 Problemstilling.....	14
1.2 Avgrensing.....	14
1.3 Tidligere forskning.....	16
1.4 Begrepsavklaring.....	18
1.5 Oppgavens struktur og oppbygging.....	19
<b>2. Presentasjon av Helse Bergen / Hospitaldrift</b> .....	<b>20</b>
2.1 HMS i Hospitaldrift.....	22
<b>3. Teori</b> .....	<b>24</b>
3.1 Organisasjonskultur.....	25
3.2 Subkulturer.....	27
3.3 Sikkerhetskultur.....	29
3.3.1 Betingelser for en sikkerhetskultur.....	31
3.3.2 Kjennetegn på en god sikkerhetskultur.....	34
3.4 Perspektiv på viktighet av god sikkerhetsinformasjonsflyt i organisasjoner.....	37
3.4.1 High Integrity teorien.....	37
3.5 Perspektiv på en robust organisasjonsstruktur / HRO perspektivet.....	39
3.6 Oppsummering.....	41
<b>4. Metode</b> .....	<b>42</b>
4.1 Case studier.....	42
4.2 Kvantitative og Kvalitative metode.....	42
4.3 Spørreundersøkelse.....	44
4.3.1 Spørreskjema / Survey.....	44

4.3.2 Operasjonalisering.....	44
4.3.3 De ulike variablenes bakgrunn.....	45
4.3.4 Skalaer og koding av variabler.....	45
4.3.5 Utførelse av spørreundersøkelse.....	46
4.3.6 Utvalg.....	47
4.3.7 Empirisk sammenligning.....	48
4.3.8 Svakheter ved bruk av spørreskjema i Hospitaldrift.....	48
4.4 Intervju.....	48
4.4.1 Utforming av intervju guide.....	48
4.4.2 Utvalg av informanter.....	49
4.4.3 Gjennomføring av intervju.....	49
4.5 Reliabilitet.....	50
4.6 Validitet.....	52
4.7 Etikk.....	53
4.8 Dataanalysens utfordringer.....	53
4.9 Generalisering.....	54
<b>5. Empiri.....</b>	<b>55</b>
5.1 Hva er styrker og svakheter med Hospitaldrift sin sikkerhetskultur?.....	55
5.1.1 Sikkerhetskultur vedrørende tema ledelse.....	55
5.1.2 Sikkerhetskultur vedrørende tema lærende.....	58
5.1.3 Sikkerhetskultur vedrørende tema fleksibel.....	62
5.1.4 Sikkerhetskultur vedrørende tema rettferdig.....	64
5.1.5 Sikkerhetskultur vedrørende tema rapporterende.....	66
5.2 Har Hospitaldrift god informasjonsflyt vedrørende sikkerhet?.....	71
5.3 Er det forskjell på sikkerhetskulturen i de ulike enhetene i Hospitaldrift?.....	76

5.3.1 Ulikheter i sikkerhetskulturen fordelt etter poeng.....	76
5.3.2 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema lærende.....	77
5.3.3 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema fleksibel.....	77
5.3.4 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema rettferdig.....	78
5.3.5 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema rapporterende.....	79
<b>6. Drøfting.....</b>	<b>81</b>
6.1Hva er styrker og svakheter med Hospitaldrift sin sikkerhetskultur?.....	81
6.1.1 Sikkerhetskultur vedrørende tema ledelse.....	81
6.1.2 Sikkerhetskultur vedrørende tema lærende.....	82
6.1.3 Sikkerhetskultur vedrørende tema fleksibel.....	82
6.1.4 Sikkerhetskultur vedrørende tema rettferdig.....	83
6.1.5 Sikkerhetskultur vedrørende tema rapporterende.....	85
6.1.6 Sammendrag.....	87
6.2 Har Hospitaldrift en god meldekultur?.....	90
6.3 Har Hospitaldrift god informasjonsflyt vedrørende sikkerhet?.....	91
6.4 Er det forskjell på sikkerhetskulturen I de ulike enhetene i Hospitaldrift?.....	92
<b>7. Konklusjon og veien videre.....</b>	<b>93</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>94</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>97</b>



## Figurer

Figur 1: Synergimeldinger for Hospitaldrift gjeldende for året 2013(Helse Bergen, 2014).....	12
Figur 2: HMS grovkartlegging for Hospitaldrift året 2012 (Helse Bergen, 2014).....	13
Figur 3: Viser oppgavens oppbygning.....	19
Figur 4: Viser hovedfunksjonene til en organisasjonskultur (Kaufmann m.fl, 1996:269).....	26
Figur 5: Viser kulturens ulike nivåer (Jacobsen m.fl, 2013:132).....	27
Figur 6: Viser storkultur og subkultur (Kaufmann m.fl, 1996:268).....	28
Figur 7: Viser elementer i «Mindfulness» (Weick m.fl, 1999:37).....	41
Figur 8: Viser svarfordeling ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «lærende».....	58
Figur 9: Viser svarfordeling ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «fleksibel».....	62
Figur 10: Viser svarfordeling ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rettferdig».....	64
Figur 11: Viser svarfordeling ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rapporterende».....	66
Figur 12: Viser svarfordeling ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rapporterende».....	67
Figur 13: Viser svarfordeling ved spørreundersøkelse for påstanden rundt «rapporterende».....	67
Figur 14: Viser rangering etter poengsum for de ulike enhetene i Hospitaldrift.....	76
Figur15: Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «lærende».....	77
Figur 16: Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «fleksibel».....	77
Figur 17: Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rettferdig 1».....	78
Figur 18: Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rettferdig 2».....	78
Figur 19: Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rapporterende 1».....	79
Figur 20: Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rapporterende 2».....	80

## Tabeller

Tabell 1: Viser hvordan ulike organisasjoner behandler informasjon.....	38
Tabell 2: Viser operasjonalisering.....	44
Tabell 3: Viser koding av variabler, positive.....	45
Tabell 4: Viser koding av variabler, negative.....	46
Tabell 5: Viser utvalg og bakgrunnsvariabler.....	47
Tabell 6: Viser utregning av Cronbach`s Alpha.....	51

## Bilder

Bilde 1: Viser oversikt over Haukeland universitetssykehus område.....	20
--	----

## **Modeller**

<i>Modell 1: Organisasjonskart for Hospitaldrift (Helse Bergen, 2014)</i> .....	22
---	----

## **Vedlegg**

- 1. Info skriv om undersøkelse.*
- 2. Spørreskjema.*
- 3. Spørsmål brukt til intervju.*
- 4. Resultater empiri.*
- 5. Resultater SPSS.*

## 1. Innledning

Nyere forskning har indikert at det er et behov for å forbedre sikkerhetskulturen i norsk helsevesen.(Olsen, 2009) Det er anslått at ca. 2000 personer mister livet hvert år ved norske sykehus på grunn av svak pasientsikkerhet, og altfor mange pasienter opplever uønskede hendelser. I 2011 startet den nasjonale kampanjen «I trygge hender» som har som formål å forbedre pasientsikkerheten i Norge. Kampanjen er forankret i Helse og omsorgsdepartementet og forbedringstiltakene er dokumentert effektive.

Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å belyse hvordan det står til med sikkerhetskulturen andre steder i sykehuset. Nærmere bestemt Hospitaldrift, som er en driftsavdeling underlagt Drift/teknisk Divisjon i Helse Bergen HF, og som driver med ikke-medisinske tjenester. Bakgrunnen for dette valget skyldes først og fremst at jeg til daglig jobber som leder i Hospitaldrift Sikkerhet som er Helse Bergen HF sin sikkerhetsavdeling, og har erfaring med hvor viktig det er og kontinuerlig å jobbe med å forbedre sikkerheten for å redusere uønskede hendelser i hverdagen. Videre er manglende sikkerhetskultur blitt vektlagt som en sentral årsak for å forklare hvorfor moderne produksjonsorganisasjoner blir utsatt for ulykker til tross for at man formelt sett har en rekke sikkerhetstiltak og sikkerhetsprosedyrer på plass(Bjørnskaug m.fl. 2009:1).

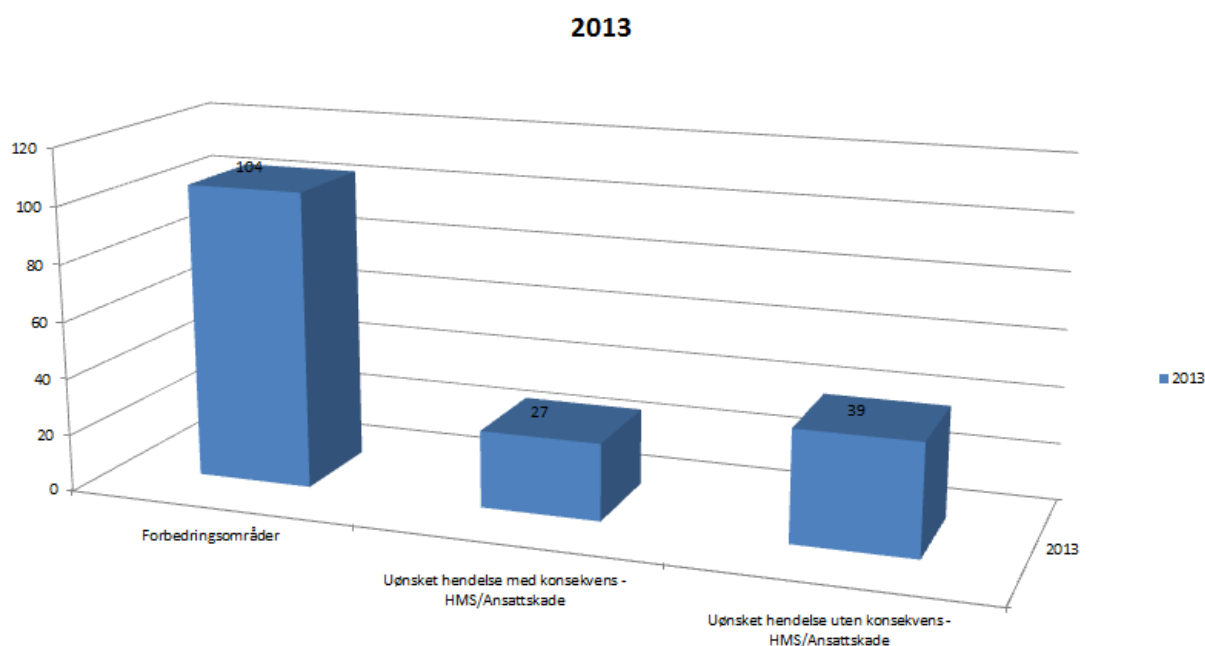
Alle sykehus har som hovedoppgave å behandle pasienter, men for å klare å utføre denne oppgaven er sykehusene avhengig av diverse støttetjenester. Hospitaldrifts hovedoppgave er å levere støttetjenester til pasientbehandlende avdelinger, slik at Helse Bergen HF er i stand til å behandle pasientene. Hospitaldrift er totalleverandør av støttetjenester i Helse Bergen HF og leverer tjenester som transport, sikkerhet, renhold, telefoni, vaskeri, sentralforsyning og matforsyning. Forenklet kan en si at avdelingene på sykehuset er Hospitaldrifts kunder og pasientene er brukerne. Hospitaldrift har 535 fulltidsansatte og hadde i 2013 et brutto budsjett på 450 millioner kroner.

Hospitaldrift består som nevnt av ulike profesjoner som er plassert på ulike steder på sykehusområdet. Hver profesjon har i varierende grad ulike risikoer som de må forholde seg

til i den daglige arbeidssituasjonen. I Helse Bergen HF sin strategiplan for perioden 2012 – 2016 blir HMS beskrevet som høy prioritet i hele organisasjonen. Videre er Helse Bergen HF sin visjon å fremme helse og livskvalitet. Sikkerhetsarbeidet i foretaket skal understøtte denne visjonen og for å nå disse målene må en ha en sikkerhetskultur med felles målsetting.

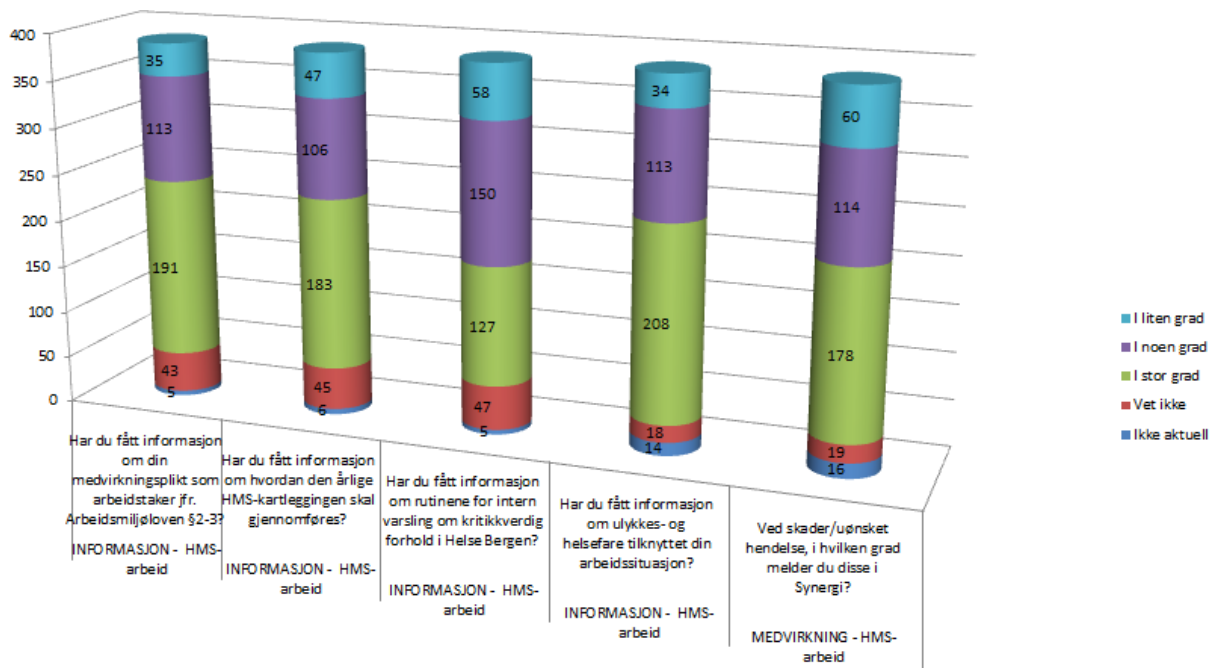
For å finne hindringer og muligheter i sikkerhetskulturen i Hospitaldrift har jeg basert meg på søk i avvikssystemet Synergi og kartlegging ifra årlige HMS undersøkelser.

Jeg har fått utskrift ifra avviksprogrammet Synergi med søkekriterier på skader med og uten konsekvens for ansatte og forbedringsområder, gjeldende periode var kalenderåret 2013 for Hospitaldrift.



**Figur nr. 1 Synergi meldinger for Hospitaldrift gjeldende året 2013. (Helse Bergen, 2014)**

Ifølge vedlagt oversikt(Figur nr.1) er det registrert relativt få uønskede hendelser med konsekvens i Hospitaldrift. Betyr dette at sikkerheten er veldig bra? Eller kan det bety at det foreligger underreportering av ulike årsaker? Ifølge Lawton & Parker(2002) blir mindre enn halvparten av hendelsene som burde blitt rapportert faktisk gjort det i helsesektoren (Lawton & Parker, 2002 sitert i Kongsvik, 2013). For å få bedre informasjon om meldekulturen har jeg undersøkt den siste HMS kartleggingen som ble foretatt i 2012. Figur nr. 2 viser forhold som er relatert til informasjon og melding om uønskede forhold i Hospitaldrift.



**Figur nr. 2 HMS grovkartlegging for Hospitaldrift året 2012(Helse Bergen, 2014)**

Svarprosenten for Hospitaldrift var 55 % på denne HMS grovkartleggingen i 2012(Det foretas HMS undersøkelser i Helse Bergen HF annethvert år). Som grafene i figur nr.2 viser finnes det forbedringspotensial i både meldekulturen og informasjonsflyten.

Hvorfor har meldekultur og informasjonsflyt noe å si for sikkerheten i Hospitaldrift? Og hvordan påvirker dette sikkerhetskulturen? Dette blir hovedsakelig belyst av aktuell teori ifra perspektivene til forskerne James Reason og Ron Westrum.

Finnes det så en robust organisasjonsform som har som utgangspunkt at ulykker kan forebygges og er optimistisk i synet på styring av sikkerhet? Eksempel på et perspektiv som ivaretar dette er HRO teorien som blir belyst i siste kapittel i teori-delen.

Videre har jeg undersøkt empiri ved hjelp av spørreundersøkelse og intervjuer. Fokuset har vært styrker og svakheter med sikkerhetskulturen i Hospitaldrift, med særlig vekt på meldekultur og informasjonsflyt.

## **1.1 Problemstilling**

Oppgaven skal gi svar på følgende problemstilling:

Hva kjennetegner sikkerhetskulturen i Hospitaldrift?

Jeg vil utrede denne problemstillingen med følgende forskningsspørsmål:

1. Hva er styrker og svakheter med Hospitaldrift sin sikkerhetskultur?
2. Har Hospitaldrift en god meldekultur?
3. Har Hospitaldrift god informasjonsflyt vedrørende sikkerhet?
4. Er det forskjeller på sikkerhetskulturen i de ulike enhetene i Hospitaldrift?

Jeg vil besvare disse problemstillingene ved å stille empiri ifra undersøkelsen opp mot James Reason og Ron Westrum sin definisjon på god sikkerhetskultur, med særlig vekt på meldekultur og informasjonsflyt. Det vil videre bli supplert med råd ifra HRO perspektiver der dette er naturlig.

## **1.2 Avgrensing**

Dette case-studiet er avgrenset til å gjelde sikkerhetskultur i Hospitaldrift som er en avdeling underlagt Drift/teknisk Divisjon i Helse Bergen HF. Som oppgaven vil belyse er sikkerhetskultur et avansert tema, og for å klare å oppfylle kravene til de faglige rammene må oppgaven avgrenses til å relatere seg om aktuell problemstilling.

Oppgaven blander videre teorier om individuelle ulykker og organisasjonsulykker, dette gjøres for å få et helhetlig perspektiv på viktigheten av sikkerhetskultur for å forhindre ulykker og katastrofer. Oppgaven vedrører også begrepet sikkerhet som er et vidt begrep som må avklares og avgrenses: I Helse Bergen er det mange som jobber med ulike typer sikkerhet: HMS-seksjonen, underlagt personal og organisasjonsavdelingen. Seksjon for pasientsikkerhet og seksjon for e-helse(IKT sikkerhet), begge underlagt Forsknings og utviklingsavdelingen. Enheten Hospitaldrift Sikkerhet(Fysisk sikkerhet) underlagt Hospitaldrift, Brannvern og infrastruktur(strøm, vann ect.)som er underlagt Teknisk avdeling. Denne oppgaven er avgrenset til å gjelde HMS(Safety) perspektivet av sikkerhet.

## **Avgrensing i sikkerhetskulturen**

Ifølge professor Jan E Karlsen(2013) er det ikke lett å kartlegge en hel sikkerhetskultur, da flere ulike kvalitative og kulturelle forhold spiller inn på kulturen: Organisasjonshistorier(myter, normer, ect), lekmannsskjønn(min praksis), observasjon av typiske atferd og hendelser, symboler som suppleres av kvantitative data/strukturelle HMS data som: Statistikker om skader/ulykker/sykdom/fravær, helse rapporter, risikoanalyser, arbeidsmiljøkartlegging. Oversikt over kritiske hendelser og nesten uhell, utslipps/avfallsoversikt, produktdokumentasjon(Karlsen, 2013).

Forskeren Edgar H. Schein argumenterer for at det ikke er mulig å beskrive en fullstendig kultur. Det som er mulig er å beskrive «Elementer av kulturen» (Schein, 1992 sitert i Hopkins, 2006). I denne oppgaven som har begrensninger med både tid og ressurser, er hovedfokuset avgrenset til å gjelde styrker og svakheter ved Hospitaldrift sin sikkerhetskultur, med særlig fokus på meldekultur og informasjonsflyt som er viktige elementer i en sikkerhetskultur. Dette er i tråd med Forskeren Andrew Hopkins(2006) som mener at forskere med liten tid til rådighet kan avgrense forskningen på sikkerhetskultur, til å gjelde organisasjonens praksis vedrørende rapporterings praksis. Hopkins mener dette fokuset kan si noe om sikkerhetskulturen i organisasjonen som helhet(Hopkins, 2006:887).

Jeg har videre valgt å ta med ledelse fordi en lang rekke forskere har hevdet at ledelsens engasjement er svært viktig for en god sikkerhetskultur(Cohen, 1977; Zohar, 1980; Pidgeon, 1991 sitert i Sten m.fl. 2003). Jeg har valgt å ta med et begrenset fokus på elementet læring, fordi selv om læring er vital for en sikkerhetskultur fokuseres det ikke på dette i denne oppgaven.

### **Avgrensning sikkerhetskultur og sikkerhetsklima**

Det er delte meninger i litteraturen om begrepene «Sikkerhetskultur» og «Sikkerhetsklima» skal skilles, eller behandles synonymt(Antonsen, 2009:18). Trenden går ifølge professor Andrew R Hale mot at kultur blir foretrukket framfor klima(Hale, 2010). Forskeren Andrew Hopkins argumenterer for at det er ingen grunn til at et enkelt konsept ikke kan studeres ved hjelp av en rekke forskningsstrategier(Hopkins, 2006.) For dette formål blir derfor Sikkerhetsklima og sikkerhetskultur behandlet synonymt i denne oppgaven.

### **Avgrensning til positiv styring av sikkerhet**

Det finnes ulike perspektiver på om sikkerhet lar seg styre eller ikke. Det er særlig to

motpoler om denne oppfatningen: det ene er det pessimistiske perspektivet til Charles Perrow(1984) som omhandler Normal Accident teorien(NAT). Dette perspektivet hevder at ulykker vil oppstå før eller siden uansett. Det skal nevnes at NAT perspektivet er lite anvendt i praktisk planlegging.(Aven m.fl.2004:60). Denne oppgaven avgrenses til det positive synet til HRO(High Reliability Organizations) om at sikkerhet lar seg styre, dette perspektivet brukes i praktisk planlegging og gir anbefalinger til hvordan organisasjoner skal utvikles til å bli mer robuste(Aven m.fl. 2004:59). Videre avgrenses HRO til de 5 elementene i «Mindfulness» som forskeren Andrew Hopkins(2006) mener beskriver dette perspektivet bra.

### **1.3 Tidligere forskning**

Det er utført mye forskning på sikkerhetskultur opp gjennom årene etter uttrykket ble fremspringet i 1986, som et resultat av International Atomic Energy Agency`s (IAEA) innledende rapport etter Chernobyl ulykken.(Cox & Flin, 1998)

I Norge har blant annet Stian Anonsen gitt ut boken «Safety Culture: Theory, Method and improvement». Terje Steen og Lillian Fjerdings(2003) har produsert rapporten «Sikkerhetskultur i transport: En kunnskapsoversikt», denne rapporten beskriver at forskningsinnsatsen rundt sikkerhetskultur har vært fragmentert, uten en felles teoretisk tilnærming og forståelse. Torkel Bjørnskau og Frode Longva(2009) har også gitt ut en rapport om sikkerhetskultur i transport; En sammenligning mellom forskjellige transportgrener. Deres resultat konkluderer blant annet med at det er en klar sammenheng mellom egen sikkerhetsatferd og selvrapporterte hendelser og ulykker. Hovedtyngden for forskning vedrørende sikkerhetskultur i Norge er lagt til offshorenæringen, hvor sikkerhetskultur har et stort fokus og er lovpålagt i henhold til ramme forskriftene.

I helsevesenet, som har relevans opp mot denne oppgaven, har blant annet Karina Aase(2010) gitt ut boken «Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet» som omhandler sikkerhetskultur i helsevesenet. Videre har Mette Fredheim skrevet masteroppgaven «Pasientsikkerhetskultur og meldekultur» i 2011. Fredheims oppgave ble utført i medisinsk klinikk ved UNN. Oppgaven hennes konkluderer med at det kan påvises forskjeller i pasientsikkerhetskulturen mellom de ulike involverte enhetene. Videre at det er sammenheng mellom nivå av pasientsikkerhetskultur og kjennskap til avvikssystemet. Samt at det er sterk



sammenheng mellom nivået av pasientsikkerhetskultur og om de erfarer at meldinger fører til endringer. Fredheims konklusjon er blant annet at fokus på melding av uønskede pasienthendelser og behandling av disse kan være et virkemiddel for å forbedre pasientsikkerhetskulturen.(Fredheim, 2011)

Doktoravhandlingen “Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry: Psychometric quality, longitudinal change, and structural models” er utført av Espen Olsen i 2009 og vedrører sikkerhetskultur og sikkerhetsklime i sykehus. Bakgrunnen til Espen Olsen sin forskning viste at det i Norge er forsket lite på sikkerhetskultur og arbeidspraksis som angår pasientsikkerheten samt at det foreligger lite kunnskap om sikkerhetskulturen er god eller dårlig i helsevesenet. Det anslås at ca 2000 personer mister livet hvert år ved norske sykehus på grunn av svak pasientsikkerhet.(Olsen, 2009). Hovedbudskapet til Espen Olsen sin forskning var blant annet at sikkerhetskulturen varierer mellom ulike faggrupper og klinikker. Det vil av den grunn være interessant å se om denne variasjonen gjenspeiler seg i de ulike enhetene i Hospitaldrift.

### **Tidligere forskning relatert til oppgaven**

Over tid kan arbeidspraksis endre karakter ifra sikker til usikker i måten den utføres på. Erfaringer ifra ulykker har vist at det kan oppstå risikofylte «snarveier» i hverdagen, og at dette bevisst eller ubevisst kan føre til farlige situasjoner. For å motvirke disse farlige situasjonene er det viktig at man melder avvik, slik at disse blir synliggjort og at man får en dialog rundt hva som kan gjøres bedre. Ufordringen er når det oppstår avvik ifra prosedyrer som ikke blir rapportert, da oppstår det som noen selskaper kaller for «stille avvik» fordi dette er noe man ikke snakker høyt om. Faren med slike avvik er at man lærer seg å leve med dem samtidig som man har et lavere sikkerhetsnivå enn det som er planlagt.(Tinmannsvik, 2008:133)

Historisk sett er forskningen til H.W. Heinrich også aktuell her. I sin bok «Industrial accident prevention» ifra 1931, ble det referert til forskning i arbeidslivet vedrørende arbeidsuhell og dødsfall. Konklusjonen i denne forskningen var at nesten alle uønskede hendelsene (88 %) var forårsaket av feilhandlinger ifra arbeiderne selv. Det ble videre vist til at det fantes en sammenheng mellom usikre handlinger og skadeomfang, dette ble presentert med tallkombinasjonen 300-29-1. For hver 300 uhell uten skade ble det 29 mindre skader og en

alvorlig skade, under der igjen var det store mørketall. Denne forskningen er siden tatt i bruk av det amerikanske sikkerhetsselskapet DuPont, som presenterte 300-29-1 modellen som et isfjell. DuPont fokuserte på mørketallene vedrørende farlige handlinger, de mente at det var disse som var selve problemet(Ryggvik, 2008:25).

Dette er opphavet for at man har et høyt fokus på at «nesten-ulykker» skal meldes og studeres. Hvis vi bare skulle fokusert på de alvorlige ulykkene, hadde vi mistet evnen til å fange opp de langt flere hendelsene som med små marginer kunne resultert i alvorligere hendelser(Olsen, 2013:9). Konsekvensen av begge modeller er den samme, for å redusere ulykker og uønskede hendelser måtte man fokusere på ansatte sine «farlige handlinger», deres atferd. Det skal nevnes at det i nyere tid har kommet sterk kritikk mot isfjellteorien. Dette skyldes blant annet isfjellsteorien sitt fokus på individualisert ansvar for at ulykker skjer, samtidig som det stenger ute årsaksforklaringer som går på systemfeil(Kongsvik, 2013:102). Dette synet er i tråd med sikkerhetsledelses tredje epoke, som fokuserer på samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon også kalt MTO. Samfunnet er ikke lenger villig til å godta menneskelig svikt som årsak til ulykker(Aven m.fl. 2004), det ligger utenfor denne oppgaven å beskrive MTO perspektivet nærmere.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

**HMS:** betegner virksomhetens planlagte og systematiske forbedring av arbeidsmiljø og sikkerhet, av produksjonsprosessens og produktenes virkninger på miljø og helse. HMS omfatter også sikkerheten for forbrukerne ved bruk av tjenester og produkter, og tilpasning til det ytre miljø gjennom regulerte utslipp til jord, luft og vann og behandling av avfall fra produksjonen.(Karlsen, 2010:11).

**HRO:** High Reliability Organisations

**Organisasjonskultur:** «Et mønster av felles grunnleggende antakelser som ble lært av en gruppe idet den taklet sine eksterne tilpasnings- og interne integrasjonsproblemer, som har fungert bra nok til å bli betraktet som gyldige, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i relasjonen til disse problemene» (Schein 2010 i Bang, 2011:21)

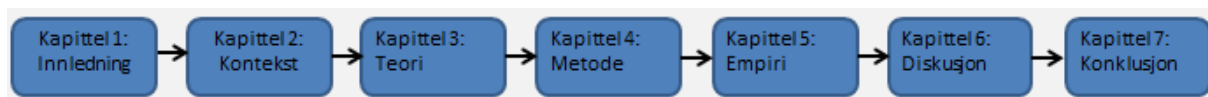
**Sub-kultur:** «En undergruppe av organisasjonens medlemmer som samhandler jevnlig med hverandre, som identifiserer seg selv som en distinkt gruppe i organisasjonen, som deler et

sett av utfordringer som de fleste i gruppen er enige om er problematiske, og som rutinemessig handler på grunnlag av gruppens unike kollektive virkelighetsoppfatning.» (Van Maanen og Barley 1985 sitert i Bang, 2011:27)

**Sikkerhetskultur:** Sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av individets og gruppens verdier og holdninger, av kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelser og dyktighet i forhold til organisasjonens helse- og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning om betydningen sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt. (Reason, 1997:194)

**Synergi:** er et felles elektronisk system for registrering og behandling av uønskede hendelser. Uønskede hendelser omfatter blant annet HMS/ansatte skader og driftsrelaterte hendelser.

## 1.5 Oppgavens struktur og oppbygging



*Figur nr 3 viser oppgavens oppbygging.*

Oppgaven består av 7 kapitler som vist i figur nr 3. Første kapittel omhandler oppgavens innledning, problemstilling og avgrensing, før den belyser begrepsavklaring og strukturen. Andre kapittel belyser konteksten for å gi leserne en forståelse over hvilken virksomhet oppgaven omhandler. Tredje kapittel omhandler det teoretiske grunnlaget som oppgaven bygger på. Fjerde kapittel beskriver metodevalg som er utført for å finne svar på problemstillingen. Femte kapittel belyser de empiriske funnene som er gjort på bakgrunn av intervjuer og spørreundersøkelse. Sjette kapittel omhandler diskusjon av de empiriske funnene opp mot utvalgt teori med sammendrag. Til slutt i kapittel sju blir det presentert en konklusjon på oppgaven.

## 2. Presentasjon av Helse Bergen / Hospitaldrift



*Bildet 1 viser Haukeland universitetssykehus i dag (Helse Bergen, 2014)*

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har om lag 12.000 tilsette. Årlig behandles nesten 600.000 pasienter og det utdannes et par tusen helsearbeidere. Helse Bergen har Norges nest største medisinske forskningsmiljø og har et budsjett på om lag 7,8 milliarder kroner(Helse Bergen, 2014)

Sykehuset består av nesten 400 000 kvadratmeter og har ansvar på fire nivåer: Som lokalsykehus, sentralsykehus, regionsykehus og nasjonalt sykehus. Det er lokalsykehus for innbyggerne i Bergen, Midthordland og Nordhordland med en samlet befolkning på rundt 345 000 mennesker, fungerer som sentralsykehus med spesialtjenester for hele Hordaland fylke, som har rundt 467 000 innbyggere, og er regionsykehus med ansvar for Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane med til sammen vel 961 000 innbyggere. Landsdekkende brannskadeavdeling ble opprettet i 1984. Haukeland har et overordnet faglig ansvar for nevrokirurgi i de tre vestlandfylkene.(Bergen By leksikon, 2012:229)

### **Hospitaldrift**

Hospitaldrift består av driftssjef, nestleder og controller samt 7 forskjellige enheter av ulike

profesjoner, og har 535 fulltidsstillinger.

**Hospitaldrift Sikkerhet:** Leverer sikkerhetstjenester til sykehuset og er et offentlig godkjent vaktelskap. Enheten består av 3 seksjoner: Sikkerhet, Resepsjon og Parkering. Ansvarsområde: Vektertjenesten og den operative brannvernberedskapen på Haukeland Universitetssykehus, drift og vedlikehold av parkeringsanleggene(ca 2200 p-plasser), Helikoptertjenester (HLO), drift av vaktentral og resepsjon, rådgiving i sikkerhetsspørsmål. Enheten har 28 fulltidsstillinger.

**Hospitaldrift Transport:** Transporterer pasienter til og fra undersøkelser og mellom avdelinger ved Haukeland universitetssykehus, og mellom ulike institusjoner i Helse Bergen. Forsyningsportørene sørger for at det til enhver tid er tilstrekkelig med forbruksvarer på avdelingene. De holder orden på alle depot, bestiller og etterfyller varer, både medisinske forbruksvarer og andre varer til daglig drift. Videre har Transport ansvaret for Miljøhallen som tar imot kildesortert avfall for behandling og videresending. Enheten har 111 fulltidsstillinger.

**Hospitaldrift Renhold:** Dekker sykehuset sitt behov for renhold. I tillegg leverer enheten tjenester som oppvask, buffehjelp og instrumentvask. Renhold har og ansvaret for vask og oppreising av senger. Enheten har 260 fulltidsstillinger.

**Hospitaldrift Matforsyning:** har ansvaret for all produksjon og salg av mat til pasienter, pårørende og ansatte på Haukeland universitetssykehus. Daglig produserer enheten ca 3000 måltider varm mat og er således et av landets største produksjonskjøkken. Enheten har 62 fulltidsstillinger.

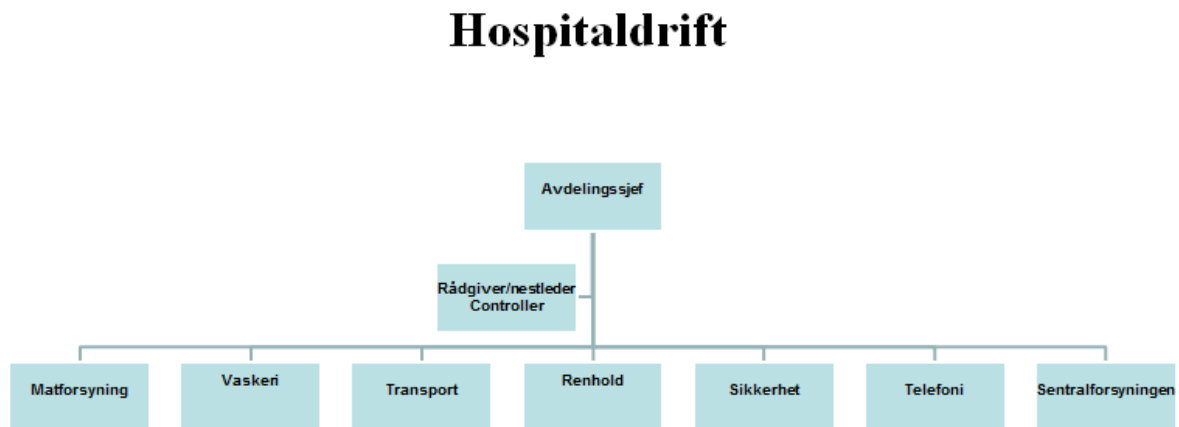
**Hospitaldrift Vaskeri:** Sørger for at sykehuset har rent pasienttøy, sengetøy, operasjonstøy og rene arbeidsklær til ansatte. Hver dag produserer enheten om lag 10 tonn med rent tøy, og i løpet av et år vaskes det over 2500 tonn tøy. Enheten har 48 fulltidsstillinger.

**Hospitaldrift Telefoni:** Har ansvaret for sentralbordtjenesten ved Haukeland universitetssykehus. Enheten ekspederer om lag 2700 eksterne og interne samtaler per dag. Enheten har 10 fulltidsstillinger.

**Hospitaldrift Sentralforsyning:** har ansvaret for sykehuset sitt sentrale lager av magasinvarer og sterile varer. Enheten har og ansvar for drift av sykehuset sitt sentrale varemottak. Hovedoppgaven er å sikre sykehusets sitt lager av kritiske varer, og å koordinere

avdelingene sine behov. Enheten har 16 fulltidsstillinger. (Helse Bergen, 2014)

## Organisasjonskart



*Modell 1 Viser organisasjonskart for Hospitaldrift (Helse Bergen, 2014)*

### 2.1 HMS i Hospitaldrift

Jeg vil her kort redegjøre for hva HMS er i Hospitaldrift.

I Helse Bergen HF sin strategiplan for perioden 2012 – 2016 blir HMS beskrevet som høy prioritet i hele organisasjonen. HMS er i Helse Bergen HF inndelt i følgende ansvarsområder: Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for at HMS-kravene holdes. Alle ledere med personalansvar har ansvar for at det drives systematisk forebyggende HMS-arbeid innenfor eget ansvarsområde. Alle arbeidstakere i Helse Bergen har en selvstendig medvirkningsplikt i dette arbeidet. (Helse Bergen, 2014)

Helse Bergen bruker følgende virkemidler i HMS arbeidet:

- Melding av uønskede hendelser og forbedringsforslag: Forebygging og læring av uønskede hendelser, uønskede hendelser skal meldes i synergi.
- Vernerunder: Handler om å ha orden i «eget hus» og er en jevnlig kontroll av arbeidslokalene for å sikre trygge arbeidsforhold.

- Årlig HMS kartlegging: skal avdekke forbedringsområder i arbeidsmiljøet.
- HMS handlingsplan: aktiviteter som gjennomføres for kontinuerlig videreutvikling av arbeidsmiljøet.
- Arbeidsmiljøutvalget (AMU): Representantene i AMU skal samarbeide for er fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. Arbeidsgiver og arbeidstaker har like mange representanter.
- Verneombud: Verneombudets rolle er å ivareta arbeidstakernes interesser i saker som angår arbeidsmiljøet. Verneombudet er også en viktig støttespiller for leder.
- HMS-senteret: Bistår ledere og arbeidstakere i Helse Bergen i arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.(Helse Bergen, 2014)

Obligatorisk opplæring relatert til HMS: Alle ansatte skal årlig ta smittevernkurs og praktisk brann-kurs, samt minst hvert 5 år skal de ta teoretisk brannvern kurs. Alle nyansatte skal ta følgende obligatoriske kurs: Meldekultur(synergi), Brannvern, Smittevern, Nyansatte. (Helse Bergen, 2014). Videre er det i bruk lokale opplæringsplaner og arbeidsinstrukser internt i Hospitaldrift. Verneutstyr skal brukes der det er krav etter arbeidsmiljøloven.

Helse Bergen har også eget varslingsombud og målet med ordningen er å oppfylle intensjonen om varslings i arbeidsmiljøloven (§2-4, 2-5 og 3-6), vedrørende arbeidsgivers plikt til å legge forholdene for varslings til rette i organisasjonen. Varslingsombudet erstatter ikke lovpålagte meldeordninger og interne avvikssystem, men er et supplement til disse. For alle disse ordninger er den overordnede målsetning at det i Helse Bergen HF er kultur for åpenhet og trygghet som innebærer at kritikkverdige forhold tas opp, diskuteres og løses uten at det medfører negative reaksjoner(Helse Bergen, 2014).

### 3. Teori

I dette kapitlet belyses relevant teori som er utvalgt med bakgrunn i oppgavens problemstilling.

Kapitlet starter med å forklare begrepene kultur og organisasjonskultur, disse begrepene er relevante fordi som oppgaven vil belyse er litteraturen om sikkerhetskultur uklar. På grunn av denne uklarheten viser mange forskere til teori om organisasjonskultur for å forstå sikkerhetskultur(Dejoy, 2005). Forskeren Frank Guldenmund(2000) er blant dem som har utført denne koblingen basert på organisasjonskulturteorien til Schein(1992).

Videre belyses begrepet subkultur, dette fordi Hospitaldrift er en avdeling som består av mange ulike enheter og et av forskningsspørsmålene som skal besvares er om det eksisterer ulik sikkerhetskultur i disse enhetene. Da må en vite hva subkultur er før en kan tolke det.

Opgaven hopper så videre til å forklare bakgrunn og betingelser for en sikkerhetskultur. Som opplyst i avgrensings-kapitlet er det ikke mulig å beskrive en fullstendig sikkerhetskultur, en kan kun beskrive elementer av kulturen. Av den grunn er de påfølgende to perspektivene utvalgt med med bakgrunn i forskningsspørsmålene og denne avgrensingen:

1-Forskeren James Reason sin forskning benyttes i «kjennetegn på en god sikkerhetskultur». Reason sin forskning konkluderte med at en sikkerhetskultur var synonymt med en informert kultur, og for å oppnå å bli en informert kultur var rapporterings kultur et vitalt element. Dette er i tråd med denne oppgavens problemstilling.

2- Forskeren Ron Westrum konkluderte i sin forskning med at det mest kritiske tema for organisasjonssikkerheten er informasjonsflyten.(Westrum, 2004:22). Denne forskningen benyttes i «High integrity» perspektivet, og er relevant for å kunne deffinere status og avansmuligheter for informasjonsflyten i Hospitaldrift.

Til slutt belyses den robuste organisasjonsformen til HRO som regnes som et ideal innen sikkerhetskultur, dette for å kunne supplere med råd for utviklingsmuligheter i drøftings kapitlet.



### **3.1 Organisasjonskultur**

#### **Kultur**

Kultur er et begrep som det ikke er mulig å gi full klarhet omkring – til det er fenomenet altfor komplisert og mangfoldig. Kroeber og Kluckhohn(1952) oppsummerte 164 ulike definisjoner av kulturer i sin bok. Mange av definisjonene er likevel så like at de kan klassifiseres sammen. Kultur ble trolig første gang definert i antropologisk forstand av Edward B. Taylor i 1871.(Bang, 2011).

Hannst Johst skrev «Whenever i hear the word culture.... i reach for my gun» (Cox & Flin, 1998:189). Disse ordene kan si noe rundt frustrasjonen ledere og fagfolk opplever, i forsøk på å få definert hva kultur er og om det lar seg nyttiggjøre og er målbart.

Forsøk på klargjøring av kulturbegrepet: Kultur er ikke noe som er statisk eller som noen eier, det uttrykker seg gjennom det mennesker gjør i sammen og er i kontinuerlig utvikling. Kultur finnes i ulike størrelser og er inndelt i ulike subkulturer. Kultur utvikles i samspillet mellom mennesker. (Gherardi & Nicolini, 2000 sitert i Petroleumstilsynet, 2001:5)

En definisjon på kultur: «... Kultur er måten vi gjør tingene på her hos oss...» (Deal & Kennedy, 1982 i Bang, 2011:21)

En annen definisjon av kultur: «... Kultur er som fjøslukta: du merker den når du går inn, men ikke at du har den med deg når du går ut...»(Haukelid, 2008).

Ifølge Jacobsen er skillet mellom den generelle forståelsen av kultur og organisasjonskultur at sistnevnte oppstår i organisasjoner(Jacobsen m.fl. 2007).

#### **Organisasjonskultur**

Bakgrunn: Begrepet organisasjonskultur ble presentert første gang av Pettigrew(1979) i artikkelen «on studying organizational cultures». Organisasjonskultur ble sett på som et konkurransefortrinn og koblet til bedriftens strategi og dens behov for endring, (Schneider, Ehrhart & Macey, 2011 sitert i Bang, 2011:14)

Gjennombruddet for organisasjonskultur kom i 1982. I bøkene «In search for excellence (Peters & Waterman, 1982) & Corporate Cultures (Deal & Kennedy, 1982) ble organisasjonskultur presentert som det store svaret på hvorfor noen virksomheter lyktes og

andre mislyktes. (Bang, 2011:14)

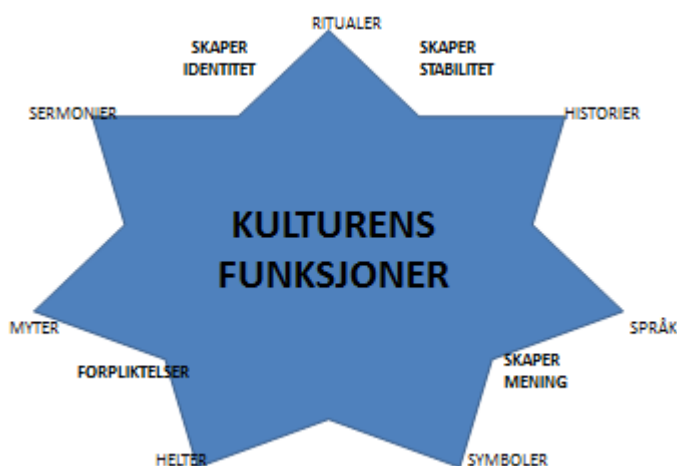
## Hva er organisasjonskultur?

Grunnleggende dimensjoner på hva som menes med organisasjonskultur, og som er karakteristisk for de bakenforliggende verdiene er aspekter som: medarbeideridentitet, gruppefokus, menneskeorientering, integrering og koordinering av enheter, grad av kontroll, risikotoleranse, belønningskriterier, konflikttoleranse, vektlegging av mål og fokus på åpne systemer(Kaufmann m.fl. 1996:267)

En definisjon på organisasjonskultur er Schein (2010) sin versjon:

«...Et mønster av felles grunnleggende antakelser som ble lært av en gruppe idet den taklet sine eksterne tilpasnings- og interne integrasjonsproblemer, som har fungert bra nok til å bli betraktet som gyldige, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i relasjonen til disse problemene...» (Schein 2010 sitert i Bang,2011:21)

Som nyansatt vil du merke atmosfæren på arbeidsplassen ifra første dag og en vil føle det psykososiale arbeidsmiljøet. Det tar allikevel lengre tid å få innsikt i de underliggende relasjoner som danner selve arbeidsmiljøet. Kultur er et begrep som egner seg til å definere slike forhold.(Kaufmann, 1996:263).



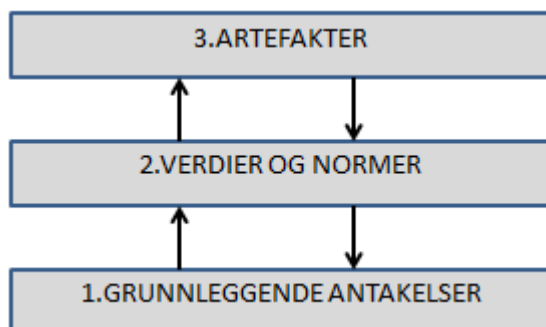
Figur 4 viser hovedfunksjonene til en organisasjonskultur (Kaufmann m.fl, 1996:269)

Som figuren(4) viser kan organisasjonskultur hjelpe til med å styrke medarbeiderens identitetsfølelse. Klarhet i verdier gir medarbeideren følelse av å være del av organisasjonen,

som videre resulterer i engasjement overfor målene som er satt. Dette vil også føre til at arbeidstakeren får en trykghetsfølelse til jobben. (Kaufmann m.fl, 1996:269).

### Kan organisasjonskultur studeres?

Fordi de grunnleggende antakelsene til mennesker befinner seg «inne i hodet» er det ikke mulig å studere de direkte, slik det for eksempel lar seg gjøre med formelle mål. Det finnes for øvrig en måte å komme forbi dette på fordi kulturen eksisterer på tre kulturelle nivåer, dette er vist i figuren(5) under.(Jacobsen m.fl. 2013:132):



Figur nr 5 Kulturens ulike nivåer (Jacobsen m.fl, 2013:132)

1. «... grunnleggende antakelser: dette er kjernen i enhver kultur som er våre grunnleggende antakelser, det vi tar for gitt og betrakter for riktig. Grunnleggende antakelser er vanskelig å avdekke. ..»(Jacobsen m.fl. 2013:131).
2. «... verdier og normer: de grunnleggende antakelser reflekteres i våre verdier og atferds normer...»(Jacobsen m.fl. 2013:131).
3. «... artefakter: Er uttrykk for kultur som kan observeres. Artefakter kan være både fysiske uttrykk for kultur for eksempel: arkitektur, innredning, teknologi og kleskoder og verbale og atferdsmessige uttrykk for kultur...»(Jacobsen m.fl. 2013:131).

For å oppdage de dypere kulturelementene må man snakke med folk for å avklare hvilke normer og verdier som de har til felles. De blir synlige i måten folk klær seg samt innredning og arkitektur. Til slutt kan man forstå disse når man vet hva artefakter betyr. Nevnte kulturelle nivåer ovenfor påvirker hverandre likt, vist på figur nr 5. (Jacobsen m.fl. 2013:132).

### 3.2. Subkulturer

Subkulturer er navnet på de minikulturer som lever sitt eget liv innenfor rammen av storkulturen. Disse finnes i de fleste organisasjoner og kan være profesjonskulturer,

teamkulturer og avdelingskulturer. Illustrert i figur nr 6(Kaufmann m.fl. 1996:268).



*Figur 6 Storkultur og subkultur (Kaufmann m.fl,1996:268)*

For at kultur skal kunne utvikle seg innen en gruppe bør ifølge Schein (1984) følgende betingelser være til stede: a) Gruppen må ha samarbeidet en tid slik at de har opplevd og delt problemer b) de må ha opplevd å ha løst problemene og sett virkningen av løsningene, c) nye medlemmer må ha kommet inn i gruppen, slik at disse kan fortsette prosessen til andre (Bang, 2011:28). For dannelse av subkulturer i organisasjoner nevnes 3 forutsetninger som bør være til stede (Trice og Beyer, 1993) «... hyppig og nær kontakt, felles delte erfaringer og felles personlige karakteristika (Bang, 2011:28).

En subkultur tar tid for å oppstå og det kreves at mennesker samhandler samt opplever å dele utfordringer. Videre må det deles følelsesmessige reaksjoner etter hendelser for at en subkultur skal oppstå. Alder, kjønn, utdanning, sosial klasse vil kunne styrke utvikling av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger i gruppene (Bang, 2011:28).

En organisasjonskultur består både av det som er felles delt i hele organisasjonen, som er summen av alle subkulturer i organisasjonen og den består interaksjonen mellom organisasjonens subkulturer (Bang, 2011:29)

Det vil også eksistere flere konkurrerende subkulturer i en organisasjon, og de som jobber på «gulvet» vil ofte ha en «motkultur» som bestrider ledelsens mål og verdier. (Haukelid, 2001:6)

### 3.3 Sikkerhetskultur

Dette kapittelet omhandler bakgrunn og forsøk på definisjon av begrepet sikkerhetskultur. Teorien i dette kapittelet er i stor grad hentet ifra Choudry m.fl.(2006).

Bakgrunn: Uttrykket sikkerhetskultur oppstod i INSAG ulykkes-rapport etter Tsjernobyl ulykken, publisert av IAEA i «safety series No.75-INSAG-1 i 1986, og ble videre utredet i «Basic Safety Principles for Nuclear Power Plants», Safety Series No.75-INSAG-3, utgitt i 1988(IAEA, 1991) (Choudry m.fl. 2006:996). Terminologien til uttrykket kultur ble lånt ifra antropologene(Sorensen, 2002), ellers inneholder ikke INSAG rapporten andre referanser til litteratur fra andre felt. INSAG(1988) beskriver at uttrykket sikkerhetskultur er holdt åpent for fortolkning, men at meningen rundt uttrykket var forhold vedrørende sikkerhet på kjernefysiske kjernekraftverk(Choudry m.fl. 2006:996). Choudry m.fl. mener at konseptet med sikkerhetskultur ikke er utviklet teoretisk fra organisasjonskultur. På tross av dette ser flere studier at sikkerhetskultur er en del av organisasjonskulturen, og viser til teori om organisasjonskultur for å forstå sikkerhetskultur begrepet.(Antonsen, 2009; Cox & Flin, 1998; Bjørnskau mfl, 2009; Cooper, 2000; Hale, 2000; Hopkins, 2006; Dejoy, 2005; Guldenmund, 2000, Albrechtsen m.fl. 2013).

Det eksisterer fortsatt stor forvirring rundt konseptet med sikkerhetskultur og hva det betyr.(Antonsen, 2009; Hopkins, 2006;Choudry m.fl, 2006; Glendon & Stanton, 2000; Hudson, 2007; Cooper, 2000; Hale, 2000; Dejoy, 2005). James Reason har uttrykt dette som: “Few phrases occur more frequently in discussion about hazardous technologies than safety culture. Few things are so sought after and yet so little understood...” (Reason, 1997:191). Begrepet har vært definert på ulike måter blant annet fordi det benyttes av ulike faggrupper (antropologer, psykologer, ingeniører) som vektlegger ulike sider.(Bjørnskau m.fl. 2009). Noen har argumentert at konseptet med sikkerhetskultur er blitt et oppsamlings begrep for noe relatert til organisatoriske og sosiale-psykologiske faktorer(Cox and cox, 1996). Andre beskriver kultur som en nøkkel til forbedring av sikkerhet når man stagnerer og ikke kommer videre med tekniske sikkerhetsløsninger(Kongsvik, 2013). Faren med dette er at begrepet sikkerhetskultur blir så utvidet at det blir meningsløst og dermed ubrukelig i praksis(Cox and Flin, 1998 sitert i Dejoy, 2005:115).

Choudry m.fl. har studert omfanget av litteratur rundt sikkerhetskultur i forskningen ifra 1998 til 2006. Av 27 utvalgte studier var det bare 8 som hadde definisjon på sikkerhetskultur.

Mesteparten av definisjonene har ulike fokus og variasjon i folks tanke og handle-måte vedrørende sikkerhet. Ellers kan det nevnes at de fleste definisjoner er relativt like (Choudry m.fl. 2006:996).

Ulike definisjoner på sikkerhetskultur:

Glendon og Stanton (2000, sitert i Choudry m.fl.2006): “Comprises attitudes, behaviors, norms and values, personal responsibilities as well as human resources features such as training and development”.

Hale (2000, sitert i Choudry m.fl.2006): “Refers to `the attitudes, beliefs and perceptions shared by natural groups as defining norms and values, Which determine how they act and react in relation to risk and risk control system”.

Cooper (2000, sitert i Choudry m.fl.2006): “Culture is `the product of multiple goal-directed interactions between people (Psychological), jobs (Behavioral) and the organization (situational); while safety culture is `that observable degree of effort by which all organizational members directs their attention toward improving safety on a daily basis”.

Denne oppgaven har valgt James Reason sin definisjon av sikkerhetskultur, som ble opprinnelig gitt av The Health and Safety Commission i England i 1993 (Aven m.fl. 2004).

Denne definisjonen er også brukt av The Advisory Committee for Safety in Nuclear Installations. (Cooper, 2000:114).

«... Sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av individets og gruppens verdier og holdninger, av kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelser og dyktighet i forhold til organisasjonens helse- og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning om betydningen sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt...» (Reason, 1997:194)

Aktuelle definisjoner har tendenser til å fokusere på sikkerhetskultur som noe en organisasjon `er` istedenfor noe en organisasjon `har`. (Choudry m.fl. 2006:996; Cooper, 2000:114). I den organisasjonskulturelle debatten er det altså to hovedsyn: funksjonalistisk og fortolkende som kan hjelpe til å forklare forståelsen av sikkerhetskultur og om den lar seg utvikle. (Glendon &

Stanton 2000 sitert i Karlsen, 2010:137). De ulike hovedsyn tror det er mulighet å finne særtrekk ved sikkerhetskulturen. På den måten er det også mulig å innrette arbeidet slik at definerte mål kan fullføres(Karlsen, 2010:137)

I det ene hovedsynet er sikkerhetskultur studert som en egenskap ved sosiale grupperinger, dette er det fortolkende syn som blir brukt av antropologer og sosiologer (e.g. Davies, 1988; Turner, 1988; Schein, 1990; Johnson, 1992; Cooper, 2000). I dette hovedsynet er det ikke mulig å påvirke sikkerhetskulturen i en ønsket retning, en kan bare forstå den. Videre er sikkerhetskultur i dette perspektivet noe man er del av, det er noe som `er`. Sikkerhetskulturen kan analyseres og forstås, men kan ikke bevist styres. Endringer kan oppstå basert på forhandlinger og samhandling, men ikke for å oppnå et bestemt ledelsesmål. (Karlsen, 2010:137) Stikkord for kulturutvikling: «Bottom-up» orientert, tilrettelegging for kulturutvikling kan være mulig, anerkjenner subkulturer og makt, deskriptiv tilnærming(Kongsvik, 2013).

I andre hovedsyn, som er foretrukket av ledere og yrkesutøvere, gjenspeiler det funksjonalistiske syn at kultur er noe som har en forhåndsbestemt funksjon(e.g. Schneider, 1975; Hofstede, 1990; Kono, 1990; Lundberg, 1990; Furnham and Gunther, 1993; Cooper, 2000). Dette synet antyder at sikkerhetskultur kan utvikles slik at det styrker innsatsen av bestemte sikkerhetstiltak. Videre kan man påvirke og forme sikkerhets-atferd gjennom kulturelle virkemidler, kultur er noe du `har`. Sikkerhetskulturen lar seg også utvikles i dette perspektivet.(Karlsen, 2010:137) Stikkord for kulturutvikling: «Top-down» orientert, kultur kan styres, monolittisk kulturforståelse, normativ tilnærming (Kongsvik, 2013).

### **3.3.1 Betingelser for en sikkerhetskultur**

Jeg vil i dette kapitlet forsøke å samle noen av de mest vitale elementene som bør inngå i en sikkerhetskultur. Teorien i dette kapitlet er i stor grad hentet ifra Parker m.fl.(2005).

James Reason(2000) poengterte at sikkerhetskultur er ikke noe en organisasjon har eller ikke har. Veien for å utvikle sikkerhetskultur er en reise ikke en destinasjon, og som Reason uttrykker det «is a Product of continual striving» (Reason, 2000:4 sitert i Sumwalt, 2013).

«... Hvis du tror din virksomhet har en god sikkerhetskultur, tar du sannsynligvis feil...» (Reason, 1997:220).

For å bygge en sikkerhetskultur foreslo James Reason å sammenligne sikkerhetskulturen med en motor. Denne motoren kjørte virksomheten til målet om en sikker organisasjon, og kraften i motoren var avhengig av iterativ respekt mot farene som ligger i driften. Med andre ord var det viktig å ikke glemme å være redd, dette er spesielt utfordrende å få til i industrier med få ulykker.(Reason, 1998:294)

James Reason foreslo at en organisasjon som hadde en god sikkerhetskultur:

- Har meldesystemer som samler opp, analyserer og vurderer informasjon ifra uønskede hendelser. Meldesystemet må ha løpende tilsyn (Parker m.fl. 2005:552)
- Meldekulturen er slik at ansatte rapporterer egne feil og uønskede hendelser. (Parker m.fl. 2005:552)
- Kulturen oppfordrer og belønner rapportering, samtidig som det finnes grenser på hva som er tolererbart og ikke tolererbart vedrørende oppførsel. (Parker m.fl. 2005:552)
- Er fleksibel, i muligheten til endring av den organisatoriske strukturen i møte med vanskelige oppgaver. (Parker m.fl. 2005:552)
- En har vilje og evne til å ta kloke beslutninger på grunn av informasjon ifra rapporteringssystem, og kan iverksette reformer når det trengs. (Parker m.fl. 2005:552).

Dette viser at en sikkerhetskultur kommer ikke av seg selv i en organisasjon(Reason, 1997:192). Utviklingen tar tid og sikkerhetskulturen kan være bedre i noen deler av organisasjonen enn andre(Parker m.fl. 2005:552) Forskeren Patrick Hudson estimerer at det kan ta opptil 10 år å utvikle en moden sikkerhetskultur(Hudson, 2007:699) Sikkerhetskulturen kan altså variere innen en enkel organisasjon(Parker mfl, 2005:553). En studie vedrørende denne variasjonen ble utført av Zohar`s(2000), som studerte 53 ulike arbeidsgrupper i en organisasjon og fant ulikheter i sikkerhetspersepsjonen i både den enkelte gruppe og iblant de ulike gruppene.(Parker m.fl. 2005:553).

Litteraturen om sikkerhetskultur kan ses på som et konsept med mange elementer (Zohar, 1980; Reason, 1997; Hale, 2000; Mearns et al., 2001a), Videre har Cox & Cox(1996) uttalt at det er lite fokus på å fange opp nye elementer av en sikkerhetskultur, trenden er vanligvis at det blir forsket på noen få og erkjent behov for videre forskning på resterende(Sorensen, 2002 sitert i Parker m.fl. 2005:554). Samtidig har Mearns(2001b) uttrykt at utvikling av en



sikkerhetskultur bør fokusere på styrker og svakheter(Parker m.fl. 2005:554).

Studier har vist at det er veldig viktig med ledelsen sine holdninger og handlinger relatert til sikkerhet. (e.g. Clarke, 1998). Både Zohar (1980) og Cox & Cox(1991) belyser viktigheten av engasjement i sikkerhet ifra toppledelsen. Hvis arbeidstakerne observerer at ledelsens holdninger og oppførsel støtter sikkerheten, vil de speile dette som igjen vil resultere i den sikkerhet organisasjonen har(Clarke, 1999 sitert i Parker m.fl. 2005:553). Ledelsen har hovedansvaret for sikkerheten og de skal styre risikoen slik at ulykker og skader unngås. Videre teller sikkerhet like mye som hensynet til økonomi, kvalitet og produksjon. Dette blir slått fast i «safety management»-teorien som det norske HMS regelverket kommer ifra(Johnsen, 2005:45)

Viktigheten av informasjonsflyt er også et vitalt element eller rettere sagt hjertet av sikkerhetskulturen(Pidgeon and O`Leary, 1994). Måten organisasjonen klarte å analysere meldingene i avvikssystemet, samt få meldingene om risiko ut i linjen var vesentlig for sikkerheten. I forskningen til Zohar(1980) ble det belyst at god sikkerhetsutførelse kunne linkes tilbake til løpende og åpen kontakt mellom leder og arbeidstaker(Parker m.fl. 2005:553). Et annet element er i hvilken grad sikkerhetskulturen er mottagelig for endring. For eksempel kan skifte av leder eller endringer av sikkerhetsstyringssystem kunne føre til endringer i organisasjonskulturen. I rammeverk bør det inkluderes aspekter for utvikling av sikkerhetskultur(Parker m.fl. 2005:554).

En forutsetning for å bli informert om risiko var et velfungerende rapporteringssystem (Reason, 1997), videre var medvirkning ifra ansatte i et rapporteringssystem en av Reason (1997) sine kritiske underkomponenter i sikkerhetskulturen. Andre forskere har også beskrevet at medvirkning ifra ansatte er en viktig forutsetning for en sikkerhetskultur(Hagen m.fl.2008:387; Choudry m.fl.2006; Dejoy, 2005; Karlsen, 1997). Både i AML(§2.3, § 4.2) og i IK-HMS forskriften (§ 4 og § 5)fremkommer det tydelig at medvirkning er en rettighet og et instrument for ansatte, videre er det et virkemiddel for å oppnå bedriftsspesifikke mål. Det fremkommer også at arbeidstakernes medvirkningsplikt gjelder for hele feltet for HMS-forbedring, dette inkluderer arbeidstakernes egen sikkerhet og arbeidshelse som inkluderer plikten til å avbryte arbeidet hvis fare for liv og helse(Karlsen, 2010:83).

### 3.3.2 Kjennetegn ved en god sikkerhetskultur

Som nevnt tidligere i denne oppgaven er det gjort mange forsøk på å definere begrepet sikkerhetskultur, en av de som har produsert det mest konkrete innholdet er den britiske forskeren James Reason (Bjørnskaug m.fl. 2009).

James Reason mente at en god sikkerhetskultur var det samme som en informert kultur, der de som jobber er oppdatert på menneskelige, tekniske, organisatoriske og omgivelsesmessige forhold av betydning for sikkerhet (Sten & Fjerdings, 2003:15). Grunnlaget til Reason for og synonymisere informert kultur med sikkerhetskultur, var at hadde du en informert kultur så hadde denne innvirkning på reduksjon av uønskede hendelser og ulykker (Reason, 1997:196).

For å skape en informert kultur må en først utvikle de fire hovedingrediensene som var: En rapporterende kultur, en fleksibel kultur, en rettferdig kultur og en lærende kultur (Reason, 1997).

#### **En rapporterende kultur:**

Det kan være utfordringer med å få ansatte til å melde egne feil, det ligger ikke høyest på listen over menneskelige reaksjoner etter at de har gjort en feil. For at ansatte skal melde feil forutsettes det at de har full tillit til ledelsen vedrørende korrekt håndtering og oppfølging. Ansatte vil ikke bruke tid på å fylle ut rapporter hvis ingenting blir gjort. Videre er det problemet med tillit, vil jeg få problemer hvis jeg sender inn denne rapporten? Vil kollegaer få problemer? (Reason, 1997:196)

Reason nevner 5 suksessfaktorer for et rapporteringssystem:

- Unngå sanksjoner av disiplinær art hvis det er mulig.
- Anonymisert og fortrolighet.
- Unngå at rapportmottaker har myndighet til å iverksette disiplinære sanksjoner.
- Melder må få hurtige tilbakemeldinger som er seriøse og nyttige.
- Det må være enkelt å utfylle rapportene. (Reason, 1997:197)

Reason (1997) poengterte at nøkkel-elementet for å få til en rapporterende kultur er å få gitt tilbakemelding til melder. «Apart from lack (or loss) of trust, few things will stifle incident

reporting more than the perceived absence of any useful outcome» (Reason, 1997:200)

### **En fleksibel kultur:**

Fleksible kulturer håndterer endringer av trussel og drift etter behov, den robuste organisasjonsformen HRO er kjent på grunn av sin fleksible kultur. HRO har evne til både sentralisering og desentralisering etter behov.(Reason, 1997:213).

Fordelen med flere ansatte som gjør samme oppgave er at mange hoder kan komme med kontinuerlig forbedring til arbeidspraksisen, videre får en mer pålitelighet. For at kreativiteten skal fungere må organisasjonen ha en viss takhøyde og være fleksibel. Samtidig må en verdsette erfaringsutveksling og kreativitet når disse egenskapene blir brukt til å trygge arbeidspraksisen. En fleksibel kultur evner å ha både normal og stor arbeidspress uten at det får konsekvenser for sikkerheten(Petroleumstilsynet, 2004).

### **En rettferdig kultur:**

I alle organisasjoner brukes det formelle og uformelle korreksjoner i forbindelse med måten vi oppfører oss på. For at et system med belønning og straff skal fungere er det viktig at ansatte opplever det som rettferdig(Petroleumstilsynet, 2004). En 100 % rettferdig kultur vil ikke være oppnåelig for de fleste organisasjoner(Reason, 1997:205)

Det er viktig å balansere konsekvensene ved represalier. Det vil være uaktuelt å gi full immunitet for uønskede hendelser som er utført forsettlig. Samtidig vil det være uakseptabelt å straffe all uforsettlige uønskede hendelser.(Reason, 1997:205) Reaksjonen må med andre ord stå i forhold til intensjonen bak handlingen. Blir dette utført på riktig måte vil det bygge tillit i organisasjonen(Petroleumstilsynet, 2004).

### **En lærende kultur:**

Læringskulturen er den subkulturen som er mest utfordrende å få til å fungere. Denne består av delene: -Reflekterende (analysere, tolke, diagnostisering) – Observere (merke, delta, sporing), – Utføre (implementering, gjør, testing). -Skapende (tenke, design, planlegging). Av disse delene er utførende den mest utfordrende delen å få til, de andre delene er enkle å bygge(Reason, 1997:218)

En lærende kultur gjelder hvordan en setter system på kunnskap og erfaringer i hverdagen.

Denne kulturen kjennetegnes ved måten organisasjonen oppdager og reagerer på risiko og farer(Petroleumstilsynet, 2004).

Karlsen(2010) nevner videre andre egenskaper som en lærende kultur bør inneholde: Individuell/kollektiv forbedring av HMS, Handle fort og korrigerende på risiko, dele kunnskaper om HMS, Kritisk avstand til egen utførelse, revurdere egne HMS prinsipper, instruksjer, praksis (Karlsen, 2010:134).

### **3.4 Perspektiv på viktighet av god informasjonsflyt i organisasjoner**

Da det tidlig i oppgaven viste seg å være indikasjoner på utfordringer med meldekulturen og informasjonsflyten i Hospitaldrift, var dette kritiske og vitale elementer av sikkerhetskulturen som ble viet stor oppmerksomhet i denne oppgaven.

Meldekultur er vesentlig for alt sikkerhetsarbeid, fordi uten meldinger om risiko kan en ikke utføre detaljerte analyser av uhell, hendelser, nesten ulykker, og vi har da ingen mulighet til å avdekke tilbakevendende feil eller vite hvor kanten på stupet er før vi ramler utenfor (Reason, 1998). Men det hjelper ikke med meldekultur og rapporteringssystem hvis ikke informasjonsflyten om sikkerhet fungerer. For å belyse viktigheten av informasjonsflyten vedrørende sikkerhet blir her «High Integrity» teorien til Ron Westrum belyst.

#### **3.4.1 «High Integrity»**

Ron Westrum konkluderte i sin hovedtese at det mest kritiske tema for organisasjonssikkerheten er informasjonsflyten (Westrum, 2004:22). Han antydte at en måte å skille mellom organisasjonskultur på en elegant måte var hvordan den sikkerhetsrelaterte informasjonen ble håndtert i organisasjonen, og det ble utviklet følgende mal på god informasjonsflyt: «The organization is able to make use of information, observations or ideas wherever they exist within the system, without regard for the location or status of the person or group having such information, observations or ideas». (Westrum 1993 sitert i Rosness m.fl. 2013:68).

Westrum utviklet basert på dette poenget en typologi av kulturer, som ble kalt patologisk, byråkratisk og generativ. Hver av disse omhandlet en karakteristisk måte å håndtere informasjonsflyt på, videre var det mulighet for å oppnå økende nivåer av avansement (Parker m.fl. 2005:554).

Ulikhetene i tabell nr 1 viser oppbygging av uoppdagede feil i kombinasjon med den menneskelige faktor. Effektiv kommunikasjon er avgjørende for å identifisere og fjerne disse skjulte feilene. (Westrum m.fl. 2009:5-18).

Tabell 1 viser hvordan ulike organisasjonskulturer behandler informasjon (Westrum m.fl. 2009:5-18)

Patologisk	Byråkratisk	Generativ
Informasjonen er skjult.	Informasjonen kan bli ignorert.	Informasjonen søkes aktivt.
Budbringere blir «skutt»	Budbringere blir tolerert.	Budbringere blir trent.
Ansvar unngås.	Ansvar fordeles.	Ansaret er felles.
Samarbeid frarådes.	Samarbeid tillates men oppmuntres ikke.	Samarbeid belønnes.
Feil blir dekket over.	Organisasjonen er rettferdig og barmhjertig.	Feil etterforskes.
Nye ideer blir forkastet.	Nye ideer skaper problemer.	Nye ideer er velkomne.

1. **Patologiske:** Organisasjoner som kjennetegnes ved å være patologisk har dårlig informasjonsflyt om farer i virksomheten. Ansatte som oppdager problemer i slike organisasjoner blir tvunget til taushet, dette medfører at meldingene forsvinner, men ikke problemene. Slike organisasjoner produserer «latente patogener» (uoppdaget feil) og handler uten å ta hensyn til ansattes integritet. Feil blir ikke oppdaget i slike organisasjoner, dette medfører at det kan være et farlig sted å være (Westrum m.fl. 2009:5-19)

2. **Byråkratisk:** Den byråkratiske organisasjonen har litt bedre informasjonsflyt om farer, og kan være gode på rutinemessige og forutsigbare problemer. Disse organisasjonene oppdager kun problemer når de presenterer seg for dem, og rot årsaken kan forbli urørt. «Patogener» oppstår ikke så ofte som i den patologiske organisasjonen, men de elendige på å håndtere dem. Det samme gjelder hvis kriser oppstår. (Westrum m.fl. 2009:5-19)

3. **Generativ:** Den generative organisasjonen er dyktig på informasjonsflyt om farer i virksomheten. De håndterer «latente patogener» umiddelbart, og er flinke til å oppmuntre ansatte til melde risiko. Disse organisasjonene har også en kultur for å være proaktive (Westrum m.fl. 2009:5-19).

### **3.5 HRO perspektivet**

Finnes det så en organisasjonsstruktur som er robust nok til å kunne forebygge at organisasjons-ulykker oppstår? Forskere ved «University of California» har utviklet teorien om «High Reliability Organisations». Som har som utgangspunkt at sikkerhet i organisasjoner lar seg styre og at det er mulig å utvikle pålitelige systemer basert på upålitelige enkeltkomponenter. Teorien viser videre til at organisasjonen må ha fokus på sikkerhet og pålitelighet gjennom desentralisert styring, god organisasjonskultur og iterativ læring. Ifølge «High Reliability teorien» er fullt ut sikre operasjoner håndterbare, selv med stort risikopotensiale og avansert teknologi. Organisasjoner kan endres slik at de blir mer pålitelige, og gjennom slik endring kan en kompensere for menneskelig feil og svakheter (Aven m.fl. 2004:59), derfor er denne teorien også aktuell for Hospitaldrift.

Det skal videre nevnes at James Reason sin definisjon på sikkerhetskultur er inspirert av HRO: «Reason`s approach to safety management and safety culture is also to a large degree adopted by the HRO perspective» (Olteidal, 2011:49). Det samme gjelder Ron Westrums generative organisasjons perspektiv: “...It is noticeable that many of the characteristics of the generative organisation suggested by Westrum echo the characteristics of the high reliability organisations (HRO) described by Karl Weick (1987)...” (Parker m.fl. 2005:554). HRO kan sees på som et ideal innen sikkerhetskultur. For å utfylle HRO perspektivet beskrives her de 5 prosessene som utgjør «mindfulness».

#### **Mindfulness**

«...Litteraturen om HRO foreslår at kognitive prosesser og variasjon i handlingsmønster medfører at HRO organisasjoner håndterer uventede hendelser mer effektivt enn andre organisasjoner...» (Weick m.fl. 1999:38). Videre har HROs kontinuerlige fokus på: feil, forenkling, løpende drift, resiliens, som er en måte å være på som vi kaller «mindfulness». En tilstand av «Mindfulness» oppstår av minst 5 prosesser som har bakgrunn fra ulykkesgranskinger og beste praksis. Teksten er i stor grad hentet ifra Weick m.fl.(1999).

#### **Fokus på feil**

Bekymringer om feil er det som gir HRO mye av sin særegne kvalitet og hvis vi ser feil som

en viktig forutsetning for læring(Sitkin, 1992), så vil det være vanskelig å lære for HRO siden de har så få feil. «...Rochlin(1993, s.27) hevder HRO er unike fordi de oppmuntrer og belønner til selvrapportering av feil. Prioriteten er at organisasjonen skal være fullt informert, og at denne informasjonen er langt viktigere enn å søke og identifiser individer som har forårsaket feilen, med hensikt å straffe vedkommende...»(Weick m.fl. 1999:38)

### **Motvilje mot å forenkle arbeidsoperasjoner og fortolkninger**

Fokuset her er viktigheten av at informasjonsflyten er korrekt og god. Aktører må respektere innholdet i meldinger som blir gitt uten å forenkle eller fortolke denne slik at viktig informasjon blir glemt eller utelatt.(Weick m.fl. 1999)

### **Fokus på driftsoperasjoner**

Sensivitet til operasjoner er å planlegge langvarige og forutsigbare operasjoner i organisasjonen, samtidig med å innhente mest mulig informasjon om farene som lurere. (Weick m.fl.1999:43). Weick oppgir stikkord som beskriver dette med: iterativ årvåkenhet, feiltolkning, overbelastning, overraskelser, nesten ulykker, advarsler om fare, ledetråder, forsømmelser, alle disse ordene skildrer å kunne forebygge feilen før den oppstår. For å oppnå sensitivitet til operasjoner opplyser Weick følgende suksessfaktorer: kombinasjon av felles mental tilstedeværelse, kontinuerlig status oppdateringer og aktiv diagnose av begrensingene i gjeldende prosedyrer(Weick m.fl. 1999:44).

### **Vektlegge robusthet**

«...Effektive HRO har en tendens til å utvikle både forventninger og robusthet...» Wildavsky (1991, s.77) . Forventninger referer til «predikasjon og forebygging av potensielle farer før skade oppstår», mens robusthet refererer til «kapasitet til å håndtere uventede farer etter de har blitt stadfestet». Å være robust betyr også å utnytte de endringer som er absorbert. De beste HRO sitter ikke å venter på at en feil skal inntreffe før de svarer på den. Snarere de forbereder seg til å møte den uunngåelige overraskelsen ved å utvide generelle kunnskaper om tekniske anlegg og systemer, samt skaper oversikt over ressurser og kapasitet(Wildavsky,1991, s.221 sitert i Weick m.fl. 1999)

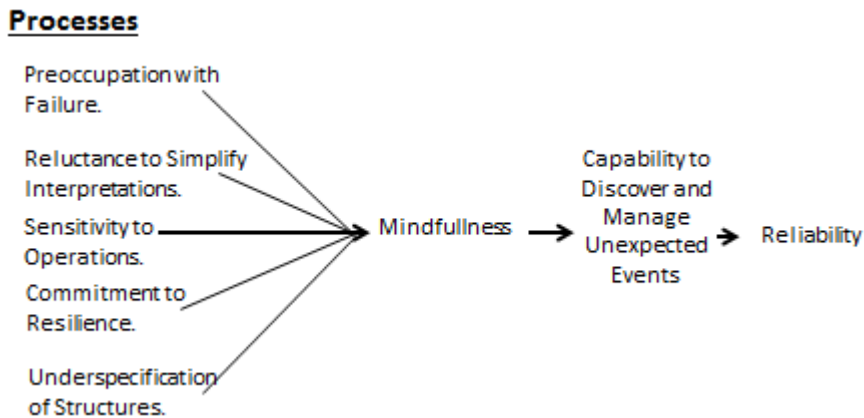
### **Respekt for ekspertise**

Alle organisasjoner bør støtte seg til ekspertise, hvor den finnes og hvor den fremkommer



enten som en bekymring eller som et resultat av konkrete avvik.(Weick m.fl. 1999)

Disse elementene fører isammen til Mindfulness, som blir illustrert i figur nr 7 under. Mindfulness er en vital del av HRO.



*Figur 7 Viser Elementer i Mindfulness (Weick m.fl, 1999:37)*

### 3.6 Oppsummering

Som belyst i teorien er begrepet sikkerhetskultur uklart og en må derfor se til organisasjonskultur for å forklare og forstå dette begrepet. Videre viser litteraturen at sikkerhetskultur begrepet best kan ses på som et konsept med mange elementer og denne oppgaven har av den grunn i stor grad fokusert på elementene: ledelse, meldekultur og informasjonsflyt som er i tråd med forskningsspørsmålene og oppgavens avgrensing. Teoribidragene fokuserer spesielt på HRO teorien som både James Reason og Ron Westrum har hentet inspirasjon til sin forskning ifra.

Teoribidragene vil bli brukt til å belyse aktuell empiri samt til drøfting, slik at en har forutsetninger for å finne hindringer og muligheter for en god sikkerhetskultur i Hospitaldrift i henhold til utførte avgrensinger.

## **4. Metode**

Jeg vil her redegjøre for hvilke metodiske tilnærminger og fremgangsmåter som har blitt valgt for å svare på forskningsspørsmålene i oppgaven. En definisjon av metode er «veien til målet» og skal man finne veien må man vite hva målet er (Kvaale m.fl. 2009:121).

### **4.1 Case-studier**

I dette studiet ble Hospitaldrift som er en avdeling i Helse Bergen valgt som «case» for forskningsoppgaven, dette er en kollektiv enhet som består av mange absolutte enheter (Jacobsen, 2005:91). Enkelt kan en skille mellom unike og komparative casestudier, begge disse er brukt i denne oppgaven. Unike kan være studie i en bedrift og et komparativt opplegg sammenligner en to eller flere enheter i samme organisasjon (Ringdal, 2001). Kjernen i komparativ design er å finne interessante egenskaper som kan brukes til å forklare fenomener (Ringdal, 2001:171).

Det er videre brukt en kombinasjon av ulike design i denne oppgaven, også kalt design-triangulering, for å nærme seg idealet som er en kombinasjon av ekstensive og intensive design. Ekstensive design vil si å undersøke mange enheter for å øke sannsynligheten for å få frem resultater som kan generaliseres. Intensiv design går mer i dybden og får frem mer detaljer, den interne gyldigheten vil også være større. Tanken bak dette er at den intensive studien fungerer som en relevans-sjekk etter at vi har utført en ekstensiv undersøkelse (Jacobsen, 2005:101). I denne oppgaven ble informanter fra ledelsen i de ulike enhetene konfrontert med mye av de samme påstandene som brukt i spørreundersøkelsen, for å få deres syn på de ulike påstandene.

### **4.2 Kvantitativ og kvalitative metode**

Denne oppgaven bruker både den kvantitative og den kvalitative metode:

#### **Den kvantitative metode**

Den kvantitative metode er tatt i bruk for spørreundersøkelsen, dette fordi jeg ønsker å undersøke flere enheter med relativt mange ansatte (ca. 535 fulltid ansatte i hospitaldrift), samt å få et mest mulig representativt bilde av ansatte sine meninger om sikkerhetskulturen. Valget av kvantitativ metode begrunnes også med at jeg er ansatt i avdelingen og ønsker minst mulig påvirkning av forskningen. Videre ønsker jeg å få frem de underliggende

kjerneverdier hos organisasjonens ansatte og om disse er samlet. Er det generell uenighet? eller er det enkelte spørsmål som skiller seg ut? Er det ulikheter i de ulike enhetene? Det kreves ellers god kunnskap om temaet en skal forske på hvis en skal bruke den kvantitative metode.

Svakheten med den kvantitative metoden er at en ikke oppdager hva gjeldende praksis er, videre at det kan være fare for at folk svarer det de tror en ønsker de skal svare, eller at de ønsker å fremstå på en annen måte enn de vanligvis gjør. Videre får en overfladisk informasjon og det er rigiditet i datainnsamlingen (Jacobsen, 2005). Selv om det finnes mye kritikk til bruk av den kvantitative metode, finnes det en del dokumentasjon på at svarene i slike undersøkelser samsvarer med det faktiske sikkerhetsnivået (Diaz og Cabrera sitert i Bjørnskau m.fl. 2009)

Forsker Knut Haukelid mener at kultur ikke kan kartlegges gjennom spørreskjema og ved bruk av den kvantitative metoden. Ifølge Haukelid bør man benytte flere til dels overlappende metoder – såkalt triangulering som består av intervjuer, feltarbeid, innholdsanalyser av skriftlig materiale som rapporter og spørreskjema. (Haukelid, 2001).

### **Den kvalitative metode**

For å undersøke de «dypere» kulturelle aspektene har jeg brukt den kvalitative metoden til å intervju informanter i de aktuelle enhetene vedrørende gjeldende praksis opp mot teori. Den kvalitative metode har sine styrker i at den får frem observasjoner fra informantene, som kan si noe om kulturen i organisasjonen, dybde og detaljforståelse. (Jacobsen, 2005; Haukelid, 2001) Eksempler på dette kan være holdninger, måten folk snakker på, vaner, bestemte verdier og praksis. (Karlsen, 2010). Svakheter med den kvalitative metode er høye kostnader i analysefasen (mye tidsbruk med intervjuer). Nærhet til respondenten kan ødelegge evnen til analytisk avstand, for stor fleksibilitet kan føre til at oppgaven aldri blir ferdig.

Formålet med metode i kvalitative tilnærming er å sette intervjuforskeren i stand til å ta fornuftige beslutninger basert på kunnskap om temaet som skal forskes på (Kvale m.fl. 2009:116) Ved intervju er det intervjueren som er metoden (Kvale m.fl. 2009:101), det eksisterer ikke standardprosedyrer eller regler for intervju (Kvale m.fl. 2009:115). I motsetning til spørreundersøkelsen som kan beskrives som metode i streng forstand. (Kvale m.fl. 2009:101). Mishler hevder at Kvalitativ forskning er mer lik håndverkere enn logikere, og dette håndverket som andre håndverk læres ved å praktisere intervjuer. (Kvale m.fl. 2009:105).

## **4.3 Spørreundersøkelse**

### **4.3.1 Spørreskjema / Survey**

Spørreundersøkelsen er et lagt opp som et strukturert intervju og er utført anonymt. Dette begrunnes i at svarene ofte da blir mer sannferdige videre for å øke svarandelen. Malen på et metodisk opplegg er der hvor forskeren på ingen måter lar forskningsopplegget påvirke det han studerer. Sentralt står avstand mellom forsker og forskningsobjekt. Det er et mål å unngå at forskningsresultatene blir ledet av den som utfører forskningen samt at en annen forsker som utfører identisk forskningsopplegg bør oppnå samme resultat (Jacobsen, 2010).

Ifølge Professor Andrew R. Hale finnes det ingen full-validerte spørreskjema for måling av sikkerhetskultur. Tendensen er ifølge Hale at samtlige forskere starter fra begynnelsen og lager sine egne spørsmål. (Hale, 2000).

### **4.3.2 Operasjonalisering**

Operasjonalisering vil i denne sammenheng si å utforme spørsmål som man mener er gyldige mål på det tema en ønsker å undersøke (Ringdal, 2001). Spørsmålene er utvalgt med bakgrunn i James Reason sin definisjon på en god sikkerhetskultur og hentet fra validerte spørreskjema som har vært i bruk tidligere. Ifølge Ringdal (2001) kan det være lurt å «plagiere» andre, fordi det gir trygghet i at spørsmålene har vært brukt tidligere og har fungert.

Funnenes gyldighet avhenger av at man faktisk måler det man ønsker å måle med de spørsmålene som man har formulert. Temaene i undersøkelsen er operasjonalisert på følgende måte som vist i tabell nr 2.

*Tabell nr 2. Operasjonalisering. Viser til spørreskjemaet som er vedlagt oppgaven.*

<b>Tema</b>	<b>Operasjonalisering</b>
<b>Lærende</b>	<b>7,8,9</b>
<b>Fleksibel</b>	<b>10,11</b>
<b>Rettferdig</b>	<b>12,14</b>
<b>Rapporterende</b>	<b>6,15,16,17,18,19,20</b>

### 4.3.3 De ulike variablenes bakgrunn

Spørsmål nr: 7 og 8 er hentet ifra: Sikkerhetskultur i transport (Bjørnskau & Longva, 2009)

Spørsmål nr: 9,10,11,12,13 og 14 er hentet ifra Petroleumstilsynet sin HMS-kultur undersøkelse i 2004

Spørsmål nr: 16, 17, 18 og 19 er hentet ifra boken Sikkerhet i organisasjoner (Trond Kongsvik, 2013). Spørsmålene ble opprinnelig brukt i sikkerhet og arbeidsmiljø på Statoils servicefartøyer, NTNU Samfunnsforskning(2007). Aktuelle spørsmål ligger også tilgjengelig på internett.

Spørsmål nr: 6 og 15 er konstruert selv.

### 4.3.4 Skalaer og koding av variabler

Det er benyttet Likert-formatet som er det mest kjente spørsmålsformatet som benyttes i summerte skalaer. Likert-formatet ble introdusert av Renesis Likert i 1932. Formatet består av påstander som skal gis en vurdering i grader av enighet eller uenighet(Ringdal, 2001:348). Videre er det benyttet lukkede spørsmål i undersøkelsen, det vil si spørsmål med faste svaralternativer. Spørreundersøkelsen har følgende svar alternativer: «Helt enig», «Enig», «Vet ikke», «Uenig», «Helt uenig».

Koding vil altså si å gi hvert enkelt svaralternativ en tallmessig verdi(Jacobsen, 2005), dette er gjort på følgende måte:

Spørsmål nr 7+8+9+10+11+12+13+15+16 ble kodet med høyeste verdi som det mest positive svaret.(poengskala vist i tabell nr.3).

*Tabell nr. 3 Viser koding av variabler. Positive.*

Helt enig	Enig	Vet ikke	Uenig	Helt uenig
5	4	1	3	2

For å motvirke enighetssyndromet som også omtales som «Ja» effekten, og menes at personer har tendens til å svare i samme retning på alle spørsmål uten at de ser på meningsinnholdet(Ringdal, 2001) er spørsmålene nr 6 + 14 + 17 + 18 + 19 + 20 formulert slik at de mest negative svarene «Helt uenig» gir mest poeng.(poengskala vist i tabell nr.4)

**Tabell nr. 4 Viser koding av variabler. Negative.**

Helt enig	Enig	Vet ikke	Uenig	Helt uenig
2	3	1	4	5

For presentasjon av totalscore i survey for Hospitaldrift er det kun brukt svarprosent i fremstilling av de ulike variablene.

Poeng-koding er kun brukt ved komparering av de ulike enhetene i Hospitaldrift. For utregning av poeng ble svarprosentandelen ganget med poengskalaen for de ulike variablene, videre er de ulike variablene i operasjonaliseringene addert for at fremstillingen skal bli mer oversiktlig. I elementene rettfærdig og rapporterende måtte jeg inndele i 2 tabeller på hver, fordi det var ulike variabler med ulik poengskala.

#### **4.3.5 Utførelse av spørreundersøkelse**

Informasjon om undersøkelsen ble presentert for ledergruppen i Hospitaldrift på ledermøte i april. Ledergruppen i Hospitaldrift består av avdelingssjef, rådgiver og controller samt enhetslederne ifra alle de 7 ulike enheten. Undersøkelsen ble godt mottatt og alle enhetslederne skulle følge dette opp. Det var viktig å få forankret undersøkelsen i ledelsen for å få best mulig svarprosent.

I begynnelsen av mai sendte avdelingssjefen ut en mail til alle enhetslederne med oppfordring om at alle fulltidsansatte burde svare på spørreundersøkelsen, aktuell mail ble videresendt fra enhetslederne og ut til ansatte i de ulike enhetene. Mailen inneholdt vedlegg med info-skriv om undersøkelsen.

Utsendelse av selve spørreundersøkelsen ble utført med delvis hjelp av FOU-avdelingen i Helse Bergen og Helse Vest IKT. Helse Vest IKT sendte ut spørreskjema til totalt 165 fulltids ansatte i enhetene sentralforsyning, telefoni, transport og sikkerhet via programmet Corporater surveyor. De resterende enhetene Vaskeri, Renhold og Matforsyning fikk tildelt spørreundersøkelsen på papirskjema, totalt 370 fulltid ansatte. Dette fordi flesteparten av de ansatte i disse enhetene ikke har sin daglige jobb foran en pc. Det var problemer med å få ansatte til å svare, og det ble sendt ut en rekke purringer. Til slutt, dvs 3. juni, måtte jeg bare akseptere mottatt svarprosent blant annet på grunn av at tidsfristen på oppgaven skulle være håndterbar. Resultatene ifra papirskjema ble manuelt registrert inn i Corporater surveyor og overført til SPSS for behandling.

På grunn av en feil ved inntasting av de ulike variablene i programmet Corporater surveyor ble spørsmål nr 11 «Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen», registrert dobbelt, slik at spørsmål nr 11 ble stilt 2 ganger og spørsmål nr 13 «Blir man tatt på alvor av ledelsen hvis man avslører uheldige forhold» ble utelatt. Denne feilen skjedde ikke i papirutgaven av spørreundersøkelsen, men jeg har for ordens skyld fjernet spørsmål nr 13 ifra hele undersøkelsen. Det var ikke mulig å endre på denne feilen etter at undersøkelsen var sendt ut. Aktuell feil følger derfor med i dataene og blir synlig i reliabilitetsmåling av Cronbach`s Alpha.

#### 4.3.6 Utvalg

Alle fulltidsansatte i Hospitaldrift sine enheter ble inkludert i undersøkelsen. Den teoretiske populasjonen var 535. Oversikt vises i tabell nr 5. Vedrørende svarprosent oppgir Jacobsen følgende tommelfingerregel: Over 50 % = tilfredsstillende, 60 % = godt, over 70 % = meget godt (Jacobsen, 2005:300). Som svarprosenten i tabell nr 5 viser har enheten transport kun 36 % svarprosent, og er av den grunn ikke representativ.

*Tabell nr. 5 viser utvalg og bakgrunnsvariabler.*

Utvalg	Bruttoutvalg	Nettoutvalg	Svarprosent enhet
Hospitaldrift Telefoni	10	8	80 %
Hospitaldrift Transport	111	40	36 %
Hospitaldrift Sikkerhet	28	25	90 %
Hospitaldrift Renhold	260	135	52 %
Hospitaldrift Vaskeri	48	28	58 %
Hospitaldrift Matforsyning	62	54	87 %
Hospitaldrift Sentralforsyning	16	11	69 %
Bruttoutvalg SUM	535		
Nettoutvalg SUM	301		
Svarprosent totalt	ca 56 %		
<b>Bakgrunnsvariabler</b>			
<u>Kjønn - Totalt antall svar 299</u>		<u>Utdannelse - Totalt antall svar 299</u>	
Mann:	36 %	Ufaglært:	51 %
Kvinne:	62 %	Fagbrev:	30 %
		Høyskole:	17 %
<u>Alder - Totalt antall svar 297</u>		<u>Ansiennitet - Totalt antall svar 295</u>	
18-34 år:	21 %	1-5 år:	37 %
35-49 år:	37 %	6-19 år:	36 %
50-67 år:	39 %	over 20 år:	23 %

### **4.3.7 Empirisk sammenligning**

Første trinn for å forsøke å forstå resultatene vil ofte være å komparere resultatene fra undersøkelsen med andre resultater, for at det skal bli interessant (Jacobsen, 2005). I denne oppgaven blir de ulike enhetene som skal sammenlignes matchet langs sentrale dimensjoner om sikkerhetskultur, men dette har også sine begrensninger. Aktuelle enheter er sammensatt av ulike profesjoner med ulike risikonivåer de utsettes for i den daglige driften, slik at det kan være trekk der enhetene ikke nødvendigvis er sammenlignbare. Det vil heller aldri være 2 enheter som er helt like på de indikatorene som er oppsatt, videre kan det være muligheter for at det vil være systematiske forskjeller (Jacobsen, 2005).

### **4.3.8 Svakheter ved bruk av spørreskjema i Hospitaldrift**

En svakhet som oppstod ved bruk av spørreskjema var spørsmålet om hvilken gruppe jeg undersøker. Generelt kan man i etterpåklokskapen si at denne metoden krever respondenter som er ganske ressurssterke og relativt interessert i problemstillingen. Det forutsetter at de kan lese og forstår spørsmålene videre at de skjønner viktigheten av å svare ect. Enkelte har hevdet at bruk av denne metoden kun er god når respondenten består av en «elite» dvs ressurssterke personer (Jacobsen, 2005). I Hospitaldrift arbeider det 25 % fremmedspråklige og det kan tenkes at noen kan ha utfordringer med å forstå spørsmålene.

Vanligvis skilles målgruppene i spørreundersøkelser for to dimensjoner a) hvor trent de er i forhold til å svare på spørreskjema, og b) hvor relevant undersøkelsens problemstilling er for medlemmene i gruppen (Jacobsen, 2005). I Hospitaldrift utføres det jevnlig spørreundersøkelser slik at dette skal ikke være noe nytt. Vedrørende relevans så er problemstillingen knyttet opp mot HMS som skal være et høyt fokusområde i Helse Bergen.

## **4.4 Intervju**

### **4.4.1 Utforming av intervju-guide**

Intensjonen med intervjuet var i utgangspunktet å konfrontere informantene med resultater fra spørreundersøkelsen, for å få bakgrunnsinformasjon om hvorfor de hadde slik meldekultur i enheten. På grunn av at bruk av SPSS og presentasjon av data tok mye lenger tid enn planlagt, oppstod en tidsfaktor for å få utført intervjuene før informantene gikk ut i sommerferie. Det ble derfor ikke brukt resultater av spørreundersøkelsen under intervjuene, istedenfor ble det hentet ut relevante spørsmål vedrørende sikkerhetskultur og informasjonsflyt basert på teorien



fra oppgaven.

Intervjuguiden ble utformet med en sterk struktureringsgrad, spørsmålene ble satt opp i spesiell rekkefølge med fullstendige spørsmål(Jacobsen, 2005:146). Slik at alle får identiske spørsmål fremført på samme måte(Ringdal, 2001:118). Dette ble gjort for å sikre sammenlignbart datamateriale. Intervjuet er likevel kvalitativt så lenge informanten svarer med egne ord(Jacobsen, 2005:147).

Spørsmålene er hentet med utgangspunkt ifra teorien og forskningsspørsmål.

Spørsmål nr 1, 2 og 7 er hentet boken Balansert Risikostyring(Johnsen, 2005:89).

Spørsmål nr 6,13,14,15,16 og 17 ble gjenbrukt ifra spørreundersøkelsen vedrørende Reason sin typologi på god sikkerhetskultur.

Spørsmål nr 7,8, 9,11, 12 ble brukt med utgangspunkt ifra Ron Westrum(2009:5-18) sin tabell om hvordan organisasjonskulturer behandler informasjonen.

Spørsmål nr 2,3,4,18 vedrørende ledelse er hentet ifra rapporten Sikkerhetskultur i transport av Bjørnskau m.fl.(2009:30).

Tre utvalgte spørsmål ble rekapitulert i forbindelse med temaene informasjonsflyt, Rettferdighet og fleksibilitet. Gjelder spørsmålene: -Hvordan behandles meldere i deres enhet? Blir de tatt på alvor? Satt pris på? Oversett? Eller oppfattet som kverulanter? -Hvordan blir menneskelige feilhandlinger håndtert i din enhet? -Er enheten mottakelig for nye ideer vedrørende HMS, for å gjøre arbeidsoperasjoner sikrere? Ble gjort for å få en mer helhetlig fremstilling av Westrum sin informasjonsflyttabell.

#### **4.4.2 Utvalg av informanter**

Hvor mange må jeg intervju? Svaret er så mange som trengs for å finne ut det du trenger å vite og formålet(Kvale m.fl. 2009:129). Derfor ble totalt 7 informanter intervjuet i denne oppgaven. Aktuelle informanter ble plukket ut blant Hospitaldrift sine 60 ulike ledere, og alle enhetene er representert med en informant. Det ble lovet full anonymitet til samtlige informanter samt mulighet til å trekke seg ifra studien hvis ønskelig.

#### **4.4.3 Gjennomføring av intervju**

Intervjuene ble utført som besøksintervju i uke 27 og 28 sommeren 2014, og totalt 7

informanter ble intervjuet. Alle intervjuene ble utført på informantene sine arbeidsstasjoner for at de skulle være i hjemlige omgivelser. Intervjuene hadde en varighet på ca 40 minutter og det ble notert detaljerte referater ifra hvert intervju. Notatene ble videre renskrevet umiddelbart etter intervjuet. Det ble ikke benyttet båndspiller til å ta opp intervjuene, selv om dette anbefales (Jacobsen, 2005:148) Dette begrunnes med at det kan tenkes at folk svarer ærligere uten båndopptaker i bruk. En annen årsak er at båndopptaker fører til en mer «kunstig» samtale. Videre hadde jeg ikke båndopptaker tilgjengelig og var ikke fortrolig med bruken av dette redskapet. Svakheter ved å ikke bruke båndopptaker er dataenes reliabilitet.

Rådataene fra intervjuene ble siden kategorisert inn i temaene: ledelse, lærende, fleksibel, rettferdig, rapporterende og informasjonsflyt. Disse kategoriene er relevante med bakgrunn i oppgavens teori og forskningsspørsmål. Ifølge Jacobsen (2005) er det et krav at kategoriene er relevante i forhold til den data vi har, videre skal de være begrepsmessige fornuftige og de skal ha mening for andre (Jacobsen, 2005:193). Jeg mener at dette er ivare tatt i denne oppgaven.

## **4.5 Reliabilitet**

### **Spørreundersøkelse**

Reliabilitet vil si påliteligheten om gjentatte målinger med samme måleinstrument faktisk måler det samme. Det finnes 3 ulike metoder for å måle reliabilitet på: allmenn kildekritikk, test-retest-teknikken og indekser i tverrsnittsdata (Ringdal, 2001) som er benyttet her. Metoden går på å måle graden av intern konsistens mellom indikatorene som skal inngå i en indeks, og intern konsistens måles med Cronbach's Alpha (Ringdal, 2001).

Cronbach's Alpha er en statistisk størrelse som kan være ifra 0 til 1, men bør helst være over 0,70. I tabell nr 6 vises at de fleste variablene er reliable. Hvis Alpha verdien er under 0,5 kan det være noe galt med spørsmålene, dette oppstår i variabelen «Rettferdig». Grunnlaget for dette skyldes punchfeil som tidligere nevnt, hvor et spørsmål endte opp med å bli repetert to ganger i Corporater surveyor (gjaldt spørsmål nr 11 og 13 som ble identisk). I papirskjema stod samme spørsmål riktig, men ble lagt inn manuelt i Corporater surveyor. Spørsmål nr 13 ble tatt ut.

**Tabell nr.6 viser utregning av Cronbach`s Alpha.**

Variabel	Antall svar	Antall indikatorer	Cronbach`s Alpha
Lærende	301	3 (nr.7+8+9)	,711
Fleksibel	301	2 (nr.10+11)	,674
Rettferdig	301	2 (nr.12+14)	-,420
Rapporterende.1	301	2 (nr.15+16)	,660
Rapporterende.2	301	4 (nr.17+18+19+20)	,825

## Intervju

Den kvalitative tilnærmingen til datainnsamlingen kjennetegnes av full åpenhet(Jacobsen, 2005:193)

Reliabiliteten under intervjuet gjelder hvor pålitelige resultatene er(Kvaale m.fl. 2009:118). Det ble notert detaljert under hele intervjuet, problemet med kun notater er at disse representerer en kraftig siling av informasjon i registreringen. Dermed kan det bli vanskelig for andre å sjekke om konklusjoner er riktige med grunnlag i rådata, og dette kan svekke troverdigheten(Jacobsen, 2005:229). Svarene som ble notert under intervjuet ble vist til informantene for å forsikre meg at de var oppfattet korrekt, med mulighet for korreksjon hvis noe var feil. Alle informantene godkjente svarene, og ingen ønsket å endre noe. En svakhet i min intervju-undersøkelse var at jeg ikke benyttet båndopptaker, slik at andre kan kontrollere at svarene er notert korrekt, eller konklusjoner er riktige(Jacobsen, 2005:228). Båndopptaker beskrives av Jacobsen(2005) som den mest komplette formen for registrering og er et ideal innenfor den kvalitative metoden.(Jacobsen, 2005:187)

I forbindelse med at jeg er ansatt i samme avdeling og er kolleger med informantene som er intervjuet, er det en viss fare for at jeg kan ha hatt en effekt på fenomenet som jeg studerer. Dette har jeg vært veldig bevisst på og forsøkt etter beste evne å være helt nøytral. De som undersøkes påvirkes ifølge Jacobsen av undersøkeren i det som kalles undersøkereffekt, dette beskrives ved at samtalen formes – både i stil og innhold- av partene som deltar. Måten intervjuer er kledd på, snakker, ser ut, bruker kroppsspråk kan påvirke informanten i intervjuet(Jacobsen, 2005:226). Stedet hvor intervjuet avholdes kan også påvirke informantene i det som kalles konteksteffekt, nyere forskning viser at folk endrer atferd etter hva slags omgivelser de befinner seg i (Silverman, 1993 sitert i Jacobsen, 2005:227). For å skape en naturlig sammenheng ble intervjuene avholdt på informantene sine naturlige arbeidsstasjoner.

## 4.6 Validitet

### Spørreundersøkelse

Er det undersøkelsesopplegget jeg har valgt egnet til å belyse den problemstillingen jeg ønsker å undersøke? Undersøkelsen er et ekstensivt opplegg med få variabler, men mange enheter, også kalt utvalgsundersøkelse (Jacobsen, 2005:172). Spørsmålene er kategorisert etter James Reasons typografi for kjennetegn for god sikkerhetskultur, og har validitet i og med at spørsmålene er brukt til å måle tilsvarende kultur i tidligere undersøkelser.

Svarene i undersøkelsen representerer et bilde om hvordan det var på en konkret tid, på et konkret sted, i et bestemt miljø. Påvirkninger: dagsform, jobbpress, helse, hva andre mener, tiden endrer seg og folk endrer seg slik at samme spørsmål kan få et annet svar i fremtiden.

### Intervju

En mye brukt tolkning av validitet blant annet i ordbøker er uttalelse sannhet, riktighet og styrke. I samfunnsvitenskapen gjelder det om intervjustudien undersøker det den er ment å undersøke? (Kvaale m.fl.2009:118) Spørsmålene er brukt med bakgrunn ifra forskningsspørsmålene og teorien. Alle spørsmålene er relevante da de har vært i bruk før i forbindelse undersøkelser rundt aktuelt tema.

For det kvalitative opplegget ble det plukket ut informanter som kan beskrive virkeligheten i de ulike enhetene i Hospitaldrift. Men selv om vi har fått tak i de rette kildene, er det ikke sikkert de gir fra seg korrekt informasjon. Ifølge Jacobsen(2005) bør en vurdere kildene sine kunnskaper om tema og erfaring, videre må en vurdere kildens vilje til å gi riktig informasjon pga. kilder kan ha ulike interesser som kan føre til løgn. En må altså vurdere om aktuelle kilder kan ha grunnlag for og ikke komme med rett informasjon, eksempler på årsaker til dette kan være tema som grenser til lovbrudd, eller andre kontroversielle tema. En annen årsak til å oppgi uriktig informasjon er at informantene ønsker å fremstå på en sosialt riktig måte, og på den måten oppgir de informasjon ut ifra hvordan de ønskes å oppfattes utad (Jacobsen, 2005:218). Slik jeg oppfattet informantene virket tematikken interessant og samtlige hadde god kjennskap til tema, HMS er lovpålagt og spørsmål rundt dette bør ikke være kontroversielt.

Videre bemerker Miles og Huberman(1994 sitert i Kvale m.fl. 2009:254) at det ikke finnes noen absolutte regler for hvordan validitet skal etableres i kvalitativ forskning.

## **4.7 Etikk**

Utgangspunktet for forskningsetikken i Norge i dag er tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og dem det skal forskes på: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2005).

Alle blir informert om spørreundersøkelsen i et informasjonsbrev som aktuelle informanter får utdelt sammen med spørreskjemaet, informasjonsbrevet informerer om hvordan data vil bli behandlet samt lovnad om full anonymitet.

For at oppgaven ikke skulle omfattes av meldeplikten til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste ble all data behandlet anonymt uten personidentifiserende bakgrunnsopplysninger.

Undersøkelsen er meldt til personvernombudet i Helse Bergen som har godkjent opplegget med forutsetning om full anonymitet for involverte deltakere.

## **4.8 Dataanalysens utfordringer**

Å produsere data til spørreundersøkelser krever ikke noe faglig form for arbeid, men surveyforskning som helhet kan beskrives som en vanskelig prosess (Kvale m.fl. 2009:103). Dette fikk jeg smertelig erfare og det var store utfordringer med spesielt det statistiske arbeidet.

Det ble etter hvert klart for meg at en mulig hindring ved melding av avvik i Hospitaldrift kan ligge i det praktiske med arbeidssted situasjonen. Flertallet av de ansatte i Hospitaldrift har sin arbeidsplass på eksempelvis: vaskeri, renhold, kjøkken og som portører. De sitter ikke foran en pc i vanlig jobbsituasjon. En påstand blir da at det skaper mye ekstra arbeid når de skal melde avvik på pc, som synergi er lagt opp til. I etterpåklokskapens navn burde oppgaven inneholdt spørsmål vedrørende dette i spørreundersøkelsen eller tatt i bruk metode som feltobservasjonsanalyse og utforsket dette nærmere. Videre var det brukt for sterk strukturingsgrad i intervjuene, ved å ha lavere strukturingsgrad kunne en fanget opp andre eventualiteter som hadde relevans for oppgaven. Samtidig har oppgaven begrensninger i tid og ressurser.

## 4.9 Generalisering

Ifølge Kvale m.fl kan generaliserbart defineres som at resultater i en situasjon kan overføres til andre situasjoner(Kvale m.fl. 2009:323). Videre er det et krav at utvalget må oppnå et viss omfang før en kan begynne å snakke om muligheter for å generalisere(Jacobsen, 2005:80).

Denne oppgaven har benyttet design-triangulering som ifølge Jacobsen(2005) er et ideal i muligheten for å oppnå både generalisering og relevans. I den delen av oppgaven som går på den Kvalitative undersøkelsen, må det spesifiseres at hensikten med kvalitative metoder ikke er å generalisere fra utvalgte enheter til videre omfang av enheter(Jacobsen, 2005:222). Ifølge Jacobsen(2005:224) er en tommelfingerregel å være forsiktig med å komme med generaliseringer etter å ha utført kvalitative undersøkelser på noen få enheter.

Når det er nevnt kan oppgaven være relevant for andre driftsavdelinger i helsevesenet på følgende grunnlag:

- De opererer i en monopolsituasjon i offentlig sektor, slik som Hospitaldrift.
- De må forholde seg til gjeldende HMS lovverk (ik-forskriften, 2012).
- De ulike profesjonsrisikoene vil være like.

Dog er alle virksomheter unike i sine forutsetninger og har forskjellige sikkerhetskultur, økonomiske ressurser, ulik ledelse med forskjellig risikopersepsjon og risikovillighet. Således kan generalisering by på utfordringer. Videre er det viktig å være klar over at vi kan aldri generalisere til noe annet enn den populasjonen utvalget er trukket ifra og det tidspunktet undersøkelsen er utført på(Jacobsen, 2005:365).

## 5. Empiri

I dette kapittelet vil de sentrale funnene ifra survey og intervju bli presentert. Målsetningen er å belyse utvalgt empiri som gjør det mulig å besvare forskningsspørsmålene mine vedrørende sikkerhetskultur og informasjonsflyt i Hospitaldrift.

For at det skal bli mest mulig oversiktlig er empirien inndelt etter forskningsspørsmålene.

### 5.1 Hva er styrker og svakheter med Hospitaldrift sin sikkerhetskultur?

For å ha grunnlag for å definere styrker og svakheter på Hospitaldrift sin sikkerhetskultur, har jeg brukt utvalgt teori med fokus på ledelse og James Reason sin definisjon på god sikkerhetskultur som rammer opp mot aktuell empiri.

#### 5.1.1 Sikkerhetskultur vedrørende tema ledelse.

##### Intervju med informanter ifra ledelsen:

Fordi ledelse er et sterkt fokusområde i sikkerhetslitteraturen som forklart i teoridelen, var det naturlig å konfrontere informantene om relevante påstander rundt dette tema. Ledelsen har hovedansvaret for sikkerheten og de skal styre risikoen slik at ulykker og skader unngås, de må av den grunn prioritere sikkerhet for at organisasjonen skal ha en sterk sikkerhetskultur. Videre vil ledelsens atferd vedrørende sikkerhet bli gjenspeilt av de ansatte som vil følge i deres fotspor på godt og vondt. (Clarke, 1999 sitert i Parker m.fl. 2005:553).

For å kunne drøfte sikkerhetskultur var det interessant å se hva informantene la i dette begrepet. Trygghet for ansatte, at sikkerhet tas på alvor og at en er opptatt av dette er noe som flere av informantene nevner sine definisjoner. To informanter vektlegger også sikkerheten til andre i sin definisjon og en vektlegger viktigheten om å melde fare i sin definisjon, noe som passer godt inn i denne oppgaven. Alt i alt så kunne de fleste besvare hva de la i begrepet relativt enkelt, det viser at dette er noe som de har et kjennskap til. Dette kan illustreres med alle de sju informantenes sitater under:

**«At det er innarbeidet en kultur ifra ledelsen og ut i organisasjonen der HMS er en viktig rammefaktor for trygghet»** (Informant)

**«At en melder ifra om farer som oppdages»** (Informant)

**«Organisasjonen tar sikkerhet på alvor»** (Informant)

**«At mål og retningslinjer blir fulgt opp»** (Informant)

**«At vi har fokus på sikkerhet og at det angår oss. Vi har et ansvar for egen arbeidsplass, omgivelsene og de som er avhengig av våre tjenester»** (Informant)

**«At ansatte er opptatt av egen sikkerhet og konsekvensen av jobben de gjør i forhold til andre sin sikkerhet»** (Informant)

**«Trygghet for ansatte»** (Informant)

Det ble videre stilt spørsmål om i hvilken grad ledelsen var personlig involvert i sikkerhetsarbeidet, dette fordi ledelsen må gå foran og aktivt prioritere sikkerhet for at en skal kunne oppnå en god sikkerhetskultur (Bjørnskau m.fl. 2009).

Samtlige informanter erkjente at ledelsen var ansvarlig og at de var personlig involvert i sikkerhetsarbeidet. Dette viser at de er sitt ansvar bevisst. En informant uttaler at enhetens ledelse er ansvarlig og at verneombudet er en god talsmann og vaktbikkje. Dette poengterer også viktigheten av medvirkning som er lovpålagt iht ik-forskriften, og som er en viktig suksessfaktor for HMS arbeidet. To informanter bemerker også viktigheten av at ledelsen følger opp hendelser, det uttales at ledelsen ofte er mer bevisst på sikkerheten enn de ansatte og at det sklir ut hvis det ikke er ledelsesoppfølging. Dette poengterer viktigheten av å personlig følge opp HMS arbeidet. Svarene kan illustreres med følgende tre sitater:

**«Enhetens ledelse er ansvarlig. Verneombudet er en god talsmann og vaktbikkje»**  
(Informant)

**«Er personlig involvert både i oppfølging og i å sette fingeren på ting. Det sklir ut hvis det ikke er ledelses-oppfølging»** (Informant)

**«Ja. Føler at ledelsen er mer bevisst på sikkerheten enn de ansatte. Jobber med å bevisstgjøre de ansatte. Utfører månedlige vernerunder og er fast tema på personalmøter»** (Informant)

Svarene over er representative med utvalget.



Neste spørsmål som ble stilt til informantene var om ledelsen hadde oversikt over de viktigste sikkerhetsproblemene. Ifølge ik-forskriften må høy risiko virksomheter som Hospitaldrift er en del av kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide planer og tiltak for å redusere risikoen. Dette arbeidet skal dokumenteres skriftlig §5-5 (ik-forskriften,2012:21).

Alle informantene svarte at de hadde god oversikt over de viktigste sikkerhetsproblemene i enheten. Dette tyder på at de tar sikkerhet på alvor. En informant svarte at de hadde denne oversikten på bakgrunn av risikoanalyser, som er et systematisk verktøy for å få oversikt over relevant risiko. En annen informant svarte at de var veldig beviste på hvor de var sårbare. Svarene kan illustreres med følgende tre sitater:

**«Ja det har vi. Er veldig beviste hvor vi er sårbare»** (Informant)

**«Ja med bakgrunn i risikoanalyser har vi det. Har jevnlige møter med verneombudet om HMS saker»** (Informant)

**«Ja vil si det, har god kjennskap til utfordringene»** (Informant)

Ifølge informantene har Hospitaldrift god oversikt over de viktigste sikkerhetsproblemene.

Siste spørsmål vedrørende tema ledelse var om det var fokus på sikkerhet i den daglige driften. Som leder er en ifølge ik forskriften pliktig til å følge opp at det systematiske HMS arbeidet fungerer. Leder skal jevnlig utføre kartlegging og planlegging av tiltak(ik-forskriften, 2012: 13). Av den grunn er dette spørsmålet relevant i denne settingen.

Samtlige informanter svarte at de hadde fokus på sikkerhet på dagsorden i den daglige driften. Dette tyder på at sikkerhet står høyt på agenda hos aktuelle informanter. En informant bemerker at dette ikke er alltid like lett å jobbe med, videre viktigheten av at ansatte føler seg trygg på jobb som resulterer i at de føler seg ivaretatt og yter innsats. En annen informant bemerker at sikkerhet også blir tatt opp på personalmøter. Svarene blir illustrert med følgende to sitater:

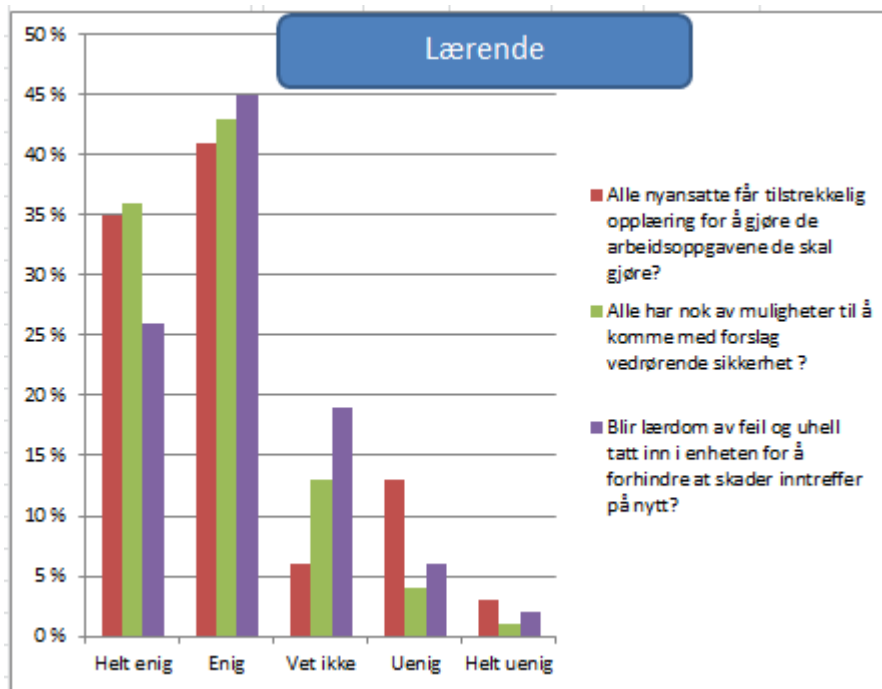
**«Ja. Men er ikke alltid like lett å jobbe med. Det er viktig at ansatte føler seg trygge på jobb, dette gjør at de føler seg ivaretatt og yter innsats»** (Informant)

**«Ja HMS er på dagsorden. Det utføres også jevnlige møter med verneombud»** (Informant).

Ifølge informantene er sikkerhet på dagsorden hos Hospitaldrift.

### 5.1.2 Sikkerhetskultur vedrørende tema «lærende»:

«Læring» er et vitalt element i en sikkerhetskultur. At man har nok opplæring til å utføre arbeidet er en vesentlig side ved en god sikkerhetskultur. Videre er arbeidet med en sikkerhetskultur en kollektiv læringsprosess der man aksepterer at feil kan skje, og har kultur for lære av feilene som oppstår(Aase m.fl. 2010:264).



Figur nr: 8 Viser svarfordeling for spørreundersøkelse vedrørende påstandene rundt «lærende».

For element lærende i figur nr 8 var det 3 påstander som skulle besvares: 1. første var om alle nyansatte fikk tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skulle gjøre? Her svarte 76 % positivt (35 % helt enig + 41 % enig). 13 % besvarer også uenig på denne påstanden.

Spørsmålet om alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring ble også stilt til informantene fra ledelsen. Å forme ansatte slik at de ikke gjør feil, er umulig. James Reason mente derfor at vi bør fokusere mot vilkårene som de ansatte jobber under, som han kalte systemorientert. Dette synet gikk på at ansatte normalt gjorde så godt de kunne, men av og til skjedde uunngåelige feil. Derfor var det viktig å etablere arbeidsforhold hvor feilene førte til minst mulig skade når de skjedde(Kvalnes, 2010:31) for å oppnå dette er grunnopplæring av nyansatte en viktig faktor.

Samtlige informanter svarer bekreftende på at alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for å gjøre de arbeidsoppgaver de skal gjøre. Informantene oppgir bruk av arbeidsverktøy som

opplæringsplaner, evalueringsskjema og fadder ordninger som viktige hjelpemidler for å lykkes. En annen informant oppgir at de har system for opplæring av nyansatte. Svarene kan illustreres med følgende to sitater:

**«Alle får opplæringskjema ved ansettelse som blir kvittert ut etter behov og nivå, det utføres også jevnlig evaluering av opplæringen. Opplæringskjema brukes som arbeidsverktøy og blir jevnlig revidert»** (Informant)

**«Ja har gode rutiner på dette. Bruker opplæringsplaner og evalueringsskjema i prosessen»** (Informant)

Svarene over er representativ for utvalget, unntatt en informant som svarer:

**«Nei, det jobbes med å forbedre dette»** (Informant).

Som et sammendrag på om alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring svarer flertallet av informantene ifra ledelsen at dette er korrekt. 13 % av respondentene ifra de ansatte sier seg likevel uenig i denne påstanden. En har altså forbedringspotensialer rundt dette i Hospitaldrift sett ifra de ansatte.

2. Neste påstand i figur nr 8 var om alle hadde nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet, her var 79 % av respondentene positive (36 % helt enig + 43 % enig).

Spørsmålet som ble stilt informantene ifra ledelsen var om enhetene var mottakelig for nye ideer om HMS for å gjøre arbeidsoperasjonene sikrere. Dette spørsmålet er relevant fordi ik-forskriften ser på arbeidstakeren som en viktig ressurs på grunn av at de har den daglige erfaringen på arbeidsplassen. Denne erfaringen gir grunnlag for å utøve lekmannsskjønn som arbeidsmiljøloven bygger på, videre er medvirkning en viktig faktor for å motivere og til å lære sikker arbeidsutførelse (Karlsen, 1997:144). Det er videre ledelsens oppgave å sørge for at informasjon ifra arbeiderne blir nyttiggjort, dette er forankret i ik-forskriften § 4 d. (Aase m.fl. 2010:38).

Informantene satt veldig pris på tilbakemeldinger om forbedringer innen HMS, og erkjente at HMS var høyt på agenda. En informant uttaler at de alltid er mottakelig for nye ideer. En annen informant forteller at de tar imot med åpen hånd og setter pris på det, men at de kan bli bedre på å gi tilbakemeldinger til melder om faktorer som påvirker saksgang. Ifølge James Reason er manglende konstruktive tilbakemeldinger, en årsak til at ansatte ikke melder avvik.

Svarene kan illustreres med følgende to utsagn:

**«Ja, er alltid mottakelig for nye ideer»** (Informant)

**«Tar imot med åpen hånd. Setter pris på det. Kan bli bedre på å gi tilbakemeldinger til melder om faktorer som ikke kan utføres eller det lengre tid enn forventet»** (Informant)

Svarene over representerer utvalget som samtlige var positive til aktuelt spørsmål.

Som sammendrag om alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet, besvarte 79 % av respondentene positive (36 % helt enig + 43 % enig). Videre besvarte samtlige informanter positivt på om enheten var mottakelig for nye ideer for å gjøre arbeidsoperasjoner sikrere. Hospitaldrift har forbedringspotensialer før samtlige respondenter besvarer seg helt enig.

**3.** Siste påstand i element «lærende» i figur nr 8 var om lærdom av feil og uhell blir tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt? 71 % av respondentene svarer positivt på denne påstanden (26 % helt enig + 45 % enig).

Svar ifra intervju med informanter ifra ledelsen om lærdom av feil og uhell blir tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt. Hollnagel (2012 sitert i Kongsvik, 2013) oppgir at sikkerhet har handlet om å unngå at ting går galt. Dette innebærer at man ofte tar utgangspunkt i feil som har skjedd, for så å forsøke å finne årsaker til at de skjedde, videre og styrke barrierene for å hindre at det skjer igjen (Kongsvik, 2013:137).

Informantene svarer bekreftende på dette spørsmålet, det blir nevnt at dette er kontinuerlig arbeid og at lærdom blir fortløpende tatt i bruk i enheten. En informant oppgir at hvis det skjer noe blir det tatt tak i umiddelbart, vedkommende oppgir også at de har velfungerende verneombud. Verneombudet representerer de ansatte i HMS saker og skal medvirke til å skape en trygg arbeidsplass. En annen informant oppgir at det av og til kan ta tid å få til, og at ting ofte må gjentas for at enkelte skal få det til, slik at en må ha tålmodighet. Eksempler på svar vedrørende dette spørsmålet fra informantene:

**«Ja det er kontinuerlig arbeid. Det kan av og til ta tid og få til, ting må ofte gjentas for at enkelte skal få det til, slik at en må ha tålmodighet»** (Informant)

**«Ja det blir det. Skjer det noe blir det tatt tak i umiddelbart. Har velfungerende**

**verneombud»** (Informant)

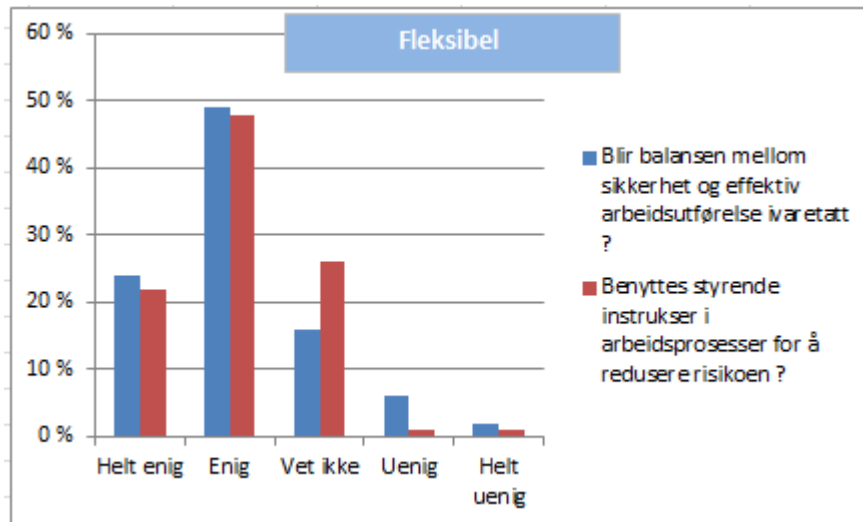
Svarene over er representative med utvalget som alle var positive på dette spørsmålet.

Sammendrag: På påstand om lærdom av feil og uhell blir tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt? svarer 71 % av respondentene positivt på denne påstanden(26 % helt enig + 45 % enig). Samtlige av informantene svarer positivt på samme spørsmål.

Hospitaldrift har forbedringspotensialer før samtlige respondenter sier seg helt enig.

### 5.1.3 Sikkerhetskultur vedrørende tema «fleksibel»:

Fleksibilitet er et viktig element i en sikkerhetskultur. Virksomheter må kunne håndtere både normal og høy arbeidsbelastning uten at det går utover sikkerhet og robusthet. Videre må en være endringsvillig i et samfunn med kontinuerlige endringer i markedsforhold, lovverk og miljøkrav (Karlsen, 2011).



Figur nr: 9 Viser svarfordeling for spørreundersøkelse vedrørende påstandene rundt «fleksibel».

1. For element «fleksibel» i figur nr 9 var det 2 påstander som skulle svares på: første spørsmål var hvordan balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse blir ivare tatt? Her svarer er 73 % positive (24 % helt enig+49 % enig).

Spørsmålet som ble stilt informanter ifra ledelsen vedrørende fleksibilitet var hvordan enheten håndterer målkonflikter mellom sikkerhet og konkurrerende tiltak. I «Safety management»-teorien som det norske HMS regelverket kommer ifra, blir det slått fast at sikkerhet teller like mye som hensynet til økonomi, kvalitet og produksjon (Johnsen, 2005:45).

Informantene var opptatt av at sikkerhet ble prioritert i målkonflikter, og at de klarte å balansere dette fint. En informant bemerket også at det var en rød tråd mellom de overordnede målene og de økonomiske bevilgningene. En annen informant uttaler at det meste tas alvorlig og blir prioritert etter saklige argumenter, I målkonflikter lot de alltid sikkerhet gå foran. Noen av informantene ga følgende svar:

**«Håndteres fint. Det er en rød tråd mellom de overordnede målene. Det som skal leveres må stå i forhold til økonomiske bevilgninger. Det er ikke målkonflikter mellom**

**sikkerhet og konkurrerende tiltak»** (Informant)

**«Vil si at det meste tas alvorlig og blir prioritert etter saklige argumenter. I målkonflikter lar vi alltid sikkerhet gå foran»** (Informant)

**«Klarere å balansere dette. Opptatt av at HMS mål er realistiske og oppnåelige»**  
(Informant)

Sammendrag på hvordan balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse blir ivaretatt? Her svarer 73 % av respondentene positivt (24 % helt enig+49 % enig). Samtlige informanter svarte at de håndterte balansen fint og at det ikke var noen utfordringer rundt det. Hospitaldrift har også her utviklingsmuligheter før samtlige respondenter sier seg helt enige.

**2.** Neste påstand i figur nr 9 var om styrende instruksjoner benyttes i arbeidsinstruksjoner for å redusere risikoen, hvor 70 % svarer positivt. (22 % helt enig + 48 % enig).

Informantene ble stilt samme spørsmål, om styrende instruksjoner benyttes i arbeidsinstruksjoner for å redusere risikoen. Arbeidsinstruksjoner er standardiserte arbeidsmåter som brukes ved repeterende utførelse av definerte arbeidsoppgaver. Disse handlemåtene avspeiler en innarbeidet metode med utgangspunkt i fagkunnskap og trening, dette for å sikre at man har lik praksis i gjennomføringen av produkt eller tjeneste. Når det gjelder forbedring av HMS, må disse instruksene utvikles og følges(Karlsen, 1997:116).

Informantene svarte at dette var ivaretatt i de ulike enhetene, noen svarte at de brukte arbeidsinstruksjoner for det meste. En annen informant svarte at de fulgte arbeidsinstruksjoner til punkt og prikke. Svarene kan illustreres med følgende to utsagn:

**«Ja, blir fulgt til punkt og prikke»** (Informant)

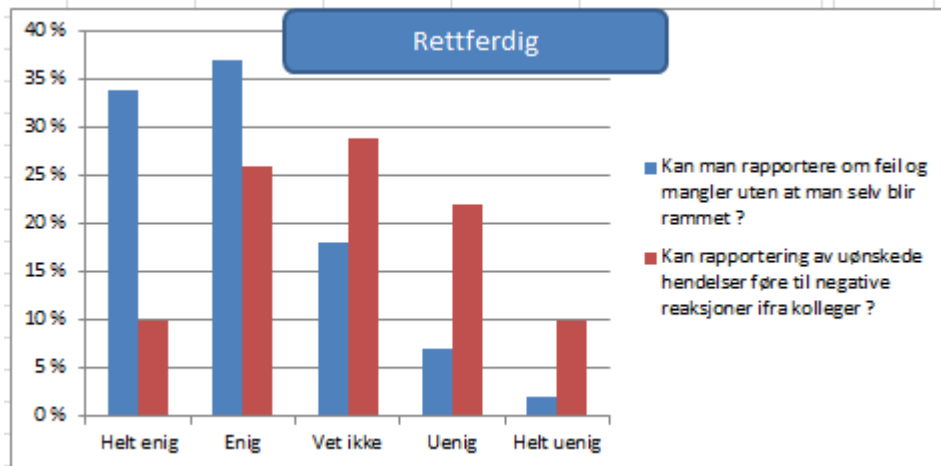
**«Ja, har arbeidsinstruksjoner for det meste»** (Informant)

Alle informantene var positive til at det benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen.

Sammendrag: respondentene svarer følgende om styrende instruksjoner benyttes i arbeidsinstruksjoner for å redusere risikoen, totalt 70 % svarer positivt (22 % helt enig + 48 % enig) på denne påstanden. Samtlige informanter svarer positivt på dette spørsmålet. Hospitaldrift har utviklingsmuligheter før samtlige respondenter sier seg helt enig.

#### 5.1.4 Sikkerhetskultur vedrørende tema «rettferdig»:

«Rettferdighet» er også et vitalt element i en sikkerhetskultur. Kulturen bør oppfordre og belønne rapportering, samtidig som det finnes grenser på hva som er tolererbart og ikke tolererbart vedrørende oppførsel (J. Reason i Parker m.fl. 2005). En 100 % rettferdig kultur vil ikke være oppnåelig for de fleste organisasjoner (Reason, 1997).



Figur nr: 10 Viser svarfordeling for spørreundersøkelse vedrørende påstandene rundt «rettferdig».

1. For element «rettferdighet» i figur nr 10 ble det stilt 2 spørsmål. Første stilte spørsmål var om man kan rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet, 71 % svarte positivt på denne påstanden (34 % helt enig, 37 % enig).

Her ble det stilt to spørsmål til informantene. A. spørsmål som ble stilt til informanter ifra ledelsen var hvordan meldere behandles i deres enhet. Blir de tatt på alvor. Satt pris på. Oversett eller oppfattet som kverulanter. For at ansatte skal melde om uønskede hendelser er konsekvensene en viktig faktor. Hvis de ansatte frykter for negative reaksjoner ved å melde, for eksempel: medieoppmerksomhet eller redselen for å bli kriminalisert, kan dette føre til underrapportering. (Aase m.fl, 2010:63).

Informantene svarer positivt på dette spørsmålet. Det blir nevnt at de blir tatt godt imot og at de behandles korrekt, det nevnes også at det blir satt pris på for å fremstå som et godt eksempel for andre. Noen av informantene ga følgende svar:

«Satt pris på» (Informant)

«Veldig positivt i vår enhet» (Informant)

De fleste informantene svarte dette spørsmålet med at de ville sette pris på meldere, og



således er svarene over representative for utvalget.

Sammendrag: respondentene svarer følgende om man kan rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet, 71 % svarte positivt på denne påstanden (34 % helt enig, 37 % enig). Informanter fikk spørsmål om hvordan meldere behandles i deres enhet. Blir de tatt på alvor. Satt pris på. Oversett eller oppfattet som kverulanter. Alle informantene svarte at de blir godt tatt imot i deres enhet.

**B.** Neste spørsmål som ble stilt informantene ifra ledelsen var hvordan menneskelige feilhandlinger ble håndtert i deres enhet? Før vi feller dommen, bør vi sette oss inn i det konkrete hendelsesforløpet. Da kan konklusjonen ofte bli at det ikke var personen men systemet vedkommende opererte i, som det var feil med.(Kvalnes, 2010:30). Det viktigste med uønskede hendelser er å lære av dem slik at de ikke skjer igjen.

Her fokuserte informantene på viktigheten av å lære av feilene, samtidig som at de fokuserte på å ivareta vedkommende. Det ble også nevnt at det er lov å gjøre feil, men ikke samme feil to ganger. Alt i alt var samtlige svar positive iht rettferdighet. Andre eksempler på svar ifra informantene:

**«Prøver å ta godt vare på dem. Feilhandlinger blir alltid diskutert for å lære av dem»**  
(Informant)

**«Tar opp feilen med den ansatte, for å korrigere at det ikke skjer igjen»** (Informant)

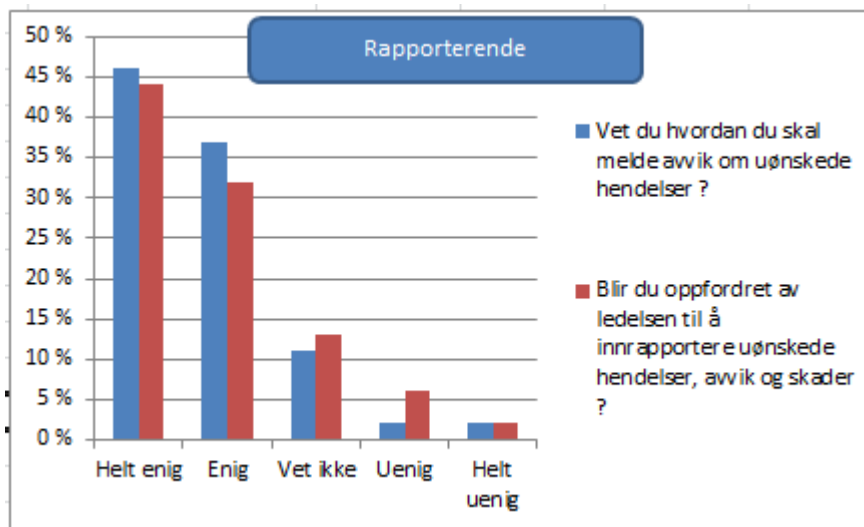
Sammendrag: Første stilte spørsmål var om man kan rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet? 71 % svarte positivt til denne påstanden (34 % helt enig, 37 % enig). Svarene til informantene på de to spørsmålene som her ble stilt vedrørende rettferdighet viser ifølge informantene at de ulike enhetene har tilfredsstillende forhold til rettferdighet. Hospitaldrift har for øvrig forbedringsmuligheter før samtlige respondenter svarer helt enig, noe som er uoppnåelig for de fleste virksomheter.

**2.** Neste påstand i figur nr 10 var om rapportering av uønskede hendelser kan føre til negative reaksjoner ifra kollegaer? Her svarte 32 % seg på uenig siden (10 % helt uenig og 22 % uenig), hele 35 % svarer seg helt enig eller enig i denne påstanden (10 % helt enig, 25 % enig).

Sammendrag: Slik svar fremkommer her står det ikke fullt så bra til vedrørende negative konsekvenser fra kolleger. Dette kan være en hindring for meldekulturen i Hospitaldrift.

### 5.1.5 Sikkerhetskultur vedrørende tema «rapporterende»

«Rapportering» av feil og nesten uhell er et kritisk element i en sikkerhetskultur og vesentlig for alt sikkerhetsarbeid. Dette fordi uten meldinger om risiko kan en ikke utføre detaljerte analyser av uhell, hendelser og nesten ulykker, og vi har da ingen mulighet til å vite hvor kanten på stupet er før vi ramler utenfor(Reason, 1998). Det er i alles interesse at feil avdekkes.

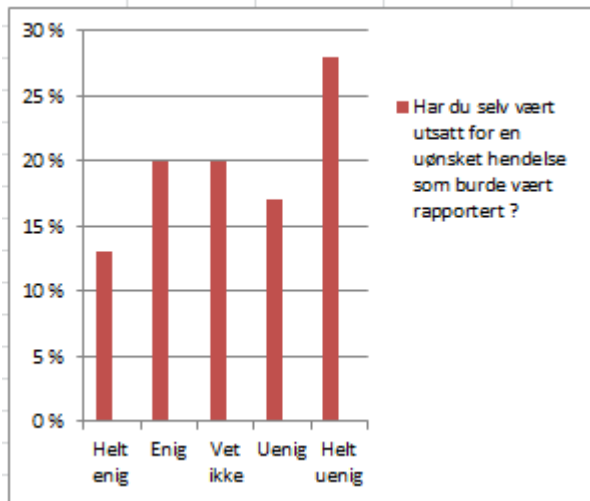


Figur nr: 11 Viser svarfordeling for spørreundersøkelse vedrørende påstandene rundt «rapporterende».

For element «rapporterende» som denne oppgaven hadde ekstra fokus på var det 7 påstander som skulle svares på. Første to påstander er vist i figur nr 11: Første spørsmål var om den ansatte visste hvordan en skulle melde avvik om uønskede hendelser? Her besvarte 83 % positivt (46 % helt enig+ 37 % enig). Neste spørsmål var om de ble oppfordret av ledelsen til å melde avvik? Her besvarte 76 % positivt til denne påstanden (44 % helt enig, 32 % enig).

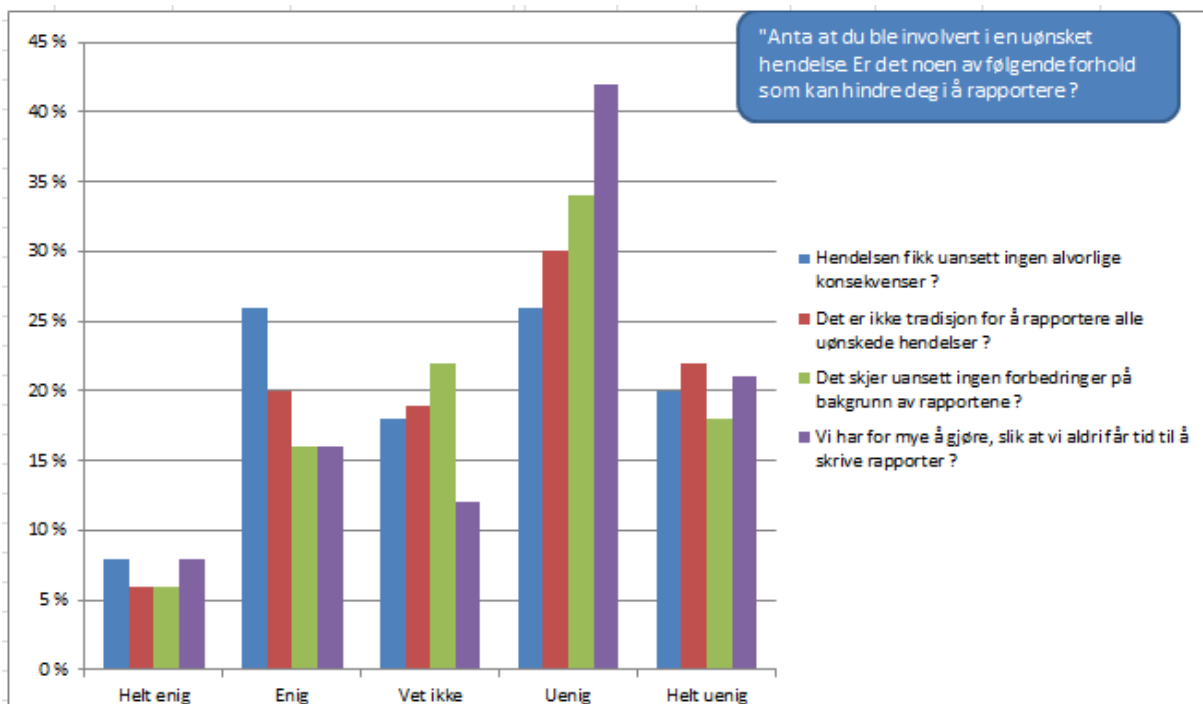
Spørsmålet som ble stilt informanter fra ledelsen var om de oppfordret ansatte til å melde avvik. Ledelsen har hovedansvaret for sikkerheten og de skal styre risikoen slik at ulykker og skader unngås(Johnsen, 2005:45), for å styre sikkerheten er de avhengig av meldinger om risiko i driften.

Her svarte samtlige informanter kort og enkelt «ja».



Figur nr: 12 Viser svarfordeling for spørreundersøkelse vedrørende påstandene rundt «rapporterende».

Videre på figur nr 12 fulgte påstanden om den ansatte selv hadde vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert? Her svarte flertallet 45 % negativt (28 % helt uenig + 17 % uenig).



Figur nr: 13 Viser svarfordeling for spørreundersøkelse vedrørende påstandene rundt «rapporterende».

I figur nr 13 vises et spørsmål som skulle tas stilling til med andre påstander vedrørende handlemtå etter en uønsket hendelse. Spørsmålet var: Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere? Første påstand

var: Hendelsen fikk uansett ingen alvorlige konsekvenser? 46 % var uenig i denne påstanden (28 % helt uenig + 17 % uenig), 33 % svarte at de var enige (13 % helt enig, 20 % enig).

Andre påstand var at det ikke var tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser? 52 % av respondentene sa seg uenig i denne påstanden (22 % helt uenig + 30 % uenig) videre befant 26 % seg på enig siden (6 % helt enig + 20 % enig).

Tredje påstand var at det uansett ikke skjer noen forbedringer på bakgrunn av rapportene? 52 % svarte uenig på denne påstanden (18 % helt uenig + 34 % uenig). 22 % var på enig siden (6 % helt enig + 16 % enig).

Fjerde påstand var at vi har for mye å gjøre slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter? Her befant 63 % av respondentene seg på uenig siden (21 % helt uenig + 42 % uenig).

### **Intervju med informanter ifra ledelsen:**

Informantene ble stilt tre spørsmål vedørende element «rapporterende», første spørsmål var om det var tradisjon i enheten for å melde avvik: Ledelsen påvirker meldekulturen på godt og vondt, hvordan ledelsen fokuserer på å prioritere viktigheten av å melde, vil påvirke meldekulturen. (Aase m.fl. 2010:102).

Informantene ifra ledelsen svarte ulikt på dette spørsmålet. Tre informanter uttalte at det ikke var tradisjon for å melde avvik, men at alvorlige HMS avvik ble meldt. En annen informant uttalte at ansatte melder muntlig til ledelsen, men ikke i synergi. Det var kun en informant som svarte ja til at det var tradisjon i enheten for å melde avvik Svarene kan illustreres med følgende fire utsagn:

**«Kan ikke si det. Alvorlige avvik som for eksempel ansatt-skader blir meldt»** (Informant)

**«Spesielt HMS avvik. Lite flinke på andre avvik om forbedringer»** (Informant)

**«Ja, med at ansatte melder muntlig til ledelsen. Nei, med at ansatte melder i synergi»**  
(Informant)

**«Det rapporteres avvik, med det kan bli bedre. Personskader blir alltid meldt i synergi, mindre avvik blir meldt ifra arbeidstaker til leder muntlig»** (Informant)

De fleste svarte negativt på dette spørsmålet. Ifølge informantene er det bare delvis tradisjon i Hospitaldrift for å melde avvik, da kun alvorlige HMS saker meldes.

Neste spørsmål var om enheten opplever at alle uønskede hendelser blir meldt i synergi. Hvorfor. Hvorfor ikke. Det kan være ulike saker til at ansatte ikke melder. Men ifølge ik-forskriften § 4 annet ledd er det uttrykkelig slått fast at arbeidstakeren har plikt til å medvirke(ik-forskriften, 2012:25). Ik-forskriften bemerker også Arbeidstakernes erfaringer klart er en vesentlig forutsetning for velfungerende internkontroll.(ik-forskriften, 2010:25).

Her svarte de fleste informantene ifra ledelsen negativt. Det blir uttalt ifra en informant at det er manglende kompetanse på synergi blant medarbeiderne, en annen informant sa det var usikkerhet i hvem som hadde ansvaret for å melde. Uribe m.fl.(2012) foreslår bruk av undervisning for å skape retningslinjer for hva, når, hvor og til hvem man skal melde(Uribe m.fl 2002 sitert i Aase m.fl. 2010:101). Dette skal i utgangspunktet bli fanget opp i obligatorisk e-læringskurs i Synergi for ansatte, men mulig en må se på repetisjonskurs. Videre bemerker en informant også at de har det for travelt til å skrive avvik. Tiden er ifølge Uribe m.fl.(2002) den største barrieren mot å rapportere uønskede hendelser(Uribe m.fl.2002 sitert i Aase m.fl. 2010:102). Eksempler på svar ifra informantene:

**«Nei. Skyldes forhold som manglende kompetanse på synergi blant medarbeiderne. Opplever også at det som blir meldt ikke blir tatt tak i av mottakende avdeling»**  
(Informant)

**«Nei, ikke alle. Skyldes at vi har det for travelt»** (Informant)

**«Nei. Det er usikkerhet rundt det. Usikkerhet rundt hvem som har ansvaret for å melde. Blir gitt mye muntlige meldinger ifra arbeidstaker til leder om avvik utenom synergi.**  
(Informant)

Her var igjen de fleste informantene samstemte om at svaret var nei, kun en informant svarte positivt. Ifølge informantene meldes altså ikke alle uønskede hendelser i synergi.

Tredje spørsmål var om alle avviksmeldinger i synergi ble behandlet innen gjeldende tidsfrister og om alle meldere fikk tilbakemelding om utfallet av saken. Reason(1997) poengterte at nøkkel-elementet for å få til en rapporterende kultur er å få gitt tilbakemelding til melder. «Apart from lack (or loss) of trust, few things will stifle incident reporting more

than the perceived absence of any useful outcome» (Reason, 1997:200).

De fleste informantene svarer denne påstanden noenlunde positivt: En informant svarer at de er blitt veldig gode på dette. En annen svarer at de prøver å holde tidsfristen og at melder får tilbakemelding. Det ble også uttalt ifra en informant at tidsfristen var grei, og at det som gjaldt egen enhet ikke var noe problem. Men meldinger som gikk på eksterne enheter var det mer usikkerhet rundt om var godt nok. Eksempler på uttalelser:

**«I utgangspunktet ja, men her kan vi også bli bedre»** (Informant)

**«Ja er blitt veldig gode på det»** (Informant)

To informanter bemerker at de kan bli bedre på dette. Alt i alt så kan en konkludere med at det finnes utviklingsmuligheter rundt dette spørsmålet.

## 5.2 Har Hospitaldrift god informasjonsflyt vedrørende sikkerhet?

### 5.2.1 Intervju

For å ha grunnlag for å definere om Hospitaldrift har god informasjonsflyt vedrørende sikkerhet, har jeg brukt utvalgt teori med fokus på Ron Westrum sin definisjon på god informasjonsflyt som rammer opp mot aktuell empiri.

Spørsmålene som ble stilt informantene fra ledelsen i denne sammenheng gikk på samarbeid, informasjonsflyt, feilhandlinger, mottakelighet for nye ideer og hvordan meldere blir behandlet. Spørsmålene er hentet med utgangspunkt ifra Ron Westrum sin tabell nr 1(s.38) for god informasjonsflyt.

Første spørsmål som ble stilt informantene var om samarbeid ble foretrukket i deres enhet. Westrum oppgir HRO og den proaktive jobbemåten deres når han beskriver viktigheten av samarbeid. Westrum nevner videre følgende suksessfaktorer for et vellykket samarbeid: små arbeidsgrupper, selvorganisert, høy moral, høy fagkompetanse, tilpasset arbeidsplass.(Westrum, 2009:5-12). De aller fleste informantene svarte at samarbeid ble foretrukket i deres enhet. Det ble uttalt at de ansatte jobber godt sammen og at dette var viktig. Dette kan illustreres med følgende tre utsagn:

**«Ja absolutt, viktig med godt samarbeid»** (Informant)

**«Har fokus på det. Jobber med å få ansatte til å dele de gode rutinene seg imellom, slik at en spiller hverandre god»** (Informant)

**«Ja selvfølgelig. Har veldig fokus på det»** (Informant)

Men en av informantene mente at det var forbedringspotensialer, denne informanten sier:

**«Kan sikkert bli bedre»** (Informant)

Svarene over er beskrivende for utvalget, og de fleste er positiv til at samarbeid blir foretrukket. Som nevnt over svarer en av informantene at de jobbet med å få ansatte til å dele de gode rutinene seg imellom, slik at de spilte hverandre gode. Dette er en god egenskap som kjennetegner HRO organisasjoner. I Westrum sin tabell over behandling av informasjonsflyt plasserer dette *Samarbeid* på det byråkratiske feltet, forbedringspunkt kan være å iverksette

incentiver for samarbeid.

Neste spørsmål var om enheten var mottakelig for nye ideer vedrørende HMS, for å gjøre arbeidsoperasjoner sikrere. Westrum nevner 3 suksessfaktorer for å lykkes her «1. Use the full brainpower of the organization» (Westrum, 2009:5-12). «2. Get the information to the person who needs it» (Westrum, 2009:5-12). «3. Keep track of what is happening, who is doing what, and who knows what» (Westrum, 2009:5-12). Samtlige informanter svarte at enheten var mottakelig for nye ideer vedrørende HMS. En informant nevner at det utføres intervjuer av nyansatte for å høre deres synspunkter på hva som kan gjøres bedre, dette fordi en blir ofte «risiko blind» i eget hus og nyansatte ser risiko med åpne øyne. En informant bemerker også at forslagene må være gjennomførbart, altså at det står i forhold til balansert risikostyring. Svarene på spørsmålet kan illustreres med følgende 3 utsagn:

**«Absolutt, er veldig interessert i det. Har blant annet intervjuer med nyansatte for å få synspunkter på forbedringer»** (Informant)

**«Ja er kontinuerlig mottakelig for forbedring av sikkerheten»** (Informant)

**«Ja selvfølgelig er vi det. Innspill til bedring tas til følge hvis det er gjennomførbart»** (Informant)

Svarene over er representative for utvalget og dette plasserer *Nye ideer* på det generative feltet i Westrum sin tabell over behandling av informasjonsflyt.

Tredje spørsmålet gjaldt hvordan meldere blir behandlet i enheten. Blir de tatt på alvor. Satt pris på. Oversett. Eller oppfattet som kverulanter. Westrum fokuserer på viktigheten av å få frem skjult informasjon vedrørende sikkerhet til beslutningstaker spesielt i forbindelse med granskninger. På grunn av ukultur eller uskreve regler kan denne informasjonen være skjult for ledelsen, og det er da vanskelig å se det store bildet samtidig som det øker risikoen i organisasjonen. Westrum uttrykker dette på følgende måte «putting the right information together is sometimes the key to get hazards to stand out» (Westrum, 2009:5-31).

Informantene er samstemte på at melderne vil bli satt pris på, og behandlet på en god måte. En informant uttaler at de ved å håndtere melderne på en god måte fremstår som et godt eksempel for de andre, og at de ønsker å bedre meldekulturen. En annen informant bemerker at de noen ganger har utfordringer med å komme med raske tilbakemeldinger til melder, dette



fordi det er en stor organisasjon og at det kan ta tid å få saker avklart. Svarene kan illustreres med følgende tre sitater:

**«De behandles korrekt og blir oppfordret til å komme. Har noen ganger utfordringer med å komme med raske tilbakemeldinger til melder vedrørende saksgang, det kan av og til ta tid i en stor organisasjon å få svar»** (Informant)

**«Prøver å sette pris på de for å fremstå som et godt eksempel for andre»** (Informant)

**«Blir tatt veldig seriøst»** (Informant)

De fleste svarte positivt på dette spørsmålet også, og svarene over er representative for utvalget. En informant bemerket dog at dette kunne være personavhengig på leder, men at de stort sett håndterte dette på en god måte og hadde åpne dialoger. Sitatet illustreres under:

**«Avhengig av leder, personavhengig. Men håndteres stort sett på en god måte, har åpne dialoger»** (Informant).

I Westrum sin tabell over behandling av informasjonsflyt plasserer dette *Budbringere* på det byråkratiske feltet, forbedringspunkt kan være å iverksette opptrening og øvelser.

Fjerde spørsmål gjaldt om det var god informasjonsflyt vedrørende farer i enheten? Her var svarene litt blandet. Westrum uttrykker følgende: «When there is a lack of dialogue, unpleasant things can happen» (Westrum, 2009:5-8), han bemerker at effektiv kommunikasjon er vitalt for å oppdage å fjerne latente risikoer i organisasjonen. De fleste informantene svarer at det er god informasjonsflyt om farer i enheten. En informant bemerker forbedringsmuligheter i å gi løpende tilbakemeldinger om fremdrift i HMS saker. Det bemerkes også at en er avhengig av full åpenhet, og at det derfor utføres hyppige møteaktivitet mellom ledelse og arbeidstakere. De positive svarene kan illustreres med følgende tre utsagn:

**«Ja det er god informasjonsflyt vedrørende rutiner rundt sikkerhet»** (Informant)

**«Ja helt klart, er avhengig av full åpenhet. Har hyppige møter mellom ledelse og arbeidstakerne, har en god og åpen dialog»** (Informant)

**«Ja er god på det vi vet og får info om»** (Informant)

To av informantene svarte litt annerledes på dette spørsmålet. En informant bemerker forbedringsmuligheter i å gi løpende tilbakemeldinger om fremdrift i HMS saker, den andre bemerker at de sikkert kan bli bedre på dette området. Illustreres med følgende sitat:

**«Ja den er god men kan sikkert bli bedre. Jobber med å få gitt løpende tilbakemeldinger om fremdrift i HMS saker»** (Informant)

I Westrum sin tabell over behandling av informasjonsflyt plasserer dette *Informasjon* på delvis det byråkratiske feltet og delvis på det generative feltet. Forbedringspunkt kan være å søke mer aktivt etter farer for de som besvarer at det kan bli bedre. Det skal nevnes at alle enheter utfører månedlige vernerunder med leder og verneombud + det utføres også årlige HMS karlegginger og bruk av HMS aktivitetskalender.

Siste spørsmål var hvordan menneskelige feilhåndteringer ble håndtert i enheten. Westrum delte feilhåndtering inn i følgende kategorier: Undertrykkelse og innkapsling: var å fikse melderens istedenfor problemet og er et typisk kjennetegn på en patalogisk organisasjoner. Offentlig og lokale håndtering: manglende evne til å lære av feil på grunn av treghet i organisasjonen(Byråkratisk), men fungerer når for eksempel media fokuserer på saken. Ekstern håndtering og granskning: kjennetegner HRO og den generative kulturen, fokuserer på å granske for å lære ikke for å straffe(Westrum, 2009:5-31).

De fleste informantene svarte at de tok opp feilen med den ansatte for å lære, ikke for å straffe. Det ble uttalt at det er lov å gjøre feil, bare ikke samme feil to ganger. En informant svarte også at feil ble tatt opp kollektivt. Dette kan illustreres med følgende tre sitater:

**«Kollektivt for å lære av feilene. Ingen blir uthengt»** (Informant)

**«Det er lov å gjøre feil. Men ikke samme feil to ganger, man må lære av feilene man gjør»** (Informant)

**«Det blir tatt opp med vedkommende med en gang av nærmeste leder. Det blir gått igjennom rutine for å lære. Det viktigste er at det ikke skjer igjen, ikke å straffe dem»** (Informant)

I Westrum sin tabell over behandling av informasjonsflyt plasserer dette *feil* på det

byråkratiske feltet, forbedringspunkt kan være å iverksette leting etter rot årsaker og at flere fokuserer på kollektiv læring.

Spørsmål om **ansvar** iht Westrum sin tabell ble utelatt da det er tydelig ivaretatt gjennom internkontrollforskriften, som sier at HMS er et linjelederansvar(Albrechtsen m.fl.2013).

## 5.3 Er det forskjell på sikkerhetskulturen i de ulike enhetene i Hospitaldrift?

### 5.3.1 Ulikheter i sikkerhetskulturen fordelt etter poeng.



*Figur nr: 14 Viser rangering etter poengsum for de ulike enhetene i Hospitaldrift.*

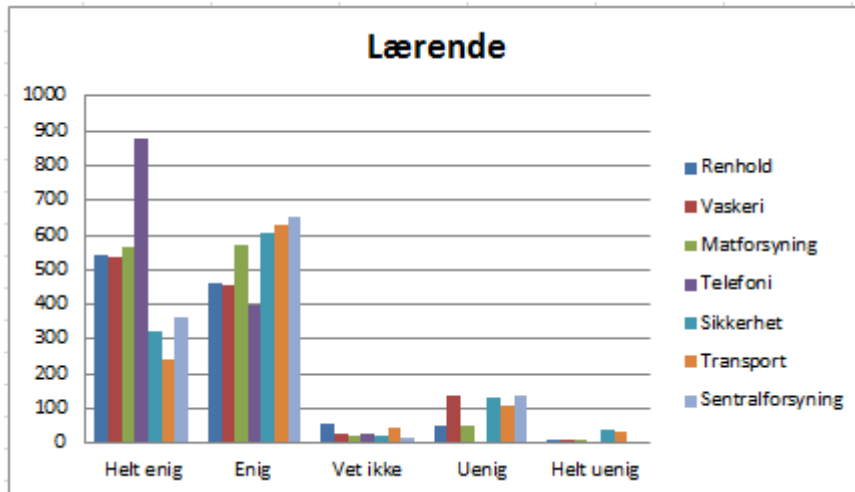
Hospitaldrift består som tidligere nevnt av mange ulike enheter som driver innen ulike profesjoner, et av forskningsspørsmålene var om det var forskjeller i sikkerhetskulturen til de ulike enhetene? Som figur nr 14 viser så eksisterer det ulikheter i sikkerhetskulturen.

Matforsyning oppnår beste poengsum for sikkerhetskultur (5203 poeng), det er videre jevnt mellom sikkerhet(5182 poeng) og telefoni(5125 poeng). De andre enhetene ligger litt under med Renhold (4872 poeng), Sentralforsyning (4803 poeng), Vaskeri(4754 poeng) og Transport (4735 poeng).

Det blir videre presentert ulikhetene i sikkerhetskulturen for de 3 beste enhetene for temaene: lærende, fleksibel, rettferdig og rapporterende.

### 5.3.2 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema «lærende».

**Elementet lærende**(figur nr 15)er satt sammen av spørsmålene: *Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for å gjøre de arbeidsoppgavene de skal gjøre? Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet? Blir lærdom av feil tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?*

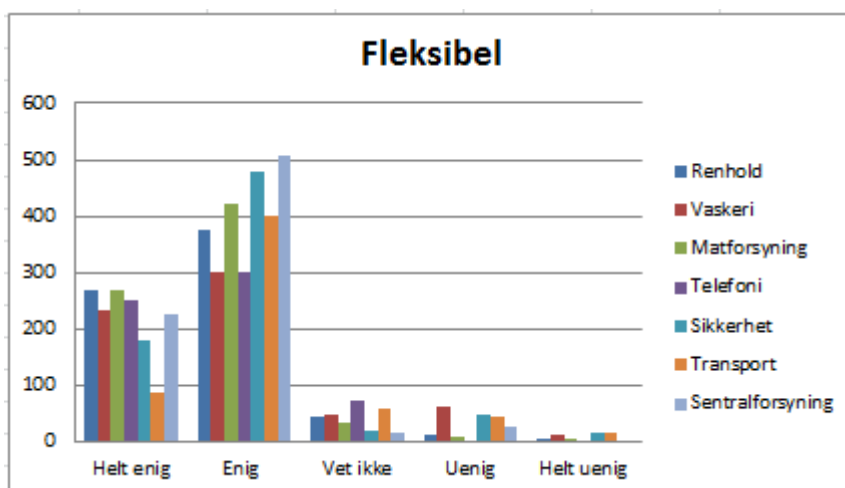


Figur nr: 15 Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «lærende».

For tema «lærende» som vist i figur nr 15 kommer enheten **telefoni** best ut med 875 poeng på helt enig og 400 poeng på enig. Videre kommer **matforsyning** med 565 poeng på helt enig og 570 poeng på enig. Og **renhold** med 542 poeng på helt enig og 463 poeng på enig.

### 5.3.3 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema «fleksibel».

**Elementet fleksibel**(figur nr 16) er satt sammen av spørsmålene: *Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivaretatt? Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?*



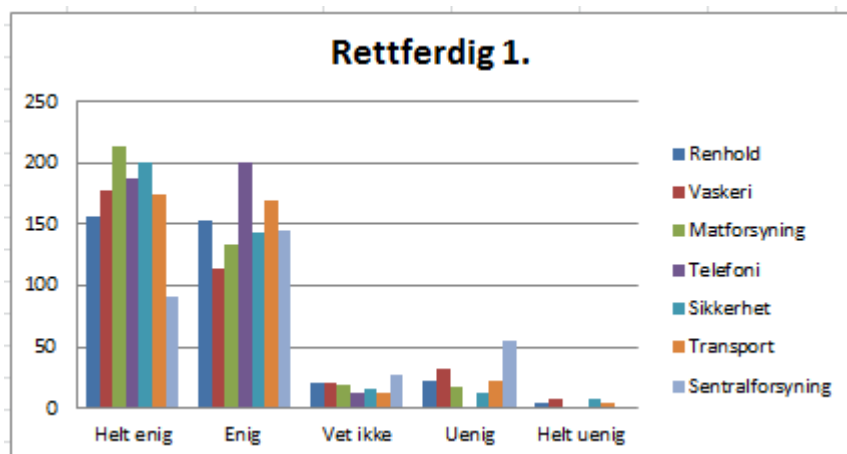
Figur nr: 16 Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «fleksibel».

For tema «fleksibel» kommer enheten **sentralforsyning** best ut med 227,5 poeng på helt enig

og 508,8 poeng på enig. Så kommer **matforsyning** med 268,5 poeng på helt enig og 422 poeng på enig. Videre **sikkerhet** med 180 poeng på helt enig og 480 poeng på enig.

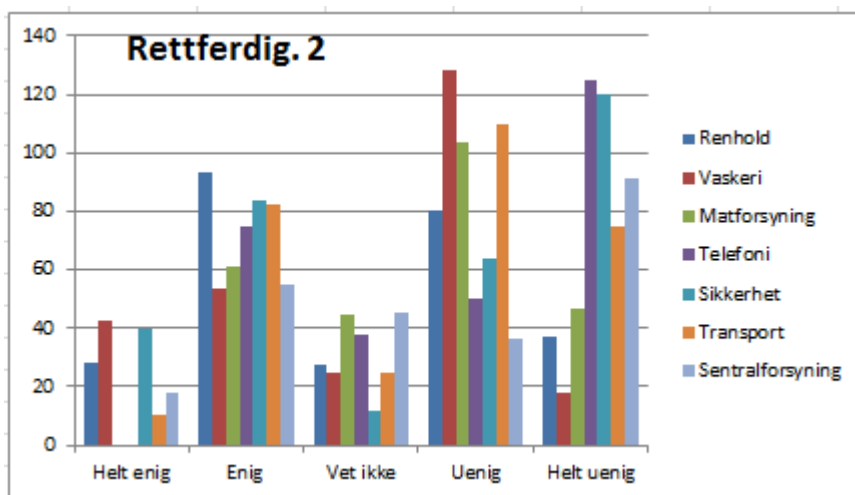
### 5.3.4 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema «rettferdig».

**Element «rettferdig» består av spørsmålene:** *Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet? vist i figur nr 17.+ Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner ifra kolleger? vist i figur nr 18.*



Figur nr: 17 Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved påstand for spørreundersøkelse rundt «rettferdig».

For tema «rettferdighet.1» som vist i figur nr 17 kommer enheten **telefoni** best ut med 188 poeng på helt enig og 200 poeng på enig. Neste er **matforsyning** med 213 poeng på helt enig og 133 poeng på enig. Videre **transport** med 175 poeng på helt enig og 170 poeng på enig.

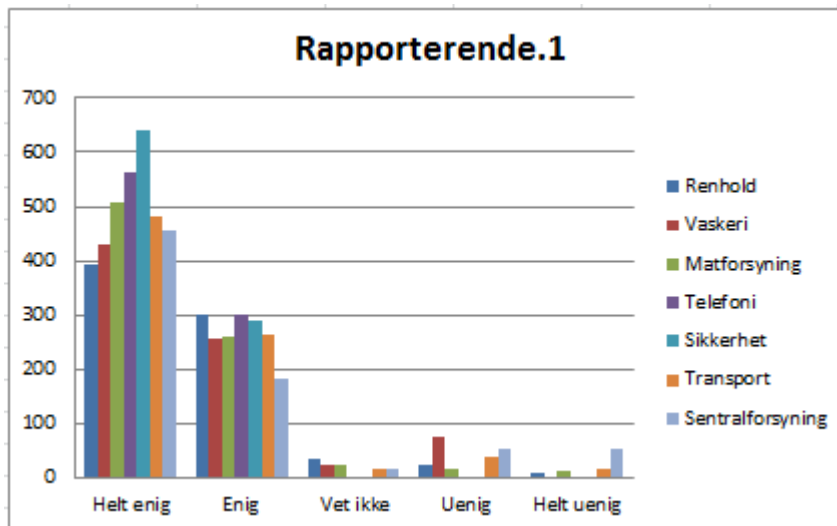


Figur nr: 18 Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved operasjonalisering for spørreundersøkelse rundt «rettferdig.2».

For «rettferdighet.2» ble det gitt mest poeng for helt uenig som vist i figur nr 18. Her kom enheten **transport** best ut med 75 poeng på helt uenig og 110 poeng på uenig. Så kommer **sikkerhet** med 120 poeng på helt uenig og 64 poeng på uenig. Videre **telefoni** med 125 poeng på helt uenig og 50 poeng på uenig.

### 5.3.5 Ulikheter i sikkerhetskulturen etter tema «rapporterende».

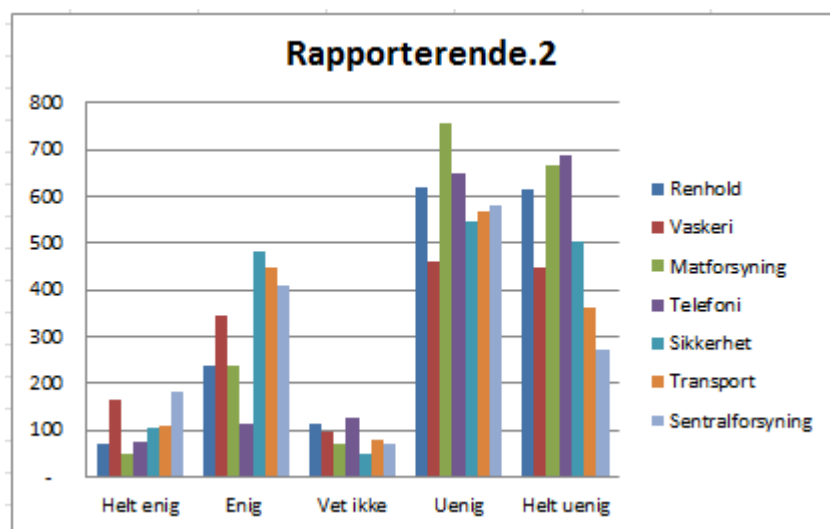
**Element rapporterende 1 (figur nr 19)** er satt sammen av spørsmålene: *Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser? Bli du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser, avvik og skader?*



*Figur nr: 19 Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rapporterende».*

For tema «rapporterende 1» som vist i figur nr 19: kom enheten **sikkerhet** best ut med 640 poeng på helt enig og 288 poeng på enig. Neste var **telefoni** med 563 poeng på helt enig og 300 poeng på enig. Videre **matforsyning** med 509 poeng på helt enig og 259 poeng på enig.

**Element rapporterende 2 (figur nr 20) er satt sammen av spørsmålene:** *Har du selv vært utsatt for en hendelse som burde vært rapportert? + påstandene «Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen:» Hendelsen fikk uansett ingen alvorlige konsekvenser? Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser? Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene? Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?*



*Figur nr: 20 Viser svarfordeling ved de ulike enhetene ved spørreundersøkelse for påstandene rundt «rapporterende 2».*

Disse spørsmålene ga mest poeng for helt uenig. Her kom enheten **matforsyning** best ut med 667 poeng på helt uenig og 756 poeng på uenig. Neste var **telefoni** med 688 poeng på helt uenig og 650 poeng på uenig. Videre **renhold** med 614 poeng på helt uenig og 619 poeng på uenig.



## 6. Drøfting

I dette kapittelet vil empiri bli drøftet mot aktuell teori, det vil også bli belyst funn fra andre forskere for supplering. Jeg har som tidligere beskrevet benyttet metodetriangulering med både spørreundersøkelse og intervju. Fokuset vil være avgrenset til hovedfunn relatert til forskningsspørsmålene, dette begrunnes med begrenset lengde på oppgaven.

### 6.1 Hva er styrker og svakheter med Hospitaldrift sin sikkerhetskultur?

#### 6.1.1 Sikkerhetskultur vedrørende tema ledelse

Ifølge svarene ifra informantene står det bra til i ledelses-perspektiv ved sikkerhetskulturen i Hospitaldrift. Samtidig viser svarene ifra respondentene at det finnes forbedringspotensialer i alle deler av oppgavens definerte sikkerhetskultur. Som nevnt i teoridelen kommer ikke en sikkerhetskultur av seg selv i en organisasjon(Reason, 1997:192), og utviklingen kan være bedre i noen deler av organisasjonen enn andre(Parker m.fl. 2005). Dette stemmer med funnene i denne oppgaven. James Reason sier at «hvis du tror at du har en god sikkerhetskultur, tar du sannsynligvis feil» (Reason, 1997:220). Hvis ledelsen finner ut at de ikke er fornøyd med dagens sikkerhetskultur, er det første de må gjøre å anerkjenne utfordringen(Karlsen, 1997) og innse at de er misfornøyd med tilstanden. Videre er det ifølge ik-forskriften(2012) ledelsen som skal sørge for å ta initiativ, motivere og legge forholdene til rette for innføring og oppfølging av arbeidet.

Vurderer en endring, vil det også si at en har et funksjonalistisk syn på kulturen, og at kultur er noe som har en forhåndsbestemt funksjon(Cooper, 2000). I dette perspektivet kan en utvikle sikkerhetskulturen slik at det styrker innsatsen av bestemte sikkerhetstiltak. Videre kan man påvirke og forme sikkerhets-atferd gjennom kulturelle virkemidler, kultur er noe du `har` (Karlsen, 2010:137). Men en endringsprosess av kultur kan by på utfordringer også, for det første skaper monopolsituasjoner (slik Hospitaldrift er en del av) at kulturen `er` og kan sies å ha et fortolkende perspektiv. I dette perspektivet kan ikke sikkerhetskulturen styres, men endringer kan oppstå basert på forhandlinger og samhandlinger(Karlsen, 2010:137). Videre er det forhold rundt endring av involverte aktører, James Reason(1997) siterer antropologen Geert Hofstede på dette « ... Changing collective values of adult people in an intended direction is extremely difficult, if not impossible. Values do change, but not according to someone`s masterplan...» (Hofstede sitert i Reason, 1997:194). Forskeren Patrick Hudson(2007) mente den beste veien til å endre kultur var å få de ansatte til å ville

dette selv «... Furthermore it had become clear that, consistent with the requirement for a safety culture and for intrinsic motivation, people would have to go there by themselves...» (Hudson, 2007:705). Av den grunn spiller arbeidstakeren en stor rolle, og det er viktig at de deltar i planlegging, kartlegging og med å finne gode løsninger. Medvirkning er som nevnt i teorien et viktig element i sikkerhetskulturen(Dejoy, 2005), og kan skje gjennom verneombud(VO), arbeidsmiljøutvalg (AMU), tillitsvalgt eller de ansatte.(ik-forskriften, 2012). En annen faktor er tiden, ifølge forskeren Patrick Hudson(2007) ble det estimert at det kunne ta opptil 10 år å utvikle en moden sikkerhetskultur. Sikkerhetskulturendring skjer altså ikke over natten.

### **6.1.2 Sikkerhetskultur vedrørende tema lærende**

**Hovedfunn:** Både ansatte og ledelse besvarer elementet læring med tilfredsstillende forhold, når det er sagt så finnes det forbedringspotensialer før alle ansatte besvarer helt enig. Det skal også nevnes at det finnes et lite forbedringspotensial i opplæring av nyansatte da 13 % besvarer uenig på påstandene rundt dette.

**Drøfting:** Hovedhensikten med rapportering av uønskede hendelser er å lære av feilene(Kongsvik, 2013:100). Videre er etablering av en sikkerhetskultur en iterativ kollektiv læringsprosess, der man aksepterer at feil er unngåelige og jobber med å oppdage og lære av latente feil(Aase, 2010:264). Læringsperspektivet er altså en svært viktig del av sikkerhetskulturen. Og en stor utfordring er at ifølge forskningen til Karina Aase m.fl.(2010) regnes ikke sykehus som lærende organisasjoner(Aase m.fl. 2010:67). Men på grunn av oppgavens fokus og avgrensing diskuteres ikke dette perspektivet nærmere i denne oppgaven.

### **6.1.3 Sikkerhetskultur vedrørende tema fleksibel**

**Hovedfunn:** Både ansatte og ledelse besvarer elementet fleksibel med tilfredsstillende forhold, når det er sagt så finnes det også her forbedringspotensialer før alle ansatte svarer helt enig.

#### **Diskusjon:**

Både ansatte og ledelse svarer at fleksibilitet stort sett er ivaretatt i Hospitaldrift. Fleksible kulturer kjennetegnes ved at de håndterer endringer av trussel og drift etter behov.

Fleksibilitet er også noe som kjennetegner HRO organisasjoner ved at de har evne til både sentralisering og desentralisering etter behov(Reason, 1997). For at Hospitaldrift skal være fleksibel må avdelingen takle både normal og høy arbeidsbelastning uten at det går utover sikkerhet og robusthet. Videre må avdelingen være istand til å møte de forventninger ulike interessenter har, de må kunne tilpasse seg stadig endrede risikoforhold samt finne løsninger for robuste produksjonsprosesser. Robusthet som er en annen del av HRO perspektivet krever at man følger med på kvalitet og relevans for interne og eksterne forhold, videre fokuserer på nye trender, endringer i markedsforhold, lovverk, miljøkrav ect(Karlsen, 2011:40). De beste HRO sitter ikke og venter på at en feil skal intrefte før de svarer på den. Snarere forbereder de seg til å møte den uunngåelige overraskelsen ved å utvide generelle kunnskaper om tekniske anlegg og systemer, samt skaper oversikt over ressurser og kapasitet(Wildavsky,1991, s.221 sitert i Weick m.fl. 1999)

Den viktigste påstanden rundt fleksibilitet er til informantene fra ledelsen, vedrørende hvordan de klarer å håndtere målkonflikter mellom sikkerhet og konkurrerende tiltak. En kan si at mye om sikkerheten på arbeidsplassen dreier seg om hvordan denne balansen ivaretas. Som belyst i teoridel er det slått fast i «safety management»-teorien som det norske HMS regelverket kommer ifra(Johnsen, 2005:45) at sikkerhet teller like mye som hensynet til økonomi, kvalitet og produksjon. Det kan tenkes at økonomiske interesser muligens har prioritet i dårlige tider, men da er det viktig å huske på Reason sitt sitat «... The real question, of course, is not what safety costs us, but what it saves...”(Reason, 1997:238). Måten dette blir ivaretatt på har stor betydning for sikkerhetskulturen til Hospitaldrift. Ifølge samtlige informanter var dette godt ivaretatt.

#### **6.1.4. Sikkerhetskultur vedrørende tema rettferdig.**

**Hovedfunn:** Flertallet av respondentene(71 %) mener at de kan rapportere om feil og mangler uten selv å bli rammet, dette bekreftes av samtlige informanter ifra ledelsen. Flertallet(35 %) av respondentene besvarer at rapportering kan føre til negative reaksjoner ifra kolleger. Dette kan være en hindring i forhold til rapportering av uønskede hendelser i Hospitaldrift.

**Diskusjon:**

For at et rapporteringssystem skal fungere er det helt avhengig av medvirkning ifra arbeidstakerne som er i direkte kontakt med farene(Reason, 1997), dette krever igjen at organisasjonen håndterer sanksjonering på en fornuftig måte og at rettferdigheten seirer.

I Hospitaldrift sier 35 % (10 % helt enig, 25 % enig) seg enige i at rapportering kan føre til negative reaksjoner ifra kolleger, dette kan være en barriere mot at folk rapporterer om uønskede hendelser. Ifølge James Reason vil en 100 % rettferdig kultur ikke være oppnåelig for de fleste organisasjoner(Reason, 1997:205), videre så har ansatte i Hospitaldrift mulighet til å melde anonymt til varslingsombudet, hvis ikke vanlige meldingsrutiner fungerer.

Det skal nevnes at det er menneskelig å feile og at våre handlinger kan få konsekvenser for oss selv og andre, i noen situasjoner kan vi befinne oss så langt ifra konsekvensene av disse at det kan være vanskelig for å forestille oss hva det kan resultere i. Derfor er vi avhengig av at feil blir korrigert slik at vi unngår ulykker, og noen ganger så må dette skje ved at andre griper inn. Evnen og viljen til å gripe inn ved slike hendelser sier noe om sikkerhetskulturen (Petroleumstilsynet, 2004:13).

Videre så er ikke rapportering av egne eller kolleger sine feilhandlinger det som står høyest på listen over forventede handlinger fra ansatte. Spesielt ikke hvis det kan få negative konsekvenser for en selv eller kollegaene(Reason, 1997). Det er altså viktig hvordan de ansatte opplever konsekvensene ved feilhandlinger, reaksjonene må stå i forhold til intensjonene bak og konsekvensene av handlingen. Det må skilles mellom handlinger med og uten overlegg. Hvis dette blir gjort på riktig måte vil det bygge tillit og kreativitet i organisasjonen(Petroleumstilsynet, 2004:13). IK-HMS forskriften krever også «Bred medvirkning» iht § 4 og § 5. «Du har som arbeidstaker rettigheter og plikter og spiller en sentral rolle i arbeidet med helse, miljø og sikkerhet(ik-forskriften, 2012:7). Forskriften ser på arbeidstakeren som en viktig ressurs fordi han vet hvor skoen trykker og har erfaring ifra arbeidsplassen.(Karlsen, 2010:100). Forskningen til Hagen m.fl.(2008) poengterer også at medvirkning ifra ansatte er en viktig forutsetning for en sikkerhetskultur. HRO kjennetegnes ved at de prioriterer at organisasjonen skal være fullt informert, og at denne informasjonen er langt viktigere enn å søke å identifisere individer som har forårsaket feilen, med hensikt i å straffe vedkommende(Weick m.fl. 1999:38).

### 6.1.5. Sikkerhetskultur vedrørende tema rapporterende.

**Hovedfunn:** flertallet (83 %) i Hospitaldrift svarer at det vet hvordan de skal melde avvik. Flertallet (76 %) bekrefter også at de blir oppfordret av ledelsen til å melde avvik, dette bekrefter samtlige informanter ifra ledelsen. Det er allikevel forbedringspotensialer før alle ansatte svarer helt enig.

Det er videre forbedringsmuligheter i samtlige påstander rundt spørsmålet «Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan forhindre deg i å rapportere hendelsen?».

Flertallet av informantene ifra ledelsen svarer at det bare delvis er tradisjon for å melde avvik i Hospitaldrift, videre svarer flertallet at de ikke opplever at alle uønskede hendelser blir rapportert i Synergi.

#### **Drøfting:**

Flertallet av respondentene svarer at de vet hvordan de skal melde avvik og at de blir oppfordret av ledelsen til å gjøre dette. Informantene fra ledelsen beskriver at ikke alle avvik rapporteres, og skylder på forhold som mangel på tilbakemeldinger, kompetansemangel på rapporteringssystemet, ikke tid og uklarheter i ansvar for å melde.

Dette står i forhold til teorien om årsaker til at det ikke rapporteres. For det første så er manglende tilbakemeldinger en vesentlig faktor for at ansatte ikke rapporterer ifølge teorien, James Reason uttrykker dette som «Apart from lack(or loss) of trust, few things will stifle incident reporting more than the perceived absence of any useful outcome» (Reason, 1997:200). For at ansatte skal melde feil forutsettes det at de har full tillit til ledelsen vedrørende korrekt håndtering og oppfølging. Ansatte vil ikke bruke tid på å fylle ut rapporter hvis ingenting blir gjort (Reason, 1997:196). De må altså se nytten av å rapportere og det må oppleves som meningsfullt. Reason nevner også raske tilbakemeldinger til melder som forutsetning, her besvarer de fleste informantene ifra ledelsen at dette blir ivaretatt.

En av informantene nevner også mangel på kompetanse for Synergi som hinder for at det ikke rapporteres. Elektronisk rapportering utføres i dagens tid over pc, og dette kan skape utfordringer med systemkompetanse på rapporteringssystemet. I Hospitaldrift finnes ulike

spesialisering og fagkompetanser, med varierende erfaring i bruk av datasystemer. Det kommer frem at ca 51 % av de som har besvart undersøkelsen er ufaglærte, og mange bruker ikke data i sin daglige jobb. Det kan tenkes at på grunn av datakunnskapene så blir rapporteringssystemet i seg selv oppfattet som et hinder snarere enn en styrke for sikkerhetsarbeidet(Sittig m.fl. 2005 sitert i Aase m.fl. 2010). James Reason oppgir enkelhet i utfylling av rapporter som en suksessfaktor for og lykkes.(Reason, 1997:197). På den andre side svarer flertallet 83 % av respondentene positivt i undersøkelsen om de vet hvordan de skal melde avvik. Alle enheter i Hospitaldrift har tilgjengelige datamaskiner for slikt bruk samt det er obligatorisk e-lærings kurs for bruk av systemet.

Informantene nevner også «hvem som har ansvaret for å melde» og «har det for travelt» som årsak til manglende rapportering. Uribe m.fl.(2002 sitert i Aase m.fl.2010) foreslår bruk av undervisning for å skape retningslinjer for hva, hvor, når og til hvem man skal rapportere. Det blir også nevnt viktigheten av å skape forståelse gjennom aktiviteter om rapporteringens betydning og verdi til brukerne(Uribe m.fl. sitert i Aase, 2010:101). Ifølge Uribe m.fl. (2002 sitert i Aase m.fl.2010) er videre tiden som går med til å dokumentere og rapportere uønskede hendelser en av de mest fremtredende barrierene. Coley m.fl. (2006) beskriver konflikten mellom arbeidsprosessen som går med på å melde avvik og mangelen på tilgjengelig tid og bemanning. Det vil si at både tid og bemanning representerer sentrale rapporteringsbarrierer (Coley m.fl. 2006 sitert i Aase m.fl. 2010:102).

Et annet spørsmål som går i kjernen på rapporteringen er forhold som risikopersepsjon, som handler om hvordan folk flest forstår, opplever og håndterer risiko og farer. Påstandene rundt dette temaet var om respondenten selv hadde opplevd en uønsket hendelse som burde vært rapportert, og hendelsen fikk uansett ingen alvorlige konsekvenser. Hospitaldrift hadde kalenderåret 2013 få registrerte hendelser i Synergi og dette kan skyldes gode sikkerhetsrutiner, eller det kan være at ansatte ser de uønskede hendelsene som en del av jobben og ikke ser behovet for å rapportere. Altså at man aksepterer risikoen jobben innebærer(Kongsvik, 2013). På den andre side kan dette også være relatert til risikopersepsjon og forståelsen for å rapportere. Studien til Zohar`s(2000) som er belyst i teorien viser også at det finnes ulikheter i sikkerhetspersepsjonen i både den enkelte gruppe og iblant de ulike gruppene(Parker m.fl. 2005).

For øvrig er farene med og ikke å gripe fatt i svakheter rundt meldekulturen som nevnt i

tidligere forskning kritisk i forhold til sikkerhetskulturen, det kan da oppstå det som kalles «stille avvik» og en får et helt annet nivå i sikkerheten enn det som er forankret i organisasjonen. Dette poengteres også av James Reason, som mener rapporteringen er helt vital for sikkerhetskulturen(Reason, 1997). HRO organisasjoner kjennetegnes ved at de har evne og vilje til å utveksle informasjon, de gir tilbakemeldinger, de revurderer vedtak som truer sikkerheten og de griper inn ved feilhandlinger(Rosness m.fl. 2010).

### **6.1.6 Sammendrag.**

Funnene basert på James Reason sin typologi over god sikkerhetskultur viser at det finnes forbedringspotensialer i sikkerhetskulturen. Noe er bra og noe kan bli bedre. Spesielt nevnes at flertallet av respondentene oppgir at rapportering kan føre til negative reaksjoner fra kollegaer. Dette er en barriere som ifølge Uribe m.fl.(2002) fører til motstand mot å rapportere(Uribe m.fl. 2002 sitert i Aase m.fl. 2010).

Videre besvarer informantene at ikke alle uønskede hendelser rapporteres, og at det bare delvis er tradisjon i enheten for å melde avvik. Dette til tross for at både informantene og respondentene bekrefter at ledelsen oppfordrer ansatte til å melde avvik. Ifølge 4 av informantene blir dog HMS skader alltid meldt i synergi. Selv om de 3 andre informantene ikke oppgir dette, så kan det tenkes at de 27 uønskede hendelsene med HMS skader i 2013 gir en indikasjon på at dette tallet faktisk var i nærheten av realiteten dette året. Det skal nevnes at få uønskede hendelser ikke trenger å bety at dette skyldes god sikkerhet eller kulturen, ifølge forskningen til Eric Loftquist(2010) så oppgir han at årsaker til ulykker ofte er ukjent.(Loftquist, 2010). James Reason uttrykker at «safety is defined and measured more by its absence than its presence»(Reason,1990 sitert i Loftquist, 2010:1523), risikoen med få uønskede hendelser er at en glemmer å være redd, noe som ifølge James Reason var hele drivkraften i sikkerhetskulturen. Ifølge Reason medfører dette at sikkerhetskultur kan være utfordrende å få til i industrier med få ulykker(Reason, 1998:294). Men Reason mente at selv om det var fravær av uønskede hendelser, var den beste veien og muligens den eneste veien å fokusere på å samle inn ulike rapporter om forvarsler i organisasjonen. Dette betydde å systematisere innkomne rapporter, videre analysere og respondere slik at potensielle farer ble avdekket og håndtert. På denne måten kunne man oppnå å være en informert kultur, der de som jobber er oppdatert på menneskelige, tekniske, organisatoriske og omgivelsesmessige

forhold av betydning for sikkerheten(Reason, 1997:195).

### **Men hva betyr dette for sikkerhetskulturen til Hospitaldrift? Er den god eller dårlig?**

Hvis du tror du har en god sikkerhetskultur tar du sannsynligvis feil» (Reason, 1997:220). Selv om en har samlet sammen alle komponentene til en sikkerhetskultur, betyr ikke det at den fungerer. «A safety culture: is far more than the sum of its parts» (Reason, 1997:219). Det er viktig å være klar over at kultur er noe organisasjonen `er` ikke noe den `har`, og skal den oppnå en tilfredsstillende `er` status, må en først ha på plass de vitale komponentene(Reason, 1997:220). Videre er det opp til organisasjonen å ha evne og vilje over tid til å jobbe med eksempel svakheter som blir belyst i denne oppgaven. Skal en lykkes med dette arbeidet er det altså viktig å ikke glemme å være redd og huske at ulykker faktisk kan skje. Dagens risikoutfordringer er kjennetegnet med økende kompleksitet og usynlighet samtidig som beredskapen for å beskytte seg selv og andre svekkes med tiden som går uten ulykker(Kvalnes, 2010:82). Men det er farlig med for stort risikofokus også. Jo større risikobevissthet og fokus på fare til mer usikkerhet og risiko blir synlige(Karlsen, 1997:97). Det moderne samfunnet produserer økende forventninger i befolkningen om å leve et liv beskyttet mot alle tenkelige trusler, og det finnes ikke grenser for hva vi kan forlange i sikkerhetens navn. Men på et stadium vil effekten av nye tiltak avta og prisen, enten det er i form av penger eller personlig frihet eller ansvar for eget liv og gjerning, gå dramatisk opp(Aven m.fl. 2011).

Uansett er Hospitaldrift i henhold til ik-forskriften definert som en høy risiko virksomhet, dette medfører at virksomheten selv må utføre risikoanalyser for å kartlegge hvilken risiko driften medfører, og ettersom gjeldende lovverk ikke beskriver krav til sikkerhetskultur må vurderingen nødvendigvis bli generelle. Sikkerhetskultur er riktignok forankret i ik-forskriften(2012) med påse-plikten (§5,3), medvirkning (§5,2) og læring(§4). Men det må understreke at det ikke er de generelle lovpålegg som bør sette standarden for sikkerhetsarbeidet, her som ellers omhandler disse lovpålegg minstekrav.

Videre poengteres det at til tross for manglende lovbestemmelser er dårlig sikkerhetskultur blitt vektlagt som en sentral årsak til at man blir utsatt for ulykker i organisasjonen(Bjørnskau m.fl. 2009), og dette kan fort utvikle seg til å bli en krise for organisasjonen. I tillegg til de tragiske konsekvensene dette kan få for involverte i selve ulykken, kan også etterpåklokskapen være brutal for ansvarlige som har gjort seg skyldig i feil, forsømmelser



eller som rett og slett har vært uheldig (Olsen, Mathiesen og Boyesen, 2008:70). Kriser kan være enden eller starten på en karriere for de som befinner seg som midtpunkt i hendelsen. (Olsen, Mathiesen og Boyesen, 2008:73). Videre følger tap av omdømme som er i fokus for sykehussektoren. Strategiplanen til Helse Vest lød «... Omdømmebygging må være ein integrert del av arbeidsdagen på alle plan i organisasjonen, frå det å yte service til pasienter og brukarar, til å inngå som ein sentral del av leiarskapet...» (Helse Vest 2007:Helse 2020 strategi for helseregionen sitert i Wæraas m.fl. 2011:116).

### **Hvordan kan vi da styrke sikkerhetskulturen?**

Skal en styrke sikkerhetskulturen må en se på den robuste organisasjonsformen HRO, som har et positivt syn til at sikkerhet lar seg styre. Ifølge HRO teorien er fullt ut sikre arbeidsoperasjoner håndterbare, selv med stor risikopotensiale og avansert teknologi. Organisasjoner kan endres slik at de blir mer pålitelige, og gjennom slik endring kan en kompensere for menneskelige feil og svakheter(Aven m.fl. 2004:59).

## 6.2 Har Hospitaldrift en god meldekultur?

I Hospitaldrift var det i kalenderåret 2013 registret kun 27 uønskede HMS hendelser med konsekvens, og en kan da spørre seg om at dette skyldes at det er en god sikkerhetskultur? Eller at det er utfordringer med meldekulturen som hypotesen i denne oppgaven belyser?

Flertallet (83 %) i Hospitaldrift svarer at de vet hvordan de skal melde avvik, flertallet (76 %) bekrefter også at de blir oppfordret av ledelsen til å melde avvik. På spørsmål om respondenten selv har vært utsatt for en hendelse som burde vært rapportert svarer 33 % enig.

Av informantene ble det svart delvis for om det var tradisjon for å melde avvik i Hospitaldrift, videre svarte flertallet av informantene at de ikke opplever at alle uønskede hendelsene blir rapportert i Synergi.

Dette viser at det finnes utviklingsmuligheter for Hospitaldrift før en kan si at en har en god meldekultur. Ifølge IK-forskriften(2012) så kreves det at man kartlegger ulykker og farlige forhold, slik at man har et system for sikkerhetsstyring med informasjon og beslutningsstøtte av betydning for det forebyggende sikkerhetsarbeidet(Albrechtsen m.fl. 2013). På den måten kan disse dataene analyseres, vurderes opp mot gjeldende lover, regler, prosedyrer og lagres. All historisk informasjon kan være nyttig støtte til for eksempel risikoanalyser, ulykkesstatistikk eller som informasjonsstøtte til ledelse, verneombud, arbeidsmiljøutvalg(Albrechtsen m.fl.2013:13). På den andre siden kan det være en utfordring at det innsamles for mye data som aldri kan brukes til noe fornuftig, og en kan fort bli sittende med masse informasjon som hindrer eller forstyrrer den nødvendige informasjonen som man faktisk trenger for effektiv sikkerhetsstyring(Albrechtsen m.fl. 2013:14).

### 6.3 Har Hospitaldrift god informasjonsflyt vedrørende sikkerhet?

Kjennetegn på dagens risikoutfordringer er at de blant annet har økende kompleksitet og er usynlige, dette gjør at de kommer snikende og overraskende. For at ansatte skal kunne ha mulighet til å agere med riktig sikkerhets-adferd er det derfor viktig at de får fortløpende informasjon om farene som er relevante i organisasjonen, måten dette blir ivaretatt på sier ifølge Ron Westrum(2009) mye om sikkerhetskulturen. Forskerne Pidgeon og O`Leary(1994) gikk enda lenger og bemerket at informasjonsflyten var hjertet i sikkerhetskulturen.

Ut fra svarene til informantene kan sikkerhetskulturen for elementet informasjonsflyt i Hospitaldrift plasseres som byråkratisk med litt generativt innhold.

Den byråkratiske kulturen er kjennetegnet ved at de har litt informasjonsflyt om farer, og de kan være gode på rutinemessige og forutsigbare problemer(Westrum m.fl. 2009). Det finnes struktur i den byråkratiske kulturen, i motsetning til den patologiske kulturen som det kun er stillstand i. Den generative kulturen har utvikling i seg.(Statens vegvesen, 2006).

Skal en kunne være proaktiv kan en også se på forskningen til Berry Turner(1978) vedrørende normale fenomen som utvikler seg i organisasjoner: Informasjonsflyten stoppet ofte hos enkeltpersoner og på grunn av stort arbeidspress så ble ikke informasjonen tolket korrekt. Videre var informasjonen om den uønskede hendelsen ofte totalt ukjent og informasjon som ikke passet inn i bildet om risiko ble ignorert.

Videre kan Ron Westrum sin mal på god informasjonsflyt gi en pekepinn på hvordan dette kan håndteres i organisasjoner:

«The organization is able to make use of information, observations or ideas wherever they exist within the system, without regard for the location or status of the person or group having such information, observations or ideas».(Westrum 1993 sitert i Rosness m.fl.2013:68).

HRO fokuserer mye på at informasjonsflyten skal være korrekt og god. Eksempel på dette var evne og vilje til utveksling av informasjon, gi tilbakemeldinger, revurdering av vedtak og gripe inn ved feilhandlinger(Rosness m.fl. 2010)De fokuserer videre på å innhente mest mulig informasjon om farer, slik at de kan planlegge langvarige og forutsigbare operasjoner i organisasjonen. Stikkord som beskriver dette HRO fokuset er: kontinuerlig årvåken,

feiltolking, overbelastning, overraskelser, nesten ulykker, forvarsler om fare, ledetråder, alle disse ordene skildrer å kunne forebygge feilen før den oppstår(Weick m.fl. 1999).

#### **6.4 Er det forskjell på sikkerhetskulturen i de ulike enhetene i Hospitaldrift?**

Som presentert i figurene 15,16,17,18,19,20 og 21 så eksisterer det ulikheter ved sikkerhetskulturen i de forskjellige enhetene.

Dette bekrefter teorien om at det finnes ulike subkulturer i Hospitaldrift, basert på aktuelle spørsmål og svar i denne oppgaven. En utfordring med subkulturer er at det kan utvikles ulike grunnleggende antakelser og oppfatninger av sikkerhetsarbeidet mellom ledelsen og de ulike yrkesprofesjonene. Det kan videre oppstå et maktspill med konflikter som kan påvirke sikkerhetsarbeidet positivt og negativt(Albrechtsen m.fl. 2013:35) På den andre siden spekulerer forskningen til Sten m.fl.(2003) om variasjoner mellom subkulturer nødvendigvis ikke er uheldig for sikkerheten. Ulike oppfatninger kan være en sikkerhet mot at organisasjonen blir for ensopret og nærsynt i sikkerhetstenkingen.

## 7. Konklusjon og veien videre

Som innledningen på oppgaven resonnerer med var det behov for å forbedre sikkerhetskulturen i norsk helsevesen(Olsen, 2009). Dette behovet fremkommer også på noen områder i denne oppgavens fokusområde. Funnene viser at Hospitaldrift har utviklingsmuligheter i meldekulturen og informasjonsflyten, som begge er vitale deler av sikkerhetskulturen.

Som konklusjon kan denne oppgaven gi en pekepinn på hva som kan forbedres sett i lys av oppgavens fokusområde.

Veien videre:

Hvis en erkjenner behov for endring er det vesentlig å vite hvilke muligheter og hindringer en har, for å ha forutsetninger for å utvikle sikkerhetskulturen. Dette fordi alle virksomheter har en sikkerhetskultur, dette er ikke noe man kan bestemme skal være der eller ikke. Sikkerhetskulturen vil påvirke HMS arbeidet positivt eller negativt.(Karlsen, 2010:133).

De beste resultater kommer ikke med skippertaksmetoder eller «quick fix» løsninger, for å få gode resultater må en ty til systematiske forbedringer(ik-forskriften, 2012:5). James Reason uttrykker dette slik: "...Like a state of grace, a safety culture is something that is striven for but rarely attained. As in religion, the process is more important than the product. The virtue-and the reward-lies in the struggle rather than the outcome..." (Reason, 1997:220). Prosessen med sikkerhetskultur forbedring er altså iterative, riktig gjort første gang lønner seg. Det er risikabelt og dårlig butikk å ta risiko, det kan også nevnes at det er både bedre og billigere å forebygge enn å reparere(ik-forskriften, 2012:5).

Hvis avdelingen går i retning av selvtilfredshet er vi på farlig grunn. Selvtilfredshet reduserer evnen til å oppfatte farer, og kan bidra til begrenset dømmekraft fordi enn har for stor tro på egen robusthet og godhet. Av den grunn konkluderer jeg med følgende: Målet må være progresjon ikke perfektet. Skal du lykkes må du altså ha kunnskap og vilje over lengre tid.

**«Sikkerhet må skapes og gjenskapes hver dag. Det finnes ingen endelige løsninger»**  
(Albrechtsen m.fl. 2013:37).

## Referanser

- Aase, Karina (2010) «Pasientsikkerhet – teori og praksis» Universitetsforlaget
- Albrechtsen, Erik. Hovden, Jan (2013) «Godt sikkerhetsarbeid i bedrifter» NTNU
- Antonsen, Stian (2009), «Safety Culture: Theory, Method and Improvement». Ashgate
- Aven, Terje. Boyesen, Marit. Njå, Ove. Olsen, Kjell Harald. Sandve, Kjell. (2004) «Samfunnssikkerhet» Universitetsforlaget
- Bang, Henning.(2010) «Organisasjonskultur» Universitetsforlaget
- Bjørnskau, Torkel. Longva, Frode(2009), Reportasje vedr «Sikkerhetskultur i transport» web.
- Bjørnskau, Torkel. Longva, Frode.(2009) “Sikkerhetskultur I transport”. Transportøkonomisk institutt.
- Choudhry, Rafiq M. Fang, Dongping. Mohamed, Sherif (2006) “The nature of safety culture: A survey of the state-of-the-art”. Science Direct
- Cooper, M.D (2000) “Towards a model of safety culture” Safety Science
- Cox, Sue & Flin, Rhona (1998) «Safety culture: Philosopher`s stone or man of straw”, Work & stress: An international journal of work, Health & Organisations.
- Dejoy, David M.(2005)”Behaviour change versus culture change: Divergent approaches to managing workplace safety” Science Direct
- Fredheim, Mette (2011) “Pasientsikkerhetskultur og meldekultur” Bibsys
- Glendon, A.I and Stanton, N.A.(2000) “Perspectives on safety culture” Science Direct
- Guldenmund, F.W. (2000)”The nature of safety culture: a review of theory and research” Safety Science
- Hagen, J.M, Albrechtsen, Erik. Hovden, Jan (2008) “Implementation and effectiveness of organizational information security measures” Emerald
- Hale, Andrew R. (2000) “Culture`s confusions” Safety Science
- Haukelid, Knut (2001) “Oljekultur og sikkerhetskultur” Universitetet I Oslo
- Helse Bergen (2014) “info om Helse Bergen og Hospitaldrift”.
- Hopkins, Andrew (2006) “Studying organizational cultures and their effects on safety” Science Direct
- Hudson, Patrick (2007) “Implementing a safety culture in a major multi-national” Science Direct
- IK forskriften(2012), Arbeidstilsynet
- Jacobsen, Dag Ingvar(2005) «Hvordan gjennomføre undersøkelser» Høyskoleforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar. Thorsvik, Jan (2013) «Hvordan organisasjoner fungerer»

Fagbokforlaget

Johnsen, Lars. G Wessel (2005), «Balansert risikostyring» Gyldendal Akademisk

Karlsen, J. E (2013) Forelesning. HMS ledelse.

Karlsen, Jan Erik (1997)«Ledelse av Helse Miljø og Sikkerhet» Fagbokforlaget

Karlsen, Jan Erik (2010)«Systematisk HMS arbeid» Høyskoleforlaget

Kaufmann, Geir. Kaufmann, Astrid (1996) «Psykologi i organisasjon og ledelse» Fagbokforlaget

Kongsvik Trond (2013) «Sikkerhet i organisasjoner» Akademisk forlag

Kvale, Steinar. Brinkmann, Svend (2009) « Det kvalitative forskningsintervju» Gyldendal Akademiske

Kvalnes, Øyvind (2010) «Det feilbarlige menneske» Universitetsforlaget

Lofquist, E.A (2010) “The art of measuring nothing: The paradox of measuring safety in a changing civil aviation industry using traditional safety metrics” Safety Science

Mearns, Kathryn, Whitaker, Sean M, Flin Rhona,(2003) “ Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments” Safety Science

Olsen, Einar. Mathiesen, Espen Reiss. Boyesen, Marit (2008) “Media og krisehåndtering” Høyskoleforlaget

Olsen, Espen (2009) «Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry: Psychometric quality, longitudinal change, and structural models». Bibsys

Olsen, Kjell H. (2013) Forelesning. Granskningsmetodikk.

Oltedal A. H (2011). “Safety culture and safety management within the Norwegian-controlled shipping industry. State of art, interrelationships and influencing factors”. Bibsys.

Parker, Dianne. Lawrie, Matthew. Hudson, Patrick (2005) “A framework for understanding the development of organizational safety culture” Science Direct

Petroleumstilsynet, (2004) «HMS og kultur» Petroleumstilsynet.

Pidgeon, N. O`Leary, M.O (2000) “Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail”

Reason, James (1997) «Managing the risks of organizational Accidents» Ashgate

Reason, James (1998) “Achieving a safe culture: theory and practice” Work & Stress

Reason, James (2000) “Human error: models and management” BMJ

Ringdal, Kristen (2001) “Enhet og mangfold” Fagbokforlaget

Rosness Ragnar, Nesheim Torstein, Tinmannsvik Rannveig K.(2013)“Kultur og systemer for læring” SINTEF.

Rosness Ragnar. Grøtan, Tor Olav. Guttormsen, Geir. Herrera, Ivonne A. Steiro, Trygve. Størseth, Fred. Tinmannsvik, Ranveig k. Wærø, Irene (2010) “Organisational Accidents and Resilient Organisations: Six Perspectives. Revision 2. SINTEF

Rosness, Ragnar. Guttormsen, Geir. Steiro, Trygve. Tinmannsvik, Ranveig K. Herrera, Ivonne A.(2004) «Organisational Accidents and Resilient Organisations: Five Perspectives» SINTEF.

Ryggvik, Helge (2008) “Adferd, teknologi og system – en sikkerhetshistorie” Tapir akademiske forlag

Schein, E. H (2010) “Organizational Culture and Leadership” Jossey Bass

Statens vegvesen (2006) “Veileder for sikkerhetsstyring I veitrafikken”

Sten, Terje. Fjerdingen, Lillian (2003) «Sikkerhetskultur i transport: En kunnskapsoversikt» SINTEF.

Sumwalt, Robert L.(2012)“The Role of Organizational Culture, Safety Culture, and Safety Climate in Aviation and Aerospace Safety”

Tinmannsvik, Ranveig Kviseth(2008) «Robust arbeidspraksis» Tapir akademiske forlag

Weick, Karl E. Sutcliffe. Kathleen M. Obstfeld, David (1999)“Organizing for High Reliability: Processes of collective Mindfulness” Stanford: Jai Press

Westrum, Ron. Adamski, Anthony J.(2009) «Organizational factors associated with safety and missions succes in aviation enviroments»

Weraas, Arild. Byrkjeflot, Haldor. Angell, Svein Ivar (2011) «Substans og framtreden: Omdømmehåndtering i offentlig sektor» Universitetsforlaget



## Vedlegg: 1 Intro til spørreundersøkelse I Hospitaldrift.

### UNDERSØKELSE BLANT HELTIDSANSATTE I HOSPITALDRIFT

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge sikkerhetskultur i Hospitaldrift med særlig fokus på meldekulturen. Med sikkerhet menes i denne undersøkelsen fagfeltet HMS. Datagrunnlaget skal brukes i min masteroppgave i Risiko og sikkerhetsledelse ved Universitet i Stavanger.

For å komme til spørreundersøkelsen følger du linken under. Det er 20 spørsmål som tar ca 5 minutter å besvare. Skjemaet har spørsmål som skal besvares med det svaret som føles mest riktig for deg. 1 kryss på hvert spørsmål. Skjemaet vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å knytte ditt navn til spørreskjemaet.

<http://161.4.83.25:80?locale=no&rid=85MB44PP-23PG>

På forhånd tusen takk for at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen! Svarfristen er søndag 25 Mai 2014.

Vennligst ta kontakt med meg hvis du spørsmål til denne undersøkelsen: mail: [jornarne.svendsen@helse-bergen.no](mailto:jornarne.svendsen@helse-bergen.no) eller tlf: 55978277.

Med Vennlig hilsen

Jørn Arne Svendsen

## Vedlegg 2: Spørreskjema

1. Hvilken enhet tilhører du?	<input type="checkbox"/> Vaskeri	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Matforsyning		
	<input type="checkbox"/> Renhold	<input type="checkbox"/> Telefoni	<input type="checkbox"/> Sentralforsyning		
	<input type="checkbox"/> Sikkerhet				
2. Aldersgruppe ?	<input type="checkbox"/> 18 - 34	<input type="checkbox"/> 35 - 49	<input type="checkbox"/> 50 - 67		
3. Kjønn ?	<input type="checkbox"/> Kvinne	<input type="checkbox"/> Mann			
4. Utdannelse ?	<input type="checkbox"/> Ufaglært	<input type="checkbox"/> Fagbrev	<input type="checkbox"/> Høyskole		
5. Hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?	<input type="checkbox"/> 1 – 5 år	<input type="checkbox"/> 6 – 19 år	<input type="checkbox"/> Over 20 år		
6. Har du selv vært utsatt for en hendelse som burde vært rapportert?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivare tatt ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
13. Blir man tatt på alvor av ledelsen hvis man avslører uheldige forhold ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner ifra kolleger ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser, avvik og skader ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
<b>«Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen» ?</b>					
17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlige konsekvenser ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter ?	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig

### Vedlegg. 3: Intervju spørsmål.

1. Hvordan håndterer enheten målkonflikter mellom sikkerhet og konkurrerende tiltak?
2. I hvilken grad er ledelsen i enheten personlig involvert i sikkerhetsarbeidet?
3. Har ledelsen oversikt over de viktigste sikkerhetsproblemene i enheten?
4. Er det fokus på sikkerhet(HMS) i driften? og er det på dagsorden?
5. Opplever enheten at alle uønskede hendelser blir rapportert i synergi?  
Hvorfor? Hvorfor ikke?
6. Hvordan behandles meldere i deres enhet?  
Blir de tatt på alvor? Satt pris på? Oversett eller oppfattet som kverulanter?
7. Er det god informasjonsflyt vedrørende farer i deres enhet?
8. Blir samarbeid foretrukket i deres enhet?
9. Blir avviksmeldinger i synergi behandlet innen gjeldende tidsfrister og får melder tilbakemelding  
Om utfallet av saken?
10. Hvordan blir menneskelige feilhandlinger håndtert i din enhet?
11. Er enheten mottakelig for nye ideer vedrørende HMS, for å gjøre arbeidsoperasjoner sikrere?
12. Får alle nyansatte tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?
13. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?
14. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?
15. Oppfordrer ledelsen i enheten ansatte til å melde avvik?
16. Er det tradisjon i enheten for å rapportere avvik?
17. Hva legger du i begrepet sikkerhetskultur?

Vedlegg: 4 Sikkerhetskultur undersøkelse.

Begynner på side nr 101.

## Sikkerhetskultur i Hospitaldrift

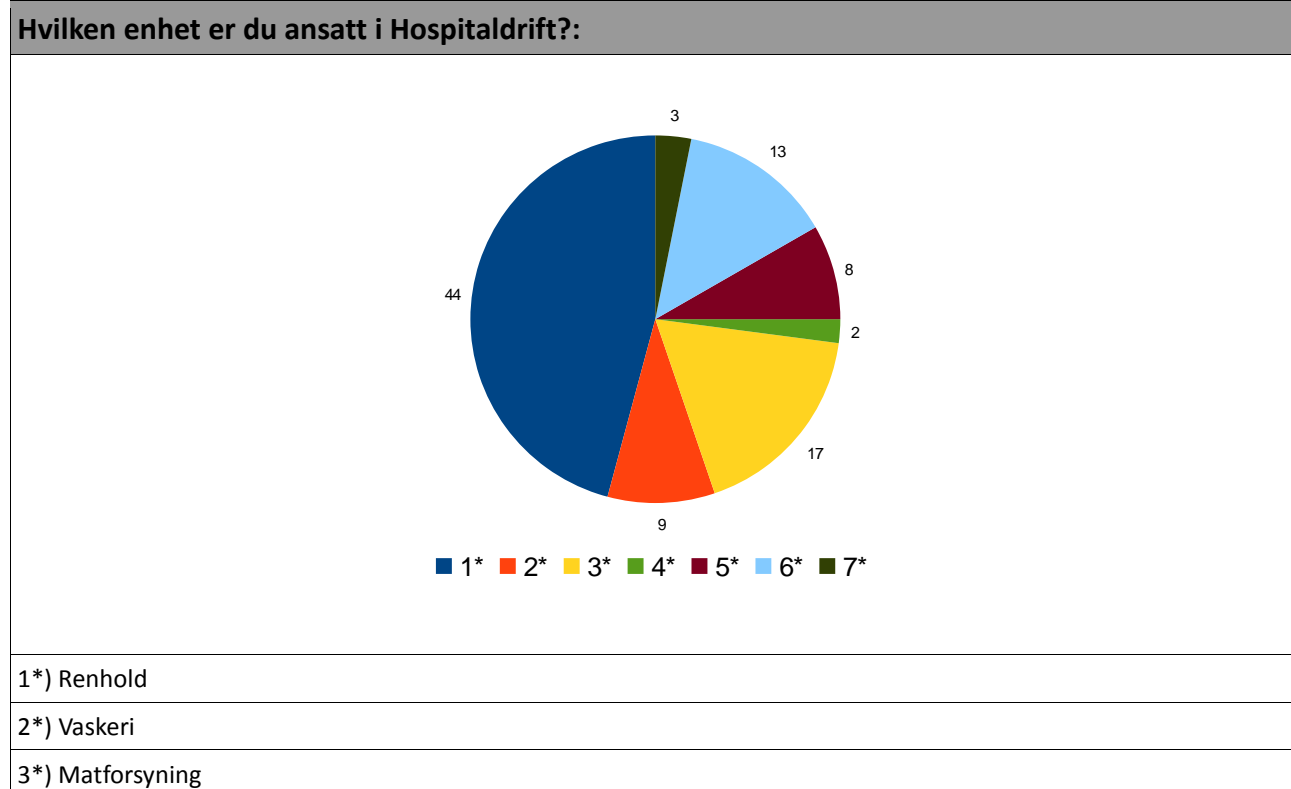
**Rapport laget:** 03.jun.2014

**Undersøkellesperiode:** 05.mai.2014 - 15.jun.2014

**Grupper:** Utvikler, Svarpersongruppe, Hospitaldrift Sentrallager, Hospitaldrift Telefoni, Hospitaldrift Transport, Hospitaldrift Sikkerhet, Svar fra åpen undersøkelse

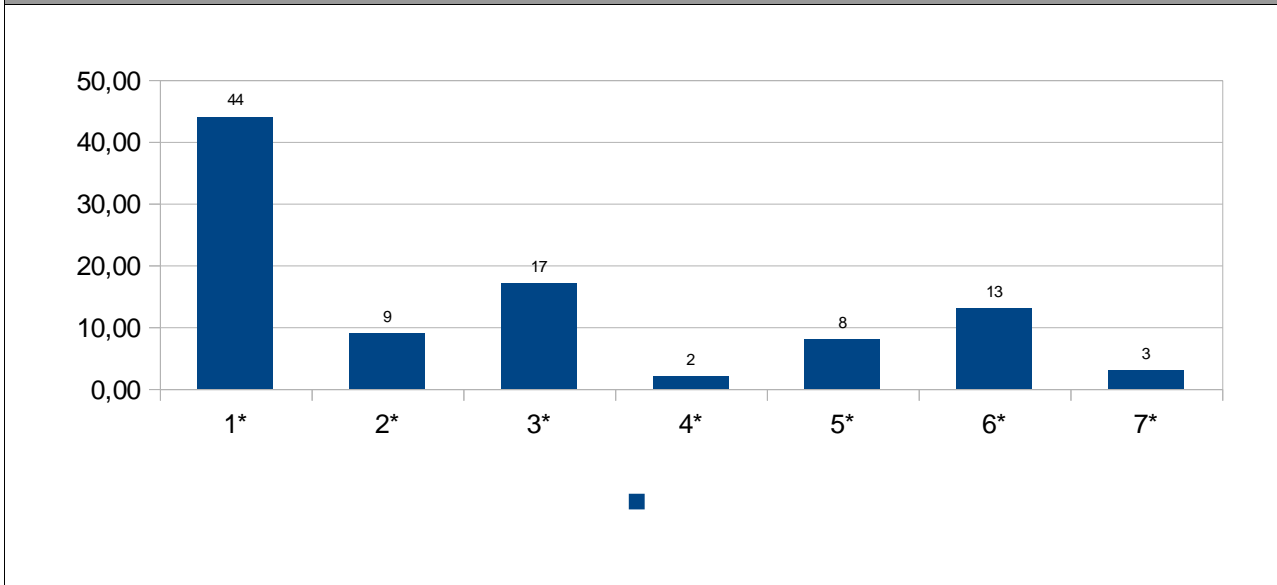
**Responstrate:** 301

Hvilken enhet er du ansatt i Hospitaldrift?:			
Svar	Verdi	Prosent	Antall
Renhold	1	44%	135
Vaskeri	2	9%	28
Matforsyning	3	17%	54
Telefoni	4	2%	8
Sikkerhet	5	8%	25
Transport	6	13%	40
Sentralforsyning	7	3%	11
Standardavvik.: 2.13	Varsians: 4.522	Median: 2	Gj.sn.: 2
Maks: 7	Min: 1	<b>Totalt antall svar: 301</b>	



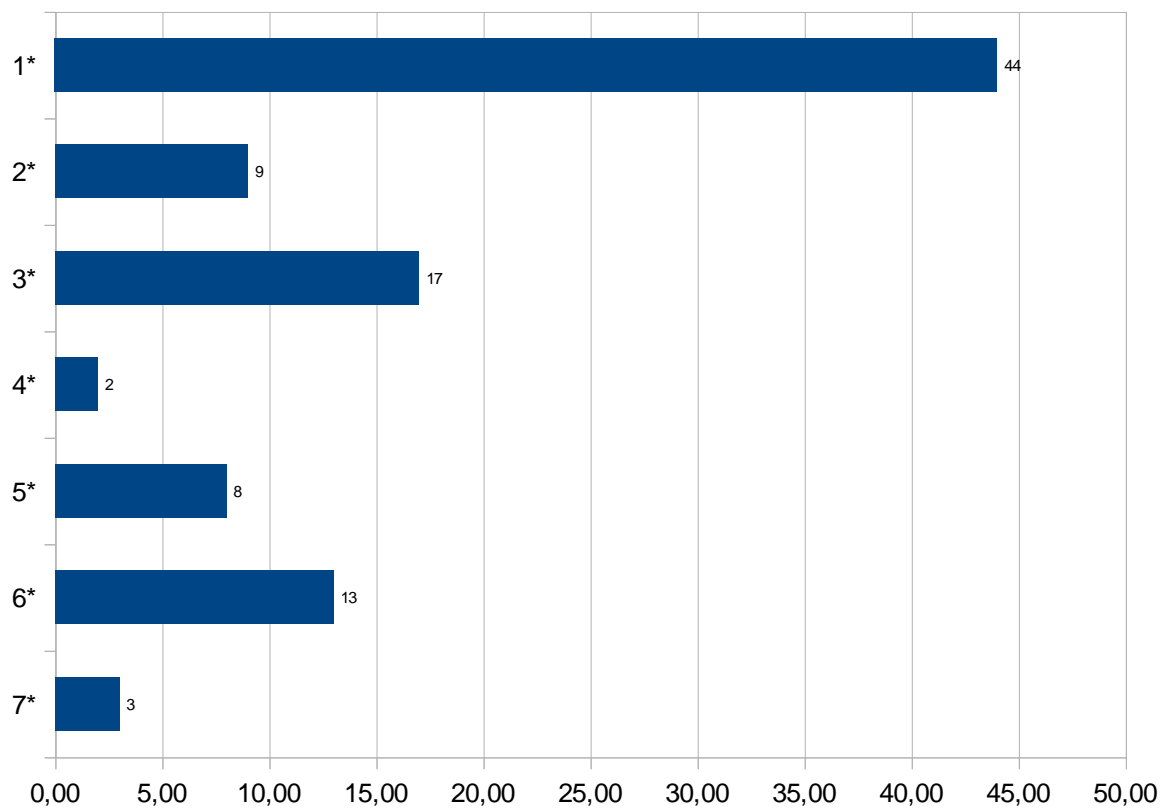
4*) Telefoni
5*) Sikkerhet
6*) Transport
7*) Sentralforsyning

**Hvilken enhet er du ansatt i Hospitaldrift?**



1*) Renhold
2*) Vaskeri
3*) Matforsyning
4*) Telefoni
5*) Sikkerhet
6*) Transport
7*) Sentralforsyning

### Hvilken enhet er du ansatt i Hospitaldrift?



1\*) Renhold

2\*) Vaskeri

3\*) Matforsyning

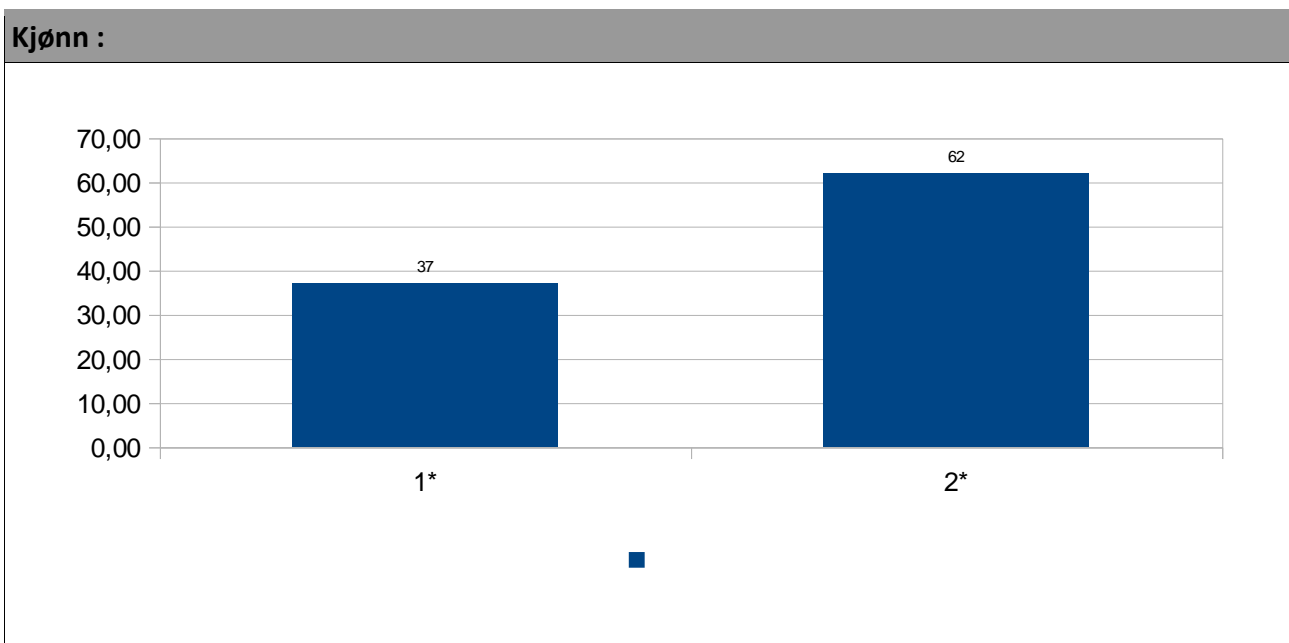
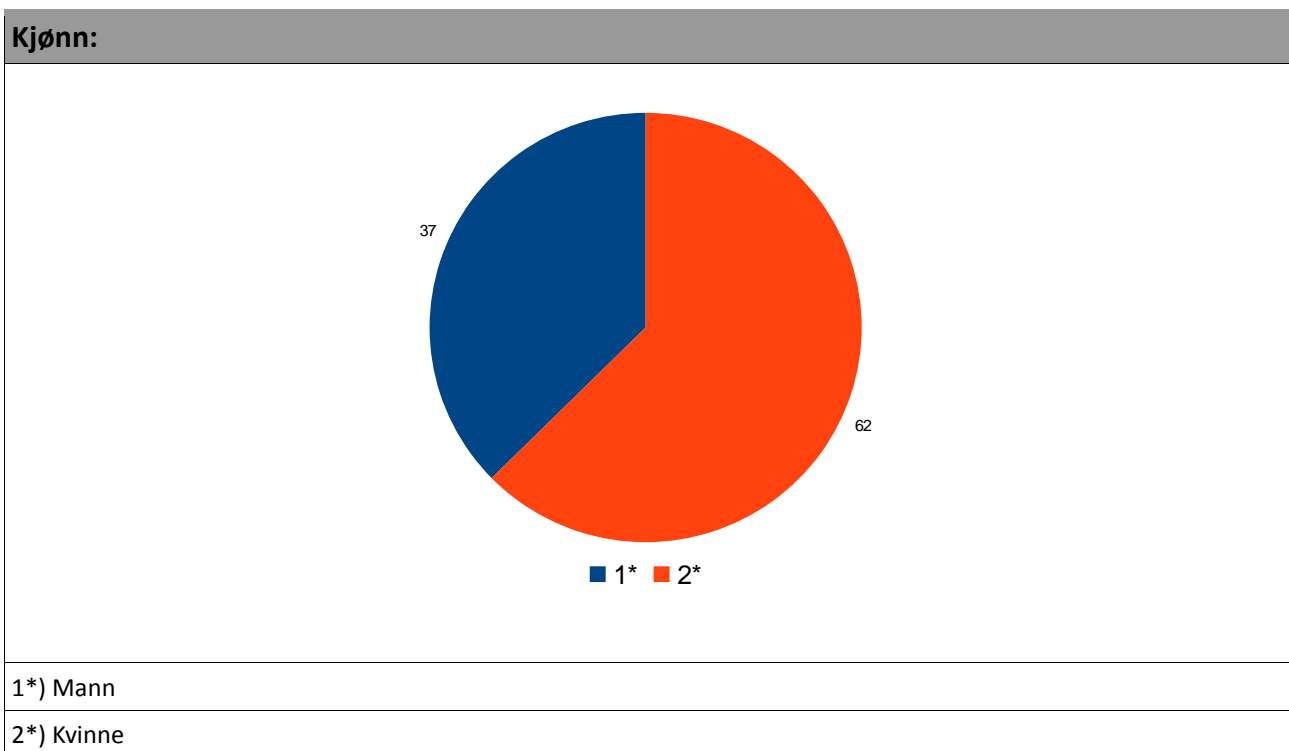
4\*) Telefoni

5\*) Sikkerhet

6\*) Transport

7\*) Sentralforsyning

Kjønn:			
Svar	Verdi	Prosent	Antall
Mann	1	36%	111
Kvinne	2	62%	188
Standardavvik.: 0.79	Varians: 0.629	Median: 2	Gj.sn.: 1
Maks: 2	Min: 1	<b>Totalt antall svar: 299</b>	

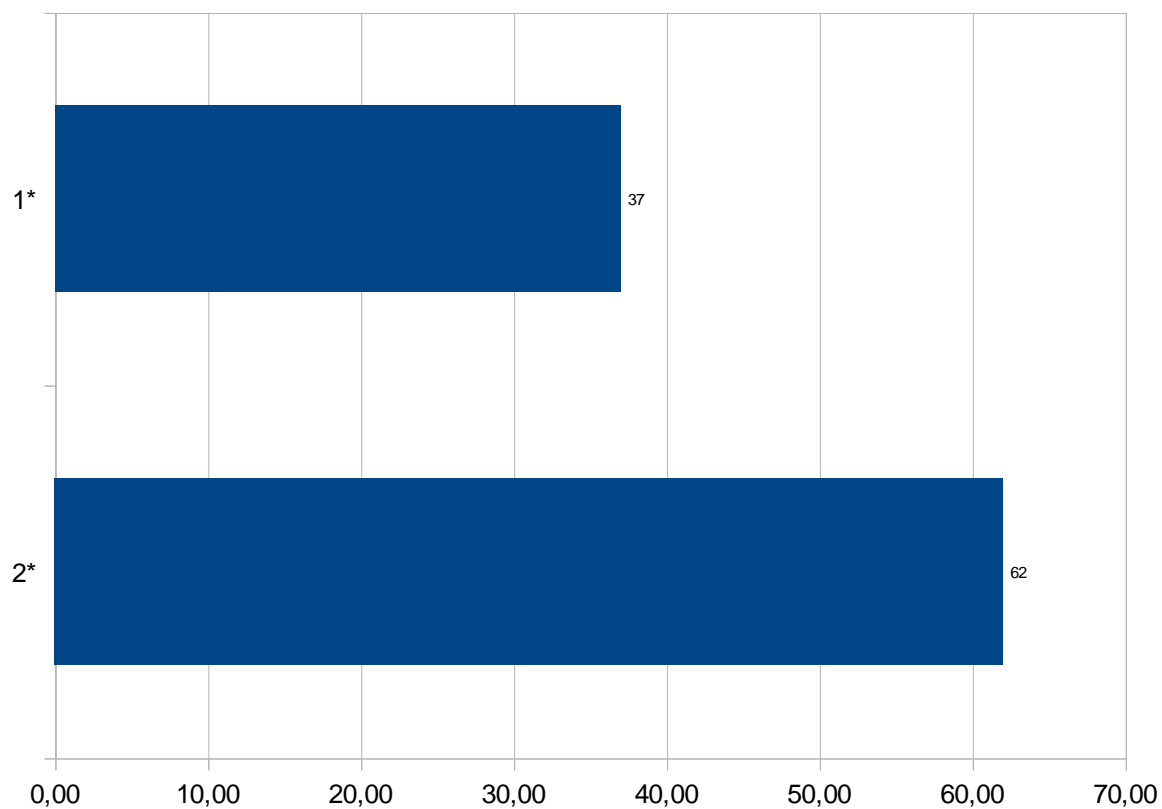




1\*) Mann

2\*) Kvinne

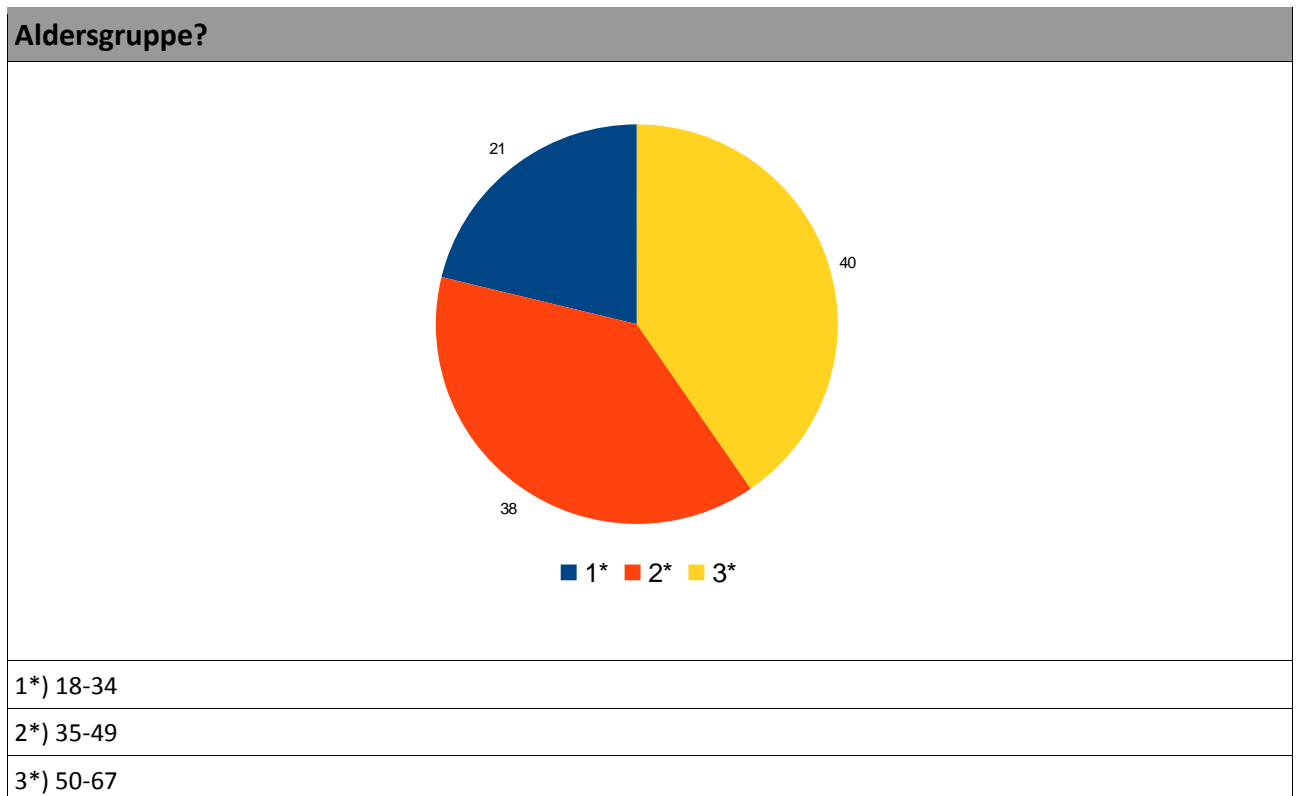
**Kjønn:**



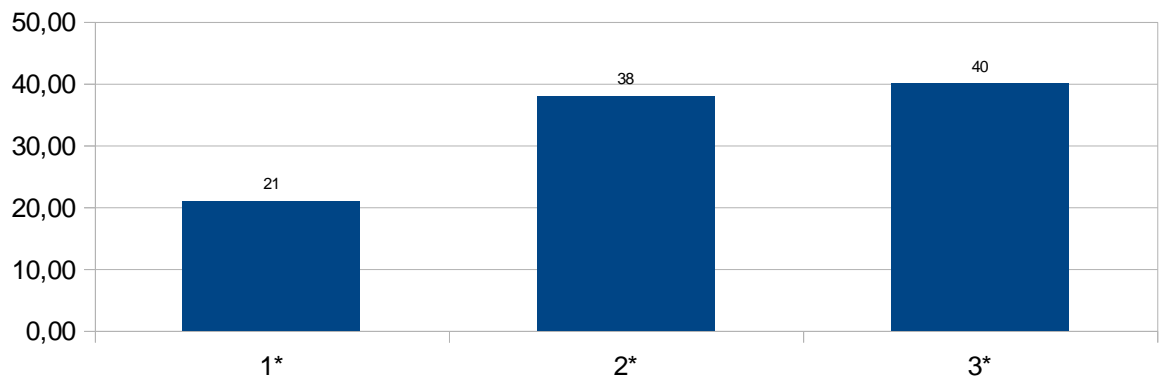
1\*) Mann

2\*) Kvinne

Aldersgruppe?			
Svar	Verdi	Prosent	Antall
18-34	1	21%	64
35-49	2	37%	114
50-67	3	39%	119
Standardavvik.: 0.78	Varians: 0.616	Median: 2	Gj.sn.: 2
Maks: 3	Min: 1	<b>Totalt antall svar: 297</b>	



## Aldersgruppe?

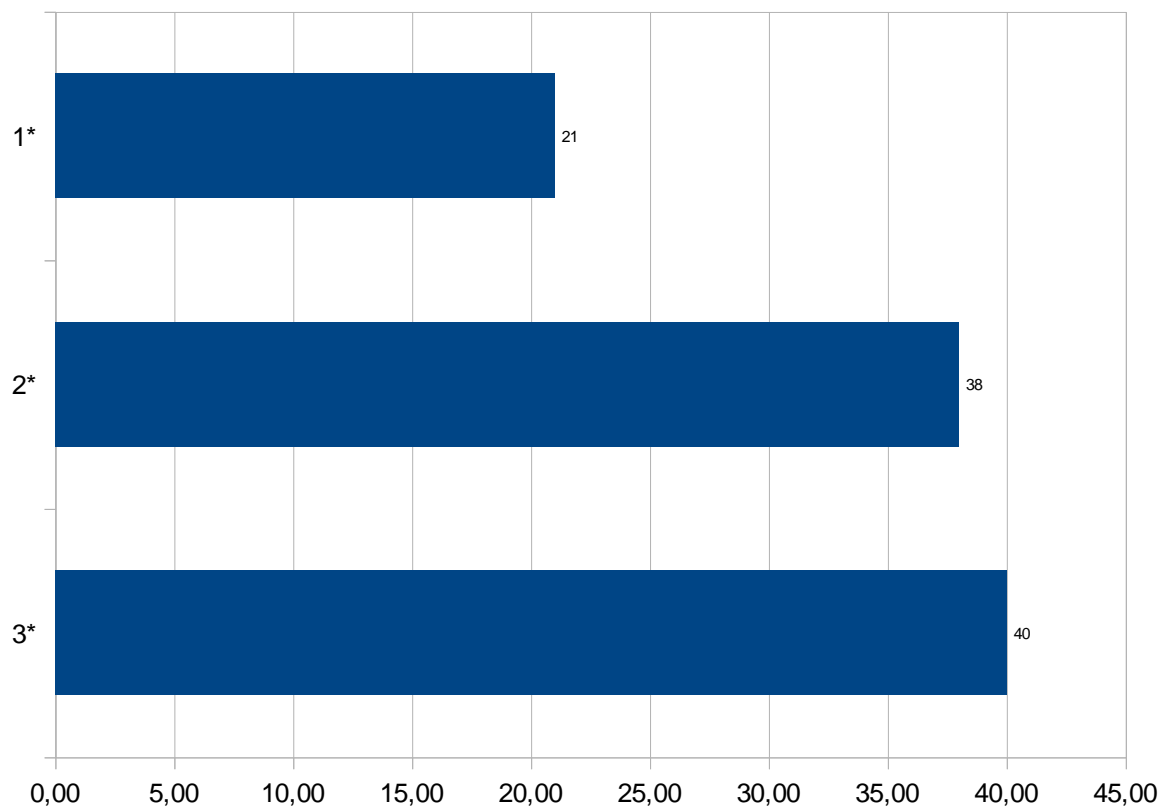


1\*) 18-34

2\*) 35-49

3\*) 50-67

## Aldersgruppe?

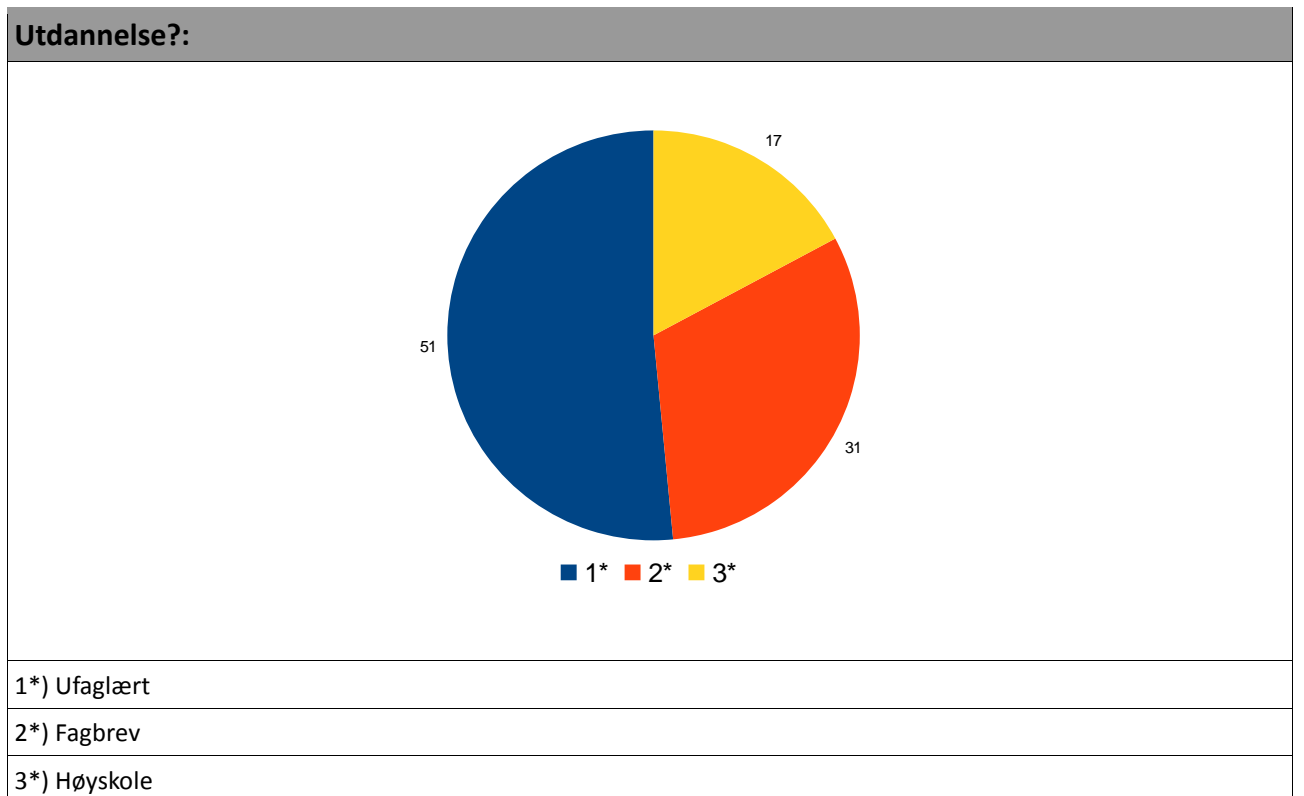


1\*) 18-34

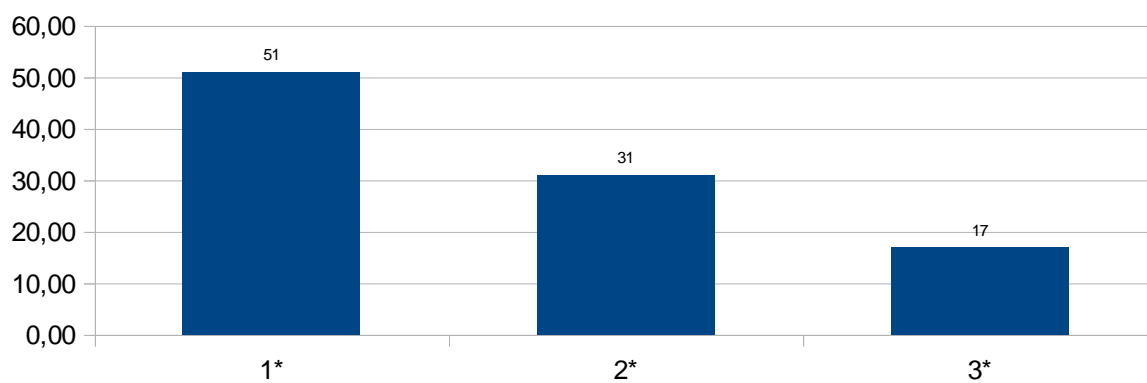
2\*) 35-49

3\*) 50-67

Utdannelse?			
Svar	Verdi	Prosent	Antall
Ufaglært	1	51%	154
Fagbrev	2	30%	93
Høyskole	3	17%	52
Standardavvik.: 1	Varians: 1.007	Median: 1	Gj.sn.: 1
Maks: 3	Min: 1	<b>Totalt antall svar: 299</b>	



## Utdannelse?

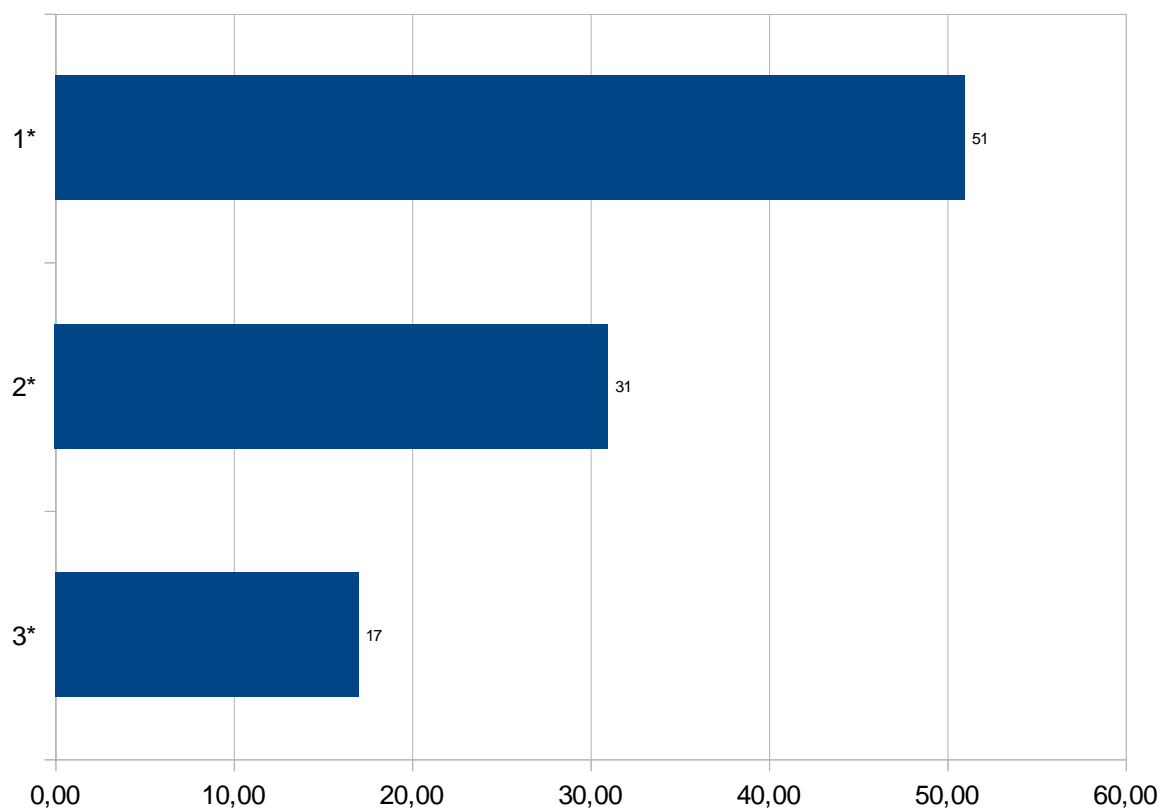


1\*) Ufaglært

2\*) Fagbrev

3\*) Høyskole

## Utdannelse?



1\*) Ufaglært

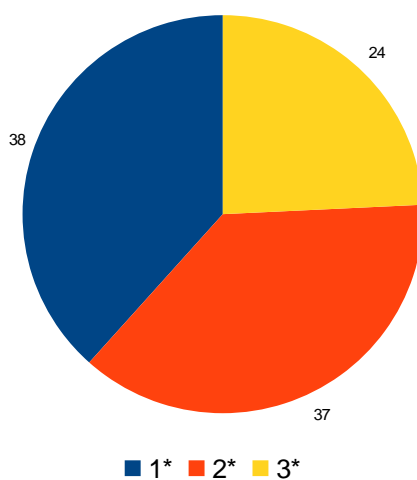
2\*) Fagbrev

3\*) Høyskole

### Hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen ?

Svar	Verdi	Prosent	Antall
1-5 år	1	37%	114
6-9 år	2	36%	110
Over 20 år	3	23%	71
Standardavvik.: 1.16	Varians: 1.336	Median: 2	Gj.sn.: 1
Maks: 3	Min: 1	<b>Totalt antall svar: 295</b>	

### Hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?



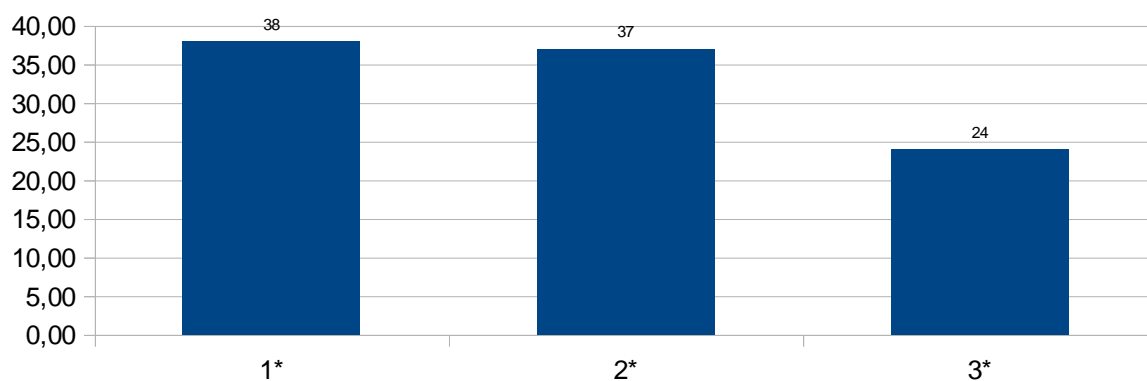
1\*) 1-5 år

2\*) 6-9 år

3\*) Over 20 år



### Hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?

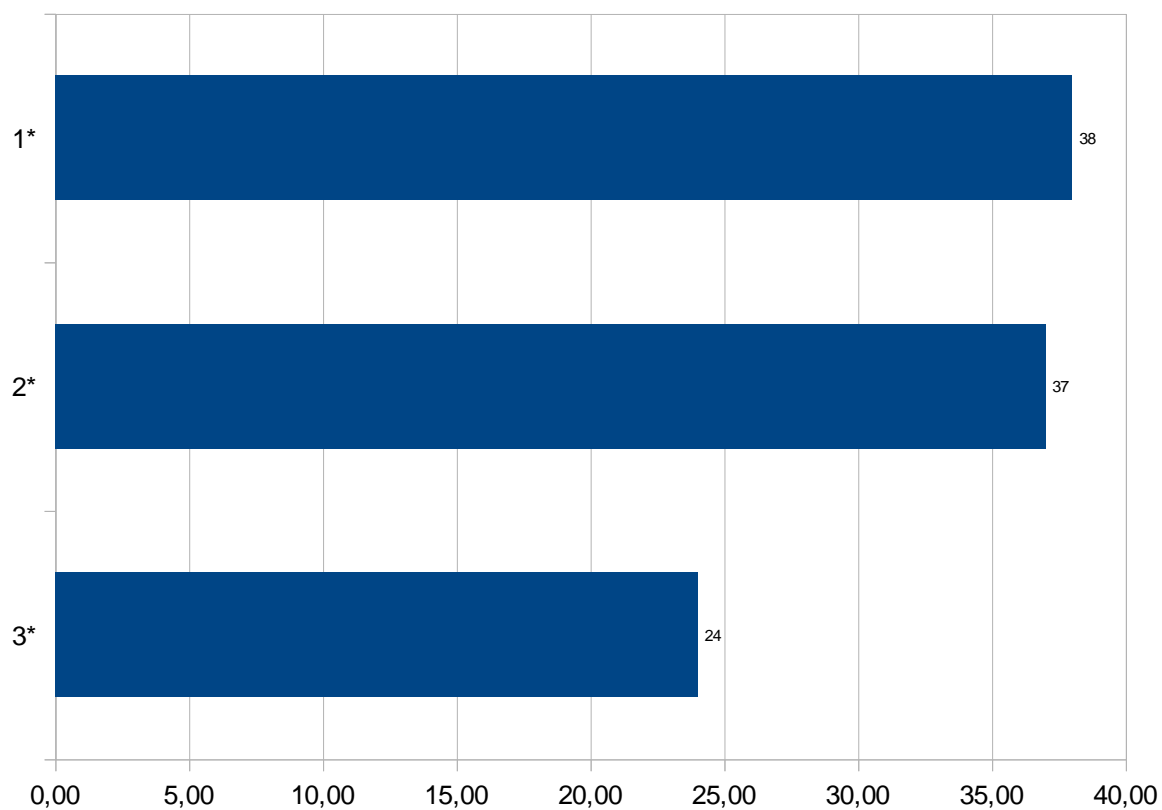


1\*) 1-5 år

2\*) 6-9 år

3\*) Over 20 år

### Hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?



1\*) 1-5 år

2\*) 6-9 år

3\*) Over 20 år

Rettferdig:						
Spørsmål	Min	Maks	Gj.sn.	Median	Varians	Standardavvik
6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?	1	5	3	3	2.06	1.44
7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?	1	5	2	2	1.23	1.11
8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?	1	5	1	2	1.73	1.32
9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?	1	5	2	2	0.91	0.95
10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivaretatt?	1	5	2	2	0.93	0.96
11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?	1	5	2	2	0.68	0.83
12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?	1	5	2	2	1.01	1
13. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?	1	5	2	2	0.91	0.95
14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?	1	5	2	3	2.25	1.5
15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser?	1	5	1	2	1.48	1.22
16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser, avvik og skader?	1	5	1	2	1.86	1.37

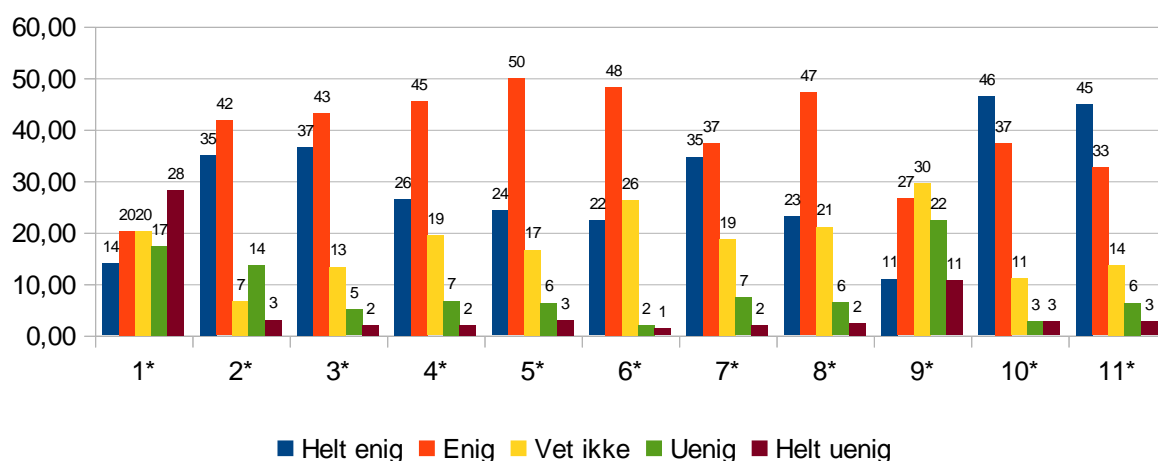
Rettferdig						
Spørsmål	Helt enig	Enig	Vet ikke	Uenig	Helt uenig	Total antall svar
6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?	42	61	61	52	85	301
7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?	105	125	20	41	9	300
8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?	110	130	40	15	6	301

9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?	79	136	58	20	6	299
10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivaretatt?	73	150	50	19	9	301
11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?	67	145	79	6	4	301
12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?	104	112	56	22	6	300
13. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?	69	141	63	19	7	299
14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?	33	80	89	67	32	301
15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser?	139	112	33	8	8	300
16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser, avvik og skader?	135	98	41	19	8	301

Rettferdig						
Spørsmål	Helt enig	Enig	Vet ikke	Uenig	Helt uenig	Total antall svar
6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?	13%	20%	20%	17%	28%	301
7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?	35%	41%	6%	13%	3%	300
8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?	36%	43%	13%	4%	1%	301
9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?	26%	45%	19%	6%	2%	299
10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivaretatt?	24%	49%	16%	6%	2%	301
11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?	22%	48%	26%	1%	1%	301
12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?	34%	37%	18%	7%	2%	300
13. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?	23%	47%	21%	6%	2%	299

14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?	10%	26%	29%	22%	10%	301
15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser?	46%	37%	11%	2%	2%	300
16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser, avvik og skader?	44%	32%	13%	6%	2%	301

### Rettferdig



1\*) 6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?

2\*) 7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?

3\*) 8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?

4\*) 9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?

5\*) 10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivaretatt?

6\*) 11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?

7\*) 12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?

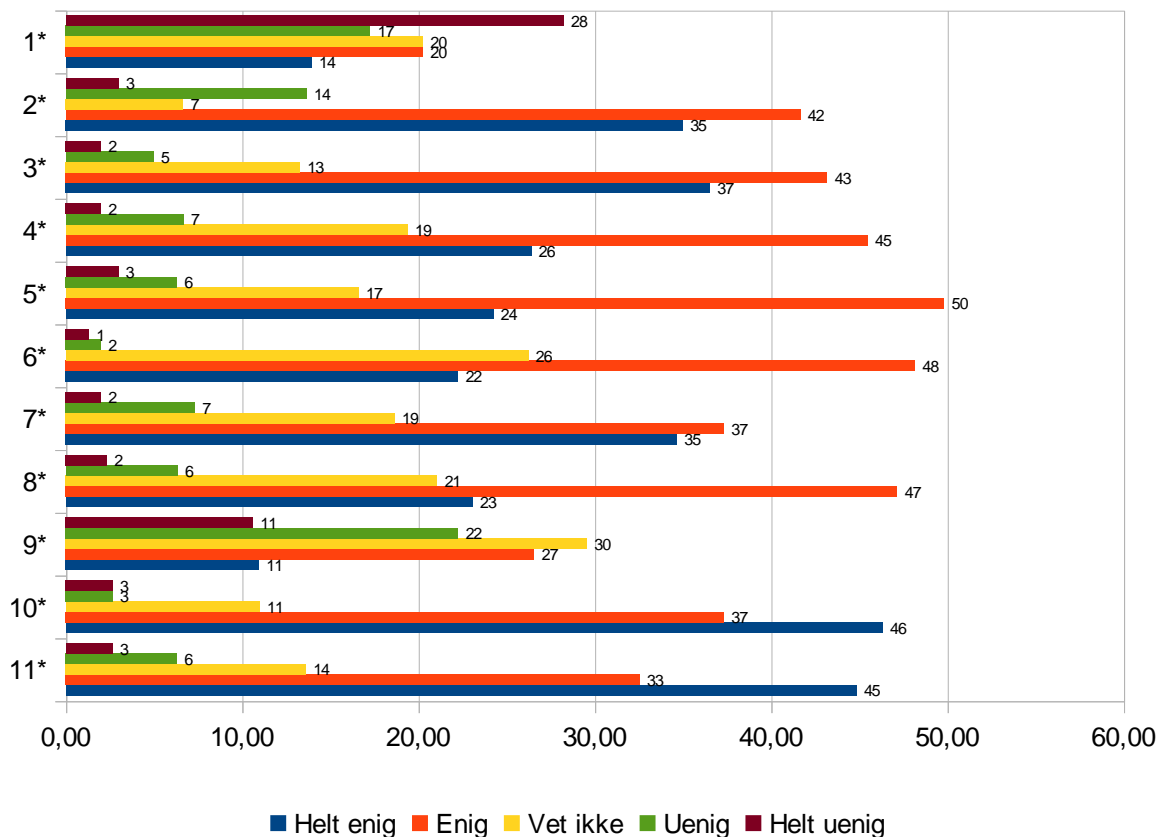
8\*) 13. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?

9\*) 14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?

10\*) 15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser?

11\*) 16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser,avvik og skader?

### Rettferdig



1\*) 6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?

2\*) 7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?

3\*) 8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?

4\*) 9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?

5\*) 10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivarettatt?

6\*) 11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?

7\*) 12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?

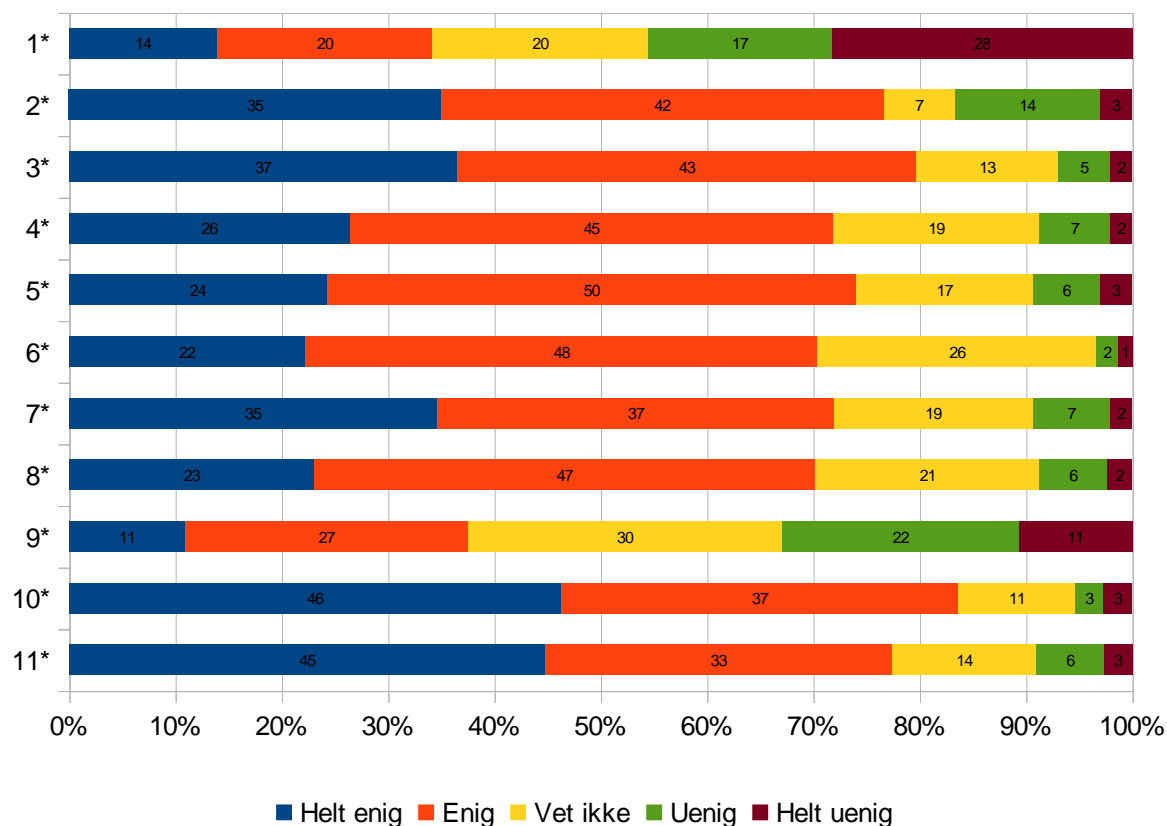
8\*) 13. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?

9\*) 14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?

10\*) 15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser?

11\*) 16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser,avvik og skader?

## Rettferdig



1\*) 6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?

2\*) 7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?

3\*) 8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?

4\*) 9. Bli lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?

5\*) 10. Bli balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivaretatt?

6\*) 11. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?

7\*) 12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?

8\*) 13. Benyttes styrende instruksjoner i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?

9\*) 14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?

10\*) 15. Vet du hvordan du skal melde avvik om uønskede hendelser?

11\*) 16. Bli du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser,avvik og skader?



**En uønsket hendelse:** "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen"?

Spørsmål	Min	Maks	Gj.sn.	Median	Varians	Standardavvik
17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?	1	5	3	3	1.68	1.3
18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?	1	5	3	4	1.69	1.3
19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?	1	5	3	4	1.55	1.24
20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?	1	5	3	4	1.75	1.32

**En uønsket hendelse :** "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?

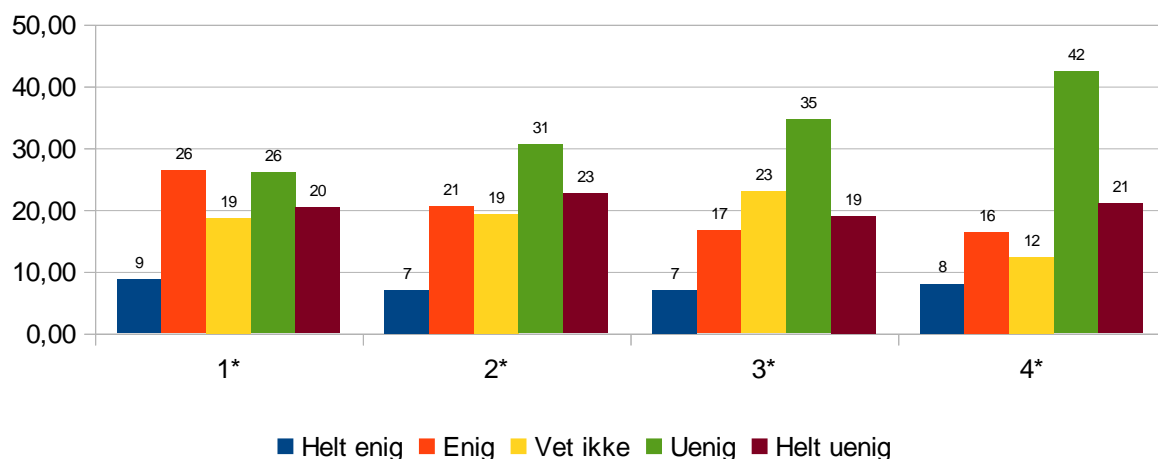
Spørsmål	Helt enig	Enig	Vet ikke	Uenig	Helt uenig	Total antall svar
17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?	26	79	56	78	61	300
18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?	21	62	58	92	68	301
19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?	21	50	69	104	57	301

20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?	24	49	37	127	63	300
--	----	----	----	-----	----	-----

**En uønsket hendelse :** "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?

Spørsmål	Helt enig	Enig	Vet ikke	Uenig	Helt uenig	Totalt antall svar
17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?	8%	26%	18%	26%	20%	300
18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?	6%	20%	19%	30%	22%	301
19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?	6%	16%	22%	34%	18%	301
20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?	8%	16%	12%	42%	21%	300

**En uønsket hendelse :** "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?



1\*) 17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?

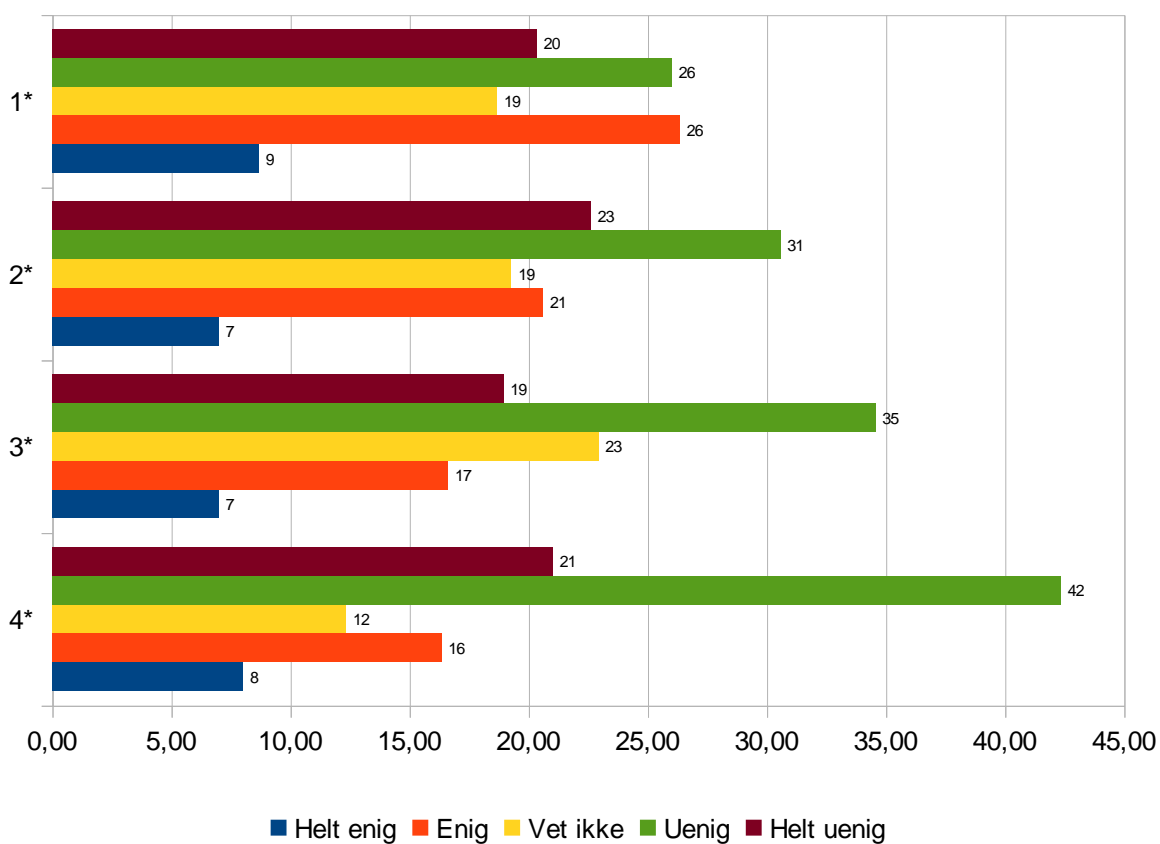
2\*) 18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?

3\*) 19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?

4\*) 20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?



**En uønsket hendelse :** "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?



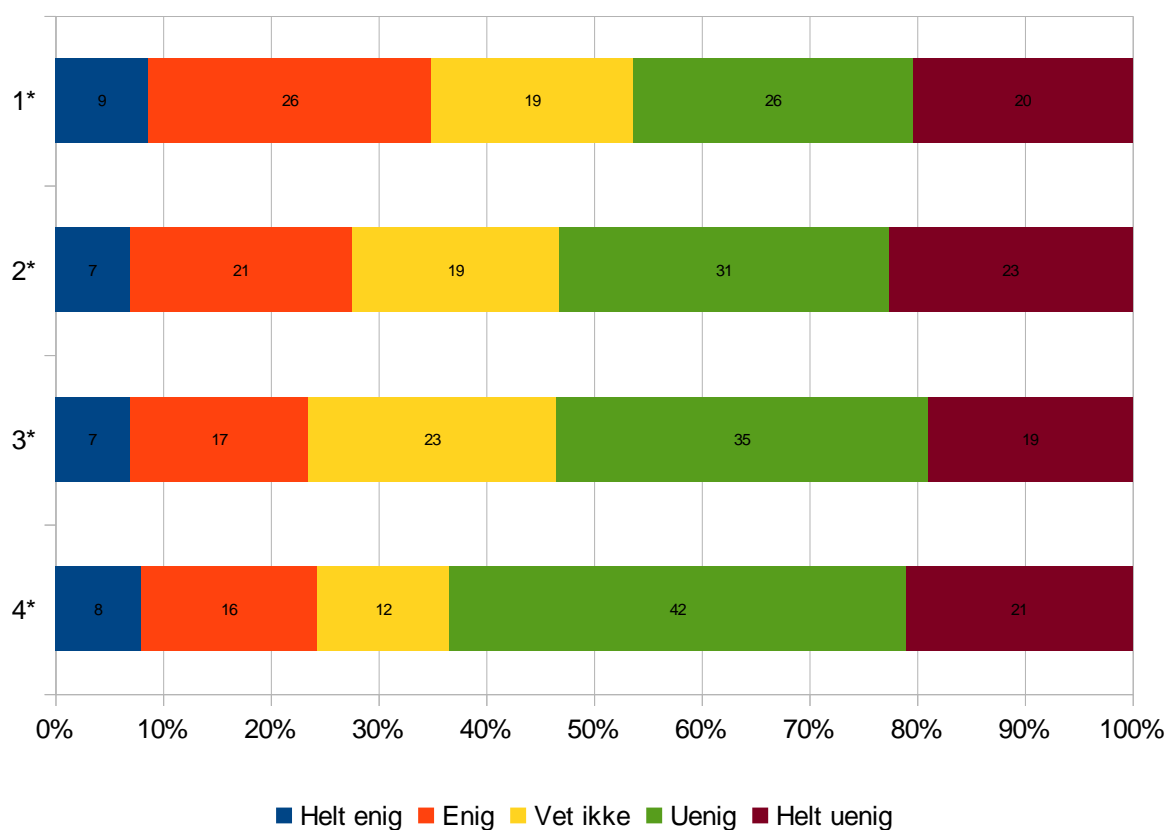
1\*) 17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?

2\*) 18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?

3\*) 19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?

4\*) 20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?

**En uønsket hendelse : "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?**



1\*) 17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?

2\*) 18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?

3\*) 19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?

4\*) 20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?

## Vedlegg. 5 :Resultater SPSS.

## Custom Tables

			1. Hvilken enhet er du ansatt i Hospitaldrift?						
			Renhold	Vaskeri	Matforsyning	Telefoni	Sikkerhet	Transport	Sentralforsyning
6. Har du selv vært utsatt for en uønsket hendelse som burde vært rapportert?: &nbsp;	1	Count	11	10	4	0	10	6	1
		Column N %	8,1%	35,7%	7,4%	0,0%	40,0%	15,0%	9,1%
	2	Count	19	6	11	1	9	12	3
		Column N %	14,1%	21,4%	20,4%	12,5%	36,0%	30,0%	27,3%
	3	Count	36	6	6	3	1	6	3
		Column N %	26,7%	21,4%	11,1%	37,5%	4,0%	15,0%	27,3%
	4	Count	24	4	13	1	2	7	1
		Column N %	17,8%	14,3%	24,1%	12,5%	8,0%	17,5%	9,1%
	5	Count	45	2	20	3	3	9	3
		Column N %	33,3%	7,1%	37,0%	37,5%	12,0%	22,5%	27,3%
7. Alle nyansatte får tilstrekkelig opplæring for de arbeidsoppgavene de skal gjøre?: &nbsp;	1	Count	59	12	19	6	2	4	3
		Column N %	43,7%	42,9%	35,2%	75,0%	8,0%	10,3%	27,3%
	2	Count	49	10	28	2	9	21	6
		Column N %	36,3%	35,7%	51,9%	25,0%	36,0%	53,8%	54,5%
	3	Count	14	1	0	0	3	2	0
		Column N %	10,4%	3,6%	0,0%	0,0%	12,0%	5,1%	0,0%
	4	Count	11	5	6	0	8	9	2
		Column N %	8,1%	17,9%	11,1%	0,0%	32,0%	23,1%	18,2%
	5	Count	2	0	1	0	3	3	0
		Column N %	1,5%	0,0%	1,9%	0,0%	12,0%	7,7%	0,0%
8. Alle har nok av muligheter til å komme med forslag vedrørende sikkerhet?: &nbsp;	1	Count	49	10	23	6	8	10	4
		Column N %	36,3%	35,7%	42,6%	75,0%	32,0%	25,0%	36,4%
	2	Count	53	11	26	2	14	20	4
		Column N %	39,3%	39,3%	48,1%	25,0%	56,0%	50,0%	36,4%
	3	Count	25	3	3	0	1	7	1
		Column N %	18,5%	10,7%	5,6%	0,0%	4,0%	17,5%	9,1%
	4	Count	6	3	1	0	1	2	2
		Column N %	4,4%	10,7%	1,9%	0,0%	4,0%	5,0%	18,2%
	5	Count	2	1	1	0	1	1	0
		Column N %	1,5%	3,6%	1,9%	0,0%	4,0%	2,5%	0,0%

9. Blir lærdom av feil og uhell tatt inn i enheten for å forhindre at skader inntreffer på nytt?: &nbsp;	1	Count	38	8	19	2	6	5	1
		Column N %	28,4%	28,6%	35,2%	25,0%	24,0%	12,8%	9,1%
	2	Count	54	11	23	4	15	21	8
		Column N %	40,3%	39,3%	42,6%	50,0%	60,0%	53,8%	72,7%
	3	Count	33	4	9	2	1	8	1
		Column N %	24,6%	14,3%	16,7%	25,0%	4,0%	20,5%	9,1%
	4	Count	7	5	2	0	2	3	1
		Column N %	5,2%	17,9%	3,7%	0,0%	8,0%	7,7%	9,1%
	5	Count	2	0	1	0	1	2	0
		Column N %	1,5%	0,0%	1,9%	0,0%	4,0%	5,1%	0,0%
10. Blir balansen mellom sikkerhet og effektiv arbeidsutførelse ivare tatt?: &nbsp;	1	Count	40	7	12	3	4	4	3
		Column N %	29,6%	25,0%	22,2%	37,5%	16,0%	10,0%	27,3%
	2	Count	63	9	33	3	15	20	7
		Column N %	46,7%	32,1%	61,1%	37,5%	60,0%	50,0%	63,6%
	3	Count	23	5	6	2	3	11	0
		Column N %	17,0%	17,9%	11,1%	25,0%	12,0%	27,5%	0,0%
	4	Count	6	5	2	0	2	3	1
		Column N %	4,4%	17,9%	3,7%	0,0%	8,0%	7,5%	9,1%
	5	Count	3	2	1	0	1	2	0
		Column N %	2,2%	7,1%	1,9%	0,0%	4,0%	5,0%	0,0%
11. Benyttes styrende instruksjer i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?: &nbsp;	1	Count	33	6	17	1	5	3	2
		Column N %	24,4%	21,4%	31,5%	12,5%	20,0%	7,5%	18,2%
	2	Count	64	12	24	3	15	20	7
		Column N %	47,4%	42,9%	44,4%	37,5%	60,0%	50,0%	63,6%
	3	Count	37	9	12	4	2	13	2
		Column N %	27,4%	32,1%	22,2%	50,0%	8,0%	32,5%	18,2%
	4	Count	0	1	0	0	2	3	0
		Column N %	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	8,0%	7,5%	0,0%
	5	Count	1	0	1	0	1	1	0
		Column N %	0,7%	0,0%	1,9%	0,0%	4,0%	2,5%	0,0%
12. Kan man rapportere om feil og mangler uten at man selv blir rammet?: &nbsp;	1	Count	42	10	23	3	10	14	2
		Column N %	31,3%	35,7%	42,6%	37,5%	40,0%	35,0%	18,2%
	2	Count	52	8	18	4	9	17	4
		Column N %	38,8%	28,6%	33,3%	50,0%	36,0%	42,5%	36,4%
	3	Count	27	6	10	1	4	5	3
		Column N %	20,1%	21,4%	18,5%	12,5%	16,0%	12,5%	27,3%
	4	Count	10	3	3	0	1	3	2
		Column N %	7,5%	10,7%	5,6%	0,0%	4,0%	7,5%	18,2%
	5	Count	3	1	0	0	1	1	0
		Column N %	2,2%	3,6%	0,0%	0,0%	4,0%	2,5%	0,0%
13. Benyttes styrende instruksjer i arbeidsprosesser for å redusere risikoen?: &nbsp;	1	Count	36	8	17	1	4	2	1
		Column N %	26,7%	28,6%	31,5%	12,5%	16,0%	5,3%	9,1%
	2	Count	62	10	23	2	15	22	7
		Column N %	45,9%	35,7%	42,6%	25,0%	60,0%	57,9%	63,6%
	3	Count	25	5	12	5	3	10	3
		Column N %	18,5%	17,9%	22,2%	62,5%	12,0%	26,3%	27,3%
	4	Count	9	3	1	0	3	3	0
		Column N %	6,7%	10,7%	1,9%	0,0%	12,0%	7,9%	0,0%
	5	Count	3	2	1	0	0	1	0
		Column N %	2,2%	7,1%	1,9%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%
14. Kan rapportering av uønskede hendelser føre til negative reaksjoner fra kolleger?: &nbsp;	1	Count	19	6	0	0	5	2	1
		Column N %	14,1%	21,4%	0,0%	0,0%	20,0%	5,0%	9,1%
	2	Count	42	5	11	2	7	11	2
		Column N %	31,1%	17,9%	20,4%	25,0%	28,0%	27,5%	18,2%
	3	Count	37	7	24	3	3	10	5
		Column N %	27,4%	25,0%	44,4%	37,5%	12,0%	25,0%	45,5%
	4	Count	27	9	14	1	4	11	1
		Column N %	20,0%	32,1%	25,9%	12,5%	16,0%	27,5%	9,1%
	5	Count	10	1	5	2	6	6	2
		Column N %	7,4%	3,6%	9,3%	25,0%	24,0%	15,0%	18,2%



15. Vet du hvordan du skal melde avik om uønskede hendelser? &nbsp;	1	Count	52	14	26	5	18	19	5
		Column N %	38,5%	50,0%	48,1%	62,5%	72,0%	48,7%	45,5%
	2	Count	52	11	20	3	7	15	4
		Column N %	38,5%	39,3%	37,0%	37,5%	28,0%	38,5%	36,4%
	3	Count	23	3	4	0	0	2	1
		Column N %	17,0%	10,7%	7,4%	0,0%	0,0%	5,1%	9,1%
	4	Count	4	0	2	0	0	2	0
		Column N %	3,0%	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	5,1%	0,0%
	5	Count	4	0	2	0	0	1	1
		Column N %	3,0%	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	2,6%	9,1%
16. Blir du oppfordret av ledelsen til å innrapportere uønskede hendelser, avik og skader? &nbsp;	1	Count	54	10	29	4	14	19	5
		Column N %	40,0%	35,7%	53,7%	50,0%	56,0%	47,5%	45,5%
	2	Count	50	7	15	3	11	11	1
		Column N %	37,0%	25,0%	27,8%	37,5%	44,0%	27,5%	9,1%
	3	Count	23	4	8	0	0	5	1
		Column N %	17,0%	14,3%	14,8%	0,0%	0,0%	12,5%	9,1%
	4	Count	6	7	1	0	0	3	2
		Column N %	4,4%	25,0%	1,9%	0,0%	0,0%	7,5%	18,2%
	5	Count	2	0	1	1	0	2	2
		Column N %	1,5%	0,0%	1,9%	12,5%	0,0%	5,0%	18,2%
17. Hendelsen fikk uansett ingen alvorlig konsekvenser?: "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?	1	Count	13	2	4	0	1	4	2
		Column N %	9,6%	7,1%	7,4%	0,0%	4,2%	10,0%	18,2%
	2	Count	30	8	10	1	9	15	6
		Column N %	22,2%	28,6%	18,5%	12,5%	37,5%	37,5%	54,5%
	3	Count	29	5	8	4	3	7	0
		Column N %	21,5%	17,9%	14,8%	50,0%	12,5%	17,5%	0,0%
	4	Count	36	7	17	1	7	8	2
		Column N %	26,7%	25,0%	31,5%	12,5%	29,2%	20,0%	18,2%
	5	Count	27	6	15	2	4	6	1
		Column N %	20,0%	21,4%	27,8%	25,0%	16,7%	15,0%	9,1%
18. Det er ikke tradisjon for å rapportere alle uønskede hendelser?: "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?	1	Count	8	3	4	1	0	2	3
		Column N %	5,9%	10,7%	7,4%	12,5%	0,0%	5,0%	27,3%
	2	Count	20	4	11	1	9	16	1
		Column N %	14,8%	14,3%	20,4%	12,5%	36,0%	40,0%	9,1%
	3	Count	34	6	7	1	2	5	3
		Column N %	25,2%	21,4%	13,0%	12,5%	8,0%	12,5%	27,3%
	4	Count	40	9	19	3	6	11	4
		Column N %	29,6%	32,1%	35,2%	37,5%	24,0%	27,5%	36,4%
	5	Count	33	6	13	2	8	6	0
		Column N %	24,4%	21,4%	24,1%	25,0%	32,0%	15,0%	0,0%
19. Det skjer uansett ingen forbedringer på bakgrunn av rapportene?: "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?	1	Count	8	4	0	1	2	4	2
		Column N %	5,9%	14,3%	0,0%	12,5%	8,0%	10,0%	18,2%
	2	Count	23	5	5	0	7	7	3
		Column N %	17,0%	17,9%	9,3%	0,0%	28,0%	17,5%	27,3%
	3	Count	33	6	11	2	5	10	2
		Column N %	24,4%	21,4%	20,4%	25,0%	20,0%	25,0%	18,2%
	4	Count	43	7	26	3	7	15	3
		Column N %	31,9%	25,0%	48,1%	37,5%	28,0%	37,5%	27,3%
	5	Count	28	6	12	2	4	4	1
		Column N %	20,7%	21,4%	22,2%	25,0%	16,0%	10,0%	9,1%
20. Vi har for mye å gjøre, slik at vi aldri får tid til å skrive rapporter?: "Anta at du ble involvert i en uønsket hendelse. Er det noen av følgende forhold som kan hindre deg i å rapportere hendelsen" ?	1	Count	9	4	2	1	0	6	2
		Column N %	6,7%	14,8%	3,7%	12,5%	0,0%	15,0%	18,2%
	2	Count	16	9	6	0	6	10	2
		Column N %	11,9%	33,3%	11,1%	0,0%	24,0%	25,0%	18,2%
	3	Count	21	4	7	0	1	4	0
		Column N %	15,6%	14,8%	13,0%	0,0%	4,0%	10,0%	0,0%
	4	Count	56	5	27	5	12	16	6
		Column N %	41,5%	18,5%	50,0%	62,5%	48,0%	40,0%	54,5%
	5	Count	33	5	12	2	6	4	1
		Column N %	24,4%	18,5%	22,2%	25,0%	24,0%	10,0%	9,1%

