



# Handelshøyskolen BI

## MAN 51181 Helseledelse

Term paper 60% - W

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-09-2022 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	202310
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2023 12:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	P		
<b>Flowkode:</b>	202310  10145  IN08  W  P		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

Navn:

**Nina Skjold**

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Tenner på triusel - positivt auviksregistrering på tannklinikken		
<b>Navn på veileder *:</b>	Bjørn Erik Mørk		
<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Nei	<b>Kan besvarelsen offentliggjøres?:</b>	Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	15
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Prosjektoppgave  
ved Handelshøyskolen BI

- Tenner på trivsel -  
Positiv avviksregistrering på tannklinikken

Eksamenskode og navn:

**MAN 51181 – Helseledelse**

Utleveringsdato:  
05.09.2022

Innleveringsdato:  
26.05.2023

Studiested:  
BI Oslo

<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>II</b>
<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN .....	1
1.2 PROSESS FOR Å IDENTIFISERE PROBLEMSTILLING .....	3
1.4 LESEVEILEDNING .....	5
<b>2. LITTERATURGJENNOMGANG .....</b>	<b>6</b>
2.1 PASIENTSIKKERHETSARBEID .....	6
2.2 YTRINGSKLIMA; HØYKVALITETSFORBINDELSER OG PSYKOLOGISK TRYGGHET .....	8
2.3 LÆRING I ORGANISASJONER .....	10
2.4 POSITIVE ORGANIZATIONAL SCHOLARSHIP (POS).....	13
2.5 OPPSUMMERING .....	14
<b>3. METODE.....</b>	<b>15</b>
3.1. INNLEDNING.....	15
3.2 DATAINNSAMLING .....	15
3.2.1 Dybdeintervjuer.....	15
3.2.2 Data fra praktiske forsøk.....	16
3.2.3 Fokusgruppeintervjuer .....	16
3.2 ANALYSEPROSESSEN.....	17
3.3 REFLEKSJONER OVER STYRKER OG SVAKHETER VED VALGT FREMGANGSMÅTE.....	18
3.4 ETISKE REFLEKSJONER .....	20
<b>4.FUNN .....</b>	<b>22</b>
4.1 FORSØK 1: DYBDEINTERVJUER (OKTOBER 2022) .....	22
4.2. FORSØK 2: PRAKTISKE FORSØK MED RÅBRA (NOVEMBER 2022-MARS 2023).....	24
4.2.1 Justert Råbra .....	25
4.2.3 Funn fra praktiske forsøk - Råbra .....	26
4.3 FUNN FRA FORSØK 3: FOKUSGRUPPEINTERVJUER (JANUAR 2023).....	29
4.4 OPPSUMMERING AV FUNN .....	32
<b>5. DRØFTING.....</b>	<b>33</b>
5.1 PASIENTSIKKERHET.....	33
5.2 YTRINGSKLIMA .....	35
5.3. LÆRING.....	37
5.4 RESILIENS .....	39
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERANSER .....</b>	<b>42</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>45</b>

## **Sammendrag**

Jeg har som mål med oppgaven å undersøke hvordan et positivt avvikssystem innvirker på ytringsklima, læring og resiliens på Sandnes Tannklinikk. Sandnes Tannklinikk er en enhet i den offentlige tannhelsetjenesten i Rogaland, og prosjektet har pågått i tidsrommet september 2022 til mars 2023. Et positivt avvikssystem ble undersøkt gjennom 3 ulike forsøk. Dybdeintervjuer ble gjennomført tidlig i prosessen og undersøkte medarbeideres opplevelser og holdninger knyttet til problemstillingen. Det ble deretter utført praktiske forsøk i form av Råbra, med inspirasjon fra tilsvarende prosjekt på UNN og idebanken.org. Råbra er et verktøy for at kollegaer skal identifisere og anerkjenne andres gode prestasjoner. Et viktig moment er at Råbratildelinger skal gjennomgå i plenum for refleksjon og læring. I perioden oktober 2022 til mars 2023 ble det gitt 33 #Råbra, og funn fra praktiske forsøk ble analysert både kvantitativt og kvalitativt. Fokusgruppeintervjuer hadde en evaluerende målsetning i den avsluttende fasen av prosjektet, og de praktiske forsøkene ble korrigert i tråd med innspill herfra. Prosjektet har avdekket barrierer for psykologisk trygghet knyttet til hierarki mellom yrkesgrupper, men samtidig også positive effekter på ytringsklima, læring og resiliens. Et positivt avvikssystem skaper arena for systematisk refleksjon som gir en rekke ønskede bieffekter som bedre samhandling og læring. Samtidig er også klinikkens resiliens styrket, det psykososiale arbeidsmiljøet bedret og en mulig effekt på pasientsikkerhetsarbeidet foreslått.

# 1. Introduksjon

Dette prosjektet handler om utprøving av et positivt avvikssystem på Sandnes Tannklinikk.

## *1.1 Bakgrunn*

Mitt navn er Nina Skjold og jeg gjør denne oppgaven som ledd i utdanningen Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Mitt arbeidssted er ved Sandnes tannklinikk som er en del av den offentlige tannhelsetjenesten i Rogaland (Tannhelse Rogaland, heretter omtalt THR). Jeg har en mastergrad i odontologi fra Universitetet i Bergen, og har nå jobbet som tannlege i 15 år. Jeg har hele tiden hatt min kliniske stilling ved Sandnes Tannklinikk. Det som er relativt nytt for meg er lederrollen. I 2021 ble en ny ledelsesstruktur innført i THR. I den forbindelse ble det innført et ledernivå med klinikkledere, og våren 2022 startet jeg som nettopp det. Jeg er nå leder for kollegaer som jeg har jobbet sammen med i mange år, og det har vært en overgang for både meg og for dem. Stillingen min kan beskrives som det som Jespersen (2005) omtaler som hybridlederen, der jeg både jobber klinisk med pasienter, men også har fag og lederansvar. THR hadde ved utgangen av 2022 387 ansatte fordelt på 34 tannklinikker, der Sandnes Tannklinikk er en av de større enhetene med 19 medarbeidere. Lokalene er underdimensjonerte i forhold til antall medarbeidere og pasienter, og ny klinikk er under planlegging og forventes ferdigstilt ved utgangen av 2024. Frem til det må 8 tannleger, 3 tannpleier og 8 tannhelsesekretær dele på plassen etter beste evne. Samtlige roller på klinikken krever autorisasjon. Alle medarbeiderne hos oss er kvinner og de fleste jobber i fulltidsstillinger. Bemanningen kjennetegnes av stabilitet. Vi har lave turnover, i 2022 var denne 11 %<sup>1</sup>. I tillegg er sammensetningen av menneskene som er på jobb stort sett den samme. Alle jobber fra åtte til tre, og her skiller vi oss fra for eksempel sykehjem med varierende vaktturnus. Summen av dette er en gruppe mennesker som kjenner hverandre godt, og jeg vil beskrive dem som åpne og varme mot hverandre.

Sandnes Tannklinikk gir et oppsøkende tilbud til rundt 10 000 barn og unge, i tillegg til andre grupper nevnt i lov om tannhelsetjenester. Om lag 20 % av

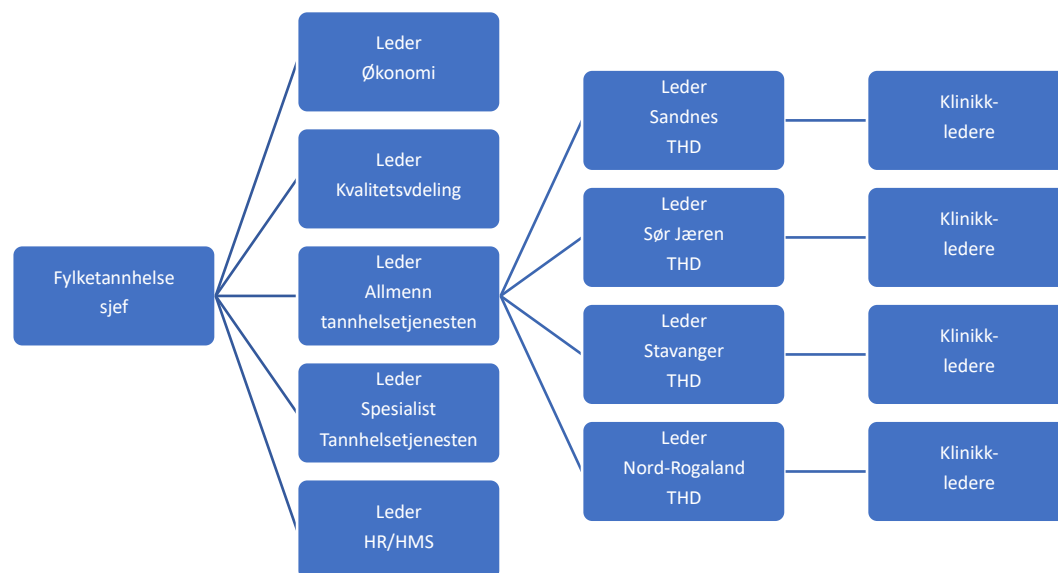
---

<sup>1</sup> Turnover beregnet for en periode på 1 år, antall oppsigelser/antall ansatte x 100.

pasientene er voksne, betalende pasienter som mottar tjenester tilsvarende det som gis ved private tannklinikker. Flere ansatte ved klinikken driver undervisning og folkehelsearbeid ved ulike institusjoner som skoler, universitet og kommunale institusjoner. Selv har jeg en bistilling ved Stavanger Universitetssykehus, og har derfor en fot i spesialisthelsetjenesten. THR har samarbeidsavtaler med helsestasjoner, barnevern og helse og omsorgstjenesten i de ulike kommunene. Hverdagen på klinikken kan derfor oppsummeres som variert og med mange ulike ansvarsområder.

Tannhelsetjenesten er ulikt organisert i de forskjellige fylkene, der den noen steder er en egen avdeling mens andre har plassert det under samme leder som videregående skoler. I Rogaland er det organisert som et fylkeskommunalt foretak med eget styre, som består av politikere, men også en ansatt-representant.

Som nevnt ble det i 2021 innført en ny ledelsesstruktur, der vi gikk fra 2 til 4 ledernivå. Dette innebar mange endringer, blant annet at ledere skal har personalansvar for færre ansatte enn tidligere. Vi har også fått et nytt organisasjonskart med linjeledere. Min enhet befinner seg under allmenntannhelsetjenesten, som er delt inn i geografiske distrikter (THD), og der min egen leder er distriktsleder.



Figur 1. Organisasjonskart THR, forenklet. Underavdelinger spesialisthelsetjenesten er utelatt

Vinteren 2023 er mediebildet preget av NOU 2023:4 Tid for handling<sup>2</sup>, og helseminister Kjerkhols taler til helsetjenesten. Budskapet er tydelig; ressursene må nyttes på en mer effektiv måte enn de gjøres i dag. Det blir flere pleietrengende

<sup>2</sup> [Regjeringen.no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552](https://www.regjeringen.no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552)

eldre, mer etterspørsel etter helsetjenester, men ikke flere helsepersonell til å utføre oppgavene. Vi som jobber i tannhelsetjenesten, mottar samme signaler; vi må få mer (tann)helse for hver krone. Flere av mine medarbeidere uttrykker usikkerhet rundt fremtiden, spesielt hvordan vi skal håndtere den kommende eldrebølgen. Samtidig med økt antall pasienter, med mer komplekse og tidkrevende behandlingsbehov, får vi også nye retningslinjer som stiller økte krav til kvalitet i tjenestetilbudet. For eksempel ble det i THR høsten 2022 innført ny rutine for dekontaminering<sup>3</sup> som ble oppfattet som en omfattende endring og et stort løft vi alle måtte ta sammen. På nasjonalt nivå har retningslinjen «Nasjonalt faglig retningslinje for barn og unge»<sup>4</sup> medført omstilling og nye krav som må innfris. Summen av dette er at flere av mine medarbeidere kjenner på økt arbeidspress, usikkerhet og frustrasjon rundt fremtiden. Flere av mine medarbeidere er usikre på hvordan vi skal klare å håndtere utfordringer i årene som kommer.

## ***1.2 Prosess for å identifisere problemstilling***

I perioden September-november 2022 gjennomførte jeg undersøkelser for å finne en aktuell problemstilling for utviklingsprosjektet som er et ledd i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Innledende undersøkelser bestod av en gruppesamtale på Sandnes Tannklinikk og semistrukturerte intervjuer.

Gruppesamtale ble avholdt tidlig i prosessen. Tidsbruk var cirka 30 minutter, og alle som har Sandnes Tannklinikk som fast arbeidssted deltok. Jeg stilte et enkelt spørsmål; hvilke utfordringer kjenner vi mest på i hverdagen? Seansen bar preg av høyt tempo og rask informasjonsflyt, og det ble vist stort engasjement. I etterkant har jeg vurdert at samtalen ble preget av å være avholdt i en periode med noe høyere sykefravær, men at den likevel hadde verdi for problemstillingen.

Jeg intervjuet også en klinikkleder i et annet geografisk distrikt, en person fra kvalitetsavdeling, min egen leder og en ansatt fra egen klinikk. Funn fra gruppesamtale og intervjuer vil jeg oppsummere under tre punkter:

1. Resiliens kan forbedres. Med resiliens menes evne til å fungere på en god måte under ikke-optimale forhold. Under gruppesamtaler presenterte klinikken som en helhet stor frustrasjon over hvordan vi håndterer dager med underbemanning.

---

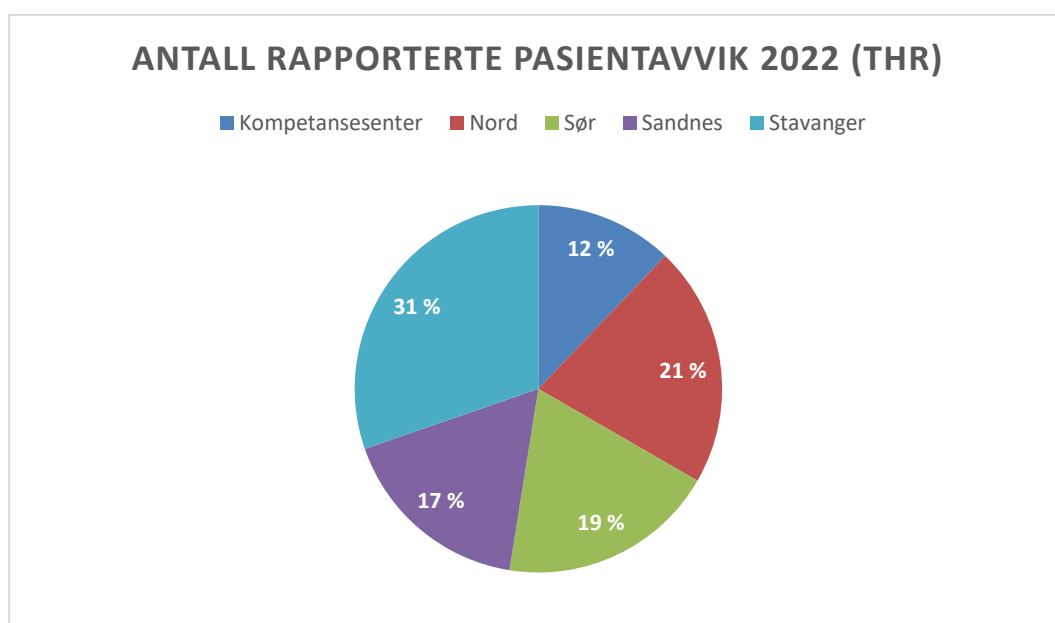
<sup>3</sup> Dekontaminering: prosessen der medisinsk utstyr rengjøres og desinfiseres/steriliseres

<sup>4</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>

Bekymringene kan klassifiseres inn i to kategorier; hvordan vi ivaretar kvalitet i tannhelsetjenestene som gis og hvordan den enkelte ansatte kan få dårligere helse som resultat av stress. Informant nr 1 (som representerer en annen tannklinikk) uttaler: “dersom vi mangler en tannhelsesekretær kan en tannlege tre inn i rollen”. Informant nr 2 uttalte at hun ved andre tannklinikker har observert større omstillingsevne ved underbemanning. Jeg tolker funn som at Sandnes Tannklinikk ikke innehar tilstrekkelig resiliens.

2. Tannhelse Rogaland har ikke et system for registrering av positive avvik. Før jeg startet undersøkelser var dette begrepet helt ukjent for meg. Informant 3 gjorde meg oppmerksom på fordelene, og eksemplifiserte dette ved “Råbra” som startet ved Universitetet i Nord-Norge inspirert av “Learning from Excellence”-bevegelsen i Storbritannia. “Råbra” spres til andre sykehus i Norge, men er foreløpig ikke testet ut i tannhelsetjenesten. Styrken i et positivt avvikssystem er at gode prestasjoner får oppmerksomhet i kollegafellesskapet, slik at andre kan lære og inspireres av dette.

3. Variasjon i registrering av pasientavvik. I 2022 hadde Tannhelse Rogaland en ujevn fordeling av rapporterte pasientavvik, med tydelige geografiske forskjeller. Rapporteringsfrekvens er illustrert i figur 1.



Figur 2 (kilde: Kvalitetsavdeling, Tannhelse Rogaland)

Jeg har valgt å sammenligne Sandnes og Stavanger Distrikt ettersom disse er mest like på antall pasienter per behandler, og er storbykommuner. Tabellen viser at Stavanger har nær dobbelt så mange registrerte pasientavvik som Sandnes. Sett i



forhold til innbyggertall er forskjellen fortsatt signifikant<sup>5</sup>, med 1 registrert avvik per 7200 innbygger i Sandnes Distrikt, mot 1 registrert avvik per 4700 innbygger i Stavanger. Det er lite trolig at det forekommer flere avvik i Stavanger, og mer trolig at ulikheter skyldes ulik kultur for å melde fra.

### ***1.3 Problemstilling og avgrensning***

Etter undersøkelser har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*“Hvordan virker et positivt avvikssystem på ytringsklima, læring og resiliens?”*

Ytringsklima er ikke et direkte funn ved innledende undersøkelser, men jeg har valgt å inkludere dette ettersom avviksregistrering (både positive og negative) er nært knyttet til dette. Ifølge Øyvind Kvalnes (2019) handler ytringsklima om «*hvordan vi gir hverandre ros og støtte, og kritikk og mostand*». Jeg mener at det ikke er mulig å undersøke kultur for avviksregistrering, resiliens og læring uten dette aspektet.

I denne sammenhengen kunne det vært interessant og se hvordan endringer i sammensetning av team kunne virket på resiliens og læring. Jeg vurderte å gjøre et forsøk der vi gikk bort fra fast makker til å rullere hvem som jobber sammen. Dette ble forkastet, både fordi det gikk utenfor mitt mandat som leder, men også ville blitt omfattende og en egen problemstilling i seg selv. Videre ble også prosjektet avgrenset til å evaluere effekt av *positive* avviksmeldinger. Jeg kunne eksempelvis ha inkludert læringsgrupper med uønskede hendelser som tema, men her ønsket jeg spesifikt å undersøke effekt av et positivt fokus. Temaet læring er omfattende, og her er det svært mange aktuelle tilnærminger. Jeg ønsket spesifikt å se på hvordan vi kan lære av hverandre uten å ta inn eksterne krefter i form av kursvirksomhet.

### ***1.4 Leseveiledning***

I kapittel 2 kommer jeg først til å presentere teori innenfor 4 temaer jeg har vurdert som aktuelle for oppgaven; ytringsklima, læring i organisasjoner, pasientsikkerhet og “positive organizational scholarship”. Deretter vil metode for oppgaven bli presentert i kapittel 3, mens funn og vurderinger av funn blir lagt frem i kapittel 4. Til slutt vil jeg i kapittel 5 koble funn opp mot teorier fra kapittel 2, og i kapittel 6

---

<sup>5</sup> Signifikant: med dette menes at sammenhengen ikke er tilfeldig

komme med en foreløpig konklusjon. Jeg gjør oppmerksom på at forsøkene pågår selv om prosjektoppgaven blir avsluttet, og funn er derfor ikke endelige.

## **2. LITTERATURGJENNOMGANG**

Jeg har valgt å inkludere teori om pasientsikkerhetsarbeid, yringsklima, læring i organisasjoner og kort om “positive organizational scholarship”. I teorier om pasientsikkerhetsarbeid vil jeg spesielt se på forskjeller i tradisjonell sikkerhetstenkning opp mot nyere teori der vi er opptatt av det som går bra. Jeg ønsker også å undersøke hvordan teorier om yringsklima og læring henger sammen, og hvordan vi også finner paralleller til dette innenfor pasientsikkerhetsarbeid.

### ***2.1 Pasientsikkerhetsarbeid***

De fire grunnprinsipper for medisinsk etikk er å gjøre godt, å respektere selvbestemmelse, å ikke skade og å være rettferdig (Beachamp og Childress 2019). Å gjøre godt og å ikke skade er gjerne motsetninger, og helsepersonell tilstreber å gi pasienter trygg og omsorgsfull behandling. Likevel vet vi at skader på pasienter inntreffer, alt fra mindre alvorlige avvik til fatale avvik der pasienter dør på grunn av feil behandling. Uønskede hendelser forekommer i alle ledd i helsetjenesten og er en stor utfordring. NOU 2015:11<sup>6</sup> oppgir at om lag 1 av 10 pasienter i sykehus opplever en uønsket hendelse. For primærhelsetjenesten og kommuner er det lite data over pasientskader (Forås og Devik 2020). Vi vet likevel at ikke alle uønskede hendelser som tilkjennes erstatning i NPE (Norsk pasientskade erstatning) gjenfinnes i pasientjournal, og det er derfor grunn til å tro at avvik underrapporteres.

Pasientsikkerhet reguleres gjennom lovgiving:

1. Spesialisttjenesteloven
2. Helse og omsorgstjenesteloven
3. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Elisabeth Arntzen sier i boken Ledelse og kvalitet i helsetjenesten (2021, s.57):

*“Et av de sterkeste virkemidlene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er helsepersonellens kunnskap og kompetanse og gleden ved å lykkes med jobben. Det er en lederoppgave å legge forholdene til rette for at ansatte skal*

---

<sup>6</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>

*kunne gjøre en god jobb. Trygge helsetjenester skapes gjennom god planlegging og kunnskap om hva som er bra, og hva som bør forbedres.”*

I samme bok beskriver forfatteren hvordan trygghet og glede ved å lykkes med oppgavene i et trygt og godt arbeidsfellesskap er nøkkelen til få oppslutning om å registrere uønskede hendelser og få frem forslag til forbedring.

*“Det du fokuserer på forsterker du. Gir du elendigheten oppmerksomhet, forsterkes den. Gir du oppgaveløsningen oppmerksomhet, er det den du vil forsterke” (Arntzen 2021, s.61)*

Helseforetak kan forholde seg til pasientsikkerhet hovedsakelig på to måter; den vi er vant med handler om å fange opp feil og avvik og ta lærdom av dette. Cannon og Edmondson (2006) beskriver hvordan organisasjon kan forholde seg til feil som blir begått på en intelligent måte. Her viser forfatterne hvordan vi kan endre syn på det å feile, bort fra det som handler om skam og beskytte egen prestisje til et mer læringsorientert syn der det å gjøre feil anses som et naturlig biprodukt av å utføre komplekse arbeidsoppgaver. Hvordan forfatterne foreslår at organisasjoner skal lære av feil vil jeg komme tilbake til i kapittel 2.3, som handler om læring i organisasjoner. Det er ikke vanskelig å være enig med Cannon og Edmondsons (2006), men i praksis er det svært få organisasjoner som klarer å være gode på feil. WHO's veileder i pasientsikkerhet er basert på denne tradisjonelle tilnærmingen, men har gitt relativt lite effekt på antall pasientskader.

Erik Hollnagel er professor emeritus ved universitet i Aarhus, og er sitert over 40 000 ganger per mai 2023. I Safety-I og Safety-II (2014) presenterer han en sikkerhetstilnærming som i motsetning til Cannon og Edmondson (2006) fokuserer på det som går bra. Hollnagel kaller den tradisjonelle sikkerhetstilnærmingen for Safety-I og det alternative synet for Safety-II. Hollnagel (2014) har hentet inspirasjon fra Karl Weick (1987), som beskriver pålitelighet som en dynamisk «non-event». Vi legger ikke merke til det som går bra, og ulykker som ikke skjer. Samtidig hevder Weick at «non-event» er viktigere enn avviket. Safety-II er ikke et «non-event», fordi sistnevnte ikke kan observeres eller måles. Safety-II kjennetegnes av ting som går bra, og desto oftere dette skjer desto større er sikkerheten. Denne tilnærmingen vektlegger at trygghet oppnås når vi vet hvordan vi lykkes heller enn hva som skjer når noe går galt. Dette gir en forståelse av hverdagslige aktiviteter; *systemet fungerer fordi*

*mennesker tilpasser seg forholdene på jobben* (Hollnagel 2014). For å sammenfatte Safety-I og Safety-II kan vi si at variasjoner i utførelse bør dempes dersom det går i feil retning (Safety-I), og forsterkes når det utvikles i positiv retning (Safety-II). Av den grunn bør organisasjoner ha både et avvikssystem for uønskede hendelser, men også et positivt avvikssystem.

Jeg har nå presentert noen sentrale teorier innenfor pasientsikkerhetsarbeid. En viktig forutsetning for at organisasjoner skal kunne jobbe systematisk med temaet er at de ansatte klarer å kommuniser om forbedringer på en hensiktsmessig måte. I det neste delkapittelet vil jeg derfor gå mer i dybden på det som handler om ytringsklima, og hvorfor dette er så viktig for pasientsikkerheten.

## ***2.2 Ytringsklima; høykvalitetsforbindelser og psykologisk trygghet.***

Arbeidsfellesskapet har et ytringsklima, og dette handler om hvordan vi som kollegaer gir hverandre ros og støtte på den ene siden, og kritikk og motstand på den andre siden. Et godt ytringsklima er en forutsetning for at en organisasjon skal kunne utvikles og overleve, og for å ivareta sikkerheten uavhengig om det er flyreiser eller helsetjenester som leveres. I den forbindelse er det naturlig å presentere litteratur av Jane E. Dutton og Amy C. Edmondson.

Professor Jan E. Dutton ved Universitetet i Michigan er en sentral bidragsyter på temaet høykvalitetsforbindelser. Hun har skrevet en lang rekke artikler om temaet og blant annet forfattet boken *«How to be a positive leader»*. Per mai 2023 er hun ifølge Google Scholar sitert over 74 000 ganger. I Norge har Øyvind Kvalnes gjort hennes budskap tilgjengelig i boken *Ytringsklima* (2019).

Høykvalitetsforbindelser beskrives av Dutton (2014) som energigivende interaksjoner med andre mennesker som kjennetegnes av gjensidighet og positive hensyn, og den enkeltes opplevelse av å ha verdi og å bli sett.

Høykvalitetsforbindelser har en rekke positive effekter på individ og organisasjonsnivå, som økt læringsatferd, økt resiliens og bedre samhandling mellom medarbeidere. Kvalnes beskriver dette som at *«folk som inngår i høykvalitetsforbindelser, kjenner seg åpnere, og mer engasjerte og kompetente. De kjenner seg rett og slett mer levende»* (Kvalnes 2019, s 23).

Dutton (2003) foreslår 3 hovedstrategier for å oppnå høykvalitetsforbindelser, med 5 understrategier. De fem understrategien er overlappende og kan på mange måter være et uttrykk for samme prinsipp.

Strategier er presentert i figur 3.

Respektfull omgang		Tilrettelagte oppgaver		Tillit
Formidle tilstedeværelse	Være ekte	Kommunisere bekreftende	Lytte effektivt	Kommunisere støttende

Figur nr 3, Strategier for å oppnå høykvalitetsforbindelse, fritt etter Dutton (2003)

En lett tilgjengelig forståelse av høykvalitetsforbindelser kan være når Øyvind Kvalnes snakker om å trykke på hverandres «plussknapper», noe som handler om å bli sett og anerkjent på en måte som oppleves ektefølt.

Det engelske begrepet “companionate love” lar seg ikke så lett oversette til norsk, men handler om å bry seg om kollegaen sin. Det er basert på varme, tilknytning og kjærlighet overfor dem som vi deler hverdagen med. Barsade og O’Neill (2014) viser at “companionate love” har positiv korrelasjon mellom trivsel og samarbeid på jobb, og negativ korrelasjon til utbrenthet og fravær. Det fremmer gjensidig avhengighet og sensitivitet mot andre mennesker, og har også effekter på brukere pasienter. Studien viser assosiasjon med bedre resultater hos pasienter, som økt livskvalitet, tilfredshet og færre akutte innleggelser.

En annen helt sentral faktor ved yringsklima er det vi omtaler som psykologisk trygghet. Professor Amy C. Edmondson ved Harvard Universitet i USA er en pioner på forskning om psykologisk trygghet. Hun har skrevet 7 bøker, blant annet «The fearless organization», 75 vitenskapelige artikler og er sitert av 68067 (Google Scholar 13.5.23). Hennes definisjon av psykologisk trygghet er «*en tilstand hvor folk opplever at de kan si sin mening og komme med motforestillinger uten å frykte sanksjoner*» (Kvalnes 2022, s 66-67). I praksis kan dette for eksempel bety at helsepersonell kan gi hverandre beskjed dersom rutiner bryter med pasientsikkerheten. I hverdagen er likevel dette ikke så enkelt, og psykologisk trygghet er ifølge Edmondson en sjeldenhet (Kvalnes 2022, s 67). En av barrierene for psykologisk trygghet er forskjeller i status hos helsepersonell, for eksempel vil gjerne en lege ha høyere status enn en sykepleier. Forskning har vist

at helsepersonell med høy status lettere deler meningene sine og har større sjanse for å bli spurt om synspunkt. Helsepersonell med lavere status er mer tilbakeholdne med å dele synspunkter, da de tar en større risiko, har større sjanse for å bli møtt med uhøflighet og har mindre vane for å dele meninger (Nembhard og Edmondson 2006). Denne mekanismen er videre undersøkt av Detert og Edmondson (2011). I denne artikkelen undersøkes selv-sensurering som barriere for å ytre seg. Det at ansatte er redde for å komme med ytringer i frykt for personlige konsekvenser er veldokumentert. Samtidig vil ytringer fra ansatte oppover i systemet kunne endre uheldige prosesser, og selvsensurering kan i denne sammenhengen hindre positiv organisasjonsutvikling. (Detert og Edmondson 2011). Selvsensurering kan oversettes til det som Øyvind Kvalnes omtaler som passive ytringsfeil (Kvalnes 2021). I likhet med Detert og Edmondson (2011) peker han på at årsaken til dette kan være ubevisste antagelser og uskrevne regler. Selv om leder ikke aktivt motarbeider ytringer, kan disse ubevisste antagelsene hindre at verdifull informasjon blir delt. Å få medarbeidere til å motsi ledere er vanskelig, fordi medarbeider risikerer mer. Kort kan en si at gevinsten ved å ytre tilfaller organisasjonen mens risikoen tilfaller medarbeider (Detert og Edmondson 2011).

Inkluderende lederatferd fremmer psykologisk trygghet. Med dette menes ord og handlinger som virker inviterende og anerkjenner andres bidrag. Inkluderende lederatferd kan også nøytralisere status og hierarki (Nembhard og Edmondson 2006). Ledere som engasjerer seg i læringsprosesser styrker tryggheten i teamet, og øker sjansen for at medarbeidere tar denne risikoen. (Edmondson 1999). I samme artikkel viser forfatteren at det er sammenheng mellom psykologisk trygghet og læring i organisasjoner, og dette vil jeg se nærmere på i neste delkapittel.

### ***2.3 Læring i organisasjoner***

Læring og tilpasning er avgjørende for prestasjoner og resultater i organisasjoner. Behov for læring øker i takt med endringsprosesser og økende kompleksitet i tjenestene. Helsetjenester er særlig utsatt for disse endringene ettersom forskning og innovasjon resulterer i nye behandlingsmetoder, og endringer i brukeres behov stiller nye krav til effektivisering og prioritering. Amy C. Edmondson (1999) har

definert læring i grupper som en dynamisk prosess av refleksjon og handling. Naturlig læring kjennetegnes av å stille spørsmål, søke tilbakemeldinger, eksperimentere, reflektere over resultater og drøfte feil og konsekvenser. Som forrige kapittel viste, er psykologisk trygghet en forutsetning for disse aktivitetene. Dessverre er slike nyttige prosesser ofte urealiserte i organisasjoner. Medarbeidere drøfter helst kjent informasjon. Medlemmer som kan initiere læring, for eksempel ved å melde fra om avvik eller be om hjelp, kan holde tilbake i frykt for negative konsekvenser. Edmondson (1999) viser at det å si fra om noe som ikke fungerer skjer om to forhold er oppfylt:

1. Det er trygt å si fra (psykologisk trygghet)
2. Teamet kommer til å nyttiggjøre informasjonen

Brown og Duguid (2000) presenterer et annet perspektiv på læring i organisasjoner. De beskriver forhold mellom hvordan jobben er beskrevet og hvordan den faktisk blir utført i praksis. Dette omtaler de som henholdsvis kanonisk og ikke-kanonisk praksis. En arbeidsprosedyre kan ifølge dem se enkel og likefrem ut når den er nedskrevet, men i den reelle konteksten er den gjerne omfattet av improvisasjoner og dilemmaer. De ikke-kanoniske praksisene tar i større grad hensyn til kompleksiteten i en arbeidsoppgave. Abstrakt kunnskap er verdiløs uten praktiske ferdigheter. I denne sammenhengen fremheves kontekst som sentral for læring og at læring skjer ved såkalt «legitimate peripheral participation». Oversatt til norsk forstås dette som at man lærer ved å bli inkludert og får lære ved å observere andres ikke-kanoniske praksiser. Dersom vi sammenstiller Edmondsons teorier om psykologisk trygghet mot teorier om kanoniske og ikke-kanoniske praksiser kan vi tenke oss at dersom det er stor grad av psykologisk trygghet, vil medarbeidere kunne lære av hverandres praktiske ferdigheter, fordi de stiller spørsmål og kan analysere situasjoner sammen.

Cannon og Edmondson (2005) viser hvordan organisasjoner kan gjøre «intelligente feil» som en kilde til læring og forbedring. Når vi kaller en feil for «intelligent» er det ikke fordi feilen i seg selv er gjort med intelligens og eksperimenterende overlegg, men heller at feilen blir behandlet med klokskap i etterkant. Artikkelen viser at store feil med alvorlige konsekvenser kunne vært unngått dersom mindre feil hadde blitt fanget opp på et tidligere tidspunkt som «faretegn». Dersom mindre feil behandles, kan vi forebygge mer katastrofale feil.

For å skape en kultur for å feile på en intelligent måte er det nødvendig å endre holdninger til det å gjøre feil. Mennesker har en evne til å fornekte og distansere seg fra egne feil, noe som har dype røtter i et menneskelig behov for anseelse og kontroll. Denne atferden virke som en barriere for å ta innover seg egne feil og lære av dem. Ansatte skal ikke holdes ansvarlige for feil, men forventes å være ansvarlige for *å lære av feil*. På denne måten kan vi unngå de «uintelligente» feilene, som kjennetegnes av repetisjon, uaktsomhet og dårlig planlegging.

Quinn et al (2021) viser på den andre siden hva som skal til for at vi lærer fra kollegaers gode resultater. Læring kan være vanskelig, ydmykende, komplisert og ubeleilig. På grunn av i disse barrierene vil ikke læring finne sted dersom motivasjonen ikke er sterk nok. Negative og positive relasjoner mellom kollegaer virker på motivasjonen til å lære fra hverandre. Andres gode resultater kan virke på to motsatte måter, der målet både kan oppleves som innenfor rekkevidde eller truende og urealistisk. Et vellykket resultat kan variere mellom normalt/forventet og til uforventet (eksepsjonelt) bra. Artikkelen viser at motivasjon til å lære av andre er størst dersom utfallet er ekstremt – altså et avvik i negativ eller positiv forstand. Når det gjelder vellykkede resultater har overraskelsesmomentet en sterk effekt på motivasjon til læring («Wow, hvordan gjorde du det?»)

Systematisk refleksjon er avgjørende for læring, spesielt når det gjelder vellykkede resultater (Ellis et al 2014). Til forskjell fra Cannon og Edmondson (2005) mener de at feil vil gi en automatisk tilpasning av atferd. Derimot vil læring fra vellykkede resultater kreve systematisk refleksjon. Systematisk refleksjon er et effektivt verktøy for læring både av feil og suksess. Effekter av systematisk refleksjon er bedret motivasjon, rikere kognitive ferdigheter og bedret atferd, både med hensyn til prestasjoner og prososiale atferd mot medarbeidere.

Et annet relevant begrep i denne sammenhengen er «*resilience engineering*». Oversatt til norsk, hvordan bygge resiliens. Resiliens defineres av Hollnagel (2013) som å bygge et robust miljø, og beskriver samtidig fire evner som må være til stede i organisasjonen for å bygge resiliens: evne til å respondere, overvåke, lære og forutse behov og endringer. Innenfor litteraturen er også begrepet *Resiliente helsetjenester* utbredt (*Resilient health care, RHC*), og med en stor mengde forskning rundt (Sjuan et al 2019). Resiliente helsetjenester kjennetegnes



av kontinuerlig tilpasning. Stratman et al (2019) har en annen definisjon på resiliens, der de mener at resiliens er kapasitet til å regenerer etter det uvanlige, som konflikt, avvik eller suksess. Uavhengig av hvordan vi definerer resiliens, er det en utbredt oppfatning i de nevnte artiklene at en organisasjon som leverer helsetjenester vil tjene på å utvikle dette som en del av organisasjonskulturene. Det er per i dag ikke konsensus for hvordan helsepersonell skal trenes i RHC (Sjuan et al 2019). Medarbeidere kan individuelt eller kollektivt tilpasse praksis til eksisterende forhold. De kan indentifisere og rette opp feil, identifisere behov, gjøre nødvendige tilpasninger, registrere avvik og gripe inn før situasjonen blir alvorlig. Resiliens kan også beskrives som kapasitet til å opprettholde drift under både forventede og uforventede forhold, der uforventede forhold er en mulighet, ikke en trussel. (Hollnagel 2013).

Avslutningsvis ønsker jeg å plassere teorier om Safety-II, læring og ytringsklima i sammenheng med retningen “positive organizational scholarship”.

#### ***2.4 Positive organizational scholarship (POS).***

POS er en samlebetegnelse på studier av hva som er positivt, blomstrende og livgivende i organisasjoner. POS har et kollektivt fokus i motsetning til individuelle prestasjoner og oppfatninger (Quinn et al 2003). En retning inne POS er «Appreciative Inquiry», der man gjerne spør «når er vi på vårt beste»? POS søker å forstå hva som er mekanismer for positive fenomener. Hvordan forstås positive tilstander som resiliens og meningsfullhet og dynamikken i effekter av dette? Hva skjer i en positiv spiral? Hvordan oppstår et positivt avvik fra forventet atferd? Fordeler med POS kan være nytt syn på eksisterende praksis, nye måter for tilpasning, fornying og resiliens, informasjonsutveksling og motivasjon. Mål ved POS er å frigjøre menneskelige ressurser slik at organisasjonen presterer bedre. POS er av den grunn ikke verdinøytral, ettersom ønsket er at prestasjoner skal øke. Humanister kan derfor beskyldes POS for å være en del av neoliberalismen (Joseph 2020).

Innenfor samme retning som POS kan vi også omtale psykologisk kapital, forkortet psy-cap. Psykologisk kapital defineres som en multidimensjonal ressurs bestående av håp, selvtillit, resiliens og optimisme. Stratman og Youssef-Morgan (2019) har sett på sammenheng mellom psy-cap, kynisme i organisasjoner i sikkerhetsarbeid. De finner at kynisme er positivt korrelert til usikker atferd, mens

psy-cap har en negativ korrelasjon til avvik. I likhet med Safety-II teorien fokuserer psy-cap på hva som er positivt og fungerer. Psykologisk kapital kan utvikles. Intervensjoner som styrker dette er hverken omfattende eller kostbare, men kan beskrive som småskrittforbedringer. Mennesker er målrettede i atferd, og det er lettere å jobbe mot et mål enn fra et avvik. (Stratman og Youssef-Morgan 2019).

Positiv organisasjonskultur innenfor helsetjenester er relatert til positive resultater for pasienter (Braithwaite et al 2017). En positiv organisasjonskultur er positivt assosiert med lavere dødelighet, fall, infeksjoner påført i sykehus og bedre pasientopplevelser. Det er derfor sterke grunner til at organisasjoner som leverer helsetjenester bør satse på å utvikle en positiv organisasjonskultur som kjennetegnes av inkludering, samarbeid og støtte.

## ***2.5 Oppsummering***

I første delkapittel presenterte jeg noen teorier som er relevante for pasientsikkerhet. Helt sentralt i pasientsikkerhetsarbeidet er at organisasjoner tar lærdom både av feil og uønskede hendelser, men også av det som fungerer bra. Hollnagel (2014) kaller dette Safety-I og Safety-II. Det mest hensiktsmessig er å lære av begge deler, slik at man kan dempe det som er uønsket og forsterke det som fungerer bra.

I andre delkapittel ble temaet ytringsklima behandlet, med spesielt vekt på høykvalitetsforbindelser og psykologisk trygghet. Høykvalitetsforbindelser er positive og energigivende interaksjoner mellom kollegaer, og har en rekke positive effekter både på individ og organisasjonsnivå, som økt læringsatferd, resiliens og bedre samhandling. Med psykologisk trygghet forstår vi at kollegaer kan si sin mening og komme med motforestillinger uten å bli møtt med sanksjoner. Dette er viktig for å kunne endre uheldige prosesser, for utvikling og for pasientsikkerheten. Dessverre er psykologisk trygghet vanskelig å oppnå, og noe av forklaringen på dette er barrierer som selv-sensurering og ulik status hos medarbeidere.

Tredje delkapittel handlet om læring i organisasjoner. Naturlig læring oppstår ved aktiviteter som det å stille spørsmål, søke tilbakemeldinger, eksperimentere, reflektere over resultater og drøfte feil og konsekvenser. Psykologisk trygghet er en forutsetning for at naturlig læring skal oppstå. Et annet perspektiv på læring

som ble presentert er såkalte kanoniske og ikke-kanoniske praksiser. Med dette betyr at en arbeidsprosedyre er omfattet at praktisk kunnskap, og for å lære dette er deltakelse og observasjon i rett kontekst avgjørende. Organisasjoner bør tilstrebe å være lærende, og det innebærer en forpliktelse til å lære av både feil og gode prestasjoner.

I siste delkapittel ble retningen positive organizational scholarship (POS) presentert. POS har et kollektivt fokus på hva som fungerer når en organisasjon er på sitt beste. Dette kan settes i sammenheng med flere av temaene som ble presentert i de øvrige delkapitlene, som for eksempel Safety-II som der målet er å fange opp de positive prestasjonene og sette dette i system.

Teorien presentert viser nyttige verktøy for organisasjoner der vi trenger en balanse mellom å erkjenne feil som blir gjort og samtidig vektlegge gode prestasjoner, da begge deler kan gi verdifull læring og kilde til forbedring.

### **3. METODE**

#### ***3.1. Innledning.***

Jeg har i perioden oktober 2022 til mars 2023 gjennomført kvalitative undersøkelser ved Sandnes Tannklinikk. Oppgaven har en deduktiv tilnærming, der forstås enkeltfenomener utfra etablert teori, og målet er å teste teorier i praksis for å videreutvikle eller nyanserer etablert teorier (Oppen, Mørk og Haus 2020). Metodene som ble brukt var dybdeintervjuer, praktiske forsøk og fokusgruppeintervjuer.

#### ***3.2 Datainnsamling***

Jeg har samlet inn data ved hjelp av dybdeintervjuer, fokusgruppeintervjuer og data fra praktiske forsøk.

##### ***3.2.1 Dybdeintervjuer***

Jeg gjennomførte 4 semistrukturerte dybdeintervjuer av ansatte på Sandnes Tannkikk. Jeg er nærmeste leder for samtlige. Intervjuene ble gjennomført i oktober 2022. Det var planlagt 5 intervjuer, men et utgikk på grunn av sykdom. Utvelgelsen av informanter var kategoribasert. Med det menes at det er egenskaper ved informanter jeg ønsket variasjon ved (Oppen, Mørk og Haus 2020). I dette prosjektet har jeg inkludert representanter fra alle yrkesgrupper, aldersspennet var mellom 27 og 52 år og ansiennitet varierte fra 1,5 til 13 år. Tid

var en begrensende faktor da det ikke er mulig å ta for mye ressurser ut av klinikkdriften. Utvelgelsen har derfor også vært delvis basert på tilgjengelighet. Intervjuene ble gjennomført på klinikken innenfor normal arbeidstid, på et nøytralt administrasjonskontor. Jeg brukte intervjuguide (vedlegg 1), der spørsmålene er for det meste lukkede, men informanter ble bedt om å utdype og eksemplifisere. Eksempler på spørsmål er «*har du opplevd å få ros av en kollega?*» og «*hvordan vil du beskrive stemningen på klinikken?*»

Informantene ble ved start av intervjuet orientert om at deltagelse var frivillig og at det var en del av min prosjektoppgave som er ledd i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. De ble informert om at uttalelser kunne bli sitert i oppgaven under forutsetning av anonymisering. Intervjuene ble dokumentert med håndskrevne notater som etter avsluttet intervju ble transkribert til Microsoft Word-fil. Informantene ble da gitt en kode som sikret anonymisering. Navn og informantkoder er lagret i et eget Word-dokument. Samtlige digitale dokumenter er lagret i privat sone hos prosjektansvarlig. Jeg vurderte å gjøre opptak av intervjuer, men fant det som urealistisk ut fra personvern hensyn.

### *3.2.2 Data fra praktiske forsøk*

Praktiske forsøk etter Råbra-modellen ble gjennomført på klinikken tidsrommet november 2022 – mars 2023. Anbefalinger for gjennomføring av Råbra finnes på idebanken.org, og denne ble fulgt. Råbra er et positivt avvikssystem der medarbeidere gir såkalte «Råbratildelinger» til en kollegas som har prestert bra, vært et godt eksempel eller har gjort noe bra som læringsverdi for andre på jobb. Gjennomføring av praktiske forsøk vil bli nærmere beskrevet i kapittel 4. Data fra praktiske forsøk (Råbra) ble samlet inn og lagret i et Excel-ark. Her har jeg dokumentert hvem som mottar tildeling, hvem som har gitt tildeling og hva tildeling gjelder.

### *3.2.3 Fokusgruppeintervjuer*

Praktiske forsøk (Råbra) ble startet primo november 2022, og hadde etter 2 måneder stagnert. Jeg valgte derfor å gjøre en evaluering av prosjektet frem til da for å avdekke mulige barrierer for gjennomføring. For å finne styrker og svakheter ved prosjektet valgte jeg å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Under fokusgruppeintervjuer vil gjerne gruppedynamikken sørge for at ulike synspunkter

kommer frem, ved at deltakere utfordrer hverandres synspunkter (Oppen, Mørk og Haug 2020). Av den grunn ble metoden vurdert som å ha verdi ved evaluering av prosjektet. Størrelse på gruppen er også av vesentlig betydning, der ideell størrelse på fokusgrupper er 5-8 personer (Oppen, Mørk, Haus 2020). Dersom for mange personer er til stede kan det bli flere passive deltakere. Deltakere kan kvie seg for å ta ordet i en større forsamling, eller de kan føle at samtalen er «mettet» ved at synspunktene deres allerede er berørt. Jeg valgte å invitere 6 personer til to grupper, til sammen 12 intervjuobjekter. Sammensetning av gruppen var middels heterogen. Alle informantene jobber innen tannhelse, men har ulik utdanning, alder og ansiennitet. Informantene i fokusgruppeintervjuene er ikke gitt informant-nummer. Jeg hadde rolle som moderator under samtalene, og var opptatt av å skape en god atmosfære av psykologisk trygghet. Det er vanlig at noen personer dominerer samtalen (Oppen, Mørk og Haus 2020), og jeg valgte derfor å ha en aktiv rolle for å påse at dette ikke skulle skje. For å sikre at de to fokusgruppeintervjuene skulle ha samme utgangspunkt ble intervjuguide benyttet (vedlegg 2). Jeg satte av 60 minutter per gruppe. Som en introduksjon for fokusgruppeintervjuene ble det presisert at uttalelser kunne bli brukt i oppgaven, under forutsetning at de kunne anonymiseres. Det ble også oppfordret til å dele meninger, og at hensikten med gruppesamtalen ikke var å komme til en enighet, men å få frem ulike perspektiver.

Tidsrom	Metode
Oktober 2022	Dybdeintervjuer
November 2022-Mars 2023	Praktiske forsøk
Januar 2023	Fokusgruppeintervjuer

Tabell 3: oversikt over tidsrom for ulike forsøk

### **3.2 Analyseprosessen**

De kvalitative data i mitt prosjekt kommer fra de tre ulike forsøkene. Forsøk nr 2 (praktiske forsøk med Råbra) inneholder noe tall, men jeg er først og fremst opptatt av de kvalitative funnene fra dette forsøket. Jeg har derfor analysert data fra forsøk nummer 2 på en annen måte enn forsøk 1 og 3. Jeg vil først beskrive hvordan data fra dybde og fokusgruppeintervjuer ble analysert, da fremgangsmåten her var lik.

Jeg transkriberte data fra dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer samme dag som intervjuene ble gjennomført for at ikke tid skulle påvirke hvordan jeg

oppfattet utsagnene. Jeg gjorde samtidig en empirinær koding. Ved empirinær koding er målet å oppdage fenomener og hendelser, som ligger tett på empirien (Oppen, Mørk og Haus 2020). Senere i prosessen ble det gjort en aksialkoding av intervjumaterialene. Denne form for koding innebærer tolkning og systematisering, der vi finner ut hvordan de ulike kodene henger sammen og også kategoriserer empirien. Jeg kategoriserte utsagn etter hvilket av temaene i problemstillingen de berørte, utsagn ble fargekodet og oppført i en Word-dokument. Kategoriene som ble brukt kan beskrives som erfaringsfjerne, ved at det er det som den som undersøker er opptatt av (Oppen, Mørk og Haus 2020).

Da jeg analyserte data fra forsøk 2 måtte jeg samtidig ta hensyn til de tallmessige forholdene. Ettersom denne datamengden var relativt liten vurderte jeg at det ikke var nødvendig å bruke et digitalt analyseprogram. Jeg kodet data etter hvilket tema de berørte og jeg så på antall tildelinger innen de respektive tema. I tillegg så jeg også på hvordan Råbra-tildelinger fordelte seg innenfor de ulike yrkesgruppene på klinikken. Jeg så også på forholdstall, nærmere bestemt antall tildelinger fra en bestemt yrkesgruppe dividert på antall ansatte i denne yrkesgruppen. Data ble deretter presentert som i tabeller i Word dokument, og dette vil jeg komme tilbake til under funn i kapittel 4.

### ***3.3 Refleksjoner over styrker og svakheter ved valgt fremgangsmåte***

I denne prosjektoppgaven er det gjort tre ulike forsøk; dybdeintervjuer, praktiske forsøk og fokusgruppeintervjuer. Ulike tilnærminger er en styrke, ved at problemstillingen blir belyst fra ulike perspektiver. De ulike forsøkene har også inkludert alle individer på Sandnes tannklinikk i større eller mindre grad. Samtidig må det nevnes at ikke alle har vært like aktive, og at det er mulig at de som fra før er mest motiverte som har deltatt mest i de praktiske forsøkene. Dette kan ha gitt en skjevhet i data fra praktiske forsøk.

Kvalitative metoder kjennetegnes av at de ulike metodene overlapper, for eksempel ved at analyser pågår parallelt med intervjuer. Denne fleksibiliteten anses som en fordel. Styrken ved kvalitative metoder er at vi oppnår forståelser og kan forklare sosiale fenomener gjennom nær kontakt med dem vi studerer. (Oppen, Mørk og Haus 2020).

Dybdeintervjuene ble gjort ansikt til ansikt. Dette anses som en fordel, ettersom det gir bedre dynamikk mellom intervjuer og informant. Dette kan bidra til mer tillitt og åpenhet mellom intervjuer og informant (Oppen, Mørk og Haus 2020). En svakhet ved dybdeintervjuene var derimot at spørsmålene i intervjuguiden i stor grad var lukkede. Dette fungerte likevel godt i praksis ettersom informanter ble bedt om å utdype og i stor grad gjorde det. Jeg vil også bemerke at jeg har en nær relasjon til flere av de jeg intervjuet, ikke fordi vi har en relasjon utenfor jobb, men fordi vi har kjent hverandre lenge og har et godt samarbeidsforhold ellers. Litteratur viser at ved nær relasjon er det fare for at informanten innretter seg (Oppen, Mørk og Haus 2020). En annen svakhet ved dybdeintervjuene var også at jeg hadde for lite tid til dette. Det ville vært en fordel om jeg hadde intervjuet flere, og jeg kunne også ha satt av lengre tid til hvert enkelt intervju. Sykefravær var en hindring ved at et planlagt intervju utgikk, og dette burde jeg hatt en oppfølgingsplan for.

Fokusgruppeintervjuene hadde en størrelse som fungerte bra. Fordel med fokusgruppeintervjuer er at de kan bidra til at flere synspunkter kommer frem, og at meningsbrytninger produserer interessant kunnskap om problemstillingen (Oppen, Mørk og Haus 2020). Dette fungerte også i praksis, og jeg opplevde at informantene i fokusgruppeintervjuene hadde konstruktive og nyttige dialoger. Jeg opplevde heller ikke at det var noen individer som dominerte samtalen, alle deltok aktivt og ble møtt med respekt av de andre informantene. Litteraturen viser at dersom det er utfordrende relasjon mellom deltakere kan denne intervjuformen være mindre egnet (Oppen, Mørk og Haus 2020). Jeg var kjent med at dette var tilfellet i det ene fokusgruppeintervjuet, og tok en risiko ved å gjennomføre til tross for denne informasjonen. Det viste seg derimot at dialogen mellom vedkommende fungerte bra, og at relasjonen var noe mindre utfordrende i etterkant av fokusgruppeintervjuet. Dette anses som en tilfeldig bieffekt, og analyse av denne mekanismen faller ikke innenfor prosjektoppgaven.

Når kvaliteten ved kvalitative metoder blir vurdert er man opptatt av troverdighet, gyldighet og overførbarhet. Når det gjelder førstnevnte vil for eksempel intervjuer påvirkes av flere faktorer, som tidspunkt for intervju, relasjon mellom den som intervjuer, tidligere historie og verdier hos involverte. Det er ikke gitt at samme resultater vil komme frem dersom intervjuer gjentas. Dette kan til en viss grad kompenseres dersom det benyttes intervjuguider med åpne spørsmål (Oppen,

Mørk og Haus 2020). Kompetansen til den som gjennomfører intervjuene vil også være av betydning, både ved innsamling av empiri og hvordan dette analyseres og tolkes i etterkant. Jeg har lite erfaring fra tidligere med kvalitative undersøkelser, og dette kan tenkes å påvirke kvaliteten negativt. Jeg vurderer at kvaliteten på intervjuguide og gjennomføring av intervjuer var bedre i det siste forsøket, som var fokusgruppeintervjuer. Dette vil jeg begrunne med at jeg hadde gjort noen erfaringer fra 1. forsøk (dybdeintervjuer), og at jeg hadde kommet lengre i lederprogrammet på det tidspunktet fokusgruppeintervjuer ble gjennomført. Når det gjelder gyldighet av prosjektet kunne denne vært stryket ved utføre «member cheks», som innebærer at informanten leser gjennom teksten som er skrevet. Imidlertid hadde det gått flere måneder fra intervjuer ble gjennomført til dette ble vurdert, så det jeg besluttet å la dette utgå ettersom det var fare for at informanter ikke husket intervjuene godt nok. Premisser for prosjektoppgaven var avgrenset til å gjelde hvordan praktiske forsøk på Sandnes tannklinikk, og det er ikke gjort forsøk på å generalisere dette til å gjelde andre arbeidsmiljø. Det er likevel mulig at prosjektet kan ha overføringsverdi til at steder, og det er inkludert beskrivelser av reelle situasjoner som jeg tror spesielt annet tannhelsepersonell kan kjenne seg igjen i.

### ***3.4 Etiske refleksjoner***

Jeg vil her dele noen refleksjoner med hensyn til hvordan prosjektet kan påvirke deltakere, arbeidsmiljø, arbeidsgiver og samfunn.

Når det gjelder deltakelse er det tilstrebet å innhente et informert samtykke.

Informanter til dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer ble ved start av intervjuer informert om bakgrunnen for prosjektet, at det var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst. De ble også informert om at de kunne bli sitert i den ferdige teksten, men kun dersom det var mulig å anonymisere. Dett er i tråd med god praksis ifølge Norsk senter for forskningsdata.

I etterkant ser jeg at en muntlig invitasjon kan være problematisk. Jeg er nærmeste leder for alle deltakere og inviterte informanter kan ha vansker med å takke nei i frykt for hvordan det kan påvirke vår relasjon videre. Forankring av praktisk prosjekt (Råbra) ble gjort i plenum på et klinikk møte. Det er tenkelig at medarbeidere som ikke ønsker å gjennomføre et slikt prosjekt ikke vil uttale seg, i fare for å ødelegge for de andre og for meg som skal skrive en oppgave.



På individnivå er det viktig å sikre konfidensialitet. Alle informanter er kodet med et tall, og jeg har stort sett valgt å ikke kople informanttall og yrkesrolle i teksten. I enkelte beskrivelser av situasjoner var det likevel avgjørende å oppgi informantens yrkesrolle for å gi en god forståelse. Jeg vurderte at konfidensialitet i disse beskrivelsen var ivaretatt ettersom det ikke ble brukt andre karakteristika enn yrkesrolle, og det var flere informanter med denne rollen med i undersøkelsene. Når det gjelder konfidensialitet kan denne også være redusert ved at både dybde og fokusgruppeintervjuer er gjennomført på arbeidsplassen i normal arbeidstid, og andre kan ha sett at jeg har tatt med informanter til intervju. Når det gjelder hvordan prosjektet kan påvirke arbeidsmiljøet, er jeg her opptatt av min rolle som leder. Jeg har deltatt i praktiske forsøk med Råbra, men i ettertid har jeg reflektert over om jeg burde ha ekskludert meg selv fra dette. Dette reiser flere spørsmål. Hvordan skal jeg som leder balansere tildelinger i det praktiske prosjektet? Dersom jeg gir en «Råbra»-tildeling til en ansatt, kan andre oppfatte dette som at jeg er partisk? Og hva med ansatte som ikke mottar Råbra-tildelinger? Kan de føle seg glemt og ekskludert, og dermed få et dårligere psykososialt arbeidsmiljø? Prosjektet kan derfor ha konsekvenser for både deltakere og arbeidsmiljø som jeg ikke hadde kontroll over etter hvert som det skred frem.

I forhold til arbeidsgiver og samfunn er det også nødvendig å tenke på tidsbruk og nytte forbundet med prosjektet. Det å ta ansatte ut av normal drift for å for å gjennomføre et intervju har en konsekvens, ved at ressursen kunne alternativt vært brukt til å utføre lovpålagte oppgaver som er å gi helsehjelp. Det er derfor viktig å gjennomføre prosjektet med samvittighet og tilstrebe god kvalitet, slik at tidsbruken kan forsvares ved at det produseres nyttig kunnskap.

Avslutningsvis vil jeg nevne at jeg har vurdert om data som oppbevares utløser meldeplikt til Norsk senter for forskningsdata, men ettersom data inneholder svært begrensede personopplysninger vurderer jeg at det ikke er nødvendig. Informanter er identifisert kun med initialer, og er kodet med tall i selve teksten.

Prosjektet har både styrker og noen åpenbare svakheter, men jeg har likevel gjort noen funn som jeg finner interessante. Dette vil jeg gå videre til å presentere i neste kapittel.

## 4.FUNN

Jeg kommer her til å presentere funn fra de tre forsøkene som er blitt gjort; dybdeintervjuer, praktiske forsøk med Råbra og fokusgruppeintervjuer.

### *4.1 Forsøk 1: Dybdeintervjuer (oktober 2022)*

Jeg vil starte med å belyse funn fra dybdeintervjuer i forhold til psykologisk trygghet og begrepet resiliens. Jeg mener at psykologisk trygghet markeres av bestemte situasjoner; hva gjør en tannhelsesekretær dersom denne observerer at en tannlege begår en feil? Melder vi fra om pasientavvik? Hvordan er den kollektive atferden på klinikk møter? Jeg kommer nå til å vise eksempler fra intervjuer som belyser disse situasjonene. Informant nr 6 uttaler; *“Jeg kommer aldri til å gi beskjed dersom jeg ser at en tannlege gjør en feil..Jeg har gjort det en gang. Jeg måtte stoppe tannlegen fordi jeg så at pasienten hadde smerter og tannlegen bare fortsatt med behandlingen. Da var tannlegen sur på meg resten av dagen. Det var veldig ubehagelig.”*

Informant nr 5 oppgir tilsvarende; *“det er vanskelig for en tannhelsesekretær og si fra til en tannlege, og for en tannlege å gi tilbakemelding til en annen tannlege.”*

Informant nr 7 uttaler; *“det sitter langt inne å si ifra til en leder. Jeg tar en rolle der jeg innretter meg, selv om jeg synes det er en dårlig ide. Jeg bruker ikke krefter på friksjon”*. Av informantene som ble intervjuet er det bare informant nr 9 som beskriver trygghet i å si i fra dersom en tannlege gjør feil; *“Jeg kan si ifra på en diskre måte dersom tannlegen gjør feil”*.

Uttalelsene jeg har trukket frem her beskriver psykologisk trygghet og hierarki.

Min påstand er at innen tannhelse er de ulike yrkesgruppene ordnet etter et hierarki med tannlegespesialister på topp, tannleger, tannpleiere og til slutt tannhelsesekretær. Det er vanskelig å uttale seg både oppover og på tvers i hierarkiet. Tannleger jobber som oftest uavhengig av andre behandlere, og har stor grad av individualisme og bestemmelse innenfor kontorets fire vegger. Her mener vi at vi skiller oss fra for eksempel sykehusleger som i større grad jobber i fellesskap og “ser hverandre i kortene”. I vår arbeidshverdag er det vanligvis bare tannhelsesekretærer som observerer tannlegen under praktisk arbeid. Informant nr 6 sier *“vi som er tannhelsesekretærer ser variasjon i hvordan tannleger arbeider, variasjon i kvalitet”*. Når hierarki da forhindrer en tannhelsesekretær i å gjøre arbeidsmiljøet oppmerksom på ulikheter i hvordan arbeidet utføres i praksis mister vi en verdifull mulighet til å lære av hverandre.

At psykologisk trygghet hos oss ikke er god nok beskrives også av uttalelser rundt gjennomføring av klinikk møter. Informant nr 5 sier: *“stemningen på gulvet gjenspeiler ikke alltid hva som blir sagt på klinikk møter. Det er vanskelig å ta opp saker fordi det lett blir personlig. Jeg tror ikke alle tør å ta ordet på klinikk møter. Klinikkmøtene lander ikke helt, og diskusjonen fortsetter gjerne på de ulike kontorene etterpå”*. Informant nr 7 sier om klinikk møter: *“noen ganger er det lettere å ta ordet på klinikk møter, det kommer veldig an på stemningen før. Dersom god dialog før møtet er det tryggere. Noen ganger er det helt forferdelig å ta ordet. Jeg har spurt meg selv hvorfor det er sånn”*.

Ved start av dybdeintervjuer ble informant bedt om å beskrive stemningen på jobb. Har gis beskrivelser som *“generelt god”*, *“godt miljø”* og *“jeg koser meg på jobb”*. Til tross for kollektiv opplevelse om at det er et bra sted å jobbe, finner jeg også klare signaler på at vi ikke har psykologisk trygghet. Dette er nemlig ikke det samme som å ha det hyggelig sammen. Psykologisk trygghet kjennetegnes av vennlig friksjon, å kunne dele meninger uten at det blir personlig. Kanskje har vi det for koselig sammen, at vi er redd for å bryte ned *“hyggen”* ved meningsbrytninger.

Når det gjelder å melde fra om pasientavvik er det få av informantene som har erfaring med dette. En av informantene har jobbet i organisasjonen i over 10 år, og har ikke opplevd dette. Informant nr 6 sier: *“når jeg tenker meg om er det ting jeg burde ha meldt fra om”*. Informant nr 7 sier *“jeg har ikke vært på pasientavvik på denne arbeidsplassen. Det er ikke skummelt å melde fra, og jeg tenker det er viktig”*. Jeg finner det påfallende at det er de med lengst ansiennitet som har minst erfaringer med pasientavvik.

Resiliens vil jeg definere som evne til å fungere på en god måte under ikke-optimale omstendigheter. Under dybdeintervjuer kom det frem flere utsagn som viser at vi ikke har tilstrekkelig resiliens. Både informant nr 5 og nr 6 brukte omtrent samme formulering: *“Vi er best når alt går på skinner”*. Informant nr 5 sier: *“Når det koker tar det tid for oss å omstille. Vi klarer det i korte perioder, men om det pågår over tid tærer det på overskuddet”*. Informant nr 6 uttaler: *“Folk blir slitne av det som ikke er normalen. Vi kommer lett i ubalanse og da blir drama. Vi har forbedringspotensial i å tåle det uvanlige”*

På den andre siden er det flere utsagn som viser at vi til tider fungerer godt samarbeid og kan vise resiliente kvaliteter. Informant nr 9 beskriver: *“Det er kjekt*

*med forbedringsprosjekter. Nye rutiner kan være hardt, men det er bra for oss. Vi har gode strategier og kommuniserer bra*". Informant nr 6 sier også "*generelt er vi gode på å se det som fungerer bra*". Informant nr 7 belyser temaet tilsvarende når hun sier: "*vi er blitt flinkere å si til andre når de gjør noe bra. Det er godt å ha oppmerksomheten rettet mot det som er positivt. Jeg tror vi tåler negative tilbakemeldinger bedre da. Vi har mer å gå på*".

Samme informant omtaler også forventninger til Råbra: "*Jeg synes Råbra er veldig bra prosjekt. Vi lever av ros. Når jeg gjør noe bra, og andre legger merke til, får jeg lyst å gjøre det oftere. Det gir motivasjon og arbeidsglede*".

Jeg vil oppsummere funn fra dybdeintervjuer med at de bekreftet og utdypet problemstillingen min. Intervjuene gav meg innsikt i atferd og oppfatninger når det gjelder resiliens, psykologisk trygghet og tradisjon for å melde fra om pasientavvik. Selv om informantene både hadde delte og sprikende oppfatninger, finner jeg at arbeidsmiljøet vårt kan og bør jobbe med å forbedre psykologisk trygghet og resiliens. Dette vil indirekte ha potensial til å påvirke pasientsikkerhet, noe som jeg ønsker å utforske videre med forsøk nr 2.

#### **4.2. Forsøk 2: Praktiske forsøk med Råbra (november 2022-mars 2023)**

Idebanken.org gir følgende beskrivelse av Råbra, og begrunner også hensikt med forsøket.

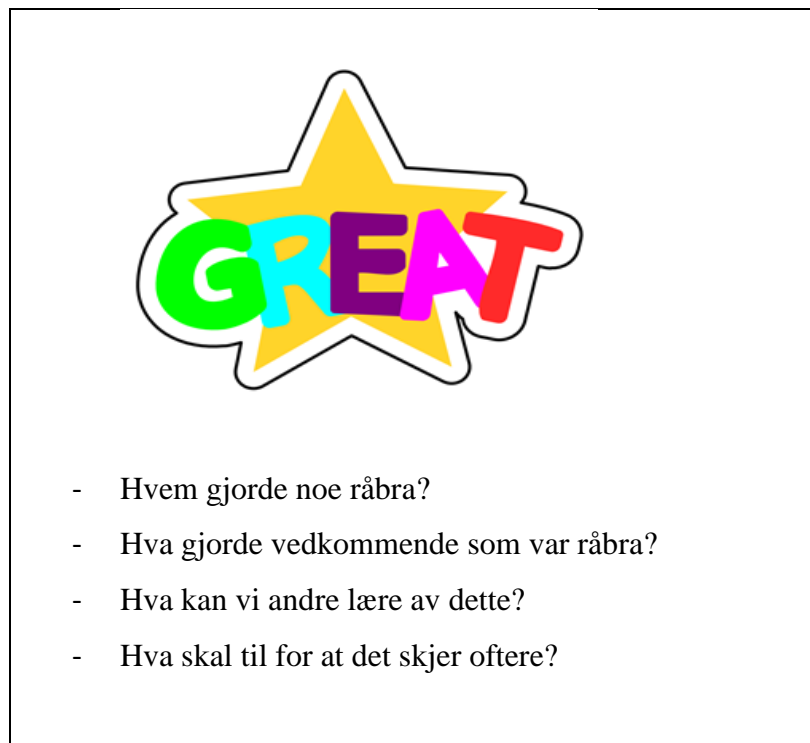
*"Råbra er en metode for å bli oppmerksom på og løfte frem gode prestasjoner, handlinger eller løsninger. Målet er å lære og forbedre arbeidet slik at tjenester eller produkter blir bedre, og ikke minst at arbeidsgleden hos de ansatte øker."*

Første steg i prosessen med å teste Råbra på Sandnes Tannklinikk var å forankre prosjektet hos alle ansatte. Forslag til gjennomføring av prosjektet ble lagt frem som en sak på et fast månedlig klinikkmøte. I forkant av møtet ble dette varslet som en sak i møteagenda. Under møtet informerte jeg om Helseledelsesutdanning på Handelshøyskolen BI og om prosjektoppgaven. Det var bred enighet i personalgruppen om å gjennomføre Råbra-prosjekt. Noen uttrykket skepsis mot et overdrevet positivt fokus, men ønsket likevel å prøve. Prosjektet ble startet primo november 2022.

Idebanken.no har forslag til gjennomføring av et råbra-prosjekt. Jeg brukte formatet på tildelingskortene derfra og kopierte opp kort som jeg la tilgjengelig på

pauserommet ved siden av en boks de kunne legge tildelingskort i. Samtidig sendte jeg ut en e-post til alle som er tilknyttet klinikken med lenke til idebankens ressurser, slik at de kunne lese mer om prosjektet her. Jeg meddelte at nå var prosjektet i gang.

Kortene inneholder fire spørsmål, og ser ut som dette (bilde nr 1):



Bilde nr 1: utforming av tildelingskort som benyttes til Råbra på Sandnes Tannklinikk.

Den som fyller ut kortet kan velge å signere med navnet sitt, eller være anonym. Kortene samles inn en gang i uken, eller oftere. Både den som har fått tildeling, og den som har tildelt, får et takkekort i posthyllen sin. Alle tildelingene loggføres i et regneark som er lagret i privat sone hos klinikkleder. Dette dokumentet er ikke åpent tilgjengelig. På månedlige klinikk møter blir råbra-tildelinger gjennomgått i plenum. Disse blir valgt ut etter relevans, mulig læringsutbytte og at ulike ansatte blir trukket frem. Det blir oppfordret til åpenhet rundt tildelinger.

#### *4.2.1 Justert Råbra*

Fokusgruppeundersøkelser danner grunnlag for justeringer til pilot 2. Alle som har blitt intervjuet er positive til råbra-prosjektet, og ønsker at det skal fortsette. Det kom forslag til endringer for at det skal bli brukt mer.

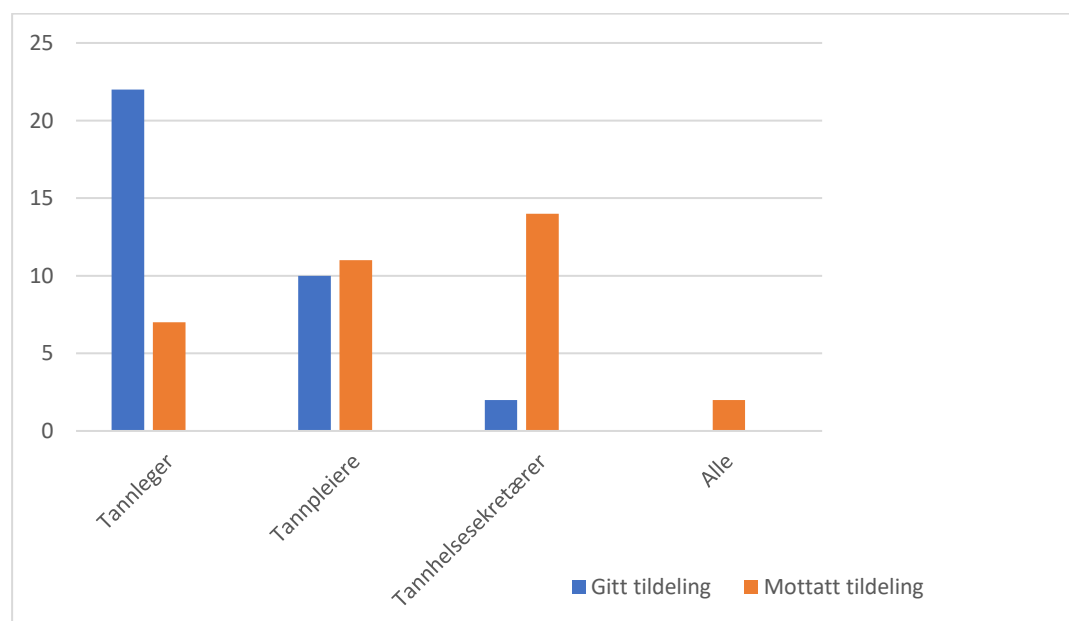
- En større plakat på pauserommet som en påminnelse om prosjektet.

- Flere er bekymret for de som ikke får tildelinger. Vi ønsker å senke terskel for å gi en råbratildeling. Det har vært en oppfatning om at prestasjoner må være fremragende for å kunne gi en tildeling. Vi ønsker å fange opp situasjoner som har læringsverdi, som andre inspireres fra. De gode eksemplene bør løftes frem.
- Å sette av 10 minutter til refleksjon en gang i uken. Hva har en kollega bidratt med som har positiv effekt for deg eller en pasient?
- Råbraomtale avslutningsvis på klinikk møter. Dette beskrives som et oppmuntrende løft.

Etter fokusgruppeintervjuer sendte jeg ut e-post til alle tilknyttet klinikken med informasjon om justeringer. Av praktiske årsaker måtte prosjektet ha en tidsbegrensning, som ble satt til ultimo mars 2023. Medarbeidere ble varslet om dette på en e-post, samtidig ble det presisert at Råbra videreføres på Sandnes Tannklinikk, men da uavhengig av prosjektoppgave.

#### 4.2.3 Funn fra praktiske forsøk - Råbra

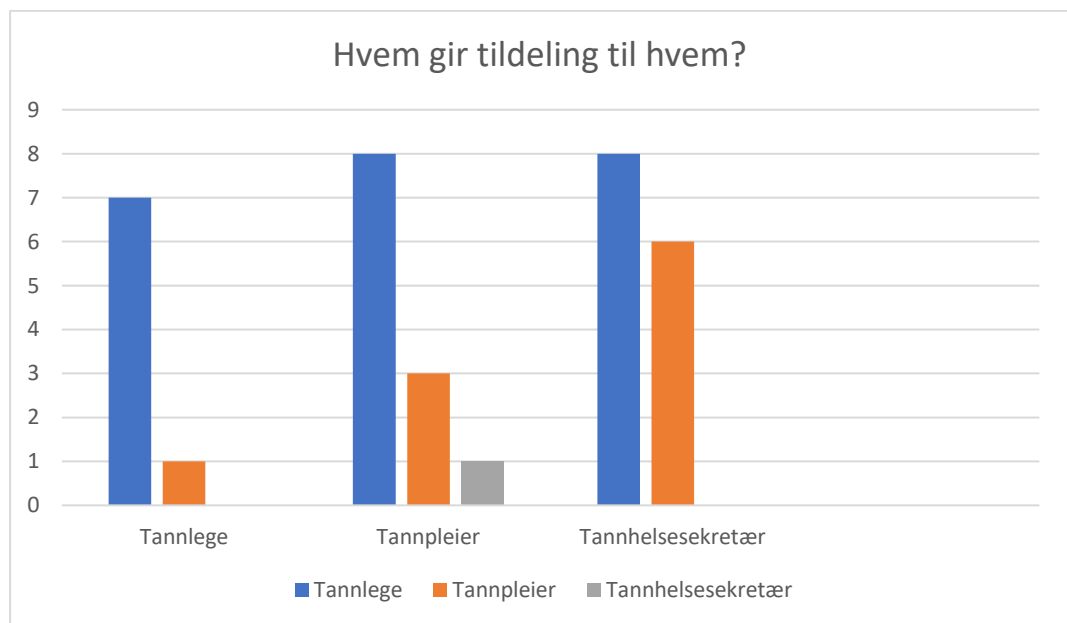
I perioden november 2022 til mars 2023 ble det gitt 33 Råbratildelinger på Sandnes Tannklinikk. Analyse av tallmaterialet viser at tildelinger ikke er jevnt fordelt mellom yrkesgruppene. Tannleger står for flest tildelinger, men har mottatt færrest tildelinger. Omvendt korrelasjon sees hos tannhelsesekretærer. Når det gjelder tannpleiere har de omtrent likt forhold mellom å gi og motta tildelinger. Disse funnene presenteres i figur nr 5.



Figur nr 3: Råbratildelinger etter yrkesgruppe

Jeg finner også at spesielt tannpleierne er fremtredende når det gjelder både å gi og å få tildelinger. Det jobber tre tannpleiere på Sandnes Tannklinik og de utgjør den minste yrkesgruppen. Likevel var de delaktige i hele 17 av 33 tildelinger. Forholdsmessig er det 3,62 mottatte tildelinger per tannpleier, og 3,33 gitte tildelinger per tannpleier. Samme forholdstall for tannlege er henholdsvis 0,88 og 2,75, mens for tannhelsesekretærer er det 1,5 og 0,22. Det at tannpleierne på mange måter drev prosjektet fremover var en positiv overraskelse. Samtidig hadde jeg ønsket meg mange tildelinger fra tannhelsesekretærene, av grunner som er beskrevet i kapittel 4.1. Tannhelsesekretærer sitter med verdifull kunnskap om forskjeller i ikke-kanoniske praksiser. Det var likevel ikke helt uventet at de viste relativt lave deltakelser ettersom flere under dybdeintervjuer hadde uttrykt tilbakeholdenhet for å ytre seg.

Om vi ser på hvilken yrkesgruppe som gir tildelinger til tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer er dette også verd å merke seg, og er fremstilt i figur nr 6.

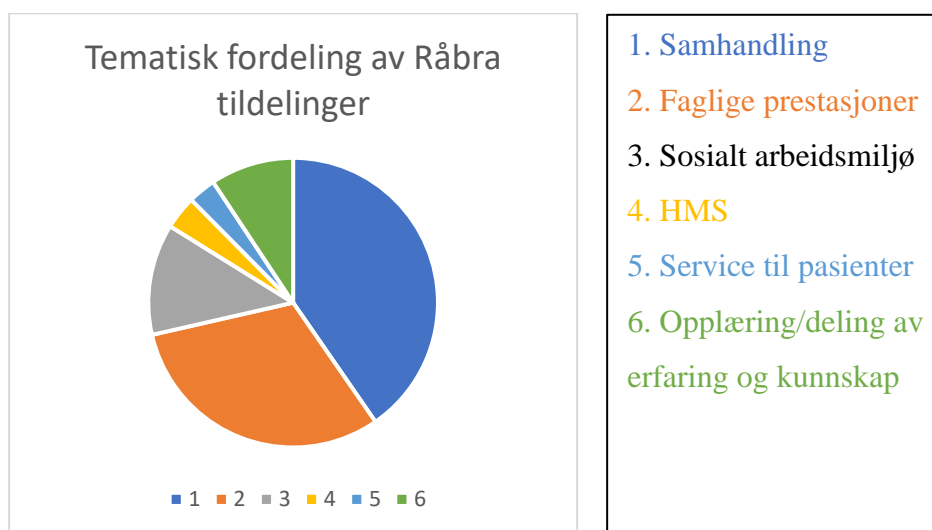


Figur nr 4: hvilken yrkesgruppe gir tildeling til andre roller

Jeg ser en tydelig tendens til at det er vanskelig for andre yrkesgrupper å gi en tannlege en Råbra-tildeling. Utenom en tildeling er det utelukkende tannleger som gir hverandre kort. Tannhelsesekretærene er helt fraværende her. Dette var forventet, og jeg ønsker å vise til et sitat fra informant nr 6 fra dybdeintervju: *“vi som er tannhelsesekretærer ser variasjon i hvordan tannleger arbeider, variasjon i kvalitet”*. En gylden mulighet til læring mellom tannleger, som jobber alene på

hvert sitt rom, er at tannhelsesekretæren våger å komme på banen og gjøre oss oppmerksomme på variasjoner, gjerne ved å trekke frem gode eksempler. Men her ser det ut til at de ikke gjør det. Her kan hierarki spille en rolle, ved at de ikke mener de er kvalifisert til å mene noe om tannlegens utførelse. Det kan også forklares ved at det ikke er godt nok ytringsklima for denne gruppen, eller at de egentlig ikke støtter prosjektet, men ikke sa noe om dette på møtet der det ble forankret. I kapittel drøfting vil jeg se på dette opp mot hva litteraturen sier om temaet.

Når det gjelder tema for tildelinger er dette presentert i figur nr 5.



Figur nr 5: fordeling av Råbratildelinger etter tema.

Samhandling og faglige prestasjoner utgjør majoriteten av tildelingene, med henholdsvis 40 % og 30 %. Tildelinger som dreier seg om samhandling viser til samarbeid, koordinering av ressurser, det å gå utenfor egen rolle og å se helheten på klinikken. Et eksempel på dette er å strekke ut en hånd til en kollega som har det travelt, eller å samarbeide på en god måte på en dag med reduserte tilgjengelige ressurser. Sett i forhold til problemstillingen mener jeg at dette store antallet her viser at vi har fått bedre resiliens. Det å håndtere uforutsigbare dager ble tidlige identifisert som et problemområde, og her er det merkbare forbedringer. Ved hektiske dager er det gjerne den lille ekstrainsatsen fra medarbeidere som er nødvendige for å løse utfordringene på en god måte for både kollegaer og pasienter. Når denne innsatsen blir lagt merke til og berømmet med en Råbra-tildeling oppleves anerkjennelse og motivasjon. Dette kan starte en positiv spiral der ekstra innsats gjentas, og kanskje inspirere andre kollegaer til å



stå på for fellesskapet. Jeg viser her til informant nr 7 på ny som sier: «Når jeg gjør noe bra, og andre legger merke til, får jeg lyst å gjøre det oftere. Det gir motivasjon og arbeidsglede».

Tildelinger med faglig tema handler om gode eksempler innen pasientbehandling, da gjerne kasus som var uvanlige og som ble behandlet på en forbilledlig måte. Tildelinger i denne kategorien kan også handle om å løfte frem kasus i plenum, for felles refleksjon. Faglige tema er nært beslektet med tildelinger som omhandler læring og deling av kunnskap. Videre er det 4 tildelinger som har det sosiale arbeidsmiljøet som tema, og 2 som har fysiske forhold og sikkerhet som årsak til tildeling. Totalt sett viste Råbratildelingene variasjon med hensyn til team, og at medarbeidere blir stadig bedre til å se og verdsette innsatsen på klinikken. I neste avsnitt kommer jeg til å gå gjennom funn fra fokusgruppeintervjuer. Her vil medarbeideres synspunkter rundt Råbra-prosjektet komme frem.

#### **4.3 Funn fra forsøk 3: Fokusgruppeintervjuer (januar 2023)**

Fokusgruppeintervjuer oppfylte flere funksjoner; medarbeidere evaluerte effekter av Råbra, vi fikk dialog rundt begrepet psykologisk trygghet og læring i organisasjoner og det kom innspill som dannet grunnlag for justering av Råbra. Informantene som deltok i fokusgruppeintervjuene, kom med flere observasjoner og opplevelser som berører temaene fra problemstillingen for oppgaven. Jeg velger her å fremstille utsagn etter de tre temaene i tabell nr 4.

Tema	Utsagn
Resiliens	<ul style="list-style-type: none"><li>- Går ut av egen rolle og ser hva som trenger å bli gjort</li><li>- Vi gjør en ekstra innsats fordi det blir lagt merke til</li><li>- Motvekt til alle krav om å yte mer og bedre</li><li>- Vi er blitt flinkere å lese hverandre, bedre arbeidsflyt og samarbeid.</li><li>- Arbeidsglede øker</li><li>- Økt vilje til å gjøre en ekstra innsats</li><li>- Vanligvis blir vi målt på kvantitet, men her får vi anerkjennelse for kvaliteten i det vi gjør. Det er motiverende.</li><li>- Vi blir bedre rustet til å tåle det som er krevende (økt resiliens)</li><li>- Giveratferd</li><li>- Vi tåler negative tilbakemeldinger bedre</li></ul>

Ytringsklima	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blitt flinkere til å se hverandre, framsnakke</li> <li>- Fokus på å heie på hverandre, unne andre suksess</li> <li>- Råbra setter i gang en prosess som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet på en positiv måte</li> <li>- Ros i plenum har bra effekt, både på den som mottar, men også for alle som er til stede</li> <li>- Positiv å avslutte klinikk møter med råbra-gjennomgang. Dette løser opp stemningen, da møter kan være krevende med mye informasjon.</li> <li>- Hyggelig med oppmerksomhet i posthyllen.</li> </ul>
Læring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bytter rolle og lærer av dette</li> <li>- Lærer av det andre gjør bra</li> <li>- Viktig med gjennomgang på klinikk møter</li> <li>- Smitteeffekt/positiv spiral. Vi får lyst til å gjøre mer av det som andre får til eller gjør bra.</li> <li>- Å melde fra om feil i organisasjonens avvikssystem oppleves som ubehagelig, flere unngår dette.</li> </ul>

Tabell nr 1. Utsagn fra fokusgruppeintervju, kodet til temaer fra problemstilling

Jeg mener at ut fra funn i fokusgruppeintervjuer at vi kan si at Råbra-prosjektet har hatt effekt på samtlige tre parameter. Det kan virke som at å flytte oppmerksomheten mot det som fungerer starter en positiv spiral som påvirker arbeidsglede og motivasjon. På denne måten styrkes det kollegiale fellesskapet, og vi får en mer utbredt giveratferd. Jeg mener også at dette viser at trivselen på jobb øker. Selv om informantene som deltok i fokusgruppeintervjuene hadde mest positive erfaringer med Råbra, ble det også trukket frem mulige ulemper eller negative effekter. Dette kan oppsummeres under 4 punkter:

1. Bekymring for dem som eventuelt ikke mottar Råbra-tildeling. Dette kan virke demotiverende og sårende.
2. For enkelte kan det være pinlig å få ros i plenum
3. Kan brukes som mobbing ved interne konflikter som leder ikke er klar over.
4. Det blir feil dersom samme medarbeider ofte blir trukket frem i plenum.

Punkt 1 er den mest utbredte innvendingen mot Råbra. Hos oss har denne bekymringen resultert i at medarbeidere aktivt leter etter noe positivt å si om kollegaen sin, noe som kan bygge høykvalitetsforbindelser. Vi ble også enige om at under gjennomgang av Råbra på klinikk møtet var det bra å løfte frem flere samtidig, for å unngå negative effekter nr 2 og 4. Informantene mente at det ikke

var mobbing på vår arbeidsplass, og at punkt 3 var ment som en hypotetisk mulighet.

Barrierer for tildeling ble også gjennomgått. Her ble 2 momenter trukket frem:

1. tidspress. Det er ofte i travle arbeidssituasjoner man ønsker å gi en tildeling, men da er det ikke tid og senere blir det glemt.
2. For høy terskel for tildeling. Det ble stilt spørsmål ved hvor bra en handling må være for at det skal gis en tildeling. En utbredt oppfatning er at prestasjonen må være bedre enn forventet. Men hva som er bedre enn forventet er relativt. Det som er hverdagslig for medarbeidere med lang erfaring kan være uvanlig bra for en som er nyutdannet. Råbra-prosjektets inspirasjon heter «Learning from excellence». Min påstand er at denne tittelen kan være til hinder for gode erfaringsutvekslinger, da selve ordet «excellence» kan ekskludere det hverdagslige gode, det som vi ønsker å forsterke. Fokusgruppene ble enige om å senke terskelen for tildelinger, det er de gode eksemplene som vi vil løfte frem.

Fokusgruppeintervjuer tematiserte også begrepet psykologisk trygghet og hvordan dette hadde sammenheng med prosjektet. Informanter la en annen betydning av i begrepet psykologisk trygghet enn den akademiske definisjonen. For dem handler det om å kunne være seg selv, vise sårbarhet og kunne stille spørsmål uten å føle seg dum. Å være en del av et fellesskap ved å få kollegastøtte og at jobben er en trygg base nevnes i også i sammenhengen.

Flere av informantene som deltok på fokusgruppeintervjuene beskriver ytringsklima som en utfordring, fordi man er redd for å støte noen ved å være direkte. De fleste er enige om at det beste for alle er å ta opp ting direkte og med en gang, med den det gjelder (kritiske kvalitetsøyeblikk). Dette beskrives som en treningssak, som blir lettere desto oftere vi gjør det. Jeg vurderer av funnene at klinikken vil ha nytte av å drøfte temaet psykologisk trygghet nærmere, og at det krever trening for å oppnå dette. Her er vi ikke i mål.

Temaet læring på arbeidsplassen ble behandlet som tema i fokusgruppeintervjuene. Flere av utsagnene som gjelder Råbra berører også læring i grupper, og vises i tabell nr 1. Det å gå ut av egen rolle og jobbe sammen bidrar til læring. Det er i tillegg enighet om at vi lærer best når vi får prøve ut teori i praksis i rett kontekst. Noe forkunnskap er nødvendig for å nyttiggjøres av

praktisk trening. Det er viktig for medarbeidere at vi har en lav terskel for å kunne stille spørsmål be om hjelp og kunne være åpne om at vi har feilet. Medarbeidere beskriver en følelse av å få kollegastøtte dersom de har gjort en feil i pasientbehandlingen, og at det er tilstrekkelig psykologisk trygghet på klinikken til at vi kan gjøre dette. Samtidig ønsker ingen at avvik i pasientbehandling skal meldes inn i THR's kvalitetssystem. Dette oppleves som ubehagelig, og at det er bedre at vi løser feil lokalt på tannklinikken. Det er med andre ord vilje til å dele feil med en kollega man er trygg på, men utrygt å melde om feil i organisasjonens avvikssystem. Jeg foreslår at dette dreier seg om ulike arenaer, der den psykologiske tryggheten ikke er den samme. Lokalt på tannklinikken er det forutsigbart hva som skjer når noen ytrer seg om avvik, man kan forvente støtte, å finne alternative løsninger sammen og at det ikke får konsekvenser for den som melder fra. Til sammenligning er nok å melde fra i avvikssystemet til organisasjonen forbundet med større usikkerhet, der man ikke vet hvem som leser meldingen, hvor mange den blir delt med og om det får konsekvenser for den som melder fra.

#### **4.4 Oppsummering av funn**

Vi har nå sett på funn av dybdeintervjuer, Råbra-prosjekt og fokusgruppeintervjuer. I den forbindelse er det naturlig å gjenta problemstilling for prosjektoppgaven:

*“Hvordan påvirker et positivt avvikssystem ytringsklima, læring og resiliens på tannklinikken?”*

Funn oppsummeres i tabell 2:

Forsøk	Tidsrom	Funn
Forsøk nr 1: Dybdeintervjuer	Oktober 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ytringsklima: Hierarki på klinikken barriere for ytringer</li> <li>- Positive tilbakemeldinger øker indre motivasjon for arbeidsoppgaver</li> <li>- Positive tilbakemeldinger styrker relasjoner mellom medarbeidere og er en vei til høykvalitetsforbindelser</li> </ul>
Forsøk 2: Praktiske forsøk med «Råbra»	November 2022 - Mars 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Råbra styrker resiliens på arbeidsplassen</li> <li>- Råbra er positivt i en krevende arbeidshverdag</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Råbra løfter frem gode eksempler som andre kan lære av</li> <li>- Råbra gir en atmosfære av vennlighet, er en viktig byggestein i det kontinuerlige arbeidet med å opprettholde et godt ytringsklima</li> <li>- Foreløpig ingen effekt på motivasjon til å melde fra om uønskede hendelser</li> <li>- Kvantitative data fra forsøkene har bekreftet hierarki omtalt under dybdeintervjuer</li> </ul>
Forsøk 3: Fokusgruppeintervjuer	Januar 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive effekter av Råbra-prosjekt, bedring av resiliens bekreftet</li> <li>- Fallgruver rundt Råbra utforsket</li> <li>- Økt arbeidsglede og motivasjon rapportert</li> <li>- Høykvalitetsforbindelser beskrevet</li> <li>- Fokusgrupper på 5 personer fungerte godt</li> <li>- Læringsutbytte av Råbra</li> </ul>

Tabell nr 2 – oppsummering av funn fra ulike forsøk

Jeg har presentert funn fra de tre forsøkene og vil nå gå videre til å se på dette opp mot litteraturen som er presentert tidligere i kapittel 2, og deretter komme med en foreløpig konklusjon.

## 5. DRØFTING

Før jeg går starter drøftingen vil jeg gjenta problemstillingen for oppgaven:

*«Hvordan virker et positivt avvikssystem på resiliens, ytringsklima og læring?»*

Jeg vil drøfte dette opp mot litteraturen for de ulike temaene innenfor problemstillingen.

### 5.1 Pasientsikkerhet

Som en innledning til oppgaven ble det beskrevet ulik geografisk fordeling av innmeldte pasientavvik, det som vi også kan beskrive som uønskede hendelser med mulighet for pasientskade. Funn fra dybdeintervjuer og

fokusgruppeintervjuer bekreftet en ganske utbredt holdning om at man ikke ønsker å registrere avvik i organisasjons avvikssystem, og at det er forbundet med sterkt ubehag. Her kan vi se til Cannon og Edmondson (2005) som beskriver hvordan individer er sosialisert til å distansere seg fra feil med årsak i dype psykologiske røtter i et menneskelig behov for anseelse og kontroll. En lignende forklaring får vi fra Ellis et al (2014): Sett i forhold til gruppeatferd ønsker individet å tilpasse seg atferden til resten av gruppen, og av den grunn er det kanskje en helt grunnleggende atferd at individet skjuler avvik for å unngå eksklusjon.

Funn fra prosjektet viser en langt større vilje til å dvele ved og reflektere over hendelser med positivt utfall. Her kan vi se til Hollnagels (2014) forslag til en ny sikkerhetstilnærming med Safety-II, mulig fordi det krever mindre endringer å innføre positive avviksmeldinger enn å endre både individuell og organisatoriske barrierer for å behandle feil på en god måte. Dette bekreftes av observasjoner under prosjektet. Refleksjon og dialog på gruppenivå rundt det som går bra møtes ikke av motstand og stillhet, men oppleves som et positivt avbrekk på klinikk møter. Jeg vil også påstå at viljen til å melde inn positive avvik for en annen kollega er stor, men helt fraværende på den andre enden av skalaen. Å melde inn en uønsket hendelse som en kollega er skyld i vil nok være et brudd på en uskreven regel og kunne gi opphav til fryktkultur på avdelingen. På bakgrunn av dette fremstår en Safety-II tilnærming som mer fruktbar i denne konteksten. Ut fra Hollnagels (2014) teorier kan vi også argumentere for at dette bedrer pasientsikkerheten, fordi en uønsket hendelse ikke nødvendigvis har samme hendelsesforløp. Helsepersonellens resiliens og evne til å respondere på endringer vurderes etter Safety-II teori som viktigere enn den reaktive analysen. I stedet for å definere sikkerhet som fravær av skade, kan vi også se på sikkerhet som tilstedeværelse av resiliens, kunnskap og evne til å respondere og lære. I min personalgruppe opplevdes dette mer som en preferanse, fordi det å gi tilbakemeldinger på gode prestasjoner og hendelsesforløp hadde flere positive effekter utover det som konkret handler om pasientsikkerhet. Samtidig må vi påse at det ikke blir et totalt overslag mot Safety-II fordi det er det mest behagelige. Vi kan aldri tillate oss å ignorere uønskede hendelser fordi det er ubehagelig, og begge tilnærmelsene bør sameksistere. Over tid vil kanskje en Safety-II tilnærming styrke resiliens i tilstrekkelig grad til at organisasjonen setter det å

lære fra feil på en intelligent måte i system (Cannon og Edmondson 2005). Jeg vil derfor argumenter for at organisasjoner bør ha system for å både dempe det som er uønsket og for å forsterke det som er bra. Arntzen (2014) skriver at *«trygge helsetjenester skapes gjennom god planlegging og kunnskap om hva som er bra, og hva som er forbedres»*. Sitatet oppsummerer funn fra prosjektet når det gjelder pasientsikkerhet, og jeg vil hevde at positive avviksmeldinger er et godt arbeidsverktøy i denne sammenhengen. Både fordi det direkte lager et system for Safety-II, som i mange bedrifter er ukjent, men som nyere studier peker på viktigheten av. Men også fordi det gir oss en mulighet for å iverksette systematisk refleksjon, det å forholde seg til hvordan kollegaer arbeider og gir oss utvidete muligheter til å lære av hverandre. Potensialet her kan bli enda bedre dersom ytringsklimaet utvikles. Jeg vil nå gå videre til å drøfte funn fra prosjektet i lys av dette.

## **5.2 Ytringsklima**

Funn fra dybdeintervjuer, praktiske forsøk med Råbra og fokusgruppeintervjuer har vist utfordringer med hensyn til ytringsklima. Hierarki mellom yrkesgrupper er en barriere for psykologisk trygghet som medarbeiderne er mer eller mindre bevisst på. Informanten som beskriver hvordan hun ble sanksjonert av en tannlege etter å ha gitt beskjed om at pasienten hadde smerter og trengte mer bedøvelse er et eksempel på dette. Etter å ha opplevd avvisning i etterkant av dette vil vedkommende ikke gjøre tilsvarende i fremtiden. Vi kan se til litteraturen for en forklaring på denne dynamikken. Nembhard og Edmondson (2006) viser at profesjonell status påvirker ytringsklima og muligheter for samarbeid og læring. Det er større sjanse for at en medarbeider med lav status holder informasjon tilbake, da de tar større risiko ved å ytre seg og lettere bli møtt med uhøflighet. På den andre siden er personer med høy status mer vant til å bli spurt om råd, lettere blir tatt på alvor og derfor ytrer seg med større grad av selvfølgelighet. Detert og Edmondson (2011) viser i tillegg at ubevisst selvsensurering kan være årsak til at ansatte velger å ikke ytre seg, og at beslutningen om å ikke si ifra ofte automatisert og ikke kalkulert. De peker blant annet på at det er et menneskelig instinkt å innordne seg i et hierarki, og som har røtter i overlevelse i grupper og unngå ekskludering. Uavhengig av hvilken forklaring vi anvender, betyr vanskeligheter med å snakke sammen på tvers av profesjoner barrierer for læring

og forringer pasientsikkerhet. Kvalitet innenfor helsetjenester er sterkt korrelert med hierarkiet på arbeidsplassen (Nembhard og Edmondson 2006). Jeg mener at vi går glipp av en verdifull kilde til læring og kvalitetsforbedring når tannhelsesekretæren ikke ytrer seg.

Innenfor odontologien er det en innarbeidet kultur med sterkt fokus på autonomi. Tannlegene jobber ofte alene, og tar de fleste beslutninger på egen hånd. Vi som er tannleger, vet egentlig lite om hvordan kollega med samme profesjon jobber på nabokontoret. Her har derimot tannhelsesekretæren en annen type kunnskap, fordi de sirkulerer mellom ulike kontorer. De kan si ifra om ulikheter i praksis, og komme med innspill til måter å jobber på. Hos oss kan det derimot se ut som vi har en autonomi-kultur som barriere for læring. Ved oppstart av praktiske forsøk på Råbra kunne slike innspill kommet på bane, spesielt ettersom det var mulig å være anonym. Resultatanalyse av Råbra-tildelinger har derimot bare bekreftet det som dybdeintervjuer avdekket, at tannhelsesekretærer som gruppe ikke ytrer seg. Vi ser en omvendt korrelasjon av mottatte og gitte tildelinger sett i forhold til hierarkiet. Det gis tildelinger nedover eller på tvers av hierarkiet, ikke oppover. Detert og Edmondson (2011) viser hvilke oppfatninger som ligger bak selvsensurering, som for eksempel at du ikke uttaler deg når du ikke er eksperten. Det vil være situasjonen dersom en tannhelsesekretær skulle ment noe om hvordan en tannlege utfører jobben. Et annet tydelig funn i prosjektet var tannpleiernes aktive rolle både som mottakere og tildeler av Råbra. Hva som er årsak til dette er det ikke mulig å finne svar på i litteraturen, da jeg ikke har funnet artikler av relevans. Jeg vil prøve å forslå en mulig forklaring. Tannpleierne er den gruppen på klinikken som samhandler mest med både tannleger og tannhelsesekretærene. De deler at ansvar for pasientbehandling med tannleger, men med tydelige rolleavgrensninger. Det er vanlig at de rådfører seg og drøfter behandlingsplan med tannlege, og ofte er pasientens behandlingsløp et samarbeid mellom tannlege og tannpleier. På samme måte har tannpleierne overlappende administrative oppgaver med tannhelsesekretærer. Kanskje er gruppens omfattende samhandling en forklaring på den store mengden råbratildelinger. De får med seg mye av det som skjer på klinikken, og de er fleksible og bidrar der det er behov.



I tidsrommet prosjektet ble utført ble ikke hierarkiet nøytralisert nevneverdig, og mest sannsynlig er dette en prosess som vil kreve mye lengre tid. Prosjektet hadde likevel en god påvirkning på yringsklimaet på andre måter, først og fremst ved at vi fikk jobbet med høykvalitetsforbindelser. En råbra-tildeling har mange positive ringvirkninger, både for den som gir, den som mottar, den som får lese tildelingen og deretter dele ut takkekort, og for klinikken som helhet når vi gjennomgår tildelingen. Effekten er et bedre energinivå på arbeidsplassen, mer pågangsmot og positiv energi, akkurat som Dutton (2003) sier vil skje dersom vi jobber med høykvalitetsforbindelser. En Råbra-tildeling kan sees som en av Duttons strategier for å bidra til høy kvalitet på sosiale forbindelser på jobb (Kvalnes 2019). Den kommuniserer verdsettelse og respekt for den andre, den er ekte og den formidler tilstedeværelse. Det å få en Råbra-tildeling er virkelig å trykke på det som Kvalnes omtaler som «plussknappen». Råbra-prosjektet starter også en positiv spiral, og kan gjerne sees i forhold til teorier om Positive Organizational Scholarship og psykologisk kapital. Den positive spiralen jeg har observert er at medarbeidere inspireres av Råbratildelinger, og aktivt leter etter gode gjerninger hos mennesker for at flere skal få den gode opplevelsen. Når vi har et miljø med dette handlingsmønsteret, vil den psykologiske kapitalen øke. I følge Stratman og Youssuf-Morgan (2019) vil da blant annet resiliens og pasientsikkerheten forbedres. Jeg vil derfor si at prosjektet har bedret yringsklimaet ved å styrke psykologisk kapital og kvaliteten på sosiale forbindelser, selv om den psykologiske tryggheten med barrierer i hierarkiet ikke ble det.

### **5.3. Læring**

Edmondson (1999) beskriver sammenheng mellom yringsklima og læring, og jeg vil nå drøfte hvordan prosjektet har påvirket læring på klinikken. Læring er et stort tema innenfor forskning, men ulike temaer. Naturlig læring oppstår ifølge Edmondson (1999) blant annet ved å dele informasjon, søke tilbakemeldinger og hjelp og å reflektere over resultater. Resultater kan på den ene siden være gode prestasjoner, eller feil eller uønskede hendelser på den andre siden. Funn fra forsøk har vist liten motivasjon til å dvele ved og lære av feil som skjer. Cannon og Edmondson (2005) viser hvordan organisasjoner kan forholde seg til det å feile, ved å ha et læringsorientert syn på feil som en viktig kilde til kunnskap og utvikling. De omtaler dette som å «*feile intelligent*». Ettersom vi fortsatt ikke har

en kultur der vi klarer å forholde oss til feil på denne måte, er det behov for å fortsatt fokusere på læring fra de gode eksemplene. For å få best mulig utbytte av dette er systematiske refleksjoner avgjørende. Ellis et al (2014) beskriver effekter av systematiske refleksjoner som bedre motivasjon, rikere kognitive ferdigheter og bedret atferd. Sistnevnte inkluderer både prestasjoner og prososiale ferdigheter mot medarbeidere. Her kan det oppstå en positiv spiral ved at refleksjonene fremmer atferd som i sin tur gir opphav til nye Råbra-tildelinger og som på ny blir gjenstand for systematiske refleksjoner. Videre rapporteres det at det å gå ut av egen rolle for å hjelpe andre også er en kilde til læring. Et eksempel på dette er når en tannpleier ved ledig tid påtar seg oppgaver for tannhelsesekretærer. Da får tannlege og tannpleier en (sjelden) mulighet til å jobbe sammen og da en arena for å dele praktiske fremgangsmåter og reflektere konkret rundt et bestemt pasientkasus.

I fokusgruppeintervjuer blir kontekst trukket frem som viktig for læringsutbytte, at det er avgjørende at vi får prøvd ny lærdom i praksis, der vi jobber til vanlig. Her kan vi se til Brown og Duguids kapittel i «*Knowledge and communities*» (2000), om hvordan abstrakt kunnskap er verdiløs uten praktisk kunnskap, og at kontekst er viktig for læring. Teorien om kanonisk og ikke-kanoniske praksiser gir mening i vår hverdag med pasientbehandling. For eksempel er det å reparere et hull i en tann i teorien en likefrem arbeidsprosess, men i praksis er det svært ofte problemer som må håndteres og her kommer ikke-kanoniske praksiser frem, med interindividuelle variasjoner. Det positive avvikssystemet har gitt oss et redskap for å reflektere over disse variasjonene, de gode eksemplene og inspirasjon til problemløsninger som er en del av uformelle praksiser. Quinn et al (2021) beskriver motivasjon til å lære fra det andre lykkes med. To faktorer viser seg å være av betydning, kvaliteten på relasjonen mellom medarbeiderne og overraskelsesmomentet ved det noen lykkes med. Hva som vurderes som uforventet vellykket avhenger av individets oppfatninger og egne erfaringer. I fokusgruppeintervjuene ble vi enige om å senke terskelen for hva som regnes som et positivt avvik, fra det som er over forventet, til de gode eksemplene. Det er nemlig ikke sånn at hva som er overraskende bra er likt for alle. For eksempel kan en nyutdannet oppfatte det som er en hverdagslig aktivitet for en veteran som eksepsjonelt og inspirerende. Å stimulere læring gjennom positive avvik vil også gjøre noe med relasjonen mellom medarbeiderne i positiv retning, og dermed øke

motivasjonen for å hente inspirasjon fra andres suksess. Min påstand her er at positive avviksmeldinger setter aktiviteter for naturlig læring (Edmondson 1999) i system. Ved månedlige gjennomganger blir informasjon delt og reflekter over. I tillegg har fokusgruppeintervjuer avdekket at vi på klinikken har kultur for å be om hjelp og velvillig bistår kollegaer ved behov. Den totale summen av dette er at positive avviksmeldinger fasiliterer læring på klinikken.

#### **5.4 Resiliens**

Det siste temaet i problemstillingen er hvorvidt prosjektet kan innvirke på klinikkens resiliens. Resiliens kan kort beskrives som å bygge et robust miljø (Hollnagel 2013). Resiliente helsetjenester er en strømning i tiden med mye pågående forskning, uten at det foreløpig finnes en konsensus for hvordan helsepersonell kan trenes i dette. Drøftingen i denne oppgaven frem til nå har vist at positive avviksmeldinger kan påvirke både ytringsklima og læring på en positiv måte. På et overordnet nivå vil jeg hevde at summen av dette er at resiliensen også bedres, fordi jeg mener at denne utvikles av samarbeid og kollektiv læring. Innledningsvis beskrev jeg hvordan klinikken tidvis har strevd med å håndtere dager med underbemanning. Utsagnet «*vi er best når alt går på skinner*» kom omtrent ordrett fra to ulike informanter, og er en motsetning av det å være resilient. I fokusgruppeintervjuene kom det frem utsagn som tilsier at resiliensen er utviklet, for eksempel at «*vi er bedre rustet til å tåle det som er krevende*». For en forklaring på dette kan vi se til Hollnagel (2013), som beskriver fire evner hos en organisasjon som er nødvendig for å bygge resiliens; evne til å respondere, overvåke, lære og forutse behov og endringer. Ved å innføre et positivt avvikssystem vil disse fire evnene kunne styrkes.

Avslutningsvis ønsker jeg å se dette i sammenheng med leders rolle, som er spesielt viktig når det gjelder ytringsklima (Edmondson 2003). Leder har en spesielt viktig rolle når det gjelder å nøytralisere hierarki og jobbe med lag-arbeid. Implementering av nye rutiner, selv om de er inkrementelle, kan skape uro og usikkerhet hos medarbeidere. Leder kan dempe eller forsterke dette ut fra egen atferd. Min rolle i prosjektet har vært å forsterke de positive handlingene og styrke medarbeideres tro på egen mestring og kompetanse. Under etiske refleksjoner i metode beskrev jeg betenkeligheter med at jeg som leder og prosjektansvarlig skulle ta del i Råbra-prosjektet. Likevel vil jeg ut fra en helhetsvurdering si at det

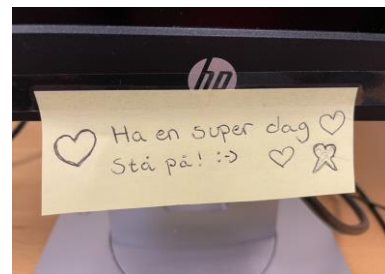
var viktig at jeg var deltakende, fordi det har fremmet en ikke-autoritær lederstil, å gå foran som er godt eksempel og gitt meg mulighet til åpen dialog og lagarbeid.

## 6. Konklusjon

I innledningen til denne oppgaven har jeg tegnet et bilde av en arbeidsplass med mye varme og gode kollegaer, men som tidvis kan streve med å håndtere det uforutsette og som kjenner på tendenser i tiden med større arbeidsbyrde og mindre ressurser til å løse oppgavene med. Problemstillingen kom delvis til uttrykk gjennom medarbeidernes egen stemme, men inneholder også et blick fra utsiden i form av informanter fra andre avdelinger i organisasjonen. Medarbeidere kjente på behov for en positiv motvekt til stadige krav, og verktøy for å håndtere det «som ikke går på skinner». Sett fra utsiden var det også et behov for bedre resiliens, og økt motivasjon for å rapportere pasientavvik. Gjennom tre ulike forsøk har jeg funnet ut noe om hvordan et positivt avvikssystem kan påvirke ytringsklima, læring og resiliens på Sandnes Tannklinikk.

Praktiske forsøk med Råbra påvirket ytringsklimaet vårt ved at vi (videre)utviklet høykvalitetsforbindelser (Dutton 2014). Jeg mener at det å gi en Råbratildeling er å trykke på en kollegas «plussknapp» (Kvalnes 2022). Flere har fått opp øynene for de gode handlingene hos kollegaen sin, og vi har fått en ny kultur for å gi anerkjennelse. Jeg opplever at terskelen for å gi ros er senket sammenlignet med tidligere. En mulig forklaring er at det er enklere å ytre seg i form av en skriftlig tilbakemelding enn å overrekke beskjeden muntlig. Samtidig ser jeg at når man først har blitt vant med å rose er det lettere å gjøre dette muntlig. Et eksempel jeg selv har observert er at medarbeidergruppen kan gi ros til enkeltindivider under møter. Dette var helt utenkelig for bare et år siden. Samtidig tolker jeg det også som at vi har fått større grad av psykologisk trygghet under møter. Selv om deler av ytringsklimaet er forbedret er hierarki som barriere for et optimalt ytringsklima blitt bekreftet, både gjennom dybdeintervjuer og som tendenser i Råbra-tildelinger. Å nøytralisere hierarki antar jeg er en mer omfattende endringsprosess enn det som ligger innenfor tidsrammer for denne oppgaven.

Bilde nr 2: Små beskjeder med kollegastøtte, ukjent forfatter av oppmuntrende lapp.



På et overordnet nivå har jeg lært hvordan atferdsmønster og sosial tilpasning kan være et hinder for å lære av våre feil, og at det å snakke om og melde fra om feil som er skjedd oppleves som svært ubehagelig. Å lære fra gode eksempler faller mer i tråd med preferanser hos prosjektdeltakere, det var en endring som møtte lite motstand og som de fleste uttrykte glede over. Systematisk refleksjon er i denne sammenhengen avgjørende for tilnærmingen skal bli mer enn «koseprat». Kontekst er viktig for praktisk læring, og ved å dele konkrete eksempler kan vi lære av hverandres erfaringer og ferdigheter i vårt vanlige miljø.

Den siste faktoren i problemstillingen handler om resiliens, og om denne kan utvikles gjennom positiv avviksregistrering. Utsagn fra fokusgruppeintervjuer tyder på at det er tilfellet. Jeg observerer selv at personalgruppen nå har bedre strategier for å håndtere dager med underbemanning. Mot tidligere stress, avmakt og frustrasjon ser jeg nå at de i større grad håndterer dette med samarbeid og dialog. Hvorvidt dette skyldes selve prosjektet eller andre faktorer er vanskelig å si sikkert. Det ikke er konsensus for hvordan helsepersonell skal trenes i resiliente helsetjenester (Hollnagel 2013). Jeg mener at prosjektet kan indikere at et positivt avvikssystem er en mulig tilnærming. Samlet sett kan disse effektene mulig også innvirke på pasientsikkerheten ved at vi forsterker det som fungerer bra og øker resiliens hos tannhelsearbeideren. Dette er i tråd med Hollnagels (2014) teori om Safety-II.

Prosjektet har hatt både ønskelige effekter, men også påvist forbedringsområder. Som leder har jeg mulighet til å påvirke dette, både ved å forsterke læring og å jobbe for å utjevne hierarkiet. Som jeg poengterte i innledningen, er vi i en tid med store endringer og krav til omstilling. Jeg anser et positivt avvikssystem som et mulig verktøy i møte med eksisterende og fremtidige utfordringer. Det er enighet på klinikken om at Råbra skal videreføres selv om dette prosjektet avsluttes. I veien videre ønsker jeg at ansatte selv skal drive Råbra, for eksempel ved en prosjektgruppe som går på «rundgang». Avslutningsvis vil jeg nevne at medarbeiderne på Sandnes tannklinikk er så fornøyd med prosjektet at de har nominert det til årets HMS-pris på organisasjonsnivå. Jeg håper og tror at oppmerksomhet rundt dette kan få flere innenfor organisasjonen til å starte opp med Råbra.

## Referanser

Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten: Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal.

Barsaide, S.G., O'Neill, O. (2014) What's love got to do with it? A longitudinal study of the companionate love and employee and client outcomes in a long-care setting. *Administrative service quarterly* Vol 59 (4) p. 551-598

Beauchamp, T.L., Childress, J. F. (2019) *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. 8. utgave.

Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L. & Lamprell, G. (2017) Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systemic review. *BMJ open* 2017 Vol 7(11) Artikkel e.017708

Brown, J., Duguid, P. (2000) *Organizational Learning and Communities of Practice: Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation*. I Slusher, J.A., Lesser, E. & Fontaine, M.A., *Knowledge and Communities* (1.utg s. 99-121) Butterworth-Heineman

Cameron, K.S., Dutton, J.E., Quinn, R.E. (2003) *Positive Organizational Scholarship*. San Fransisco: Berett-Koehler

Cannon, M.D., Edmondson, A. (2005) Failing to Learn and Learning to Fail (Intelligently): How Great Organizations Put Failure to Work to Innovate and Improve. *Long Range Planning* Vol 30 utg 3, s. 299-319

Detert, J.R., Edmondson, A.C. (2011). Implicit voice theories; taken for granted rules of self-censorship at work. *Academy of management journal* Vol. 54(3) s. 461-488

Dutton J. E., (2014). Build high quality connections. I Dutton, J.E., Spreitzer, G. & Achor, S. *How to Be a Positive Leader: Small Actions Big Impacts*. Berrett-Koehler Publishers.

Edmondson, A.C. (1999) Psychological safety and learning behaviour in work teams» *Administrative science quarterly* Vol 44 (2) s. 350-383

Edmondson, A.C. (2003) Speaking up in the operating room. How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of management studies* Vol. 40(6) p. 1419-1452

Ellis, S., Carette, B., Anseel, F. & Lievens, F. (2014) Systemic Reflection: Implications for learning from failures and success. *Current Directions in Psychological Science*, Vol 23(1) 67-72

Forås V.B, Devik S.A, 2020 Pasientsikre kommuner – Hvor står vi? Hvor går vi? *Tidsskrift for omsorgsforskning* Vol.6 (2) s. 172-177

Hollnagel, E Safety (2014) *Safety I and Safety II*. Taylor and Francis Group.

Hollnagel, E. (2013) Resilience engineering and the built environment. *The international journal of research, development and demonstration*, Vol. 42 (2), p. 221-228.

Joseph, S. (2020) Why we need a more humanistic positive organizational scholarship.. *The Humanist psychologist* Vol 48 s. 271-283

Kvalnes, Ø. (2022). *Ytringsklima*. Cappelen Damm Akademisk

Nembhard, I. og Edmondson, A.C. (2006). Making it Safe; The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvements efforts in health care teams. *Journal of organizational behaviour* Vol 27 (7) s.941-966

Oppen, M., Mørk, B.E. & Haus, E. (2020) *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag. En introduksjon*. Cappelen Damm Akademisk.

Quinn, R.W., Myers, C.G., Kopelman, S., Simmons, S. (2021) How did you do that? Exploring the motivation to learn from others exceptional success. Academy of management Discoveries vol 7 No 1, 15-39

Sjuan, M.A, Furniss, D., Andersen, J., Bratihwaite, Holnagel, E., (2019) Resilient health care as the basis for teaching patient safety. A safety-II ciritique of the World Health Care Organisation patient safety curriculum. Safety Science Volume 118, s. 15-21

Stratman, J.L., Youssef-Morgan, C.M., (2019) Can positivity promote safety? Psychological capital development combats cynisism and unsafe behaviour. Safety Science 116 13-25

Weick, K.E. (1987) Organizational Culture as a high reliablity. California Management Review 29(2) 112-2



## VEDLEGG

### Vedlegg nr 1 – intervjuguide dybdeintervjuer

1. Hvordan opplever du stemningen på klinikken?
2. Kan du si ifra dersom noe er ugreit på jobb? - Kan du si fra dersom det er en leder som gjør feil? - Kan du si fra dersom en (annen) tannlege gjør feil?
3. Har du opplevd å få ros av en kollega?
4. Har du gitt ros til en kollega?
5. Har du opplevd pasientavvik? Meldte du fra?

### Vedlegg nr 2 – intervjuguide fokusgruppeintervjuer

Tema: Råbra	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hva er positivt?</li><li>- Hva er negativt?</li><li>- Hva kan effekter være?</li><li>- Hvordan har gjennomføring vært så langt?</li><li>- Hva kan være terskel for å gi en tildeling?</li><li>- Hvordan kan vi få mer ut av prosjektet?</li></ul>
Tema: Psykologisk trygghet	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan forstår vi dette begrepet?</li><li>- Hvordan snakker vi sammen på jobb?</li><li>- Hvordan snakker vi om avvik?</li></ul>
Tema: Læring og utvikling	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan lærer vi best?</li><li>- Hvordan kan vi dra nytte av kollegaers erfaring?</li><li>- Hvordan er prestasjoner synlige for andre?</li></ul>

