

Registrering og behandling av uheldige hendelser i ambulansetjenesten ved OUS

Hvordan opplever operativt ambulansepersonell og ledere i ambulansetjenesten ved OUS registrering og behandling av uheldige hendelser i forbedringssystemet Achilles?

Morten Bjønnæs Steffensen



MASTEROPPGAVE
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Høst 2020

© Morten Bjønnæs Steffensen

År 2020

Tittel: Registrering og behandling av uheldige hendelser i ambulansetjenesten OUS

Forfatter: Morten Bjønnæs Steffensen

Sammendrag

Kvalitet og pasientsikkerhet er et viktig satsningsområde for regjeringen, for de regionale helseforetakene og for de lokale helseforetakene. Inn under dette ligger blant annet rapportering om uønskede hendelser. Rapportering av uønskede hendelser er viktig for å gi mulighet til læring, basert på rapportert informasjon fra helsepersonell.

Operativt ambulanspersonell er ofte pasientens første møte med sykehuset.

Ambulanspersonellet utfører sitt arbeid der pasienten er, uten de samme fasilitetene man finner inne i et sykehus. Dette sammen med utrykningskjøring er risikofyllt.

Ambulanseavdelingen ved Oslo universitetssykehus rapporterte i 2019 bare 2 % av alle pasienthendelser ved sykehuset, men rapporterte nesten 10 % av alle HMS-avvikene ved sykehuset (Stab pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring 2020).

Målet med denne oppgaven er å få kunnskap om hvordan operativt ambulanspersonell og ledere i ambulanseavdelingen ved Oslo universitetssykehus opplever registrering og behandling av uønskede hendelser i. I tilknytning til denne problemstillingen ble det utviklet fire forskningsspørsmål om temaene

Oppgaven er kvalitativ. Det ble rekruttert 12 respondenter og det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer, en til en. Respondentene ble rekruttert blant operativt ambulanspersonell og ledere i ambulanseavdelingen. Intervjuene dannet datagrunnlaget som ble tematisk analysert ut fra forskningsspørsmålene.

Resultatene viser at operativt ambulanspersonell registrerer uønskede hendelser når de er motivert til det, men at de savner formell opplæring i bruk av forbedringssystemet og sykehusets prosedyre om registrering av uønskede hendelser. Undersøkelsen viser også at implementering og opplæring vil kunne påvirke både evne og motivasjon til å registrere uheldige hendelser. Motivasjon til å registrere uønskede hendelser blant operativt ambulanspersonell kommer tidvis i konflikt med motivasjon til å gjøre andre ting. Dette kommer blant annet av at operativt ambulanspersonell ikke i tilstrekkelig grad opplever å bli involvert i saksbehandlingen og at de i for liten grad opplever vilje til læring i organisasjonen.

Ledere ønsker at operativt ambulanspersonell får opplæring i bruk av forbedringssystemet, slik at de får en bedre forståelse av systemet. Ledere ønsker også at uønskede hendelser kan registreres fra ambulansen og har tro på at dette, sammen med fokus på uønskede hendelser, vil øke antall registreringer. Operativt ambulanspersonell er mer reserverte når det kommer til å kunne registrere hendelser fra bilen. Undersøkelsen viser også at ledere ikke forholder seg likt til behandling av uønskede hendelser og håndterer kvalitetsarbeidet forskjellig.

I oppgaven diskuteres resultatene av undersøkelsen på tre måter: Først ses resultatene i lys av annen forskning. Deretter drøftetes resultatene i lys av COM-B teorien, PRIME teorien og Maslows behovspyramide. De teoretiske perspektivene fokuserer på motivasjon, samt evne og mulighet til å handle. Rammen for drøftingen er implementering og organisasjonsutvikling. Til slutt drøftes praktiske føringer av undersøkelsen tentativt, hvor det ses på mulige endringer og løsninger for operativt ambulanspersonell, ledere og organisasjonen.

Opgaven konkluderer med at bruk av forbedringssystemet til registrering av uønskede hendelser er ikke godt nok implementert hos operativt ambulanspersonell i ambulanseavdelingen. Dette påvirker evne og motivasjon til å registrere hendelser. Behandling av uønskede hendelser og kvalitetsarbeid er heller ikke godt nok implementert hos ledere i ambulanseavdelingen. Dette gjør at ledere håndterer dette ulikt, noe som også påvirker evne og motivasjon hos den enkelte

Forord

Jeg har opplevd uønskede hendelser fra to sider. Både som operativt ambulanspersonell og som leder i ambulanseavdelingen. Det var etter at jeg selv ble leder at jeg fikk interesse for hvordan systemet, som i dag er Achilles, ble anvendt. Jeg har gjennom denne oppgaven fått anledning til å se nærmere på hvordan andre opplever systemet og arbeidet med uønskede hendelser. Det har vært lærerikt.

Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven fått god hjelp og støtte. Jeg har hatt samtaler med flere gode støttespillere om tematikken og fått gode råd underveis.

En stor takk til min veileder Halvor Nordby. Hans kunnskap om ambulanspersonell og hans genuine interesse for ambulansetjenester er uvurderlig. Han har bidratt stort til at min motivasjon har blitt løftet når ting har virket uoverkommelig. Han har også utfordret meg til å tenke nytt og til å strekke meg lenger. Tusen takk!

En stor takk til Per-Johnny Kohlstrunk som har vært en veldig god støttespiller gjennom hele prosessen med oppgaven og som har bidratt med forslag, kunnskap og veiledning.

Tusen takk til respondentene som stilte opp og delte deres tanker og opplevelser. Uten respondentene ville jeg ikke oppnådd målsetningen med oppgaven, slik jeg ønsket.

Arbeidsgiver fortjener også en stor takk for tilrettelegging under studiene og for at jeg fikk anledning til å skrive denne oppgaven. Tusen takk til Thor Sundby, Dennis Frydenberg og Jon Våge, for at dere har latt meg holde på med mitt i hektiske arbeidsdager og for at dere har vist interesse for oppgaven. En ekstra takk til Jon Våge for god hjelp med korrekturlesing.

Takk også til Stab pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring ved Oslo universitetssykehus for bidrag til oppgaven.

Til slutt en stor takk til familien min som har latt meg være i min egen boble i arbeidet med oppgaven og som har oppmuntret meg underveis.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	1
1.2 Oppgavens avgrensing	2
1.3 Begrepsavklaringer	2
1.4 Oppgavens oppbygning.....	3
2. Bakgrunn	5
2.1 Et historisk perspektiv.....	6
2.2 Achilles forbedringssystemet ved OUS	8
2.2.1 Overordnede bestemmelser.....	8
2.2.2 Tilgang og registrering	11
2.2.3 Lederes behandling av hendelser	13
2.3 Annen forskning	17
2.3.1 Andre oppgaver.....	17
3 Teori	22
3.1 Implementering.....	22
3.2 COM-B modellen	23
3.2.3 COM-B, bokstavene forklart: C.....	26
3.2.4 COM-B, bokstavene forklart: O.....	26
3.2.5 COM-B, bokstavene forklart: M.....	27
3.2.6 COM-B, bokstavene forklart: B.....	28
3.3 PRIME	28
3.3.1 Motivasjonssystemet PRIME.....	29
3.3.2 Fem lover om motivasjon	30
3.4 Hvorfor implementering?.....	32
3.5 Maslow	33
4 Metode	37
4.1 intervjuguiden:	37
4.2 Utvalgsprosedyre:	38
4.3 Gjennomføring av intervjuene:	39
4.4 Transkribering:	40
4.5 Analyse.....	40
4.6 Egen rolle og etikk	43
4.7 Validitet og reliabilitet	45
4.8 Godkjenninger	46
5. Resultater	47
5.1 Er ambulanspersonell godt kjent med Achilles?.....	47
5.2 Motivasjon til registrering.....	49
5.3 Hva registreres i Achilles.....	51

5.4 Leders rolle i forbedringsarbeidet/kvalitetsarbeidet	53
5.5 oppsummering resultater	55
6. Drøfting	56
6.1 Drøfting annen forskning	56
6.2 Drøfting teori	58
6.2.1 Mine funn og COM-B	59
6.2.2 Mine funn og PRIME	64
6.2.3 Mine funn og Maslows behovspyramide	67
6.3 Implementering i praksis	69
6.4 Hva skal til for å forbedre?	70
7. Avslutning	73
Litteraturliste	74
Vedlegg	75

1. Innledning

Operativt ambulanspersonell er sykehusets spydspiss og er ofte de som først tilser og behandler pasienter. Prehospital akuttmedisin har med årene blitt mer avansert og forventningene til tjenestene som skal leveres og til de som jobber i dette fagfeltet har økt. Ambulanseavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) er en stor avdeling som geografisk dekker Oslo og store deler av Viken fylke (gamle Akershus fylkeskommune). Operativt ambulanspersonell og ledere i ambulansavdelingen er spredt på 19 ambulansstasjoner.

Kvalitets og pasientsikkerhetsarbeid er viktig. Arbeidet favner bredt og den overordnede målsetningen er at pasientene skal få trygg og god hjelp og at feil, uønsket variasjon eller uønskede hendelser skal skje i så liten grad som mulig. Dette arbeidet er av lovgivende myndighet og gjennom regjering og departement gitt til de som yter helsetjenester. En viktig forutsetning for å kunne lære av feil, gi bedre behandling eller ha riktig utsyr, er at uønskede hendelser og forbedringsforslag meldes. Dette stiller store forventninger og krav til utøverne, herunder også ansvar for å melde fra om nettopp uønskede hendelser. Det er disse forventningene og kravene jeg vil fokusere på i denne oppgaven. Jeg er opptatt av å forstå hvordan praksis rundt registrering og håndtering av uønskede hendelser er i ambulansetjenesten, og å bidra til å belyse om, og i så fall hvordan, disse praksisene kan utvikles og forbedres.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Opgavens problemstilling er:

Hvordan opplever operativt personell og ledere ved ambulansetjenesten OUS registrering og behandling av hendelser i forbedringssystemet Achilles?

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming til forskningen. Dette fordi det var viktig å kunne få tak i opplevelsen og historiene til operativt personell og ledere når forskningsspørsmålene skulle besvares. Dette ble gjort gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer hvor respondentene fikk tid og rom til å fortelle om sine syn og opplevelser.

Opgaven vil søke å besvare problemstillingen gjennom fire forskningsspørsmål. De fire forskningsspørsmålene jeg ønsker besvart er:

1. Er ambulanspersonell godt kjent med registreringssystemet for uheldige hendelser?
2. Hva er motivasjon til registrering?
3. Hva registreres i registreringssystemet for uheldige hendelser?
4. Hvilken rolle har ledere i kvalitetsarbeidet?

Forskningsspørsmålene og intervjuene ga mulighet til å se hva respondentene selv mente og hvilken opplevelse de hadde med registrering og behandling av hendelser i Achilles.

Svarene vil drøftes i lys av tre teorier i drøftingskapittelet. De tre teoriene er COM-B, PRIME og Maslows behovspyramide. Disse teoriene peker på ulike betingelser for menneskelig atferd, først og fremst motivasjon. Svarene og teoriene vil drøftes innenfor et overordnet fokus på implementering.

1.2 Oppgavens avgrensning

Teoriene i oppgaven er valgt fordi de hver for seg, men ikke minst sammen, kan bidra til å forklare hva som ligger til grunn for det informantene i min undersøkelse beskriver om registrering og behandling av uønskede hendelser. Man kunne valgt andre teorier til drøftingen av funnene, men de valgte teoriene syntes å kunne bidra til å gi gode forklaringer på funnene i undersøkelsen. Maslows behovspyramide ble trukket inn relativt sent i arbeidet med funnene fra undersøkelsen, fordi den så ut til å kunne belyse, på en ny og viktig måte, de grunnleggende behovene arbeidstakere må ha oppfylt for å kunne oppnå trygghet og trivsel på arbeidsplassen.

Data fra undersøkelsen ble i første omgang analysert ved å bruke temaene fra forskningsspørsmålene. Gjennom arbeidet med dataene fra undersøkelsen ble det ikke avdekket aktuelle underspørsmål eller data som dro funnene i en annen retning enn temaene i forskningsspørsmålene. Følgelig er det ikke brukt datadrevne temaer, og det er de fire forskningsspørsmålene som ble utviklet tidlig i arbeidet med prosjektet som ble brukt både i tematisk analyse og som søkes besvart i oppgaven.

1.3 Begrepsavklaringer

Kjært barn har mange navn er et ordtak. Det er nødvendig å gi forklaringer på noen av begrepene og synonyme navn som er å finne i denne oppgaven.

Uønskede hendelser er, nettopp en hendelse som er uønsket. Dette vil i oppgaven også omtales som «avvik» eller som «hendelse»

Operativt ambulanspersonell er ansatte i ambulanseavdelingen ved OUS som utfører sitt arbeid prehospitalt, altså utenfor sykehuset, hos pasienten og i ambulansen. Operativt ambulanspersonell vil også omtales som «personell» eller «operativt personell».

Ledere i ambulanseavdelingen er ansatte som har sitt virke, først og fremst på et kontor, og er satt til å lede det operative ambulanspersonellet. Leder vil omtales som ledere eller som ledere i ambulanseavdelingen.

Achilles er dataprogrammet OUS har valgt for registrering av uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag. Achilles kalles forbedringssystemet, men ble tidligere omtalt som avvikssystemet, noe som nok henger litt igjen.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven har seks kapitler. I kapittel 2, bakgrunnskapittelet, presenterer jeg nødvendig bakgrunnsinformasjon og forklarer hva oppgaven handler om. Bakteppet for oppgaven forklares i dette kapittelet og vil gi utfyllende informasjon om sentrale begreper, aktuelle bestemmelser og den tematiske konteksten for studien som presenteres i oppgaven.

Kapittel tre, teorikapittelet, presenterer og forklarer de valgte teoriene. COM-B, PRIME og Maslows behovspyramide. I tillegg klargjør kapittelet hvordan implementering forstås som et overordnet rammeverk i oppgaven. De tre teoriene, samt implementering som overordnet begrep, blir sentrale i drøftingen av funnene fra undersøkelsen.

I Kapittel fire, metodekapittelet, redegjør jeg for valg av metoder anvendt i oppgaven. Jeg går igjennom planleggingen av studien, gjennomføringen, analysefasen og egen rolle og etikk. I Kapittel fem, resultatkapittelet, blir funnene fra undersøkelsen bli presentert opp mot de fire forskningsspørsmålene.

I Kapittel seks, drøftingskapittelet, vil jeg først drøfte funnene fra undersøkelsen opp mot annen forskning. Deretter COM-B, PRIME og Maslows behovspyramide.

Avslutningsvis i kapittel seks vil jeg se på mulige forbedringsforslag basert på drøftingen som er gjort og som kan gi bedre resultater i organisasjonen. Alle delene av drøftingen vil utvikles innenfor et overordnet fokus på implementering.

2. Bakgrunn

Hvert år registreres det tusenvis av uønskede hendelser og forbedringsforslag ved Oslo universitetssykehus HF, heretter OUS. I 2019 ble det ved hele OUS registrert 30778 uønskede hendelser. Ambulanseavdelingen stod for 1339 av disse, altså noe under 5 % (Stab pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring 2020).

Kvalitetsarbeid, forbedringsarbeid, pasientsikkerhet og uønskede hendelser i helsevesenet omtales tidvis om hverandre. Felles for alle er målsetningen om å gjøre det bedre og tryggere for pasienten, men også for de ansatte. Det er ønskelig og unngå å gjøre samme feil to ganger, og spesielt hvis det er snakk om feil som kan inntreffe ofte og som kan ha betydelige negative konsekvenser for pasienter eller ansatte.

Registrering av uønskede hendelser, tradisjonelt kalt avvik, er en viktig del av dette arbeidet fordi det har potensialet til å gjøre noe bedre eller å unngå samme feil to ganger. Behandlingen av meldinger om uønskede hendelser er viktig av samme grunn og sammen gir registrering og behandling mulighet til forbedring. Denne oppgaven fokuserer på denne delen av forbedringsarbeidet.

Forbedringsarbeid og registrering av uønskede hendelser er lovpålagte oppgaver og det er stort fokus på dette arbeidet i fra regjering, Storting, Helsedepartementet, Helsedirektoratet og hos helseforetakene. Sett i lys av at forbedringsarbeid og oppfølging av uønskede hendelser er regulert av lov og forskrift, kunne man tenke seg at alle ansatte ved sykehuset, også ledere, var godt opplært til dette arbeidet og hadde gode, forståelige veiledere vi kunne støtte oss på.

I stortingsmelding nr 9, 2018 Kvalitet og pasientsikkerhet 2018 står det:

Det konkrete kvalitetsforbedringsarbeidet og arbeidet med pasientsikkerhet og innsats for å redusere uberettiget variasjon foregår ute i helsetjenestene, nær pasientene.

Regjeringen vil understøtte dette arbeidet gjennom gode rammebetingelser, tydelig styring og satsing på kompetanse. Regjeringen vil bidra til at hele sektoren arbeider sammen om følgende mål:

- pasientens helsetjeneste
- åpenhet, læring og forbedring
- målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet

(St. meld. Nr. 9 (2019-2020)).

Videre står det:

Det er utviklet gode verktøy som helse- og omsorgstjenesten må bruke for å forbedre tjenestetilbudene og redusere uønsket variasjon. Det ene er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. En god etterlevelse av forskriften er avgjørende for å få på plass et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene (St. meld. Nr. 9 (2019-2020)).

Det er delen av kvalitet og pasientsikkerhet som kalles uønsket variasjon, eller uheldige hendelser som vil være mitt fokus i oppgaven. Det er dette jeg vil finne mere ut om. Min interesse for fagfeltet og problemstillingen beror på flere faktorer. Jeg tror det ligger et stort potensial i å drive systematisk forbedringsarbeid, samtidig som jeg lurer på om vi bruker potensialet som ligger der, på riktig måte. Jeg opplever som leder i Ambulanseavdelingen ved OUS at det registreres uønskede hendelser og forbedringsforslag, men jeg lurer på om vi registrerer nok og om vi registrerer de riktige hendelsene.

Disse spørsmålene har jeg tenkt på en god stund. Allerede før jeg startet studiene ved Universitetet i Oslo har jeg stilt spørsmål om vi gjør dette riktig. Jeg kan huske at jeg i min yrkeskarriere har hatt et kort kurs om registrering og behandling av avvik. For egen del skulle jeg gjerne sett at min egen kompetanse på var høyere på dette feltet.

2.1 Et historisk perspektiv

Registrering av uønskede hendelser, ofte kalt avvik eller kvalitetsarbeid, er i dag lovregulert. Slik har det ikke alltid vært. Masteroppgaven «Å forholde seg til regelverket – hvordan virker dette på avvikshåndtering» av Hærnes og Sønstebo (2009), oppsummerer milepælene i kvalitetsarbeid, innen helse, i Norge slik:

- 1984 Krav om internkontroll i tilsynsloven
- 1992 Lovpålagt meldeordning om skader på pasienter
- 1993 Krav om kvalitetsutvalg i sykehus, Meldesentralen opprettet
- 2000 Medisinske feil, artikkelsamling, Gyldendal
- 2000 Landsomfattende tilsyn med internkontroll og kvalitetsutvalg i sykehus
- 2001 Nye/reviderte helselover m/ meldeplikt om farlige forhold, om betydelig personskade og om hendelse som kunne ha ført til betydelig personskade

- 2002 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- 2003 Uheldige hendelser i helsetjenesten, Peter F. Hjort (bok)
- 2005 Forslag (SHdir) om å opprette et frittstående og uavhengig nasjonalt kompetansesenter for pasientsikkerhet

2007 Pasientsikkerhetsenheten i kunnskapssenteret etablert

2008 Sterkt engasjement i profesjonene, ved noen sykehus og i regionale foretak (Hærnes og Sønstebo, 2009)

Det er i dag en rekke lover og forskrifter som regulerer hva som skal rapporteres og ikke minst hvordan man skal jobbe med kvalitet og forbedringsarbeid. Her er noen av de mest sentrale (listen er ikke uttømmende):

- Helsepersonelloven – Lov om helsepersonell
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Arbeidsmiljøloven
- Lov om medisinsk utstyr
- Forskrift om legemidler
- Smittevernloven.

Det har altså skjedd en stor utvikling de siste 35 år. Fokuset på forbedringsarbeid, kvalitetsarbeid og oppfølging av uønskede hendelser er viet stor oppmerksomhet. Man kan stadig lese i avisen om uheldige hendelser i helsevesenet og pasienten sine rettigheter er mer i fokus enn noen gang. Helsedirektoratet har nettsiden <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no> som er en ressurside for forbedringsarbeid og pasientsikkerhet. Det er en stor grad av transparens i forhold til forbedringsarbeid. Blant annet ligger en del av hendelsene som er registrert, på OUS sine nettsider(anonymisert). Følgelig burde det også være kjent for helsepersonell.

Helse Sør Øst er det største regionale helseforetaket i Norge og sørger for spesialisthelsetjenester til nærmere 3 millioner mennesker. Oslo universitetssykehus er det største sykehuset i Helse Sør Øst og har ca 24.000 ansatte. (Helse Sør-Øst RHF, 2020)

Alle regionale og lokale helseforetak skal aktivt jobbe med kvalitet i tjenestene med særlig vekt på pasientsikkerhet. Dette arbeidet dreier seg om mer enn registrering av uønskede hendelser. Det gjøres prevalens og insidensundersøkelser av for eksempel sykehusinfeksjoner, og man vurderer fortløpende forskjellige kvalitetsindikatorer for å kunne yte så gode tjenester som mulig. Registrering av uønskede hendelser er en del av arbeidet med forbedrede tjenester og er fokuset for denne oppgaven. Stortingsmelding nr. 9, 2019, «Kvalitet og pasientsikkerhet 2018» omhandler kvalitet og pasientsikkerhet for 2018 og er Helse og omsorgsdepartementet sin oppsummering av dette arbeidet nasjonalt.

2.2 Achilles forbedringssystemet ved OUS

Oslo universitetssykehus HF har mange prosedyrer samlet elektronisk, som en ressurs på sine intranettsider. Disse ligger i det som heter e-håndboken. Noen prosedyrer er lokale for én bestemt avdeling, men det er også mange såkalte nivå 1-prosedyrer som er sykehusovergripende. Det betyr at alle må følge nivå 1-prosedyrene.

Prosedyre med dokument id 11 heter «Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles» og er en nivå 1-prosedyre. Achilles er det systemet, eller dataprogrammet, OUS har valgt for registrering av denne type hendelser. Achilles omtales gjerne som avvikssystemet i organisasjonen, men sykehuset ønsker at Achilles skal omtales som forbedringssystemet og det er jo et system som skal skape forbedring. Selv om man gjerne melder det som ofte kalles avvik, er systemet designet for å skape forbedring ved å melde fra og lære av det som ikke gikk bra, slik at tjenestene kan forbedre seg og hindre at uønskede hendelser skjer.

Fordi denne oppgaven handler om hvordan operativt personell og ledere i ambulansetjenesten OUS opplever registrering og håndtering av uønskede hendelser i Achilles, er det viktig å se på rammene for nettopp registrering og håndtering av uønskede hendelser ved sykehuset. Hvordan det egentlig er tenkt at man skal gjøre dette?

2.2.1 Overordnede bestemmelser

Prosedyren «Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles» (OUS 2020) er en prosedyre alle ansatte skal følge. Prosedyren henviser til 21 lover og forskrifter som kan

komme til anvendelse eller er relevante og favner således bredt. Et eksempel er forskrift om håndtering av humane celler og vev, som for mange ansatte kanskje kan virke noe abstrakt. Andre eksempler er helsepersonelloven og arbeidsmiljøloven som de fleste nok kjenner rimelig godt. Prosedyren er omfattende og favner bredt. Den går relativt nøye gjennom hvordan det er forventet at ansatte og ledere skal forholde seg til registrering og håndtering av hendelser i Achilles. Denne oppgavens tematikk krever også en relativt detaljert gjennomgang av hva prosedyren sier, i og med at studien fokuserer inngående på hvordan uheldige hendelser blir registrert og behandlet i Achilles. Jeg kommer derfor videre til å referere en del direkte fra prosedyren.

Under punkt 2, hensikt og omfang, i prosedyren står det:

Oslo universitetssykehus sine verdier og mål kan oppsummeres: kvalitet og trygghet i en fremragende og lærende organisasjon som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv. Et viktig ledd i å virkeliggjøre dette er å registrere uønskede hendelser og risiko systematisk, analysere årsaker og beslutte tiltak for å forbedre virksomheten og forebygge unødige tap / skader (OUS 2020).

Her viser sykehuset hva som er kjerneverdiene til sykehuset. Organisasjonen skal være fremragende og lærende. Registrering av uønskede hendelser og behandling av disse trekkes frem som viktige ledd. Sykehuset mener altså at dette er viktig. Videre står om:

- Hva som menes med uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag
- Hvordan ansatte skal registrere saker i forbedringssystemet Achilles
- Hvordan ledere skal saksbehandle, analysere årsaker, dokumentere forbedringstiltak og evaluere effekten av dem
- Hvordan lovpålagte meldeplikter håndteres i og utenfor Achilles (OUS 2020).

Prosedyren er omfangsrik med 8 sider, inkludert referanser, og gir føringer for alle ansatte om hvordan systemet skal brukes. Dette er den elektroniske håndboken som alle ansatte skal følge. Videre står det i henhold til punkt 3, fremgangsmåte, at følgende skal registreres i Achilles:

- Forbedringsforslag av betydning for kvalitet, pasientsikkerhet, HMS/arbeidsmiljø eller effektivitet.

- Uønskede hendelser, nesten-uhell og vedvarende risikoforhold som har eller kunne medført skade / negativ konsekvens for pasienter, medarbeidere, utstyr, bygninger eller ytre miljø
(OUS 2020).

De to første punktene i prosedyren er, som vi ser over, ment å favne det meste og er ganske generelle. Mer spesifikt sier prosedyren:

- Komplikasjoner, bivirkninger og andre mulige påregnelige konsekvenser av behandlingen, f.eks. reoperasjoner, sykehusinfeksjoner og utfall som er dårligere enn forventet. Formålet med registreringen er å vurdere grad av forebyggbarhet / mulighet for forbedring(...)
- Uønskede hendelser / risiko ved bruk av utstyr, utstyrssvikt, reklamasjon på utstyr (engangsutstyr, medisinsk teknisk utstyr, implantater eller annet utstyr)
- Uønskede og uventede hendelser som involverer forskningsdeltakere, eller andre avvik knyttet til bruk av helseopplysninger og/eller humant biologisk materiale til forskning.
- Vold, trusler og andre villedede handlinger som har ført til negative konsekvenser / skader
- Unaturlige dødsfall jf. Legers meldeplikt til politiet ved unaturlig dødsfall dersom det er grunn til å tro at det kan skyldes feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade, drap, selvmord mm.
- Brudd på lov, forskrift eller avvik fra styrende dokumenter / prosedyrer, herunder mangel på oppfyllelse av pasientrettigheter.
- Hendelser, forhold eller nesten-uhell uten helsemessig betydning, men som bør forebygges av hensyn til andre vesentlige tap (tidsbruk, økonomi, annen ressursbruk)
(OUS 2020).

Punktene over er litt mere spesifikke enn de to første punktene og tar blant annet for seg brudd på lover, forskrifter og unaturlige dødsfall. Videre sier prosedyren: «Mindre alvorlige forhold som gjentar seg ofte (og ikke er meldepliktig) kan med fordel registreres samlet, i samråd mellom leder og personalet. For eksempel ved å registrere på en liste i papir eller Excel for en periode, og deretter registrere som én sak i Achilles med listen/filen som

vedlegg» (OUS 2020). Det er ganske omfattende hva som skal registreres, men som man ser i sitatet over kan man også samle opp mindre alvorlige forhold som gjentar seg ofte. Dette kan registreres som en sak. Prosedyren definerer ikke hva mindre alvorlig betyr, utover at det ikke skal være meldepliktig. Dette må forstås som at det er opp til hver enkelt å gjøre en vurdering.

2.2.2 Tilgang og registrering

Alle ansatte med OUS-bruker, det vil si med et brukernavn som gir tilgang til datasystemene ved OUS, har tilgang til Achilles via intranett. Dette betyr at man kan bruke systemet fra en OUS-PC. Prosedyren sier følgende om hvordan medarbeider som oppdager uønsket hendelse eller risikoforhold skal gå frem:

Medarbeidere som oppdager uønsket hendelse / risikoforhold, enten det oppdages av medarbeider selv, av pasient/pårørende eller fra klage, erstatningssak, brev eller epost fra eksterne etc.

1. Sørg for nødvendige strakstiltak for å begrense konsekvenser, for eksempel at pasient/ansatt får nødvendig helsehjelp.
2. Straksmeldinger – se Meldeplakaten for varslingsplikt dersom:
 - Betydelig pasientskade / død der utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko
 - Alvorlige samt uønskede og uventede medisinske hendelser som antas å ha sammenheng med forskning
 - Dødsfall eller alvorlig skade på ansatt
 - Alvorlig hendelse med medisinsk teknisk utstyr (la utstyret forbli urørt), herunder strålegivende utstyr
 - Intern ulykke, driftsteknisk hendelse, utslipp e.l. med behov for skadestedsledelse
 - Mistanke om unaturlig dødsfall

Alle hendelser som meldes til myndighetsorgan/tilsyn skal også registreres i Achilles for intern håndtering (OUS 2020).

Denne delen av prosedyren tar for seg når man skal varsle straks ved en uønsket hendelse. Dette gjelder alvorlige forhold som dødsfall eller alvorlig skade. Sykehuset sin meldeplakat definerer hvem man skal varsle og hva man skal gjøre for å begrense skade. Meldeplakaten skal henge opp på alle sykehusets avdelinger. Videre står det:

3. Registrer sak i forbedringssystemet Achilles, gjerne i samråd med andre involverte. Velg det skjemaet som passer best: Risiko/konsekvenser for pasienter registreres som «Pasienthendelse». Risiko/konsekvenser som rammer ansatte eller arbeidsmiljø/HMS registreres som HMS. Andre hendelser, laboratorierelaterte avvik og forbedringsforslag registreres som «Andre avvik og forbedringsforslag».
4. Beskriv kort hendelsesforløpet, antatte årsaker, konsekvenser og dine forbedringsforslag i feltene for dette.
 - Ved pasienthendelse skrives pasientens navn og fødselsnummer i feltene for dette(...)
 - Ikke skriv navn på kollegaer, skriv heller vakthavende lege, sykepleier på kveldsvakt o.l. Ikke skriv personangrep / negative karakteristikker av kollegaer, men en faktaorientert beskrivelse av hva som har skjedd. Dette er nødvendig for at saken skal kunne brukes i et konstruktivt forbedringsarbeid. Achilles er lite egnet til å løse konflikter eller trakassering, dette bør tas opp direkte med din nærmeste leder. Hvis du trenger å være anonym eller skjule din identitet ovenfor andre som du mener er involvert i kritikkverdige forhold, henvises til prosedyren for Varsling av kritikkverdige forhold (OUS 2020).

Ovenfor ser vi at det er ønskelig med faktaorienterte beskrivelser uten bruk av navn. Dette kan forstås som at det kan være belastende å navngis og at man ikke skal skrive i affekt eller komme med personangrep. Det kommer også frem at Achilles er uegnet til å løse konflikter. Her ser vi også at det vises til en annen prosedyre, hvis man mener at man må si fra om kritikkverdige forhold. Det er også beskrevet at man kan registrere en sak i samråd med andre. Man må med andre ord ikke være alene om en registrering. Videre sier prosedyren:

5. Informasjon om aktuelle meldeplikter vises i skjemaet avhengig av avkrysning for bl.a. konsekvens. Sett kryss basert på det du vet i dag, dette kan justeres av leder senere.
6. Send gjerne kopi til andre involverte medarbeidere. Saken sendes til nærmeste leder og du mottar en e-post med kvittering og lenke til saken. Du kan senere skrive kommentarer i saken, men ikke endre beskrivelses-feltene.
7. Snakk med lederen din ved behov for støtte etter belastende opplevelser. Se også prosedyren Kriser og traumatiske hendelser – støtte til ansatte.

8. Når saken er ferdig behandlet og lukkes, vil du motta en ny automatisk e-post fra Achilles, og kan lese konklusjonen. Hvis du mener at en sak ikke er tilstrekkelig håndtert, kan du ta det opp med ledere, verneombud, aktuell faginstans (f.eks. Arbeidsmiljøavdelingen eller Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet) eller i siste instans som varslings sak til juridisk avdeling (OUS 2020).

Ifølge prosedyren har ansatte stort handlingsrom når det gjelder å melde fra om uønskede hendelser eller forbedringsforslag i Achilles. I tråd med punkt 8 ovenfor har også ansatte flere ankeinstanser hvis man mener at en sak man har meldt ikke er tilstrekkelig håndtert. Følgelig kan man som melder følge opp sin sak, selv etter at den fra saksbehandler sin side er ansett som avsluttet. Det tas i prosedyren også høyde for at man kan ha vært utsatt for belastende hendelser som rapporteres. Her viser prosedyren til en annen prosedyre som omhandler nettopp støtte til ansatte.

Ansatte har i tillegg til prosedyren også en del hjelpetekst når de registrerer en uønsket hendelse i Achilles. Hjelpeteksten skal gi den som registrerer en hendelse hjelp med å opprette riktig type sak. Dette vil enten være pasienthendelse, HMS-avvik eller AND/forbedringsforslag. Når man har valgt type registrering vil Achilles be om at man fyller ut forhåndsdefinerte tekstfelter. I disse feltene skal melder oppgi informasjon om hendelsesforløpet, årsaker, konsekvenser og forbedringsforslag.

2.2.3 Lederes behandling av hendelser

Prosedyren gir også føringer for hvordan enhetsledere, seksjonsledere og avdelingsledere skal håndtere saker i Achilles:

1. Leder mottar e-post om nye saker til behandling i Achilles. Det sendes i tillegg påminnelse hver mandag for saker som ikke er behandlet innen 10 dager. Som hovedregel skal leder selv saksbehandle i Achilles. Delegering av saksbehandleransvar kan gjøres etter grundig vurdering av saksbehandlerkompetanse og at fremgangsmåten ikke hindrer nødvendige beslutninger (OUS 2020).

Prosedyren gir altså leder en påminnelse om saker som ikke er behandlet innen 10 dager. Dette må forstås som at det er en forventning til at behandling starter, innen 10 dager. Det går

ikke frem av prosedyren om saken skal være ferdigbehandlet (lukket) innen 10 dager. Videre står det i prosedyren:

2. Eksterne meldeplikter / varslinger i henhold til meldeplakaten og beredskapsplan foretas straks det er mulig.
3. Kategorisering: Skriv en tittel som kort beskriver hva som har skjedd og velg sakstype ut fra risikoens karakter. Kontroller og oppdater avkrysningene for konsekvenser, hyppighet og evt. forebyggbarhet (OUS 2020).

Her ser vi over, at det er leder som skal gi hendelsen, eller registreringen i Achilles, tittel. Leder skal også kontrollere og oppdatere avkrysningene for konsekvenser, hyppighet og forebyggbarhet. Dette betyr at leder kan justere opp eller ned det melder eventuelt har vurdert om det samme. Prosedyren sier videre:

4. Årsaksanalyse: Innhent nødvendig informasjon for å beskrive hendelsesforløpet (send kopi/kommentar til aktuelle personer). Husk å involvere medarbeidere/ledere i andre relevante enheter, for eksempel der leger og sykepleiere er organisert i ulike seksjoner. Sørg for å fokusere på bakenforliggende årsaker og systemforbedring fremfor personlig skyld. Dette er en forutsetning for en åpen og lærende kultur(...)
5. Forbedringstiltak (forebyggende tiltak / korrigerende tiltak): Bruk årsaksanalysen som grunnlag for å beslutte tiltak rettet mot varig reduksjon av risiko der dette er nødvendig. Besluttede forbedringstiltak skal dokumenteres (forskrift om ledelse). Tiltak skal være konkrete og gjennomførbare innenfor lederens eget ansvarsområde. Ta verneombud med på råd i HMS-saker (OUS 2020).

Her ser vi at det er viktig å innhente informasjon om bakenforliggende årsaker til hendelsen. Dette oppgis å være en forutsetning for en åpen og lærende kultur. Vi ser også at leder, eventuelt i samråd med verneombud skal beslutte tiltak for forbedringstiltak. Det vises i punkt 5 til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Videre står det i prosedyren:

6. Utfør evt. andre meldeplikter til myndigheter/tilsyn: Se tabell nedenfor. Veiledning finnes også i skjemaene i Achilles.
7. Videre send, overfør eller lukk saken (se veiledningstekst i Achilles):

- Mindre alvorlige hendelser som er ferdigbehandlet med forbedringstiltak eller akseptabel risiko kan lukkes lokalt. Det skrives en konklusjon som er forståelig for alle interessenter.
- Saker som ikke kan løses innenfor lederens eget ansvarsområde skal videresendes tjenestevei eller overføres til annen ansvarlig enhet, etter at leder selv har vurdert hva enheten selv kan gjøre (tiltak). Dvs. at når det er årsaksforhold som en annen leder må vite om og rette opp, skal saken som hovedregel ikke lukkes lokalt. Andre interessenter/delansvarlige ledere informeres med kopi- eller kommentarfunksjonen. Aktuelle faginstanser konsulteres ved behov for bistand derfra.
- Pasienthendelser og andre hendelser som har eller kunne medført betydelig skade / dødsfall eller som er prinsipielt viktige, skal videresendes tjenestevei og sluttbehandles av klinikkens Pasientsikkerhetsråd, følg instruksjoner i skjemaet.
- Hvis den uønskede hendelsen / risikoen oppsto hos eksterne samhandlingsparter (annet sykehus, kommune/sykehjem, fastlege, apotek etc.), bør de gjøres oppmerksom på saken(...) (OUS 2020).

Punkt 7 gir føringer for når og hvor en sak kan avsluttes og hva som må gjøres i forbindelse med dette. Man bør i følge prosedyren informere aktuelle eksterne samhandlingsparter om hendelsen, feks sykehjem, hvis de har vært en del av saken Noen saker skal også sluttbehandles i klinikkens pasientsikkerhetsråd. Det er ikke alltid leder har myndighet til selv å lukke en sak, men må sende saken videre til f.eks. pasientsikkerhetsrådet. Videre står det om tiltak:

8. Gjennomførte tiltak skal evalueres for å sikre at de har hatt ønsket effekt (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 8c). Evalueringen beskrives og effektvurderingen angis i skjemaet, før status angis som «utført/lukket». Dersom besluttede tiltak ikke gjennomføres, eller manglende effekt av tiltak tilsier at det er nødvendig, skal saken gjenåpnes og andre tiltak vurderes (OUS 2020).

Punkt 8 tar for seg evaluering av tiltak og de viser til forskrift om ledelse og kvalitet (2016). Dette viser at OUS er opptatt av at besluttede tiltak skal kunne gjennomføres og ha effekt. Gjennomførte tiltak skal også evalueres. Videre har prosedyren flere viktige punkter for leders øvrige ansvar for saksbehandling i Achilles:

- All intern saksbehandling av uønskede hendelser/risikoforhold skal dokumenteres i Achilles(...)
- Ta vare på ansatte som har opplevd vanskelige situasjoner. Snakk med den ansatte så raskt som mulig / innen et døgn etter at du fikk vite om hendelsen. Hvis vedkomne ikke er på jobb, ring. Dersom vedkomne har stort behov for å snakke, vurder om vedkomne trenger mer oppfølging og henvis evt. til fastlege/DPS/legevakt. Se evt. prosedyren Kriser og traumatiske hendelser – støtte til ansatte som kan være aktuelt etter alvorlige uønskede hendelser.
- En sak i Achilles kan falle inn under begrepet varsel iht. Arbeidsmiljøloven § 2 A(...)
- Viktige risikoområder fra sakene i Achilles og tilhørende status for forbedringstiltak skal rapporteres i Ledelsens gjennomgang og brukes som grunnlag for avdelingens og klinikkens risikovurderinger.
- Leder skal ha aktuelle saker og forbedringstiltak som fast punkt på dagsorden i alle personalmøter(...)
- Ledere på høyere nivåer skal påse at saksbehandlingen i underliggende enheter er i henhold til prosedyren ved å ha aktuelle hendelser, forbedringstiltak og restanser som fast punkt på dagsorden i sine ledermøter(...)
- Saker som er lukket uten tilstrekkelig årsaksanalyse/forbedringstiltak i forhold til risikoen, gjenåpnes av leder på høyere nivå, kvalitetsrådgivere/pasientsikkerhetsråd eller faginstans (Avd. for kvalitet og pasientsikkerhet eller Arbeidsmiljøavdelingen). Gjenåpning skal alltid følges av en forklaring av hvorfor saken gjenåpnes og forslag om hva som bør vurderes (OUS 2020).

Som vi ser av punktene ovenfor hviler det et stort ansvar på leder. Så fort leder er kjent med noe som burde registreres, eller får varsel om at noe er registrert, er det en rekke tiltak leder må sørge for. Vi ser at ansatte skal ivaretas og at saker meldt i Achilles også kan falle under Arbeidsmiljølovens bestemmelser om varsel.

Prosedyren inneholder også en liste over meldeplikter og til hvem man er pliktig å melde til ut ifra sakens innhold og natur. Det kan for eksempel være melding til Helsetilsynet om pasientskade. I Achilles vil det dukke opp hjelpetekst og meldeskjemaer forutsatt at man registrerer for eksempel en feil med medisinsk utstyr. Melder eller saksbehandler må manuelt fylle ut skjemaene.

Prosedyren gir føringer for når ansatte kan melde og hvordan ledere skal følge opp. Ansatte kan melde om det de mener er viktig og ledere skal saksbehandle så fremt leder har myndighet til å saksbehandle på sitt nivå, om ikke skal leder videresende saken tjenestevei. Leder skal innhente nødvendig informasjon for å beskrive hendelsesforløpet. Prosedyren definerer ikke hva som ikke skal meldes, utover at Achilles er lite egnet til å løse konflikter eller trakassering.

2.3 Annen forskning

Det er skrevet flere norske masteroppgaver om avvik og /eller forbedringsarbeid, hvor forfatteren(e) ser på hvordan de som skal melde forholder seg til systemet. Det er også skrevet oppgaver om spesifikke typer avvik eller om avvik knyttet til en spesiell type hendelse. Oppgavene om hvordan mennesker forholder seg til det å bruke avvikssystemer eller forbedringssystemer er nok mest relevant i denne sammenhengen. Internasjonalt finnes det også studier, men jeg har ikke funnet noen som er direkte sammenliknbare med min problemstilling.

De fleste søkene jeg har gjort er gjort med hjelp av Google Scholar. Jeg har også gjort søk i DUO/UIO. I Google Scholar har jeg søkt på «adverse events + ambulance», «adverse events + prehospital», «adverse events + healthcare» og «adverse events + emergency medical services». Det er skrevet noen artikler fra ambulansetjenester i USA, men disse dreier seg i hovedsak om mangelen på selvrapportering/egenrapportering blant ambulanspersonell. Jeg kan ikke finne andre oppgaver eller artikler som tar for seg min tematikk direkte, men det er flere norske oppgaver som er sammenliknbare i det at de omhandler forbedringsarbeid, uønskede hendelser, helsepersonell og ledere.

2.3.1 Andre oppgaver

Oppgaven «Å forholde seg til regelverket – hvordan virker dette på avvikshåndteringen» av Sønstebo og Hærnes (2009) og oppgaven «Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus» av Roald (2013) er mest relevante. Begge masteroppgavene er fra Universitetet i Oslo. Sistnevnte oppgave av Roald ser på mye av det samme som denne oppgaven tar for seg. I all hovedsak skiller den seg fra min forskning ved at den er gjort i sykehus, mens min oppgave er prehospital, altså utenfor sykehus.

Roald (2013) skriver at hun ønsket å undersøke sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus. Hun håper at resultatene fra studien vil bidra til å skape en bredere forståelse av noen av de dypereliggende årsakene til underrapporteringen blant helsepersonell (Roald 2013).

Roald ønsker altså å få forståelse for sykepleieres forhold til meldesystemet og underrapportering. Dette er tett opp til det jeg ønsker å finne ut av. Videre skriver hun «Min studie viser en diskrepans mellom den uttalte intensjonen med meldesystemet og sykepleiernes faktiske bruk og forståelse av meldesystemet som informasjonsgrunnlag for kvalitetsforbedring» (Roald 2013). Roald peker på at informasjon ikke alene er en kvalitetssikring, men må ligge til grunn. Roald finner altså at sykepleiere sin bruk og forståelse av meldesystemet ikke er i tråd med intensjonen til meldesystemet. Hun peker også på at det likevel har et stort potensiale i seg. Dette er relevant i forhold til mine forskningsspørsmål. Videre skriver hun:

Utfordringen er i større grad å stimulere til lokal involvering og tverrfaglig samarbeid slik at rapportering oppleves som verdifullt. For å få praktisk nytte av meldesystemet vil det være viktig at ledere på avdelingsnivå viser at meldesystemet kan være en viktig informasjonskilde for å avdekke risikoområder ved avdelingens drift. Videre er det avgjørende at avdelingsledere eller andre instanser i meldesystemet vektlegger sykepleiernes rapporter ved å gi tilbakemeldinger som oppleves som meningsfulle for sykepleierne. For avdelingslederens del vil det være viktig at arbeidet med rapporter ikke blir et ressursproblem med hensyn til tid og krefter (Roald 2013).

Her peker hun på viktigheten av at ledere involverer seg i arbeidet og gir meningsfulle tilbakemeldinger til de som har rapportert. Det går frem av Roald (2013) sin oppgave at Sykepleiere rapporterer, men de rapporterer for lite. Det går også frem at sykepleiere ser på rapportering som ekstraarbeid og at de forventer umiddelbare tiltak når de melder. Sykepleiere forventer å være delaktige i kvalitetsarbeidet og når dette ikke skjer stimuleres ikke motivasjonen for rapportering (Roald 2013) Funnene i undersøkelsen til Roald tilsier at tiltak som utføres åpent og inkluderende, på bakgrunn av rapporterte uønskede hendelser, vil stimulere til økt rapportering blant sykepleierne. Videre finner Roald at det å arbeide med å redusere barrierer for å melde om hendelser, og å bygge opp under systemer som fremmer at sykepleiere rapporterer, vil bidra til å skape lærende organisasjoner som fremmer pasientsikkerheten ved avdelingen og sykehuset (Roald 2013).

Oppgaven til Roald peker på viktigheten av kommunikasjon mellom leder og melder. Denne kommunikasjonen må som oppleves meningsfull for melder. Roald finner at det rapporteres hendelser, men at disse ikke er etter intensjonen med meldesystemet. Rapportene i meldesystemet må anerkjennes og vektlegges på en meningsfull måte for sykepleierne. Hun peker også på viktigheten av å redusere barrierer og jobbe med fremmere for å få flere til å melde. Tiltak som gjennomføres på bakgrunn av uønskede hendelser må utføres inkluderende og åpent. Dette mener Roald vil stimulere til økt rapportering.

Oppgaven til Sønstebø og Hærnes «Å forholde seg til regelverket – hvordan virker dette på avvikshåndteringen» (2009) konkluderer med følgende:

Undersøkelsen vår viser at lovverket ikke er tilstrekkelig kjent blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Skal helsearbeidere melde, må de forstå hvorfor de skal melde samtidig som det skal være trygt og positivt. Støtte til helsepersonell etter feil og pasientskade er avgjørende for rapportering (Sønstebø og Hærnes 2009).

Her finner Sønstebø og Hærnes at lovverket ikke er godt nok kjent blant helsepersonell. For å kunne melde i tråd med lovverket, må man kjenne til lovverket. Videre skriver de at virksomhetene er pålagt å følge opp avvik, men at dette svikter ved at de ikke trekker kunnskap ut av de avvikene som meldes. Systematisk gjennomgang og analyse av avvik er fraværende. De foreslår innføring av ukens «avvikstime» på den enkelte enhet og hevder at det burde være en glimrende arena for å lære av feil og avvik. Dette vil også ifølge Sønstebø og Hærnes være en anledning til å involvere de som ikke har vært med i selve hendelsen slik at de også får en mulighet til å lære. Dette forutsetter ifølge Sønstebø og Hærnes at det er en arena der alle ansatte føler seg trygge og ivaretatt. Det må ikke være en arena der man er på jakt etter syndebukker (Sønstebø og Hærnes 2009).

Sønstebø og Hærnes har sett på legers forhold til regelverket og lovene som regulerer virksomheten de jobber i. De peker også på viktigheten av at avvik, åpen gjennomgang av feil og avvik er en god arena for å lære, men dette forutsetter at alle ansatte føler seg trygge og ivaretatt. De skriver også at deres funn viser at det ikke hjelper å melde, dersom det ikke gjøres noe med meldingene (Sønstebø og Hærnes 2009).

Korsæth og Indrebø sin masteroppgave «Lede trygt og godt – sykehuslederes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet» (2013) er en kvalitativ oppgave som har intervjuet ledere ved

sykehus. Oppgaven ser på kvalitetsarbeid sett fra leder sitt ståsted. Korsæth og Indrebø skriver blant annet i sin konklusjon:

Det har vært økende oppmerksomhet på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid de senere år. Myndighetene krever en økt standardisering med etablering av nasjonale veiledere, retningslinjer og prosedyrer. Systemenes betydning for å sikre kvalitet og sikkerhet vektlegges av myndighetene. Informantene i vår studie vektlegger imidlertid de ansattes kompetanse mer enn systemene for å sikre kvalitet. Pålegg fra myndighetene oppfattes ikke nødvendigvis som relevante for å sikre kvalitet. Begrepene som benyttes har heller ikke den samme betydning for lederne i klinisk praksis (Korsæt og Indrebø 2013).

Korsæt og Indrebø finner at de ansattes kompetanse er viktigere enn systemet for å sikre kvalitet. Dette må forstås som at kompetansen den enkelte besitter er viktigere enn pålegg fra myndighetene om kvalitet og sikkerhet. De skriver at informantene anså det som en kvalitetsutfordring å sikre at hver enkelt medarbeider hadde riktig og nødvendig kompetanse og tilstrekkelig erfaring. Videre skriver Korsæt og Indrebø at for å sikre kvalitet trengte informantene medarbeidere som var motiverte og som engasjerte seg for faget og fagets utvikling. Seksjonen må ha en kultur og et miljø for læring og fellesskapsfølelse i enheten ble også oppfattet som viktig (Korsæt og Indrebø 2013).

Korsæt og Indrebø fant at sykehusledere vektlegger erfaring, kompetanse og et miljø for læring som viktig. Om forskjellig lederstil skriver de blant annet:

Noen så det som et hovedpoeng å sørge for at enheten holdt et høyt faglig nivå med høy kvalitet i alle ledd. Andre så arbeidet med kvalitet mer som en oppgave i rekken av alle oppgavene de skulle løse. Synet på kvalitet var knyttet til den tilnærming til ledelse disse ga uttrykk for å ha (Korsæt og Indrebø 2013).

Korsæt og Indrebø skriver at de som oppfattet kvalitetsarbeidet som en del av lederoppdraget hadde oftere en direkte, tilstedeværende tilnærming. Dette i motsetning til de som hadde en mer indirekte, delegerende tilnærming så oftere på kvalitetsarbeid som «nok en oppgave». Videre sier forfatterne at selv om utfordringene var de samme så forholdt de seg ulikt til dem. Oppfatningen av utfordringene var avgjørende for hvordan lederne arbeidet med å løse dem. Korsæt og Indrebø sier at informanter som hadde en direkte, deltagende tilnærming var

gjennomgående mer opptatt av utfordringer knyttet til de menneskelige faktorene (Korsæt og Indrebø 2013).

Her fant Korsæt og Indrebø 2013 at ledere har ulikt syn på arbeidet med kvalitet og at de følgelig ledet sine ansatte ulikt og med forskjellig fokus.

Disse tre masteroppgavene er relevante for min oppgave i det at de omhandler hvordan helsepersonell bruker meldesystemet, hvilket syn de har på meldesystemet og hvordan ledere opplever arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Oppgavene peker på viktigheten av flere forhold. Blant annet peker de på viktigheten av kompetanse hos de som skal rapportere. At de som rapporterer forventer å være delaktige i det videre arbeidet og at dette er viktig for motivasjon til registrering. Oppgavene viser også at det ikke hjelper å melde, eller rapportere, hvis det ikke gjøres noe med meldingene, samt at det er viktig med ledere som er involvert og engasjert i kvalitetsarbeidet.

3 Teori

Hvordan kan motivasjon spille en rolle i de valgene vi tar på jobb og hvilken betydning har evne og mulighet? Teoriene i denne oppgaven er valgt for å belyse disse spørsmålene i tilknytning til tematikken jeg er opptatt av. Min oppgave handler nettopp om hva som gjør at vi velger å registrere eller å behandle en uønsket hendelse, eller hva som gjør at vi velger å ikke registrere eller behandle en hendelse.

Teorikapittelet tar for seg implementering, COM-B teorien, PRIME teorien og Maslows behovspyramide. Implementering er med som rammeverk for teoriene. COM-B teorien omhandler Behavioural Change Wheel, en modell som søker å forstå hva som skal til for å endre atferd. Teorien er tenkt anvendt i forbindelse med implementering. I COM-B er motivasjon for å gjøre noe, eller ikke gjøre noe, viktig.

PRIME-teorien er en skjematisk oversikt over fem undergrupper som til sammen danner menneskelig motivasjon. PRIME-teorien gjennomgår nøye hvordan motivasjon skapes og påvirkes.

I artikkelen *A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation* av Robert West og Susan Michie (2020), blir COM-B og PRIME presentert sammen som et utgangspunkt for å utvikle intervensjoner for atferdsendring. Maslow er en av de mer kjente behovsteoretikerne og utviklet sin behovspyramide for å se på hvilke grunnleggende behov som forklarer vår atferd og motivasjon.

3.1 Implementering

Implementering betyr i følge Store norske leksikon «...å iverksette, utføre eller realisere» (Implementere 2020). Artikkelen *Making sense of implementation theories, models and frameworks* av Per Nilsen (2015) forklarer han implementeringsvitenskap som den definerte vitenskapelige studien av metoder som fremmer systematisk opptak, av funn fra forskning og kunnskapsbasert praksis, til rutiner for å bedre effektivitet og kvalitet i helsetjenester (Nilsen 2015). Videre forklarer Nilsen implementering som vedvarende spredning, eller utbredelse, og formidling. Spredning sier Nilsen er passiv og ikke målrettet, for eksempel i forhold til ny praksis. Formidling er i følge Nilsen en aktiv og målrettet formidling med planlagte strategier. Implementering er prosessen hvor man tar i bruk ny praksis (Nilsen 2015).

Implementering kan, som vi ser skje både aktivt, hvor implementeringen er planlagt og passivt hvor implementeringen ikke er planlagt. Målsetningen er å ha implementering av forskning og kunnskapsbasert praksis.

Læringsmiljøsentret ved Universitet i Stavanger forklarer implementering slik:

Implementering er den kompliserte konkretiseringsfasen når forskning, visjoner og ideer skal omsettes til den virkelige verden. Det kan for eksempel være teorier, programmer, aktiviteter eller strukturer som skal tilpasses, konkretiseres og innføres i praksisfeltet. Alle typer endringsarbeid har en beskrivelse av hva som skal gjøres (intervensjonen), men hvordan dette arbeidet skal gjøres (implementeringen) er like viktig. Organisasjonen må vektlegge og håndtere både hva og hvordan for å oppnå særlig effekt av endringsarbeidet (Marit O. Øvregård 2016).

Implementering dreier seg altså om den faktiske bruken av noe, etter at ideen, forskningen eller planene er ferdigstilt. Som vi ser beskrives implementering kortfattet som «konkretiseringsfasen», «iverksette», «utføre», «ta i bruk» eller «integre». Felles for disse er at de kommer etter det som er tenkt, forsket på, skrevet ned og planlagt. Hvordan det skal det tas i bruk eller brukes rent faktisk og praktisk. Dette er rammen jeg vil forholde meg til videre.

3.2 COM-B modellen

COM-B er en modell som faller innenfor begrepet implementering.

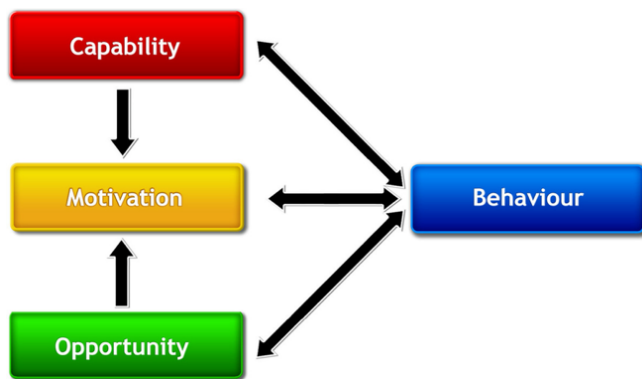
Artikkelen *The behaviour change wheel: A new method for characterizing and designing behavior change interventions* av Michie et al. (2011), ser på kartlegging av atferd og intervensjoner for atferdsendring. Atferdsendring i denne sammenhengen må forstås som endring innenfra og som noe positivt, ikke som en tvungen endring eller endring grunnet frykt.

Improving the implementation of evidence-based practice and public health depends on behaviour change. Thus, behaviour change interventions are fundamental to the effective practice of clinical medicine and public health, as indeed they are too many pressing issues facing society. 'Behaviour change interventions' can be defined as coordinated sets of activities designed to change specified behaviour patterns. In general, these behaviour patterns are measured in terms of the prevalence or incidence

of particular behaviours in specified populations (e.g., delivery of smoking cessation advice by general practitioners)

(Michie et al. 2011, S.2)

Som vi ser skal intervensjoner for atferdsendring være koordinerte for å endre spesifikke atferdsmønstre. Forfatterne bruker råd fra myndighetene for å slutte å røyke som eksempel. Her vil atferdsmønstre bli målt som prevalens eller insidens i spesifiserte demografiske grupper og atferdsintervensjoner kan designes basert på atferdsmønstrene.



Figur 1 (Michie et al, 2011, S. 4)

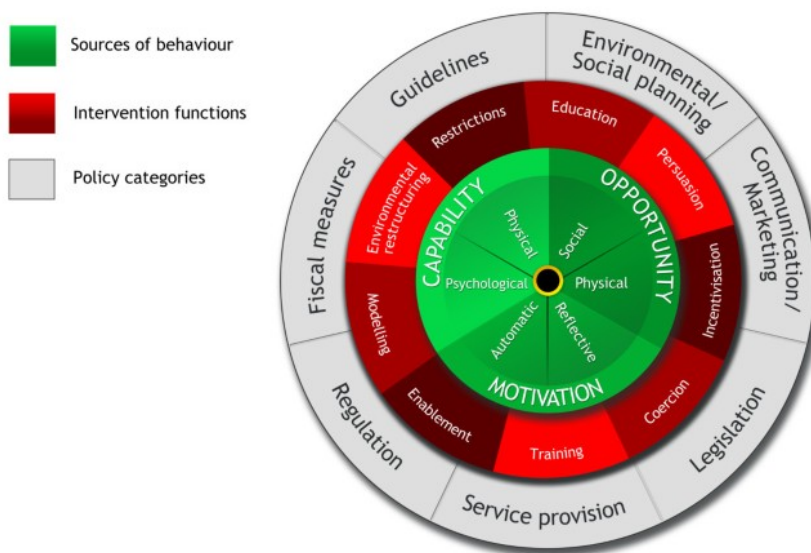
Figur 1 er COM-B, grafisk fremstilt i, som et rammeverk for å forstå atferd. Capability er evne til å gjøre noe. Motivation og Opportunity er motivasjon og mulighet til å gjøre noe. Disse dikterer eller påvirker sammen “behaviour”, altså atferd. Figur 1 viser også hvordan de enkelte bestanddelene i figuren påvirker hverandre. Pilene viser hvordan komponentene kan påvirke hverandre. Forfatterne skriver at selv om dette er en modell for atferd, så danner den også basis for å designe intervensjoner for å endre atferd (Michie et al. 2011, S.4).

Forfatterne skriver at i dette atferdssystemet er evne, mulighet og motivasjon knyttet til hverandre og dikterer eller skaper atferd. Atferd påvirker igjen evne, mulighet og motivasjon. Evne skriver forfatterne er individets psykiske og fysiske kapasitet til å engasjere seg i den aktuelle aktiviteten. Dette inkluderer å ha nødvendig kunnskap og ferdigheter (Michie et al. 2011, S.4).

Her kommer det frem at evne, mulighet og motivasjon påvirker atferd som vi så i figur 1. Atferd påvirker også evne, mulighet og motivasjon. Evne ser vi favner det å også ha nødvendig kunnskap og ferdigheter til å kunne gjøre noe.

Motivasjon er ifølge forfatterne definert som hjerneprosesser som gir energi og dikterer atferd. Dette sier de gjelder mer enn bevisste beslutninger og målsetninger. Dette inkluderer også habituelle prosesser og analytiske beslutninger. Videre sier de at mulighet er alle faktorer som ligger utenfor individet, men som gjør atferd mulig, eller fremmer atferd (Michie et al. 2011, S.4).

Her ser vi at motivasjon også inkluderer analytiske beslutninger. Dette må forstås som at motivasjon ikke alltid kommer spontant. Vi ser også at mulighet ikke er direkte knyttet til individet, men er faktorer som tilrettelegger for atferd.



Figur 2 (Michie et al. 2011, S. 7).

Figur 2 setter COM-B modellen i forhold til intervensjoner og kategorier hvor det kan være aktuelt å bruke modellen. Den innerste sirkelen i grønt representerer årsaker til atferd. Den røde sirkelen representerer ni intervensjoner som adresserer mangler i den grønne sirkelen. Den ytterste grå sirkelen representerer syv kategorier hvor de røde intervensjonene kan brukes. Vi ser at i den grønne sirkelen ligger evne, motivasjon og mulighet, som vi kjenner igjen fra figur 1. Den røde sirkelen lister opp en rekke intervensjoner som i følge artikkelforfatterne kan komme til anvendelse for å endre atferd, ut i fra hva som mangler eller

ikke fungerer i den grønne sirkelen. Den grå sirkelen lister opp aktuelle områder hvor det kan være aktuelt å anvende den røde sirkelen. Som vi ser er guidelines, eller retningslinjer og kommunikasjon to av kategoriene.

Forfatterne skriver at de tror at dette er det første forsøket på en systematisk analyse av atferdsintervensjoner i et rammeverk og hvor det er knyttet (nyttige) kriterier til intervensjonene. Det er også første gang et nytt rammeverk har blitt bygget på eksisterende rammeverk, eksplisitt for å overvinne deres begrensninger (Michie et al. 2011, S.7). Modellen er tenkt anvendt innenfor implementering, spesielt m.h.t. forskningsbasert praksis.

3.2.3 COM-B, bokstavene forklart: C

C i COM-B modellen står som nevnt for Capability. Oversatt til norsk betyr capability evne, ifølge Google oversetter, som er en nettressurs. Evne betyr at man kan noe eller behersker noe.

I COM-B modellen beskrives Capability på følgende måte:

«Capability is an attribute of a person that together with opportunity makes a behaviour possible or facilitates it. Psychological capability is capability that involves a person`s mental functioning (e.g. understanding and memory) » (West, R. & Michie, S. 2020).

I denne sammenhengen må evne forstås som det å kunne gjøre noe, beherske noe og utføre noe, for eksempel en handling som å finne og bruke et bestemt dataprogram eller å lage mat. Forståelse og minne brukes og er en del av evne. Evne må forstås som kunnskap og ferdigheter.

3.2.4 COM-B, bokstavene forklart: O

O i COM-B modellen står for Opportunity. Oversatt til norsk betyr opportunity mulighet, ifølge Google oversetter som er en nettressurs. I følge Store norske leksikon betyr mulighet:

En mulighet er et element som alene eller sammen med andre elementer har i seg et potensial for å gi positive konsekvenser for noe som er av verdi for oss mennesker. Slike elementer kan være handlinger, aktiviteter, komponenter, systemer eller hendelser. Et eksempel er en forespørsel om å ta i mot en ny stilling. (Aven, 2020).

I com-B modellen beskrives opportunity på følgende måte:

Opportunity is an attribute of an environmental system that together with capability makes a behavior possible or facilitates it. Physical opportunity is opportunity that involves inanimate parts of the environmental system and time (e.g. financial and material resources). Social opportunity is opportunity that involves other people and organisations (e.g. culture and social norms)
(West, R. & Michie, S. 2020).

I denne sammenhengen må mulighet forstås som det å ha muligheten til å gjøre noe, for eksempel muligheten til å disponere en PC på jobb og ha tid til å registrere noe. Det er altså faktorer som ligger utenfor individet, men som fremmer eller fasiliteter atferd.

3.2.5 COM-B, bokstavene forklart: M

M i Com-B modellen står for Motivation. Oversatt til norsk betyr motivation, nettopp motivasjon. I følge Store norske leksikon betyr motivasjon:

Motivasjon er en samlebetegnelse for de faktorene som setter i gang og som styrer atferden i mennesker og dyr. Det første omtales ofte som motivasjonens energikomponent (hva som setter oss i sving, og hva som bestemmer innsats og utholdenhet), det andre handler om motivasjonens retning (hvilke mål vi setter oss, og hvilke valg vi tar) (Teigen, 2020).

I COM-B modellen beskrives motivation på følgende måte:

Motivation is an aggregate of mental processes that energise and direct behaviour. Reflective motivation is motivation that involves conscious thought processes (e.g. plans and evaluations). Automatic motivation is motivation that involves habitual, instinctive, drive-related, and affective processes (e.g. desires and habits)
(West, R. Michie, S. 2020, S.2).

Som vi ser, er forklaringene på motivasjon fra Store norske leksikon og fra West og Michie relativt like. Begge knytter motivasjon til atferd. I den grad det er en forskjell, så dreier det seg hovedsakelig om språklige forskjeller.

3.2.6 COM-B, bokstavene forklart: B

B i COM-B modellen står for Behaviour. Oversatt til norsk kan behaviour bety flere ting, blant annet oppførsel, men i denne sammenhengen må det forstås som atferd. I følge Store norske leksikon betyr atferd: «...den totale personlige eller gruppemessige menneskelige oppførsel og uttrykksform som preges av det herskende kulturmønster på en bestemt tid og et bestemt sted» (Malt, 2020). I COM-B modellen beskrives behaviour på følgende måte: «Behaviour is individual human activity that involves co-ordinated contraction of strained muscles controlled by the brain» (West, R. Michie, S. 2020, S.2).

Vi har sett at atferd påvirkes av evne, mulighet og motivasjon. Vi har sett at atferd også påvirker evne, mulighet og motivasjon. Dette går også frem av figur 1. Vi ser av samme figur at evne og mulighet påvirker motivasjon. Figuren er ikke statisk, men dynamisk i det at de forskjellige elementene påvirker hverandre.

3.3 PRIME

Det ene elementet i COM-B er motivasjon. Motivasjon kan forklares enkelt og det kan forklares mer akademisk og teoretisk. Motivasjon som fenomen er uavhengig av forklaringsmodell viktig for det aller meste, fordi det som regel påvirker valgene vi tar. Det er som tidligere nevnt skrevet en artikkel som ser på COM-B og PRIME theory sammen. Artikkelen *A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation* er skrevet av Robert West og Susan Michie. I artikkelen konkluderer forfatterne med følgende:

The COM-B model of behaviour and the PRIME Theory of motivation provide a basis for developing behaviour change interventions that recognise the importance of all the relevant factors influencing behaviour. They are general models and provide guidance on broad strategies. COM-B and PRIME need to be used in conjunction with more specific models relevant to the specific behaviours in question (West, R. Michie, S. 2020).

Forfatterne mener altså at COM-B og PRIME komplementerer hverandre og hører sammen. Samtidig mener de at COM-B og PRIME bør brukes sammen med mer spesifikke modeller.

Andre utgave av boka Theory of Addiction av Robert West og Jamie Brown har et eget kapittel som omhandler motivasjon. Boka omhandler avhengighet og går i dybden på de underliggende årsaken til hvorfor avhengighet skapes. Kapittel åtte i boka heter “A synthetic theory of motivation”. Det er i dette Kapittelet PRIME presenteres.

Forfatterne skriver at modellen de har adaptert har blitt gjentatt på mange måter i et historisk perspektiv. Videre sier de at den i dag blir kalt COM-B modellen. Dette fordi modellen sier at for hvilken som helst *atferd* må tre betingelser være oppfylt: Personen må ha fysisk og psykisk *evne* til å handle og fysisk og sosial *mulighet* til å beskjeftige seg i handlingen og de må være mer *motiverte* til å beskjeftige seg med handlingen i riktig øyeblikk, enn annen atferd (West, R. Brown, J. 2013, S.192).

PRIME er som vi ser adaptert fra COM-B modellen.

3.3.1 Motivasjonssystemet PRIME

West og Brown har valgt akronymet PRIME for sin teori. Bokstavene og deres betydning er som følger:

- P: plans (conscious mental representations of future actions plus commitment)
 - R: responses (starting, stopping or modifying actions)
 - I: impulses/inhibitory forces (can be consciously experienced as urges)
 - M: motives (can be consciously experienced as desires)
 - E: evaluations (evaluative beliefs)
- (West, R. Brown, J. 2013, S.195)

I kapittelet om PRIME dyp dykker forfatterne i mekanismene som til syvende og sist påvirker hvilke valg vi tar. Kapittelet er omfattende og kan ikke gjengis i sin helhet. Det er den delen av teorien som grenser opp til eller som drar veksler på COM-B modellen som gjengis her. Spesielt er det delen om motivasjon, som også er et nøkkelbegrep i COM-B, jeg vil trekke frem. Motivasjon er et nøkkelbegrep i COM-B og som vi har sett er PRIME adaptert eller basert på COM-B. Mot slutten av kapittelet om PRIME skriver forfatterne at de vil oppsummere kapittelet ved å presentere fem lover om motivasjon. Disse lovene konkretiserer det som har blitt presentert og forklart i kapittelet.

3.3.2 Fem lover om motivasjon

First law of motivation

«At every moment we act in pursuit of our strongest motives (wants or needs) at that moment. Wants are anticipated pleasure or satisfaction and needs are anticipated relief from, or avoidance of, mental or physical discomfort» (West, R. Brown, J. 2013, S.226).

Forfatterne hevder altså at vi alltid agerer ut fra det vi ønsker mest. Vi gjør valg basert på hva vi mest ønsker der og da. Dette må forstås som en sterk impuls. Vi ser også at det skilles mellom *wants* som er ønsker og *needs* som er behov. Disse er forskjellige ifølge forfatterne som skriver at ønsker er, eller gir, forventet tilfredsstillelse eller nytelse, mens behov er forventet lettelse av ubehag. Sett i lys av at boken omhandler avhengighet, er det forståelig at dette er den første loven.

Second law of motivation

«Evaluations (beliefs about what is good and bad) and plans (self-conscious intentions to do or not do things) can only control our actions if they create motives at the appropriate moments that are stronger than competing motives coming from other sources» (West, R. Brown, J. 2013, S.226)

Vi dras, i følge forfatterne, mellom handlinger basert på motivasjon i øyeblikket som må være sterkere enn konkurrerende motivasjon fra andre kilder eller stimuli. Et eksempel på dette kan være om man er motivert til å ta seg en løpetur, eller bare bli liggende på sofaen,

Third law of motivation

«Self-control (acting in accordance with plans despite opposing motives) requires mental energy and depletes reserves of that energy» (West, R. Brown, J. 2013, S.226).

Det er krever mentalt energi, ifølge forfatterne, å handle i tråd med planer eller avtaler, når man har motstridende motivasjon. Dette handler som vi ser om selvkontroll. Det tapper mentale energireserver å følge det som er planlagt, eller det vi har bestemt oss for.

Fourth law of motivation

«Our identities (thoughts, images and feelings and feelings about ourselves) can be a powerful source of motives and involve labels (the categories we think we belong to), attributes (the features we ascribe to ourselves) and personal rules (imperatives about what we do and do not do)» (West, R. Brown, J. 2013, S.227).

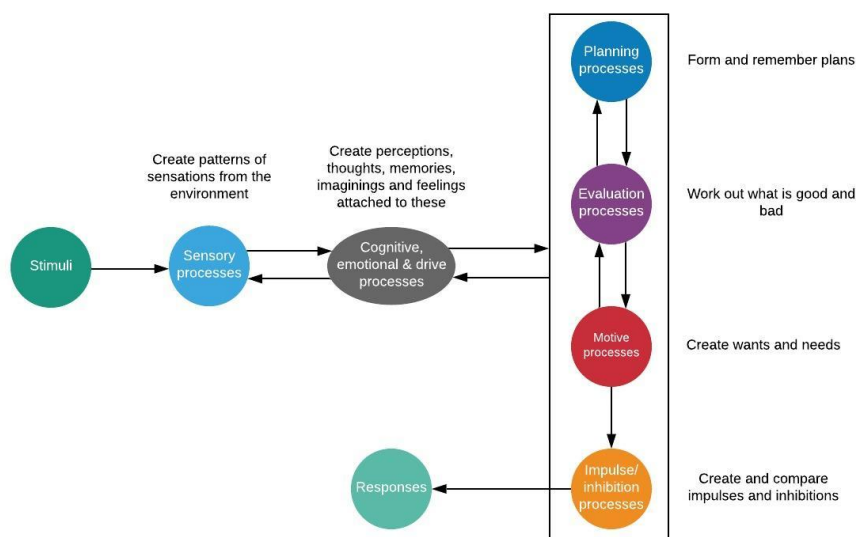
Vår egen identitet og vårt selvbilde kan være en sterk kilde til motivasjon. Tilhørighet til for eksempel en rolle vi har på arbeidsplassen vil kunne påvirke motivasjonen. Grunnegenskaper og merkelapper vi setter på oss og det vi har bestemt oss for, kan være motiverende.

Fifth law of motivation

«Motives influence actions by creating impulses and inhibitions, which are also generated by habitual (learned) and instinctive (unlearned) associations; behaviour is controlled by the strongest momentary impulses and inhibitions» (West, R. Brown, J. 2013, S.227)

Motiver, eller ønsker og behov, påvirker som vi ser handlinger. Dette gjennom både instinktive assosiasjoner og lærte assosiasjoner. Adferd er kontrollert av den sterkeste impulsen og hemningen i øyeblikket.

Disse fem lovene, laget av forfatterne, om motivasjon beskriver hvilke mekanismer som til en hver tid påvirker eller skaper vår motivasjon. Det er ut fra disse fem lovene tydelig at motivasjon er tett knyttet til egen identitet og hvem vi er som person eller hvem vi tenker vi er. Erfaringer og hva vi mener er viktig og spiller en rolle. Det går også frem at disse fem lovene i en grad konkurrerer med hverandre. Vi ser også av lovene at motivasjon ikke er enten eller, motivert eller ikke motivert. Det er mer komplekst og det er en rekke forhold som påvirker motivasjon den ene eller andre veien. Motivasjon vil derfor kunne variere i stor grad fra person til person og fra øyeblikk til øyeblikk.



Figur 3 (West, R. Michie, S. 2020).

Figur 3 viser strukturen for motivasjon grafisk, i henhold til PRIME-teorien. Som vi ser påvirker de forskjellige elementene hverandre. Figuren starter med stimuli som går gjennom en sensorisk prosess. Videre er det en kognitiv prosess hvor blant annet minner og følelser skaper oppfatninger. Så følger det flere prosesser som gjerne repeteres som planlegging, evalueringer, ønsker og behov, samt impulser. Til sist ender det i en respons.

3.4 Hvorfor implementering?

Hvis noen introduserer et dataprogram, eller en prosedyre, så bør man også ha en plan klar for hvordan det skal implementeres. Hvordan skal de som skal bruke det, faktisk bruke det, og når skal de bruke det?

Hva fremmer å bruke dataprogrammet eller prosedyren? Hva hemmer å bruke dataprogrammet eller prosedyren? Dette er tanker man bør ha tenkt igjennom før man tar det i bruk, hvis ikke løper man risikoen for at det ikke blir brukt. Eller det blir kanskje ikke brukt etter intensjonen, eller det blir rett og slett brukt feil. Da vil man i tilfelle ikke få ut av dataprogrammet eller prosedyren det man ønsker. Selv om tanken bak, eller tanken om hvorfor man skal bruke det er god, så må sluttbrukeren også gjøres god.

COM-B og PRIME spiller inn som verktøy, eller modeller, for å gjøre nødvendige endringer hos individet m.h.t implementering. La oss tenke at registrering av uønskede hendelser gjennom Achilles ikke fungerer i ambulanseavdelingen eller ved OUS for den saks skyld. Da

vil COM-B og PRIME kunne komme til anvendelse. Dette fordi modellene søker å kartlegge hva det er som svikter - evne, mulighet eller motivasjon? Dette vil igjen kunne gi premissleverandørene for systemet mulighet til å sette inn tiltak der hvor modellene identifiserer svakheter. Denne oppgaven søker å kartlegge hvordan operativt personell og ledere opplever registrering og håndtering av uønskede hendelser og kanskje kan COM-B og PRIME være ressurser for å forstå praksiser og eventuelt legge føringer for endringer.

3.5 Maslow

Maslows behovspyramide er kjent for de fleste, kanskje spesielt hos de som har helsefaglig bakgrunn. Maslow er en av de mer kjente behovsteoretikerne og utviklet sin behovspyramide for å se på hvilke grunnleggende behov som forklarer vår atferd og motivasjon.

I følge Store norske leksikon presenterte Maslow i 1943 de første utkastene til en etterhvert populær motivasjonsteori, Maslows behovspyramide. I boken *A Theory of Human Motivation* presenterte Maslow teorien. Teorien ble videreutviklet i bøkene *Motivation and Personality* (1954) og *The Farther Reaches of Human Nature* (1971) som ble gitt ut etter hans død (Mørch 2020).

Pyramiden leses nedenfra og opp. Man kan tenke det som å bygge sten på sten, hvor et nivå i pyramiden må være oppfylt før det neste nivået kan nås.



Nederst i pyramiden er fysiologiske behov som sult først, sovn osv. Neste trinn i pyramiden er trygghetsbehov som sikkerhet, vern, bolig og jobb. Deretter følger sosiale behov som

tilhørighet, kjærlighet og familie. Neste trinn i pyramiden er aksept som selvrespekt og status. På topp av pyramiden er selvrealisering personlig og åndelig (Mørch 2020).

I artikkelen “Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow’s hierarchy of needs, training and technology” av Benson og Dundis, publisert i Journal of Nursing Management i 2003, ser forfatterne på hvordan Maslows behovspyramide kan hjelpe til å forstå og motivere ansatte i et helsevesen i konstant utvikling. Applikasjonen eller bruken av pyramiden vil i denne sammenhengen se på hvilke grunnleggende behov som er nødvendig som ansatt.

«How does one motivate employees in the face of increased demands, particularly when they are being asked to meet these demands with fewer resources? The answer is, in large part, to make the employee feel secure, needed, and appreciated» (Benson & Dundis, 2003, S.318)

Forfatterne sier i artikkelen at i den første delen av pyramiden, den grunnleggende behovsdelen, er det lønn som er det viktigste. Dette fordi lønn gir mat, varme klær og bolig og dekker følgelig fysiologiske behov. Når lønn er på plass vil den ansatte søke trygghet på arbeidsplassen. Forfatterne sier at dette ikke bare dreier seg om fysisk trygghet, men også mental, eller psykologisk trygghet. (Benson & Dundis, 2003, S.317).

Om nivå to i pyramiden sier forfatterne:

Training occupies an important position at this level because the worker consciously and subconsciously relates training to safety. For instance, a person trained on a piece of machinery is a safer worker than one that has not had the training and has been required to learn by trial and error. However, the worker also associates the willingness of the company to spend resources, time and money, on his/her training as an assurance that he/she is of value to the company (Benson & Dundis, 2003, S.317).

Investering i de ansatte, eller villighet til å bruke ressurser på de ansatte, gjennom opplæring og trening er verdifullt for den ansatte og gir en følelse av at de er viktige for bedriften.

Forfatterne sier at ansatte beveger seg til nivå tre i pyramiden for å søke sosial tilhørighet. Ansatte søker hyggelige kollegiale relasjoner til de vi jobber med. Gjennom trening, sammen med andre, vil den ansatte møte andre på arbeidsplassen med samme interesse eller ansvar som en selv. Dette vil ifølge forfatterne kunne danne nye kommunikasjonskanaler.

If employee decisions, ideas and concerns are not attended to, involvement disappears. It is not simply the decisions that are overlooked, it is the employee that took part in them, and they often feel misunderstood and unappreciated – their self-esteem is diminished (Benson & Dundis, 2003, S.318).

Sitatet over spiller inn på nivå fire, aksept, herunder selvrespekt og status. Videre sier forfatterne «Another self-esteem issue related to technology is the concern that individuals will become numbers in the organization; individuals not known by name, or interacted with personally, but by electronic communication» (Benson & Dundis, 2003, S.318).

Det er viktig at ansatte ikke blir et nummer i rekken av ansatte på en PC-skjerm. Det kan påvirke ansattes selvfølelse hvis de reduseres til et nummer i et datasystem.

Det siste nivået i pyramiden er selvrealisering. Om dette sier forfatterne:

The training industry reflects this optimism with its focus on education vs. training. The person should not only be taught to perform certain job functions, or trained, he/she should also be educated, or exposed to learning that touches every interrelated part of her/his life. The whole person should be addressed in ways that go beyond pure job performance, but instead addresses life performance. This is evidenced by the steady increase in the availability of soft skills training, and a focus on the active learner; one who is empowered to choose the learning they themselves want and feel they need (Benson & Dundis, 2003, S.319).

Det er som vi ser viktig at ansatte ikke bare får trening, men at de også får utdanning. Det poengteres også at dette må omfatte mer enn arbeidssituasjonen. Hele mennesket og livsprestasjoner er viktig.

Noen vil kunne hevde at artikkelen beveger seg bort fra Maslows egentlige behovspyramide og at den er omskrevet for å passe inn i helsevesenet. Modellen forfatterne presenterer i artikkelen er hentet fra boken «The Maslow Business reader» (2000). Så kan man spørre seg om det første trinnet i pyramiden som i artikkelen er knyttet til lønn, er viktigere for individet enn søvn, sult osv. Men dette må forstås i et større perspektiv og følgelig peker forfatterne på viktigheten av trinnene i pyramiden og hvordan disse steg for steg gir mulighet for de ansatte til å kunne vokse, trives og selvrealisere seg selv.

Forfatterne peker på viktige prinsipper for motivasjon og adferd i jobbsammenheng på et helt grunnleggende nivå. Grunnleggende behov som gir arbeidstakerne trygghet og som skaper trivsel og mulighet til å vokse kan man kanskje ta for gitt, eller tenke er en selvfølgelighet. Gjennom artikkelen viser forfatterne at det er en rekke forhold som faktisk må være på plass for at arbeidstakerne skal kunne bevege seg til toppen av pyramiden..

4 Metode

Fordi problemstillingen tar mål av seg til å se på hvordan operativt ambulanspersonell og ledere i ambulansetjenesten OUS opplever registrering av uønskede hendelser og behandling av disse, var det naturlig å gjøre en kvalitativ tilnærming til datainnsamlingen. Det var viktig for meg at respondentene kunne fortelle om sine syn og opplevelser og at det var rom for eksempler og historier som berørte temaet. Planen var å få en bredere og mer nøyaktig forståelse for hvordan det operative personellet og ledere ser på og opplever Achilles, registrering av hendelser og behandling av hendelser. Målet mitt var at operativt personell og ledere også skulle få si noe om hvordan de opplever hverandre i arbeidet med uønskede hendelser. Dette for å få en bredere forståelse av samspillet mellom operativt personell og ledere.

4.1 intervjuguiden:

Enkeltintervjuer virket etter mitt syn som det beste metodevalget for tematikken.

Gruppeintervjuer, som var et alternativ, ville kanskje gjort at respondentene dro hverandre i den ene eller andre retningen. Deltakende observasjon og fokusgrupper ble også valgt bort fordi målsetningen min var å finne ut hva den enkeltes syn var i en fortrolig samtale med meg. Jeg valgt semistrukturerte intervjuer fordi det kan gi respondenten og for så vidt den som intervjuer følelsen av at man har en samtale, i motsetning til et mere strengt strukturert intervju hvor det gis mindre rom til utbroderinger. Semistrukturerte intervjuer gir mulighet til å følge en spørsmålsguide, samtidig som man kan følge opp svar som leder en vei man kanskje vil vite mer om. Det gir med andre ord muligheten til å la respondenten også si noe som du nødvendigvis ikke har spurt om, men som gjerne har med temaet å gjøre. Dette kan være med på å underbygge følelsen av å ha en samtale, selv om det stilles konkrete spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

Den semistrukturerte intervjuguiden ble utformet for å stille de spørsmålene som syntes relevant for problemstillingen og min forkunnskap om temaet. Det var viktig å utforme intervjuguiden på en slik måte at svarene ikke bare ble binære, men at det var oppfølgingsspørsmål for å kunne gå i dybden på hva hver enkelt respondent tenkte og mente. Oppfølgingsspørsmålene ble stilt der jeg syntes det var nødvendig og naturlig for å få en mere inngående forståelse av hva respondenten egentlig mente.

Intervjuguiden skulle hjelpe med å gi svar på de fire hovedtemaene jeg hadde satt meg fore å finne ut av. Nemlig om er ambulanspersonell godt kjent med Achilles? Hva som er motivasjonen for å registrere hendelser i Achilles? Hva det er som registreres i Achilles? Hvilken rolle ledere har i forbedringsarbeidet? Samtidig fikk respondentene rom til å fortelle om sine meninger utover de fire temaene.

Det ble utarbeidet en intervjuguide for operativt ambulanspersonell (vedlegg 4) og en intervjuguide for ledere (vedlegg 5). De lederne som også tjenestegjør som ambulanspersonell, ble bedt om å svare fra sitt perspektiv som leder. Begge intervjuguidene søkte å få svar på de fire hovedtemaene, men fra forskjellig perspektiv. For eksempel ble operativt ambulanspersonell spurt om de ble fulgt opp av nærmeste leder når de registrerte en hendelse i Achilles, mens lederne ble spurt om de fulgt opp sine ansatte etter at de hadde registrert en hendelse i Achilles.

Før jeg intervjuet respondentene, gjorde jeg et testintervju. Dette ga meg verdifulle tilbakemeldinger om intervjuguiden og resulterte blant annet i at ett spørsmål ble fjernet, flere oppfølgingsspørsmål ble laget og at det ble utarbeidet to separate intervjuguider. I tillegg fikk jeg verdifull informasjon om tidsbruken og i hvilken utstrekning respondenten var komfortabel med spørsmålene som ble stilt.

4.2 Utvalgsprosedyre:

Ambulanseavdelingen OUS er en stor avdeling spredt over et stort geografisk område. Mitt perspektiv er i all hovedsak basert på det område jeg ferdes i. Det var derfor viktig å invitere respondenter bredt, slik at jeg ikke bare fikk bekreftet min opplevelse av temaet, men fikk en bredere forståelse av hva oppfatningen var i avdelingen. Ambulanseavdelingen er delt opp i seks områder: område Nord, område Øst, område Midt, område Sør og område Vest. I tillegg er det et eget område som omfatter service, logistikk og spesialenheter. Jeg intervjuet respondenter fra alle områdene i avdelingen med unntak av området jeg selv jobber i. Invitasjon til respondenter ble sendt på mail til alle stasjonsledere i avdelingen, med unntak av region Kongsvinger som ligger under område Nord. Bakgrunnen for dette er at Kongsvinger historisk sett har ligget under sykehuset Innlandet og først i 2019 ble overført til OUS. Dette ville, sånn jeg ser det, kunne påvirke eventuelle respondenter fra den regionen sine svar, nettopp fordi de for kort tid siden forholdt seg til forbedringsarbeidet i et annet helseforetak.

Jeg ba stasjonslederne om å henge opp invitasjonen på deres stasjon. Jeg ba ingen om aktivt å skaffe meg respondenter.

I invitasjonen ble respondenter bedt om å kontakte meg direkte hvis de ville stille til intervju. Alle respondentene ble bedt om å anslå hvor mange avvik de hadde registrert i 2019 og hittil i 2020. Det var ingen som oppga at de ikke jobbet i ambulanseavdelingen i 2019. Det ble vurdert å sette det at de ikke jobbet i avdelingen i 2019 som et eksklusjonskriterie, men fordi jeg i utgangspunktet ikke ønsket å påvirke hvem som ville stille som respondent, valgte jeg å ikke ha med dette eksklusjonskriteriet i invitasjonen. Ingen ville likevel blitt ekskludert på bakgrunn av dette, da alle oppga å ha registrert avvik i 2019 og 2020.

4.3 Gjennomføring av intervjuene:

Intervjuene ble gjennomført per telefon. Alle respondenter som hadde tatt kontakt og gitt uttrykk for at de ønsket å delta fikk en mail, hvor invitasjonen til respondenter var lagt med. I tillegg fikk respondentene tips om hvordan de kunne bidra til å gjøre intervjuet best mulig, blant annet å finne et sted de kunne sitte uforstyrret, bruke hands-free og gjerne ha en kopp kaffe. Dette for å gjøre intervjuet så behagelig som mulig og for at de skulle kunne fokusere på intervjuet.

De fleste, om ikke alle respondentene kjenner min rolle som leder i Ambulanseavdelingen OUS. Jeg intervjuet ingen som i organisasjonsstrukturen er underliggende meg. Jeg var også tydelig ovenfor respondentene at jeg i denne sammenhengen var forsker og ikke leder. Dette var viktig for at ikke respondentene skulle være redde for å svare ærlig på spørsmålene. Det var viktig for meg at respondentene hadde tillit til min rolle som forsker. I invitasjonen og i alle intervjuene ble respondentene informert om at alle uttalelser ville bli anonymisert i den grad at uttalelser ikke kunne spores tilbake til en enkelt respondent.

Jeg intervjuet syv operative ambulansepersonell og fem ledere. Begge kjønn er representert blant både ambulansepersonell og ledere. Respondentene som var operative var alle fast ansatt og besto av autoriserte ambulansesarbeidere og paramedics. Autoriserte ambulansesarbeidere er ambulansepersonell som gjennom utdanning på videregående nivå og påfølgende to år som lærling fremstiller seg for fagprøve og får fagbrev. Paramedics er personell som utdanner seg på Høyskolenivå, enten gjennom studieprogram av 60

studiepoeng, feks ved NTNU, eller bachelorgrad ved for eksempel OsloMet. Respondentene som var ledere besto av ledere fra to ulike ledelsesnivåer. I ambulanseavdelingen ved OUS er det tre ledernivåer. Over disse ledernivåene kommer klinikkleder og administrerende direktør ved OUS. Alle tre ledernivåene i ambulanseavdelingen er involvert i behandling av uheldige hendelser. De to nederste ledernivåene er tett på det operative personellet. Det var fra de to nederste nivåene det ble rekruttert respondenter.

Intervjuene varte i gjennomsnitt i ca 40 minutter og foregikk i fred og ro, tilsynelatende uten at respondentene ble forstyrret. Alle intervjuene ble gjennomført som planlagt. Intervjuguiden ga rom for at samtalen hadde en naturlig flyt.

4.4 Transkribering:

Alle intervjuene ble transkribert verbatim, herunder alle verbale uttrykk som ikke danner ord, som for eksempel «eh», «mm» osv. Dette fordi det ga meg informasjon om måten respondenten svarer på. Dette var en tidkrevende prosess, men resultatet er at man, også når man leser intervjuene i Word, kan se når respondentene nøler eller fremstår som usikre. Noe utenomprat og avsporinger fra intervjuet ble ikke transkribert. Etter transkribering var datamaterialet på i overkant av 38000 ord.

4.5 Analyse

Braun og Clarke sin artikkel «Using thematic analysis in psychology» fra 2006 ble brukt som hjelpemiddel ved analyse av intervjuene. I artikkelen beskriver de en guide med seks faser for tematisk analyse av kvalitative data. Braun og Clarke sine seks faser er strukturert og man gjør analysen punktvis og i rekkefølge. Dette opplevde jeg som en god måte å analysere dataene på. I tillegg viser de til viktigheten av å være strukturert og ikke ta snarveier.

Jeg går her igjennom de seks fasene.

Fase 1- Bli kjent med dine data

Braun og Clarke (2006) påpeker viktigheten av å bli godt kjent med dataene. De understreker nødvendigheten av å lese gjennom dataene flere ganger og lese dataene «aktivt», ved å lete etter meninger og mønstre. Gjennom å intervjuer og transkribere og lese gjennom mine data flere ganger, har jeg blitt godt kjent med det materiale jeg besitter. Det var krevende, men

nødvendig for meg å kunne dataenes hovedtrekk nærmest utenat. Det er ifølge Braun og Clarke viktig å bli godt kjent med alle aspektene av dataene. De advarer mot å hoppe over denne fasen, eller å være selektiv ifht hva man leser fordi det er tidkrevende. I denne fasen anbefaler de å ta notater eller å merke ideer for koding, som man vil ha nytte av i senere faser. Braun og Clarke (2006) mener transkribering er en fin måte å bli kjent med dataene sine på. Det er ifølge Braun og Clarke flere forskere som mener at dette er en nøkkelfase av dataanalysen. Ved å utheve deler av materiale, streke under eller på annen måte markere dataene, lagde jeg meg en initial oversikt over det som umiddelbart stod frem som interessant og viktig. Dette gjorde at jeg ble enda bedre kjent med mine data.

Fase 2 - Generere initiale koder

Fase 2 starter når man har gjort seg godt kjent med dataene. I følge Braun og Clarke (2006) vil koding til dels avhenge av om tematikken er datadrevne eller mer teoridrevne. Dette vil blant annet avhenge av om man forsøker å kode innholdet i hele datasamlingen eller om man koder for å identifisere spesielle deler av datasettet. Min koding tok utgangspunkt i de fire spørsmålene jeg søkte svar på. Jeg var åpen for datadrevne temaer, men det fremkom ingen.

Koding kan gjøres gjennom dataprogrammer eller manuelt.

Hvis man koder manuelt kan man ifølge Braun og Clarke (2006) skrive notater i teksten man analyserer eller bruke markeringspenner/markeringstusj for å indikere potensielle mønstre eller ved å bruke «post-it» lapper for å indentifisere segmenter av data. Jeg delte mitt materiale opp med fargekoder. Fargekodene speilet eller representerte de fire hovedspørsmålene jeg hadde stilt. Dette gjorde at jeg kunne plassere spørsmål, svar og uttalelser der de hørte hjemme, under riktig hovedspørsmål. Dette tok en del tid, men har vist seg å være verdifullt. Det gjorde det lettere å sammenstille svar under riktig hovedspørsmål og gjorde det enklere å finne frem i materialet. Datamaterialet ble skrevet ut på pair i A3-format, noe som gjorde dataene mer oversiktlige.

Fase 3- søke etter temaer

Denne fasen starter i følge Braun og Clarke (2006) når alle dataene er initialt kodet og samlet. Man vil i denne fasen fokusere på temaer og sortere kodene til riktige temaer. Man starter vurderingen av hvilke koder som passer sammen og som kan danne nye temaer. Her vil man også se på forholdet mellom koder og mellom temaer og eventuelle undertemaer (Braun og Clarke, 2006).

I mitt arbeid var det fire hovedkoder dataene ble sortert etter. Ambulansepersonell sitt kjennskap til Achilles. Motivasjon for å registrere uønskede hendelser. Hva som registreres i Achilles. Ledere sin rolle i forbedringsarbeidet.

Videre ble dataene sortert etter hvilken rolle respondenten hadde. Altså om det var operativt personell eller leder. Jeg hadde etter dette to datasett. Et sett for operativt ambulansepersonell og et for ledere. Dette gjorde det videre arbeidet mer oversiktlig.

Fase 4- vurdere temaer

Denne fasen deles gjerne i to, i følge Braun og Clarke (2006). I første delen av vurderingen ser man på de kodede dataene. Man ser på de samlede datauttrekkene for hvert enkelt tema og vurderer om de danner et tydelig mønster. Hvis data og temaer ikke passer sammen må man vurdere om det er temaene eller dataene som tilhører det enkelte temaet som ikke passer. Her vil man måtte omformulere eller endre temaer for finne en naturlig plass til data, eller forkaste noen data fra analysen (Braun og Clarke 2006).

Del to likner på del en, men her ser man på validiteten til hvert enkelt tema i forhold til hele datasettet. Til slutt vil man ha god oversikt over temaer og data og hvordan de passer sammen (Braun og Clarke, 2006). Mine data ble kodet og plassert inn under en av de fire hovedkodene. Noen data ble plassert under flere hovedkoder fordi dataen passet flere steder. Dette gjorde at noen data besvarte flere spørsmål.

Fase 5- definere og navngi temaer

Nå skal man definere og navngi temaene man skal presentere og analysere dataene som ligger i temaene. Clarke og Braun (2006) påpeker at det er viktig at hvert tema ikke skal favne for mye eller være for kompleks. Man skal ikke parafrasere innholdet i dataene, men identifisere hva som er interessant med dem og hvorfor de er interessante. Man utarbeider en detaljert analyse for hvert tema. Dette er viktig for å sørge for at temaene passer inn i forhold til dataene og forskningsspørsmålene. Det er viktig å se hvordan temaene passer sammen og om et eller flere temaer inneholder undertemaer. Undertemaer kan være med på å gi struktur til store og komplekse temaer ifølge Clarke og Braun (2006). Mitt materiale genererte ingen spesifikke undertemaer og dataene ble følgelig kategorisert til de fire forskningsspørsmålene. Enkelte uttalelser var i seg selv interessante, men det var ikke nok data til at det genererte nye temaer.

Fase 6- skrive rapporten

Det er viktig ifølge Clarke og Braun (2006) at analysen gir en konsis, sammenhengende, logisk, ikke repetitiv og interessant beskrivelse av dataene i forhold til og på tvers av temaer (Clarke og Braun 2006). Det du skriver må sannsynliggjøre temaene i dataene, med andre ord nok datauttrekk for å vise prevalens av tematikken. Det er viktig å velge tydelige eksempler som viser essensen av det du presenterer uten at det blir for komplekst. Det er viktig at det du presenterer viser mer enn en beskrivelse av dataen og at de er relevante for forskningsspørsmålene (Clarke og Braun 2006). I presentasjonen av resultatene blir data tilhørende hovedspørsmålene lagt frem kronologisk og med kommentarer knyttet til svarene. Det trekkes også frem eksempler som tydeliggjør aktuelle data innenfor hvert tema.

4.6 Egen rolle og etikk

Jeg jobber selv i ambulansetjenesten OUS og har tilbrakt mesteparten av min yrkeskarriere der. Jeg har innehatt rollen som operativt personell og nå som leder. Det var viktig for meg at jeg gikk inn i forskningen jeg presenterer i denne oppgaven, nettopp som forsker. Samtidig er det en erkjennelse at det er utfordrende å legge til side rollen som leder. Jeg har derfor vært bevisst gjennom hele prosessen på at denne oppgaven ikke handler om meg og mitt syn, men hva operativt personell og andre ledere i avdelingen mener.

Respondentene mine visste hvem jeg var og noen av respondentene kjente meg forholdsvis godt. Det var viktig å sørge for at det var tydelighet rundt min rolle i rekruttering av respondenter og i forbindelse med intervjuene, slik at ingen på noen måte skulle føle at de måtte si noe annet enn det de egentlig mente. En måte å ta meg selv ut av likningen kunne vært å designe studien kvantitativ, men som jeg allerede har redegjort for ønsket jeg å få en bedre forståelse av opplevelsen til den enkelte og da falt valget på en kvalitativ tilnærming.

Ifølge Halvorsen og Jerpseth (2019) er det bærende elementet i forskningsetikk hensynet til deltakerne og deres integritet. Et avgjørende prinsipp for å kunne ivareta respondentenes integritet er det frivillige informerte samtykket. Videre sier de:

Samtykke er ikke tilstrekkelig. Forskingen skal frembringe kunnskaper som enkeltpersoner eller grupper av personer har nytte av, og forskningens skal innebære ingen eller liten risiko for aktørene. Respondentenes sårbarhet, eller sårbarhet hos

personer som indirekte blir involvert i forskningen, har stor betydning for de forskningsetiske vurderingene (Halvorsen og Jerpseth, 2019).

Det var viktig at det allerede i invitasjonen til respondentene ble grundig forklart hvilke rettigheter de hadde som respondent og at de hadde full rett til å trekke seg om de ønsket det. Alle som tok kontakt og ønsket å stille som respondent ble sendt den samme informasjonen som ble gitt i invitasjonen på e-post, samt at de ble bedt om å gi skriftlig samtykke til deltakelse i studien.

Det er svært viktig at alt datamaterialet skrives ut aidentifisert, det vil si uten navn, stedsgjengivelse eller forhold som kan bidra til gjenkjenning, slik at respondentene ikke kan identifiseres. I formidling av funn og bruk av sitater er det viktig ikke å benytte gjenkjennelige språklige formuleringer. Her må man være oppmerksom på for eksempel bruk av dialekter og/eller personlige måter å uttrykke seg på (Halvorsen og Jerpseth, 2019).

I forbindelse med selve intervjuet ble alle respondentene informert om at svarene ville bli anonymisert slik at respondentene ikke ville kunne identifiseres. Informasjonen om anonymisering stod også i invitasjonen. Ingen av respondentene har trukket seg fra studien eller tatt kontakt for å avklare eventuelle spørsmål eller bekymringer rundt dette. Dette mener jeg er positivt og gir grunn til å tro at respondentene ikke har sett på meg som leder i denne sammenhengen.

I kvalitativ forskning skal man også være oppmerksom på asymmetrien i maktforholdet som kan oppstå mellom forskeren og forskningsdeltakerne, og også på maktubalansen mellom deltakere i for eksempel fokusgruppeintervjuer. Opplevd maktasymmetri kan påvirke hva som kommer frem av data, og det kan i verste fall bidra til vonde erfaringer for deltakerne som er involvert (Halvorsen og Jerpseth, 2019).

Som leder var det spesielt viktig for meg at respondentene som var operativt personell, og som rent hierarkisk lå under meg i nivå ikke skulle hemmes av denne asymmetrien. Jeg intervjuet derfor ingen jeg selv var leder for og var påpasselig med å tydeliggjøre min rolle som forsker ovenfor den enkelte respondent, slik at dette ikke var til hinder for respondentene.

Jeg har selvfølgelig meninger om temaene som presenteres i denne oppgaven. Jeg har forsøkt etter beste evne å forholde meg nøytralt til egne meninger i mitt arbeid med oppgaven for å ikke la det påvirke meg som forsker. Jeg forsøkt å ikke la meg farge av utsagn eller påstander fra respondentene og jeg har vært nøye med å ikke påvirke mine respondenter gjennom spørsmålsstillingen i intervjuene.

4.7 Validitet og reliabilitet

Forskningen er gjort i egen organisasjon, det vil si i ambulanseavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet med forskningen har pågått i et avgrenset, definert tidsrom. Tematikken og forskningsspørsmålene i oppgaven vil være aktuelle også i fremtiden, men lovverk, forskrifter og prosedyrer, som på mange måter er «rettesnorene», vil være i kontinuerlig endring. Lover og forskrifter endrer seg relativt sakte, mens prosedyrer kan endre seg relativt raskt. Likevel speiler prosedyren som er mest omtalt i oppgaven «Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles» med dokument-id 11, nettopp aktuelle lover og forskrifter.

Når man skal vurdere et forskningsprosjekts troverdighet, vil ulike forskningstradisjoner prege valg av begreper. I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Drageset og Ellingsen 2010).

Forfatterne skriver at man likevel vil finne de mer kvantitative begrepene i kvalitativ forskning, men at de da har ulik betydning. «Mens troverdighet i kvalitativ forskning omfatter hele studien, vil validitet i kvantitativ forskning oftest omfatte behandling av datamaterialet» (Drageset og Ellingsen 2010). Jeg mener at min forskning er valid. Gjennom hele oppgaven vises det til relevante kilder, herunder lovverk, forskrifter og anerkjent forskning. Jeg mener også at forskningsspørsmålene og metodikken i oppgaven bærer validitet da det er relevante spørsmål, stilt i en anerkjent organisasjon og metodikken baserer seg på allerede anerkjente maler.

Videre skriver Drageseth og Ellingsen:

Vurderingen av troverdighet i det kvalitative forskningsintervjuet innebærer i hvilken grad forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Det

er glidende overganger mellom disse begrepene; for eksempel er en forutsetning for å få gyldige data at de er pålitelige.

Det er sentralt om forskningen er relevant og har betydning. I kvalitative studier prøver man å oppfylle dette gjennom dokumentert refleksivitet, som innebærer at forskeren har et kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metoder, møtet med informanter, tolkning og så videre (Drageset og Ellingsen 2010).

Jeg mener at resultatene i min forskning er pålitelige, gyldig og overførbare. Gjennom annen forskning kan jeg vise til at funnene i min forskning også finnes og har relevans i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Jeg mener derfor at det er god grunn til å tro at andre forskere ville oppnådd liknende resultater hvis denne forskningen ble gjort på nytt med de samme rammene, og med det samme teoretiske bakteppet.

«Forskeren kan ikke basere seg utelukkende på informantens egen virkelighetsbeskrivelse, men må se denne i forhold til de analytiske begrepene og teoretiske perspektivene som er viktige i studien» (Drageset og Ellingsen 2010).

Jeg har mine tanker, opplevelser og syn på tematikken i forskningen, men jeg har gjennom hele forskningsperioden vært bevisst på at det ikke er mine syn som skal frem. Det er respondentenes syn og meninger som skal fremmes. Jeg tror at min interesse for tematikken og forskningsspørsmålene har vært utslagsgivende for at dette nå har blitt forsket på i min organisasjon.

4.8 Godkjenninger

Mitt arbeid er godkjent av NSD (vedlegg 1). Søknad ble sendt 12.02.20 og godkjenning forelå 02.03.20.

Arbeidet er også godkjent av personvernombudet ved OUS (vedlegg 2). Søknaden ble sendt 05.02.20 og godkjenningen forelå 07.02.20.

Arbeidet er i tillegg godkjent av Ola Borstad, avdelingsleder ved ambulanseavdelingen OUS (vedlegg 3). Søknad ble sendt 23.01.20 og godkjenning forelå 03.02.20.

5. Resultater

Det var fire overordnede spørsmål jeg søkte svar på gjennom intervjuene.

1. Er ambulanspersonell godt kjent med Achilles?
2. Hva er motivasjonen for å registrere hendelser i Achilles?
3. Hva er det som registreres i Achilles?
4. Leder sin rolle i forbedringsarbeidet?

Intervjuguiden er designet slik at både operativt personell og ledere skal kunne gi svar, eller data til de fire overordnede spørsmålene. Som nevnt over er deler av spørsmålstillingen er helt lik til både operativt personell og ledere. Noen av spørsmålene er designet slik at de skal gi svar på hovedspørsmålene, men de har forskjellig ordlyd og vinkling i de to respondentgruppene. Sentrale og viktige utsagn er uthevet i gjennomgangen av forskningsspørsmålene i dette kapittelet. Jeg har valgt å gjennomgå operativt personell og ledes svar, innenfor hvert overordnet spørsmål. Slik vil leseren lettere kunne sammenlikne svarene. I all hovedsak vil jeg presentere svarene til det operative personellet først og deretter svarene til ledere.

5.1 Er ambulanspersonell godt kjent med Achilles?

Flere av spørsmålene i intervjuguiden søker å kartlegge i hvilken grad ambulanspersonell er godt kjent med Achilles og om de er fortrolige og trygge på bruken av systemet. Spørsmålene søker også å finne ut i hvilken grad ambulanspersonellet har fått en formell introduksjon til systemet og om de har fått opplæring i bruk av systemet.

Operativt personell svarer ja på spørsmål om de kjenner til forbedringssystemet Achilles, ved OUS. Samtlige respondenter er kjent med systemet. Samtidig er det ingen som konkret husker hvordan de ble kjent med systemet. Dette kan tyde på at det ikke har vært noen formell introduksjon til systemet og bruken av det. Sammenstilt med svarene fra ledere som bekrefter dette, er det tydelig at det ikke er noe formell introduksjon til systemet i ambulanseavdelingen.

På spørsmål til operativt personell om de har fått opplæring i bruk av Achilles på noen måte, svarer respondentene at de ikke har fått noen formell opplæring gjennom kurs, men flere

oppgir å ha fått «en til en-opplæring» når de har hatt behov for å registrere avvik. Dette har som regel vært at de har blitt vist av leder eller en kollega hvor de finner Achilles og fått tips om hvordan de kan registrere hendelsen.

«Jeg vet ikke veldig mye om det (Achilles), men det er der og jeg vet hvordan jeg skal fylle ut»

Sitatet ovenfor er betegnende på hvordan operativt personell ser på kjennskapen til Achilles. Noen av respondentene har aldri blitt vist systemet, men har selv klart å finne frem. Andre har fått en kort introduksjon av leder eller tillitsvalgt når de har vært i behov av å registrere en hendelse.

Som vi har sett i bakgrunnskapittelet er det hjelpetekst i Achilles, som skal rettlede den som registrerer. Om denne hjelpeteksten er så god at det er selvforklarende må være en subjektiv vurdering.

«Jeg har fått forklart at det er selvforklarende»

Noen roller ved OUS krever en bedre kjennskap til Achilles, for eksempel personell som er verneombud. Disse får gjerne en mer strukturert gjennomgang av forbedringssystemet av vernetjenesten. En av respondentene hadde fått dette.

På spørsmål til operativt personell om de føler seg trygge på å bruke Achilles svarer kun en respondent at han føler seg trygg. Samtidig oppgir de fleste at det ikke er et stort problem at de ikke er trygge på bruken. Dette henger nok sammen med at de får til å registrere hendelser og at de opplever at det er nettopp det som er forventet av dem. Alle respondentene oppgir å ha registrert flere hendelser.

«Altså trygg på. Du kan si, jeg synes jo ikke det er noe problem»

På spørsmål til ledere om de ansatte har fått opplæring i bruk av Achilles svarer alle respondentene at de ikke vet om de ansatte har fått opplæring eller at de ansatte ikke har fått opplæring. Ingen ledere svarer med sikkerhet at de har sørget for at personalgruppen de leder

har fått tilstrekkelig opplæring. Samtidig svarer de aller fleste at de synes at operativt personell burde ha fått opplæring.

«Jeg tenker at de trenger opplæring i forståelse av systemet. Hvordan virker strukturen i Achilles, hva er det som skjer med disse avvikene. Hva er et avvik og hva er ikke et avvik»

På spørsmål til ledere om operativt personell er godt kjent med Achilles går det frem av svarene at lederne synes det operative personellet trenger en bedre forståelse av systemet og en mer systematisk opplæring. Enkelte ledere peker på at de mottar hendelser registrert i Achilles som kanskje ikke burde vært registrert som en hendelse, men blitt formidlet på annen måte. Det går også frem av intervjuene at ikke alle ledere er helt trygge på bruken av Achilles selv. Det stilles også spørsmål fra en av respondentene (leder) om lederne bruker systemet på samme måte og på riktig måte?

«Det er 19 stykker som sitter og jobber med samme program uten noen gang å ha en diskusjon om «hvordan gjør du det, eller du det?»»

Det var noe overraskende at ingen operativt ambulanspersonell, med ett unntak, hadde fått noen form for formell introduksjon eller opplæring i bruk av Achilles. Det var også overraskende at dette tilsynelatende var kjent for respondentene som var ledere.

5.2 Motivasjon til registrering

Man må ha en grad av motivasjon for å velge å gjøre noe, herunder å registrere uønskede hendelser. Det andre forskningsspørsmålet søker å finne ut hvorfor den enkelte velger å registrere og hvorfor det var viktig for den enkelte å registrere disse hendelsene.

Tilgjengelighet og resultat av registrering vil også kunne påvirke motivasjonen, og intervjuguiden søker svar på dette.

Motivasjon til å registrere uønskede hendelser er viktig. Hvis motivasjonen mangler risikerer man at det ikke registreres noe. Det fremgår av intervjuene at operativt personell registrerer

avvik av flere grunner. Det som går mest igjen er sikkerhet. Pasientsikkerhet, egensikkerhet og HMS (Helse Miljø og Sikkerhet) trekkes alle frem som årsak til registrering.

Når operativt personell har registrert en hendelse i Achilles følger de med på saksgangen. Dette tyder på at de er interessert i hva som skjer videre med hendelsen de har registrert. De opplyser at de følger med og enkelte er også inne i saken og kommenterer underveis. En mer aktiv oppfølging av egen sak, som motsats til bare å se hva som skjer med saken. De aller fleste oppgir at de synes saksgangen tar for lang tid. De fleste opplever at det ikke tar lang tid før nærmeste leder behandler eller «tar i mot registreringen», men at det gjerne stopper litt opp etter det.

Nesten alle respondentene oppgir at det er viktig for dem at det finnes et system for å registrere uønskede hendelser. Årsakene til at det er viktig for respondentene at det finnes et system varierer noe, men det å kunne dokumentere og kunne drive læringsarbeid går igjen i svarene.

«Selvfølgelig må man ha et system for å registrere uønskede hendelser»

Hvis motivasjonen til å registrere uønskede hendelser skal holdes oppe, er det viktig at systemet virker, at det fører frem å registrere uønskede hendelser. På spørsmål om de tror at det å registrere uønskede hendelser fører frem, varierer svarene noe. De fleste svarer at det er forskjellig fra gang til gang. Dette henger nok sammen med at det er forskjellige hendelser som registreres og at utfallet av en registrering eller sak, ikke alltid blir som melder har tenkt. Alvorlighetsgrad og størrelse på sakskompleks trekkes frem av respondentene som mulige årsaker til at det er varierende hvor lang tid det tar. Flere av respondentene peker på at de har opplevd at registreringer de har gjort har ført til at noe har blitt bedre, men det kan virke som at det viktigste for operativt personell er å ha et sted hvor de kan «si fra» skriftlig.

«Det hjelper ikke så mye å si noe, man må på en måte dokumentere det»

Et element som kan påvirke motivasjonen til å registrere er tilgjengeligheten til systemet, eller hvor enkelt det er å faktisk kunne gjøre en registrering. Ledere svarer at de tror at det ville blitt registrert flere hendelser hvis man kunne registrere hendelser fra ambulansen, altså ikke måtte vente til man er inne på stasjonen. Ledere trekker frem tilgjengelighet og det å ha fokus på og oppfordre ansatte til å registrere som viktige tiltak for å øke antallet registreringer.

Operativt personell tror også at antallet registreringer ville økt hvis man kunne registrert fra bilen, men de har større reservasjoner enn det lederne har. Operativt personell trekker frem at ulempene med å registrere uønskede hendelser der og da er følelser, eller det å skrive i affekt. En av respondentene trekker også frem at det også vil kunne påvirke refleksjonene rundt hendelsen, hvis man kan registrere det umiddelbart. Flere av respondentene sier at hvis man skal kunne registrere uønskede hendelser ute, må dette regnes som en del av oppdraget, altså at man ikke er ledig og klar for nytt oppdrag før hendelsen er registrert.

På spørsmål om hva som skjer mellom en hendelse, i tiden til man er tilbake på stasjonen, som gjør at de ikke registrerer en hendelse, men ville ha gjort det fra bilen, svarer operativt personell at det er andre nødvendige ting som må gjøres. De har behov for å spise, supplere utstyr i bilen, egentid og andre oppgaver som stjeler tid og kapasitet.

5.3 Hva registreres i Achilles

Alt kan ikke registreres i Achilles, men nivå en-prosedyren lar det i stor grad være opp til den som melder, hva som kan meldes. Likevel er det nødvendig å registrere hendelser som er viktige, alvorlige og som man må gjøre noe med. Intervjuguiden forsøker å kartlegge hva slags hendelser som blir registrert og hva som eventuelt mangler.

Respondentene, her operativt personell, oppgir en rekke forskjellige registreringer i Achilles. Det er i utgangspunktet tre forskjellige registreringer man kan gjøre i Achilles, pasienthendelse, HMS og AND/forbedringsforslag. Under følger type hendelser respondentene oppgir å ha registrert. Det går ikke frem under hvilken «overskrift» hendelsen er registrert: Feilmedisinering, utstyr, voldsepisode, endringsforslag, personellhendelse, pasienthendelse, turnusforbedring, HMS, prosedyrer, innemiljø og klima, hygiene, systemavvik, kommunikasjon og samhandling. Det er altså en rekke forskjellige hendelser

som blir registrert av operativt personell. Det går frem av intervjuene at ønske om å endre noe eller påvirke til endring står sterkt hos operativt personell.

Ledere er delt i synet på om det er en underrapportering av alvorlige hendelser. Lederne som tror det er en underrapportering, oppgir ulike årsaker til hvorfor de tror det de tror.

«Jeg tror det er en «normalisering av avvik». Man er redd for hva som skjer dersom man innrømmer å ha gjort en feil»

Ledere oppgir at de tror det er en underrapportering på «nestenhendelser». Med nestenhendelser menes her hendelser som gikk bra, men som holdt på å gå galt. For eksempel at man holdt på å kjøre av veien, fordi man kjørte for fort, eller at man holdt på å forveksle to medikamenter, men ga riktig medikament.

«Det er i stor grad en underrapportering på nestenhendelser»

En av lederne påpeker at fordi ambulanspersonell jobber to og to og som regel uten en eller annen form for tilsyn, vil det være enkelt å ikke rapportere fordi ingen andre enn de to vet at noe har skjedd.

«Man har lite tilstedeværende ledelse, der ting blir utført»

De fleste ledere oppgir også at de tror det er en underrapportering på selvrapportering. Med selvrapportering menes her at man registrerer en hendelse på seg selv, fordi man selv har gjort en feil. Flere leder oppgir at frykt for å bli blottlagt, eller det å havne i en ubehagelig situasjon kan være årsak til underrapportering på selvrapportering.

«Det tror jeg også er litt av samme grunn som i stad, men jeg tror samtidig at det er en økende andel av selvrapporteringer»

Noen av lederne opplever at det er et skifte i forhold til selvrapportering og at nyere ansatte i større grad gjør det. Dette kan ha en sammenheng med at avdelingen i stor grad rekrutterer personell fra OsloMet. Personell utdannet ved OsloMet har en Bachelorgrad og de får

antakelig en større kjennskap til lovverk og forskrifter gjennom utdanningen. I tillegg får Bachelorstudenter rikelig med skrivetrening, gjennom studiet. Operativt personell oppgir alle at de er kjent med selvrapporing og de fleste oppgir å ha gjort det. De som ikke har gjort det oppgir at ville ha gjort det hvis de gjorde en alvorlig feil.

5.4 Leders rolle i forbedringsarbeidet/kvalitetsarbeidet

Ledere har en viktig rolle i arbeidet med uønskede hendelser. Leder skal innhente opplysninger og saksbehandle hendelsen, eller sende hendelsen videre til rett nivå eller instans, hvis leder selv ikke kan avslutte saksbehandlingen. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten regulerer hva ledere skal sørge for.

§ 6, avsnitt g sier:

«ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2017). § 7, avsnitt c sier: utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Avsnitt d sier: sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2017). I tillegg sier nivå en-prosedyren om uønskede hendelser hva leder skal gjøre (OUS 2020).

Operativt personell opplever i liten grad å bli fulgt opp av nærmeste leder når de har registrert en hendelse i Achilles. Det er bare to respondenter som opplever at nærmeste leder følger opp den som har registrert hendelsen. Samtidig tror flere av respondentene at det ville vært nyttig hvis de ble fulgt tettere opp.

«Ja, altså jeg tror jo det hadde gitt meg en opplevelse av å bli tatt på alvor»

En av respondentene sier også at det er viktig med en muntlig forklaring i tillegg til det som registreres skriftlig, for å få en god nok forståelse av hendelsen.

«Dette er jo den leken du hadde på barneskolen der en skal fortelle en historie i den ene enden og så skal du se om den er lik når den kommer ut i andre enden, når den har vært igjennom en del ledd. Og det er den jo sjeldent...For det er jo ikke sånn at neste ledd ringer meg. Neste ledd ringer jo min leder og da blir den forklaringen ut i fra min leder, ikke meg»

Det går frem av intervjuene at ledere er mere involvert i enkelte saker, for eksempel volds og trusselhendelser. Noen av respondentene oppgir også at de gjerne har en samtale med sin leder før de registrerer hendelsen.

«Der vil jeg si nei, det blir vi ikke, bortsett fra hvis det er avvik som tilsier at de må, for eksempel avvik i forhold til vold og trusler. For da er det andre prosedyrer som slår inn, som gjør at da må vi snakke sammen»

Respondentene som er ledere oppgir at de følger opp den som registrerer en hendelse. Det kan virke som om ledere ser an hva slags hendelse som er registrert, samt alvorlighetsgrad og tilpasser oppfølging deretter. En av respondentene sier «la oss si det er vold eller trussel eller noe annet, så hender det jo at jeg tar en samtale og avklaringssamtale med ansatte, men jeg gjør ikke det på alle avvik». Alle respondentene som er leder oppgir at de oppmuntrer de ansatte til å registrere uønskede hendelser. Respondentene sier at de ønsker at det registreres hendelser i Achilles på det meste som viker fra det vi skal gjøre, uønskede variasjoner og systemforbedringer.

Lederne oppgir, med unntak av en, at de opplever at Achilles er nyttig og at det virker. Ledere oppgir at det er viktig å oppmuntre ansatte til å fortsette å registrere og å informere sine ansatte om hendelser som har medført endring.

«Så hvis vi ledere er litt flinkere til å informere ansatte om de tingene der, så tror jeg folk gidder å skrive da»

5.5 oppsummering resultater

- Operativt personell kjenner til Achilles som system, men har ikke fått noen formell introduksjon eller opplæring i bruk av systemet.
 - Ledere bekrefter at operativt personell ikke har fått opplæring i bruk av Achilles, eller så er de usikre på om det er gitt opplæring.
- Operativt personell registrerer uønskede hendelser i Achilles og de registrerer flere typer hendelser. Hendelser knyttet til sikkerhet går igjen i registreringene, samt ønske om å endre noe, for eksempel utstyr eller prosedyrer.
 - Ledere tror det er en underrapportering på nestenhendelser og selvrapportering. Ledere er delt i synet på om det er en underrapportering på alvorlige hendelser.
- Operativt personell følger med på saksbehandlingen etter at de har registrert en hendelse.
- Operativt personell er delt i synet på om de følges opp av nærmeste leder når de har registrert en hendelse, men de ønsker å bli fulgt opp.
 - Ledere følger opp de ansatte ut ifra hva slags type hendelse som er registrert
- Operativt personell synes det er viktig at det finnes et system for å registrere uønskede hendelser og de tror at det fører frem å registrere.
 - Ledere tror i hovedsak at Achilles er nyttig.
- Operativt personell tror det kunne vært nyttig å kunne registrere hendelser fra bilen, men med noen reservasjoner eller betenkeligheter
 - Ledere tror det ville blitt registrert flere hendelser hvis man kunne registrere hendelser fra bilen og de oppgir tilgjengelighet, fokus på uønskede hendelser og å oppfordre til å skrive som tiltak for å øke registreringene

6. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte resultatene fra min undersøkelse, Jeg vil gjøre dette på tre måter. I den første delen av drøftingen sammenligner jeg mine funn med annen forskning, slik denne ble presentert i del 2. Jeg vil se mine funn opp mot annen forskning for å se på relevans i forhold til min undersøkelse. Annen forskning som grenser opp til min undersøkelse vil kunne si noe om hvilke funn andre har gjort og om det har relevans til min undersøkelse.

Den andre delen av drøftingen er teoridrevet. Innenfor et overordnet fokus på implementering vil jeg drøfte mine funn opp mot COM-B for å se om denne teorien kan belyse utfordringer knyttet til mulighet, motivasjon, evne og sammenhengen mellom disse. Jeg vil diskutere mine funn opp mot PRIME-teorien for å forsøke å forstå og forklare kompleksiteten rundt motivasjon og hvilken rolle motivasjon har i COM-B. Til sist vil jeg se mine funn i lys av Maslows behovspyramide og se hvilken rolle de fem trinnene i pyramiden har i denne sammenhengen

Den siste delen av drøftingen handler om hvordan oppgaven kan ha føringer for praksis. Jeg ønsker konkret å drøfte hva som påvirker operativt ambulanspersonell og ledere i ambulanseavdelingen til å håndtere registrering og behandling av uønskede hendelser slik min undersøkelse viser at de gjør. Dette vil forhåpentligvis kunne gi svar på som hva eventuelt skal til for å forbedre de områdene av kvalitetsarbeidet som bør bedres.

6.1 Drøfting annen forskning

Roald sin oppgave fra 2013 peker på noen funn som også jeg finner i min forskning. Roald skriver «Min studie viser en diskrepans mellom den uttalte intensjonen med meldesystemet og sykepleiernes faktiske bruk og forståelse av meldesystemet som informasjonsgrunnlag for kvalitetsforbedring» (Roald 2013). Dette må forstås som at sykepleierne og organisasjonen ikke har samme forståelse av hvordan meldesystemet skal brukes.

Mine funn viser noe liknende, nemlig at operativt ambulanspersonell i hovedsak oppgir sikkerhet for dem selv og pasienten, samt ønske om å endre noe som hovedårsak til å melde. Sett opp mot nivå en-prosedyren ved OUS, som ble presentert i Kapittel to, er det en rekke forhold som skal rapporteres. Et eksempel er pasienthendelser. Her viser mine funn at ledere oppgir at det er en underrapportering på den typen hendelser. Dette viser igjen at

operativt ambulanspersonell ikke rapporterer helt i tråd med prosedyren. Dette underbygges av tall fra OUS som viser at pasienthendelser er den typen hendelser som rapporteres minst i ambulanseavdelingen.

Roald viser i sin oppgave betydningen av at ledere involverer seg i arbeidet med uønskede hendelser og ikke minst at ledere gir tilbakemeldinger til sykepleierne som oppleves som meningsfylte. Tiltak som utføres åpent og inkluderende trekkes frem som viktige elementer for å stimulere til økt rapportering blant sykepleierne (Roald 2013).

Mine funn viser noe av det samme. Operativt ambulanspersonell oppgir at de ønsker å følges opp av leder når de registrerer en hendelse. Mine data kan indikere at det er for lite oppfølging og involvering av melder, etter at melder har registrert en hendelse. Dette kan medføre at melder føler at han eller hun mister litt kontrollen over det som er meldt. Samtidig oppgir operativt ambulanspersonell at de følger med på saken etter at de har registrert. Dette betyr at saken har en verdi for melder. Ledere oppgir at å ha fokus på uønskede hendelser og tilgjengelighet til å kunne registrere, er viktige tiltak for å øke registreringen. Mine funn indikerer også at tilliten til meldesystemet i stor grad kan baseres seg på at man har sett eksempler på at systemet virker, altså at rapporterte hendelser har ført til endring. Dette er felles for både operativt ambulanspersonell og ledere. Barrierereduserende arbeid trekkes også frem av Roald som viktig for å skape lærende organisasjoner som fremmer pasientsikkerheten. Barrierer forstås her som barrierer som hindrer registreringer av hendelser (Roald 2013).

Fra undersøkelsen i oppgaven til Sønstebø og Hærnes fra 2009 viser de at lovverket ikke er tilstrekkelig kjent blant personell i spesialisthelsetjenesten. De skriver «Skal helsearbeidere melde, må de forstå hvorfor de skal melde samtidig som det skal være trygt og positivt. Støtte til helsepersonell etter feil og pasientskade er avgjørende for rapportering» (Sønstebø og Hærnes, 2009). I mine data er det ingen som viser til lovverket som årsak til registrering. Det er flere som peker på nivå en-prosedyren og denne prosedyren baserer seg på lovverk og forskrifter. Det kan således ikke konkluderes med at mine respondenter ikke kjenner til lovverket. Samtidig reiser det spørsmålet om operativt ambulanspersonell og ledere i avdelingen registrerer og behandler avvik i tråd med lovverket eller om de tar utgangspunkt i egne overbevisninger. Mine funn viser også at både flere ledere og flere av operativt ambulanspersonell mener at det må være trygt og at det må ligge læring i hendelser som blir registrert.

Sønstebø og Hærnes viser også til at systematiske gjennomganger av avvik og analyse av disse mangler. De skriver også at gjennomgang ukentlig av avvik i den enkelte enhet ville være en god arena for læring og involvering av de som ikke har vært del av selve hendelsen, slik at også de kan lære (Sønstebø og Hærnes, 2009).

Flere av lederne jeg har intervjuet viser til at de snakker om og gjennomgår hendelser på sin stasjon. De oppgir at dette gir læring og at de samtidig holder fokus på viktigheten av å melde fra. Samtidig oppgir operativt ambulanspersonell at saksbehandlingen ofte tar for lang tid og at de opplever at det skjer lite med hendelsen de har registrert, altså at det ikke nødvendigvis fører til endring. Her er altså operativt ambulanspersonell og ledere ikke helt enige. Antakelig er det variasjoner mellom ambulansstasjonene.

Korsæth og Indrebø sin oppgave fra 2013 tar for seg sykehusledere sitt arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet. Oppgaven viser blant annet at lederstil har noe å si for hvordan dette arbeidet gjøres. De skriver «De som oppfattet kvalitetsarbeidet som en del av lederoppdraget hadde oftere en direkte, tilstedeværende tilnærming. De som hadde en mer indirekte, delegerende tilnærming så oftere på kvalitetsarbeid som «nok en oppgave»» (Korsæt og Indrebø 2013). Mine funn viser også at det er forskjell på hvordan ledere håndterer dette arbeidet. Noen ledere jeg intervjuet brukte tid på å aktivt oppfordre til registrering av uheldige hendelser og å ha gjennomganger med ansattgruppen, mens andre ledere oppga at de ikke hadde så stort fokus på uheldige hendelser. Det er altså en forskjell på hvilken rolle leder tar i arbeidet. Korsæth og Indrebø sier også at ledere som hadde en direkte, deltagende tilnærming var mer opptatt av utfordringer knyttet til de menneskelige faktorer (Korsæt og Indrebø 2013). Jeg finner det samme i mitt datamateriale. Ledere som har pasientsikkerhet og kvalitet på dagsordenen og som bruker tid på å skape et miljø for læring og registrering, var også opptatt av ivaretagelse og støtte til de som registrerte hendelser. Man kan si at systemet virker bare hvis menneskene er en del av systemet.

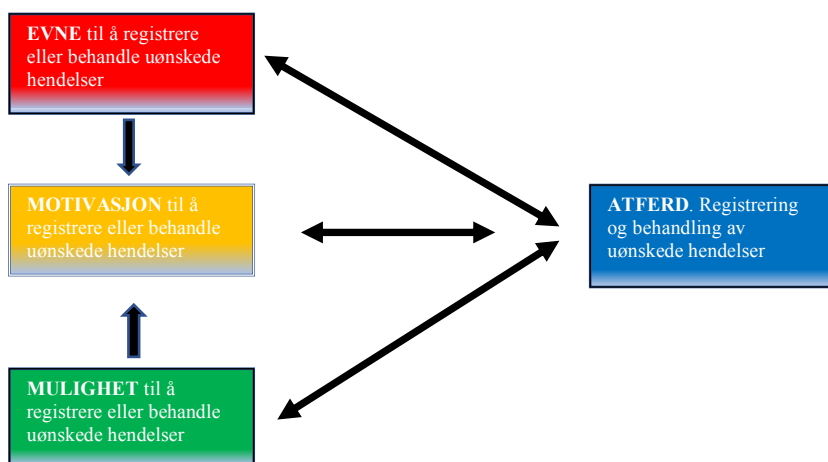
6.2 Drøfting teori

Jeg vil her se på mine funn i lys av COM-B teorien, PRIME-teorien og Maslows behovspyramide. I tillegg vil jeg se på mine funn opp mot implementeringsteori. Flere elementer av teoriene er overlappende i det at de omhandler motivasjon og adferd.

6.2.1 Mine funn og COM-B

COM-B er som vi husker fra teorikapittelet et verktøy, eller en modell, for å gjøre nødvendige endringer hos individet m.h.t atferd. Premisset i denne sammenhengen må være at det burde registreres flere uønskede hendelser og at ledere må både behandle og skape en kultur for pasientsikkerhet og kvalitet

Hvis vi ser på COM-B grafisk fremstilt på norsk og endrer, eller konkretiserer bokstavene i forhold til tematikken, gir det bildet nedenfor:



COM-B ser på hva som dikterer atferd. Atferd må her forstås som registrering eller behandling av meldinger om uheldige hendelser. Alternativt som fravær av registrering og behandling av uheldige hendelser. Evne, motivasjon og mulighet dikterer i henhold til teorien atferd. COM-B viser også, gjennom behaviour change wheel, tiltak som er aktuelle for å oppnå nødvendige atferdsendringer. Det er, som vi så i teorikapittelet, syv kategorier hvor tiltak er aktuelt i henhold til COM-B. En av kategoriene er retningslinjer, som her også kan forstås som prosedyrer. En annen kategori er kommunikasjon. Det er ni intervensjoner som kan appliseres for å endre atferd. Disse omfatter blant annet utdanning, trening og insentiver som motivasjon og restriksjoner.

Evne

Fra datamaterialet finner jeg at alle respondentene hadde registrert uheldige hendelser eller behandlet uheldige hendelser. Vi kan da med sikkerhet si at deltakerne i studien har evne til akkurat dette. Evne, i dette perspektivet, skiller seg følgelig ikke ut som en stor utfordring i

utgangspunktet. Samtidig viste funnene at det blant operativt ambulanspersonell er liten eller ingen opplæring. Funnene viste at det heller ikke var noen formell introduksjon til Achilles.

Spørsmålet blir om evne kun skal ses på som at man klarer å finne frem i systemet og registrere en hendelse eller om evne også innebærer å registrere riktige hendelser, på riktig måte i henhold til lovverk, forskrifter og OUS sin prosedyre. Man tenker at evne i denne sammenhengen favner videre enn bare å kunne gjennomføre den tekniske delen av registrering. Det bør altså være en god evne. Dette fordi man ideelt sett bør vite hva man skal registrere, når man skal registrere og hvordan man skal registrere. Vi kan trekke tankerekken enda lengere og si at man må ha kunnskap om lovverket, forskriftene og prosedyren. Evne kan i denne sammenhengen kanskje best beskrives som kompetanse. I dette perspektivet er det min forståelse at evne, eller kompetanse, likevel er en utfordring, fordi det blant annet går frem av mine data at det er en underrapportering på «nestenhendelser», noe som skal registreres. Denne typen hendelser er viktig å rapportere av flere årsaker, blant annet for å kunne fange opp situasjoner som faktisk kan gå galt, hvis de skjer mer enn en gang. Når det gjelder ledere vet vi, som tidligere nevnt, at de har behandlet avvik. På samme måte som med operativt personell kan vi si at hvis evne her forstås som kun å, på en eller annen måte, behandle en uheldig hendelse, så skiller ikke evne seg ut som et problem. Men igjen må vi tenke at evne her favner mye videre enn kun å kunne gå inn i Achilles og for eksempel lukke en hendelse. Evne for ledere må her forstås som noe som forutsetter kunnskap om lover, forskrifter og OUS sin prosedyre. Ledere må også vite om bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Denne forskriften definerer hvilke plikter man som leder har når det gjelder å gjennomføre, evaluere og korrigere for å bidra til kvalitetsforbedring, pasient og brukersikkerhet og forsvarlige helsetjenester. Ledere må kunne lede arbeidet med en lærende kultur hvor det er trygt å melde fra om uheldige hendelser. Fra mine data indikeres det at ledere ikke involverer seg i dette arbeidet godt nok. Det går også frem at det er lite erfaringsutveksling og samarbeid ledere imellom. Evne hos ledere kan forklares, på samme måte som hos operativt ambulanspersonell, som kompetanse. Det kan i dette perspektivet synes som at evne blant ledere også er en utfordring.

Motivasjon

Motivasjon vil ofte påvirke valgene vi tar. Dette har vi sett i PRIME-teorien, som blant annet sier at vi i utgangspunktet, på bakgrunn av motivasjon, til enhver tid velger det vi har mest lyst til. Funnene i undersøkelsen viser at operativt ambulanspersonell selv oppgir en rekke

årsaker til at de velger å registrere en hendelse. De trekker blant annet frem at de har sett at rapportering om hendelser har ført til bedring, noe som kan virke motiverende. De sier også at det er en formell måte å «si fra på». Ting som åpenbart, sett fra melders syn, kan forbedres meldes også. Altså et ønske om forbedring. Når vi ser på hva som faktisk registreres ser vi at operativt personell melder en rekke ting som er helt i tråd med lovverk, forskrifter og OUS sin prosedyre. Likevel går det frem av undersøkelsen at ledere savner meldinger om «nestenhendelser» og til dels alvorlige hendelser. Hvis vi ser på hva som kan påvirke motivasjonen til å melde i negativ retning, viser undersøkelsen at det er operativt ambulansepersonell som sier at det ikke er vits i å registrere uheldige hendelser fordi det ikke skjer noe i ettertid. Det kommer også frem at enkelte føler at det ligger en frykt i å skulle rapportere seg selv eller at man har gjort en feil. I forbindelse med dette kommer det også frem at det å skulle rapportere at man har gjort en feil samtidig som man opplever at det er liten vilje til å lære av den feilen som er gjort av organisasjonen, tilsammen påvirker motivasjonen til å melde i negativ retning. Man kan tenke at man har liten motivasjon til å sette seg selv i en situasjon hvor man ikke bare innrømmer at man har gjort feil, som man melder selv i fra om, hvis det ikke kommer noe godt ut av det. Da er nok motivasjonen til å la det passere i stillhet større. Noe av det samme kommer frem med henblikk til «nesten hendelser». Litt av mentaliteten synes å være at «det gikk jo bra», så hvorfor skal vi da rapportere hendelsen Hvis organisasjonen eller avdelingen ikke viser nok vilje til læring av rapporterte hendelser er det kanskje ikke lenger motiverende å melde fra. Det kan til og med virke demotiverende. Det går også frem av undersøkelsen at ambulansepersonell av og til, når de har mulighet til å registrere uheldige hendelser, må velge mellom å registrere hendelsen, andre nødvendige gjøremål og det å slappe litt av. Her kan også motivasjon være årsak til at hendelser blir registrert eller at de ikke blir registrert.

Ledere må også ha en motivasjon til å behandle meldinger om uønskede hendelser og å jobbe for et lærende miljø hvor man har åpenhet og oppmuntrer til kvalitetsarbeid. Undersøkelsen viser at det er ledere som mener at operativt personell registrerer feil type hendelser, at de savner «nestenhendelser», feilbehandling, egenrapportering og systemhendelser. Det går også frem at enkelte ledere må forklare sine ansatte hva som er normalt og at de opplever at enkelte ting ikke rapporteres fordi operativt personell tenker at dette er jo helt «normalt». Trusler trekkes frem som eksempel i forhold til dette.

Det vil kunne påvirke leder sin motivasjon til arbeidet med uheldige hendelser hvis leder opplever at det er en stor underrapportering på viktige hendelser, mens det rapporteres om mindre viktige ting eller om ting som det ikke burde rapporteres i Achilles, feks personalkonflikter. Det vil da, for ledere, kunne oppleves som at de bruker sin tid på rapporterte hendelser de ikke får gjort noe særlig med, eller som ikke burde vært registrert i det hele tatt. Det er en divergens mellom hva som rapporteres ved OUS i sin helhet og i ambulanseavdelingen. I 2019 ble i følge stab pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring ved OUS, rapportert 30778 uønskede hendelser. Av disse er 9559 «andre avvik», herunder forbedringsforslag. 6948 av disse er HMS-avvik. Pasienthendelser er meldt 14271 ganger, som utgjør 46% av alle avvik. Vi ser at pasienthendelser er den mest rapporterte typen hendelse ved OUS. I ambulanseavdelingen ble det rapportert 1339 avvik i 2019. 389 av disse var «andre avvik». 660 var HMS-avvik. Pasienthendelser ble meldt 290 ganger (stab pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring 2020). Vi ser at pasienthendelser er det som rapporteres minst i ambulanseavdelingen. Ut ifra disse tallene ser vi at ambulanseavdelingen rapporterte 9,5 % av alle HMS-avvik ved sykehuset og 4,1% av «andre avvik», men kun 2% av alle pasienthendelser i 2019. Det kan være at dette er et bilde på det ledere gir uttrykk for, nemlig at de savner en del registreringer. I underkant av 22 % av hendelsene som ble rapportert i ambulanseavdelingen i 2019 var pasienthendelser. Det betyr at i underkant av 80 % av hendelsene i utgangspunktet er noe annet enn pasienthendelser. Disse tallene tar ikke høyde for hendelser som er registrert i feil kategori, men de gir et bilde på hva som rapporteres og kanskje på hva som mangler.

Mulighet

Mulighet til å registrere uønskede hendelser eller å behandle disse. Av undersøkelsen går det frem at alt operativt ambulansespersonell har hatt mulighet til å registrere uønskede hendelser og at alle ledere har hatt muligheten til å behandle meldinger om uønskede hendelser. Som vi så i teorikapittelet må mulighet her forstås som å kunne gjøre noe. I media, for eksempel i forbindelse med artikler om sport kan vi lese «nå må Norge gripe muligheten». Dette kan bety at Norge ved å vinne neste kamp i fotball er kvalifisert til EM.

Mine funn viser at operativt ambulansespersonell har mulighet til å registrere avvik, men at de ikke alltid benytter seg av muligheten. De oppgir at de opplever å måtte velge mellom flere muligheter for eksempel å registrere en uheldig hendelse eller å slappe av litt på en hektisk vakt. Da faller det tilbake på motivasjon som bestemmer hvilken mulighet vi griper. Et annet

interessant funn jeg har gjort er at hvis muligheten til å melde i fra ikke presenterer seg relativt raskt, kan det synes som om motivasjonen til å registrere synker. Det ser ut som at dette henger sammen med at når personellet faktisk har mulighet, i løpet av en vakt, til å registrere en hendelse, så er det også andre ting som må gjøres, eller andre muligheter som må gripes. Operativt ambulanspersonell oppgir at det kunne vært fint å ha muligheten til å registrere en hendelse i forbindelse med oppdraget, altså ikke vente til de er tilbake på stasjonen. Samtidig sier de at dette også kan være problematisk fordi man risikerer at det registreres hendelser i affekt og at man ikke har tid til å reflektere rundt hendelsen. Å kunne registrere fra bilen gir med andre ord større mulighet, men kvaliteten på det som registreres kan bli dårligere.

Ledere har, rent praktisk, relativt stor mulighet til å behandle uønskede hendelser. Ledere har tilgang til PC på kontoret og skal også ha mulighet til hjemmekontor. Ledere skal ivareta en lang rekke ting og må også ha mulighet til å sette seg ned og arbeide med uønskede hendelser, men muligheten med tanke på infrastruktur (datamaskiner) burde ikke være et problem. Det kan på samme måte som med operativt ambulanspersonell være at det byr seg flere muligheter samtidig og at det er motivasjonen som blir styrende. Undersøkelsen viser at ledere også ser på muligheten til å registrere fra bil som positivt, men ledere har ikke de samme reservasjonene som operativt personell har.

Som vi så i teorikapittelet om COM-B, påvirkes atferd av evne, motivasjon og mulighet. Som vi har sett er det utfordringer med alle punktene både hos operativt personell og ledere.

Utfordringene er sammensatt og henger sammen. Man kan følgelig ikke peke på ett problem som lett kan løses. Det er vanskelig å tenke seg at evne, motivasjon og mulighet ikke påvirker hverandre. Man kan ha evne, eller kompetanse, men ha liten mulighet til å bruke sin kompetanse, da vil det påvirke motivasjonen negativt. Heldigvis går dette begge veier, og vi kan snu eksempelet og si hvis man har gode muligheter og gode evner, eller kompetanse, vil dette påvirke motivasjonen positivt. Det er heller ikke slik at det alltid er motivasjonen vår som endres positivt og negativt. I sum kan vi si at det er vår atferd som endres.

Man kan si at det er spenninger mellom de tre bokstavene i COM-B og det de representerer. Disse spenningen kan være hemmende, men også forløsende. Min undersøkelse viser nettopp dette at evne, motivasjon og mulighet henger sammen og at disse påvirker hverandre og de påvirker atferd. Mine funn viser at hvis det er lite mulighet til registrering, eller hvis det oppleves at det er liten mulighet til registrering, påvirker dette motivasjon til registrering

negativt. Blant operativt ambulanspersonell viser funnene også at mulighet i seg selv, nødvendigvis ikke er nok for å øke antall registreringer. Andre premisser også må være på plass, som at det å registrere en hendelse fra bilen anerkjennes som en del av oppdraget. Økt mulighet, gjennom registrering fra bil, vil kunne øke motivasjonen fordi motivasjonen i mindre grad vil komme i konflikt med andre motivasjoner inne på stasjonen. Dette viser at muligheten til registrering må bedres og tilrettelegges for.

6.2.2 Mine funn og PRIME

PRIME-theory handler, som vi så i teorikapitlet, mer grunnleggende om motivasjon. Hvis vi ser funnene fra undersøkelsen i lys av de fem lovene om motivasjon fra PRIME kan vi øke forståelsen av funnene.

Den første loven sier som vi husker «At every moment we act in pursuit of our strongest motives (wants or needs) at that moment. Wants are anticipated pleasure or satisfaction and needs are anticipated relief from, or avoidance of, mental or physical discomfort» (West og Brown, 2013, S.226). Altså velger vi, eller jakter vi på det vi vil mest eller trenger mest i øyeblikket. Dette betyr at vi tar valg basert på hva vi vil og er mest motivert til akkurat her og nå. Hvis vi utelukkende har atferd som er i overensstemmelse med denne loven, vil mange ha problemer med å stå opp om morgenen og dra på jobb. Mange vil velge å heller bli værende i sengen og sove. Denne loven er nok ikke representativ for operativt ambulanspersonell og ledere i ambulansetjenesten. Likevel peker den på noe viktig, nemlig at vi tenderer til å velge det vi vil mest, akkurat her og nå. Hvis operativt ambulanspersonell heller vil drikke kaffe og slappe av enn å registrere en hendelse, så er det problematisk. På samme måte vil det være problematisk hvis ledere velger å gjøre noe annet enn å behandle hendelser selv om de har mulighet og burde gjort det. Det går frem av undersøkelsen at operativt ambulanspersonell av og til velger å gjøre andre ting enn å registrere en hendelse som burde vært registrert, men det er nok ikke utelukkende på bakgrunn av denne loven.

Den andre loven om motivasjon sier «Evaluations (beliefs about what is good and bad) and plans (self-conscious intentions to do or not do things) can only control our actions if they create motives at the appropriate moments that are stronger than competing motives coming from other sources» (West og Brown, 2013, S.226). Altså må motivasjonen til å kontrollere våre handlinger være sterkere, eller skape sterkere motivasjon enn konkurrerende motivasjon i de rette øyeblikkene. Så når muligheten byr seg til å gjøre noe man burde, risikerer man at

konkurrerende motivasjon påvirker valgene vi tar. Dette betyr for eksempel at motivasjonen til å registrere eller behandle en uønsket hendelse kan bli utkonkurrert av annen motivasjon, hvis motivasjonen til å registrere eller å behandle hendelsen ikke er sterk nok i seg selv eller at handlingen i seg selv ikke skaper sterk nok motivasjon. Denne loven kommer følgelig i konkurranse med den første loven om motivasjon. Igjen ser vi at motivasjon ikke nødvendigvis er en motivasjon, men flere og at disse kan være motstridende. Det går frem av min undersøkelse at motivasjonen til å registrere uønskede hendelser blant operativt ambulanspersonell er god, men at den tidvis kommer i konflikt med motivasjonen til å utføre andre gjøremål. Motivasjonen kan blant operativt personell synes sterkere, der hvor de kan påvirke egen arbeidshverdag, noe som i seg selv kan skape motivasjon i følge denne loven.

Den tredje loven om motivasjon sier «Self-control (acting in accordance with plans despite opposing motives) requires mental energy and depletes reserves of that energy» (West og Brown, 2013, S.226). Dette må forstås som å ha selvkontroll og handle i tråd med planen(e), eller det man burde gjøre som krever mental energi og i seg selv energitappende. Planen her kan for eksempel være nivå en-prosedyren til sykehuset, retningslinjer og føringer fra arbeidsgiver. Dette er spesielt utfordrende hvis motivasjonen egentlig heller mot en annen retning enn det du faktisk gjør. Det koster altså noe, nemlig mental energi, å gjøre det vi burde, særlig der vi egentlig helst vil gjøre noe annet. Dette er altså valget mellom å gjøre det vi burde og det vi egentlig har lyst eller motivasjon til.

Det kommer frem i undersøkelsen at operativt ambulanspersonell tidvis må velge mellom flere nødvendige oppgaver. De må etterfylle bilen med utstyr, vaske bilen og klargjøre den til neste oppdrag. De må registrere en hendelse og de har kanskje behov for å snakke med en leder. Dette vil gjøre valgene de må ta enda vanskeligere. Ikke bare må de velge mellom hva de skal prioritere, men de har kanskje egentlig lyst til å ta en pust i bakken. Det krever som vi ser av loven, mental energi å handle i tråd med planen(e), eller det vi egentlig burde gjøre. Som vi så registreres det flest HMS-avvik i ambulansavdelingen. Sett i lys av denne loven om motivasjon kan man kanskje forstå at det registreres flest hendelser knyttet til operativt ambulanspersonell sin hverdag. Kanskje dette er et tegn på at operativt ambulanspersonell opplever at det krever for mye å hele tiden skulle følge de prosedyrene, planene og føringene jobben innebærer. Dette vil i så fall kunne være med på å forklare hvorfor ledere i undersøkelsen oppgir at de savner enkelte typer registreringer.

Den fjerde loven om motivasjon sier «Our identities (thoughts, images and feelings and feelings about ourselves) can be a powerful source of motives and involve labels (the categories we think we belong to), attributes (the features we ascribe to ourselves) and personal rules (imperatives about what we do and do not do) » (West og Brown, 2013, S.227).

Identitet er viktig som vi ser av denne loven. Vårt selvbilde og hvor vi føler tilhørighet er en kilde til motivasjon. Helsepersonell som ambulanspersonell, leger, sykepleiere, fysioterapeuter beskrives ofte som engler, hjelpere, helter mm. Spørsmålet, i forhold til denne loven, er hvordan helsepersonell ser på seg selv i rollen som helsearbeider. Hvilke attributter tillegger helsepersonell seg selv? Jeg har ofte tenkt at noen jobber for å leve og noen lever for å jobbe. Dette tror jeg gjelder innen de fleste arbeidsfelt. Er operativt ambulanspersonell og ledere i ambulansetjenesten sitt selvbilde, eller identitet, knyttet til rollen de har som arbeidere? Det vil kunne forklare hvorfor undersøkelsen viser at det er en forskjell i motivasjonen til registrering. Funnene viser at enkelte er mest opptatt av å melde fra om ting de mener burde vært bedre m.h.t utstyr, turnuser og mer praktiske anliggende, mens andre opplyser at alt som bryter med prosedyrer og all uønsket variasjon skal meldes. Alle ledere som har deltatt i undersøkelsen har bakgrunn som operativt ambulanspersonell. Da blir spørsmålet hvilken identitet de har og om de føler tilhørighet til det operative personellet, eller om identiteten er knyttet til ledergjerningen. Det går frem av undersøkelsen at det er ledere som synes avstanden til det operative personellet er for stor. Lederne er ikke med det operative personellet ut på jobb og ser følgelig ikke personellet der de faktisk jobber. Lederne sitter på kontor. Dette kan påvirke motivasjonen til ledere.

Den femte og siste loven om motivasjon sier «Motives influence actions by creating impulses and inhibitions, which are also generated by habitual (learned) and instinctive (unlearned) associations; behaviour is controlled by the strongest momentary impulses and inhibitions» (West og Brown, 2013, S.227).

Vi ser at lærte og instinktive assosiasjoner påvirker atferd. Atferd kontrolleres av de sterkeste impulsene og hemningene i øyeblikket. Hvis vi har lært at noe ikke virker, eller hjelper, for eksempel å rapportere om en uønsket hendelse, vil dette påvirke atferden vår. Instinktive assosiasjoner vil kunne styre atferden vår i en annen retning der og da. Dette spiller tilbake på den tredje loven som handler om selvkontroll og det at det koster mental energi å følge planen(e). Hvis våre lærte assosiasjoner tilsier at noe ikke virker er det større sjanse for at det blir en hemmer. Da blir det vanskeligere å gjøre det som er «riktig».

Uønskede hendelser blir ofte kalt for avvik. Et enkelt søk i Google med søkeordene «avvik + sykehus» gir umiddelbart flere hundretusen treff. I mine intervjuer blir også ordet «avvik» brukt langt hyppigere enn «uønskede hendelser». Achilles omtales ofte som «avvikssystemet». Som vi har sett tidligere i oppgaven, ønsker OUS at det skal omtales som «forbedringssystemet». Assosiasjoner til «avvikssystem» og «avvik» bærer med seg en mer negativ tone enn «uønskede hendelser» og «forbedringssystemet». Det kan tenkes at disse assosiasjonene påvirker vår atferd, slik loven sier i negativ retning.

De fem lovene om motivasjon fra PRIME henger sammen. På samme måte som vi så i drøftingen om COM-B er det også her spenninger. Man kan si at enkelte av lovene konkurrerer mot hverandre og de fleste lovene konkurrerer mot den første loven, som sier at vi velger det vi vil, eller har mest motivasjon til i øyeblikket. PRIME gir oss en forklaring på hva motivasjon er og hva som styrer, eller påvirker den. COM-B og PRIME gir oss tilsammen en bedre forståelse av hva som styrer vår atferd. Mine funn viser at motivasjon i forhold til registrering er veldig viktig og at motivasjon påvirkes negativt av mange faktorer. Motivasjon påvirker atferd i stor grad og negative faktorer, i denne sammenhengen, gjør at den første loven om motivasjon ofte kommer til anvendelse.

6.2.3 Mine funn og Maslows behovspyramide

Som vi så i teorikapittelet ser artikkelforfatterne på Maslows behovspyramide anvendt med tanke på helsepersonell i en helseorganisasjon (Benson og Dundis, 2003). Vi husker at pyramiden fortsatt har fem trinn, men at det som dekker behovene er omskrevet.

Det første trinnet, den grunnleggende behovsdelen, kan være fysiologiske behov som dekkes av lønn. Lønn må forstås som grunnlønn, overtid, forskjellige tillegg og andre ytelser av økonomisk verdi. Undersøkelsen viser at operativt ambulanspersonell opplever at det kan være utfordrende å finne tid til å registrere hendelser i løpet av en vakt. Spørsmålet blir om ytelsen som gis for å registrere en hendelse etter endt vakt, på overtid, er god nok. Man kan også si at tid er penger og følgelig blir spørsmålet hva som er mest verdifullt, fritiden til den ansatte eller en overtidsytelse fra arbeidsgiver. Jeg skal ikke begi meg ut på noen store drøftinger om lønnsnivå for helsepersonell i Norge, men min erfaring er at det er ordnede lønnsforhold ved OUS i den forstand at man får sin lønn som forventet hver måned. Dette er forutsigbart og dekker normalt fysiologiske behov som mat, klær, bolig mm.

Det andre trinnet i pyramiden er ifølge artikkelforfatterne trygghet (Benson og Dundis, 2003). Trygghet dekkes av at arbeidsgiver viser vilje til å investere i de ansatte, for eksempel gjennom trening og opplæring. Mine funn viser at operativt ambulanspersonell ikke har fått formell trening eller opplæring i bruk av Achilles. Ingen er i utgangspunktet ansatt for å registrere uønskede hendelser, så hvorvidt dette påvirker den generelle tryggheten er usikkert. Likevel påpekes det i artikkelen at det er lite ønskelig, i dette perspektivet, å lære ved å prøve seg frem, med fare for å feile. Det vil være uheldig, i tråd med teorien, om operativt ambulanspersonell føler seg utrygge på å registrere uønskede hendelser eller på hvordan disse blir behandlet. Enda mer uheldig vil det være om de i tillegg ikke føler at arbeidsgiver er villige til å gi de den opplæringen de er i behov av.

Undersøkelsen viser også at operativt ambulanspersonell ønsker å bli fulgt tettere opp av sin nærmeste leder når de registrere uønskede hendelser. Det kan som artikkelen sier, for den ansatte, gi en følelse av å være verdifull når organisasjonen/sykehuset er villig til å bruke tid og penger på opplæring. Kanskje må ledere ta større ansvar for å gi opplæring i bruk av Achilles.

Det tredje trinnet i pyramiden er sosial tilhørighet. Dette skapes gjennom kollegiale relasjoner, for eksempel gjennom trening med andre. Dette leder personer med samme ansvarsfelt og interesse sammen i følge artikkelforfatterne (Benson og Dundis, 2003). Det går frem av undersøkelsen at det er enkelte ledere som savner nettopp mere kollegialitet i forbindelse med behandling av uheldige hendelser. Sosial tilhørighet og kollegiale relasjoner til andre ledere vil være viktig også fordi lederes relasjon til sine ansatte er mer fragmentert.

Det fjerde trinnet i pyramiden er aksept. Artikkelforfatterne sier at hvis ansatte ikke får gehør for sine beslutninger, ideer og bekymringer, så forsvinner involvering og engasjement (Benson og Dundis, 2003). Videre skriver de at opplevelsen vil være at det ikke bare er beslutningene, ideene og bekymringene som blir oversett, men også de ansatte som tok de opp (Benson og Dundis, 2003). Undersøkelsen viser at operativt ambulanspersonell tidvis føler at de får lite gehør, eller at de ikke helt tas på alvor når de registrerer en uønsket hendelse. Dette kan da i tråd med artikkelen påvirke den ansattes selvrespekt, status og aksept. Det er viktig at ansatte ikke føler seg oversett, eller at de føler at det de rapporterer ikke tas på alvor.

Det siste trinnet i pyramiden er selvrealisering. Om dette sier forfatterne at hele mennesket må ses, utover bare hvordan de fungerer på jobb (Benson og Dundis, 2003). Det er hvordan de

gjør det i livet som helhet som er viktig. Jobb er en stor del av livet for mange. Man tilbringer mye tid på jobb og for noen er jobben en veldig viktig del av livet. Det er naturlig at det ikke er en ramme som kapsler arbeidstakere inn i jobbsammenheng, mens privatlivet ikke tas hensyn til eller er utenfor rammen. Når operativt ambulanspersonell registrerer hendelser for å forbedre egen arbeidshverdag så spiller det kanskje en rolle hvilken status jobben har for dem? Hvis jobben er en viktig, kanskje også som en del av selvbildet, er det helt naturlig at de forsøker å påvirke nettopp dette. Perspektivet kan til og med være at de forsøker å forbedre en del av livet, fordi livet og jobben går hånd i hånd. Følgelig er det svært viktig at de som melder om uheldige hendelser blir sett og tatt på alvor.

Maslows behovspyramide viser oss at det er en rekke forhold som må være på plass for at operativt ambulanspersonell og ledere skal kunne realisere seg selv. Artikkelen viser at jobben er en stor del av livet for helsepersonell og derfor er jobben veldig viktig. Min undersøkelse viser at det er viktig for operativt ambulanspersonell å bli tatt på alvor, få være delaktige og å få gehør for sine bekymringer. Dette vil kunne gi motivasjon til den enkelte og motivasjon spiller som vi har sett, en veldig viktig rolle. Alle trinnene i pyramiden er viktige og gir når trinnene er nådd, trygge ansatte som føler seg verdsatt, med tilhørighet og som ønsker å realisere seg selv.

6.3 Implementering i praksis

Som vi så i teorikapittelet, er implementering å omsette ting til praksis. Det kan for eksempel være forskning, ideer, aktiviteter eller andre ting. Man skal utføre ideen, gjennomføre aktiviteten, eller omsette forskning i praksis. Da blir spørsmålet hvordan det skal utføres, gjennomføres eller omsettes? Undersøkelsen peker på flere elementer som i seg selv nok ikke er skikkelig implementert eller som i sum ikke er implementert godt nok. Mine funn viser at operativt ambulanspersonell klarer å registrere uønskede hendelser i Achilles, men at de ikke registrerer alle hendelser som burde vært registrert. Det kommer også frem i undersøkelsen at det egentlig ikke er noe opplæring i bruk av Achilles. Da kan man ikke si at det er aktivt implementert. Det vil ikke være nok å lese nivå en-prosedyren eller å bli vist hvor på datamaskinen man finner Achilles for å si at programmet eller prosedyren er implementert. Man må sørge for at alle vet hva som skal meldes, når det skal meldes og hvordan det skal meldes. Dette må være i tråd med gjeldende lover, bestemmelser, prosedyrer og datasystemer.

Det er viktig, kanskje spesielt der hvor det som skal gjøres skjer bak en PC-skjerm, og at vi ikke glemmer å snakke sammen. Den relasjonelle kommunikasjonen må ikke legges bort til fordel for elektronisk skriftlig kommunikasjon. Det går frem av undersøkelsen at den som melder en uheldig hendelse er lite involvert i den videre saksbehandlingen. Det blir i all hovedsak det man initialt meldte som danner grunnlaget for saken. Dette kan være uheldig, hvis mottaker av meldingen misforstår eller tolker noe feil. Dette harmonerer med operativt ambulansepersonell sitt ønske om å følges opp av nærmeste leder etter å ha registrert en hendelse. Det kan også føles veldig alvorlig å skulle gjøre noe skriftlig i denne sammenhengen, spesielt hvis man frykter at man selv kan bli stilt i et dårlig lys. Man må altså sørge for at man ved implementering også ivaretar rommet for mellommenneskelig kommunikasjon. Frykt for å blottlegge seg eller frykt for å få en reprimande må ikke komme i veien for å lære og for å skape et miljø hvor kvalitets og forbedringsarbeid er i fokus. Misforståelser og konflikteskalering må raskt ryddes opp i og dette må skje gjennom dialog, ikke gjennom standardiserte digitale plattformer. Det er derfor viktig at kommunikasjon bærer med seg vilje til læring og ivaretagelse av de involverte.

Som vi så i teorikapittelet sier læringssettet i Stavanger at alle typer endringsarbeid har en beskrivelse av hva som skal gjøres, gjerne kalt intervensjonen, men eksakt hvordan dette arbeidet skal gjøres er like viktig. Det er altså selve utføringen av arbeidet, den rent praktiske gjennomføringen av noe, som står i fokus. Det går også frem av undersøkelsen at ledere i ambulanseavdelingen ikke har et helt likt syn på håndtering av uheldige hendelser. Vi har sett at nivå en-prosedyren stiller en rekke krav til ledere, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring 2017). Dette kan også vitne om at det ikke er godt nok implementert hos ledere nøyaktig hvordan de skal håndtere meldinger om uheldige hendelser. I beste fall kan man si at implementeringen har vært passiv i det at det ikke er planlagte, målrettede strategier som har resultert i dagens praksis. Dette er også gjeldende i forhold til operativt ambulansepersonell.

6.4 Hva skal til for å forbedre?

Det går frem av min undersøkelse at det er noen utfordringer med tanke på registrering og behandling av uønskede hendelser, men at det er potensiale for forbedring.

Basert på teoriene fra Kapittel tre og mine funn vil det enkleste tiltaket være å gi operativt ambulansepersonell opplæring i kvalitetsarbeid og bruk av Achilles. Det vil være viktig at de

får god kunnskap om lovverket, prosedyrene, herunder nivå en-prosedyren om Achilles og i praktisk bruk av systemet. Selv om noen oppgir i undersøkelsen at de har blitt fortalt at systemet er selvforklarende viser undersøkelsen at dette ikke stemmer. Dette så vi om implementering, at ting kan bli passivt implementert, der hvor det ikke er en planlagt og målrettet aktiv implementering. Ved å gi operativt ambulanspersonell god opplæring vil man kunne øke motivasjonen for å registrere de riktige hendelsene, men motivasjonen vil også avhenge av at de blir tatt på alvor og at ledere er lydhøre for de tilbakemeldingene som kommer. Dette understøttes av at operativt personell gir uttrykk for ønske om å være mere delaktig i saksbehandlingen, enn de er i dag.

Det må i tillegg skapes et klima for kvalitetsarbeid, hvor det er trygt og givende å melde om uønskede hendelser og hvor organisasjonen viser vilje til å lære. Selv om hendelsen det meldes om er uønsket, må meldingen om hendelsen være ønsket.

Det går frem av undersøkelsen at det kan være utfordrende å få mulighet til å registrere hendelser i Achilles i løpet av en vakt. De fleste ønsker seg mulighet til å registrere uønskede hendelser fra bilen. Reservasjonene til operativt personell ifht dette kan antakelig endres ved at det gis god opplæring og at opplæringen også tar for seg når man bør eller skal vente med å registrere en hendelse. Dette kan likevel være utfordrende fordi motivasjonen til den enkelte kan være basert på sterke impulser der og da, feks sinne eller frykt. Det er likevel ingen tvil om at muligheten til å registrere hendelser fra ambulansen har potensiale i seg til å muliggjøre flere registreringer. Dette vil avhenge av at det å registrere en hendelse regnes som en del av ambulanseoppdraget, noe det burde, slik at man ikke får unødvendige samtidskonflikter som hindrer personellet i å registrere.

Det ville også være nyttig for ledere i ambulanseavdelingen å ha en bedre opplæring i kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. Det vil også være nyttig for leder å få en bedre kjennskap til lovverket, herunder forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, bestemmelser og prosedyrer. Det vil antakelig være et formålstjenlig at ledere i større grad blir samstemte om håndteringen av uønskede hendelser og at ledere også har et åpent og lærende klima seg imellom, slik at man kan høste av hverandres erfaringer. Ledere bør i større grad involvere den som melder en hendelse, ved å følge opp den ansatte til hendelsen er ferdig behandlet. Dette vil kunne gi ledere mer informasjon og den ansatte vil kunne føle seg verdifull, tatt på alvor og som en viktig ressurs for arbeidsgiver og kollegaer. Dette vil også harmonere med sykehusets verdier og mål om å være en fremragende og

lærende organisasjon. Det er viktig at ledere skaper et lærende og åpent miljø på sine ambulansestasjoner, hvor uønskede hendelser gjennomgås og hvor det føles trygt og ikke minst konstruktivt å melde fra. Dette er ikke nødvendigvis en enkel oppgave, men noe som må planlegges og gjøres med involvering fra alt personell. Dette vil kunne bidra til at det blir registrert flere «nestenhendelser» og egenrapporteringer.

Achilles betegnes som forbedringssystem. Likevel brukes begrepet avvik av ambulanspersonell og ledere. Avvik er et negativt ladet ord og bærer kanskje ikke med seg de positive assosiasjonene en fremragende og lærende organisasjon bør ha. Det er ikke så rart at Achilles fortsatt blir omtalt som «avvikssystemet» av mange. I prosedyren «uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles», som vi har gjennomgått i del 2, finner jeg bruk ordet «avvik» mer enn 10 ganger. Man kommer kanskje aldri helt unna ordet eller begrepet avvik, men det vil være viktig å jobbe for at det er meningsfylt, trygt og motiverende å registrere uønskede hendelser. Semantikk spiller her en viktig rolle og riktige ord og begreper må være en del av implementeringen slik at det fremmer positivitet.

Jeg mener det vil være viktig at man planlegger godt for å gi opplæring og for å øke motivasjon og mulighet til å registrere og behandle hendelser. Det vil være nødvendig å gjøre dette til noe positivt slik at det av operativt ambulanspersonell og ledere ikke oppleves negativt, eller som et slags pålegg.

7. Avslutning

Resultatene av i denne oppgaven viser at fysiologiske behov, trygghet, sosiale behov, aksept og selvrealisering er viktig for arbeidstakere. Resultatene viser at operativt ambulanspersonell synes de gjør så godt de kan innen for de mulighetene de har, men at de burde ha hatt en formell introduksjon og opplæring i bruk av Achilles. Dette ville kunne påvirke både evne og motivasjon til å registrere uheldige hendelser. Ledere ønsker seg også at operativt ambulanspersonell får opplæring i bruk av forbedringssystemet. Ledere ønsker også at man kan registrere hendelser fra ambulansen, som vil påvirke mulighet i positiv retning. Operativt ambulanspersonell ønsker en tettere oppfølging fra leder og at meldinger om uønskede hendelser saksbehandles med involvering fra melder.

Vi har også sett at evne, motivasjon og mulighet henger sammen og påvirker hva vi gjør og hvordan vi gjør det. Vi har sett at motivasjon kan være ganske komplekst, og at vi ikke bare kan skille mellom det å være motivert eller ikke motivert. Evne, har vi sett, dreier seg om kunnskap, kjennskap og tekniske ferdigheter. Mulighet kan ofte havne i konkurranse med andre muligheter, fordi vi har mulighet til å gjøre flere ting, men må velge hvilken mulighet vi skal prioritere.

Veien videre blir til gjennom god implementering og tettere samarbeid mellom operativt ambulanspersonell og ledere. Sammen kan de skape et lærende miljø hvor man virkelig jobber for å bli best mulig og hvor kvalitetsarbeid står i fokus.

Litteraturliste

Aven, T. (2020) Mulighet, i Store norske leksikon på snl.no. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/mulighet> (Hentet 21. november 2020)

Benson, S. G. Dundis, S. P. (2003) Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*. 2003 (11), S. 315-320

Braun, V. Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, (3:2), s. 77-101

Drageset, S. Ellingsen, S. (2010) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju, *Sykepleien Forskning* 5(4), s. 332-335

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. *Forskrift 28. oktober 2016. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Halvorsen, K. Jerpseth H. (2019) Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier, *Sykepleien Forskning* 14

Helse Sør-Øst (2020) *Om oss*. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/om-oss#om-helse-sor-ost-rhf>

Implementere (2020) i Store norske leksikon på snl.no. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/implementere> (Hentet 21. november)

Korsæth, A. Marianne, M. I. (2013) *Lede trygt og godt Sykehuslederens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo

Malt, U. Atferd, i Store norske leksikon på snl.no. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/atferd> (Hentet 21. november 2020 fra)

Michie et al. (2011) The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions, *Implementation Science*. 2011, (6:42)

Mørch, W. T. Abraham Maslow, i Store norske leksikon på snl.no. Tilgjengelig fra https://snl.no/Abraham_Maslow (Hentet 21. november 2020)

Nilsen, P. (2015) Making sense of implementation theories, models and frameworks, *Implementation Science* (10:53)

Oslo universitetssykehus (2020), *Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles*. Tilgjengelig fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/11/fields/23> (Hentet: 13.november 2020)

Roald, A. (2013) *Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo

St.meld. nr. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*.

Sønstebø, M. A. Hernæs, L. (2009) *Å forholde seg til regelverket – hvordan virker dette på avvikshåndtering*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo

Teigen, K. H. (2020) Motivasjon, i Store norske leksikon på snl.no. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/motivasjon> (Hentet 21. november 2020)

West, R. Brown, J., (2013) *Theory of Addiction*, West Sussex: John Wiley & Sons
Tilgjengelig fra <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uio.no/doi/book/10.1002/9781118484890> (Hentet: 7.september 2020)

West, R. Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios*. DOI: 10.32388/WW04E6.2.

Øvregård, M. O. (2016). *Hva er implementering*. Tilgjengelig fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/hva-er-implementering/> (Hentet 19. november 2020)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilket forhold har operativt personell og ledere i Ambulansetjenesten OUS, til registrering og håndtering av hendelser i forbedringssystemet Achilles

Referansenummer

756810

Registrert

12.02.2020 av Morten Bjønnæs Steffensen - morteb@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Halvor Nordby, halvor.nordby@medisin.uio.no, tlf: 90135154

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Morten B. Steffensen, morteb@uio.no, tlf: 95251034

Prosjektperiode

01.01.2020 - 01.12.2020

Status

02.03.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

02.03.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

02.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 OsloSentralbord:
02770Org.nr:
NO 993 467 049 MVAwww.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS UTTAELSE

Til: Morten Bjønnæs Steffensen, seksjonsleder ved
Ambulansetjenesten OUS

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Dato: 07.02.2020

Saksnummer: 20/03668

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

«Hvilket forhold har operativt personell og ledere ved Ambulansetjenesten OUS til registrering og håndtering av uønskede hendelser i Achilles?»

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved OUS.
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

Silje Vetteland Melås
Personvernrådsgiver, jurist

Oslo universitetssykehus HF
Direktørens stab | Personvern

Vedlegg 3

Fra: Ola Borstad <UXBORO@ous-hf.no>
Dato: 3. februar 2020 kl. 13:29:54 CET
Til: Morten Bjønnæs Steffensen <UXSMOR@ous-hf.no>
Kopi: Thor Sundby <UXTHSU@ous-hf.no>
Emne: SV: Masteroppgave

Hei

Dette er en spennende vinkling. Det er viktig for alle, ambulansetjenesten inkludert, at Achilles – vårt forbedringsprogram virker. Det at du peker på en forenklet registrering tror jeg personlig er svært viktig. Like viktig er vår måte å svare ut henvendelsene på.

Du har med dette min godkjenning til å gjennomføre spørreundersøkelsene i din masteroppgave.

Jeg ønsker et kort møte med deg hvor vi snakker litt om oppgaven.

Med hilsen

Ola

IKKE SENSITIVT INNHOLD
ikke sensitiv

Fra: Morten Bjønnæs Steffensen
Sendt: 23. januar 2020 12:27
Til: Ola Borstad
Kopi: Thor Sundby
Emne: Masteroppgave

Hei Ola,

Jeg nærmer meg etter hvert å skulle starte arbeidet med masteroppgaven.

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan operativt personell og ledere ser på Achilles/registrering og behandling av uønskede hendelser.

I den forbindelse trenger jeg å intervju ca 10 operative ambulansesarbeidere/paramedicere, og ca 5 ledere.

Målet med oppgaven er å se om vi bruker avvikssystemet/forbedringssystemet «riktig». En annen del i dette er å identifisere eventuelle hindre for å skrive (gode) avvik. For eksempel at vi ikke kan registrere fra bil.

Intervjuene kommer til å bli sett i lys av implementeringsteori.

Jeg ber om lov til å intervju personell i vår avdeling i denne sammenheng. Jeg kommer ikke til å intervju personell i eget område.

Jeg trenger din godkjenning før jeg kan søke personvernombudet ved OUS.

Vedlagt er prosjektskissen for oppgaven. Denne er godkjent av UIO.

Med vennlig hilsen

Morten Bjønnæs Steffensen

Stasjonsleder

Ambulansestasjon Sentrum

Ambulanseavdelingen

Prehospital klinikk

Oslo universitetssykehus HF

Tlf: 22117055 / 95251034

E-mail: uxsmor@ous-hf.no

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Vedlegg 4

Morten Bjønnæs Steffensen

Intervjuguide operativt personell

1. Kjenner du til forbedringssystemet Achilles, ved OUS?
 - a. Hvordan ble du kjent med / fikk vite om systemet?
2. Har du noen gang registrert uønsket hendelse i Achilles?
 - a. Hvis ja: Kan du gi et anslag på hvor mange hendelser du har registrert i 2019/2020? (forutsatt at du jobbet i 2019)
 - b. Kan du gi et anslag på hvor mange hendelser du har registrert totalt sett mens du har jobbet ved OUS?
 - i. Hva slags hendelser har du registrert?
 - ii. Hvorfor var det viktig for deg å registrere disse hendelsene?
 - c. Hvis nei: Har du opplevd hendelser som du tror burde vært registrert?
 - i. Hvis ja: Er det noen grunn til at du ikke har registrert hendelsen(ene)?
3. Har du fått opplæring i bruk av Achilles? (kurs? / 1 til 1 opplæring? / annet?)
4. Føler du deg trygg på å bruke Achilles? (hvordan finne frem/hvilke typer avvik som kan registreres – Pasient/HMS/AND)
5. Synes du systemet er enkelt å bruke? (forutsatt at du har brukt det)
 - a. Hvis nei: Hva er vanskelig med å bruke det?
6. Hvis du registrerer uønskede hendelser, følger du da med på «saksgangen», eller er du fornøyd bare med å registrere?
 - a. Synes du saksgangen tar «rimelig tid»?
7. Hvis du har registrert en hendelse i Achilles, følges du da opp av nærmeste leder, ifht registreringen?
 - a. Hvis ja: På hvilken måte følges du opp?
 - b. Hvis nei: Tror du det ville vært til hjelp hvis du ble fulgt opp av nærmeste leder etter å ha registrert en hendelse i Achilles?
8. Er det viktig for deg at det finnes et system for å registrere uønskede hendelser?
 - a. Hvis ja: Hvorfor det?
9. Hvilken type hendelser synes du er viktig å registrere? Hva ville du/har du registrert?
10. Tror du at det å registrere uønskede hendelser i Achilles fører frem? (at det blir bedre?)
 - a. Hvis ja: Har du opplevd at noe har blitt bedre eller tryggere pga Achilles? I tilfelle hva og for hvem (Deg? Kollegaer? Pasient? OUS?)?
 - b. Hvis nei: Påvirker det deg ifht å registrere uønskede hendelser? At du velger å ikke registrere, fordi du ikke opplever bedring?
 - i. Hvis nei: Hvorfor fortsetter du å registrere hvis du ikke opplever effekt/bedring?
11. Skulle du ønske at du kunne registrere avvik «der og da»? altså ikke måtte vente til du var inne på stasjonen?
 - a. Hvis ja: Ville du registrere flere avvik hvis du kunne gjort det «prehospitalt» / i bil?

Vedlegg 5

Morten Bjønnæs Steffensen

Spørsmål til ledere:

1. Følger du opp dine ansatte ifht registreringer de har gjort i Achilles?
 - a. Hvis ja: Hva konkret gjør du? Hvordan følger du de opp?
 - b. Hvis nei: Hvorfor følger du de ikke opp?
2. Oppmuntrer du dine ansatte til å registrere uønskede hendelser?
 - a. Hvis ja: Hva slags hendelser mener du er viktig at dine ansatte registrerer?
 - b. Hvis nei: Hvorfor ikke? (Registrerer de det de burde?)
3. Har dine ansatte fått opplæring i bruk av Achilles? Og i tilfelle hvordan?
 - a. Hvis ja: Fortell om opplæringen de har fått. Har opplæringen vært tilstrekkelig?
 - b. Hvis nei: Synes du de burde ha fått/trenger opplæring?
 - i. Hvis ja: Hva mener du mangler? Hva er det de trenger opplæring i? Ifht Achilles?
 - ii. Hvis nei: Hvorfor ikke?
4. Hvis en av dine ansatte registrerer en hendelse du mener ikke burde vært registrert, korrigerer du da den ansatte? (gjør den ansatte oppmerksom på at det ikke burde vært registrert)
 - a. Hvis ja: Hvordan gjør du det? Og hva gjør du med avviket som er registrert?
 - b. Hvis nei: Hvorfor ikke?
5. Opplever du at det registreres mange «unødvendige hendelser» (avvik som ikke burde vært registrert)
 - a. Hvis ja: Hva slag hendelser er det?
6. Tror du det er en underrapportering på alvorlige hendelser?
 - a. Hvis ja: Hva tror du er årsaken til det?
7. Tror du det er en underrapportering på «nesten hendelser»?
 - a. Hvis ja: Hva tror du er årsaken til det?
8. Tror du det er færre «selvrapporteringer» enn det burde være?
 - a. Hvis ja: Hva tror du er årsaken til det?
9. Tror du det ville blitt registrert flere hendelser hvis man kunne registrere fra bilen? (ikke måtte vente til man er inne på stasjonen)
 - a. Er det andre tiltak som evt kunne øke antallet registreringer?
10. Opplever du at Achilles totalt sett er nyttig? At det virker?
 - a: Hvis ja: Utdyp
 - b: Hvis nei: Utdyp