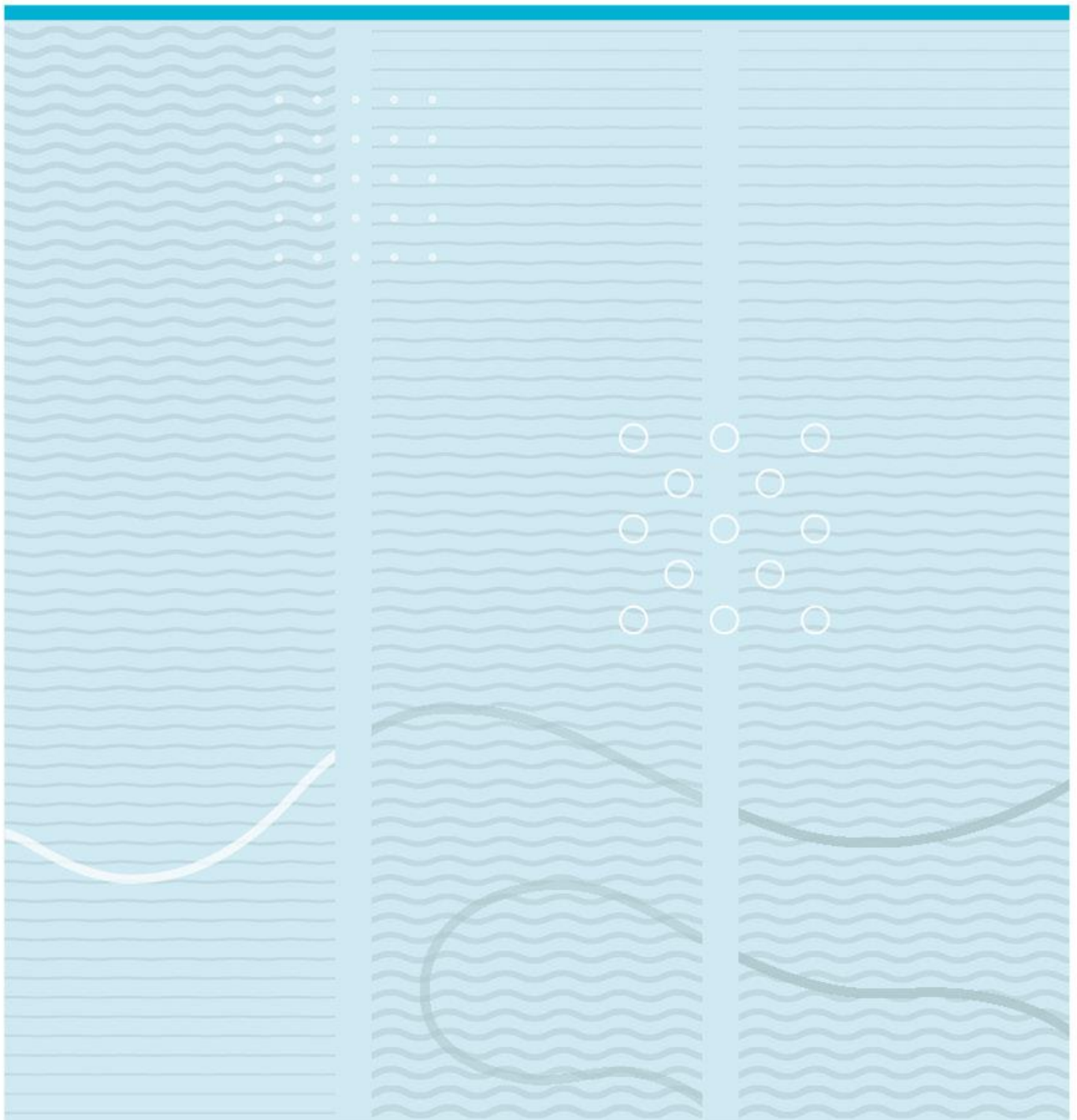


Ranveig Elvegård

# Hvordan kan det å lære av suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom, bidra til økt pasientsikkerhet og et helsefremmende arbeidsmiljø?



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Ranveig Elvegård

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

<i>Forfatter</i>	Ranveig Elvegård
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
<i>Innleveringsdato</i>	15/11-2021
<i>Veileder</i>	Anne Inga Hilsen
<i>Oppgavens tittel</i>	«Hvordan kan det å lære av suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom, bidra til økt pasientsikkerhet og et helsefremmende arbeidsmiljø?»
<i>Antall ord</i>	21 416
<i>Søkeord</i>	Pasientsikkerhet, organisatorisk læring, safety- 2, resiliens, helsefremmende sykehus

## Sammendrag

### Bakgrunn

Til tross for økt fokus på pasientsikkerhet, viser forskning liten reduksjon av uønskede hendelser. Politikere har sett til industrien for verktøy for læring, hvilket har ført til utstrakt bruk av årsaksanalyser og rapporteringssystemer. Innenfor safety 2 betegnes sikkerhet som muligheten til å gjøre tilpasninger arbeidet. Gjennom daglig refleksjon over egen praksis kan man lære av hele spekteret av hendelser. Til dette formålet utviklet Hollnagel verktøyet RPET: *The Resilient Performance Enhancement Toolkit*, som ved flere helseinstitusjoner har blitt sammenslått med Grønt Kors, et verktøy for læring av uønskede hendelser. Sammenslått kalles dette i oppgaven GK2.

### Tema og problemstilling

Oppgaven omhandler temaene organisatorisk læring, helsefremmende arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Jeg undersøker hvordan ansatte og ledere opplever å lære av både suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom. Jeg ser på hvordan dette bidrar i

virksomhetens forbedringsarbeid, og om det kan fremme en reorientering av helsetjenesten. Jeg belyser også hvordan leder kan fremme organisatorisk læring.

### **Teorigrunnlag**

Jeg tar utgangspunkt i Hollnagels teorier om safety-2, organisasjonsteori og teori om helsefremmende sykehus.

### **Metode**

Mitt forskningsdesign er en komparativ flernivå- casestudie av to sykehus med fokus på mikro- og mesonivå. Et komparativt design er ønskelig for å se på betydning av ulik organisering av GK2 og ledernes bidrag for å fremme læring. Jeg intervjuet ansatte og ledere ved to enheter ved to ulike sykehus i Norge.

### **Hovedfunn**

GK2 er et refleksjonsverktøy med mange gevinster for både læring og arbeidsmiljø. For arbeidsmiljøet viser resultatene: Økt sosial samhörighet, økt psykologisk trygghet, fremming av åpenhetskultur og debrief- funksjon. Lederne vektla følgende gevinster: Temperaturmåling i avdelingen, kalibrering av praksis, bedre samarbeidsklima og økt meldekultur. Ansatte og ledere opplevde læring gjennom selve refleksjonsprosessen, men fant få konkrete forbedringsideer. Det var klart behov for bedre systematikk for å sikre videre forbedringsarbeid i etterkant av GK2. Sammenhengen mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø er anerkjent, og GK2s fokus på å lære av og styrke det som fungerer bra er et nytt perspektiv som kanskje kan bringe oss nærmere en mer helsefremmende helsetjeneste for både ansatte og pasienter.

# Abstract

## Background

Despite an increased focus on patient safety, research shows little reduction in adverse events. Politicians have looked to the industry for tools for learning, which has led to extensive use of causal analysis and reporting systems. Within safety 2, safety is termed as the opportunity to make adjustments to the work. Through daily reflection on one's own practice, one can learn from the full range of events. For this purpose, Hollnagel developed the tool RPET: *The Resilient Performance Enhancement Toolkit*, which at several health institutions has been merged with the Green Cross, a tool for learning from adverse events. Merged, this is called GK2.

## Topic and research question

The thesis deals with the topics of organizational learning, health-promoting working environment and patient safety. I investigate how employees and managers experience learning from both successes, errors and everything in between. I look at how this contributes to the organisation's improvement work, and whether it can promote a reorientation of the health service. I also explore how the leader can promote organizational learning.

## Theory basis

My thesis is based on Hollnagel's theories about safety-2, organizational theory and theory of health-promoting hospitals.

## Method

My research design is a comparative multilevel case study of two hospitals focusing on micro- and meso levels. A comparative design is desirable to look at the importance of different organization of GK2 and the contributions of leaders to promote learning. I interviewed employees and managers at two units at two different hospitals in Norway.

## Results

GK2 is a reflection tool with many benefits for both learning and work environment. For the working environment, the results show: increased social cohesion, increased

psychological security, promotion of openness culture and debrief function. The managers emphasized the following benefits: temperature measurement in the department, calibration of practice, better cooperative climate and increased reporting culture. Employees and managers experienced learning through the reflection process itself, but found few specific ideas for improvement. There was clearly a need for better systematics to ensure further improvement work in the aftermath of GK2. The relationship between patient safety and the working environment is recognised, and GK2's focus on learning from and strengthening what works well is a new perspective that may bring us closer to a more health-promoting health services for both employees and patients.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Bakgrunn .....	9
1.2 Avgrensning og problemformulering .....	11
1.3 Disposisjon.....	12
<b>2 Relevant forskning og teori .....</b>	<b>13</b>
2.1 Helsefremmende arbeidsplasser .....	13
2.2 Nasjonale føringer for pasientsikkerhet .....	14
2.3 Safety 1 og safety 2 .....	16
2.3.1 Work as imagined og work as done.....	18
2.4 Læringsteori .....	19
2.4.1 Organisatorisk læring .....	19
2.4.2 Hollnagel om læring .....	21
2.4.3 RPET og GK2 .....	22
<b>3 Metoder .....</b>	<b>23</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk syn .....	23
3.2 Casestudie .....	23
3.3 Utvalg .....	24
3.4 Semistrukturert intervju .....	24
3.4.1 Gjennomføring av intervju .....	25
3.5 Tematisk analyse .....	26
3.6 Metoderefleksjon .....	27
3.7 Forskningsetikk.....	29
<b>4 Resultater .....</b>	<b>30</b>
4.1 Praktisk bruk av GK2.....	30
4.1.1 Solgt inn fra oven.....	30
4.1.2 Engasjerte ledere.....	31
4.1.3 Ikke noe hokus pokus .....	34
4.1.4 Oppmøte og profesjonsutfordringer .....	34
4.1.5 En integrert del av arbeidsdagen.....	36

4.1.6	Hierarki eller flat struktur .....	37
4.1.7	Farger med mening .....	38
4.2	Å lære av suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom .....	39
4.2.1	Opplevd gevinst av GK2 .....	39
4.2.2	Å lære av det som går bra .....	41
4.2.3	Å lære av uønskede hendelser .....	44
4.2.4	Tilpasninger i en uforutsigbar arbeidsdag .....	46
4.2.5	GK2 og forbedringsarbeid .....	48
4.2.6	Å dele kunnskap .....	53
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>55</b>
5.1	Hvordan kan leder bidra til å fremme organisatorisk læring i helsetjenesten? .....	55
5.2	Hvordan er ansatte og lederes opplevde gevinst av GK2, både i forhold til læringsutbytte og eget arbeidsmiljø?.....	57
5.2.1	Opplevd gevinst for arbeidsmiljøet .....	57
5.2.2	Opplevd gevinst for læring .....	59
5.2.3	Hvordan GK2 kan belyse gapet mellom WAI og WAD .....	61
5.3	Hvordan kan GK2 bidra inn i enhetens forbedringsarbeid? .....	64
5.3.1	Ansattes opplevelse av medvirkning .....	65
5.3.2	Å lære på tvers .....	66
5.4	Hvordan kan GK2 bidra til en reorientering av helsetjenesten? .....	68
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>73</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>75</b>
	Vedlegg 1: RPET (E. Hollnagel, 2019).....	76
	Vedlegg 2: Grønt Kors (anonymisert av personvern hensyn).....	77
	Vedlegg 3: Grønt Kors 2 (anonymisert av personvern hensyn).....	78
	Vedlegg 4: Tema og koder fra analyseprosessen .....	79
	Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	82
	Vedlegg 6 Intervjuguider .....	85
	Vedlegg 7: Godkjenning fra NSD .....	101
	<b>Referanser .....</b>	<b>103</b>



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

*«It is, or should be, a golden rule of the settings approach that it begins with safety».*  
(Hancock, 2012, p. 128)

Basert på internasjonal forskning dør 4000 pasienter hvert år på grunn av uønskede hendelser, og halvparten kunne vært forebygget. Temaet pasientsikkerhet er hyppig i media; hvorfor lærer vi ikke av feilene vi gjør? Tallene varierer, men 3 til 16 % av alle innlagt på sykehus blir rammet av en uønsket hendelse (Hjort, 2007; E. Hollnagel, 2017b; Wiig et al., 2014).

Ottawacharteret bygger på erkjennelsen av at helse skapes av befolkningen selv der de lever, bor og arbeider (WHO 1986). Konseptet helsefremmende sykehus har eksistert i over 20 år, og flytter fokus fra kun patogenese til en mer holistisk helsefremmende tilnærming for både pasienter og ansatte (Russell, Anstey, & Wells, 2015). WHO vektlegger fire fokusområder for helsefremmende sykehus: Å skape et helende miljø for pasientene, å være en helsefremmende arbeidsplass, å være bærekraftig med hensyn til miljø, samt samarbeide med andre partnere for å skape helsefremmende samfunn (Hancock, 2012).

Utgangspunktet for oppgaven var temaet pasientsikkerhet. Etter å ha gjennomført intervjuene oppdaget jeg imidlertid at verktøyet masteroppgaven omhandler hadde stor betydning også for de ansattes arbeidsmiljø. Jeg beveget meg derfor inn på fokusområde 2 for helsefremmende sykehus: Sykehus skal være en helsefremmende arbeidsplass. Statistikk viser at helsepersonell over mange år har ligget øverst på sykefraværstatistikken. Spesielt de psykososiale kravene kan gi høy turnover og utbrenthet. Kravene til «produksjon» i helsetjenesten øker, uten at det tilføres flere ressurser (Hancock, 2012). Sykehus bør, kanskje i større grad enn andre settinger, ha et helsefremmende fokus for både ansatte og pasienter (Hancock, 2012).

Et sentralt punkt i Budapest- erklæringen er at helsefremmende arbeid skal fremme en organisasjonsstruktur- og kultur som støtter ansattes mulighet til å gjøre nødvendige tilpasninger (WHO, 1991). Wien- deklarasjonen understreker at man må endre og reorientere eksisterende rutiner for å utvikle organisasjonens potensial til å bli en lærende organisasjon (WHO, 1997).

Forskning viser en klar sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019) sier følgende:

*«God kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg og bli bedre. Ledelsen skal prioriterer arbeidet med helse, miljø og sikkerhet og se dette i sammenheng med pasientsikkerhet».* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, p. 8)

Politikere har sett til industrien for å finne metoder for læring av uønskede hendelser. Dette har ført til utstrakt bruk av årsaksanalyser og organisatoriske og nasjonale rapporteringssystemer. Forskning beskriver et for stort fokus på innsamling, analysering og kategorisering av data, og manglende fokus på at læring bør være en sosial og deltakende prosess (Sujan, Habli, et al., 2017).

Pasientsikkerhet blir tradisjonelt sett på som fravær av uønskede hendelser, og man jakter på årsaker for å eliminere lignende hendelser. Den danske professoren Erik Hollnagel (2014) beskriver dette synet som Safety 1. Innenfor safety 2 betegnes sikkerhet som muligheten til å gjøre dynamiske tilpasninger i møte med et komplekst og uforutsigbart arbeid (Sujan, Huang, & Braithwaite, 2017). Han vektlegger det faktum at både feil og suksesser har opphav i daglige variasjoner hos individ og system. Gjennom daglig refleksjon over egen praksis kan man lære av tilpasningene som gjøres i møte med det uventede (E. Hollnagel, Braithwaite, & Wears, 2019).

For å lære av hele spekteret av hendelser utviklet Hollnagel verktøyet RPET: *The Resilient Performance Enhancement Toolkit*. I 2019 ble verktøyet frontet av Helsedirektoratet under Pasientsikkerhetskonferansen, og beskrevet som et paradigmeskifte innen pasientsikkerhet. Verktøyet ble siden implementert ved flere enheter i norske sykehus og sykehjem.

## 1.2 Avgrensning og problemformulering

Jo nærmere ansatte er det pasientnære arbeidet, jo bedre forståelse har man av arbeidet som utføres. Befinner man seg lengre unna blir forståelsen nødvendigvis enklere og mindre nøyaktig. Politikere og ledere kontrollerer imidlertid ressursene, samt begrensninger og krav som blir lagt på de ansatte (Iflaifel, Lim, Ryan, & Crowley, 2020). I denne oppgaven er hovedfokus på meso- og mikronivå ved sykehusene. Jeg trekker inn noe teori fra makronivå, men har på grunn av oppgavens begrensning ikke hatt mulighet til å gå i dybden.

Sykehus som organisasjon har ansvar for å fremme et miljø hvor både pasienter og ansatte føler seg trygge (International HPH Network, 2020). Selv om det helsefremmende ansvaret for sykehus går utover sykehusets egne vegger, har jeg i oppgaven ikke mulighet til å gå i dybden på dette. Jeg kommer imidlertid inn på noen perspektiver som kan være relevante.

Da RPET ble introdusert hadde flere enheter allerede implementert et verktøy kalt Grønt Kors, hvor fokuset er på uønskede hendelser. Flere valgte å flette verktøyene sammen, og kalte det Grønt Kors 2. Andre samlet begge verktøyene under Grønt Kors. For å tydeliggjøre at oppgaven omhandler det sammenslåtte skjemaet kaller jeg det GK2 (Grønt Kors 2). (Se vedlegg 1-3).

Problemstillingen har et todelt fokus; hvordan GK2 best mulig kan implementeres for å fremme læring, samt hvilke helsefremmende gevinster ansatte og ledere opplever for arbeidsmiljøet.

Jeg ønsker å belyse følgende problemstilling:

*«Hvordan kan det å lære av suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom, bidra til økt pasientsikkerhet og et helsefremmende arbeidsmiljø?»*

Gjennom å intervju ansatte og ledere ønsker jeg å belyse følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan kan leder bidra til å fremme organisatorisk læring i helsetjenesten?
- Hvordan er ansattes og lederes opplevde gevinst av GK2, både i forhold til læringsutbytte og eget arbeidsmiljø?

- Hvordan kan GK2 bidra inn i virksomhetens forbedringsarbeid?
- Hvordan kan GK2 bidra til en reorientering av helsetjenesten?

### 1.3 Disposisjon

Innledningsvis presenterer jeg relevant teori i forhold til helsefremmende sykehus, og beskriver sentrale nasjonale føringer relevant for problemstillingen. Jeg gir en innføring i aktuell sikkerhetsteori; safety 1 og safety 2. Jeg presenterer viktige prinsipper innen organisatorisk læring, og hvordan Hollnagel gjennom verktøyet RPET ønsker å fremme læring gjennom refleksjon over egne tilpasninger i arbeidet. Videre gjør jeg rede for valgt metodikk for å besvare problemstillingen.

I analysen presenterer jeg resultatene fra intervjuene, og tar dette videre i diskusjonen hvor jeg drøfter forskningsspørsmålene opp mot annen teori. Avslutningsvis prøver jeg å samle trådene, og besvare hvorvidt GK2 som verktøy kan fremme både ansattes arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

## 2 Relevant forskning og teori

### 2.1 Helsefremmende arbeidsplasser

Forskning viser at helsefremmende tiltak på arbeidsplassen har gevinst utover de ansatte: Økt kvalitet, pasientsikkerhet og produktivitet (Orvik, Haugstevdt, & Fløtten, 2016).

WHO definerer helsefremming slik:

*«Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment».* (WHO 1986)

Helsefremmende sykehus (health promoting hospitals- HPH) vektlegger at sykehusene som setting har ansvar for helsefremmende arbeid utover rene kliniske og kurative tjenester (Orvik et al., 2016). WHO (1986) definerer settinger som sosiale kontekster der mennesker engasjerer seg i daglige aktiviteter, og der organisatoriske, miljømessige og personlige faktorer virker sammen og påvirker helse. Målet er at helsefremming integreres i organisasjonens kjernevirksomhet, og ikke er en tilleggsaktivitet.

Helsepersonells arbeid kjennetegnes ofte av stress og høyt tempo, og det rapporteres om høye jobbkraav og lav jobbkontroll. Ifølge Willadssen (2014) vil stress over tid skape en permanent alarmtilstand i kroppen som påvirker opplevelsen av velvære og atferd på arbeidsplassen. Krav- kontroll- modellen til sosiologen Robert A. Karasek blir ofte benyttet for å vise hvordan krav i jobben korrelerer til ulik grad av egenkontroll (Presseau et al., 2014; Willadssen, 2014). Sosial støtte beskrives som en sentral salutogen ressurs, og sees i sammenheng med krav- kontroll- modellen. Sosial støtte er en helsefremmende faktor som bidrar til opplevelse av sammenheng (Drageset, 2021).

Antonovsky (2012) snur fokuset fra patogenese til det som fremmer helse; salutogenese. Som en helsefremmende arbeidsplass bør sykehus fremme ansattes opplevelse av at arbeidet er begripelig, håndterbart og meningsfullt (Haugan & Eriksson, 2021b). Å oppleve at arbeidet er håndterbart krever også at det er begripelig. Håndterbarhet omhandler hvorvidt individet opplever at nødvendige ressurser er tilgjengelige i møte med kravene. Begripelighet handler om at stimuli man mottar oppleves forståelig og

strukturert (Antonovsky, 2012). At arbeidet er meningsfullt trekkes derimot frem som den viktigste av de tre komponentene (Haugan & Rannestad, 2016). Antonovsky beskriver det han kaller generelle motstandsressurser, hvilket omhandler de karakteristikkene som gjør en i stand til å møte ulike stressorer på en god måte (Moksnes, 2021).

Begrepet empowerment er sentralt innen helsefremmende arbeid. Det fremmer *agency*, hvilket er å støtte de prosessene som gjør ansatte i stand til å gjøre helsefremmende valg (Solberg, 2021). Empowerment, sosial støtte og helsefremmende interaksjon beskrives som viktige salutogene verktøy for å fremme mestring, opplevelse av sammenheng og resiliens (Haugan & Rannestad, 2016). Innen helsefremmende arbeid fremheves nødvendigheten av å arbeide for helsefremmende strukturer i systemet. Empowerment kan også sees i et systemperspektiv: strukturell empowerment. Systemet påvirker individuell empowerment i stor grad. Muligheter, informasjon, støtte og ressurser er sentralt for å fremme strukturell empowerment (Tveiten, 2016).

Resiliens beskrives som styrken man har til å møte ulike belastninger, og reise seg igjen etter vanskelige hendelser (Haugan & Rannestad, 2016). Det handler om å identifisere styrker og ressurser, og forstå prosessene bak «positive avvik» (Moksnes & Eilertsen, 2016).

Forskning på helsepersonell og salutogene faktorer er svært begrenset sett i forhold til forskning på pasienter. Haugan og Eriksson (2021a) viser et klart behov for mer forskning på dette området. Nyere forskning fra Sverige viser at helsepersonell opplever arbeidet som vanskelig å håndtere, men svært meningsfullt. Mange ønsket å slutte på grunn av en svært stressende arbeidssituasjon (Haugan & Eriksson, 2021a; Nunstedt et al., 2020).

## **2.2 Nasjonale føringer for pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhetsarbeid har lenge vært et prioritert satsningsområde på nasjonalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) har følgende visjon:

«En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt».

Gjennom flere store satsninger har man prøvd å redusere de uønskede hendelsene, samt å øke kvaliteten: Pasientsikkerhetsprogrammet, Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, 2016, 2019).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring vektlegger virksomhetenes ansvar for kontinuerlig læring gjennom å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere egne tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) . I handlingsplanen settes det fokus på å styrke evnen til læring og forbedring, og å jobbe sammen på tvers av profesjoner og tjenestenivåer. Til tross for innsatsen har antall pasientskader ligget stabilt siden 2012.

Hensikten med å melde uønskede hendelser er å få et kunnskapsgrunnlag for læring. I 2019 ble meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 opphevet, og §3-3a beskriver nå virksomheters plikt til å melde om dødsfall eller alvorlig skade (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det ble utarbeidet en utvidet varslingsplikt til Statens helsetilsyn og en ny undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Bakgrunnen var manglende dokumentasjon på at meldeordningen førte til læring, og at den dermed hadde usikker effekt på pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Helsedirektoratet har gitt ut en egen håndbok i hendelsesanalyse, og vektlegger virksomhetenes ansvar for å lære av egne feil. De antar at læringspotensialet er større enn når eksterne aktører gir veiledning gjennom blant annet læringsnotater. De understreker også viktigheten av å spre kunnskap gjennom økt samarbeid på tvers, og beskriver dette som et særlig ansvar for helseregionene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Helsedirektoratet, 2016).

Siden 2010 har alle somatiske sykehus og noen private kartlagt pasientskader med *global trigger tool* (GTT). Dette er en internasjonalt anerkjent og standardisert journalundersøkelse, hvor 20 tilfeldige journaler gjennomgås månedlig på jakt etter definerte triggere for pasientskader. I 2020 fant man pasientskade ved 13 % av alle somatiske sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2021b).

Gjennom verktøyet *Snakk om forbedring* har Helsedirektoratet satt fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette er et digitalt verktøy hvor virksomheter kan vurdere egen status innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Under emnet kontinuerlig læring legger de vekt på at man skal lære både av det som går bra, og uønskede hendelser (Helsedirektoratet, 2019).

## 2.3 Safety 1 og safety 2

Tradisjonelt blir sikkerhet definert som at forekomsten av antall uønskede hendelser er lavest mulig. Hollnagel (2017b) beskriver dette som semantisk problematisk, da ordet beskrives med motsatsen av dens betydning.

Safety-1 baserer seg på troen på årsakssammenhenger. Man antar at uønskede hendelser skjer fordi noe går galt, og ved å samle nok bevis kan man finne og eliminere årsaken. Tanken om at alle hendelser har en årsak fører også til en antakelse om at alle uønskede hendelser kan forebygges; en nullvisjon for uønskede hendelser. Læring av feil viser seg i fokus på barrierer og risikokontroll for å begrense avvik (E. Hollnagel, 2019).

Da pasientsikkerhet ble et hett tema på 2000- tallet, manglet man verktøy for å analysere uønskede hendelser. Løsningen ble å hente verktøy fra industrien som hadde lang erfaring innen sikkerhetsarbeid. Som bakgrunn for årsaksanalyser ligger troen på kausalitet, og tanken om at systemer kan deles opp i mindre enheter og analyseres (E. Hollnagel, 2017b). En utfordring er hvor langt bakover man skal gå i sine analyser for å finne latente årsaker. Ifølge Reason (1997) kan man teoretisk sett følge årsakene helt tilbake til Big Bang, noe som ville være svært uhensiktsmessig. I mange tilfeller vil analysen stoppe når bunnen av hierarkiet er nådd.

Hollnagel beskriver årsaksanalyse mer som å konstruere en årsak enn å finne den. Når tiden renner ut kan man heller ikke gå ut ifra at det er årsaken man har funnet. En analyse som vektlegger effektivitet fremfor grundighet vil fremskaffe enkle årsaker (E. Hollnagel, 2009).



Mange uønskede hendelser skjer ikke på grunn av enkle feil, men på grunn av interaksjoner mellom ulike variasjoner i arbeidsutførelsen (E. Hollnagel, 2009). Lilleverden- fenomenet brukes som eksempel for å beskrive hvordan elementer i systemet som tilsynelatende ikke henger sammen, allikevel under de rette omstendigheter kan påvirke hverandre (Rasmussen, 2008). Å sammenfatte alle dagens tilnærminger innenfor safety-1 har blitt kritisert som en overforenkling, men en fellesnevner er at de anser pasientsikkerhet som fravær av uønskede hendelser.

Ved å lete etter feil overser man at det meste som skjer faktisk går bra. Her ligger et enormt læringspotensial, hvilket kan være vanskelig å se fordi man ikke legger merke til det som skjer hele tiden; habituering (E. Hollnagel, 2014). Finnes det årsaker til feil, må det også finnes årsaker til at ting fungerer.

Safety 2- perspektivet ønsker å fokusere på «ikke- hendelser» (E. Hollnagel, 2019). Det beskriver sikkerhet som nærvær av muligheter til å tilpasse, overvåke, forvente og lære (M. Sujan, D. Furniss, J. Anderson, J. Braithwaite, & E. Hollnagel, 2019). Fokus er at suksess kan oppnås gjennom dynamiske tilpasninger, og ved å lære fra daglige erfaringer (Braithwaite, Hollnagel, & Hunte, 2019). Mens safety 1 ser på tilpasninger som noe negativt som fører til feil, ser safety 2 på tilpasninger som uunngåelig og nyttig, og som utgangspunkt for både suksesser og feil (M. Sujan et al., 2019).

I motsetning til en nullvisjon for hendelser, anser man innen safety 2 at ulykker er normale og uunngåelige. Teorien om High Reliability Organisations anser at ulykker er normale i komplekse sosioteknologiske systemer, og har et mål om færre ulykker enn forventet (E. Hollnagel, 2009). Charles Perrow (1999), en organisasjonsteoretiker, publiserte i 1984 en bok om normale ulykker, og sa at ulykker er uunngåelige uansett ferdighetene til de som styrer systemet. Ifølge Reason (1997) er ikke målet en nullvisjon, men å nå et nivå med maks motstand mot uønskede hendelser. Dette krever et sikkerhetssystem som ikke bare er reaktivt, men som legger til rette for proaktive mål.

Forskning anbefaler å benytte nesten- uhell som læringspotensiale, da utgangspunktet for slike hendelser vil være lik en faktisk uønsket hendelse (Sujan, 2015). Nesten- uhell gir nyttig proaktiv informasjon om systemets resiliens, og siden de opptrer hyppigere utgjør de et større læringsmateriale (Reason, 1997).

### 2.3.1 Work as imagined og work as done

I en sykehussetting er det et konstant behov for å tilpasse arbeidet til de kravene og ressursene som foreligger. Det planlagte arbeidet, *work as imagined* (WAI), er sjelden i nøyaktig overensstemmelse med faktisk utført arbeid, *work as done* (WAD). Ifølge Hollnagel (2019) klarer man å utføre arbeidet til tross for, og ikke på grunn av instruksene, prosedyrene og retningslinjene som foreligger. I komplekse sosio-teknologiske systemer er det ofte tilpasningene som gjør at pasientsikkerheten ivaretas. En organisasjon kan betegnes som resilient når den fungerer godt både når ting går som normalt, og når det oppstår uventede forstyrrelser. Ved å fokusere på og lære av det som går bra vil man lykkes oftere, og dermed redusere uønskede hendelser (E. Hollnagel, 2017b).

For at en handling skal lykkes må det være balanse mellom grundighet og effektivitet, det Hollnagel kaller *ETTO-prinsippet* (efficiency- thoroughness trade- off). I arbeidet gjør vi rutinemessige valg mellom effektivitet og grundighet. Hvis krav til produktivitet er stort går det på bekostning av grundighet, og omvendt; hvis kravet til sikkerhet er høyt, blir effektiviteten redusert. Både for mye effektivitet og for mye grundighet kan gi negative konsekvenser (E. Hollnagel, 2009).

Tilpasning av arbeidet er ikke bare reaktivt, men også proaktivt basert på hva man forventer at andre skal gjøre (E. Hollnagel, 2014). Det vil kanskje være vanskelig å gjøre noe med tilpasningene ansatte benytter, men det kan være mulig å gjøre noe med forholdene som gjør tilpasningene nødvendig. Trade- off kan skje på grunn av begrensede ressurser, og ifølge Hollnagel (2009) bør vi etterstrebe å forstå årsaken til handlingen fremfor årsaken til feil.

Å alltid følge prosedyrene forutsetter ideelle forhold. Empiriske studier viser at man bryter protokoller fordi man føler seg ansvarlig for pasienten, og ikke på grunn av uvørenhet. Det betyr ikke at det ikke forekommer uvørenhet, men at dette er unntaket (M. Sujan et al., 2019).

## 2.4 Læringsteori

### 2.4.1 Organisatorisk læring

Jacobsen og Thorsvik (2013) definerer læring som en prosess som bidrar til endret praksis. Begrepet inneholder både et kunnskaps- og en handlingskomponent; organisasjonen registrer en stimuli, foretar en problemanalyse, samt utvikler og iverksetter tiltak for å løse problemet. De definerer tre forutsetninger som må være til stede for at læring skal skje. Noen må erfare noe av relevans for organisasjonen, det må spres så man oppnår kollektiv læring og det må omsettes til kollektiv atferd (SINTEF 2014). Teoriene rundt organisatorisk læring har et safety 1- fokus, men jeg tenker at de er overførbare til et safety 2- perspektiv.

Organisatorisk læring blir sett på som en nøkkelstrategi for forbedring av pasientsikkerhet. Ifølge Aase og Wiig (2018) fokuserer forskning innen organisatorisk læring på betydningen av praksis, kollektiv refleksjon og dialog. Læringsaktiviteter i helsevesenet bør inkludere alle disse elementene. Forskning viser imidlertid at eksisterende læringsprosesser ofte bygger på bare en eller to av disse. Ofte fokuseres det på virkemidler som krav, prosedyrer og databaser.

Kollektiv refleksjon beskrives også av Battles et. al (2006) som sentralt for meningsskaping rundt uønskede hendelser. De vektlegger betydningen av å benytte både retrospektive og prospektive tilnærminger til læring. Man må kontinuerlig lære fra avvik og identifisere risiko innbakt i prosesser og systemer både på mikro- og makronivå. Målet er å skape en kultur som fremmer nysgjerrighet ikke bare i forhold til tidligere hendelser, men også prospektivt.

Flere systematiske studier benytter Argyris og Schön (2003) sitt perspektiv på organisatorisk læring. Ved enkeltkretslæring vil det ved oppstått feil være mulig for organisasjonen å fortsette med samme retningslinjer. Tiltak er ofte overfladiske i form av endrede prosedyrer og ulike former for trening eller simulering; organisasjonens strukturer endres ikke. Underliggende mål, verdier og rammeverk tas for gitt. Ved dobbelkretslæring må organisasjonens underliggende normer, retningslinjer og mål endres. Dette krever åpen granskning av dypere årsaker, systemfeil, verdier og holdninger. Forskning viser at det i liten grad forekommer dobbelkretslæring, og frykt for skyld og forlegenhet indentifiseres som viktige barrierer (Dane, Anoush, & Allison,

2010; E. Hollnagel, 2009; Stavropoulou, Doherty, & Tosey, 2015). Dane et al. (2010) beskriver at fokus på refleksjon, kritisk granskning av systemer, åpenhet, tillit og utforskning av eksisterende maktforhold kan fremme dobbeltkretslæring.

Den amerikanske forskeren Peter Senge (1999) skrev i 1990 det som ble kalt en banebrytende bok innen organisasjonslæring. Han beskriver ulike kjernedisipliner som er sentrale for å skape en lærende organisasjon: Personlig mestring, mentale modeller, felles visjon, gruppelæring og systemtenkning. Han understreker at organisasjonens evne til å lære aldri kan være større enn hos dens medlemmer. Dette fokuset har også Lai (2004), som anser organisasjonen som forvalter av den kompetansen medarbeiderne besitter. Senge (1999) fokuserer på sammenhengen mellom personlig og organisasjonsmessig læring, og understreker at det krever en bevisst strategi fra ledelsen basert på systemtenkning.

Mentale modeller handler om inngrodde kulturer, tankemønstre og antakelser. Det er nødvendig å granske egne bilder av verden, og ha lærende samtaler hvor man både blottstiller egne tankemønstre og åpner opp for andres. Fastgrodde tankemønstre kan forhindre læring i organisasjonen (Senge, 1999).

Den tredje disiplinen handler om at organisasjonen må ha en felles visjon for å lære. En lederbestemt visjon fremmer ikke deltakelse og innsatsvilje. Ifølge Senge (1999) må visjonen samsvare med medarbeidernes personlige visjoner for å bidra til læring.

Disiplinen gruppelæring handler om dialog; tanker skal flyte fritt uten at noen går i selvforsvar, eller at dialogen ender som en diskusjon hvor beste argument vinner.

Arbeid i grupper er en forutsetning for organisasjonslæring, da det fremmer den enkeltes mulighet til å utforske sammenhenger innen organisasjonen. Mestrer man ikke læring i grupper vil man ifølge Senge (1999) ikke oppnå organisasjonslæring.

Den femte disiplinen er systemtenkning, som er sentralt for å forstå helheten og sammenhenger i organisasjonen. Ved hjelp av systemtenkning kan man se sammenhenger mellom ulike hendelser og avdekke medvirkende årsaker. Senge (1999) vektlegger betydningen av å se endringsprosesser fremfor øyeblikksbilder. Han anser systemtenkning som den viktigste disiplinen, da den er en forutsetning for å forstå hvordan de ulike disiplinene virker sammen.

Ifølge Senge (1999) er den allmenne oppfatningen av organisatorisk læring at ansatte innhenter informasjon. Han beskriver dette som en fjern slektning av virkelig læring.

Garvin et.al. (2008) definerer tre essensielle faktorer for organisatorisk læring: Et støttende læringsmiljø, konkrete læringsprosesser og en ledelse som aktivt fremmer dialog. Et støttende læringsmiljø kjennetegnes av psykologisk trygghet, anerkjennelse av ulike ideer og meninger, åpenhet for nye ideer og rom for refleksjon. Konkrete læringsprosesser omhandler hvordan informasjon skapes, samles, analyseres og deles i organisasjonen. De er klare på at systematisk kunnskapsdeling er en forutsetning for maksimal læringseffekt, enten man jobber lateralt eller vertikalt i organisasjonen, eller eksternt mot andre enheter.

#### 2.4.2 Hollnagel om læring

Hollnagel (2009) betegner uønskede hendelser som stokastiske, da man aldri vet når de inntreffer. Læring bør være kontinuerlig, hvilket er vanskelig gjennomførbart når hovedfokuset er på uønskede hendelser. Ifølge Hollnagel bør organisasjonen sikre nødvendige ressurser for at læring kan bli en integrert del av det daglige arbeidet. Hvis læringen utsettes til senere, kan viktige detaljer bli glemt. Læring bør skje der arbeidet foregår, og ikke være avhengig av ulike verktøy for å muliggjøre læring. Det er også sentralt at læringen utføres av de som faktisk utfører arbeidet, og ikke av en ekstern HR-enhet. Læring av hva som går bra setter ikke krav til spisskompetanse fra eksterne aktører (E. Hollnagel, 2019).

Ifølge Hollnagel (2019) tror mange feilaktig at arbeidet går bra fordi systemene fungerer, ledere er forutseende, prosedyrer er korrekte og de ansatte handler etter retningslinjene. Imidlertid er det takket være at ansatte oppdager endringer i arbeidssituasjonen, og tilpasser seg dette, at ting oftest går bra. Slike uventede forhold kan skyldes misforhold mellom jobbkrav og ressurser, forstyrrelser, defekt utstyr, ukorrekt informasjon etc. Tilpasninger i arbeidet kan være å endre prioriteringene, delegerer eller ta imot hjelp, endre rekkefølgen på planlagte oppgaver, utsette oppgaver eller finne snarveier.

Med erfaring i å oppdage og håndtere variasjoner vil man etter hvert oppdage mønstre i arbeidssituasjoner. Dette muliggjør en effektiv respons når uventede situasjoner oppstår. Hollnagel (2019) anbefaler at man månedlig diskuterer disse mønstrene, og skaper en felles forståelse for mål og fremgang.

### 2.4.3 RPET og GK2

Alle tilpasninger som gjøres i løpet av en arbeidsdag og som er årsaken til at alt fungerer, blir ikke lagt merke til. Utfordringen blir å finne en praktisk metode som synliggjør læringspotensialet i disse tilpasningene (E. Hollnagel, 2017b).

Verktøyet RPET ble introdusert i Sverige i 2018, og en liknende pilot ble startet i Norge sommeren 2019. Med verktøyet fulgte et skjema som ble tatt i bruk og tilpasset hver enkelt avdeling slik de opplevde det mest hensiktsmessig. Hensikten med verktøyet er å sette av tid i løpet av arbeidsdagen til refleksjon over eget arbeid. Man fokuserer på hva som har gått bra, hvorfor det har gått bra, samt om det har vært noen uønskede hendelser. Hollnagel anbefaler å fargelegge dagens rubrikk grønn hvis man har hatt refleksjon og blå hvis man ikke har hatt refleksjon (E. Hollnagel, 2019). Hvordan dette gjøres er ikke fastlåst, og hver enhet har gjort verktøyet til sitt eget både i forhold til spørsmål og bruk av farger.

Som nevnt tidligere ble RPET i mange enheter slått sammen med Grønt Kors, og blir videre kalt GK2.

Under er et eksempel på spørsmål stilt under GK2:

Hva var vi særlig godt fornøyd med i dag?
Ble dagen som vi hadde tenkt? Hvis ikke, hvorfor ble ting annerledes?
Var det situasjoner som ikke ble løst så bra? Hva skjedde, og hvordan ble det oppdaget?
Har vi hatt en uønsket hendelse eller opplevd risiko for pasientsikkerhet det siste døgnet?

## 3 Metoder

### 3.1 Vitenskapsteoretisk syn

Etter snart 20 år i helsevesenet har jeg en forforståelse basert på egne erfaringer innen temaet pasientsikkerhet. Media og offentlige rapporter beskriver manglende læring etter uønskede hendelser, hvilket samsvarer med egne erfaringer rundt lite velfungerende strukturer for læring.

Jeg ønsker å undersøke fenomenet ut fra helsepersonells verden slik de opplever det. Alle ansatte har sin virkelighet, og er engasjert i verden på sin måte. Ved at jeg igjen fortolker den ansattes virkelighet får man en dobbel hermeneutikk; jeg fortolker en allerede fortolket verden (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ønsker å komme nær erfaringen, men samtidig undersøke bakgrunnen for de subjektive erfaringene og hvilke kollektive forestillinger som kan ha formet disse erfaringene (Nyeng, 2012). Epistemologisk anser jeg at intervjukunnskap er kontekstuell og konstrueres gjennom et sosialt samspill mellom helsepersonell og intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fra et ontologisk perspektiv anser jeg at sosioteknologiske systemer, som helsetjenesten, er så komplekse at arbeidsforholdene er uspesifiserte og uforutsigbare. Det at prestasjonene er variable gjør det vanskelig å definere en handling som rett eller gal. Variasjonene vil oftest være innenfor et akseptabelt nivå, noe som gjør det usynlig i det daglige. Summen og kombinasjonen av disse kan likevel føre til store hendelser. Ontologisk vil det komplekse og uforutsigbare i helsetjenesten stå i sterk kontrast til industrien. Dette samsvarer med Antonovskys beskrivelser av dagliglivet som i konstant endring (Haugan & Eriksson, 2021b; E. Hollnagel, 2014).

### 3.2 Casestudie

Andersen (2013) definerer casestudier som intensive kvalitative studier av en eller noen få undersøkelsesenheter. Dette er en design jeg opplever som gunstig for min problemstilling, da den typisk benyttes hvor fenomener ikke kan løsrives fra konteksten (Yin, 2014). Helseinstitusjonen som organisasjon blir dermed en kontekst for dette caset. Helsepersonell ved aktuelle enheter i organisasjonen kan defineres som

databærende enheter. Sykehuset sees som en kompleks helhet hvor de ulike informantene og deres forhold til fenomenet undersøkes (Andersen, 2013). Mitt forskningsdesign er en komparativ flernivå- casestudie av to sykehus med fokus på mikro- og mesonivå. Et komparativt design er ønskelig for å se på betydning av ulik organisering av GK2 og lederes bidrag for å fremme læring (Yin, 2014).

### 3.3 Utvalg

Valg av caser var begrenset, da kun et fåtall enheter i helsetjenesten foreløpig benytter seg av dette verktøyet. Via ansvarlig kontakt i Helsedirektoratet fikk jeg oversikt over hvilke enheter som benyttet GK2. Jeg gjorde et strategisk utvalg basert på at aktuelle avdelinger skulle ha benyttet GK2 over en lengre periode. Tanken var å velge to sykehus og et sykehjem, men på grunn av manglende tilbakemeldinger og oppfølging fra aktuelle sykehjem, valgte jeg å gå videre med to sykehus.

Planen var å intervju ved en poliklinikk og en sengepost. Jeg ble anbefalt en avdeling av sykehusets kvalitetsleder, og trodde dette var en sengepost frem til jeg satt ved første intervju og oppdaget at dette også var en poliklinikk. Jeg endte derfor med en psykiatrisk og en medisinsk poliklinikk. Dette er to arenaer i helsetjenesten jeg håper vil synliggjøre ulike sider ved fenomenet.

Casestudier beskrives som mer eller mindre eksplorative, da man kan snuble over temaer som kan ha betydning, men som ikke var tematisert i problemstillingen (A. Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Dette var noe jeg fikk erfare i forhold til helsepersonells opplevelse av verktøyets betydning for det psykososiale arbeidsmiljøet (A. Johannessen et al., 2010).

### 3.4 Semistrukturert intervju

Jeg ønsket å intervju 2 helsepersonell som jobbet «på gulvet» i enheten, avdelingsleder ved samme enhet, samt den som var øverst ansvarlig for pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten. Ifølge Hollnagel (2019) vil det alltid være et gap mellom forståelsen hos de som leder og de som faktisk utfører arbeidet. Ved å intervju både ansatte og ledere ønsket jeg å få et innblikk i prosessene både i *the sharp end* og *the blunt end*.



Jeg ønsket at intervjuobjektene hadde jobbet minst 3 år i helsevesenet for å sikre erfaring med temaet. Min kontaktperson i enhetene informerte helsepersonell på arbeidsplassen, og spurte om noen kunne tenke seg å bidra med sine erfaringer i et dybdeintervju. Jeg oversendte informasjonsskriv og samtykkeskjema som hun ga til aktuelle informanter, og jeg fikk informantenes mailadresse for videre kontakt. Det viste seg at ansatte også utenom de kategoriene jeg hadde planlagt ønsket å delta. Totalt intervjuet jeg 10 ansatte; 5 fra hver enhet.

#### *ENHET 1*

<i>Ansatte</i>	2	Helsepersonell
<i>Ledelse</i>	1	Seksjonsleder
<i>Kvalitetspersonell</i>	1	Kvalitetsleder
<i>Annet</i>	1	Teamleder

#### *ENHET 2*

<i>Ansatte</i>	2	Helsepersonell
<i>Ledelse</i>	1	Avdelingsleder
<i>Kvalitetspersonell</i>	1	Kvalitetsleder
<i>Annet</i>	1	Fagsykepleier

Jeg utarbeidet tre ulike intervjuguider til henholdsvis helsepersonell, avdelingsleder/ seksjonsleder og kvalitetsleder. Oppbygningen var lik, men med økt fokus på det organisatoriske hos lederne. Jeg la vekt på å i størst mulig grad bruke erfaringsnære begreper (Se vedlegg 6).

### 3.4.1 Gjennomføring av intervju

På grunn av pandemien, samt geografiske avstander, ble intervjuene gjennomført via videoløsning. I samarbeid med personvernombud ved USN ble data klassifisert, og jeg ble anbefalt appen Nettskjema- diktafon for lagring av lydopptak. Opptaket ble da umiddelbart kryptert og sendt til Nettskjema; en sikker lagringsplass på nett. Jeg

tilstrebet å bruke Zoom, men opplevde at dette var vanskelig for mange. Det ble derfor også benyttet Teams.

Dybdeintervjuene var semistrukturerte. Jeg startet med å dokumentere muntlig samtykke for gjennomføring av intervju. Hvert intervju tok ca. en time. Jeg brukte intervjuguiden som en mal, men fulgte opp andre vinklinger med aktuelle spørsmål. Etter hvert som jeg ble tryggere i intervjurollen lot jeg informanten lede i større grad, og beveget meg mer frem og tilbake i guiden. Selv om jeg hadde intervjuguiden som utgangspunkt ønsket jeg å følge informantens tankerekker for å tilstrebe et mest mulig helhetlig bilde av fenomenet jeg undersøkte.

Jeg opplevde at noen spørsmål opplevdes vanskelig å svare på. Dette gjaldt i hovedsak spørsmål rundt forbedringsarbeid og hvordan man kan spre kunnskap på tvers. I utgangspunktet fokuserte jeg på hvilke muligheter de ansatte hadde for å lære, men fant det nødvendig å ta bort det generelle fokuset på hvilke muligheter de hadde for læring i enheten, og kun fokusere på GK2 som verktøy.

Etter siste intervju startet prosessen med å transkribere. Dette var en tidkrevende prosess med 10 timers lydopptak. Underveis i transkriberingsprosessen fikk jeg ideer til hvordan datamaterialet kunne brukes videre, noe jeg var nøye med å notere ned underveis. Jeg tilstrebet å transkribere så nært opp til datamaterialet som mulig, og beskrev pauser, latter etc. Etter endt transkribering slettet jeg opptakene fra Nettskjema.

### **3.5 Tematisk analyse**

Jeg analyserte datamaterialet ved hjelp av tematisk analyse. Denne tilnærmingen til kvalitativ analyse ble lansert av psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke. Man går systematisk og grundig gjennom datamaterialet, og ser etter grupperinger av data med viktige fellestrekk. Man ser etter tema og mønster på tvers av datasett som kan bidra til å svare på forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2014). Tematisk analyse er kjent for å være teoriuavhengig. Fokus er på hvordan du på best mulig måte kan finne data som gir deg svar på spørsmålene (L. E. F. Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Jeg har allikevel ikke en naiv forestilling om at jeg helt objektivt gir stemme til informantene. Tema og mønstre dukker ikke bare opp; jeg anerkjenner at mitt eget

teoretiske utgangspunkt og mine verdier er førende for hva jeg finner (Braun & Clarke, 2006).

Første steg i prosessen var å få oversikt over det totale datamaterialet. Jeg analyserte hver enhet for seg, for til slutt å se etter likheter og ulikheter. Rent praktisk lagde jeg flere store tankekart for å få oversikt over datamaterialet. Andre steg var å lete etter koder i materialet. I analyseprosessen prøvde jeg å fristille meg fra teorien i den grad det er mulig, og jobbet induktivt med å finne koder i materialet. I det senere arbeidet jobber jeg også deduktivt ved å se empirien i lys av eksisterende modeller og teorier (Tjora, 2013). Prosessen med å fortolke informantenes erfaringsnære begreper og integrere dette med teorien bød nødvendigvis på fortolkning fra meg som forsker (Grimen, 2004).

Etter å ha lest nøye gjennom dataene satt jeg igjen med over 100 koder. Underveis i prosessen dukket det stadig opp ideer til diskusjon, hvilket jeg noterte meg i et eget dokument underveis. Videre utførte jeg en kodegrupperingsprosess, hvor koder med fellestrekk ble samlet. Basert på grupperingene av kodene kom jeg frem til et tema jeg følte favnet de aktuelle kodene (Vedlegg 5: Tema og koder fra analyseprosessen). Å analysere datamaterialet var svært tidkrevende, og jeg opplevde ikke et punkt hvor jeg kunne si: «Nå er jeg ferdig med analysen!». Dette samsvarer med hva Braun og Clark (2019) sier om analyseprosessen; man gjør ikke analysen ferdig, men kommer til et punkt hvor man velger å stoppe.

### **3.6 Metoderefleksjon**

For å styrke forskningens pålitelighet er en grundig beskrivelse av analysearbeidet nødvendig (Graneheim, 2012). Ved å vise til egen forforståelse, samt alle steg i analyseprosessen har jeg tilstrebet å gjøre analysearbeidet mest mulig transparent. Grimen (2004) problematiserer at resultater av kvalitativ forskning ikke kan være objektive, og at resultatene er basert på forskerskapte, subjektive konstruksjoner. Jeg har tilstrebet høy bekreftbarhet ved forskningen, slik at funnene er et resultat av forskningen og ikke egne subjektive meninger.

Casestudier har blitt beskrevet som en støttetdisiplin til virkelig kunnskap. Det finnes imidlertid lite forskning på hvordan man kan lære av det som går bra, og det er derfor behov for å gå i dybden fremfor i bredden innen disse forskningsspørsmålene.

For å vurdere troverdigheten til en kvalitativ studie benyttes det ulike begreper. Noen er hentet fra kvantitativ forskning, og beskriver reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Andersen (2013) beskriver forskningens indre validitet som en styrke ved casestudier. Graneheim og Lundman (2012) bruker begrepet gyldighet, og vektlegger viktigheten av at jeg som forsker løfter de karakteristikkene som er representative for fenomenet som skal beskrives. Jeg la mye arbeid bak utarbeidelse av intervjuguiden, og leste mange bøker og artikler innen emnet, nettopp for å favne de faktorene som er relevant for problemstillingen. Gyldighet handler også om strategi for valg av case og deltakere. Intervju som metode kan kritiseres for å være individualistisk, og tatt ut av en sosial sammenheng. Dette er en av årsakene til at jeg ønsket å intervju linjeledelsen. Det er nærliggende å tro at gjennomføringen av GK2 kan være mer smidig på en poliklinikk, og jeg kan ha mistet verdifull informasjon om hvordan verktøyet oppleves ved en travel sengepost. Ideelt sett skulle jeg gjerne hatt flere informanter fra «gulvet», for om mulig å få en enda større bredde i empirien. Det kunne vært spennende med maksimal variasjon i forhold til informanter, og intervjuet begge ytterligheter når det gjaldt opplevelse av GK2. Jeg la ingen føringer for valg av informanter utover ønsket ansiennitet. Sannsynligheten er stor for at en som er positivt innstilt til verktøyet ble spurt. Antakelig har en som er positivt innstilt vært mer til stede under GK2, og motsatt, en negativt innstilt møter antakelig sjelden opp. Et dybdeintervju med en slik ansatt ville kanskje gi mindre utdypende informasjon om verktøyet.

Overførbarhet handler om hvorvidt resultatet er overførbart til andre grupper (Graneheim, 2012). For vurdering av overførbarhet tilstreber jeg å gi en grundig beskrivelse av utvalg, datainnsamling, analyse og aktuell kontekst. Andersen (2013) bruker begrepet ytre validitet, hvilket gjenspeiler hvorvidt forskningen vil være empirisk representativ. Casestudier kan på ingen måte bidra til statistisk representativitet, men data kan allikevel være kvantifiserbare (Grimen, 2004). Ved et strategisk valg av case for å oppnå størst mulig empirisk variasjon håper jeg å få god bredde i mine teoretiske funn. Som forsker har jeg et mål om at mine funn kan brukes til å trekke slutninger utover de aktuelle casene. Grimen (2004) beskriver sosiologisk representativitet som et alternativ, da vesentlige elementer fra forskningen vil være gjenkjennbart for andre i liknende settinger. Helsepersonells opplevelse av GK2 vil kanskje være lik på tvers av ulike avdelinger, men hvordan ledelsen legger til rette for organisatorisk læring vil variere da ingen organisasjoner er like. Denne type forskning

vil ikke være direkte reproduserbar, men ved å følge samme metodikk tror jeg at man ville komme frem til liknende resultater, og at funnene er overførbare til liknende settinger.

Jeg opplevde at det å intervju over video kunne være problematisk. Når man ikke har mulighet til å observere hele kroppsspråket, ble det utydelig når informanten ville ta ordet. Dette førte til at man flere ganger snakket i munnen på hverandre. Da jeg lyttet til opptakene i ettertid observerte jeg at jeg med fordel burde latt pauser i samtalen vare lengre. Ved å være raskt på med et nytt spørsmål opplevde jeg flere ganger at jeg avbrøt en ny tankerekke fra informanten, noe som kan ha bidratt til at jeg mistet relevant informasjon.

### **3.7 Forskningsetikk**

Søknad ble sendt til NSD før oppstart, og godkjent (Vedlegg 7). Gjennom informasjonsskriv informerte jeg om at det var frivillig å delta i prosjektet, og at de når som helst kunne trekke samtykket tilbake (Vedlegg 5). Ved å lagre lydopptak i Nettskjema ble opplysningene behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun undertegnede hadde tilgang til personopplysninger. Ved veiledning og til bruk i oppgaven ble alle opplysninger anonymisert.

Under analysen ble jeg flere ganger nødt til å utelate interessant datamateriale for å verne om anonymiteten. Flere ansatte ga også uttrykk for: «Ikke si at jeg sa det!». Selv om jeg har mistet spennende materiale til diskusjonen har det vært viktig for meg å ikke gå på bekostning av anonymitet. Jeg bruker konsekvent pronomenet hun uavhengig av kjønn på informanten for ytterligere å verne om anonymiteten.

## 4 Resultater

I dette kapitlet presenteres ansatte og leders opplevelse av å benytte GK2 i sin arbeidshverdag. Der opplevelsene samsvarer presenterer jeg resultatene samlet, mens der det er hensiktsmessig å belyse ulik bruk eller ulike opplevelser referer jeg til aktuell enhet eller rolle.

Jeg starter med å belyse hvordan verktøyet er forankret i enhetene, leders rolle og betydning, samt rent praktiske tilnærminger til bruk av GK2. Senere går jeg inn på deres opplevelse av å lære av både det som går bra, uønskede hendelser og andre hendelser som faller mellom disse ytterpunktene. Avslutningsvis legger jeg frem deres opplevelse av GK2s rolle inn i forbedringsarbeidet.

### 4.1 Praktisk bruk av GK2

#### 4.1.1 Solgt inn fra oven

Gjennom intervjuene med ansatte og ledere kom det frem at verktøyet var godt forankret hos ledelsen, og verdsatt som et nyttig verktøy av de fleste ansatte. Opplevelsen av hvorvidt verktøyet var enkelt å implementere varierte. For de ansattes nærmeste ledere var det tydelig at til tross for et enkelt verktøy, opplevdes det ikke som selvgående. Seksjonsleder ved Enhet 1 ga uttrykk for at det var tungt i starten. De ansatte var overarbeidet, og i utgangspunktet lite interessert i et nytt verktøy. Hun opplevde likevel ikke stor motstand, og begrunnet det med et veldig påtrykk fra øverste leder. De ansatte anerkjente seksjonsleders engasjement som viktig for implementeringen. Hun beskrev sin rolle som et viktig bindeledd mellom ansatte og ledere ved stadig å bevege seg opp og ned i hierarkiet.

*«(...) det er jeg som kommer fra virkeligheten liksom. Det blir jo fort litt sånne kvalitetsfolk som driver i et hjørne, og så driver vi andre praktikerne på et annet sted». (Seksjonsleder)*

Kvalitetsleder understreket også at øverste leders engasjement og ønske om innføring av verktøyet var viktig for implementeringen, og beskrev GK2 som det letteste hun noen

gang hadde innført. Det var en tydelig målsetning fra øverste leder om at dette verktøyet skulle implementeres ved alle seksjoner i helseforetaket.

Ved helseforetaket Enhet 2 tilhørte, var det opp til hver enhet om de ønsket å ta verktøyet i bruk, og det var ingen overordnet plan om felles innføring. Kvalitetsleder beklaget seg over at Helsedirektoratet ikke i større grad hadde fulgt opp bruken av verktøyet. I dette helseforetaket ble det anbefalt å ta det i bruk, men det ble ikke påtvunget noen. Dette var noe avdelingsleder opplevde som vanskelig, og hun ønsket at helseforetaket hadde tatt et bevisst valg.

*«Det er litt i tiden at øverste leder ikke skal fortelle de andre hva de skal gjøre, det skal ikke tvinges ovenfra og ned. Men vi får jo andre bestillinger som vi ikke har vært med på å bestemme. Mange hadde profittert på å ha et mer bevisst forhold til dette her». (Avdelingsleder)*

Kvalitetsleder understreket viktigheten av at sykehuset hadde en felles profil, men at verktøyet kun skulle tas i bruk av de som så nytten av det. De ønsket ikke å tvinge noen, men å lære dem opp i ulike verktøy som de selv kunne ta stilling til. Hun beskrev ansatte som i utgangspunktet ikke var veldig interessert, men som på grunn av avdelingsleders engasjement implementerte GK2. Kvalitetsleder var overbevist om at verktøyet ga noen effekter som gjorde at de fortsatt holdt fast ved det.

#### 4.1.2 Engasjerte ledere

##### Lederen som gjeter

Kvalitetsleder ved Enhet 1 var tydelig på at leder og hans engasjement var sentralt for å få verktøyet implementert. Alle lederne var opptatt av å synliggjøre nytten av verktøyet ovenfor de ansatte, og spesielt de som prøvde å trekke seg unna. Seksjonsleder beskrev viktigheten av eget engasjement, spesielt i starten.

*«Jeg kjente meg jo litt sånn som en mor med tenåringsbarn. Så måtte jeg liksom gå fra rom til rom og si at nå her hun her [medisinsk fagdirektør ift. informasjonsmøte], nå må du komme». (Seksjonsleder)*

Avdelingsleder benyttet medarbeidersamtalen som et middel for å motivere de ansattes deltakelse på GK2.

*«Jeg spør alltid direkte om akkurat det da. Hvor er du med tanke på GK2, hvor aktiv er du? Også har jeg en runde individuelt om hvorfor det er viktig, og hvorfor den enkeltes bidrag er viktig».* (Avdelingsleder)

Ved begge enheter understreket de ansatte at leders engasjement var avgjørende for deltakelse ved GK2.

Avdelingsleder ved Enhet 2 opplevde det nyttig av å jobbe gjennom andre ressurspersoner. Spesielt fagsykepleier ble beskrevet som en sterk pådriver for kontinuitet når interessen dabbet av. Avdelingen hadde 3 team med teamledere, som ble tildelt ekstra ansvar inn i egne grupper. Dette var en måte å jobbe på som de opplevde hadde god effekt.

Seksjonsleder ved Enhet 1 benyttet seg også av allierte for å få verktøyet opp å gå.

*«Vi la det inn i alle teambøker, og jeg fikk en eller to med meg som var litt allierte, som syntes det var lurt da. Også overtok de det egentlig selv etter den perioden».* (Seksjonsleder)

### **Å fremme en åpenhetskultur**

Ved Enhet 2 anså avdelingsleder det å skape en åpenhetskultur som en viktig forutsetning for godt utbytte av verktøyet. Hun frontet at de overhodet ikke var opptatt av hvem som meldte avviket, og opplevde at de ansatte var trygge nok til å melde. De la vekt på å ufarliggjøre deling av uønskede hendelser.

*«Vi har vært bevisst på å snakke om akkurat det der. Vi har hatt et par avvik som har vært ganske alvorlige. Og det er klart, i den grad noen opplever at det er vanskelig da (...). Det er jo mitt ansvar å legge til rette for at vi har en kultur hvor det ikke oppleves sånn».* (Leder)



Kvalitetsleder vektla å tørre å snakke om det som går dårlig, og at denne åpenheten måtte øves på. Hvis ansatte ble møtt med: «Dette har vi jo snakket om før», så var ikke det en åpenhetskultur. Hun mente det var essensielt å ta folk på alvor når de delte erfaringer under refleksjon.

De ansatte bekreftet at de følte seg trygge nok til også å dele de uønskede hendelsene. De opplevde at leder var åpen for å høre, og støttende i håndteringen av eventuelle hendelser.

*«Nå svarer jeg for meg selv, men jeg opplever at det er trygt, jeg kan også si noe om at det har vært skikkelig ubehagelig, at jeg synes det er vanskelig, og man blir litt sånn «slår seg selv i hodet». Noen av de nye som har startet har sagt at det er veldig fint, at det gjør det veldig trygt». (Ansatt)*

### **Tilstedeværelse**

Ved Enhet 1 understreket ansatte viktigheten av at nærmeste leder var til stede under refleksjon. De opplevde at de ofte ble fortere ferdig, og at det ble en mer overfladisk gjennomgang hvis leder var fraværende. De antok at leder var til stede ca. halvparten av gangene, men alltid når det hadde skjedd noe. I slike situasjoner opplevde de leder som åpen og støttende.

I forhold til egen deltakelse ga teamleder uttrykk for at tiden ofte var knapp, og at hun kunne vært mer synlig på refleksjon.

*«Igjen så er det en balansegang mellom effektivitet og kost-effekt-nytte. Men hvis jeg bestemmer meg for at dette er viktigere enn noe annet, så er det å være mer synlig kvart over tre». (Teamleder)*

Seksjonsleder ga uttrykk for at hun, siden hun ivret for implementeringen i første omgang, følte et ekstra ansvar for gjennomføringen. Hvis hun opplevde at klokken ble ti på halv fire og det ikke skjedde noe, gikk hun ut for å minne de ansatte på GK2.

Ved Enhet 2 deltok fagsykepleier fast, og avdelingsleder når hun hadde mulighet. Hun hadde et mål om å delta oftere enn det hun gjorde i dag, men understreket at hun ikke hadde mulighet til å delta daglig.

### 4.1.3 Ikke noe hokus pokus

Begge enheter anså seg selv som ganske selvlært i forhold til bruk av GK2. Enhet 1 hadde et informasjonsmøte med medisinsk fagdirektør. Dette ble ikke referert til av de ansatte, men de hadde hørt om verktøyet fra tidligere arbeidssteder, og fått muntlig informasjon om hva det dreide seg om. Seksjonsleder informerte nyansatte om GK2 underveis, men beskrev det som utfordrende å vedlikeholde kompetansen ved turnover. Teamleder var usikker på eventuell opplæring, men understreket at uansett kompetanse, så hadde de god nytte av verktøyet. Ifølge kvalitetsleder hadde lederne fått introduksjon og opplæring, og alle avdelingene som etterspurte mer kompetanse fikk det.

*«Det ligger en prosedyre ute som forklarer hvordan du skal gjøre det. Det er ikke noe sånn hokus pokus. De har fått den opplæringen de ønsker».*

(Kvalitetsleder)

Ved Enhet 2 ble avdelingsleder presentert for verktøyet ved et internt kurs for kvalitet og forbedring, og fagsykepleier fikk innføring i verktøyet fra en annen avdeling ved sykehuset. Til tross for en tilsynelatende enkel implementering, ble det understreket av avdelingssykepleier at oppfølging var nødvendig. Hun beskrev at bruken gikk i bølgedaler, og slett ikke av seg selv. Lederne var viktige pådrivere for at kontinuerlig bruk. Kvalitetsleder hadde en litt annen oppfatning om kontinuiteten.

*«Det går jo litt av seg selv. Det er rart med det, at ting som er hyggelige har en tendens til å fortsette».* (Kvalitetsleder)

### 4.1.4 Oppmøte og profesjonsutfordringer

Gjeldende prosedyre for GK2 ved Enhet 1 sa at alle medarbeidere som var på jobb skulle delta. Lederne formidlet imidlertid ikke at oppmøte var obligatorisk, men oppfordret ansatte til å prioritere det.

*«Jeg tenker at det er en mild grad av tvang som jeg synes er fornuftig i form av å formalisere et kvarter på slutten av dagen. Der dette er et tilbud og en mulighet».* (Leder)

Dette ble opplevd som utfordrende av ansatte, da oppmøte kunne variere veldig. Det var usikkerhet rundt hvorfor de andre ikke møtte, og førte til et ustabil oppmøte hvor det kunne variere fra 3 den ene dagen til 12 neste dag. Av 15 behandlere møtte 5- 6 jevnlig opp til refleksjon.

Ifølge kvalitetsleder hadde det ved andre enheter vært svært utfordrende å få leger til å delta. Hun hadde fått tilbakemelding på at mange i legegruppen syntes det var vanskelig og unaturlig, og derfor valgte å ikke delta.

Ved Enhet 2 opplevde helsepersonell at det primært var sykepleiere som møtte til refleksjon. Fagsykepleier var tydelig på at GK2 var obligatorisk for sykepleierne, med mindre de hadde stengevakt eller ikke hadde mulighet til å gå fra pasientene. Ansatte beskrev at de var mange i starten, både leger og sykepleiere. Etter hvert ble det imidlertid færre leger. Ifølge avdelingsleder ble det forventet at LIS (leger i spesialisering) deltok, om ikke hver dag så hyppig. Hun syntes imidlertid det var leit at dette kunne oppleves som en fribillett for overlegene i forhold til oppmøte.

*«Det er mye lettere å si til en sykepleier at ting er obligatorisk enn til en lege. Det forundrer meg veldig. Når seksjonsoverlegen er med på at de ikke kan ha obligatorisk oppmøte ... (taushet)». (Avdelingsleder)*

Avdelingen prøvde å få til en løsning hvor vakthavende lege deltok, men det fungerte ikke. Ingen ønsket heller å ringe og mase på legene. Fagsykepleier ga uttrykk for at dette var et stort tap for avdelingen, da legene var viktige bidragsytere inn i refleksjon. De merket veldig forskjell på GK2 om legen var til stede eller ikke. Legene hadde en viktig funksjon ved vurdering om en uønsket hendelse kunne ført til pasientskade.

Fagsykepleier opplevde det også som utfordrende å få sekretærene til å delta. De tilhørte merkantil avdeling, og uønskede hendelser relatert til sekretærene ville gå til denne avdelingen. De reflekterte allikevel over eventuelle hendelser ved Enhet 2. Over flere perioder hadde de prøvd å få sekretærene med, men opplevde at de etter kort tid ble fraværende. Da de ikke tilhørte avdelingen organisatorisk, kunne hun ikke pålegge dem å delta.

#### 4.1.5 En integrert del av arbeidsdagen

Prosedyren for GK2 ved Enhet 1 sa at den skulle gjennomgås på alle ukens dager, eller tilpasset seksjonens åpningstid. Det skulle velges et fast tidspunkt, og refleksjonen skulle helst legges til eksisterende møter. Det var satt opp 15 minutter på slutten av dagen til refleksjon. Tidsrommet var merket i timeboken, men ikke stengt da det måtte være mulig å sette opp avtaler ved behov. Kvalitetsleder understreket viktigheten av at GK2 ikke skulle komme i tillegg til noe annet. De som hadde fått det til hadde integrert det i arbeidsdagen. Hun uttrykte at det måtte være «spiselig» for de ansatte.

Ansatte og ledere ved Enhet 2 opplevde det også nødvendig å ha refleksjon som en integrert del av arbeidsdagen, og det ble utført daglig. Alternativet var å samle opp hendelser, men de opplevde da en risiko for at det ble glemt eller utelatt.

*«Og det er en fin ting med GK2. Man gjør det jevnt. Ellers så gjør man det bare sånn; den som har gjort det melder avviket, også får vi ikke vite noe om det da».*

(Ansatt)

Tidspunktet for refleksjon hadde vært opp til evaluering flere ganger. Lederne mente tidspunktet var hensiktsmessig da man var i ferd med å avslutte dagen, og hadde ting ferskt i minne. I en presset arbeidsdag var de fornøyd med å kunne sette av 15 minutter. Avdelingen hadde en klar policy på at de som av ulike grunner måtte gå selv om refleksjonen ikke var ferdig, hadde mulighet til det.

Under covid var det utfordrende for begge enheter at kun et fåtall kunne møte til refleksjon. Med liten plass til rådighet og krav til avstand, ble det færre som kunne delta. Lederne var da opptatt av at de ikke skulle oppta de ansattes plasser under refleksjon.

De ansatte beskrev høyt press på avdelingene som en barriere mot oppmøte på GK2. Dette ble bekreftet av teamleder ved Enhet 1, som forsto at det kunne være utfordrende for de ansatte å prioritere dette. Lederne var enige i at man ideelt sett skulle hatt bedre tid, men for å integrere det i en presset arbeidsdag var det nødvendig å holde tidsrammen kort.

*«Det er en person som tas ut av klinikk for å gjøre det. Jeg ser ikke noen som ikke løper ute i gangene her». (Leder)*

Enhet 2 hadde avsatt 10 minutter på slutten av dagen. Ansatte opplevde det som utfordrende at dette kolliderte med rapportskriving, og en ansatt beskrev det som et forstyrrende element. Tilgangen på PC-er var liten, og de ønsket å skrive ferdig rapport før de deltok på GK2.

*«Noen ganger så er det litt sånn at man ... (tenkepause), kan jeg ikke heller få lov til å gå hjem 10 minutter før? (latter). Men man vet at det her vokser vi på. Det vet man jo». (Ansatt)*

Fagsykepleier bekreftet at de ansatte hadde ønsket et annet tidspunkt, og at noen valgte å skrive rapport fremfor å komme på GK2. Hun ga uttrykk for at rapportskriving ikke var noen grunn til ikke å komme, da alle visste at refleksjon var ti på halv fire.

Enheten hadde også faste personer som ikke møtte opp, noe de begrunnet med at de ønsket å bruke tiden sin på andre ting. Noen hadde også tidligere negative erfaringer med bruk av verktøyet. Dette var ifølge fagsykepleier bare et par stykker, og de hadde foreløpig ikke lyktes med å endre disse holdningene.

#### 4.1.6 Hierarki eller flat struktur

De to enheten hadde ulik struktur på refleksjonsmøtene. Enhet 1 hadde en flat struktur, hvor den som kom først til møtet tok frem notatboken. I starten ble refleksjonen drevet av ledelsen, men etter hvert tok alle ansvar. Både ansatte og ledere bekreftet en veldig uformell og flat struktur under refleksjon. En ansatt ga imidlertid uttrykk for at den flate strukturen kunne ha negative konsekvenser.

*«Det er tilfeldig hvem som styrer det, men det blir jo kanskje også en av grunnene til at det ikke alltid blir fulgt opp, ikke satt i system fordi for eksempel seksjonsleder ikke er til stede». (Ansatt)*

Ifølge prosedyren for GK2 skulle leder eller stedfortreder lede refleksjonen.

Kvalitetsleder var tydelig på at hun anbefalte leder, eller eventuelt nestleder, fagsykepleier eller lege på avdelingen å ta ansvar for dette. Årsaken til at prosedyren ikke ble fulgt her ble ikke tatt opp under intervjuene.

Det var også ulik rutine på hvordan spørsmålene ble stilt. Ingen av avdelingene benyttet spørsmålene direkte slik de var i utgangspunktet, men spurte mer generelt. På Enhet 1 startet man alltid med det som var positivt.

*«Vi er veldig flinke til å ta en runde. Det er ikke slik at man bare sier noe. Alle blir nevnt med navn».* (Ansatt)

Ved spørsmål om en eventuell uønsket hendelse ble det spurt fritt i rommet. Dette ble begrunnet med at det var sent på dagen og knapt med tid. Den som tok initiativ til refleksjon, dokumenterte også i permen.

Ved Enhet 2 var det ingen prosedyre for gjennomføring av GK2. Fagsykepleier ledet refleksjonen, og ved hennes fravær bidro avdelingsleder eller andre faste sykepleiere. Det var også fagsykepleier som dokumenterte og fulgte opp eventuelle avvik. De spurte ikke hver enkelt, men stilte spørsmålene åpent ut i rommet.

*«Det er liksom, hvordan har dagen i dag vært, litt mer sånn åpent spørsmål. Det er jo kanskje det [uønskede hendelser] man spør om først da. Også kan man jo spørre om hva som har gått bra».* (Ansatt)

En ansatt bemerket at når det var opp til hver enkelt å si noe, var det flere som ikke bidro i refleksjonen. Det var ofte de samme som tok til orde.

#### 4.1.7 Farger med mening

Noen ansatte hadde tidligere erfart at verktøyet var mer et mål for ledelsen om flest mulig grønne dager, fremfor å utnytte potensialet som lå i refleksjon. De var opptatt av at hensikten med fargeleggingen ikke skulle være å tilfredsstille ledelsen i forhold til måloppnåelse.

*«De som ovenfra har sendt verktøyet nedover burde ikke tenke på det som et skjema for å måle grønt eller gult, heller hva man har lært ut av det». (Ansatt)*

Kvalitetsleder understreket imidlertid at de var veldig bevisste på at man ikke skulle måles på resultater, men på bruk av verktøyet. Fagsykepleier ved Enhet 2 kunne fortelle hvordan hun med noe feilslått motivasjon i starten lovet de ansatte kake hvis de oppnådde en grønn måned.

Fagsykepleier opplevde at fargevalg var en felles avgjørelse. Det var aldri leder som bestemte fargekoden; dette ble diskutert mellom de ansatte.

Flere ga uttrykk for at fargeleggingen kunne være utfordrende. Ved enhet 1 kunne det føles vanskelig å farge en dag helt grønn, når de ansatte opplevde at arbeidsdagen var overveldende.

*«Vi strever litt med fargelegging, om en dag skal være helt grønn, eller biter av en rute til gult. Ofte er det noe som er litt trøblete, at man håndterer noe vanskelig, en kjiptelefon, at pasienter skjeller deg ut, eller pasienter sier de har kniv på seg også har de ikke det. Områder som tangerer et uønsket, men som ikke blir det. Det er litt sånn snublete i forhold til hvordan vi skal fargelegge».*

(Leder)

Seksjonsleder opplevde også fargene som nyttige, da det hadde synliggjort at de hadde mye utagerende atferd og voldsproblematikk, noe som igjen førte til at de fikk gå til innkjøp av voldsalarmer.

## **4.2 Å lære av suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom**

### **4.2.1 Opplevd gevinst av GK2**

#### **Et psykologisk trygt arbeidsmiljø**

De ansatte verdsatte den sosiale samhørigheten refleksjon bidro til. Det å møtes på slutten av dagen var i seg selv motivasjon for å delta. Dette var noe de gledet seg til, og uttrykte at de hadde det litt gøy på slutten av dagen. De beskrev det å få innblikk i

andres jobb som en viktig gevinst av GK2. Spesielt ved Enhet 1 jobbet de veldig isolert, og satte pris på få en bedre oversikt. De opplevde også at GK2 var en fin måte å lukke dagen på. Flere beskrev at verktøyet kunne fungere som en temperaturmåling innad i avdelingen; dette gjaldt både ansatte og ledere.

*«Jeg føler verktøyet gir en temperatur på hvordan vi har det alle sammen, hvordan dagen har vært. Hva har vært vanskelig og hva har vært helt greit på en måte».* (Ansatt)

Både ledere og ansatte opplevde at GK2 var med på å skape og opprettholde et psykologisk trygt arbeidsmiljø. Det å by på noe man selv hadde fått til, eller si noe om hva man opplevde som utfordrende, inviterte til åpenhet. En ansatt sa det slik, at om du evnet å si noe positivt om kollegaen din, var det også lettere å være åpen om hverandres feil. Seksjonsleder ved Enhet 1 mente at man kan redusere uønskede hendelser ved å styrke den psykologiske tryggheten.

De ansatte opplevde at det å komme sammen og snakke om positive og negative hendelser ga dem trygghet med tanke på å løse liknende situasjoner i fremtiden. Begge steder ble det beskrevet en opplevelse av trygghet i avdelingen. Det å møtes for å reflektere sammen ga en ubevisst trygghet i forhold til at man ikke var alene om ting. For seksjonsleder ved Enhet 1 var psykologisk trygghet kanskje det viktigste de fikk ut av verktøyet. Hun påpekte at enheten hadde en påfallende stabilitet i arbeidsstokken sammenliknet med andre enheter, og tilla dette den høye graden av psykologisk trygghet ansatte opplevde ved avdelingen.

*«Helsetjenesten er så redd, vi er så redd for å gjøre feil. Det lever en sånn forståelse at feil ikke skal skje, og sånn har vi tenkt i mange år. Jeg tenker at psykologisk trygghet og den siden av vektstangen trenger mer mat enn den risiko- og avvikssiden».* (Seksjonsleder)



### «Gratis læring»

Lederne vektla at de ansatte gjennom GK2 ble opplært i avdelingens kultur, både når det gjaldt kunnskap og holdninger. Det var svært lærerikt for de ansatte å høre hva kollegaer hadde tenkt og gjort i ulike situasjoner. Særlig verdifullt opplevdes dette for nyansatte. Leder beskrev GK2 som en måte å komme inn i arbeidsmiljøet på, og forstå kulturen på arbeidsplassen. De ansatte opplevde at læringen de fikk gjennom GK2 var enkel å tilegne seg.

*«Man er litt mer åpen for refleksjon og lærer fra erfaringer. Så det er ikke noe som egentlig trengs å pugges, det bare sitter litt bedre i, det går automatisk».*

(Ansatt)

Flere av lederne beskrev at GK2 kunne bidra til kalibrering av praksis, og at det gjorde nytte som risikostyring av daglig drift.

*«Jeg følger ikke med på enhver liten beslutning her. Jeg har tillit til at folk gjør gode beslutninger og har grunn til å tenke det også. Og jeg tror at GK2 også er med på å sikre kvaliteten her da».* (Leder)

#### 4.2.2 Å lære av det som går bra

##### **Et løft for arbeidsmiljøet**

Ansatte opplevde at et positivt fokus løftet arbeidsmiljøet og skapte økt samhørighet mellom de ansatte. De så det som positivt at alle som deltok ble informert når det hadde skjedd noe bra på avdelingen. Selv om begge enhetene mente de hadde et godt arbeidsmiljø før de startet med GK2, ble det gitt uttrykk for at den daglige positiviteten bidro til et enda høyere nivå. De opplevde at man i en travel arbeidsdag fort hang fast i det negative og mistet av syne alt man faktisk mestret.

*«Det er noe med å ha oppmerksomheten på det som går bra. Dette gjør vi bra. Dette får vi til. Dette fortsetter vi med fordi det fungerer».* (Ansatt)

De ansatte ved Enhet 1 trakk frem betydningen av solskinnshistorier fra en utfordrende pasientgruppe.

*«Når man jobber med rus er det ikke slik at de slutter å ruse seg om du sier de skal slutte. Men noen gjør det, da har man klart å treffe en nerve, og så lærer man av vellykkede historier». (Ansatt)*

De ansatte beskrev at de ofte fikk positiv feedback fra kollegaer, og en følelse av å bli sett og tatt vare på. Det var godt å få høre at man gjorde en god jobb, at man gjorde ting riktig og var på rett vei. Når noen tok opp noe positivt hadde det en smitteeffekt på andre og var med på å bevisstgjøre alle på hva som var bra. En ansatt beskrev det som stimulerende å lytte til gode erfaringer, da hun selv ble bevisst og inspirert til å gjøre en enda bedre jobb. De la også vekt på hva de hadde klart sammen som kollegaer, og kunne under GK2 kjenne ekstra på hvor viktige kollegaene var for en.

Ansatte og ledere opplevde det veldig positivt å ikke starte med det som hadde gått dårlig.

*«Det å ha fokus på av vi faktisk gjør noe bra, det har vi fått tilbakemelding på at gjør noe med arbeidsmiljøet. Det å starte med; vi fikk det til allikevel, vi har en styrke i vår avdeling som gjør at vi kan snu oss rundt og faktisk få det til på tross av, det gir en bedre opplevelse av arbeidsmiljøet». (Kvalitetsleder)*

De trakk frem skryt av kollegaer som viktig. Ifølge lederne hadde de en kultur for å si noe pent om hverandre. Vel vitende om at det ikke alltid gikk bra med pasientene, opplevde de det kollegiale som ekstra viktig. Kvalitetsleder problematiserte at skryt på rent personplan nødvendigvis ikke bidro til læring, men la da ansvaret på den personen som ledet møtet for å følge opp med reflekterende spørsmål: Når du sier at han var flink, hva legger du i det? Når du sier at han gjorde en god jobb, hvorfor det? Dette opplevdes som en bevisstgjørende prosess for de som deltok.

Ved refleksjon rundt positive opplevelser ved Enhet 1 var det ofte snakk om å dele ansvar. Når man kunne være to i en samtale opplevdes det sikrere. Man så at kvaliteten ble økt og at det ga flere perspektiver i samtalen. De opplevde økt glede ved å være sammen, også fordi de følte de ga et bedre behandlingstilbud til pasientene.

## **Et bedre samarbeidsklime**

Kvalitetsleder vektla betydningen av å snakke positivt med hverandre også på områder som normalt var vanskelige, og mente at mennesket da hadde en tendens til å ville sikre at det gikk bra videre. Hun mente at GK2 som verktøy, og det generelle positive fokuset, ga en gevinst med tanke på samarbeid mellom avdelinger. Hun var tydelig på at utfordringene i pasientforløp sjelden lå hos en avdeling, men i samarbeidet mellom flere avdelinger. Å sette søkelyset på det positive førte til at ansatte snakket bedre sammen og samarbeidet bedre. Fra å tidligere ha opplevd mer negative toner i samarbeidsmøter, var det nå en holdningsendring mot; hva kan vi gjøre for å forenkle hverandres arbeid?

Kvalitetsleder delte et godt eksempel fra praksis i forhold til hvor naturlig det faller mennesket å fokusere på det negative, og ta det positive for gitt. Hun uttrykte at å spille på positivisme forsterker det man ønsker mer av. Ansatte trenger tilbakemelding ikke bare når de gjør ting dårlig.

*«Ved onkologen kan det føre til mye frustrasjon at røntgen ikke har beskrevet bildene før kontroll. Og da ringer de og klager på radiologen. I et av disse møtene sa onkologen; i dag har jeg hatt en perfekt dag! (...) Alle røntgenbildene var beskrevet før timene, så dagen min gikk som smurt! Også måtte jeg spørre; har du ringt den radiologen og takket for at han har lagt dagen så godt til rette for deg? Nei, det skulle han ikke gjøre. Men hvis ingen bilder var klare, og det var en radiolog som var ansvarlig, hadde du ringt og klaget da? Ja, det måtte han jo gjøre! Hvis du ringer og takker radiologen for at han har gjort en så bra jobb i dag, tror du han lar være å gjøre det neste gang?».*

(Kvalitetsleder)

## **Vanskelig og naturstridig**

Kvalitetsleder ga uttrykk for at det kunne være vanskelig å jobbe med det positive, og begrunnet det med at vi mennesker er skeptisk anlagt av natur. Avdelingsleder ved Enhet 2 bekreftet at hun syntes det å lære av det positive var vanskelig. Hun opplevde det mye lettere å angripe det som gikk feil, og kunne lett komme på flere eksempler fra drift hvor det var gjort endringer i forhold til avvik. Hun reflekterte over at mye handlet om samarbeid og struktur i avdelingen; det å få frem de tingene som ga «smøring til

maskineriet». Hun tok eksempel fra at de hadde innført faste møtepunkter i teamene, og de så at når de opprettholdt dette fungerte samarbeidet mye bedre. Fagsykepleier ved Enhet 2 beskrev også at det sjelden var de store suksesshistoriene som ble tatt opp, men mer refleksjoner rundt egne arbeidsmetoder og daglig drift. De hadde i gjennomsnitt 3-5 avvik i løpet av en måned, og hadde derfor ofte mulighet til å reflektere over egen struktur.

*«Men ellers er det vel litt sånn i vår natur at vi snakker ikke så mye om de tingene som vi synes fungerer, ikke sant? Det er fort at man plukker på det som ikke fungerer. Jeg opplever at det er litt mer famling når man leter etter det som har gått bra».* (Fagsykepleier)

#### 4.2.3 Å lære av uønskede hendelser

##### **Brå læring og kollegial støtte**

De ansatte beskrev at alle uventede hendelser førte til utrygghet, men at dette igjen innebar et stort potensial for læring.

*«Jeg tenker at det største potensiale for å lære etter refleksjon, det er når noe har kommet uventet. Da blir man mer åpen for alle mulige løsninger. Hvis alt går på riktig måte så er man mindre åpen for å se andre muligheter. Du begynner på et nytt sted, og da øker læringskurven».* (Ansatt)

De ansatte ga uttrykk for at det var godt snakke om uønskede hendelser med kollegaer. Debrifingen gjorde det lettere å legge krevende saker fra seg før man dro hjem. De opplevde en veldig støtte fra kollegaer og ledere, og kunne reflektere åpent rundt hva man burde gjøre annerledes neste gang. Det rådet en holdning om at selv om hendelsen burde vært unngått var det menneskelig å feile, og det kunne skjedd andre også. Spesielt nyansatte opplevde det veldig trygt å få støtte fra erfarne kollegaer. Samtidig påpekte leder at nettopp nyansatte kunne oppleve det vanskeligst å dele egne uønskede hendelser. Alene med egne tanker kunne ansatte gjøre det veldig stort i eget hode. De hadde alltid mulighet til å la leder legge frem en hendelse på vegne av ansatt på GK2, men det hendte sjelden.

*«Selv om ting ikke alltid går som planlagt, så er man mer rådgivende og støttende istedenfor kritiserende og påpekende. Det synes jeg er det aller fineste». (Ansatt)*

Både ansatte og ledere opplevde at de uønskede hendelsene tok størst plass under refleksjon. Disse hendelsene tok naturlig nok også lengre tid å reflektere rundt.

*«Når det skjer noe negativt eller vanskelig, at du har blitt krenket, eller noen har vært idioter i den andre enden av telefonen, at du har blitt skjelt ut eller truet eller hva det måtte være, så er det sanne opplevelser som sitter. Så det er klart at det tar mye mer tid». (Ansatt)*

### **Økt meldekultur**

Lederne beskrev en økt meldekultur etter innføring av GK2, kanskje som resultat av at de måtte krysse av på skjema om hvorvidt hendelsen var meldt i avvikssystemet. De var opptatt av å ha en god meldekultur basert på opplevd trygghet, og mente dette gjenspeilte seg i resultatene fra verktøyet *Snakk om forbedring*. Kvalitetsleder var opptatt av at antall avvik ikke var det viktigste, men nettopp den åpenheten som var til stede under GK2 som gjorde det lett for ansatte å dele uønskede hendelser.

*«Resultatene viser at de avdelingene som har GK2, de melder også flere avvik. For det blir større åpenhet når man snakker om ting som går bra og dårlig i det miljøet man er. Når noen hører at noen har meldt avvik, så er det større sjanse for at de andre også gjøre det». (Kvalitetsleder)*

De ansatte bekreftet at GK2 hadde en funksjon i forhold til at de ble påmint å melde uønskede hendelser, og at de også aktivt oppmuntret hverandre til å melde.

Kvalitetsleder reflekterte litt rundt det ironiske at få uønskede hendelser betydde god kvalitet, samtidig som et høyt antall meldte hendelser også var et tegn på god kvalitet i forhold til meldekultur.

#### 4.2.4 Tilpasninger i en uforutsigbar arbeidsdag

##### Utilstrekkelighet

Alle ansatte beskrev at de tidvis følte på utilstrekkelighet, og presset seg selv for pasientens beste. Ofte gikk ikke ting som planlagt. Man kunne forvente en rolig samtale, men så dukket pasienten opp ruset. Det var ikke uvanlig å måtte avlyse, flytte på avtaler, jobbe overtid og gjøre vurderinger og prioriteringer i forhold til pasienter. Noen kunne oppleve å måtte sette både lunsj og toalettbesøk på vent.

Ansatte beskrev hvor utilfredsstillende det var å skrive et dårlig journalnotat på grunn av tidspress, ikke få gjort ting man hadde lovet eller ikke få fulgt opp ting på en god måte.

Teamleder ved Enhet 1 ga uttrykk for at de ansatte helt klart måtte gjøre vurderinger mellom grundighet og effektivitet. De hadde et stort inntak av pasienter, og måtte i tillegg til pasientnære oppgaver bruke tiden sin på det hun kalte *koding og administrativt visvas*, aktiviteter som i seg selv ikke gjorde kvaliteten bedre.

*«Det som er plagsomt med helsevesenet opplever jeg, det er at det er de flinkeste guttene og jentene i klassen som jobber her. De er vant til å være de flinkeste i klassen, og så begynner de i det offentlige helsevesenet. Det er skikkelig grusomt ikke sant, det er slik at du aldri får gjort nok, du får aldri gjort det grundig nok liksom».* (Teamleder)

Ved Enhet 2 kunne det være store svingninger i drift.

*«Det kreves mye fleksibilitet og tilpasning fra den ansatte, sånne ad hoc ting som man må ta på sparket. Du har kanskje på lista at du skal ha fem pasienter den dagen, også er to kollegaer syke. Da må du omfordele, for jeg har ikke en avdeling hvor jeg leier inn personell, for de finnes ikke. Sånn sett er det en veldig tilpasningsdyktig gjeng da, som vet hva de skal gjøre».* (Leder)

Avdelingssykepleier var klar på at de hadde et kapasitetsproblem, og at sykepleierne måtte gjøre mange tilpasninger på grunn av det. Ansatte følte at det var rom for å si ifra om høyt press, uten at det nødvendigvis utløste flere ressurser.

## **Gode indre kompass**

Leder mente at det å kartlegge de ansattes tilpasninger var noe som skjedde kontinuerlig men ubevisst på GK2. Seksjonsleder formidlet at så lenge man arbeidet med mennesker og i helsevesenet, kom man ikke unna å improvisere. Hun hadde en klar formening om at ansatte som opplevde psykologisk trygghet tok gode valg når de måtte prioritere, og dermed reduserte uønskede hendelser. Gjennom GK2 var de godt opplært i en kultur, og kunne dra nytte av hva kollegaer hadde tenkt og gjort.

*«Jo mer erfaren og kunnskapsrik du er, jo mer du har å trekke på, jo lettere improviserer du og jo bedre improvisasjoner får du».* (Seksjonsleder)

Ansatte var tydelige på at ved rene medisinske prosedyrer var det ikke akseptabelt å avvike fra prosedyrene. Noen hadde opplevd at det ble tatt snarveier i forhold til dobbeltkontroll, og dette ble begrunnet med stor arbeidsbelastning. Man signerte, men kontrollerte kanskje ikke før i etterkant for å være mer effektiv.

Fagsykepleier tok også opp temaet dobbeltkontroller, og ga uttrykk for at de mest erfarne sykepleierne muligens fikk avvik på dette fordi de stolte så på at andre gjorde jobben korrekt. Avdelingsleder pleide å si til de ansatte at de skulle skynde seg langsomt, for hvis man kuttet i svingene var risikoen stor for at noe gikk galt. Hun opplevde ikke at avvik nødvendigvis handlet om manglende kompetanse, men mer om holdninger hos de ansatte.

Kvalitetsleder var tydelig på at ikke alle prosedyrer kunne avvikes, men at det å tilpasse prosedyren av og til var årsaken til at det gikk bra.

*«Det er jo et veldig ønske om å standardisere alle prosesser, og en prosedyre er jo en form for det. Men det er ingen av våre pasienter som er standardiserte».*  
(Leder)

Det hun opplevde som viktig var å reflektere over hvorfor man var nødt til å fravike prosedyren. Deretter måtte man ta stilling til hvorvidt det var nødvendig å endre prosedyren, eller om tilfellet var så sjeldent at det burde håndteres med faglig kompetanse. Hun så nytten av å ha faglige retningslinjer for hvordan ting skal gjøres,

samtidig som det må være rom for at kompetente ansatte kan gå utenom standardene for å sikre best resultat.

Teamleder ved Enhet 1 viste også stor tillitt til ansattes vurderinger:

*«Det må jeg stole på, at ... (pause) den grad av sivil ulydighet som man er nødt til å utføre, det applauderer jeg oftere enn jeg straffer for å si det sånn».*

(Teamleder)

Seksjonsleder var opptatt av å ha færrest mulig prosedyrer, og betegnet seg selv som litt kontroversiell i den sammenheng. Hun mente at man måtte ha tillitt til at ansatte selv så hva som var best. Hun tilstrebet å gi de ansatte gode indre kompass, fremfor ytre rigide rammer. Denne tilliten kunne hun ha på bakgrunn av at hun kjente sine ansatte godt; hun hørte ofte deres erfaringer og vurderinger på GK2.

Kvalitetsleder understreket viktigheten av at prosedyrer er brukervennlige og ikke for ordrike. Dette var fokus under et pågående forbedringsarbeid. Hun opplevde at de fleste fulgte prosedyrene, og la også vekt på at det var viktig å dokumentere hvis man avvek fra prosedyren. Hun henviste til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 7 c, som sier at man skal ha et nødvendig antall prosedyrer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

#### 4.2.5 GK2 og forbedringsarbeid

##### **Prosess fremfor resultat**

Begge avdelinger følte at de kom til kort når det gjaldt forbedringsideer. De opplevde at de fikk læring gjennom selve refleksjonsprosessen, men kom ikke opp med noen konkrete forbedringsideer som ble aktivt jobbet med videre. De opplevde imidlertid refleksjonen så verdifull at de til tross for mangel på forbedringsideer ønsket å fortsette med GK2. Det å reflektere rundt ulike hendelser var ofte grunnlag for videre forbedringsarbeid innad i avdelingen. Leder trodde ikke at Hollnagels tanke med safety 2 var et nytt rapporteringsvelde over hva som gikk bra, men å få tankeprosesser til å renne i nye baner.



Ved Enhet 1 kunne ansatte oppleve truende situasjoner, og nevnte et eksempel hvor en pasient trakk frem kniv under konsultasjon. Dette og liknende episoder ble tatt opp under GK2, hvor de da reflekterte rundt hvordan de andre ansatte kunne forstå at det var en truende situasjon på gang. De ble enige om hvilke konkrete tiltak de kunne gjøre for å håndtere liknende situasjoner; som å være ekstra observant, at dørene til kontorene var lette å åpne og at ting ikke stod i veien for å raskt komme seg ut.

*«Vi blir veldig obs på når det er noe uro. Man merker det; folk går litt fortere, er mer ute i gangen, sitter litt i fellesen for å få med seg det som foregår for å være tilgjengelig hvis noen skulle trenge det».* (Ansatt)

Å sette søkelyset på disse utfordringene under GK2 bidro til at de nå prioriterte å være to i førstegangssamtaler, og generelt jobbe mer sammen. Seksjonsleder uttrykte at det var lett å argumentere for dette når hun hadde vært med på GK2 og hørt utfordringene de ansatte stod i.

Både ansatte og ledere ga uttrykk for at de savnet en mer systematisk oppfølging av det som kom frem under GK2. En ansatt beskrev det slik:

*«Ser vi noen utvikling i kommentarene vi skriver ned? Hvilke endringer er det faktisk som har skjedd? Alt endringsarbeid er spennende, men det er ikke alltid så lett å se når man er midt i prosessen. Det er veldig fint om noen kan trekke i trådene».* (Ansatt)

For å benytte GK2 som læringsverktøy ville Teamleder ved Enhet 1 mer systematisk hentet informasjon fra arkene, systematisert det, og gitt det tilbake i en eller annen form. Hun kunne imidlertid vanskelig se for seg når eller hvordan det praktisk skulle gjøres. I dag ble notatene som var nedtegnet i permen liggende ubrukt.

*«Jeg tenker at det [refleksjonsnotatene] er en god kilde til informasjon som er mer relevant enn det som kommer fra Bent Høy og andre. Som kan oppleves som mer inntonet».* (Teamleder)

Hun opplevde at endringene som kom oftest hadde bakgrunn fra et administrativt tiltak i klinikken. Allikevel mente hun at refleksjonene og idémyldringen på GK2 bidro til å sette et verdifullt fokus på områder for lokalt forbedringsarbeid.

Seksjonsleder ga også uttrykk for at hun ønsket en mer systematisk bruk av refleksjonene. Hun så potensiale i å se etter mønstre i materialet, og var redd de mistet viktige momenter slik de benyttet verktøyet i dag. Hun beskrev et verktøy som levde i øyeblikket, og med funksjon innen både debriefing, kvalitetssikring og mester- svenn læring. Likevel beskrev hun det som *begrenset gøy* over lengre tid, og var klar over at det lå mer potensiale i verktøyet.

Kvalitetsleder mente at forbedringsideene kom fra ulike områder. De benyttet IHI (Institute for Healthcare Improvement) sin forbedringsmodell og PDSA- sirkelen (plan- do- study- act), og mange avdelinger hadde innført forbedringstavle. De hadde også et program for kontinuerlig forbedring, med ulike nivåer for grad av forbedringskompetanse; forbedringsagenter, veiledere og eksperter. De brukte også Helsedirektoratets *Snakk om forbedring* og LifeQ1 som var et verktøy for registrering og deling av forbedringsarbeider. Til sammen opplevde hun at dette var gode tilnærminger til pasientsikkerhet.

Enhet 2 hadde prøvd seg på rene forbedringsideer i oppstarten, men det var lagt på is. Før covid var planen å bruke forbedringstavlen som en forlengelse av GK2. Fagsykepleier sa at flere ansatte etterlyste tiltak på bakgrunn av saker tatt opp på GK2. Hun bedyret at dette ble tatt inn i videre fagutvikling, men opplevde det vanskelig å synliggjøre faktiske tiltak.

Ansatte og ledere opplevde allikevel at GK2 hadde en funksjon inn i flere av forbedringsarbeidene som ble utført lokalt i avdelingen. De opplevde en felles bevisstgjøring rundt aktuelle utfordringer, og det var lett å se hva som var gjentakende tema. Leder tilla GK2 mye av æren for de strukturelle endringene de hadde fått til ved avdelingen, noe som hadde gitt dem en mye bedre pasientflyt. De ansatte kom med flere eksempler på små forbedringsarbeider som kom i gang på bakgrunn av refleksjoner under GK2.

*«Det har vi brukt mye tid på tenker jeg [under GK2]. Det er jo noe med at man ofte går i sitt. Når man har hatt de 10 minuttene til å løfte ting opp så er det lettere å se». (Ansatt)*

Fagsykepleier tok ansvar for å lage oversikter over de uønskede hendelsene ved avdelingen. Dette ble presentert på personalmøter, samt tatt med inn i avdelingens møte for kvalitet og arbeidsmiljø.

### **Kompetanse i forbedringsarbeid**

De ansatte ved Enhet 1 opplevde generelt at det var lite tilrettelagt for økt kompetanse innen forbedringsarbeid. Teamleder bekreftet at ingen hadde kurs, men uttrykte at de fikk om de meldte ønske om det.

*«Jeg har ikke inntrykk av at interessen er så stor. Vi har dette med [GK2] som er ment å opprettholde en slags måling eller styring av tilfredshet eller mangel på tilfredshet og vi har medarbeidersamtaler. Det er litt grenser for hvor mye forbedring vi skal gjøre». (Teamleder)*

Seksjonsleder mente at alle skulle ha tatt foretakets e- læringskurs i forbedring, men at det var vanskelig å holde oversikt over alles kompetanse gjennom hektiske hverdager og turnover. På intranett var en egen fane dedikert forbedringsarbeid, men hun trodde ikke det var veldig kjent for de ansatte. De hadde en ansatt med ekstra kursing i forbedringskompetanse, en såkalt forbedringsagent, men hun var for tiden i permisjon. Leder hadde et mål om å starte et forbedringsprosjekt ved avdelingen i nærmeste fremtid, men dette stod på vent på grunn av covidrestriksjoner.

Kvalitetsleder fortalte at de jobbet systematisk med å spre forbedringskunnskap i foretaket, men at det var varierende hvor langt avdelingene hadde kommet; det kunne sprike fra ingenting til veldig langt. Til tross for et godt systematisk arbeid, ville dette ta lang tid.

*«Alle skal få muligheten til å: «Skal vi teste ut det? Skal vi gjøre sånn?». Få det til å bli levende, noe som ruller og går. Det er ikke gjort i en håndvending. Det vil sikkert ta et tiår før vi har fått det inn i hele kulturen vår». (Kvalitetsleder)*

Ansatte ved Enhet 2 opplevde at de hadde mulighet til kursing innen forbedringsarbeid, og visste om flere som hadde deltatt. Det hadde imidlertid ligget brakk på grunn av covid.

Foretaket hadde et læringsnettverk hvor man kunne legge frem og dele egne forbedringsarbeid. De ansatte fikk tilbud om grunnkurs i kvalitetsforbedring, hvor de selv kunne utarbeide en aktuell problemstilling. Ledelsen avgjorde deretter om dette var noe som skulle arbeides videre med, hvilket de ofte prioriterte. Leder opplevde det imidlertid svært utfordrende å sette av nok tid til forbedringsarbeid i en hektisk arbeidsdag. Hun understreket også hvor vanskelig det var å etablere forbedringsarbeid som en del av praksis, spesielt når det krevde mye ressurser og logistikk, og man måtte jobbe intensivt for å få alle til å gå i samme retning. Hun beskrev implementering av ny praksis som et svært møysommelig arbeid, og vektla betydningen av en-til-en-samtaler fremfor informasjon i plenum eller på e-post for å oppnå endring. Kvalitetsleder bekreftet et stort fokus og pågående arbeid med å kurse ansatte i forbedringsarbeid.

### **Medvirkning i forbedringsarbeid**

Alle ansatte følte seg involvert i de daglige forbedringsarbeidene utledet av hva de selv opplevde som utfordrende i egen drift. Det stilte seg imidlertid annerledes i forhold til større innsatsområder innen pasientsikkerhet. Kvalitetsleder ved Enhet 1 bekreftet at de på gulvet sannsynligvis hadde liten opplevelse av medbestemmelse. Mye av pasientsikkerhetsarbeidet var styrt av politiske mål og føringer.

Seksjonsleder beskrev seg selv som et rakettskjold mot alle bestillinger og mål som kom ovenfra.

*«Jeg vil jo at folk skal orke å være her, så jeg forteller ikke alt da. Når det kommer ting ovenfra. For det er jo litt sånn nå i corona, at veldig mange stabfolk sitter hjemme med fryktelig mange gode ideer, og dytter det nedover i systemet.»* (Seksjonsleder)

Fagsykepleier ved Enhet 2 opplevde at ansatte var godt involvert i avdelingens forbedringsarbeid. Kvalitetsleder fremhevet at grunntanken bak det systematiske

forbedringsarbeidet var at initiativet skulle komme nedenfra. Videre understreket hun hvor viktig leders rolle var med tanke på å oversette overordnede mål til den virksomheten de selv var i.

#### 4.2.6 Å dele kunnskap

Ingen av avdelingene hadde en bevisst tanke om å dele kunnskap og erfaring fra sine GK2- refleksjoner. Teamleder ved Enhet 1 beskrev avdelingen som relativt avstengt i forhold til å lære av andre, og kunne ønsket seg en slags hospitering for å lære mer av andre avdelinger. Hun opplevde at ledere hadde tilgang til flere fora for deling av kunnskap enn ansatte.

*«Vi får jo rapporter fra det som seksjonsleder snakker med de andre lederne på andre avdelinger om, hvilke endringer som er iverksatt sentralt, hvilke styringer som kommer fra departementer; vi blir jo informert om det. Foraene finnes der, men for gutta på gulvet så er det ikke så mange av den type fora». (Teamleder)*

Kvalitetsleder bekreftet at mange forbedringsprosjekter ble delt på ledernivå i ulike kvalitetsfora, og at det var opp til hver enkelt leder å dele i egen avdeling.

Læringsnotatene som kom frem etter hendelsesgjennomgang ved avdelingen ble ikke delt med andre utenfor klinikken. Kvalitetsleder uttrykte derimot at planen med læringsnotatene var at de skulle deles for å fremme læring på tvers.

De benyttet også en lærings- og delingsplattform, LifeQ1, som når den var fullt utbredt nasjonalt og internasjonalt ville være en god arena for deling av kunnskap.

I kvalitetsavdelingen var det opprettet noe som het team pasientsikkerhet. Deres mandat var å overvåke avvikssystemet på jakt etter hendelser med læringsverdi på tvers, og lage læringsnotater på bakgrunn av dette. Disse skulle på sikt deles med andre helseforetak i Norge. Hun påpekte imidlertid at læringsverdien avhang av hvordan mottaker tok det i bruk. Hun var tydelig på at det å nå ut med informasjon var svært utfordrende. Til tross for ulike kanaler for informasjonsdeling opplevde hun at de ansatte var for travle til å lese.

For å spre kunnskap til de som ikke hadde mulighet til, eller ville delta på GK2, ønsket lederne ved Enhet 1 at teamlederne skulle ta med seg kunnskapen inn i morgendagens

lunsjmøte. Fagsykepleier var imidlertid usikker på om dette var noe de fikk til i praksis. Hun opplevde derimot at mange som ikke hadde vært med på GK2 var nysgjerrige på loggen, og gikk bort for å lese og følge med på fargeleggingen. Avdelingsleder nevnte muligheten for å dele hendelser med læringspotensial med kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget, men beskrev at dette var noe de kunne vært mye bedre på.

## 5 Diskusjon

Jeg starter med å drøfte leders betydning for å fremme organisatorisk læring, både rent praktisk og ved å bidra til en åpenhetskultur. Jeg ser nærmere på ansatte og lederes opplevde gevinst av GK2 i forhold til læringsutbytte, samt bidrag inn mot et helsefremmende arbeidsmiljø. Jeg vil også drøfte hvordan GK2 bidrar inn i enhetens forbedringsarbeid. Til slutt vil jeg drøfte hvorvidt GK2 kan bidra til en reorientering av helsetjenesten.

### 5.1 Hvordan kan leder bidra til å fremme organisatorisk læring i helsetjenesten?

Begge enheter oppga at leder hadde en svært sentral rolle i oppstarten av GK2. At leder var tydelig på viktigheten både gjennom ord og handling, bidro til at flere deltok under refleksjon. Dette samsvarer med hvordan Garvin et al. (2008) beskriver lederatferd som fremmer læring; åpenhet for nye ideer, å være lyttende, samt evne til å se og anerkjenne ulike og kanskje motstridende meninger. Willadssen (2014) beskriver den ideelle leder som demokratisk, involverende og støttende. De ansatte opplevde det trygt å ha leder til stede. GK2 har en struktur, og bidrar til en åpenhet, som kan minske avstanden mellom ansatte og leder. Lederne ved enhetene var svært bevisste på hvordan de kunne bidra til en åpenhetskultur, og la vekt på å møte alle erfaringer med anerkjennelse og støtte. Dette opplevdes særlig verdifullt av nyansatte. Forskning viser at det å endre kulturen for respons ved uønskede hendelser er en langsiktig og stor utfordring for ledere i helsevesenet. Leder må skape en organisatorisk bevissthet om at alt annet enn en støttende respons er uakseptabelt (J. Conway, Federico, F., Stewart, K., Campbell, M., 2010; J. B. Conway & Weingart, 2009; White, 2008).

Braithwaite (2019) sier at leder kan fremme psykologisk trygghet ved å minske det hierarkiske gapet mellom ulike roller og anerkjenne at det er menneskelig å feile. Noe av det viktigste leder kan gjøre etter en uønsket hendelse, er å understreke at han fortsatt har tillit til helsepersonellet, og at organisasjonen har behov for helsepersonellens profesjonelle kunnskaper og ferdigheter (Seys et al., 2013).

Hauger og Arntzen (2003) beskriver viktigheten av å skape «rom» i hierarkiske organisasjoner, en prosess hvor alle kan lære av hverandre uavhengig av status og profesjon. Refleksjon er en kompleks prosess som må ta kommunikasjonsevner og sosiale forhold i betraktning (Carroll & Edmondson, 2002). Det vil alltid være et asymmetrisk maktforhold mellom ansatte og leder. Til tross for at GK2 bør være en prosess med flat struktur, tror jeg det er vanskelig å nøytralisere denne asymmetrien. Det kan derfor være nødvendig med en strukturert fremgangsmåte for å sikre alle ansatte likeverdig deltakelse under refleksjon, uavhengig av rolle eller profesjon. Forskning viser imidlertid at en lederatferd som fremmer læring ikke er nok, den må komplementeres av formelle læringsprosesser og et støttende læringsmiljø (Garvin et al., 2008).

I forhold til egen deltakelse ga lederne uttrykk for at tiden ofte var knapp, og at de ikke hadde mulighet til å delta. Alle ønsket å være med i større grad, men ikke på daglig basis. Det kan jo diskuteres hvilke signaler dette gir de ansatte. Det forventes av ansatte at de til tross for travle dager skal sette av tid til refleksjon. Det kommuniseres også at dette er noe som skal prioriteres. Da kan det gi tvetydige signaler når leder anser egne oppgaver som så viktige at de 10 minuttene på slutten av dagen ikke kan avses. Produksjonskrav kan tvinge ledere til å nedprioritere forebyggende arbeid i forhold til pasientsikkerhet. Ifølge Reason (1997) vil det faktisk at alvorlige uønskede hendelser er sjeldne, underbygge at det er riktig å prioritere produktivitet. Over tid vil dette imidlertid gjøre organisasjonen mer sårbar. De ansatte ga klart uttrykk for at de ønsket at leder var oftere til stede.

Uformell læring mellom kollegaer er nyttig, men for å skape organisatorisk læring må kunnskap deles med lederne. Uten en leder eller fagperson til stede som tar ansvar for videre forbedringsarbeid, er det vanskelig å transformere personlig læring til organisatorisk læring (Sujan, 2015).

Det finnes et rikholdig utvalg av ledelseskonsepter, og ifølge Willadsen (2014) har de i HMS-sammenheng fokus på økt deltakelse for de ansatte. Prosedyren ved Enhet 1 sa at GK2 var obligatorisk for alle ansatte. I praksis ble det frontet som et tilbud og en mulighet, ikke en obligatorisk aktivitet. Flere ansatte ga uttrykk for at et ustabil oppmøte var utfordrende. Dette kunne skyldes holdninger blant de ansatte i forhold til oppmøte, samt liten reell mulighet til å delta. Ved Enhet 2 var det obligatorisk for



sykepleierne, mens legene «slapp unna». Det kan virke som om den «historiske» respekten for legene fortsatt henger igjen, da ingen ville ringe og etterspørre legen ved fravær. Dette ble beskrevet som et stort tap med tanke på gevinst av refleksjon. Også sekretærenes manglende deltakelse ble beskrevet som problematisk. Her hadde kanskje enheten tjent på at verktøyet var grundigere forankret i virksomheten, og at leder var tydeligere på ønsket om deltakelse for alle ansatte.

I helsefremmende arbeid står autonomi sentralt, og i sterk kontrast til paternalisme. I senere år har «nudging» blitt beskrevet som et nytt paradigme med potensial for å bygge bro mellom paternalisme og autonomi. Nudging handler om å dytte individet i en helsefremmende retning, men samtidig gi det et eget valg (Nylenna, 2017; Solberg, 2021). Svendsen (2009) beskriver hvordan Aristoteles fremla to kriterier for frivillighet: Individet bestemmer selv handlingen og har tilstrekkelig kunnskap som bakgrunn for handlingen. Her kan det diskuteres om leder fungerer som «valgarkitekt» eller paternalist, da de også kan sies å ha egeninteresse av ansattes deltakelse; økt kvalitetssikring og risikostyring av daglig drift (Svendsen, 2009). Basert på den manglende kunnskapen om bakgrunnen for verktøyet og dets gevinster, har de ansatte kanskje ikke forutsetning for å ta det rette valget. Å være valgarkitekt handler om å legge til rette for de helsefremmende valgene på systemnivå. Kanskje bør leder i større grad frede tiden som skal benyttes til GK2. Det hjelper lite å oppmuntre til prioritering av oppmøte hvis ansatte opplever at det går på bekostning av arbeidsoppgavene.

Leder har også en sentral rolle i forhold til å støtte det lokale forbedringsarbeidet. Dette vil bli nærmere drøftet under kapittelet om forbedringsarbeid.

## **5.2 Hvordan er ansatte og lederes opplevde gevinst av GK2, både i forhold til læringsutbytte og eget arbeidsmiljø?**

### **5.2.1 Opplevd gevinst for arbeidsmiljøet**

GK2 bidro til en økt opplevelse av sammenheng for de ansatte, gjennom å fremme begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I en kompleks sykehushverdag opplever helsepersonell ofte motsatsen av dette; tilfeldigheter, uventede hendelser og uforutsigbarhet. Karaseks krav- kontroll- modell er anerkjent i forhold til psykososialt arbeidsmiljø. Denne ble etter hvert sett i sammenheng med betydningen av sosial støtte,

da forskning viser at det virker som en buffer mot høye krav i arbeidet (Van der Doef & Maes, 1999). Gjennom GK2 opplevde helsepersonell at refleksjon bidro til økt forståelse av hendelser, og en forutsigbarhet i forhold til hvordan de kunne møte liknende hendelser i fremtiden.

Gjennom GK2 opplevde de også å få støtte og veiledning fra kollegaer når utfordringer i arbeidet skulle løses. Refleksjon bidro til å gjøre arbeidet begripelig (Nunstedt et al., 2020). Arbeid i grupper er en forutsetning for organisasjonslæring, da det fremmer den enkeltes mulighet til å få innblikk i sammenhenger i egen organisasjon (Senge, 1999). Det å bli kjent med andres arbeidsoppgaver og arbeidshverdag ble beskrevet som svært verdifullt. Dette gjaldt spesielt på avdelinger med ulike profesjoner, og hvor man jobbet isolert fra hverandre.

GK2 fremmet de ansattes opplevelse av støtte fra kollegaer og ledere, og økte muligheten for interaksjon og samhandling. Dette er essensielt for å øke helsepersonells opplevelse av at arbeidet er håndterbart. Den enkeltes opplevelse av mestring bygger på den kollektive støtten (Willadssen, 2014). Dette samsvarer med Thorsrud og Emerys psykologiske jobbkrav; vi har behov for anseelse, mellommenneskelig respekt og støtte (Willadssen, 2014).

Forskning viser at helsepersonells opplevelse av mening økes når jobben man gjør anerkjennes. Når ansatte opplever samhørighet og psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet fremmes også opplevelse av mening (Antonovsky, 2012).

Helsefremmende sykehus har et stort fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet (International HPH Network, 2020). Forskning viser at mangel på psykologisk trygghet hindrer ansatte i å prate om tilpasningene de gjør, noe som øker avstanden mellom WAD og WAI. Evnen til å forvente og tilpasse seg til endringer og krav er en nøkkelmekanisme innen resiliens (Braithwaite et al., 2019). Både ansatte og ledere la vekt på økt psykologisk trygghet som kanskje den største gevinsten av GK2. Psykologisk trygghet beskrives som graden av tillit til at miljøet vil være støttende når man velger å ta valg utenom rutinen. Psykologisk trygghet er en katalysator for læring og forbedringsarbeid, da ansatte er mindre opptatt av å beskytte seg selv. Det er en større åpenhet for å dele og utforske sider ved arbeidet hvor man ser at tilpasninger er nødvendig (Braithwaite et al., 2019).

Psykologisk trygghet er viktig for at ansatte tør å gjøre nødvendige tilpasninger av prosedyrer og retningslinjer, og tør å snakke høyt om det (Braithwaite et al., 2019). Ansatte opplevde det trygt å dele egne feiltrinn med kollegaer og ledere under GK2. Når det skjer uønskede hendelser er det som oftest ikke mulig å skjule. Det kan kanskje diskuteres hvorvidt man har et valg, da det uavhengig av eget initiativ til deling vil komme opp i dagen.

Leder ved Enhet 1 var overbevist om at det å bygge opp under psykologisk trygghet, bidro til færre uønskede hendelser. Når ansatte føler at det er trygt å dele egne feiltrinn tar alle del i læringen, noe som forebygger liknende feil. Med frykt for sanksjoner fra kollegaer og ledere er sannsynligheten stor for at avvik skjules, eller kun deles i avvikssystemet. Dette samsvarer med forskning som viser at et godt arbeidsmiljø fører til økt pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2016). Braithwaite et al. (2019) mener det er nødvendig å spre kunnskap om betydningen av psykologisk trygghet, slik at ledere kan legge til rette for tiltak som fremmer dette. Han legger spesielt vekt på betydningen av tilnærminger som anerkjenner gapet mellom WAI og WAD.

Seksjonsleder antydte at den høye graden av psykologisk trygghet førte til mindre turnover. Internasjonale studier har vist at kostnadene ved høy turnover er enorme, med både redusert produksjon og økte utgifter til opplæring (Hancock, 2012). Turnover blant helsepersonell beskrives som en global utfordring som påvirker helsetjenesten negativt. Forskning viser at 9 % av sykepleiere vurderer å slutte i jobben. Sett i sammenheng med det faktum at presset på helsetjenesten kommer til å øke i årene fremover, er det å skape et helsefremmende arbeidsmiljø for helsepersonell essensielt (Nunstedt et al., 2020).

### 5.2.2 Opplevd gevinst for læring

Ansatte verdsatte det å starte med noe positivt, og opplevde at det løftet arbeidsmiljøet og samhørigheten i enheten. Det å daglig reflektere over hvorfor ting går bra, gjør at man kan styrke strukturene som underbygger suksessen, og dermed gjøre suksessen reproducerbar (E. Hollnagel et al., 2019).

Flere opplevde at det var svært vanskelig å finne suksesser i det daglige arbeidet og beskrive suksessene på en god måte. Både ansatte og ledere mente at de lærte mest av

de uønskede hendelsene. De opplevde at det var lettere å ta tak i konkrete hendelser, og fokus ble naturlig trukket mot det negative. Dette samsvarer med forskning som viser at helsevesenet hovedsakelig lærer av retrospektive analyser av feil (Sujan, 2018).

Sujan (2015) beskriver økt suksess ved å skape dypere refleksjon over hele systemdynamikken. Mellom ytterpunkter av suksesser og uønskede hendelser har man kanskje det største potensialet for refleksjon og læring. De ansatte reflekterte over daglige utfordringer og nesten- uhell, og kom sammen frem til hvordan de kunne tilpasse og forbedre egne arbeidsprosesser. Kanskje er ikke suksessene de store og positive hendelsene, men det en leder beskrev som *det som daglig smører maskineriet*. Det å farge dagene ga en viss oversikt over hvordan måneden hadde vært. Leder viste forståelse for de ansattes ambivalens i forhold til fargevalg; en tøff arbeidshverdag opplevdes ikke helt grønn. Kvalitetsleder støttet også de ansatte i at de ikke skulle måles på antall grønne dager. Ut fra de ansattes erfaringer kunne fargevalget representere et lite forbedringsarbeid i seg selv. Mange gule dager hadde for eksempel synliggjort behovet for voldsalarmer. Dette viser viktigheten av å la nesten- uhell komme til syne i forbedringsarbeidet. Reason (1997) sier at systemer til en viss grad kan «vaksineres» mot organisatoriske hendelser ved å lære mer om styrker og svakheter i barrierer fra tidligere nesten- uhell. Det er viktig å registrere nesten- uhell, da slike hendelser er opptil 300 ganger mer vanlig enn alvorlige hendelser. Dette gjenspeiles i Helsedirektoratets (2018) årsrapport fra den tidligere meldeordningen, hvor kun 15 % gjaldt hendelser som faktisk førte til betydelig skade eller død. Kvalitetslederne la vekt på at nesten- uhell skulle registreres i avvikssystemet, noe som muligens ikke var formidlet godt nok nedover i organisasjonen. Ved Enhet 1 ble ikke nesten- uhell meldt, til tross for at de selv ga uttrykk for at hendelsene ikke var kvalitativt ulike uønskede hendelser. Dette samsvarer med Sujan (2015) sin beskrivelse av nesten- uhell som gratis læring om systemsvakheter. Ledere og ansatte opplevde at slike hendelser kunne diskuteres under GK2 men at det ikke var alvorlig nok til å meldes. Dette kan ha sammenheng med Helsedirektoratets endrede krav til å melde hendelser som kunne ført til alvorlig skade. Kanskje gir dette et signal om at nesten- uhell er kvalitativt mindreverdige med tanke på læring.

Stang (2003) beskriver organisasjonskulturen som et stabilt sett av verdier, holdninger og regler. Gjennom GK2 skjer det en bevisstgjøring og kritisk refleksjon innad i avdelingen, og man ledes inn i samme kultur. Senge og Lillebø (1999) beskriver

hvordan inngrodde kulturer, tankemønstre og antakelser kan forhindre læring. Gjennom refleksjon blir ansatte bevisst egne tankemønstre og åpner opp for andre muligheter. Refleksjonen synliggjør et handlingsrom av valgmuligheter basert på innspill fra kollegaer og ledere (Hauger & Arntzen, 2003). Flere beskrev hvordan de fikk nye ideer og innspill til hvordan de kunne løst ulike utfordringer.

Få ansatte ga uttrykk for at de hadde et bevisst forhold til GK2 som læringsprosess. Spørsmålet er hvorvidt de har nok kunnskap om metoden til å skape den dype refleksjonen som tar dem opp på systemnivå. Her er samspillet mellom ansatte og leder essensielt; de ansatte løfter frem WAD, og lederne kan bidra med sin innsikt i hvordan strukturelle forhold påvirker situasjonen.

Læringsprosessen som skjer under GK2 må ha nok dybde for å muliggjøre dobbelkretslæring. Dette skjer når man anerkjenner og reflekterer over gapet mellom WAI og WAD (Sujan, Huang, et al., 2017). Målet er ikke å eliminere gapet, men å skape anerkjennelse av dette fenomenet hos alle i organisasjonen (Sujan, Huang, et al., 2017). Etter å ha intervjuet både ansatte og ledere, sitter jeg igjen med en opplevelse av at dette er kunnskap som burde vært mer integrert og bevisstgjort.

Mange opplevde det vanskelig å finne suksessene fra hverdagen, og skryt av kollegaer var en gjenganger. Kvalitetsleder understreket at det ikke var noe galt med skryt, men at de måtte stille de riktige spørsmålene for å muliggjøre dobbelkretslæring. Ved å stille klargjørende spørsmål kan man grave dypere i forståelsen av hvorfor noe gikk bra, og belyse involverte strukturer eller prosesser på systemnivå. Når kvalitetsleder beskrev at GK2 ikke var noe hokus pokus, samsvarer det kanskje med at man skrapes mest i overflaten uten nødvendigvis å søke dobbelkretslæring og innsikt på systemnivå. Mange opplevde verktøyet mer som et debriefingsverktøy og temperaturmålingsverktøy enn et læringsverktøy. Dette kunne kanskje vært annerledes om alle hadde fått grundigere forståelse og opplæring i GK2 som metode.

### 5.2.3 Hvordan GK2 kan belyse gapet mellom WAI og WAD

Det er umulig for de ansatte å utføre arbeidet korrekt i henhold til absolutt alle instruksjoner og prosedyrer, og gjennom GK2 kan nødvendige tilpasninger belyses (E. Hollnagel et al., 2019). Ledere i helsevesenet må fullt ut støtte helsepersonell i arbeidet mot større åpenhet, og anerkjenne at den rikeste kilden til informasjon om

systemforbedringer er frontarbeiderne (Leape et al., 2009). Dette forutsetter at leder viser interesse og åpenhet i forhold til hvordan de ansatte opplever brukervennligheten i ulike prosedyrer. Kvalitetslederne hadde fokus på at prosedyrene skulle være nødvendige og brukervennlige, et syn som ble fremmet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

De ansatte opplevde daglig at de måtte gjøre avveininger mellom grundighet og effektivitet. Wien- deklarasjonen (1997) beskriver at helsetjenenesten skal fremme et godt arbeidsmiljø, hvilket inkluderer både fysiske og psykososiale risikofaktorer. Tidspres hos ansatte kunne føre til at prosedyrer ikke ble fulgt nøyaktig, men at man tok snarveier. Ifølge Hollnagel (2009) kan både for mye effektivitet og for mye grundighet gi negative konsekvenser. Hvis alle ansatte prioriterte grundighet fremfor effektivitet ville det vært ødeleggende for produktiviteten, uten nødvendigvis å øke sikkerheten nevneverdig.

Skriftlige prosedyrer er det mest brukte verktøyet for å regulere arbeidet. Erfaringer fra tidligere hendelser gjør prosedyrene stadig mer spesifikke, og begrenser mulige handlinger. Ironisk nok vil denne overspesifiseringen av prosedyrer føre til flere brudd på prosedyrene. Ifølge Reason (1997) vil erfarne arbeidere vite ca. hvor grensen går mellom hva som er sikkert og hva som kan føre til en uønsket hendelse.

Willadssen (2014) beskriver det å være et handlende subjekt som viktig innen HMS-arbeid. I Arbeidsmiljøloven (2005) vektlegges betydningen av selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar. Selv om helsepersonell ofte jobber i team, har man stor grad av selvbestemmelse og faglig ansvar i forhold til arbeidsoppgavene. Her opplevde en leder imidlertid at det var de mest erfarne som oftest avvek fra prosedyrene. De stolte så mye på egen og andres erfaring at de noen ganger valgte å utføre dobbeltkontroll i etterkant. Dette er en prosedyre som det klart ikke skal avvikes fra. Ved å spørre de rette spørsmålene under GK2 kunne man kanskje kommet frem til systemiske forhold som burde endres, fremfor at de ansatte ikke «gidder» å følge prosedyren. De ansatte var tydelige på at snarveiene skyldtes mangel på tid.

I en sykehussetting er det sjelden at én enkelt handling fører til en uønsket hendelse; det er et komplekst nettverk av ulike variasjoner og tilpasninger med varierende tidslinje imellom. Da tid er en knapp ressurs må ansatte stole på at de før og etter i arbeidslinjen har gjort en god jobb. Ifølge Hollnagel (2009) rettfærdiggjøres egne handlinger og valget

om å være effektiv fremfor grundig, med at de før og etter i arbeidslinjen vil være grundige. Hvis for mange i systemet velger effektivitet fremfor grundighet kan det føre til uønskede hendelser.

Lederne hadde ulikt syn på avvik fra prosedyrer, noe som kanskje skyldtes at de tilhørte svært ulike områder innen helsetjenesten. Lokale latente faktorer vil, og her siterer jeg Reason (1997, p. 17) direkte; «*kombineres med individets naturlige tendens til å produsere feil og skader, kalt usikre handlinger*». Safety 2 mener imidlertid at tilpasninger er tegn på resiliens i praksis, og i mye større grad fremmer god pasientsikkerhet (Erik. Hollnagel, Braithwaite, & Wears, 2013).

Under GK2 kan antakelser om klinisk arbeid integreres med realiteten i det daglige arbeidet på en konstruktiv måte. Leder ved den ene enheten ga uttrykk for at hun stolte på de ansattes avgjørelser når de avvek fra rutine. Dette var en enhet uten rene medisinske prosedyrer. Forskning viser at standardiserte rutiner må balanseres med holdninger og strukturer som støtter utforskning og nødvendige tilpasninger (Carroll & Edmondson, 2002). Kunnskap om WAI og WAD hos ledelsen kan gi økt forståelse for hvorfor den ansatte valgte å gjøre som de gjorde i en aktuell situasjon. Her gir GK2 lederne et unikt innblikk i de ansattes daglige utfordringer. Dette var noe en leder uttrykte spesielt; hun hadde ingen problemer med å forstå de ansattes ønsker når hun hadde hørt hva de stod i. GK2 gir en større forståelse for hvordan arbeidet normalt utføres, og minsker gapet mellom WAI og WAD (E. Hollnagel et al., 2019). Lederne bør aktivt oppmuntre ansatte til å gi tilbakemeldinger angående prosedyrer og nødvendige tilpasninger, samt være mer støttende ovenfor de positive konsekvensene av trade-offs som gjøres på daglig basis (E. Hollnagel et al., 2019; Sujan, 2018).

Ofte ser man at det motsatte skjer, løsninger baseres på å lære fra analyser og fører til utvikling av nye prosedyrer, og påminnelse til personalet om å følge reglene (Sujan, 2018). Konvensjonelle læringsverktøy, som enkeltkretslæring, fokuserer på etablerte rigide strategier og retningslinjer, og oppfordrer folk til å bruke tid på å oppdage og korrigere avvik fra reglene (E. Hollnagel et al., 2019).

Det er helt klart nødvendig å ha prosedyrer, men disse vil aldri kunne omfatte alle situasjoner som kan oppstå. Derfor er de ansattes tilpasninger en nødvendighet for å fremme god pasientsikkerhet. Et resilient helsevesen avhenger av kommunikasjon, samarbeid, tillit og refleksjon, noe GK2 i høy grad bidrar til (Braithwaite et al., 2019).

### 5.3 Hvordan kan GK2 bidra inn i enhetens forbedringsarbeid?

Ansatte og ledere opplevde at selve refleksjonsprosessen var viktigere enn at de nødvendigvis kom frem til konkrete forbedringsideer. Spesielt når det gjaldt å lære av suksesser var det vanskelig å se hvordan dette kunne utarte i en forbedringsidé. Det interessante var at selv om de opplevde en mangel på konkrete forbedringsideer, var det tydelig at den daglige refleksjonen bidro til lokalt forbedringsarbeid.

Å eksplisitt sette fokus på det som går bra samt daglige utfordringer i arbeidet, gir et rikere bilde av WAD. Disse innsiktene i daglige tilpasninger gir et godt grunnlag for lokalt forbedringsarbeid (E. Hollnagel et al., 2019).

Organisatorisk læring kan sees som en kontinuerlig syklus av handling og refleksjon (Sujan, 2015). Et konkret eksempel på en forbedringsidé var det å være to sammen i konsultasjoner. De ansatte erfarte at det å være to ga mange fordeler, og ønsket derfor å styrke det. De hadde også opplevd at det kunne være utfordrende å være alene, samt opplevd uønskede hendelser på utagering når de var alene. Her har vi hele spekteret; de lærte av det som gikk bra (å være to) og av de uønskede hendelsene (opplevelse av usikkerhet, nesten- uhell og uønskede hendelser).

Selv om ansatte og ledere helt klart hadde gevinst av verktøyet inn i eget forbedringsarbeid, ga flere uttrykk for at verktøyet ikke ble brukt til sitt fulle potensiale. Permene ble liggende ubrukt, og refleksjonsnotatene ble ikke systematisert. Hollnagel (2019) fokuserer på å se etter trender og mønstre i egne arbeidsprosesser fremfor kun å fokusere på øyeblikksbilder. Ved å jobbe systematisk med refleksjonsmaterialet og forbedringsideer kan blikket løftes så man ser de større linjene. I stedet for å fokusere på enkelthendelser, bør flere hendelser for et område sees under ett for å se mønstre i latente feil i organisasjonen. Ifølge Reason (1997) må vi lære av tidligere hendelser og overføre denne kunnskapen til økt resiliens.

Ved Enhet 2 gjorde fagsykepleier en viktig innsats ved å lage månedlige oversikter over enhetens uønskede hendelser. Dette skulle egentlig legges frem for de ansatte på avdelingsmøter, men på grunn av pandemien hadde det blitt få møter. Oversiktene ble ikke benyttet konkret inn i forbedringsarbeid basert på fremtredende mønstre.

Tradisjonelt har uformelle læringsprosesser ikke vært en del av organisasjonens fokus innen organisatorisk læring, og har derfor ikke blitt støttet eksplisitt. Forskning viser at



hvis uformelle prosesser støttes, har det positiv effekt på ansattes engasjement for å lære (Carroll & Edmondson, 2002). Det kan være interessant å diskutere hvorvidt GK2 er en formell eller uformell læringsprosess. Å reflektere med kollegaer er i utgangspunktet en uformell prosess, men satt i system havner den kanskje i kategorien for formell læring. Det vil være av betydning hvorvidt bruk av verktøyet er formalisert i virksomhetens systemer, og støttet av øverste ledelse. Her opplevde lederne ulik grad av formalisering. Å bli oppmuntret til å møte opp hvis man har mulighet, kontra å få beskjed om at det forventes viser en ulik grad av formalisering. Det samme kan sies om virksomhetens føringer for bruk; dere kan bruke det hvis dere vil, eller dette *skal* dere bruke. Carrol og Edmondson (2002) understreker at det ikke er noe fasitsvar for hvordan man kan fremme organisatorisk læring, men at ledelsen støtter lokal læring er essensielt. Standardene for helsefremmende prosesser i sykehus definerer to kritiske punkter for implementering; støtte i hele organisasjonen og eierskap til prosessen (Groene, 2006). Whitehead (2001) beskriver viktigheten av at helsefremmende aktiviteter er integrert i organisasjonen. Man har større sjanse for å lykkes hvis tiltakene er overgripende og omfatter alle ansatte. Selv om GK2 bare er en liten av evt. mange helsefremmende tilnærminger, kan det tenkes at den totale helsefremmende gevinsten hadde vært større hvis verktøyet var implementert i hele organisasjonen.

### 5.3.1 Ansattes opplevelse av medvirkning

GK2 som metode gir en unik mulighet for medvirkning inn i forbedringsarbeid. Refleksjon kan bidra til større bevissthet rundt aktuelle utfordringer, og gi mer direkte feedback og eierskap til løsninger og forbedringer (Sujan, 2015). § 7d i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) fastslår at virksomhetens medarbeidere skal medvirke slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Det er de ansatte som kjenner driften best, og det er derfor kritisk at de involveres aktivt.

GK2 som metode har potensial for å skape eierskap til læringsprosesser hos ansatte, og de bør selv være ansvarlige for å lede mulige forbedringstiltak. En slik delegering av ansvar fordrer at de mottar nødvendige ressurser og støtte fra ledelsen (Sujan, Huang, et al., 2017). Helsefremmende sykehus har som mål å sikre medvirkning fra ansatte i bestemmelser som påvirker deres arbeid og arbeidsmiljø (International HPH Network, 2020). Læringen bør ligge nært til de det gjelder, men forankring hos ledelsen er viktig.

Innen helsefremmende arbeid fokuseres det på bottum- up tilnærminger med stor grad av medvirkning. Læring er ofte top- down styrt, og inkluderer i liten grad ansatte og pasienters erfaringer. Inkludering og deltakelse er både tid- og kostnadskrevende, men gir mer effektiv læring (Dane et al., 2010).

De ansatte opplevde stor grad av medvirkning inn i det daglige, lokale forbedringsarbeidet. Når det gjaldt sykehusenes overordnede mål og prioriteringer i forhold til pasientsikkerhet opplevde de imidlertid liten grad av medbestemmelse.

Ledelsen opplevde også et stort påtrykk fra myndighetene i forhold til hvilke pasientsikkerhetsområder som måtte prioriteres.

Senge (1999) understreker viktigheten av at man har felles mål og visjon for arbeidet. En lederbestemt visjon fremmer ikke deltakelse og innsatsvilje. Blant lederne var det en nullvisjon for uønskede hendelser. Alle ansatte uttrykte klare mål og ønsker om best mulig pasientsikkerhet, men anså en nullvisjon som umulig. Ifølge Senge (1999) må den felles visjonen samsvare med medarbeidernes personlige visjoner for å skape et ønske om læring. WHO (2021) er tydelig på å skille mellom visjon og mål. En nullvisjon handler om et mindset, mens målet for pasientsikkerhet beskrives slik:

*«...to achieve the maximum possible reduction in unavoidable harm due to unsafe health care globally». (WHO, 2021, p. 8)*

En tydeliggjøring av forskjellen på mål og visjon kunne kanskje gitt ansatte en større forståelse for tanken bak en nullvisjon. Ved årets Pasientsikkerhetskonferanse (2021a) ble det problematisert hvorvidt en nullvisjon kan føre til at ansatte skjuler egne feil. Det var bred enighet om at en slik visjon avhenger av høy psykologisk trygghet i organisasjonen.

### 5.3.2 Å lære på tvers

Ifølge Carrol og Edmondson (2002) er det meste av læringen som foregår i organisasjoner lokal. Individuer og grupper tilstreber å perfektionere egne arbeidsmetoder i møte med daglige utfordringer. Forskingen anerkjenner at lokal kunnskap er vanskelig å sette ord på, er tett knyttet til detaljene i arbeidet og vanskelig å overføre.

Kvalitetsleder fokuserte på at de nå nedsatte en gruppe internt i organisasjonen som skulle utarbeide læringsnotater basert på innmeldte avvik. Med tanke på tidligere erfaringer fra Meldeordningen er det essensielt at dette blir distribuert på en slik måte at det faktisk blir nyttiggjort av de ansatte. Å spre kunnskap i organisasjonen var noe av det vanskeligste kvalitetsleder ved Enhet 1 gjorde. Kanskje kan GK2 også brukes som et fora hvor leder kan formidle organisasjonens læringsnotater?

Hollnagel legger ikke føringer for spredning av lokale forbedringsideer gjennom verktøyet GK2. Hensikten er ikke å samle data for andre, men å benytte det til eget bruk på operativt nivå (E. Hollnagel, 2019). Brudvik og Lindahl (2013) understreket i sitt notat fra Kunnskapssenteret at læring må skje lokalt. Tidligere læringsnotater fra Meldeordningen var kun ment å bidra til fokus på systemperspektiv, og peke på mulige tiltak. Dette samsvarer med Hollnagels (2019) tanker om bruk av GK2, og hva enhetene faktisk gjør i praksis. GK2 benyttes til lokal læring, men det er et stort forbedringspotensial i forhold til å løfte fokuset til et systemperspektiv. Hollnagel (2019) beskriver silotenkning mellom avdelingene som barrierer for kollektiv læring. Dette fører til at effektive arbeidsmetoder som fremmer pasientsikkerhet ikke blir delt på tvers. Dette fokuset er i større grad til stede straks det er snakk om å lære av større uønskede hendelser.

Ifølge Carroll og Edmondson (2002) er evnen til å samarbeide på tvers av grenser den viktigste egenskapen for forbedringsarbeid. Mange har negative erfaringer fra tidligere samarbeid, noe som kan minske tilliten og villigheten til å samarbeide med andre. Braithwaite et al. (2019) beskriver hvordan tillit mellom ulike grupper kan fremmes ved å jobbe mot personlige forhold og å få kjennskap til andres mål. Et mulig tiltak for å fremme tillit mellom ulike grupper og avdelinger er å hospitere hos hverandre. Dette var noe som ble trukket frem som et ønske under intervjuene. Ved å endre etablerte sosiale strukturer i organisasjonen kan man skape tillitt på tvers av grenser, og åpne for økt læring på tvers.

I den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019) er et sentralt mål å etablere og styrke arenaer for deling av kunnskap og erfaring. Wien-deklarasjonen fastslår også sykehusenes ansvar for å lære av erfaring, samt å dele disse erfaringene med andre (WHO, 1997).

Kvalitetsleder ga uttrykk for at GK2 og det generelle positive fokuset hadde hatt stor betydning for samarbeidsklimaet mot andre avdelinger. Hun opplevde at det var forskjell på tonen mellom enhetene etter innføring av GK2. Hvis det å fokusere på det positive hos egne kollegaer faller naturlig inn også i samarbeid med andre, kan det underbygge viktigheten av å forankre verktøyet i hele organisasjonen.

Carroll og Edmondson (2002) sier at organisasjoner lærer best ved å skape muligheter for informasjonsflyt. Gjennom intervjuene kom det frem at fora for deling av kunnskap er mange for ledere, men få for ansatte. Et stort ansvar hviler derfor på lederne med tanke på å dele kunnskap fra egen enhet til andre, samt videreformidle mottatt kunnskap i en form som er mulig å oversette til handling. Lederne beskrev seg som et bindeledd mellom øvrige ledelse i organisasjonen og de ansatte, gjennom å bevege seg opp og ned i hierarkiet. Senge (1999) fokuserer på sammenhengen mellom personlig og organisasjonsmessig læring, og her ser man betydningen av at dette går begge veier; ansatte formidler personlig læring til leder under GK2, og leder videreformidler kunnskap fra organisasjonen til den ansatte. Ansatte mente at den manglende systematikken i forbedringsarbeidet delvis kunne skyldes leders fravær under GK2. Gjennom avvikssystemet ble informasjon løftet fra ansatte til ledelsen, men utenom dette var det få strukturer som sikret informasjonsflyt fra GK2 og videre i organisasjonen (Garvin et al., 2008).

## **5.4 Hvordan kan GK2 bidra til en reorientering av helsetjenesten?**

Ifølge Ottowacharteret (1986) hviler ansvaret for helsefremmende arbeid i helsevesenet på alle ledd, fra øverste myndighet, til de som er i direkte kontakt med pasienten. En reorientering av helsetjenesten innebærer at ansvar for helsefremming er delt mellom individer, samfunnet, ansatte, helseinstitusjoner og myndigheter. Alle må samarbeide mot en helsefremmende helsetjeneste.

Ifølge Haugan og Eriksson (2021b) er reorientering av helsetjenesten det fokusområdet man har oppnådd minst fremgang på siden Ottawa- charteret ble skrevet.

Læring skjer i en sosial og politisk kontekst som vil forme hvordan organisasjonen utformer arbeidet med pasientsikkerhet, og hvilke metoder og data som blir favorisert (Sujan, Huang, et al., 2017). WHO er førende innen pasientsikkerhet, og fremmer nødvendigheten av et systemperspektiv. De har allikevel hovedfokus på hvordan man kan risikovurdere ved å identifisere og rapportere feil og mulige risiko på arbeidsplassen. Risikoanalyse slik den er utformet og tatt i bruk i dagens helsevesen, har dype røtter i safety 1 tenkning (M. A. Sujan, D. Furniss, J. Anderson, J. Braithwaite, & E. Hollnagel, 2019). I WHO's (2021) nye globale handlingsplan for pasientsikkerhet nevnes safety 2 kort, og det sies at begge tilnærmingene er nødvendige for å oppnå transformative endringer i pasientsikkerhetsarbeidet. Det understrekes at det skal være mulig å lære både av uønskede hendelser og positive «avvik». Dette fokuset er imidlertid ganske fraværende når de konkrete strategiene legges frem. Hovedfokus er fortsatt på å samle inn data, analysere og lære av uønskede hendelser.

Senge (1999) beskriver at et grunnleggende trekk ved komplekse organisasjoner er at årsak og virkning ofte ligger langt fra hverandre i tid. En antakelse av det motsatte kan bidra til at man søker etter årsaker til uønskede hendelser på feil sted. Frem til nylig har fokus vært på andelen av human error, noe som er problematisk fordi tallene for involvering i nesten- hendelser og ikke- hendelser er fraværende. Øvergård (2015) understreker at dette gjør det umulig å se direkte årsakssammenhenger mellom human error og uønskede hendelser i komplekse organisasjoner. Det er et stort behov for mer forskning på hva som styrker systemenes evne til suksess under krevende forhold (Øvergård, 2015). Systemtenkning bidrar til en innsikt i at de mest opplagte og enkle tiltakene ofte er uten effekt (Senge, 1999). Dette samsvarer med Argyris og Schöns teorier om enkeltkretslæring. Vi har behov for verktøy som fremmer refleksjon over egen praksis og bidrar til dobbelkretslæring (Argyris, 2003).

En reorientering av helsetjenesten bør også føre til endringer i utdanning for helsepersonell (Haugan & Eriksson, 2021b). Kunnskap om safety 2 og hvordan lære av det som går bra må inn i læreplanene, og balanserer mot det allerede eksisterende fokuset på safety 1. I utdanningen er det ingen som forbereder helsepersonell på gapet mellom forventningen om perfeksjonisme og menneskelig feilbarlighet. Man er derfor helt uforberedt på konsekvensene av å være involvert i en uønsket hendelse (Scott et al.,

2009). Sachs et al. (2013) beskriver et ønske fra involvert helsepersonell om at dette burde inngå som pensum, og kontinueres som jevnlig undervisning på arbeidsplassen. Et ensidig fokus på patogenese må komplementeres med kunnskap om salutogene faktorer og prosesser (Haugan & Rannestad, 2016).

Med hovedfokus på avvikssystemer og risikovurderinger, og verktøy som GTT og hendelsesanalyser, har myndighetene lagt føringer for et pasientsikkerhetsarbeid som hovedsakelig er reaktivt. Et viktig paradoks er at alle risikovurderinger er basert på hvordan man tror arbeidet utføres, WAD, og ikke slik det faktisk gjøres i praksis, WAI. Med manglende åpenhet rundt hva man faktisk gjør i arbeidet, blir selve grunnlaget for risikovurderingene mangelfullt (E. Hollnagel et al., 2019). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) fastslår at de ansatte kan bidra med verdifull innsikt om risiko, og at deres erfaringer systematisk må etterspørres og brukes. Gjennom å belyse hva ansatte faktisk gjør, vil risikovurderingene få et helt annet utgangspunkt enn hvis man går ut ifra hva man *tror* ansatte gjør.

Arbeidet er ofte drevet av eksterne mål fra myndighetene om å redusere spesifikke uønskede hendelser som urinveisinfeksjon, fall og liggesår (E. Hollnagel et al., 2019). Ekspertes på kvalitet og risiko utvikler verktøy og planer sentralt som skal implementeres lokalt. Dette er en tilnærming som ikke samsvarer med sentrale aspekter innen helsefremmende arbeid. Med fokus på dialogiske virkemidler ønsker man at de lokale skal ha eierskap i hele forbedringsprosessen; fra identifisering av problemer til å finne løsninger. Ved å støtte slike uformelle lokale prosesser mener Branstad (2003) at man fremmer demokratisering og maktutjevning i det helsefremmende arbeidet. Utfordringen er hvordan disse lokalt eide prosessene rundt utfordringer i eget arbeid kan løftes og integreres med tilgjengelig kunnskap om risiko på systemnivå (Sujan, 2015). Ved å gjennomføre månedlige oppsummeringer fra GK2 kan gjentakende mønstre løftes opp til vurdering på systemnivå.

Fra sentrale føringer gjøres det spede forsøk på å flette inn kunnskap om safety 2. I Helsedirektoratets håndbok for hendelsesanalyse har det etter revisjon i 2019 kommet inn noe teori om safety 1 og safety 2. De sier at analysemetoder fra begge perspektiver er nødvendige innen pasientsikkerhetsarbeidet, og henviser til 3 bøker av Hollnagel for de som er interessert i disse metodene.

Verktøyet *Snakk om forbedring* setter fokus på at man må lære av både det som går bra og det som går dårlig. I lovverk og forskrifter er dette fokuset foreløpig helt fraværende. I *Snakk om forbedring* er det satt inn følgende avsnitt under kontinuerlig læring:

*«Like viktig som å lære av uønskede hendelser er det å legge til rette for at man får innsikt i det som går bra – det som bidrar til trygge og sikre tjenester. Å løfte frem suksesshistorier og å lære av det som går bra, er sentralt for å oppnå dette».*

Dette verktøyet er hentet fra IHI, og i deres presentasjon av verktøyet legges det i enda større grad vekt på å lære av det som går bra (Frankel A. & Lenoci-Edwards J. A., 2017).

I årets pasientsikkerhetskonferanse ble det fra sentrale aktører som Helsedirektoratet, Helsetilsynet og SHARE-senteret (Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten) lagt vekt på behovet for å lære av det som går bra. En representant fra Helsetilsynet sa følgende: *«Å gjøre mer av det samme vil ikke føre oss til målet»* (Helsedirektoratet, 2021a).

Ved å skape resiliente systemer skal det bli vanskeligere å gjøre feil. Systemresiliens fordrer imidlertid involvering og rom for refleksjon. Et nytt verktøy for å lære av suksesser, RÅBRA, ble introdusert, og Hollnagels verktøy RPET ble ikke nevnt (Helsedirektoratet, 2021a). Ledere ved Enhetene ga under intervjuene uttrykk for at de var skuffet over manglende oppfølging fra Helsedirektoratet i forhold til bruk av GK2. WHO (2021) beskriver at sykehusene har et eget ansvar for å gi informasjon og tilbakemelding til myndighetene om forhold av betydning for pasientsikkerhet. Kanskje burde Enhetene formidlet sin opplevelse både om bruk og oppfølging av verktøyet til Helsedirektoratet.

Hoffman beskriver at et todelt fokus på både positive og negative faktorer i arbeidsmiljøet er nødvendig for en bærekraftig utvikling i organisasjonen (Hoffmann, Jenny, & Bauer, 2013). Dette er også Hollnagels tanke; vi skal ikke forkaste verktøy og tilnærminger fra myndighetene basert på safety- 1 perspektivet, men komplementere dette med perspektiver fra safety- 2. Istedenfor å spørre hva risikoen er for at en ansatt

gjør noe galt, bør en spørre hva sannsynligheten er for at det gjøres et kompromiss mellom effektivitet og grundighet (E. Hollnagel, 2009).

Det er nødvendig med en multimodal tilnærming til organisatorisk læring for å oppnå gode resultater. Kun å fokusere på refleksjon, eller et ensidig fokus på endret lederatferd vil ikke alene kunne fremme læring; alle byggeklossene for organisatorisk læring må på plass (Garvin et al., 2008). Ledelsen må ha fokus på både styrker og svakheter i egen organisasjon, noe som understreker behovet for læringsprosesser tilknyttet både safety og safety 2. Løsningen er å skape rom for å forstå og kontrollere arbeidet, slik at variasjonene av WAD holdes innenfor akseptable grenser (E. Hollnagel, 2017a).

Flere vektlegger at sykehus først må bli en helsefremmende organisasjon innen egne vegger, før det vender blikket ut mot lokalsamfunnet (Whitehead, 2004). Leape et al. (2009) beskriver helsevesenet som hierarkiske institusjoner som forhindrer samarbeid og gjennomsiktighet (Laurent et al., 2014). Som en stor arbeidsgiver med mange ansatte, kan sykehus påvirke lokalsamfunnet ved å integrere helsefremmende strategier for både pasienter og ansatte (Russell et al., 2015; WHO, 1997). Ansatte bruker mye tid på arbeid, noe som betyr at determinanter i arbeidsmiljøet ikke bare vil påvirke individet, men også deres familie og i utstrakt forstand lokalsamfunnet (Jenny, Bauer, Vinje, Vogt, & Torp, 2017). Det er tenkelig, basert på de ansattes positive opplevelser av GK2, at full implementering i organisasjonen kan skape positive ringvirkninger også utover egen organisasjon.



## 6 Konklusjon

Pasientsikkerhet bør tilstrebes gjennom proaktive resiliente prosesser heller enn reaktive barrierer og forsvar. Det virker lite sannsynlig at å gjøre mer av det samme vil bedre pasientsikkerheten. Dette underbygger behovet for å støtte opp under daglig læring; ledelsen må fasilitere åpne og trygge fora for å snakke sammen (Seys et al., 2013; Sujana, Huang, et al., 2017).

Fra å ha et ensidig safety 1 fokus, ser man at myndighetene nå gjør forsøk på å implementere safety 2 i pasientsikkerhetsverktøy. GK2 som verktøy favner begge perspektiver under samme paraply, og kan gi helsefremmende gevinster både for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Leder har en sentral rolle for å integrere kontinuerlig læring i daglig drift, og løfte aktuelle suksesser eller utfordringer til systemnivå gjennom de informasjonskanaler som finnes. Ansatte understreket verdien av en tildstedeværende leder under GK, og en lederatferd som fremmet åpenhet og psykologisk trygghet.

Gjennom intervjuene satte ansatte fokus på flere gevinster for arbeidsmiljøet: Økt opplevelse av anerkjennelse, økt sosial samhörighet, økt psykologisk trygghet og fremming av en åpenhetskultur. Lederne vektla følgende gevinster: Debrief- funksjon, temperaturmåling i avdelingen, kalibrering av praksis, bedre samarbeidsklima og økt meldekultur.

Ansatte opplevde at de ofte måtte gjøre tilpasninger på grunn av uventede hendelser, og lederne hadde stor tiltro til at GK2 styrket ansattes indre kompass. Verktøyet ga lederne nær kjennskap til ansattes arbeidsdag, og brakte WAI og WAD nærmere hverandre.

Ansatte og ledere opplevde læring gjennom selve refleksjonsprosessen, men kom ikke med noen konkrete forbedringsideer. Allikevel kunne de vise til flere eksempler hvor daglig refleksjon bidro til lokalt forbedringsarbeid. Verktøyet har imidlertid et mye større potensiale for å brukes til systematisk forbedringsarbeid enn det gjøres i dag. Både ansatte og ledere opplevde verktøyet som så givende at de ønsket å bruke det videre til tross for mangel på konkrete forbedringsideer.

Gjennom GK2 dekket man det mange opplevde som manglende i avvikssystemet; konkrete tilbakemeldinger der og da i forhold til hendelsen, samt kollektiv informasjon og bevisstgjøring. Verktøyet bidro til gratis læring ved å fremme en mester- svenn funksjon, en særlig gevinst for nyansatte som lettere ble opplært i avdelingens kultur.

Det gjøres mye godt arbeid sentralt i organisasjonene for å øke ansattes kompetanse i forbedringsarbeid. Til tross for dette opplevde mange ansatte at mulighetene for kompetanseøkning i forbedringsarbeid var få. Det var et klart gap mellom det kvalitetsledere la frem av muligheter, og det ansatte opplevde av muligheter.

Sammenhengen mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø er anerkjent, og GK2s fokus på å lære av og styrke det som fungerer bra er et nytt perspektiv som kanskje kan bringe oss nærmere en mer helsefremmende helsetjeneste for både ansatte og pasienter. Sykehus er store institusjoner i samfunnet, hvor mange innbyggere involveres enten som pasienter eller ansatte. Hvis GK2 implementeres i alle enheter ved en helseinstitusjon er det nærliggende å tro at gevinster i forhold til både pasientsikkerhet og arbeidsmiljø kan gi helsefremmende ringvirkninger også i lokalsamfunnet. Hvilke verktøy man velger å bruke i pasientsikkerhetsarbeidet er ikke avgjørende, men forskningen viser mange og betydningsfulle gevinster av å lære av alt som skjer; både suksesser, uønskede hendelser og alt midt imellom.

# Vedlegg

Vedlegg 1: RPET

Vedlegg 2: Grønt Kors

Vedlegg 3: Grønt Kors 2

Vedlegg 4: Temaer og koder fra analyseprosessen

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 6: Intervjuguider

Vedlegg 7: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 1: RPET (E. Hollnagel, 2019)

30 31 [ ] [ ] [ ] [ ] 1

2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14 15

16 17 18 19 20 21 22

23 24 25 26 27 28 29

- Vad har vi gjort idag för att arbetet ska flyta på?
- Blev dagen som vi tänkte när vi gick på vårt pass?
- Vad var det som gjorde att det blev som det blev? Varför?
- Har det varit någon situation som inte löstes så bra, en avvikelse eller värdskada? Vad hände? Vad var det som gjorde att vi upptäckte..?
- Månadens fokusområde..... Hur har vi lyckats med ..... idag? Hur/vad har vi gjort?

**Markera dagen med en färg:**





- Ingen samling, ingen reflektion, (ingen färg)
- Vi samlades men det fanns inget att reflektera runt (blå)
- En reflektion runt något, ett lärande (grön)
- En situation som inte löstes så bra, en avvikelse, en värdskada (röd), tillsammans med ett lärande (röd, grön)

## Vedlegg 2: Grønt Kors (anonymisert av personvern hensyn)

# Det Grønne Korset

		1	2	3		
		4	5	6		
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
		28	29	30		
		31				

### Alvorlighetsvurdering

-  Rød: Alvorlig pasientskade inntruffet / Betydelig skade
-  Orange: Pasientskade inntruffet / Hendelse med konsekvens
-  Gul: Risiko for pasientskade / Nesten hendelse
-  Grønn: Ingen uønsket hendelse / Ingen risiko

### Når pasientskade oppstår:

1. Rask medisinsk behandling
2. Sett umiddelbart i verk tiltak for å unngå at hendelsen oppstår igjen
3. Informer om pasientskade
4. Lytt til pasienten og be om unnskyldning
5. Informer om pasientens rettigheter
6. Gi pasienten mulighet til å medvirke i sikkerhets- og kvalitetsarbeid
7. Dokumenter i journal
8. Skriv avviksmelding
9. Jobb kontinuerlig med å forbedre pasientsikkerheten

Vedlegg 3: Grønt Kors 2 (anonymisert av personvern hensyn)

<p>1) Hva var vi særlig godt fornøyd med i dag?</p> <p>2) Ble dagen som vi hadde forventet? Hvis ikke; hvorfor forløp den annerledes?</p> <p>3) Var det situasjoner som ikke ble løst så bra? Hva skjedde, hvordan ble det oppdaget og hvordan løste vi det?</p> <p>4) Har vi opplevd uønsket hendelse eller episoder med fare for pasientsikkerheten i</p>		<b>Betydelig skade eller død</b>			
		Hendelser med konsekvens			
		Nestenuhell eller risiko			
		Ingen uønsket hendelse. Dialogmøte gjennomført			
		Dialogmøte Grønt Kors ikke gjennomført			
		1	2		
		3	4		
		5	6		
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
		25	26		
		27	28		
		29	30		
		31			

GRØNT  
KORS 2

## Vedlegg 4: Tema og koder fra analyseprosessen

Tema	Koder
<p><b>Praktisk bruk av GK2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solgt inn fra oven</li> <li>▪ Ikke noe hokus pokus</li> <li>▪ Oppmøte og profesjonsutfordringer               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle profesjoner velkommen</li> <li>○ Leger opplever det vanskelig og unaturlig</li> <li>○ Mild grad av tvang</li> <li>○ Tidligere negative erfaringer</li> <li>○ Faste som ikke møter</li> <li>○ Varierende oppmøte</li> </ul> </li> <li>▪ Hierarki eller flat struktur               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Åpen runde kontra nevnt med navn</li> <li>○ Ikke alle sier noe</li> <li>○ Førstemann til mølla</li> <li>○ Nærmest pennen</li> <li>○ Betydning av leders nærvær</li> </ul> </li> <li>▪ Farger med mening               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De ansatte bestemmer</li> <li>○ Gult handler om overveldelse</li> </ul> </li> <li>▪ En integrert del av arbeidsdagen               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tidspunkt til besvær</li> <li>○ GK2 i timeboka</li> <li>○ Barrierer: høyt trykk, rapport, få pc-er, lite rom.</li> <li>○ Tidkrevende</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Engasjerte ledere</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lederen som gjeter</li> <li>▪ Mor med tenåringsbarn</li> <li>▪ Fort ferdig uten leder til stede</li> <li>▪ Viktige allierte</li> <li>▪ Medarbeidersamtalen som verktøy</li> <li>▪ Å fremme en åpenhetskultur</li> <li>▪ Tilstedeværelse</li> </ul>
<p><b>Opplevde fordeler og utfordringer ved refleksjon</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sosial samhørighet               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å lukke dagen</li> <li>○ Litt gøy på slutten av dagen</li> </ul> </li> <li>▪ Innblikk i andres jobb</li> <li>▪ Psykologisk trygghet</li> <li>▪ Mester-svenn               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle lærer likt</li> <li>○ Gratis læring</li> </ul> </li> <li>▪ Risikostyring av daglig drift</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kalibrering av praksis</li> <li>○ Temperaturmåling</li> <li>○ Vindu fra leder til ansatte</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Økt meldekultur</li> <li>▪ Påfallende stabilitet hos ansatte</li> <li>▪ Mister noe hvis vi stopper</li> <li>▪ Kulturlæring</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Et øyeblikksbilde</li> <li>▪ Manglende oppfølging</li> <li>▪ Ikke selvgående</li> <li>▪ Begrenset gøy i dagens form</li> </ul>
<p><b>Å lære av det som går bra</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kraften i det positive <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å starte med noe positivt</li> <li>○ Å være insisterende positiv</li> </ul> </li> <li>▪ Bedre samarbeidsklime</li> <li>▪ Solskinshistorier fra en tung pasientgruppe</li> <li>▪ Et løft av arbeidsmiljøet</li> <li>▪ Idéskapning</li> <li>▪ Smøring av maskineriet</li> <li>▪ Skryt av kollegaer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å by på seg selv</li> <li>○ Å bli verdsatt</li> <li>○ Kultur for å si noe pent</li> </ul> </li> <li>▪ Kontroversielt og på kanten ift. safety-1</li> <li>▪ Provoserende i en overveldende hverdag</li> <li>▪ Vanskelig og naturstridig</li> </ul>
<p><b>Å lære av uønskede hendelser</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Debriefing <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Når det koker i hodet</li> <li>○ Man er ikke alene</li> <li>○ Å få satt ord på ting</li> <li>○ Legge ting fra seg</li> <li>○ Gode råd</li> <li>○ Støtte</li> </ul> </li> <li>▪ Vanskelig fargelegging</li> <li>▪ Den brå læringen</li> <li>▪ Åpen for nye løsninger</li> <li>▪ Opplevs trygt <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menneskelig å feile</li> <li>○ Ikke straffe</li> <li>○ Å bli tatt på alvor</li> </ul> </li> <li>▪ Smitteeffekt på meldekultur</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lærer mest av avvik <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lettere å angripe</li> <li>○ Tar størst plass under refleksjon</li> </ul> </li> <li>▪ Manglende systematikk og tilbakemeldinger</li> </ul>
<b>Tilpasninger i en uforutsigbar hverdag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilstrekkelighet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å presse seg selv</li> <li>○ Utilfredsstillende å gjøre en dårlig jobb</li> <li>○ Får aldri gjort nok</li> <li>○ Utsetter lunsj og dobesøk</li> </ul> </li> <li>▪ Gode indre kompass <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å slurve med stil</li> <li>○ Å stole for mye på hverandre</li> <li>○ De erfarnes snarveier</li> </ul> </li> <li>▪ Strukturelle begrensninger <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Koding og administrativt visvas</li> <li>○ Svingninger i drift</li> </ul> </li> <li>▪ Nødvendig antall prosedyrer</li> </ul>
<b>GK2 og forbedringsarbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prosess fremfor resultat <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implisitt kilde til læring</li> <li>○ Sjeldne forbedringsideer</li> <li>○ Permfyll</li> <li>○ Å gå inn i egen struktur</li> </ul> </li> <li>▪ Eierskap og medvirkning <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ulik opplevelse av tilbud</li> <li>○ Leder som rakettskjold</li> </ul> </li> <li>▪ Krevende implementering <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Turnover</li> <li>○ Tidkrevende</li> </ul> </li> </ul>
<b>Reorientering av helsetjenesten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hovedfokus på safety-1</li> <li>▪ Feil ressursbruk</li> <li>▪ Manglende oppfølging av GK2 fra myndighetene</li> </ul>
<b>Å dele kunnskap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permen er vår</li> <li>▪ Vi er relativt avstengt</li> <li>▪ Ønske om hospitering</li> <li>▪ Økt deling på ledernivå</li> </ul>

## Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

### **-Helsevesenet som lærende organisasjon: hvordan lære av både feil og suksesser-**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsepersonells opplevelse av det å lære av å både feil og suksesser, samt hvordan ledelsen kan fremme organisatorisk læring. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en masteroppgave innen studiet helsefremmende arbeid ved USN. Teamet for masteroppgaven er pasientsikkerhet. Det finnes ulike tilnærminger til læring innen helsevesenet, og det vanligste har så langt vært å lære av uønskede hendelser. Sommeren 2019 startet flere avdelinger ved ulike helseinstitusjoner i Norge opp med en pilotstudie basert på et nyutviklet verktøy; RPET (*The Resilience Performance Enhancement Toolkit*). Hensikten med dette verktøyet er å reflektere over hva som går bra, og hvordan man kan lære av dette. Flere avdelinger benyttet allerede pasientsikkerhetsverktøyet *Det grønne korset* for å lære av uønskede hendelser, og valgte derfor å samkjøre disse to verktøyene.

Formålet med min masteroppgave er å undersøke hvordan helsepersonell opplever det å lære fra både det som går bra og det som ikke går bra. Jeg vil også undersøke hvordan nærmeste leder, samt kvalitetsleder legger til rette for å fremme organisatorisk læring.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

USN er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg vil gjøre intervjuer ved en avdeling ved 2 ulike helseinstitusjoner som har erfaring med bruk av aktuelle verktøy. Jeg ønsker å intervju 2 helsepersonell som jobber til daglig i avdelingen, avdelingsleder ved samme avdeling, samt den som er øverst ansvarlig for pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten. Noen steder vil dette være en

egen kvalitetsleder, andre steder vil virksomhetsleder ha denne rollen. Det er ønskelig at intervjuobjektene har jobbet minst 3 år i helsevesenet. Min kontaktperson i avdelingen informerer aktuelt helsepersonell på arbeidsplassen, og spør om noen kan tenke seg å bidra med sine erfaringer i et dybdeintervju.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

På grunn av covid-19 ønsker jeg å intervju deg via en nettbasert løsning. Intervjuet vil vare i ca. 45 minutter. Vi blir enige om et tidspunkt som passer for deg. Intervjuet blir tatt opp, og senere transkribert.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun undertegnede vil ha tilgang til personopplysninger. Ved veiledning og til bruk i oppgaven blir alle opplysninger anonymisert.

I publikasjonen vil alle opplysninger om valgt institusjon og avdeling blir anonymisert, slik at deltakere ikke kan gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene slettes når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er september-21.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra USN har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Ranveig Elvegård, masterstudent USN. Mail: [ranjorgen@gmail.com](mailto:ranjorgen@gmail.com). Mob: 92425164

Veileder Anne Inga Hilsen, førsteamanuensis ved USN. Mail: [Anne.Hilsen@usn.no](mailto:Anne.Hilsen@usn.no). Tlf: [31 00 97 99](tel:31009799) / [926 62 169](tel:92662169)

Vårt personvernombud: Per Are Solberg. Mail: [personvernombud@usn.no](mailto:personvernombud@usn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide helsepersonell

### **RPET- læring av det som går bra**

#### *Praktisk gjennomføring*

- Hvor ofte har dere refleksjoner? Opplever du dette som for ofte/passende/for sjelden?
  - Hvem deltar på refleksjonene? Er det obligatorisk for alle som jobber i avdelingen?
  - Hvem leder refleksjonen?
  - Hvordan og av hvem dokumenteres det som blir sagt under refleksjonen?
  - Har du fått noen form for undervisning om bakgrunnen for metoden RPET?
    - Føler du at du har den kompetansen som trengs for å ha full nytte av verktøyet?
  - Finnes det noen formelle prosedyrer i virksomheten for hvordan man kan lære av det som går bra?
- **Hva er din opplevelse av å lære av det som går bra?**
    - Hva opplever du som positivt ved å lære av det som går bra?
    - Hva opplever du som utfordrende ved å lære av det som går bra?
    - Etter å ha benyttet dette verktøyet en stund, kan du se noen mønster eller fellestrekk ved de erfaringene hvor ting fungerte bra?
    - Har du noen forslag til hvordan dette verktøyet kunne fungert enda bedre?
  - **Hvordan foregår læringsprosessen fra forbedringsideen blir lansert til den er implementert i avdelingen?**

#### *Lokal læring*

- Hvem har ansvar for praktisk gjennomføring av implementeringen?
- I hvilken grad opplever du at forbedringsideene faktisk blir implementert i avdelingen? Eksempel på dette?
- Hvordan kan man sikre at alle i avdelingen lærer av forbedringsideene?

## *Læring på tvers*

- Hvis en erfaring rundt noe som gikk bra innebærer samhandling med annen avdeling; hvordan blir dette gjort?
  - Hvordan blir lokale forbedringsideer spredt for å fremme læring ellers i virksomheten? Hvem har ansvar for dette?
  - Hvordan tenker **du** at forbedringsidéer enklest mulig kan spres i virksomheten?
- 
- **I hvilken grad opplever du at bruk av RPET har hatt betydning for arbeidsmiljøet?**
    - Hvordan vil du beskrive klimaet under refleksjonen?
    - I hvilken grad opplever du at alle erfaringer blir verdsatt like mye, uavhengig av yrkesgruppe / stilling/ posisjon?
    - Hvordan oppleves det å dele erfaringer om det som går bra i forhold til å dele erfaringer om uønskede hendelser?
    - Får du positiv feedback når du deler erfaringer om det som går bra? I hvilken grad påvirker det din opplevelse av å bli verdsatt i jobben?

## **Det grønne korset**

### *Praktisk gjennomføring*

- Hvem er ansvarlig for å melde avvikene som tas opp under refleksjon?
  - Hvilke signaler gis fra ledelsen om hva som skal meldes?
    - I hvilken grad brukes nesten- uhell som utgangspunkt for læring?
  - Hvem i organisasjonen håndterer uønskede hendelser?
    - Hvem bestemmer hvilke tiltak som skal iverksettes?
    - I hvilken grad får du medvirke i utforming av tiltak når du har meldt en uønsket hendelse?
  - Finnes det noen formelle prosedyrer i virksomheten for hvordan man kan lære av uønskede hendelser?
- 
- **Hvordan opplever du læringspotensialet i å reflektere over uønskede hendelser?**
    - Hva opplever du som positivt ved å lære av uønskede hendelser?
    - Hva opplever du som utfordrende ved å lære av uønskede hendelser?
    - I hvilken grad tenker du at en hendelses alvorlighetsgrad samsvarer med læringspotensialet?
    - I hvilken grad opplever du avvikssystemet som effektivt for å skape en lærende organisasjon?

- **Hvordan foregår læringsprosessen fra refleksjon over uønsket hendelse til tiltak blir implementert i avdelingen?**

#### *Lokal læring*

- Hvordan opplever du at læring på egen avdeling foregår etter melding av uønskede hendelser?
  - Eksempel på dette?
  - Hvem er ansvarlig for den praktiske gjennomføringen?
- Hvordan får du som har meldt avvik beskjed om aktuelle tiltak? Har du eksempel på tiltak som har blitt iverksatt?

#### *Læring på tvers*

- Hvordan skjer kunnskapsdeling med andre avdelinger etter uønskede hendelser?
- I hvilken grad får dere vite om uønskede hendelser i andre avdelinger som kan ha betydning for dere? Eksempel?

- **I hvilken grad opplever du at bruk av *Det grønne korset* har hatt betydning for arbeidsmiljøet?**

- I hvilken grad tror du åpen refleksjon over uønskede hendelser har bedret meldekulturen i avdelingen?
- Har du opplevd å få negativ feedback ved deling av en uønsket hendelse under refleksjon? Gi et eksempel.
- Har du noen gang latt være å fortelle om en hendelse under refleksjon av frykt for represalier enten for deg selv, eller for kollegaer?
- I hvilken grad tror du noen velger å melde i avvikssystemet, fremfor å fortelle åpent om en uønsket hendelse under refleksjon?
- Hvis du har valgt å ikke reflektere/melde, i hvilken grad har du i forkant vurdert læringspotensialet i hendelsen?

### **Tilpasninger i arbeidet**

En av grunntankene bak RPET er at kompetente ansatte med evne til å tilpasse seg er nøkkelen til at ting som oftest går bra, og noen ganger dårlig.

- **I hvilken grad opplever du at du må gjøre tilpasninger pga uventede forhold i arbeidssituasjoner?**

- Har det gjennom erfaring med RPET blitt lettere å oppdage de situasjonene som krever tilpasninger?

- I hvilken grad føler du at du må gjøre avveininger mellom grundighet og effektivitet for å få gjort jobben din?
- Kan man dele erfaringer rundt avvik fra prosedyrer under refleksjon?
  - Hva tenker du kan være årsak til at prosedyrer ikke blir fulgt?

## Organisatorisk læring

- **Hvilke metoder for læring opplever du som mest effektiv for å skape endring?**

- Kan du beskrive hvilke arenaer/metoder for læring som er tilgjengelig for deg i virksomheten?
- Når tenker du at læring skal foregå?

- **Hvordan kan din leder best mulig legge til rette for å fremme læring?**

### *Praktisk tilrettelegging*

- Hvordan tilrettelegger leder for at flest mulig kan delta på refleksjon?
- Hvordan vil du beskrive leders rolle under refleksjonene?
- I hvilken grad blir de ansattes synspunkter og forslag etterspurt?
- Hvilke ressurser er nødvendige for at læring kan bli en integrert del av det daglige arbeidet?
- I hvilken grad er det lagt til rette for å øke din kompetanse innen forbedringsarbeid?

### *Fremme eierskap*

- Kjenner du til virksomhetens mål/visjon for pasientsikkerhet?
- I hvilken grad opplever du å få nødvendig støtte/ressurser fra leder for å drive med forbedringsarbeid?
- I hvilken grad får de ansatte være med på å prioritere innsatsområder i pasientsikkerhetsarbeidet?
- I hvilken grad har du som ansatt fått være med på å bestemme om RPET/ det grønne korset skal brukes eller ikke?
- Er det noe leder kan gjøre for å øke ditt eierskap til læringsprosesser?
  - Hvilke læringsprosesser føler du mest eierskap til?



---

### Noen avsluttende spørsmål

- I hvilken grad opplever du at organisasjonen i dag lærer av sine gode erfaringer og suksesser?
- I hvilken grad opplever du at organisasjonen faktisk lærer av uønskede hendelser?
- Hvor opplever **du** at det største læringspotensialet ligger; i det som går galt eller det som går bra?

# Intervjuguide avdelingsleder

## RPET- læring av det som går bra

### *Praktisk gjennomføring*

- Hvor lenge har dere brukt dette verktøyet?
  - Hvor ofte har dere refleksjoner? Opplever du dette som for ofte/passende/for sjelden?
  - Hvem deltar på refleksjonene? Er det obligatorisk for alle som jobber i avdelingen?
  - Hvem leder refleksjonen?
  - Hvordan og av hvem dokumenteres det som blir sagt under refleksjonen?
  - Har de ansatte fått noen form for undervisning om bakgrunnen for RPET?
    - Føler du at du og dine ansatte har den kompetansen som trengs for å ha full nytte av verktøyet?
  - Finnes det noen formelle prosedyrer i virksomheten for hvordan man kan lære av det som går bra?
- **Hvordan er din erfaring med RPET som læringsmetode?**
    - Hva opplever du som positivt ved å lære av det som går bra?
    - Hva opplever du som utfordrende ved å lære av det som går bra?
    - Etter å ha benyttet dette verktøyet en stund, kan du se noen mønster eller fellestrekk ved de erfaringene hvor ting fungerte bra?
    - Hvordan opplever du at de ansatte har tatt imot dette verktøyet?
    - Har du noen forslag til hvordan dette verktøyet kunne fungert enda bedre?
  - **Hvordan foregår læringsprosessen fra forbedringsideen blir lansert til den er implementert i avdelingen?**

### *Lokal læring*

- Hvem har ansvar for praktisk gjennomføring av implementeringen?
- I hvilken grad opplever du at forbedringsideene faktisk blir implementert i avdelingen? Gi et eksempel.
- Hvordan kan man sikre at alle i avdelingen lærer av forbedringsideene?

### *Læring på tvers*

- Hvis en erfaring rundt noe som gikk bra innebærer samhandling med annen avdeling; hvordan blir dette gjort?
  - Hvordan blir lokale forbedringsideer spredt for å fremme læring ellers i virksomheten? Hvem har ansvar for dette?
  - Hvordan tenker **du** at forbedringsideer enklest mulig kan spres i virksomheten?
- 
- **I hvilken grad opplever du at bruk av RPET har hatt betydning for arbeidsmiljøet?**
    - Hvordan vil du beskrive klimaet under refleksjonen?
    - I hvilken grad opplever du at alle erfaringer blir verdsatt like mye, uavhengig av yrkesgruppe / stilling/ posisjon?
    - I hvilken grad får de ansatte positiv feedback når de deler erfaringer om det som går bra?
    - Gis det noen føringer fra virksomheten ift. hvilken rolle leder bør innta under refleksjonene?

### **Det grønne korset**

#### *Praktisk gjennomføring*

- Hvor lenge har dere brukt dette verktøyet?
  - Hvem er ansvarlig for å melde avvikene som tas opp under refleksjon?
  - Hvilke signaler gis fra ledelsen om hva som skal meldes?
  - I hvilken grad brukes nesten- uhell som utgangspunkt for læring?
  - Hvem i organisasjonen håndterer uønskede hendelser?
    - Hvem bestemmer hvilke tiltak som skal iverksettes?
  - Finnes det noen formelle prosedyrer i virksomheten for hvordan man kan lære av uønskede hendelser?
- 
- **Hvordan opplever du læringspotensialet i å reflektere over uønskede hendelser?**
    - Hva opplever du som positivt ved å lære av uønskede hendelser?
    - Hva opplever du som utfordrende ved å lære av uønskede hendelser?
    - I hvilken grad tenker du at en hendelses alvorlighetsgrad samsvarer med læringspotensialet?

- I hvilken grad opplever du avvikssystemet som effektivt for å skape en lærende organisasjon?

- **Hvordan foregår læringsprosessen fra refleksjon over uønsket hendelse til tiltak blir implementert i avdelingen?**

### *Lokal læring*

- Hvordan foregår læring på egen avdeling etter melding av uønskede hendelser?
  - Eksempel på iverksatte tiltak?
  - Hvem er ansvarlig for den praktiske gjennomføringen?
- Hvordan får den som har meldt avvik beskjed om aktuelle tiltak?

### *Læring på tvers*

- Hvordan skjer kunnskapsdeling med andre avdelinger etter uønskede hendelser?
- I hvilken grad får dere vite om uønskede hendelser i andre avdelinger som kan ha betydning for dere? Eksempel?

### *Årsaksanalyser*

- Hvilke uønskede hendelser er aktuelle for årsaksanalyse, og hvilke er ikke?
  - Hvordan avgjøres dette?
  - Hvem bestemmer?
- Hvem utfører årsaksanalysene?
- I hvilken grad blir berørte ansatte involvert i årsaksanalysen?
- Når avsluttes en årsaksanalyse? Hvilke faktorer spiller inn?
- Hvordan sikrer dere at kunnskapen fra gjennomførte årsaksanalyser blir spredd i virksomheten?

- **I hvilken grad opplever du at bruk av *Det grønne korset* har hatt betydning for arbeidsmiljøet og meldekulturen?**

- Lovverket vektlegger virksomhetens ansvar for å fremme en åpen og lærende kultur. Hvordan gjøres dette i praksis?
- Har dere sett en endring i antall meldte hendelser etter innføring av Det grønne korset?
- Har du opplevd at ansatte får negativ feedback ved deling av en uønsket hendelse under refleksjon? Hvordan håndteres evt. dette?
- I hvilken grad tror du ansatte lar være å fortelle om en hendelse under refleksjon av frykt for represalier enten for seg selv, eller for kollegaer?

- I hvilken grad tror du noen velger å melde i avvikssystemet, fremfor å fortelle åpent om en uønsket hendelse under refleksjon?

### Tilpasninger i arbeidet

En av grunntankene bak RPET er at kompetente ansatte med evne til å tilpasse seg er nøkkelen til at ting som oftest går bra, men også noen ganger feil.

- **I hvilken grad tenker du at helsepersonell må gjøre tilpasninger pga uventede forhold i arbeidssituasjoner?**

- Har det gjennom erfaring med RPET blitt lettere å oppdage de situasjonene som krever tilpasninger?
- Hvordan kan kartlegging av tilpasninger i arbeidet bidra til å endre forholdene som gjør tilpasningene nødvendig? Eksempel på dette?
- I hvilken grad føler du at de ansatte må gjøre avveininger mellom grundighet og effektivitet for å få gjort jobben sin?
- Hvordan ser du som leder på at prosedyrer avvikes?
  - Når prosedyrer av ulike grunner ikke blir fulgt, er det åpenhet rundt dette?
  - Hva tenker du kan være årsak til at prosedyrer ikke blir fulgt?
- Har eventuell kunnskap om WAI (work as imagined) og WAD (work as done) endret;
  - Hvordan man ser på avvik fra prosedyrer?
  - Måten uønskede hendelser blir undersøkt på?

### Organisatorisk læring

- **Hvilke metoder for læring opplever du som mest effektiv for å skape endring?**
  - Hvilke arenaer finnes for læring i virksomheten?
  - Når tenker du at læring skal foregå?
  - Hvordan legges det til rette for at ansatte kan få nødvendig kompetanse innen forbedringsarbeid?
  - Hvilke lokale, regionale og nasjonale nettverk finnes i dag for å dele kunnskap på tvers?
- **Hvordan kan du som leder legge til rette for å fremme organisatorisk læring?**

### ***Praktisk tilrettelegging***

- Hvordan kan du som leder tilrettelegge for at flest mulig får mulighet til å delta på refleksjon?
- Hvordan vil du beskrive din rolle under refleksjonene?
  - I hvilken grad tror du at din tilstedeværelse under refleksjon kan påvirke saker som blir tatt opp?
- Hvilke ressurser er nødvendige for at læring kan bli en integrert del av det daglige arbeidet?

### ***Fremme eierskap***

- Hva er organisasjonens mål/visjon for pasientsikkerhet? Er denne kjent for de ansatte?
- Er det noe du som leder kan gjøre for å øke de ansattes eierskap til læringsprosesser?
- I hvilken grad får de ansatte være med på å prioritere innsatsområder i pasientsikkerhetsarbeidet?
- I hvilken grad får de ansatte medvirke i utforming av tiltak når de har meldt en uønsket hendelse?
- I hvilken grad har de ansatte fått være med på å bestemme om RPET/ det grønne korset skal brukes eller ikke?

## **Forankring hos ledelsen**

- **I hvilken grad er bruk av dette verktøyet forankret hos ledelsen?**
  - Hva er virksomhetens planer for videre bruk av dette verktøyet?
  - Har det blitt gjort noen økonomiske overveielser rundt innføring av dette verktøyet?
  - I hvilken grad opplever du å få nødvendig støtte/ressurser fra din ledelse for å drive med forbedringsarbeid?
  - Hvordan opplever du som leder at en eventuell fordeling av proaktiv/ reaktiv tilnærming til pasientsikkerhet bør være?
    - Hvordan vil du anslå at dette er fordelt i egen virksomhet?
    - Hvilke signaler mottar du fra din ledelse om hva som bør prioriteres?
  - I hvilken grad opplever du at politiske føringer styrer organisasjonens prioriteringer og valg innen arbeid med pasientsikkerhet?

---

### Noen avsluttende spørsmål

- I hvilken grad opplever du at organisasjonen i dag lærer av sine gode erfaringer og suksesser?
- I hvilken grad opplever du at organisasjonen faktisk lærer av uønskede hendelser?
- Hvor opplever **du** at det største læringspotensialet ligger; i det som går galt eller det som går bra?

# Intervjuguide kvalitetsleder

## RPET- læring av det som går bra

### *Praktisk gjennomføring*

- Har de ansatte fått noen form for undervisning om bakgrunnen for RPET?
  - Føler du at de ansatte har den kompetansen som trengs for å ha full nytte av verktøyet?
- Hvem bør delta på refleksjonene? Er det obligatorisk for alle som jobber i avdelingen?
- Hvem bør lede refleksjonene?
  - Gis det noen føringer fra virksomheten ift. hvilken rolle leder bør innta under refleksjonene?
- Finnes det noen formelle prosedyrer i virksomheten for hvordan man kan lære av det som går bra?

### • **Hvordan er din erfaring med RPET som læringsmetode?**

- Hva opplever du som positivt ved å lære av det som går bra?
- Hva opplever du som utfordrende ved å lære av det som går bra?
- Hvordan opplever du at de ansatte har tatt imot dette verktøyet?
- Har du noen forslag til hvordan dette verktøyet kunne fungert enda bedre?

### • **Hvordan foregår læringsprosessen fra forbedringsideen blir lansert til den er implementert i avdelingen?**

#### *Lokal læring*

- Hvem har ansvar for praktisk gjennomføring av implementeringen?
- I hvilken grad opplever du at forbedringsideene faktisk blir implementert i avdelingen? Gi et eksempel.
- Hvordan kan man sikre at alle i avdelingen lærer av forbedringsideene?

#### *Læring på tvers*

- Hvis en erfaring rundt noe som gikk bra innebærer samhandling med annen avdeling; hvordan blir dette gjort?
- Hvordan blir lokale forbedringsideer spredt for å fremme læring ellers i virksomheten? Hvem har ansvar for dette?



- Hvordan tenker **du** at forbedringsideer enklest mulig kan spres i virksomheten?
- **I hvilken grad opplever du at bruk av RPET har hatt betydning for arbeidsmiljøet?**

### Det grønne korset

#### *Praktisk gjennomføring*

- Hvem er ansvarlig for å melde avvikene som tas opp under refleksjon?
  - Hvilke signaler gir ledelsen om hva som skal meldes?
  - I hvilken grad brukes nesten- uhell som utgangspunkt for læring?
  - Hvem i organisasjonen håndterer uønskede hendelser? Hvem bestemmer hvilke tiltak som skal iverksettes?
  - Finnes det noen formelle prosedyrer i virksomheten for hvordan man kan lære av uønskede hendelser?
- **Hvordan opplever du læringspotensialet i å reflektere over uønskede hendelser?**
  - Hva opplever du som positivt ved å lære av uønskede hendelser?
  - Hva opplever du som utfordrende ved å lære av uønskede hendelser?
  - I hvilken grad tenker du at en hendelses alvorlighetsgrad samsvarer med læringspotensialet?
  - I hvilken grad opplever du avvikssystemet som effektivt for å skape en lærende organisasjon?
- **Hvordan foregår læringsprosessen fra refleksjon over uønsket hendelse til tiltak blir implementert i avdelingen?**

#### *Lokal læring*

- Hvordan foregår læring på aktuelle avdeling etter melding av uønskede hendelser?
  - Eksempel på iverksatte tiltak?
  - Hvem er ansvarlig for den praktiske gjennomføringen?
- Hvordan får den som har meldt avvik beskjed om aktuelle tiltak?

### ***Læring på tvers***

- Hvordan skjer kunnskapsdeling med andre avdelinger etter uønskede hendelser?
- I hvilken grad får dere vite om uønskede hendelser i andre avdelinger som kan ha betydning for dere? Eksempel?

### ***Årsaksanalyser***

- Hvilke uønskede hendelser er aktuelle for årsaksanalyse, og hvilke er ikke?
    - Hvordan avgjøres dette?
    - Hvem bestemmer?
  - Hvem utfører årsaksanalysene?
  - I hvilken grad blir berørte ansatte involvert i årsaksanalysen?
  - Når avsluttes en årsaksanalyse? Hvilke faktorer spiller inn?
  - Hvordan sikrer dere at kunnskapen fra gjennomførte årsaksanalyser blir spredd i virksomheten?
- **I hvilken grad opplever du at bruk av *Det grønne korset* har hatt betydning for arbeidsmiljøet og meldekulturen?**
    - Har dere sett en endring i antall meldte hendelser etter innføring av Det grønne korset?
    - I hvilken grad tror du at avdelingsleders tilstedeværelse under refleksjon kan påvirke saker som blir tatt opp?
    - I hvilken grad tror du ansatte lar være å fortelle om en hendelse under refleksjon av frykt for represalier enten for seg selv, eller for kollegaer?
    - I hvilken grad tror du noen velger å melde i avvikssystemet, fremfor å fortelle åpent om en uønsket hendelse under refleksjon?
    - Lovverket vektlegger virksomhetens ansvar for å fremme en åpen og lærende kultur. Hvordan gjøres dette i praksis?

### **Tilpasninger i arbeidet**

En av grunntankene bak RPET er at kompetente ansatte med evne til å tilpasse seg er nøkkelen til at ting som oftest går bra, men også noen ganger feil.

- **I hvilken grad tenker du at helsepersonell må gjøre tilpasninger pga uventede forhold i arbeidssituasjoner?**
  - Hvordan kan kartlegging av tilpasninger i arbeidet bidra til å endre forholdene som gjør tilpasningene nødvendig? Eksempel på dette?

- I hvilken grad føler du at de ansatte må gjøre avveininger mellom grundighet og effektivitet for å få gjort jobben sin?
- Hvordan ser du som leder for kvalitet på at prosedyrer avvikes?
  - Når prosedyrer av ulike grunner ikke blir fulgt, er det åpenhet rundt dette?
  - Hva tenker du kan være årsak til at prosedyrer ikke blir fulgt?
- Har eventuell kunnskap om WAI (work as imagined) og WAD (work as done) endret;
  - Hvordan man ser på avvik fra prosedyrer?
  - Måten uønskede hendelser blir undersøkt på?
- Bruk av risikovurderinger er vanlig for å kartlegge svakheter i systemet. Hvis vi snur på det; hvordan kan man kartlegge hva som gjør systemet sterkt/ robust?
  - Hvilke faktorer vil du trekke frem som viktige for å skape et sterkt system?
  - Risikovurderinger baserer seg på hvordan man antar at arbeidet utføres; hvordan kan det påvirke resultatet av risikovurderingene at det ofte gjøres tilpasninger/ avvik fra prosedyrer i arbeidet?

## Organisatorisk læring

- **Hvilke metoder for læring opplever du som mest effektiv for å skape endring?**
  - Hvilke arenaer finnes for læring i virksomheten?
  - Når tenker du at læring skal foregå?
  - Hvilke lokale, regionale og nasjonale nettverk finnes i dag for å dele kunnskap på tvers?
- **Hvordan kan du som leder for kvalitet legge til rette for å fremme organisatorisk læring i virksomheten?**

### *Praktisk tilrettelegging*

- Hva er virksomhetens planer for videre bruk av dette verktøyet?
- Hvordan kan virksomheten tilrettelegge for at flest mulig får mulighet til å delta på refleksjon?
- Hvilke ressurser er nødvendige for at læring kan bli en integrert del av det daglige arbeidet?
- Hvordan legges det til rette for at ansatte kan få nødvendig kompetanse innen forbedringsarbeid?

### *Fremme eierskap*

- Hva er organisasjonens mål/visjon for pasientsikkerhet? Er denne kjent for de ansatte?

- Er det noe du som leder kan gjøre for å øke de ansattes eierskap til læringsprosesser?
- I hvilken grad får de ansatte være med på å prioritere innsatsområder i pasientsikkerhetsarbeidet?
- I hvilken grad får de ansatte medvirke i utforming av tiltak når de har meldt en uønsket hendelse?
- I hvilken grad har de ansatte fått være med på å bestemme om RPET/ det grønne korset skal brukes eller ikke?

### **Forankring hos ledelsen**

- **I hvilken grad er bruk av dette verktøyet forankret hos ledelsen?**
  - Har det blitt gjort noen økonomiske overveielser rundt innføring av dette verktøyet?
  - Hvordan opplever du som leder at en eventuell fordeling av proaktiv/ reaktiv tilnærming til pasientsikkerhet bør være?
    - Hvordan vil du anslå at dette er fordelt i egen virksomhet?
    - Hvilke signaler mottar du fra din ledelse?
  - I hvilken grad opplever du at politiske føringer styrer organisasjonens prioriteringer og valg innen arbeid med pasientsikkerhet?
  - I hvilken grad opplever du å få nødvendig støtte/ressurser fra din ledelse for å prioritere forbedringsarbeid?

---

### **Noen avsluttende spørsmål**

- I hvilken grad opplever du at organisasjonen i dag lærer av sine gode erfaringer og suksesser?
- I hvilken grad opplever du at organisasjonen faktisk lærer av uønskede hendelser?
- Hvor opplever **du** at det største læringspotensialet ligger; i det som går galt eller det som går bra?

# NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Helsevesenet som lærende organisasjon: hvordan lære av både feil og suksesser

**Referansenummer**

744477

**Registrert**

24.03.2021 av Ranveig Elvegård - 882418@student.usn.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Birgit Brusletto, Birgit.Brusletto@usn.no, tlf: 31009758

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Ranveig Elvegård, ranjorgen@gmail.com, tlf: 92425164

**Prosjektperiode**

01.01.2021 - 15.09.2021

**Status**

29.09.2021 - Avsluttet

**Vurdering (1)****12.04.2021 - 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 med vedlegg den 12.04.2021 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://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.09.2021. **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 behandles 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: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen 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/eller 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)

## Referanser

- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier : forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62).
- Argyris, C. (2003). A life full of learning. *Organization Studies*, 24(7), 1178-1192.
- Braithwaite, J., Hollnagel, E., & Hunte, G. S. (2019). *Working Across Boundaries: Resilient Health Care* (1 ed.): CRC Press.
- Branstad, A. (2003). Fra monolog til dialog : fra en maktform til en annen? In (pp. s. 162-173). Bergen: Fagbokforl.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9(1), 26152-26152. doi:10.3402/qhw.v9.26152
- Braun, V., Clarke, V., & Hayfield, N. (2019). 'A starting point for your journey, not a map': Nikki Hayfield in conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about thematic analysis. *Qualitative research in psychology*, 1-22. doi:10.1080/14780887.2019.1670765
- Brudvik, M., & Lindahl, A. K. (2013). *Melde for å lære – en beskrivelse av etableringen av Meldeordningen (§3-3) for uønskede pasienthendelser i Kunnskapssenteret i 2012*. Oslo
- Carroll, J. S., & Edmondson, A. C. (2002). Leading organisational learning in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 51. doi:10.1136/qhc.11.1.51
- Conway, J., Federico, F., Stewart, K., Campbell, M. (2010). Respectful management of serious clinical adverse events. *IHI Innovation Series white paper*.
- Conway, J. B., & Weingart, S. N. (2009). Leadership; Assuring respect and compassion to clinicians involved in medical error. *Swiss Medical Weekly*, 139(1-2), 3.
- Dane, L., Anoush, M., & Allison, L. (2010). How organisations learn from safety incidents: a multifaceted problem. *The Journal of Workplace Learning*, 22(7), 428-450.
- Drageset, J. (2021). Social support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (1st ed. 2021. ed.).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Frankel A., H. C., Federico F., & Lenoci-Edwards J. A. (2017). A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. *White Paper*.
- Garvin, D., Edmondson, A., & Gino, F. (2008). Is Yours a Learning Organization? *Harvard business review*, 86, 109-116, 134.
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2012). Kvalitativ innhållsanalys. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Groene, O. (2006). *Implementing health promotion in hospitals : manual and self-assessment forms*. Retrieved from Copenhagen:
- Hancock, T. (2012). The healthy hospital: a contradiction in terms? In A. Scriven & M. Hodgins (Eds.), *Health Promotion Settings. Principles and Practice*. London: SAGE.
- Haugan, G., & Eriksson, M. (2021a). Future Perspectives of Health Care: Closing Remarks. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (1st ed. 2021. ed.).
- Haugan, G., & Eriksson, M. (2021b). *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*(1st ed. 2021. ed.).
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2016). Helsefremmende helsearbeid- patogenese og salutogenese. In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hauger, B., & Arntzen, A. (2003). Brukermedvirkning som ideal og mulighet : om bruk av dialogkonferanse som metode i det helsefremmende arbeidet. In (pp. s. 174-192). Bergen: Fagbokforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Strategi 2014-2018*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Høringsnotat om avvikling av meldingsordningen. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/8378530b831b4e69a2bb7b4749f9bcc7/hoeringsnotat\\_avvikling\\_atg.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8378530b831b4e69a2bb7b4749f9bcc7/hoeringsnotat_avvikling_atg.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*.
- Helsedirektoratet. (2016). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*. (IS 0583).
- Helsedirektoratet (2018). *Årsrapport 2017. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. (IS- 2729).
- Helsedirektoratet. (2019). Om verktøyet snakk om forbedring. Retrieved from [www.snakkomforbedring.no](http://www.snakkomforbedring.no)
- Helsedirektoratet. (2021a). Pasientsikkerhetskonferansen 2021. Retrieved from <https://pasientsikkerhetskonferansen.no/>
- Helsedirektoratet. (2021b). Pasientskader i Norge 2020. Målt med global trigger tool.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hoffmann, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2013). Capacity Building as a Key Mechanism of Organizational Health Development. In (pp. 103-116). Dordrecht: Dordrecht: Springer Netherlands.
- Hollnagel, E. (2009). *The ETTO principle : efficiency-thoroughness trade-off : why things that go right sometimes go wrong*. Burlington, Vt: Ashgate.
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II : The Past and Future of Safety Management*. Farnham, UNITED KINGDOM: CRC Press LLC.
- Hollnagel, E. (2017a). Can we ever imagine how work is done? , 25, 10-13. *Hindsight*, 25.



- Hollnagel, E. (2017b). Å bli resilient: organisasjoner, sikkerhet og resiliens. In T. Hafting (Ed.), *Krisehåndtering. Planlegging og handling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hollnagel, E. (2019). RPET. The resilient performance enhancement toolkit. How to learn from work that goes well and how to use it to do better.
- Hollnagel, E., Braithwaite, J., & Wears, R. L. (2013). *Resilient health care*. Farnham, Surrey, England: Ashgate.
- Hollnagel, E., Braithwaite, J., & Wears, R. L. (2019). *Delivering resilient health care*. London: Routledge.
- Iflaifel, M., Lim, R. H., Ryan, K., & Crowley, C. (2020). Resilient Health Care: a systematic review of conceptualisations, study methods and factors that develop resilience. *BMC Health Services Research*, 20(1), 324. doi:10.1186/s12913-020-05208-3
- International HPH Network. (2020). 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jenny, G. J., Bauer, G. F., Vinje, H. F., Vogt, K., & Torp, S. (2017). The application of salutogenesis to work. In: Springer.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Laurent, A., Aubert, L., Chahraoui, K., Bioy, A., Mariage, A., Quenot, J.-P., & Capellier, G. (2014). Error in Intensive Care: Psychological Repercussions and Defense Mechanisms Among Health Professionals. *Critical Care Medicine*, 42(11), 2370-2378.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., . . . Isaac, T. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 424.
- Moksnes, U. K. (2021). Sense of Coherence. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (1st ed. 2021. ed.).
- Moksnes, U. K., & Eilertsen, M.-E. B. (2016). Resiliens. In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Nunstedt, H., Eriksson, M., Obeid, A., Hillström, L., Truong, A., & Pennbrant, S. (2020). Salutary factors and hospital work environments: a qualitative descriptive study of nurses in Sweden. *BMC Nurs*, 19(1), 125-125. doi:10.1186/s12912-020-00521-y
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforl.
- Nylenna, M. (2017). Nudging på norsk: dulting. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(2), 120-120. doi:10.4045/tidsskr.16.1088
- Orvik, A., Haugstevdt, K. T. S., & Fløtten, K. J. (2016). Helsefremmende sykehus og helsetjenester- illustrert ved tre eksempler. In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Perrow, C. (1999). *Normal accidents : living with high-risk technologies*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Presseau, J., Johnston, M., Johnston, D. W., Elovainio, M., Hrisos, S., Steen, N., . . . Eccles, M. P. (2014). Environmental and individual correlates of distress: Testing Karasek's Demand-Control model in 99 primary care clinical environments. *British Journal of Health Psychology*, *19*(2), 292-310. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=95561876&site=ehost-live>
- Rasmussen, T. (2008). *Nettverksformelen : hvordan det sosiale livet henger sammen*. Oslo: Unipub.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Russell, L. M., Anstey, M. H R., & Wells, S. (2015). Hospitals should be exemplars of healthy workplaces. *Medical Journal of Australia*, *202*(8), 424-426. doi:<https://doi.org/10.5694/mja14.01437>
- Sachs, M. A., Baehrendtz, S., Sellgren, S. F., Ullström, S., & Øvretveit, J. (2013). Personal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp. *Läkartidningen*, *110*(11).
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality Safety Health Care*, *18*(5), 325-330.
- Senge, P. (1999). *Den femte disiplin : kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforlag.
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., . . . Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(5), 678-687.
- SINTEF (2014). Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Retrieved from [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-a26547\\_sluttrapport\\_meldeordning.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-a26547_sluttrapport_meldeordning.pdf)
- Solberg, B. (2021). The Ethics of Health Promotion: From Public Health to Health Care. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (1st ed. 2021. ed.).
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov av 2. juli 1999 nr. 61*.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowerment-tenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. In M. B. Mittelmark & H. A. Hauge (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Stavropoulou, C., Doherty, C., & Tosey, P. (2015). How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. In (Vol. 93, pp. 826-866).
- Sujan, M., Furniss, D., Anderson, J., Braithwaite, J., & Hollnagel, E. (2019). Resilient Health Care as the basis for teaching patient safety – A Safety-II critique of the World Health Organisation patient safety curriculum. *Safety Science*, *118*, 15-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.046>
- Sujan, M. A. (2015). An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering & System Safety*, *144*, 45-52. doi:10.1016/j.ress.2015.07.011

- Sujan, M. A. (2018). A Safety-II Perspective on Organisational Learning in Healthcare Organisations Comment on "False Dawns and New Horizons in Patient Safety Research and Practice". *Int J Health Policy Manag*, 7(7), 662-666. doi:10.15171/ijhpm.2018.16
- Sujan, M. A., & Furniss, D. (2015). Organisational reporting and learning systems: Innovating inside and outside of the box. *Clinical Risk*, 21(1), 7-12. doi:10.1177/1356262215574203
- Sujan, M. A., Furniss, D., Anderson, J., Braithwaite, J., & Hollnagel, E. (2019). Resilient Health Care as the basis for teaching patient safety – A Safety-II critique of the World Health Organisation patient safety curriculum. *Safety Science*, 118, 15-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.046>
- Sujan, M. A., Habli, I., Pozzi, S., Kelly, T. P., Gühnemann, A., & Johnson, C. W. (2017). How can health care organisations make and justify decisions about risk reduction? : Lessons from a cross-industry review and a health care stakeholder consensus development process. doi:10.1016/j.res.2017.01.001
- Sujan, M. A., Huang, H., & Braithwaite, J. (2017). Learning from incidents in health care: Critique from a Safety-II perspective. *Safety Science*, 99, 115-121. doi:10.1016/j.ssci.2016.08.005
- Sujan, M. A., Spurgeon, P., Cooke, M., Weale, A., Debenham, P., & Cross, S. (2015). The development of safety cases for healthcare services: Practical experiences, opportunities and challenges. *Reliability Engineering & System Safety*, 140, 200-207. doi:<https://doi.org/10.1016/j.res.2015.03.033>
- Svendsen, L. F. H. (2009). Libertariansk paternalisme – en kritisk analyse. (Civita-notat nr. 13).
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). Empowerment som helsefremmende strategi i sykehuset. In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/026783799296084>
- White, A. A., Waterman, A., McCotter, P., Boyle, D., Gallagher, T. H., (2008). Supporting health care workers after medical error. Considerations for health care leaders. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 15(5), 240-247.
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19(2), 259-267. doi:10.1093/heapro/dah213
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16(4), 339-353.
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from [www.who.int](http://www.who.int)
- WHO. (1991). Budapest Declaration of Health Promoting Hospitals. Retrieved from <https://www.respadd.org/>
- WHO. (1997). The Vienna Recommendations on health promoting hospitals. Retrieved from <https://www.respadd.org/>

- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care.
- Wiig, S., Robert, G., Anderson, J. E., Pietikainen, E., Reiman, T., Macchi, L., & Aase, K. (2014). Applying different quality and safety models in healthcare improvement work: Boundary objects and system thinking. *Reliability Engineering and System Safety*, 125, 134-144.
- Willadsen, B. (2014). *Arbeidsmiljø og HMS-arbeid : integrasjon, problemløsning, utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed. ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Øvergård, K. I. (2015). Human Error: Causality and the Confusion of Normative and Descriptive Accounts of Human Performance. In.
- Aase, K., & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet- teori og praksis* (pp. s. 101-115). Oslo: Universitetsforlaget.