

Master i Endringsledelse



Implementering av terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk (TMA)

- En studie av etablering og opprettholdelse av et sikkerhetstiltak ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitetssjukehus -

Monica Helen Sirevåg

Juni 2009

Masteroppgaven er innlevert som en del av
Masterstudiet i Endringsledelse ved Universitetet i Stavanger.
Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet.

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
ENDRINGSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vårsemester 2009

FORFATTER:

Monica Helen Sirevåg

VEILEDER:

Kjersti B. Tharaldsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Implementering av terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk (TMA).

*- En studie av etablering og opprettholdelse av et sikkerhetstiltak ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger
Universitetssykehus -*

EMNEORD/STIKKORD: Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk, TMA, Psykiatrisk Divisjon Stavanger, Sikkerhetstiltak.

SIDETALL: Oppgavens lengde: 90 sider totalt, (med forside, sammendrag, forord og vedlegg)

STAVANGER, 15. juni 2009

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en studie som ser på implementering og opprettholdelse av terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk (TMA), ved Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger (SUS). Formålet med studien er å få innblikk i ansattes meninger relatert til implementering og opprettholdelse av TMA ved to ulike organisasjonsenheter underlagt Psykiatrisk divisjon, Stavanger. Studien ser på psykiatrisk divisjon, Våland, kontra et distriktpspsykiatrisk senter, hvilke likheter og forskjeller som finnes. Ved å belyse dette kan det fremkomme viktig kunnskap om hvordan TMA fungerer per dags dato. Dette kan igjen føre til innsikt i eventuelle tiltak for å øke sikkerheten til både pasienter og ansatte. TMA er et sikkerhetsverktøy som brukes ved divisjonen og hovedmålsettingen med TMA er forebygging av vold. Årlig skades mange ansatte ved SUS, og TMA brukes som et verktøy for å ivareta de ansatte sikkerhet. Blir organisasjonen er arbeidsplass ansatte er redde og blir skadet, kan sjukehuset risikere å miste mange ansatte og mye kompetanse.

Det er benyttet en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju. Dette er basert på problemstillingen, som fokuserer på hvordan TMA implementeres og opprettholdes i Psykiatrisk divisjon. Et slikt sikkerhetstiltak er interessant å kartlegge sett i lys av en fokusgruppe ved et DPS kontra en fokusgruppe underlagt divisjonen på Våland. Utvalget består av ansatte ettersom det er de som bruker TMA i det daglige og som er bindeleddet mellom ledelse og pasient. Ulike funn som fremkommer diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket. Sikkerhetskultur, læring, og kunnskapsoverføring mellom organisasjoner vektlegges.

Funn fra studiet presenteres i tabeller for å gi en oversikt over like og ulike meningsytringer til de to fokusgruppene. Studien avdekket likheter og ulikheter hva gjelder implementering og opprettholdelse av TMA. TMA implementeres via ledelsen og nedover i organisasjonen. Ledelsen har det overordnede ansvaret mens det er de ansatte som opprettholder kompetansen i det daglige. Funn viser at TMA fungerer tilfredsstillende som et sikkerhetsverktøy på flere måter. Det er identifisert en rekke utfordringer med forbedringspotensial. Treningen bør være variert og TMA manualen trenger nødvendige tilpasninger. Manualen er et oppslagsverk som bør brukes avdelingsvis i det daglige TMA arbeidet. Det indikeres behov for strakstiltak hos ledelsen relatert til alarmbruk. I dag er det ikke tilstrekkelig med alarmer til alle ansatte. Opplæringen av TMA bør foregå ukentlig for å holde kunnskapen ved like. Faddere,

ressurspersoner og TMA konsulenten fungerer som kunnskapsoverførere innad i organisasjonen. Overraskende var det ulikheter hva gjelder kjennskap til stillinger i organisasjonen relatert til TMA. Synergi, som er avviks- og rapporteringssystemet som benyttes, fungerer ikke tilfredsstillende. Det forekommer store mørketall relatert til å melde om skader og avvik. Fokusgruppene viser til at ledelsen avdelingsvis er positive til implementering og opprettholdelse av TMA kompetansen i hverdagen.

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag

Forord

1.0 <u>Innledning</u>	side: 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hva er TMA?.....	2
1.3 Aktualitet og relevans.....	3
1.4 Målsetting.....	3
1.5 Problemstilling.....	5
1.6 Avgrensning	5
1.7 Oppgavens videre struktur.....	5
2.0 <u>Kontekst</u>	7
2.1 Organisering av Psykiatrisk divisjon.....	7
2.2 Organisering av divisjonen, Våland, sammenlignet med distriktpsikiatriske sentre.....	8
3.0 <u>Teoretisk rammeverk</u>	10
3.1 Definisjon av begrepet TMA.....	10
3.1.1 TMA - Opphav, historikk og utvikling	11
3.1.2 TMA opplegget i dag ved SUS.....	12
3.2 Sikkerhet i Organisasjonen	12
3.2.1 Organisasjonskultur.....	12
3.2.2 Sikkerhetskultur i Organisasjoner.....	12
3.2.3 Sikkerhetskultur ved SUS.....	14
3.2.4 Arbeidsmiljøloven relatert til sikkerhet.....	15
3.3 Læring i Organisasjoner	15
3.3.1 Andragogikk.....	18
3.4 Kunnskapsoverføring mellom organisasjonsenheter.....	19
3.4.1 Kunnskapsoverføring som translasjon.....	19
3.4.2 Når praksiser oversettes til ideer.	21
3.4.3 Når ideer oversettes til praksis.....	22
3.5 Økende tvangsbruk i psykiatrien.....	23
3.6 Rapportering av skader og avvik.....	24
3.7 Skadestatistikk og underrapportering.....	25
3.8 Forskningsspørsmål.....	25

4.0	<u>Design og metode</u>	26
4.1	Forskningsdesign.....	26
4.1.1	Fokusgruppeintervju.....	27
4.1.2	Styrker og svakheter med fokusgruppeintervjuet.....	29
4.1.3	Intervjuguide.....	29
4.1.4	Vitenskapsteoretisk forankring.....	30
4.1.5	Troverdighetskriterier: validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.....	30
4.2	Metodevalg.....	32
4.2.1	Hva er så metode?.....	32
4.2.2	Utvalg og datainnsamling.....	32
4.2.3	Analyse.....	35
4.2.4	Å velge kvalitativt.....	39
4.2.5	Forskningsetiske aspekter.....	39
5.0	<u>Funn</u>	41
5.1.	TMA: Etablering og gjennomføring.....	42
5.2	Innføring og iverksettelse i organisasjonen.....	45
5.3	Ledelsens rolle.....	47
5.4	Sikkerhetskultur i avdelingene.....	50
5.5	Økt bruk av tvang sett i lys av TMA.....	53
6.0	<u>Diskusjon</u>	55
6.1	Hovedutfordringer.....	55
6.1.1	Etablering og gjennomføring av TMA.....	55
6.1.2	Opplæring og opprettholdelse av kunnskap.....	59
6.1.3	Ledelsens rolle relatert til innføring og opprettholdelse TMA samt den ansattes sikkerhet.....	64
6.1.4	Økt bruk av tvang.....	69
6.2	Implikasjoner.....	70
7.0	<u>Konklusjon</u>	72
	Referanseliste.....	75

Vedlegg A: Intervjuguide

Vedlegg B: Invitasjon til deltakelse i fokusgruppeintervju til avdelingslederne

Vedlegg C: Invitasjon til deltakelse til fokusgruppeintervju til de utvalgte respondentene

Vedlegg D: Informert samtykke.

Forord

Endringsledelse masteren er nå avsluttet, på godt og vondt. Det har vært to travle men utrolig kjekke og innholdsrike år. Det har vært en krevende, spennende og enormt lærerik prosess, både fagmessig og personlig. Jeg har en del mennesker som er kjære og nære, som har støttet og oppmuntret med meg underveis i dette arbeidet som jeg her vil takke.

Ønsker å si noen ord om min kjæreste samboer, venn og støttespiller som hvert skritt på veien aldri har sluttet å tro på meg, da jeg selv har tvilt innimellom.

Familien som er så stolte, støttende og oppmuntrende, noe som trengtes sårt i perioder. Fivel for glede og kjærlighet.

Mine medstudenter i korridor C for inspirasjon, glede og gode innspill. Karen, for herlig humor, godt humør og mye ”lått å løye”. En stor takk til min gode venninne Kristin, hvor vi sammen delte oppturer og nedturer daglig på vårt 12 kvadratmeters store kontor. Sitter igjen med gode minner for livet, og håper vennskapet vårt vil vare livet ut. Det hadde aldri vært det samme uten deg med din støtte og oppbakking underveis.

Vil rette en stor takk til mine informanter som tok seg tid og velvillighet til å være med å la seg intervju, og avdelingslederne deres som lot dem delta.

Arbeidskollegaer ved Psykiatrisk divisjon, for informasjon og hvor flere åpent tok imot meg. En stor takk til min arbeidsplass, ledere og kollegaer ved Sola DPS, for tilrettelegging og oppmuntring. Anne Berit Thorbjørnsen og Anne Liv McKenzie som støttet og oppfordret meg til ”bare å hoppe uti det”.

Sist men ikke minst min veileder Kjersti. B. Tharaldsen, for god støtte, gode ord og oppmuntring. Hun har vist genuin interesse, tålmodighet og støtte i en utfordrende, krevende og spennende prosess. Tusen takk Kjersti.

Monica Helen Sirevåg.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I første praksisperiode som sykepleiestudent ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS), ble jeg sparket i ansiktet og skadet av en psykotisk pasient innlagt ved akuttmottaket på Psykiatrisk divisjon. Dette etter 1 time og 15 minutter av første praksisdag. Jeg hadde på dette tidspunktet ikke fått grundig opplæring og innføring i sikkerhetsverktøyet terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk (TMA), kun 1 times introduksjon på første undervisningsdag. Situasjonen beskrevet ovenfor kunne trolig vært unngått dersom det hadde vært gitt mer informasjon og innføring i TMA. Dette som følge av hva TMA omhandler, blant annet hvordan man mentalt og kroppslig skal være forberedt på å håndtere pasienter med aggresjon og eventuell utagering som slag og spark.

Å jobbe som sykepleier i psykiatrien i dag er spennende, lærerikt og utfordrende som menneske. Fagfeltet er i stadig utvikling og det er viktig å holde seg oppdatert både på egen og pasientens vegne. Dette gjelder både teori og praksis. Man må også tenke sikkerhet ved alle aspektene av jobben. Det med tanke på egen og pasientenes sikkerhet i hverdagen. Sikkerhetstenkningen er ikke alltid i fokus daglig, og dette kan resultere i uheldige hendelser som skader den ansatte og/eller pasienten. Som sykepleier i Psykiatrisk divisjon ved SUS, er trening og opprettholdelse av TMA kompetansen et viktig element i arbeidshverdagen hva gjelder nettopp sikkerhetstenkningen. Det var mye fokus på TMA trening, holdninger, kommunikasjon og diskusjon rundt dette inne på divisjonen daglig. Da jeg ble fast ansatt ved et distrikts psykiatrisk senter var overraskelsen derfor stor med tanke på hvor annerledes arbeidsdagen fortoner seg på et DPS sammenlignet med divisjonen. Ved innleggelse på et DPS skal pasientene "være friskere" og ikke i en akutt sykdomsfase. DPS`et er videre mindre avdelinger samlet under ett tak, og færre pasienter og ansatte sammenlignet med på divisjonen på sjukehuset.

Helseforetaket SUS har et internt opplegg med TMA ressurspersoner¹ fra de ulike avdelingene i Helse Vest, som samles flere ganger i året for å diskutere ulike aspekter samt lære mer om TMA. Som TMA ressursperson tør jeg påstå at ulike avdelinger praktiserer TMA i ulik grad innad i divisjonen. Det fremkommer av TMA ressurspersoner at sikkerheten

¹ Alle avdelinger underlagt Psykiatrisk divisjon har en TMA ressursperson på hver avdeling som er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert innen TMA via oppdateringskurs, interne fagdager og seminarer som omhandler TMA .

ikke ivaretas godt nok på avdelinger, og ansatte blir skadet. Antall ansattskader utdypes senere under punkt 1.3. Akutte og alvorlig sinnslidende som er langtidsinnlagt har ofte et større behov for beskyttelse og andre rammer enn de som kan tilbys på et DPS. Hos sistnevnte er pasientene i en annen fase i sykdommen og det kreves mer av pasienten ved et DPS, da de skal være mer velfungerende enn inne på divisjonen.

Det interne sikkerhetsverktøyet, TMA manualen, er ikke alltid like lett å bruke for ansatte på et DPS. På DPS`et hvor jeg selv er ansatt er vi ikke alltid like flinke nok til å trene på TMA, ei heller prate om dette viktige og utstrakte temaet. Mitt mål med denne oppgaven er derfor å finne litt mer ut av de ansattes opplevelser rundt iverksettelse og trening av TMA. Samt på likheter og eventuelle ulikeheter på divisjonen på Våland kontra et DPS. Dette fordi manualen er laget for avdelinger med skjerming og ”sykere” pasienter. På DPS`et er det ofte andre rammer og en annen struktur, og et eksempel på dette er at det ikke finnes skjerming eller låste dører. Denne masteroppgaven skal derfor dreie seg om implementering og opprettholdelse av TMA, samt sammenligne to ulike enheter underlagt Helse Stavanger, Psykiatrisk divisjon.

1.2 Hva er TMA?

Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk (TMA) er et verktøy som brukes i Psykiatrisk divisjon. TMA brukes i alle avdelinger underlagt Psykiatrisk divisjon Stavanger, og består av opplæring til alle nyansatte samt intern undervisning og praktisk trening for å opprettholde TMA kompetansen. Et eksempel på dette er rollespill som omhandler hvordan man bør håndtere en agitert manisk pasient for å hindre utagering og skader på pasient og/eller ansatt. TMA omhandler både etikk, holdninger og kommunikasjon, samt fysisk trening. Intern undervisning kan eksempelvis omhandle hvordan kommunisere verbalt og nonverbalt, eller hvordan komme seg ut av et kvelertak bakfra. Hovedmålsettingen med TMA arbeidet er forebygging av vold, og TMA går både på sikkerheten til den ansatte samtidig som pasientens sikkerhet blir ivaretatt (Testad, 2004).

TMA innebærer også alarmbruk, da dette er et viktig redskap for den ansattes trygghet. Alarm gir trygghet på arbeidsplassen (Testad, 2004). Skulle en situasjon bli faretruende, kan alarmen utløses og hjelp kommer til. Dette er årsaken til at det fokuseres på alarmbruk i dette studiet, nettopp fordi det er en viktig del av TMA og den ansattes sikkerhet.

TMA er utviklet av Helse Stavanger, Psykiatrisk divisjon, og er et sikkerhetsverktøy som brukes både ved divisjonen på Våland samt de ulike DPS`ene.

1.3 Aktualitet og relevans

Å jobbe i helsevesenet innenfor psykiatrien kan innebære en risiko for vold og resultere i skader både fysisk og psykisk. Likevel kan denne sikkerhetstanken og TMA synes å komme i andre rekke i en hektisk hverdag. Dette gjenspeiles i antall skader² på ansatte ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitetssjukehus. Årsrapporten fra 2006 fra Synergi, som er SUS sitt avviks og rapporteringssystem, viser 790 meldte skader på ansatte. Tall for 2007 viser totalt 746 skader på ansatte. Skademeldingene henspiller på både fysiske og psykiske skader. I 2007 var det eksempelvis 350 trusler mot personal og 310 slag. Resterende skader er eksempelvis lugging, bitt, skalling, stikkskade eller kloring for å nevne noen. Tall fra 2008 viser 576 innmeldte skademeldinger totalt på ansatte for hele Psykiatrisk divisjon. Tall for 2009 til dags dato (22.05.09) er 200 innrapporterte skademeldinger. Den 16. Oktober 2007, ble Synergi innført elektronisk ved Psykiatrisk divisjon, SUS. Før dette skrev ansatte skademelding på papir. Relatert til tallene nevnt ovenfor viser dette til en nedgang i meldte skader på ansatte, etter at Synergi ble innført. Det kan være ulike årsaker til at tallene er så høye men de viser at det uansett er et behov for et verktøy relatert til økt sikkerhet for de ansatte, og det er derfor et hovedmål med denne oppgaven er å finne mer ut av hvordan TMA fungerer ved Psykiatrisk divisjon (Synergi, 2009).

Temaet er også aktuelt da Psykiatrisk divisjon i disse dager jobber med å oppdatere TMA manualen. Denne oppgaven vil kanskje kunne gi kunnskaper om hvilke utfordringer innføring og opprettholdelse av TMA kan by på ved et DPS samt ved divisjonen på Våland.

Et av satsningsområdene til SUS er nettopp kvalitet og sikkerhet. Det er ca 1194 ansatte (i ulike stillingsstørrelser) underlagt Psykiatrisk divisjon, og det er viktig å tenke sikkerhet slik at de ansatte ikke blir skadet på jobb. Psykiatrien kan miste mange ansatte og viktig kompetanse hvis sikkerheten ikke ivaretas. Det er derfor viktig å fremme sikkerheten ved Psykiatrisk divisjon.

1.4 Målsetting

Erfaringsmessig vet jeg det er mye fokus på TMA trening på Psykiatrisk divisjon på Våland, og at dette fortoner seg annerledes på et distriktpsikiatrisk senter.

En årsak allerede nevnt kan være at pasientene på et DPS fungerer bedre og ikke er i den akutte fasen ved innleggelse. For å finne mer ut av dette er fokus for denne oppgaven mer spesifikt implementeringen og opprettholdelse av TMA.

² Dette studiet vil se på de ansatte og skader, derfor er pasienten og pasientskader ikke videre studert i denne sammenheng. Denne avgrensningen blir utdypet mer i punkt 1.6.

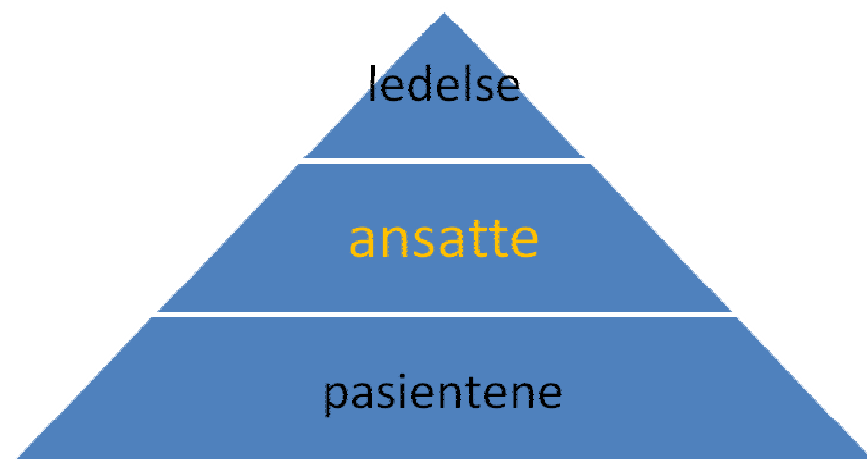
Videre undersøkes eventuelle forskjeller inne på divisjonen på Våland, kontra ved et distriktspsykiatrisk senter. Dette grunnet egenerfarte forskjeller mellom disse to avdelingene, og det er derfor interessant å sammenligne dem for å få frem eventuelle nyanser hva gjelder behov relatert til innføring og opprettholdelse av TMA. Dette da de er to ulike enheter med ulike rammer, pasientgrupper og kulturer under samme organisasjonen, nemlig SUS.

Hensikten med oppgaven er å få innblikk i ansattes mening om den enkelte enhets implementering av TMA og opprettholdelsen av denne kompetansen. Ved å belyse dette kan man få viktig kunnskap om hvordan TMA fungerer per dags dato. Dette kan igjen føre til innsikt i eventuelle nødvendige tiltak for å øke sikkerheten til både pasienter og ansatte.

Ulike empiriske funn fra dette studiet vil bli presentert for ledelsen ved Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger, høsten 2009, for å gi et bidrag til videre TMA arbeid innad i organisasjonen. Dette i form av erfaringer og ulike meninger til hvordan dagens innføring og opprettholdelse av TMA fungerer sett gjennom ansattes øyne i organisasjonen.

Selv om ledelsen har ansvar for innføring og opprettholdelse av ulike TMA tiltak er målgruppen for studien de ansatte. Dette fordi det er de som til daglig kjenner ” hvor skoen trykker” og som sitter på informasjon om hva som fungerer og eventuelt hva som kan endres relatert til TMA kompetansen for å ivareta seg selv og sine kollegaer.

De ansatte er bindeleddet mellom ledelsen og pasientene i organisasjonen. De kan sitte på viktig informasjon hva gjelder gjennomføringen av TMA, som figuren under viser.



Figur 1: fremstilling av ansatte som bindeledd mellom pasientene samt ledelsen i organisasjonen.

1.5 Problemstilling

Temaet er viktig og relevant både for pasientene og personalet, både fra et sikkerhetsmessig og faglig synspunkt i det daglige arbeidet ved Psykiatrisk divisjon.

Den overordnede problemstillingen for oppgaven lyder som følgende:

”Hvordan gjennomføres implementeringen av TMA ved Stavanger Universitetssjukehus, Psykiatrisk divisjon på Våland kontra et Distrikt psykiatrisk senter, og hvilke tiltak utføres for å opprettholde TMA kompetansen?”.

1.6 Avgrensning

I oppgaven er det nødvendig å foreta noen avgrensninger. Dette som følge av at Psykiatrisk divisjon underlagt SUS er en stor organisasjon, og gjennomføringen av masteroppgaven krever ressurser som både tid og krefter. En viktig avgrensning er at de ansatte og deres meninger er i fokus relatert til sammenligning av Psykiatrisk divisjon på Våland samt et DPS. Ut fra nevnte problemstilling vil et annet viktig tematisk aspekt være kunnskapsoverføringen relatert til TMA i organisasjonen. Både pasientenes og avdelingsledernes innspill om temaet kunne også gitt interessante perspektiv på tema, men det ligger utenfor denne masteroppgave som følge av valgt avgrensning i denne sammenheng.

Det bør klargjøres at i det følgende menes det med ledelsen, de ulike avdelingslederne, dersom ikke annet er spesifisert. Med andre ord er det ikke øvrig ledelse for divisjonen, men lederne for hver enkelt avdeling. Fokuset er rettet på denne ledergruppen da de har et ansvar for den praktiske gjennomføringen av TMA på avdelingsnivå.

1.7 Oppgavens videre struktur

Bakgrunnen for valg av tema og målsettingen med oppgaven gjennom nevnte problemstilling er innledningsvis gjort rede for her i kapittel 1.0. Konteksten relatert til Stavanger Universitetssjukehus blir presentert i neste kapittel under punkt 2.0. Det blir under konteksten gitt en kort fremstilling av organisasjonens ulike deler.

Teoretisk tilnærming gjøres rede for i kapittel 3.0. Innledningsvis utdypes begrepet TMA, dets opprinnelse, samt hensikten med et slikt sikkerhetsverktøy ved SUS i dag. Teori om organisasjons og sikkerhetskultur blir presentert som følge av at TMA er et sikkerhetsverktøy. Relatert til oppgaven trekkes arbeidsmiljøloven inn i lys av sikkerhetskultur, som igjen

relateres til SUS. Sentralt i all sikkerhetskultur, er organisatorisk læring, og Nonakas (2001) teori om læring i organisasjoner er vedlagt. Kunnskapsoverføring mellom organisasjoner trekkes frem i lys av Røviks (2007) translasjonsteori.

Det vil avslutningsvis i teorikapittelet presenteres ulike artikler fra fagblader samt en rapport fra SINTEF sett i lys av studiets problemstilling. Artikkene er relevante da de omhandler tema i lys av problemstillingen. Ulike artikler fra fagblader brukes fordi det fantes lite relevant litteratur relatert til oppgavens problemstilling. Et eksempel på dette er TMA historikken og derfor ble personlig korrespondanse brukt relatert til en ansatt med nøkkelinformasjon. Denne teorien drøftes opp mot mine hovedfunn og problemstilling / forskningsspørsmål senere i oppgavens diskusjonsdel.

Forskningsdesign og metode fremstilles i kapittel 4.0. Her redegjøres det nærmere for valg av problemstilling og kvalitativ metode med fokusgruppeintervju relatert til denne. En mer detaljert beskrivelse fremlegges, samt begrunnelse for ulike valg tatt underveis i oppgaveprosessen.

Presentasjon av empiriske funn blir gjort rede for i kapittel 5.0. Funnene er delt inn i ulike underkategorier, og det stilles forskningsspørsmål relatert til hva som fungerer per i dag og hva som kan gjøres for å tilrettelegge og opprettholde TMA kompetansen i hverdagen. Ut fra disse forskningsspørsmålene er empirien fremstilt i tabeller. Etter diskusjon i 6.0. kommer en kort konklusjon i kapittel 7.0. Funn og diskusjonsdel presenteres strukturert ut fra tema og kategoriseringer og presenteres kronologisk, da dette synes å gi en oversiktlig fremstilling.

2.0 Kontekst

Formålet med dette kapittelet er å gi en innføring i og forståelse av hva Psykiatrisk divisjon er og hvilke rammer og føringer som ligger rundt divisjonen på Våland, kontra de ulike distriktpsikiatriske sentrene.

2.1 Organisering av Psykiatrisk divisjon

Helse Vest, og herunder Helse Stavanger HF, er statseid. Sjukehuset har i de senere år gjennomgått, og gjennomgår fremdeles, organisasjonsendringer. Dette som følge av at samfunn og stat er i kontinuerlig endring, og med dette fremmes krav om å produsere, effektivisere og kutte kostnader.

Psykiatrisk divisjon³ er en del av SUS. Psykiatrisk divisjon, som ligger på Våland hvor resten av SUS er lokalisert, har 13 ulike psykiatriske avdelinger. Dette er spesialavdelinger for voksne med døgnopphold. De 13 avdelingene fordeles under seksjon akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri og multiseksjon. Det er totalt fem DPS underlagt Helse Stavanger, Psykiatrisk divisjon. Det er flere distriktpsikiatriske sentre som ligger ute i ulike bydeler og distrikter som også er underlagt divisjonen i Helse Vest, eksempelvis Stavanger DPS, Sola DPS og Strand DPS for å nevne noen. De ulike distriktpsikiatriske sentrene er etablert som følge av opptrappingsplanen til psykisk helsevern, hvor man skal desentralisere psykiatrien i Norge (Major, 2008).

Den overordnede målsettingen for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) er økte ressurser til psykiatrien i Norge. Satsingen skal resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge Opptrappingsplanens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Med andre ord er hovedmålsettingene i Opptrappingsplanen at befolkningen skal få den hjelpen de trenger ute i kommunene og derfor er de ulike DPS`ene etablert (Major, 2008:1-2). Det er en egen DPS-veileder utgitt av sosial og helsedirektoratet (2006) som detaljert beskriver DPS`ets funksjon ute i distriktene.

Et DPS har ofte andre rammer enn inne på divisjonen, som for eksempel færre ansatte. Pasientene kan være bedre fungerende og ikke i akuttfasen i sin sykdom. Samtidig kan

³ Psykiatrisk divisjon er tidligere RPS (Rogaland Psykiatriske sjukehus), og fremdeles underlagt Helse Stavanger.

rammene mellom ulike DPS underlagt Helse Vest variere, hvor noen eksempelvis ikke har lege på vakt hele døgnet, ikke egen skjermingsenhet og samtidig åpne dører.

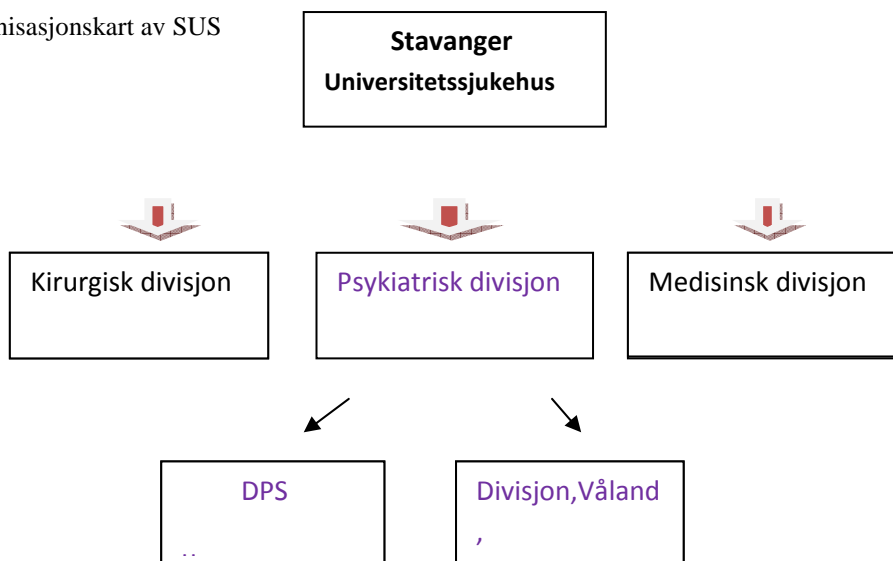
2.2 Organisering av divisjonen, Våland, sammenlignet med distriktpsikiatriske sentre

På et DPS er det ofte mindre avdelinger samlet under ett tak, og færre pasienter og ansatte sammenlignet med Psykiatrisk divisjon på Våland. Dette kan ha fordeler og ulemper. En risiko, sett ut fra et sikkerhetsmessig ståsted, er færre antall ansatte til enhver tid. Skulle en alvorlig trussel oppstå mot person, er det færre ansatte å få hjelp av sammenlignet med divisjonen på Våland som har 13 avdelinger med ca 5 ansatte avdelingsvis på vakt til enhver tid. Antall pasienter kan eksempelvis være ca 12 til 17 avdelingsvis ved divisjonen når det er fullt, og eksempelvis 10 ved Sola DPS per avdeling. Når det gjelder sikkerhet i forhold til utagerende pasientene varierer dette mellom divisjonen på Våland og på et DPS. Mens divisjonen har låste dører, skjermingsavsnitt og strengere og sikrere rutiner, er DPS`ene annerledes i rutiner og strukturen. Som nevnt innledningsvis kan rutiner og struktur kan variere fra DPS til DPS. Et eksempel på dette er Sola DPS som ikke har skjermingsavsnitt og heller ikke låste dører. Det vil si at dørene er åpne og pasientene kan komme å gå når de selv ønsker.

Øvrig ledelse fra toppen av hierarkiet på SUS er sjefslegen og seksjonslederne for de fire ulike seksjonene som nevnt ovenfor. Herunder kommer de ulike avdelingslederne for både avdelingene inne på Våland samt de ulike distriktpsikiatriske sentrene.

For å vise hvordan sjukehusets ulike enheter henger sammen er det laget en forenklet modell av sjukehusets eget organisasjonskart i Figur 2:

Figur 2: Organisasjonskart av SUS



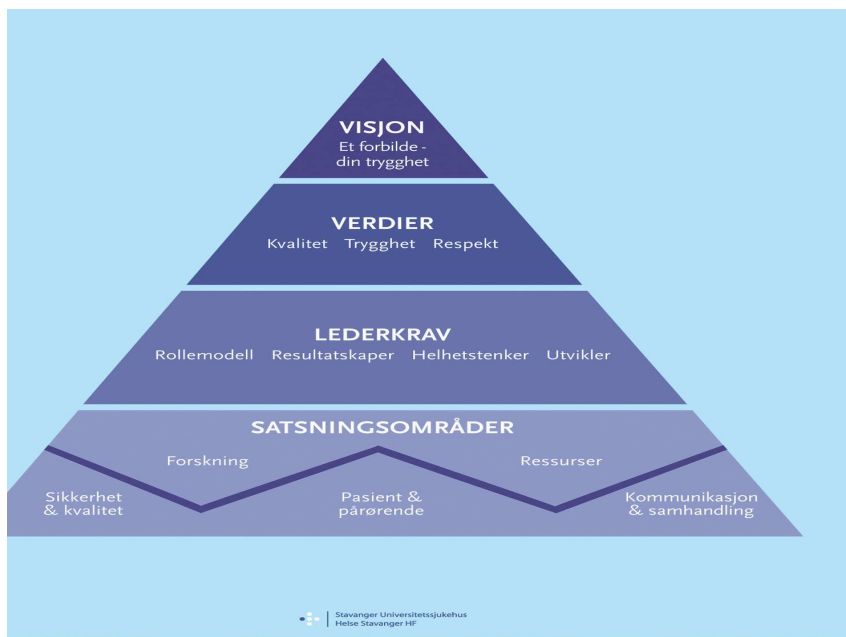
Divisjonen, samt de ulike DPS`ene, omtales videre som organisasjonsenheter. Til tross for at de er ulike enheter underlagt samme Psykiatriske divisjon, er de organisert forskjellig selv om de drives ut fra samme hovedmålsetting. Dette vises gjennom særegenheter som eksempelvis avdelingens rapportering og sikkerhetskultur, målsettinger, rammer og identitet.

Et av satsningsområdene til SUS er nettopp kvalitet og sikkerhet (se Figur 3). Og målsettingen med TMA er å ivareta og bidra til økt sikkerhet og mindre skader på ansatte ved Psykiatrisk divisjon. For de 1194 ansatte er det viktig å oppleve arbeidsplassen som trygg. For å kunne tilrettelegge og opprettholde TMA kompetansen er det en viktig forutsetning å sende de ansatte og TMA ressurspersonene på kurs, seminarer og fagdager.

Tilrettelegging og fokus på å opprettholde TMA kompetansen kan føre til at Psykiatrisk divisjon blir en tryggere arbeidsplass, som ivaretar sikkerheten til den ansatte.

Styringspyramiden til SUS er en oversikt over sjukehusets visjon, verdier og ulike satsningsområder fremstilt i en modell (en pyramide).

Figur 3:



Her er sjukehusets ulike målsettinger presentert i lys av styringspyramiden. Denne viser til at sikkerhet, kvalitet og trygghet er noen av SUS sine verdier og satsningsområder. Dette danner grunnlaget for oppgavens teoretiske rammeverk.

3.0 Teoretisk rammeverk

3.1 Definisjon av begrepet TMA.

TMA er et miljøterapeutisk verktøy i Psykiatrisk divisjon. TMA er forkortelsen for *”terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk”* (Testad, 2004).

Hovedmålsetningen med TMA arbeidet er forebygging av vold, og er et svært effektivt og viktig verktøy i den daglige samhandlingen sammen med pasienten (Omdal, 2006).

TMA er todelt og inndelt i teori og praktiske øvelser og teknikker i hvordan man skal gå frem når en pasient utagerer. Med utagering menes at pasientene blir voldelige, eksempelvis med spark og slag. Eksempler på praktisk øving kan være hvordan man kommer seg ut fra et kvelertak, beskytter seg selv mot slag i ansiktet, og hvordan holde en pasient rolig på gulv for å unngå slag og spark fra vedkommende. TMA innebærer også teori om bruk av alarmer, etikk, holdninger og kommunikasjon, samt hvordan man for eksempel plasserer seg i et rom med en agitert pasient, for å unngå skader hvis pasienten utagerer. *”Aggresjon er en følelse av harme som opptrer som svar på øket angst og som individet reagerer med når det føler seg truet. Den er karakterisert av en følelse av spenning som fører til et behov for utløsning”* (Testad, 2004:6). Det er denne utløsningen som kan skade personal i en hendelse med redd og agitert pasient. TMA er derfor et redskap som skal gi trygghet til ansatte og pasienter. TMA går på sikkerheten til både pasient og personal (Testad, 2004).

Det er en viktig del av jobben i psykiatrisk divisjon å ha kompetanse og oppdatert kunnskap innen TMA. Dette gjenspeiles i hvordan TMA er organisert.

Hver avdeling har ett til to personal som er TMA ressurspersoner, det vil si at det er de som har hovedansvaret for å kurse seg innen TMA for så videre å trene andre ansatte. Men det er et felles ansvar å trene og å holde seg oppdatert innen dette temaet til enhver tid.

Kurs i TMA er som et førstehjelpskurs. Det må følges opp gjennom praktisk og mental trening (Løvstadskolen, 2005). TMA kompetansen må holdes vedlike. Ellers får man ikke øvelsene inn ” i blodet”, noe man bør da man skal reagere raskt hvis man blir overfalt. Man lærer best ved egen erfaring, ved selv å få prøve (Løvstadskolen, 2005).

Personalet skal tilstrebe kontinuerlig å vedlikeholde sin kompetanse når det gjelder forståelse, forebygging, håndtering, oppfølging og behandling av aggresjon og vold. Dette kan oppnås gjennom et systematisk treningsprogram (Løvstadskolen, 2005).

”Målsettingen med en slik trening er at alt personell har en felles forståelse og toleranseterskel, felles holdninger og handlinger, og at de opplever å mestre de viktigste reaksjonsmåter og dempings- og løsningsmetoder personlig og i fellesskap”

(Løvstadskolen, 2005:43).

3.1.1 TMA - opphav, historikk og utvikling -

TMA er videreutviklet fra TMV, en slik utvikling kan sees på som en organisasjonsoppskrift (Røvik, 2007). Derav er det nødvendig å ta med detaljert informasjon om TMA sin opprinnelse og historikk. Da det ikke er skriftlige referanser og/eller litteratur på dette ble divisjonens undervisnings og fagavdeling kontaktet og leder av avdelingen Gunhild Tjensvoll. Hun har bidratt til å utvikle TMA arbeidet ved tidligere Rogaland psykiatriske sjukehus (RPS) fra 1994 og SUS til dags dato. Basert på personlig kommunikasjon med Tjensvoll fremkommer det at RPS, og nå Psykiatrisk divisjon, benyttet Løvstadskolens TMV (terapeutisk mestring av vold) som opplæringsopplegg fra 1990 til 1994. Da ble arbeidet for alvor satt i gang med å utvikle et eget konsept vedrørende TMA (terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk). Konseptets faglige innhold ble utarbeidet av en tverrfaglig gruppe (Tjensvoll, personlig korrespondanse, 2009).

Gruppen ønsket å skifte navn på opplegget fordi en ville fokusere mer på forebygging og hele problematikken før, under og etter en episode, og ikke så mye kun på vold. For å få et eierforhold til TMA skulle de ulike yrkesgrupper være forelesere og faglig ansvarlige. Sjukehuset satset på dette på grunn av konseptets faglige innhold og kvalitetssikring, samt at det var mer økonomisk fordi kursene ble obligatoriske for alle i klinisk arbeid. TMV kursene i regi av Løvstadskolen hadde ikke det ønskede faglige innhold, var relativt kostbare, og tok ikke mer enn 20 personer opp til hvert kurs. Men Løvstadskolen ble forespurt i forkant av arbeidet og samtykket til at TMA opplegget kunne bygge videre på TMV. Dermed utviklet RPS sitt eget TMA opplegg i 1994. Dette har kontinuerlig blitt evaluert og videreutviklet etter som sjukehuset har blitt større med nye medarbeidere. Dette TMA opplegget ble tatt i bruk på de ulike DPS`ene, på samme måte som på ulike avdelinger inne på divisjonen.

For at ansatte ved Psykiatrisk divisjon skal opprettholde og videreutvikle TMA kompetansen i institusjonen er det oppnevnt TMA-ressurspersoner (tidligere kalt instruktører) i hver enkelt avdeling. Disse har ansvar for daglig TMA trening sammen med avdelingsleder.

3.1.2 TMA opplegget i dag ved SUS

Det jobbes fremdeles aktivt med å implementere TMA ved Psykiatrisk divisjon. TMA grunnkurs holdes fire til seks ganger i året, og mellom 100 og 150 deltakere får dette kurset hvert år. TMA konseptet består i dag av 3 dagers TMA grunnkurs, oppfølging/trening på postene samt en egen TMA manual til bruk på divisjonen og de ulike avdelingene. TMA manualen ble utviklet av en TMA ressursgruppe sammen med TMA konsulent Ingelin Testad i fra 2000 til 2003. Det jobbes nå på divisjonen med å revidere denne manualen.

Det er i dag totalt 42 ressurspersoner ved Psykiatrisk divisjon på alle de ulike avdelingene. Det er opprettet en egen 100 % stilling relatert til TMA arbeidet i divisjonen. Denne stillingen besittes av TMA-konsulenten, som har det overordnede ansvaret for TMA for hele Psykiatrisk divisjon, og ansvar for å drive et kontinuerlig TMA arbeid i divisjonen. Dette vil si alle avdelingene på Våland, samt de ulike distriktpsikiatriske sentrene (Waksvik, 2009).

3.2 Sikkerhet i Organisasjoner

Ut fra innledning og kontekst viser denne oppgaven at sikkerhet er et av flere viktig tema relatert til problemstillingen. For videre å diskutere innføring og opprettholdelse av TMA tas sikkerhet i organisasjonen med for å belyse blant annet rapporteringskultur og viktige komponenter i en sikkerhetskultur.

3.2.1 Organisasjonskultur

Alle organisasjoner har sin særegne kultur, en organisasjonskultur, utviklet av menneskene i den enkelte organisasjon. Kulturen dannes av de menneskene som opptrer innenfor den sosiale enheten de er i. Schein (1987) påpeker at kulturen vokser frem over tid i organisasjonen. Å endre en kultur i organisasjonen er derfor svært krevende og utfordrende. Det kan innebære stor innsats over lang tid på en rekke nivåer. Det kan eksistere flere ulike kulturer i en organisasjon og sikkerhetskulturen kan dermed være en av mange konkurrerende kulturer i organisasjonen (Reason, 2008). Det er viktig som ansatt i psykiatrien at man tar sikkerheten og sikkerhetskulturen på alvor, da det er risiko for skade.

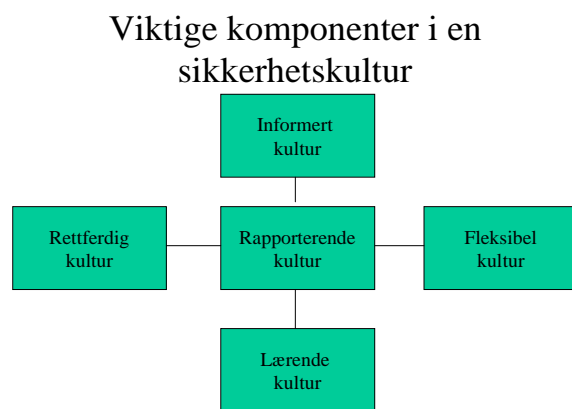
3.2.2 Sikkerhetskultur i organisasjoner

Å investere i en god sikkerhetskultur er å investere i sikkerhet (Reason, 2008). Definisjon av sikkerhet: ” *sikkerhet handler om evnen til å unngå skader og tap som følge av uønskede hendelser, oftest i forbindelse med bevisste valg*” (Aven m.fl, 2004:9). Sikkerheten til de

ansatte er spesielt viktig når man jobber ved avdelinger på psykiatrisk divisjon med mennesker som kan være utagerende og voldelige, både fysisk og psykisk. Det er mange skader på ansatte årlig, og ledelsen bør gjøre hva de kan for å forhindre skader og ivareta menneskene i organisasjoner. Ansatte med mye kompetanse kan forsvinne hvis ansatte skulle slutte i jobben sin grunnet for dårlig sikkerhet i organisasjonen. Og dermed vil avdelingene miste mye kunnskap, kompetanse og dyktige fagfolk (Reason, 2008).

Sikkerhetskulturen er den del av organisasjonskulturen som påvirker medlemmenes holdninger og adferd knyttet til virksomhetens sikkerhetsarbeid. I denne sammenheng henspeler det på hvordan man tilegner og ivaretar TMA kunnskapen og vedlikeholder denne kompetansen. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur kjennetegnes ved å ha en kommunikasjon som bygger på tillit som er gjensidig, en felles oppfatning om betydningen av sikkerhet, og med en tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt (Reason, 2008).

Det er ulike komponenter underlagt en god sikkerhetskultur (Reason, 2008).



Figur 4: viser viktige komponenter i en sikkerhetskultur.

(Engen, 2008).

En rettferdig kultur vektlegger at det bør være en samlet oppfattelse blant de ansatte om hva som blir sett på som akseptabel og ikke akseptabel atferd i den enkelte organisasjonen. Man må ikke lete etter ”syndebukker”, men lære av de feil som blir begått. Man må se på ulykker og feil som en mulighet for å lære, ikke bare fordele skyld (Reason, 2008).

Sentralt i all teori om organisatorisk læring og sikkerhetskultur må det tilstrebes å etablere en lærende kultur. Med dette menes læring i organisatorisk sammenheng og utdypes videre nedenfor.

En fleksibel kultur viser til hvordan organisasjoner kontinuerlig må kunne tilpasse seg endringer (Reason, 2008). Kulturen må ikke bli umulig å forandre, men være fleksibel og dynamisk. Den ansatte i den aktuelle organisasjonen, her avdelinger i samme organisasjon, bør tilstrebe en åpen kontakt. Dette for å kunne jobbe godt sammen med felles mål, og hvor en kan samarbeide og utveksle erfaringer. Sikkerhet skapes gjennom kommunikasjon (Reason, 2008). En informert kultur er en del av en sikkerhetskultur hvor organisasjonen bør tilstrebe en informert kultur, hvor medlemmene har kunnskap om ulike teknologiske systemer innad i organisasjonen samt om menneskene og miljøet som omgir den (Reason, 2008). For å skape en god sikkerhetskultur bør det være et klima som tillater å rapportere uhell, skader og feil. Slik en god rapporteringskultur bør etterstrebes, da man kan lære av mye av innrapporterte skader og nestenuhell (Reason, 2008).

Ledelsens engasjement er viktig for å etablere og vedlikeholde en god sikkerhetskultur. Helt sentralt er ledernes engasjement relatert til å få til forbedringer (Busch og Vanebo, 2000). Ethvert forsøk på en eller annen forbedring vil sjelden lykkes hvis ikke dette støttes fra ledelsen. Støtten bør være i form av både ord og handling. Dette gjelder også ressurser hva gjelder sikkerhetstiltak. Karlsen (2007) viser til viktigheten med å investere i sikkerhetstiltak i organisasjoner, og ikke bare se det negative ved at det koster, samt er en utgiftspost. Det å investere i sikkerhet må sees på lik linje med andre økonomiske hensyn i organisasjonen (Karlsen, 2007). Å ivareta sikkerheten og opprettholde en god sikkerhetskultur kan ut fra det overnevnte, ikke sees på bare som et ledelsesansvar, men er et fellesansvar for alle medlemmene i organisasjonen.

3.2.3 Sikkerhetskultur ved SUS

Sikkerhet og kvalitet er som nevnt noen av satsningsområdene til SUS. I den sammenheng er Synergi, som er Helse Stavanger sitt rapporterings og avvikssystem, vesentlig. Synergi er elektronisk og man må bruke intranettet for å få tilgang. Ved å melde fra i Synergi vil nærmeste leder automatisk få melding om en eventuell skade. Prosedyren er slik at når saken er tatt videre som eventuelle nye tiltak eller saken er avsluttet får man beskjed om dette på internmail på arbeidsstedet. Ved å melde fra om skader i Synergi kan man gjøre ledelsen

oppmerksom på ulike tiltak som bør endres eller settes i verk, dette da man ser årsaken til skade. Synergi systemet gir mulighet til å ta ut statistikker over innrapporterte skader, som kan igjen lettere kan belyse hvor man bør sette inn eventuelle tiltak. Synergi er sikkerhet satt i system ved SUS (Intranett, 2009).

3.2.4 Arbeidsmiljøloven relatert til sikkerhet

I arbeidsmiljølovens medvirkningsplikt § 2-3 står det at arbeidstakeren selv skal medvirke, gjennomføre og oppfølge den enkelte virksomhets helse, miljø og sikkerhetsarbeid. Den ansatte skal også aktivt medvirke i gjennomføringen av ulike tiltak som blir iverksatt for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Denne paragrafen kan forstås dit hen at både en selv som ansatt, ens kollegaer og ens avdelingsleder har dette ansvaret. Hva gjelder TMA betyr dette at personalet sammen må tenke, trene og praktisere TMA, for å kunne bruke denne kunnskapen hvis det skulle være nødvendig for ens egen og kollegaers sikkerhet. Det krever at både avdelingsleder og den ansatte tar ansvar her for nettopp å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø, og medvirke til å forebygge ulykker og helseskader. Lederne har avdelingsvis hovedansvaret for arbeidsmiljøet i sin avdeling. Arbeidsmiljøloven sier at lederne aktivt skal delta i arbeidsmiljøet, samt søke erfaring fra de ansatte og deres representanter. I tillegg sier paragraf 2-3 at lederne skal selv ta initiativ og være pådrivere for å sikre arbeidsmiljøet. (Intranett, 2009).

Det er mye å forholde seg til som leder i dagens samfunn, med mange restriksjoner og krav til den enkelte. Utover nevnte reglement viser Helse Stavangers styringspyramide at lederne skal være rollemodeller, helhetstenkende, utviklende og resultat skapende (jamfør Figur 3). Som rollemodeller skal ledere i Helse Stavanger være inspirerende og engasjerende, vise samsvar mellom ord og handling og løsningsorienterte, for å nevne noe. Som utvikler skal lederne inspirere og skape positive holdninger, samt utvikle sine medarbeidere og bruke deres kompetanse på en hensiktsmessig måte (Intranett, 2009). De skal med andre ord legge et grunnlag for konstruktivt læringsmiljø for de ansatte.

3.3 Læring i Organisasjoner

Sentralt i all teori om sikkerhetskultur er organisatorisk læring. Organisasjonslæring er all den kunnskapen organisasjonen tar til seg og legger som grunnlag for egen atferd. I en organisasjon med lærende kultur er de ansatte åpne og deler erfaringer og kunnskap seg imellom (jamfør Figur 4), (Reason, 2008).

Det er menneskene i organisasjonen som lærer, og dermed kan det virke meningsløst å bruke ordet organisasjonslæring. Men organisasjonens samlede kompetanse blir stadig viktigere i dagens samfunn som er preget av konkurranse, mest mulig effektivisering og ”tid er penger” - prinsippet. En organisasjon må hele tiden være villig til å endre seg for å holde seg konkurransedyktig og oppnå effektivitet og legitimitet. Selv om det er individene som lærer, skjer denne læringen som oftest sammen med andre mennesker. Dette vil igjen føre til at erfaringer på individnivå fører til læringsprosesser på organisasjonsnivå, og derav betegnelsen den lærende organisasjon. I arbeidslivet lærer vi gjennom erfaringer vi får i ulike arbeidssituasjoner (Busch & Vanebo m. fl., 2003:233).

En definisjon av læring er at: ” *læring er tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter som er relativt permanente og som igjen har sitt utgangspunkt i erfaring*”(Marnburg, 2001:58). I litteratur som omhandler læring i organisasjoner omtales gjerne læringens produkt som kunnskaper. En annen vei å gå er å bruke begrepet kompetanse. Kompetanse deles igjen inn i fire komponenter (Marnburg, 2001). Disse er kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Det kan diskuteres hvorvidt holdninger passer inn under begrepet kompetanse. Men holdninger er et viktig element å ta med, og disse bør ikke overses (Marnburg, 2001).

I TMA sammenheng handler det om å utvikle seg selv og få bredere kompetanse på hvordan man kan bruke terapeutisk mestring av aggresjon i Psykiatrisk divisjon. Det er en viktig del av det å jobbe på en psykiatrisk avdeling, og man trenger kunnskaper om TMA for ikke å påføre seg selv eller andre skade. Den ansattes holdninger bør også inkluderes i lys av dette.

Kunnskapsledelse har siden tidlig 1990-årene vært et mye omtalt tema (Nonaka m. fl, 2001). Kunnskapsutvikling skaper konkurransefortrinn. Samtidig som ansatte i en organisasjon har behov for å lære seg kunnskap, bruke den og gjøre egne erfaringer (Nonaka m. fl, 2001).

Det er viktigere at lederne støtter kunnskapsutvikling, enn at de kontrollerer den (Nonaka m. fl, 2001). Å skape kunnskap innebærer summen av alle de aktivitetene som i en organisasjon påvirker kunnskapsutviklingen på en positiv måte. Å skape kunnskap innebærer også å legge til rette for relasjonsbygging og dialog. Det handler om å utvikle en felles kunnskapsbasis for hele organisasjonen, på tvers av kulturelle grenser. Det er viktig at kreativitet oppmuntres og at det er lov å leke (Nonaka m. fl, 2001). I TMA sammenheng kan eksempler på dette være rollespill eller TMA fysisk trening sammen med andre avdelinger.

Kunnskap er både eksplisitt og taus (Nonaka m. fl, 2001). Kunnskap som er fanget i setninger, festes på papir. Formulert i setninger er kunnskapen gjort eksplisitt og tilrettelagt for andre,

slik at kunnskapen kan deles. Taus kunnskap er den kunnskapen som er vanskelig å beskrive for andre. Intuisjon, egne sanser, individuell persepsjon samt egne erfaringer kan være vanskelig for andre å få tak i en slik erfart kunnskap. Nonaka (2001:21) påpeker at *”å erkjenne verdien av taus kunnskap og å utvikle noen ideer om hvordan den kan utnyttes, er imidlertid kjerneutfordringen i en bedrift som er avhengig av kunnskapsutvikling”*.

Kunnskap er relasjonell, dynamisk og knyttet til menneskelig aktivitet. Den avhenger mer av situasjonen og menneskene som er involvert, enn av absolutte sannheter og harde fakta. All kunnskap er kontekstavhengig (Nonaka m. fl, 2001) og viser til fem kunnskapsutviklende trinn i prosessen å skape kunnskap i organisasjoner. Det første trinnet er å dele den tause kunnskapen. Det andre trinnet er å utvikle begreper, for så i tredje trinnet å rettferdiggjøre begrepene. Fjerde trinnet er å utforme en prototype, og femte og siste trinn er å forsterke kunnskapen og gjøre den tverrfaglig. Prosesser for å utvikle kunnskap starter ofte ved at teammedlemmer møtes for å utveksle den kunnskapen de allerede besitter. Mye av kunnskapen deres er taus, og bør gjøres eksplisitt og tilgjengelig for andre (Nonaka m. fl, 2001). Å skape kunnskap er både en sosial og en individuell prosess. Individene som deler den aktuelle kunnskapen må by på seg selv, og utlevere personlig tanker og følelser relatert til det aktuelle temaet. Å skape og dele kunnskap er en skjør prosess da det involverer menneskelig kontakt. Og nettopp fordi prosessen med å utvikle kunnskap er så skjør bør den understøttes av mange aktiviteter som hjelper den videre til tross for mange hindringer på veien. Prosessen med å skape kunnskap inneholder menneskelige relasjoner og avhenger derfor av god kommunikasjon (Nonaka m. fl, 2001:22-23).

Ofte kan det forekomme motstand mot ny kunnskap og endring i organisasjonen. På samme måte som med læring, er også motstand fremmet av individene i organisasjonen.

Men hvorfor er det til tider så vanskelig for enkelt individer å akseptere og integrere ny kunnskap? Enkeltindividet kan utøve motstand mot ny kunnskap, og grunner til dette kan være trussel mot eget selvbilde, makttap eller dårlig tilpasning (Nonaka, 2001; Røvik, 2007). De ansatte føler seg truet av endringen, og dette i form av frykten av å miste makt og redselen for at noe nytt skal skje som man kanskje ikke mestrer. Larsen (m. fl, 2002) påpeker i sin teori om organisasjonsendringer at motstand vil nesten alltid forkomme i endringer. De fleste medlemmer av organisasjonen ønsker utvikling, men de færreste endringer.

Å dele kunnskap i organisasjonen fordrer at medlemmene må kunne stole på hverandre og være åpne for hverandres ideer. Støttende relasjoner gjør det lettere for folk å dele kunnskaper og erfaringer. Organisasjonen bør ha en holdning som sier ”kom og vær med oss”. Denne holdningen har ofte en sterk og positiv innvirkning på spredningen av den tause kunnskap.

Besitter man kunnskap besitter man makt, og dette kan være årsaker til at mennesker ikke deler kunnskapen med sine kollegaer, i frykt for nettopp å miste makt og sin posisjon i organisasjonen (Nonaka m. fl, 2001). Med andre ord så er det viktig å undervise og informere voksne slik at læringen fremmes, og motstanden reduseres, på en god måte. Derfor sees læring hos voksne i lys av andragogikk.

3.3.1 Andragogikk

Andragogikk (voksenpedagogikk) er kunsten å lede og å trene voksne, og innebærer endring og læring. Voksne mennesker har behov for å vite hvorfor de lærer noe, og eventuelle fordeler og konsekvenser av dette. Opplevelse og egne erfaringer er viktige kilder til læring i voksen alder. Livs- og arbeidserfaring kan godt trekkes med i eksempelvis trening, slik at medlemmene driver kunnskapsdeling (Berg, 2005).

”Voksne mennesker er mottakelige for å lære på det tidspunktet da de opplever et behov for ny kunnskap og nye ferdigheter” (Berg, 2005:40). Det vil med andre ord si at den voksne selv må kjenne et behov for å lære. I følge andragogikken lærer voksne best når stoffet presenteres i form av hendelser fra virkeligheten, som omhandler situasjoner de kjenner seg igjen i. Læringen må oppleves som matnyttig, og det er da voksne individer er motivert for å lære nye ting. De må føle at det de lærer kan hjelpe dem til å gjøre en bedre jobb. I TMA sammenheng kan dette eksempelvis være etter en hendelse med utagerende pasient, hvor den ansatte selv ser behovet for å lære seg nye grep dersom de ”gamle” ikke fungerer tilfredsstillende. Timingen er et nøkkelord (Berg, 2005).

Som vist over er det viktig når en jobber med voksne og kunnskapslæring at det skapes utfordrende læresituasjoner hvor de lærende opplever at de selv har kontroll og styring. Voksne mennesker lærer mye ved å jobbe i små grupper og dele egne erfaringer samt ved å hjelpe andre. Ved å la den voksne beholde ansvaret for egne beslutninger, egen læring og eget liv legges grunnlaget for et positivt selvbilde og en god selvfølelse. Når man underviser voksne må aktøren ha kontroll over egen situasjon og friheten til å velge, samtidig som medarbeideren er med på å forme egen arbeidsplass. Involvering og følelse av eierskap legger grunnlag for forpliktelse og kontinuerlig utvikling av organisasjonen.

Ved andragogikk legger individet selv føringer på egen læreprosess, og konkrete tilbakemeldinger til ansatte fra ledelsen er vesentlig (Berg, 2005). Dette er også viktig når kunnskap skal overføres mellom grupper eller enheter.

3.4 Kunnskapsoverføring mellom organisasjonsenheter

Overføring av kunnskap kan sees i sammenheng med det vi kaller overføring av organisasjonsideer. TMA har som nevnt sitt utspring fra TMV, og kan sees på som en organisasjonsoppskrift i denne sammenheng. Det handler om at kunnskap og ideer skal ut av en organisasjon og over i andre sammenhenger og andre organisasjoner. Relatert til dette studiets problemstilling er det interessant å se nærmere på hvordan TMA kompetansen som formidles inne på divisjonen på Våland når ut til de ulike enhetene (DPS), og hvordan denne overføringen foregår.

Overføring omfatter dels dekontekstualisering, det vil si at "noe" forsøkes tatt ut av en sammenheng, og dels kontekstualisering som betyr at "noe" blir forsøkt satt inn i en ny sammenheng (Røvik, 2007: 247-248).

Organisasjonens evne til å identifisere kunnskap og ideer som er relevante for den enkelte organisasjon, og omforme samt tilpasse det til sitt eget, antas å være en meget viktig forutsetning for innovasjon, suksess og vekst hva gjelder kunnskapsoverføring (Røvik, 2007). Mange lykkes, og mislykkes, med kunnskapsoverføring. De ulike avdelingene underlagt divisjonen på SUS har stor systemlikhet, og derfor skal kunnskap og ideer i prinsippet kunne overføres mellom de ulike avdelingene og enhetene. Og nettopp fordi de ulike enhetene eller avdelingene, som i det videre kalles ulike organisasjonsenheter, antas å være relativt like systemer, så vil man kunne overføre ideer og kunnskaper mellom ulike organisasjonsenheter og avdelingene (Røvik, 2007). Det som har vist seg å virke godt i noen organisasjoner, kan i prinsippet overføres til og settes inn i andre organisasjoner, og der gi tilnærmedesvis de samme effektene (Røvik, 2007). Mange ideer blir tatt inn, men ikke alltid tatt i bruk. Men hvordan overføres kunnskapen?

3.4.1 Kunnskapsoverføring som translasjon

Translasjonsteori omhandler det å overføre ulike ideer og kunnskap mellom ulike organisasjoner (Røvik, 2007). I lys av et translasjonsteoretisk perspektiv er det mulig å se hvordan ideer kan overføres eller "oversettes", mellom organisasjoner og over tid materialiseres, det vil si nedfelles i praksisplanet i adopterende organisasjoner. Er det mulig

og er det nyttig å bruke translasjonsteori som analytisk tilnærming for bedre å forstå kunnskapsoverføring mellom organisasjoner? (Røvik, 2007: 249-250).

”Translation studies” og oversettelser er like gammelt som menneskeheten selv. Et gammelt eksempel på oversettelser på tvers av språk og landegrensener er fortellingen i det gamle testamentet om Babels tårn. Formålet er primært at det som oversettes skal kunne tas i bruk i den nye settingen, og derfor må tilpasses både språk, konteksten og kulturen (Røvik, 2007).

Kunnskap og ideer kan overføres fra ulike organisatoriske kontekster. Dette byr på muligheter, begrensninger og utfordringer. Teoriutvikling blir ofte gjort med utgangspunkt i fire sentrale hovedspørsmål (Røvik, 2007). Disse er som følger:

- 1- Oversettelsens beveggrunner: hvorfor blir organisasjonsideer oversatt?
- 2- Det som kjennetegner oversetterne: hvem er formidlerne av kunnskap mellom kontekster?
- 3- Oversettelsesregler: finnes det mønstre i måten organisasjonsideer oversettes på mellom ulike organisatoriske kontekster?
- 4- Oversettelsens virkninger: hvilke virkninger kan følge av oversettelsene i de mottakene organisasjonene?

I det følgende kommenteres disse kronologisk.

Hva gjelder oversettelsens beveggrunner blir ideer og kunnskap ofte iverksatt og omformet når de forsøkes overført mellom ulike organisatoriske kontekster. Dette kan gjøres bevisst eller ubevisst. Bevisst sett kan det eksempelvis lages en lokal versjon. Dette ut fra hensynet til å få til et best mulig verktøy for å oppnå best mulig resultater i en spesifikk kontekst. I en organisatorisk kontekst kan det ofte forekomme motstridende interesser, konflikter og forhandlinger som resulterer i at oversettelsen går mot en bestemt retning. Ulike omforminger kan være motivert ut fra hensynet om å lage en lokal versjon som passer bedre inn i den bestemte organisatoriske konteksten. Det hender også som nevnt over at oversettelser som forekommer hverken er bevisste eller tilsiktede. De oversettes mer ubevisst, og de omformes når de blir overført, uten at dette kan føres tilbake til noen aktørers hensikt eller vilje (Røvik, 2007:256-257).

Når det gjelder kjennetegn på oversetterne er dette de som oversetter organisasjonsideene, og de må man også ha fokus på. Dette er de aktørene som formidler organisasjonsideer mellom

ulike kontekster. Innenfor ” translation studies” er det motstridende oppfatninger om hvordan oversetteren skal være (Røvik, 2007).

Tredje hovedspørsmål omhandler oversettelsesregler og fremmer perspektivet om at det er et mesterverk i seg selv å kunne gjøre gode oversettelser. Røvik (2007) er opptatt av å identifisere og beskrive oversettelsesregler. Disse handler om å se etter eventuelle mønstre og regler og identifisere oversettelsesregler for dekontekstualisering, det vil si regler for hvordan praksiser i bestemte kontekster får idemessige representasjoner, og dels av å identifisere regler for kontekstualisering, som vil si for hvordan ideer blir forsøkt oversatt til praksis i konkrete organisasjoner (Røvik, 2007: 257-258).

I det siste og fjerde hovedspørsmål av oversettelsens virkninger er Røvik (2007) ikke bare opptatt av hva oversetterne gjør med de ulike organisasjonsideene, men også hva ideene selv kan ”gjøre” med den enkelte organisasjon der de forsøkes adoptert og brukt. Med andre ord, hva de ulike ideene gjør i mottakene organisasjon og ny kontekst. Oversettelsene må ta høyde for at de skal fungere når de tas ut av en sammenheng og settes inn i en annen. Dette inkluderer språket men den kulturelle sammenhengen er også viktig.

3.4.2 Når praksiser oversettes til ideer.

Dekontekstualisering har tidligere blitt nevnt kort.

Dekontekstualisering brukes som en felles betegnelse på tilfeller der en praksis eller ideer identifiseres i en bestemt kontekst og forsøkes oversatt i en annen, eksempelvis inn i en annen organisasjon. Ideen forsøkes å tas ut av sammenhengen, og omformes med det formål å settes inn i en annen organisatorisk sammenheng. Dekontekstualiseringen eller ”uthenting” består av to hovedfaser. Den første er ”løsrivelsen” og den andre ”pakking” (Røvik, 2007).

Løsrivelsen er et viktig aspekt ved dekontekstualiseringen og kunnskapsoverføring, og et forsøk på oversettelse fra en organisasjon som har hatt suksess, hvor disse praksiser forsøkes overført til liknende organisasjonskontekster. Man har et ønske om å imitere suksessen (Røvik 2007). En praksis sin oversettbarhet er blant annet avhengig av hvor eksplisitt den fremkommer i vertsorganisasjonen. Her menes ”eksplisitt” i hvilken grad den enkelte ide og/eller praksis er kodifisert og språkliggjort, og om den er i en kommuniserbar og overførbar form. Den kan i mange tilfeller også ha karakter av taus kunnskap.

Med dekontekstualisering menes videre at en eller flere aktører med erfaring fra en bestemt praksis i en organisasjon, eksempelvis gjennom foredrag, kurs og lignende, formidler praksisen utenfor organisasjonen. Denne ”utbringingen” er en vanlig måte som oversettelser fra praksis til ideer foregår på og er en kontrollert måte å spre kunnskap på mellom ulike organisasjoner (Røvik, 2007:270-271). Utbringerens translatørkompetanse antas av å bestå av en kombinasjon av kunnskap om sin organisasjon samt idemessige presentasjoner som han formidler til andre kontekster (Røvik, 2007), eksempelvis en annen organisasjon som et annet sjukehus.

Men hvilke arenaer brukes til å formilde, overføre kunnskap og ulike ide`overføringer til andre organisasjons kontekster? I denne sammenhengen brukes arena som en felles betegnelse på de organisatoriske rammene som omgir utbringerens presentasjon av praksisen og kunnskapen. Dette kan være alt fra møter, kurs, seminarer eller opplæring og utviklingstiltak. Arenaene innad i egen organisasjon kalles for intraorganisatorisk arena og er en nær arena (Røvik, 2007). Jo mer konkret en oversettelse er jo mer fremstår den som er speilbilde av praksisen og innslag av trening skal ikke undervurderes (Røvik, 2007). Jo mer trening og involvering av deltakerne desto mer læring. Dette i form av trening eller oppgaveløsning (Røvik, 2007:288-289).

3.4.3 Når ideer oversettes til praksis

Som nevnt tidligere, når en ide ”reiser inn” i en organisasjon, kommer den vanligvis inn i en kompleks kontekst. Eksempler på dette kan være formelle strukturer, rutiner, samt usynlige kulturer. Nye ideer og oppskrifter som kommer inn i organisasjonen kommer ofte inn via toppledelsen, dette vil si øverst i den hierarkiske strukturen. Det er først og fremst toppledelsen som prioriterer og tar inn nye ideer og kunnskap i ulike former. Det er også de som har myndighet til å implementere nye ideer. I ideer og oppskrifter som kommer inn i organisasjonen synker inn og rykker etappevis nedover i organisasjonen. Innholdet får organisasjonenes eget preg da det får lokal oversettelse og tilpasning (Røvik, 2007:293-296). De ulike ideene og oppskriftene får oftest en lokal tilpasning i den organisasjonen de treer inn i og de ”innskriveres” og formes inn i den lokale kontekstens rom og tid.

Det gjøres mange forsøk på å overføre kunnskap mellom organisasjoner, og det lykkes i varierende grad. Noen ideer tas inn i organisasjonen og tas i bruk, andre tas inn men tas ikke i bruk. Translatørkompetansen blir ofte oversett og vannskjøttet, men den har en viktig rolle for å få overført kunnskaper fra en kontekst til en annen, enten det er fra ulike organisasjoner eller

innad i organisasjonen mellom ulike avdelinger. Ofte faller denne translatørrollen på en ansatt i organisasjonen. Og personen som forsøker å implementere kunnskaper bør ha dyder som kunnskap, mot, tålmodighet og styrke for å nevne noen (Røvik, 2007).

Kunnskap og ideer som implementeres i organisasjoner blir aldri innført i et tomt rom ” tabula rasa”. Den blir introdusert i en kontekst der det allerede er aktører. I tillegg finnes det innarbeidede rutiner, strukturer og prosedyrer i organisasjonskulturen. Røvik (2007), viser til at translatøren bør være tålmodig. En av de viktigste oppgavene hans er å prøve å holde ideen i live slik at den ” ikke dør ut”.

Virusteorien til Røvik (2007) er en metafor på hvordan kunnskap sprer seg innad i en organisasjon. Viruset er helt avhengig av vertscellen for å holde seg i livet. Viruset er enkelt og man vet ofte lite om dets opprinnelse. Viruset spres som smitte ved hjelp av smittebærere i organisasjonen. Virus har inkubasjonstid og i en organisasjon med mye motstand så vil inkubasjonstiden påvirkes alt etter hvor sterk motstanden mot ideen er. Mutasjoner kan forekomme av ulike ideer innad i organisasjoner. Ideene muterer og omdøpes i den enkelte organisasjonen. Omdøpingen kan være et forsøk på identitetsmarkering, og gi ideen et lokalt navn som passer organisasjonen bedre. Virus kjennetegnes ved at de veksler ofte mellom å være aktive og inaktive. Liknende mønster ser man relatert til implementering av ideer og kunnskaper i dagens organisasjoner. Noen virus som trer inn i vertscellen og forblir kroniske og ligger der latent hele tiden. De forblir i verten resten av livet (Røvik, 2007).

3.5 Økende tvangsbruk i psykiatrien

En nylig utgitt rapport fra SINTEF i 2008 (Skandinavias største uavhengige forskningsorganisasjon) viser at den samlede bruken av tvangsmidler, samt vedtak mot skjerming, har økt de siste årene. Rapporten viser at fra 2001 til 2007 er det en økning på mer enn 20 prosent, hovedsakelig ved bruk av mekaniske tvangsmidler. Det vil si eksempelvis økende bruk av remmer, belter og skjerming. Undersøkelsen viser betydelige forskjeller i tvangsbruken ved ulike sjukehus. SINTEF konkluderer med at dette er et viktig helsepolitisk funn, da det gjennom denne perioden er gitt økte midler til de psykiatriske sjukehusene med mer ansatte uten at dette ser ut til å ha innvirkning. Tvert imot, da vi ser at det er en så stor økning (Bremnes m. fl, 2008). I en artikkel utgitt i fagbladet *Sinn & Samfunn* (Waksvik, nr 4, 2009) fremkommer det at Stavanger Universitetssjukehus har nedadgående tvangsbruk. I artikkelen er det blant annet et intervju gjort med TMA konsulenten på SUS. TMA

konsulenten påpeker at lite bruk av alarmer gjenspeiler at bruken av tvang er drastisk redusert ved divisjonen, Helse Stavanger. Konsulenten legger til at ledelsen ser viktigheten med å redusere tvangsbruken, og sier at terskelen for å trykke alarm er lav, som igjen fører til trygghet blant personalet da de vet at kollegaene er der hvis noe skulle skje. Er de ansatte trygge og utstråler dette, smitter tryggheten over på pasientene, og hendelser med utagering blir færre. Konsulenten legger til at en konsekvens er at tvangsbruken reduseres. Han påpeker også at TMA er godt forankret i ledelsen og nedover i systemet og at TMA arbeidet er dynamisk og i kontinuerlig utvikling. TMA kurset er obligatorisk for alle ansatte, uansett utdanning eller hvilken stilling de har. Han legger til at dette også gjelder ekstravaktene og at alle ansatte skal ha tatt TMA grunnkurset innen det første halve året de jobber ved divisjonen. Konsulenten påpeker at kurset tar for seg etikk, holdninger, kommunikasjon og beslutningsprosesser. Den praktiske treningen omhandler hvordan man kan unngå lugging, biting, slag og spark. Det er etikk og holdninger som utgjør den vesentligste delen av grunnkurset, og den praktiske biten er en relativt mindre del. TMA konsulenten omtaler grunnkurset som et kurs i å lære mer om aggresjon. Tidligere ble det sett på som kurs i selvforsvar. Det er en endring i holdninger, og dette er positivt legger han til (Waksvik, 2009). TMA konsulenten sier at hele sjukehuset har et HMS⁴ – perspektiv, og ønsker ikke at ansatte skal slutte i jobbene sine grunnet redsel og utrygghet, men føle seg ivaretatt og trygge og bli værende i sine respektive stillinger (Waksvik, 2009).

3.6 Rapportering av skader og avvik

I Helse Stavanger brukes Synergi som avviks og rapporteringssystem. Norsk Sykepleierforbund viser til at det daglig ikke varsles om skader, avvik og feil (Stormyr, 2006). Det er ingen overraskelse at feil og avvik forekommer ofte, og at de underrapporteres i hverdagen sier forbundsleder Slaaten og legger til at det er meget alvorlig at helsetjenesten ikke har en kultur for å alltid melde fra om avvik og skader (Stormyr, 2006).

Alle tjenester som ytes av mennesker innebærer en risiko for feil, og da er man og avhengig av systemer som kvalitetssikrer tjenestene. Man trenger alle skader og avvik innmeldt i et system, for å lettere se etter om det trengs forbedringer eller endringer som kan sette fokus på situasjoner som kan være spesielt gjeldene. Dessverre så preges helsevesenet i dag ofte av syndebukkmentalitet, det vil si at man ofte er på jakt etter syndebukkene. Dette gjør varslingen til en risikosport. Slaaten sier at det trengs en kulturendring i dag i helsevesenet,

⁴ HMS er forkortelsen for: Helse, miljø og Sikkerhet

der det å varsle om feil, skader og nesten ulykker er ønsket og selvfølgelig. Hendelser kan brukes til læring og forbedringer av rutiner og systemer (Stormyr, 2006).

3.7 Skadestatistikk og underrapportering

Arbeidstilsynet får årlig inn om lag 25.000 skademeldinger hvert år, og ca 4000 av disse kommer fra helsesektoren. De har også foretatt en undersøkelse som indikerer at det forekommer en underrapportering på mellom 50 og 75 prosent. Arbeidstilsynet sier at dette derfor sier mer om meldeadferden enn om den reelle sikkerhetssituasjonen (Dolonen, 2009).

Norsk Sykepleiesforbunds landsgruppes leder Unn E. Hammervold understreker at det er lov å sette grenser som helsearbeider (Dolonen, 2009) Biting, kloring, slag og utskjelling av pasienter er ofte en del av hverdagen for mange ansatte i psykiatrien, men Hammervold sier at dette skal de ikke finne seg i. Det må være lov å sette grenser, og si fra på en skikkelig måte. Hammervold mener at sykepleierne aldri må holde vonde opplevelser for seg selv, men må få debrifing, støtte og veiledning fra sine kollegaer (Dolonen, 2009). Hun setter også søkelyset mot at man skal melde ifra, og skrive skade/avviksmelding når noe har hendt.

Forbundsleder i Norsk sykepleierforbund, Lisbeth Normann legger til at alle skal ha en trygg arbeidsplass (Dolonen, 2009). Det er ikke greit at sykepleierne utsetter seg for fare. Hun mener at trusler og vold kan unngås, og uttaler at ” med god bemanning og riktig kompetanse, kan mange situasjoner forebygges. Dyktige ledere følger opp sine ansatte og passer på at de ikke utsettes for unødig fare (Dolonen, 2009).

3.8 Forsknings spørsmål

På bakgrunn av overnevnte teori, synes særlig 4 forskningsspørsmål relevante for å svare på oppgavens tidligere nevnte problemstilling. Disse er aktuelle for å gi et helhetlig bilde av fremstillingen. De lyder som følger:

- 1 : Hvordan fungerer TMA i hverdagen avdelingsvis?
- 2 : Hvordan formidles TMA kunnskap mellom medarbeiderne?
- 3 : Hva er ledelsens rolle, relatert til innføring og opprettholdelse av TMA?
- 4 : Hvordan opplever de ansatte ivaretagelse av egen sikkerhet?

Det er ut fra gitt teori og disse forskningsspørsmålene studiets forskningsdesign formes, samt at problemstillingen forsøkes svart på. Dette bringer oppgaven over i oppgavens design og metode.

4.0 Design og metode

Å samtale er en svært gammel måte å tilegne seg kunnskap på. Vi mennesker samtaler med hverandre og det er gjennom konversasjon at vi lærer hverandre å kjenne. Intervju er en konversasjon som har en viss struktur og hensikt og som går dypere enn den spontane meningsutvekslingen. Forskningsintervjuet er en spesifikk form for samtale (Kvale, 2009), som benyttes i denne oppgaven for å innhente empiri.

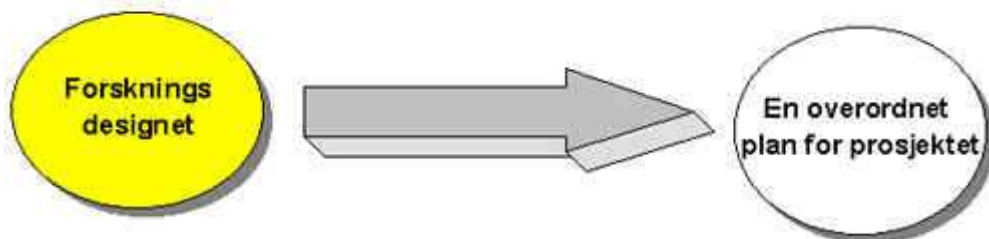
Dette kapittelet omhandler det design og den metode som er brukt for å belyse problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven. Troverdighetskriterier, samt det forskningsetiske aspektet ved en slik studie vil også beskrives.

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign beskriver den strategi forfatteren har valgt for å innhente den informasjonen som er nødvendig for å belyse problemstillingen (Ghauri og Grønhaug, 2002).

Blaikie (2007) påpeker viktigheten ved å lage et detaljert forskningsdesign i forkant. Dette er ikke et offentlig dokument og skal bare benyttes av forskeren selv gjennom prosessen. Dette brukes for å bevisstgjøre forskeren i forkant på ulike aspekter relatert til forskningen.

Det ble også i dette studiet laget en fremdriftsplan og prosjektskissen i forkant av oppgaven.



(Sander, 2004).

På bakgrunn av temaene hittil belyst er hensikten å få innblikk i ansattes mening om den enkelte enhets TMA trening og opprettholdelsen av denne kompetansen. Ved å belyse dette kan man få viktig kunnskap om hvordan TMA fungerer per dags dato.

Målgruppen for studie er de ansatte da det er de som og sitter på kunnskap og informasjon om hvordan TMA innføres og opprettholdes i hverdagen ved Psykiatrisk divisjon, ettersom det er de ansatte som gjennomfører TMA i praksis.

Det er i denne forskningsoppgaven benyttet en kvalitativ metode med et eksplorerende (utforskende) design. Ut fra overnevnte formål synes en kvalitativ metode å være den som best kan belyse problemstillingen. Dette fordi den gir innblikk i de ansattes opplevelser relatert til implementeringen av TMA og hvilke tanker de gjør seg om dette tema.

Metoden er hermeneutisk forankret og er interessert i det særegne og hvordan de ansatte oppfatter sin virkelighet relatert til problemstillingen. Det benyttes en åpen induktiv tilnærming med 3 fortolkningsnivåer, med et spenn fra empiri til teori for å få frem ulike forståelser og fortolkninger av TMA. Viktige funn kan eventuelt brukes i videre arbeid med implementering og opprettholdelse av TMA i Psykiatrisk divisjon. Metoden er holistisk, da individet belyses i en organisatorisk sammenheng og intervjues i fokusgrupper (Jakobsen, 2005).

Studien er intensiv da den går i dybden for å frem så mange nyanser som mulig av selve fenomenet. Det er en tverrsnittstudie som blir gjort ved kun ett tidspunkt (Jakobsen, 2005). Andregangsintervjuet gjøres for å validere funn senere, og er dermed deskriptivt (beskrivende). Overordnet her studeres likevel et eksplorerende design, da informasjon frembringes i fokusgruppeintervju om hvordan implementeringen av TMA er i dag, samt hva som eventuelt kan endres (Jakobsen, 2005). Dette på bakgrunn av problemstilling med påfølgende forskningsspørsmål, som nevnt.

4.1.1 Fokusgruppeintervju

Kort sagt er et fokusgruppeintervju et strukturert gruppeintervju, hvor en eller to personer leder et intervju med anbefalt ca 6 til 10 deltakere (Morgan, 1997). På bakgrunn av dette er fokusgruppene i denne oppgaven ca den størrelsen. Fokusgruppeintervju er videre et gruppeintervju som bruker den sosiale gruppeinteraksjonen og ikke bare spørsmål-svar formatet under intervjuet (Mertens, 2005). Deltakerne er vanligvis brukere, men metoden kan også brukes på ansatte eller samarbeidspartnere. Intervjuene bør ha en uformell form, med mulighet for at deltakerne kan komme med egne tema og innspill. Ved at deltakerne samtaler om sine erfaringer kan man få frem mer informasjon enn ved å intervju et og ett gruppe medlem (Morgan, 1997). Tidsrommet relatert til fokusgruppeintervju varer vanligvis mellom 1 til 2 timer (Gibbs, 1997). Nøkkelen til en god fokusgruppe er at gruppen består av variasjon, i eksempelvis alder, kjønn og yrke (Mertens, 2005).

Fokusgruppeintervju kan brukes når man ønsker informasjon om et emne og/eller et fenomen (Berg, 2009). Fokusgruppeintervjuet involverer en organisert diskusjon med en utvalgt gruppe av individer til å gi informasjon om deres mening relatert til et bestemt emne / fenomen (Gibbs, 1997). Hovedhensikten med fokusgruppeintervjuet er å få frem de ulike deltakernes tanker, meninger, erfaringer og holdninger relatert til et spesielt tema. Fordelene er at man får vite hva personen selv mener, samtidig som man får en diskusjon og delte meninger rundt et spesielt tema. Deltakernes tanker rundt emnet fremtrer bedre i en slik sosial setting som en fokusgruppe situasjon er (Gibbs, 1997). Det er denne gruppekonteksten som kan fremskaffe informasjon som ikke ville fremkommet under et intervju en-til-en. Samtidig er ikke et fokusgruppeintervju like lett å kontrollere, da det ofte er gruppen som styrer samtalen. Samtidig vil det sannsynligvis fremkomme mer og bredere informasjon på kortere tid når det er i en gruppe. Et annet viktig aspekt er at fokusgrupper egner seg bra når forsker er ute etter forskjeller rundt et gitt emne (Gibbs, 1997).

Fokusgruppene er velegnet til å finne forbedringsområder ut fra hva brukerne eller andre opplever eller savner, samt gi ideer til hva som bør gjøres annerledes. I dette studiet relateres dette til hvordan TMA innføres og opprettholdes. Viktige funn skal presenteres for ledelsen, og kan dermed gi riktig informasjon om TMA slik det praktiseres i dag. Viktigheten med å samle respondenter i en gruppe fremfor å intervju deltakerne enkeltvis, er at deltakerne må forholde seg til hverandres meninger. Fokusgrupper gir derved mulighet til å komme dypere og mere konkret ned i studiens problemstilling, samt forskningsspørsmål (Morgan, 1997). Det er interaksjonen de ulike gruppedeltakerne imellom som får frem mer fra deltakernes meninger og synspunkt rundt et gitt tema. Fokusgruppeintervjuet tillater enighet og uenighet i samtale og diskusjon i intervjuet. Interaksjonen fremmer holdninger, meninger samt erfaringer til utvalgte tema, som igjen vil forhåpentligvis gi svar på oppgavens forskningsspørsmål. Metoden kan slik brukes som en løpende kvalitetsvurdering og bidra til endring og utvikling av nye tiltak for å bedre TMA opplegget i praksis (Morgan, 1997). Det antas her at ved å intervju de ansatte fremkommer nøkkelinformasjon om implementeringen og sikkerhetskulturen relatert til TMA. Det har blitt påpekt tidligere at de ansatte er bindeleddet mellom pasientene og lederne. Samt i dag er det de ansatte som til daglig utøver sikkerhetsforebyggende arbeid, som eksempelvis TMA trening. Det er de ansatte som kjenner sikkerhetskulturen i organisasjonen, samt som har kunnskaper om implementering og opprettholdelse av TMA. De ansatte er i nærkontakt med både ledelsen og pasientene, og dermed sitter de med mye informasjon som antas å være relevant i forhold til oppgavens

problemstilling da de ansatte er den ”utøvende” part. Målet her var ikke at deltakerne i fokusgruppen skulle komme frem til en enighet eller en ensidig konklusjon om TMA praksisen, men få frem tanker, erfaringer og meninger rundt oppgavens problemstilling.

4.1.2 Styrker og svakheter ved fokusgruppeintervjuet.

Fordelen ved å bruke fokusgrupper, som nevnt over, er at man får en dypere innsikt i temaet og deltakernes meninger, følelser, erfaringer og tanker. Den empiri og de funn som fremkommer under et slikt intervju, er et direkte resultat av selve interaksjonen gruppedeltakerne imellom (Gibbs, 1997). I fokusgruppen kan forskeren observere respondentenes⁵ enighet og/eller uenighet. Forskeren som leder intervjuet i fokusgruppen har også en unik fordel ved å kunne styre intervjuet. Dermed kan medlemmene bli bedt om å utdype noe underveis, eventuelt en diskusjon rundt et tema eller sammenligne seg selv med de andre i fokusgruppen (Morgan, 1997).

Svakheterne ved å bruke fokusgruppeintervju kan være relatert til at dette er en interaksjon mellom medlemmene, og forskeren. Dette kan resultere i at respondenten forklarer seg mindre enn han ville gjort i en annen intervjusetting. Respondentene kan unngå å uttale seg om sin egentlige tanker og meninger hvis gruppen er uheldig satt sammen, hvor man kan av ulike grunner vegre seg til å ytre påstander, erfaringer og egne meninger. Et eksempel på dette kan være at man er i samme gruppe som en kollega man er ukomfortabel med, som resulterer i at man vegrer å ytre sine meninger under fokusgruppeintervjuet. De ulike gruppedeltakerne kan påvirke og/eller innvirke på hverandre positivt og negativt under intervjuet (Morgan, 1997). Etter svakheter tatt i betraktning syntes det likevel hensiktsmessig å bruke fokusgruppeintervju, da det gir et godt innblikk i respondentenes meninger og erfaringer rundt oppgavens tema.

4.1.3 Intervjuguide

Det ble på forhånd laget en intervjuguide som skulle være en hjelp til å holde fokus under intervjuet. Intervjuguiden (se vedlegg A) ble utarbeidet gjennom en arbeidskrevende prosess med flere revurderinger underveis. De ulike spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av teori, relevante artikler og forskningsspørsmål relatert til oppgavens problemstilling. Det er kunnskapen om et fenomen eller tema som ligger til grunn for å kunne stille konstruktive spørsmål, samtidig som et godt spørsmål bør bidra til å produsere kunnskap (Kvale, 2009).

⁵ Deltakerne i disse 2 fokusgruppene blir omtalt som respondenter og ikke som informant da de som respondenter er en direkte kilde til empirien (Jakobsen, 2005).

Det ble utarbeidet en halvstrukturert intervjuguide, da en for fast struktur kan bidra til å ”låse” samhandlingen og gjøre interaksjonen mer mekanisk (Ryen, 2002). Guiden inneholdt 5 hovedtema, med underpunkter under disse. Det var viktig å legge til rette for diskusjon, meningsytringer og drøfting av temaene. Rollen som ordstyrer var å ikke blande seg for mye inn i samtalen samt diskusjonen. Intervjuguiden la vekt på åpne spørsmål. Dette som en invitasjon til diskusjon i gruppen. Det ble stilt oppklarende spørsmål underveis, når noe var uklart. Formålet var å fremskaffe kunnskap om hvordan TMA implementeres og opprettholdes ved Psykiatrisk divisjon Stavanger. Hovedhensikten var å få tak i de ansattes egne meninger omkring TMA opplegget på deres avdeling, og hvordan dette er implementert og om det fungerer i hverdagen. Ved at intervjuer styrer samtalen inn på de ulike hovedtemaene, foregår dette intervjuet som en samtale som har en struktur og formål (Kvale, 2009).

4.1.4 Vitenskapelig forankring

Enhver tekstanalytisk metode er en hermeneutisk metode. Enhver overveielse over hva tolkning er, hva forståelse er, og hvordan en tekstanalyse skal gripes an – alt dette er eksempler på en hermeneutisk overveielse. Den kvalitative analysen veksler hele tiden mellom de enkelte delene og helheten. Det er denne vekslingen mellom delene og helheten som ofte kalles for den hermeneutiske spiral (Jakobsen, 2005) Analysen blir ofte omtalt som den hermeneutiske spiral grunnet sin ”spiralform”. Hermeneutikk omhandler det å fortolke en tekst og skape mening ut av denne (Jakobsen, 2005:185-186). *”Tolkeren går dypere enn til det som blir direkte uttalt, og utarbeider strukturer og meningsrelasjoner som ikke umiddelbart er synlig i teksten”* (Kvale, 2009:133). Spiralformen kan bli eksemplifisert som en ”runddans” hvor det i dette studiets analyseprosess kontinuerlig veksles mellom de ulike delene og helheten. Det er denne ”rundansen” som bidrar til at ulike fortolkninger av respondentenes meninger relatert til TMA fremkommer etter hvert i prosessen.

4.1.5 Troverdighetskriterier: Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Ved å velge et design som kvalitativ metode for å få svar på oppgavens problemstilling bringes spørsmål om troverdighet og pålitelighet gjennom hele prosessen. Ontologi er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut, ”slik ting faktisk er” (Jakobsen, 2005:24). Når studien har kvalitativ metode og fokusgruppeintervju som strategi bringer det forskeren inn i respondentenes verden, det vil si sosiale fenomener og læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Ved å velge fokusgruppeintervju som strategi er det nettopp det som skjer: man

tar del i sosiale fenomener og undersøker sosiale realiteter. Epistemologi er læren om kunnskap og hvordan vi kan vite noe om virkeligheten, og i hvilken grad der er mulig å tilegne seg denne kunnskapen (Jakobsen, 2005:25-26). Et sentralt spørsmål fra epistemologien er hvordan vi kan fremskaffe kunnskap om sosiale fenomener (Langhelle, 2007). Dette studiets strategi er nettopp å fremskaffe kunnskap gjennom fokusgruppeintervju. Dette fordi fremgangsmåten vil kunne si noe om ulike sosiale fenomener og realiteter (Jakobsen, 2005). Å fremskaffe empiri som er til å stole på bringer oppgaven over i studiets troverdighetskriterier: reliabilitet og validitet i forskningen. Reliabilitet betyr pålitelighet, sannferdighet og at all dataene er til å stole på. Med validitet menes at all data er gyldig. Reliabilitet og validitet er to ord som ofte brukes om hverandre relatert til troverdighet i forskningen (Fog, 1998:155-156). Påliteligheten ligger som en forutsetning for gyldigheten (Fog, 1998).

Det som er styrende i denne masteroppgaven er å fremskaffe pålitelige og valide funn. Dette har med å gjøre at de empiriske funn skal være troverdige. Det er viktig at leseren kan stole på de data og utsnitt av virkeligheten som fremkommer i forskningsprosessen (Fog, 1998). Kvale (2009) omtaler generaliserbarhet, reliabilitet og validitet som den vitenskapelige treenigheten i verifisering av kunnskap. Verifisering i forskningen er et tema som diskuteres ofte innenfor samfunnsvitenskapene. Funn som fremkommer er i hovedsak gjeldene for studiets respondenter og kan ikke nødvendigvis sees på som overførbare, her til alle ansatte under Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger. Likevel er det nærliggende å tro at andre ansatte i organisasjonen kan kjenne seg igjen i disse.

Validiteten følger gjennom hele oppgaveprosessen, fra start med utførelse av fokusgruppeintervjuet til å analysere og tolke dataene som er samlet inn (Fog, 1998).

Å stille ledende spørsmål kan svekke reliabiliteten (Kvale, 2009). Derfor er det som forsker viktig å være bevisst dette. For å ivareta validitet og reliabilitet ble intervjuene fra denne studien tatt opp på bånd. I etterkant ble intervjuene transkribert i sin helhet og deretter kategorisert. Videre ble datamaterialet fremstilt i en forenklet tabell, kategorisert ut fra tema. Tabellene ble bearbeidet og forenklet flere ganger. Dette for å få bedre oversikt og finne kjernen i det som ble sagt. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i to omganger. Dette for å validere funnene, og fremskaffe så valide og reliable data som mulig. Ved andregangsintervjuene ble tabellen med tematiserte funn gitt respondentene i forkant. Dette

for å forsikre meg om at jeg hadde forstått respondentene riktig, og ikke utelatt viktig informasjon.

4.2 Metodevalg

4.2.1 Hva er så metode?

Metode blir beskrevet som: ” *en måte å gå fram på for å samle inn empiri, eller det vi kaller data om virkeligheten*” Jakobsen (2005: 24). Metoden er da et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av den såkalte virkeligheten. Mange kan forledes til å tro at metoden er et teknisk hjelpemiddel, som en slags kokebok, men så enkelt er det ikke (Jakobsen, 2005). Problemet er at det finnes en grunnleggende uenighet om hva som er sannhet og virkelighet og diskusjonen dreier seg rundt hvordan bør man samle inn informasjon for nettopp å få en best mulig tilnærming til virkeligheten. Sagt på en enklere måte: ” *metode er veien til målet*” (Kvale, 2009:52).

For å skape en så objektiv distanse til prosjektet som mulig har det vært et poeng å ikke bruke egen arbeidsplass i prosjektet. Samtidig er det en viss nærhet grunnet eget ansettelsesforhold i samme organisasjon, men ved et annet DPS. Ord brukes istedenfor tall, det vil si kvalitativ metode, da det er den beste måten å fremskaffe kunnskap til oppgavens problemstilling. Det har blitt påpekt at metoden er hermeneutisk forankret og er interessert i det særegne og hvordan de ansatte oppfatter sin virkelighet relatert til min problemstilling. Som tidligere nevnt brukes en åpen induktiv tilnærming, fra empiri til teori (Jakobsen, 2005), for å få frem ulike forståelser og fortolkninger av implementering og opprettholdelse av TMA.

4.2.2 Utvalg og datainnsamling

Det er totalt 1194 ansatte (i ulike stillingsstørrelser) ved Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger, og det er ut fra disse at utvalget ble tatt. Fokusgruppene kom fra to ulike avdelinger underlagt et DPS og to ulike avdelinger underlagt divisjonen på Våland.

Psykiatrisk divisjon ved Stavanger Universitetssjukehus ble kontaktet på bakgrunn av egen ansettelse i Psykiatrisk divisjon. Sett i lys av overnevnte problemstilling var SUS en spennende organisasjon å ta utgangspunkt i. Undervisnings og fagavdelingen ved Psykiatrisk divisjon ble først kontaktet, og en presentasjon av hensikten med oppgaven ble fremlagt. Det ble informert om muligheten for å presentere empiriske funn for ledelsen ved Psykiatrisk divisjon. Dette kan ha vært motivasjon og en av årsakene til at ledelsen gav full tilgang til

organisasjonen. Fagavdelingen henviste videre til TMA konsulenten, som er TMA ansvarlig ved divisjonen. Oppgavens problemstilling og metode ble presentert for overnevnte med tanke på å intervju i fokusgrupper. De var alle positive fra første stund. TMA konsulenten henviste til de ulike seksjonslederne og ulike avdelingsledere, samt et DPS som han mente kunne ha mulighet for deltakelse. De ulike seksjonslederne ved divisjonen på Våland ble oppsøkt personlig og det ble sendt mail med mer detaljerte opplysninger om oppgaven. Responsen var positiv og det ble gitt videre tillatelse til å kontakte de ulike avdelingslederne. Sjefslegen ble også kontaktet grunnet tilgang til viktige Synergi-statistikker, da dette ikke er offentlige dokumenter. Det ble gitt full tilgang. Informasjonsbrev ble sendt de ulike avdelingslederne i tillegg til personlig oppmøte på hver enkelt avdeling for å levere ut samme skriv. Dette fordi egen erfaring tilsier at det er mye informasjon som daglig sendes ut til de ansatte og lederne, og mye informasjon "forsvinner" i mengden i en travel hverdag. I brevet til avdelingslederne (vedlegg B) ble det bedt om at respondentene burde ha vært ansatt minimum 6 måneder, samtidig som det ikke burde være en TMA ressursperson da dette kunne legge en demper på gruppedynamikken og viktig informasjon ikke ville fremkomme. Det ble ytret ønske om bredde på respondentene med tanke på alder, kjønn, erfaring og utdanning. Med andre ord spilte det ingen rolle om det var sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, hjelpepleiere eller assistenter. Det er overnevnte faggrupper som daglig er i kontakt og har ansvar for pasientene. Denne tverrfagligheten for å få en best mulig bred diskusjon i fokusgruppen fordi TMA som nevnt gjelder for alle ansattgrupper under Psykiatrisk divisjon (Waksvik, 2009). Det var de ulike avdelingslederne som plukket ut respondenter til studiet. Dette grunnet praktiske hensyn som turnus, tilgjengelighet og hvem som var på jobb den dagen intervjuet skulle utføres. Respondentene ble kontaktet i forkant av intervjuet av sin leder. Leder overrakte dem informasjonsbrevet (se vedlegg C) med bakgrunn og hensikten relatert til oppgaven, samt tidspunkt for intervju.

Fokusgruppene er relativt homogene selv om de er sammensatt av medlemmer fra samme organisasjon, men fra flere ulike avdelinger. Disse to homogene gruppene er satt sammen ut fra en tankegang om at de ulike respondentene bør være så like som mulig (Jakobsen, 2005). En av grunnene til at dette er fornuftig er at de har et felles erfaringsgrunnlag å diskutere ut ifra, samt mange av de samme erfaringene da de jobber innen samme organisasjon. Dette kan igjen føre til at utvekslingen av erfaringer gjøres lettere for respondentene da man er i en gruppe hvor man er sosialt ganske like og har et potensielt fellesskap. En annen viktig grunn er at dette kan føre til at kommunikasjonsbarrierene er lave mellom de ulike deltakerne og

dermed prater godt sammen. Homogene grupper tillater en interessant sammenlokning av synspunkter og meninger i ulike grupper.

Valget på homogene grupper ble enkelt da det ut fra problemstilling var ønsket en gruppes syn på fenomenet TMA, på divisjonen, Våland og på et DPS (Jakobsen, 2005).

Da de ulike respondentene møtte opp til intervjuet ble det gitt en 15 minutters introduksjon om egen bakgrunn og hva som var hensikten med masteroppgaven. Informasjon ble også gitt muntlig om at det var ønskelig med et andregangsintervju, slik at de var forberedt på dette. Hver enkelt respondent fikk utlevert en oversikt med de ulike hovedtemaene som skulle gjennomgås under fokusgruppeintervjuet. Dette ble gitt for at respondentene lettere skulle kunne holde tråden i intervjuet, samt at det er mer oversiktelig da dette var skriftlig. Respondentene var informert om at det under hele intervjuet ville bli brukt båndopptaker. Intervjuguide ble ikke sendt ut til respondentene i forkant, dette grunnet ønske om spontane svar samt en diskusjon som formes underveis, og som ikke er for mye diskutert i forkant. I forkant av selve intervjuet var informert samtykke signert.

Ved første gjennomførte intervju på det distriktpsikiatriske senteret møtte det opp 7 informanter. Det var god variasjon i kjønn, alder, erfaring og utdanning, samt at de representerte ulike avdelinger. Ved andregangsintervjuet møtte det opp 6 informanter.

Ved første intervju ved divisjonen på Våland møtte det opp 1 person, som kom 25 minutter for sent. Dette tross flere positive muntlige tilbakemeldinger fra flere avdelingsledere om at det ville sendes 2 informanter fra 4 ulike avdelinger. Det vil si at 8 respondenter var ventet ved første fokusgruppeintervju, og bare 1 møtte opp. Dette resulterte i ny invitasjon til et nytt intervju, da dette ikke lot seg gjennomføre med bare en enkelt informant i et fokusgruppeintervju. Ved andre forsøk på divisjonen ble det lovet ca 6 respondenter. Men bare 3 møtte opp, hvorav 2 kom 20 minutter etter planlagt start av intervjuet. Intervjuet ble likevel gjennomført i sin helhet, og respondentene representerte ulike avdelinger fra divisjonen på Våland. Ved andregangsintervjuet ved divisjonen på Våland møtte det opp to respondenter fra de to avdelingene. En informant kom 20 minutter for sent, men andregangsintervjuet ble allikevel gjennomført som planlagt. Under fremstilles respondentene i en enkel tabell som viser deres bakgrunn/ utdanning:

Bakgrunn	DPS	Divisjonen, Våland
Psykiatrisk Sykepleier:	2	
Sykepleier:	2	2
Hjelpepleier :	1	
Ufaglært / assistent:	1	1
Annet (verneombud):	1	
Totalt 10 respondenter:	7 respondenter	3 respondenter
	Kvinner: 4 / Menn: 3	Kvinner: 3 / Menn: 0

På DPS`et var en av respondentene en TMA ressursperson, samt at to andre hadde erfart vervet som ressursperson fra tidligere. Fra Våland var det ikke ressurspersoner, ei heller noen som hadde erfart å være det tidligere.

Hvert fokusgruppeintervju ble gjennomført to ganger. Dette for å validere funn fra første intervju, samt at det gav mulighet for oppfølgingsspørsmål på områder som eventuelt var uklare, og at respondentene kunne komme med eventuelle tilføyelser. Egen rolle under intervjuet bestod av å stille spørsmål til respondentene, samt lytte og ikke fordre egne meninger underveis. Samtidig ble de bedt om å utdype ulike meninger og erfaringer underveis. Jeg var oppmerksom på ikke å opptre som ekspert da jeg selv fremdeles jobber som sykepleier under Psykiatrisk divisjon, og er TMA ressursperson. Hensikten var å få frem respondentenes egne tanker og meninger. Som ordstyrer var jeg forberedt på å måtte styre gruppen hvis eventuelle diskusjoner ble ”hete”, for personlige eller omhandlet noe annet enn det studiet omhandler. Jeg hadde ingen erfaring fra tidligere med verken gruppeintervju eller gruppeprosesser. Det ble forsøkt tilrettelegging for en god og avslappet atmosfære i fokusgruppene. Det ble også servert kaffe underveis.

4.2.3 Analyse

Etter intervjuene var gjennomført, ble de transkribert i sin helhet under kodet fremstilling. Transkripsjonen ble brukt som et verktøy for senere tolkning av intervjuene (Kvale, 2009). Deretter ble empirien fremstilt i en tabell hvor de ulike temaene var kategorisert og forenklet. Denne presentasjonen ble gitt alle respondentene i forkant av andregangsintervjuet. Dette fordi respondentene selv kunne gjennomgå funnene fra første intervju, og gi tilbakemelding på dette under andregangsintervjuet.

Kvales (2009) seks analysetrinn ble brukt som utgangspunkt for analysen. I følge Kvale (2009) er formålet med en analyse å avdekke meningen med spørsmålet. Man skal få frem det som ligger bak. Under presenteres trinnenes innhold kort kronologisk. Deretter fremstilles trinnene relatert til selve intervjuet, sett i lys av oppgavens tema og problemstilling.

I første analysetrinn beskriver intervjupersonene sin livsverden under intervjuet. Her forekommer liten tolkning verken fra intervjuerens eller intervjupersonenes side. Andre trinn er at intervjupersonene selv oppdager nye forhold i løpet av intervjuet, og igjen ser nye betydninger i det de opplever og gjør (Kvale, 2009). I det tredje trinnet foretar intervjueren i løpet av intervjuet tolkninger og fortettinger av meningen av det intervjueren selv sier, og ”sender” meningen i retur. I analysens fjerde trinn blir det transkriberte intervjuet tolket av intervjueren. Her struktureres og klargjøres datamaterialet, slik at det blir mer mottakelig for analyse. Trinn nummer fem er gjen-intervjuing hvor tilbakemelding og tolkning er gjort og gis tilbake til deltakerne. Her får deltakerne mulighet til å komme med kommentarer på intervjuerens tolkninger, samt utdype egne opprinnelige uttalelser (Kvale, 2009:122-123). Et mulig sjette og siste trinn vil være å forlenge tråden som går fra å beskrive og tolke, til å omfatte handling. Endringene kan fremkalle endring i sosial sammenheng på bakgrunn av funn fremkommet under forskningen (Kvale, 2009:122-123).

I første analysetrinn relatert til selve intervjuene fremkom respondentenes tanker, holdninger, synspunkt og meninger da de beskrev de ulike oppfatninger av TMA, og hvordan dette verktøyet fungerer ved deres avdeling. De fortalte spontant om egne erfaringer og meninger relatert til implementering og treningsopplegget relatert til TMA. Det var som en samtale mellom de ulike respondentene i fokusgruppen. Rollen som forsker i denne fasen var å lytte aktivt. Intervjuet ble tatt opp på bånd, slik at det helt og holdent ble fokusert på samtalen og diskusjonen underveis. Siden studiet i sin helhet er gjennomført av kun en person, ble det ikke notert underveis. Derfor ble det brukt to båndopptakere slik at ikke informasjon fra intervjuene skulle gå tapt i prosessen. Båndopptakerne ble startet etter alle hadde presentert seg i gruppen. Den åpne og halvstrukturerte intervjuguiden gjorde det mulig å spørre om oppfølgningsspørsmål der dette falt seg naturlig underveis.

Det andre analysetrinnet kom mer eller mindre av seg selv under intervjuet ved at respondentene diskuterte seg imellom. De tok intervjuet til en dypere meningsutveksling relatert til innføring og opprettholdelse av TMA på deres avdeling. De utvekslet erfaringer og diskuterte hvordan TMA kunnskapen er i dag for dem selv og kollegaer, samt om hva de

mener kan være ulike tiltak til forbedring. Selve analyseprosessen går dypere på dette trinnet da de ulike gruppedeltakerne nå tolker hverandres meninger og utsagn. Det samme gjaldt i rollen som forsker / ordstyrer også.

Kvales (2009) tredje analysetrinn tar for seg ordstyrers rolle som tolker underveis i intervjuet. Det ble spurt spørsmål underveis når det var usikkerhet rundt hva informanten mente, eller hva en diskusjon inneholdt helt konkret. Dette henspeler en ubevisst tolkning, som igjen gav mulighet til å få utdypet, bekreftet eller avkreftet ulike meninger og påstander fra de ulike respondentene. Underveis ble det stilt oppklarende spørsmål som: ”*er det dette dere mener?*”. Disse spørsmålene kom naturlig underveis som en forsikring om at utsagn, meningene og diskusjoner ble oppfattet riktig. Denne formen for intervjuing medfører en kontinuerlig tolkning med mulighet for å få en umiddelbar bekreftelse eller en avkreftelse av egne tolkninger som intervjuer (Kvale, 2009:122-123). Dermed var det mulighet underveis til å oppklare eventuelle mistolkninger fra eget hold.

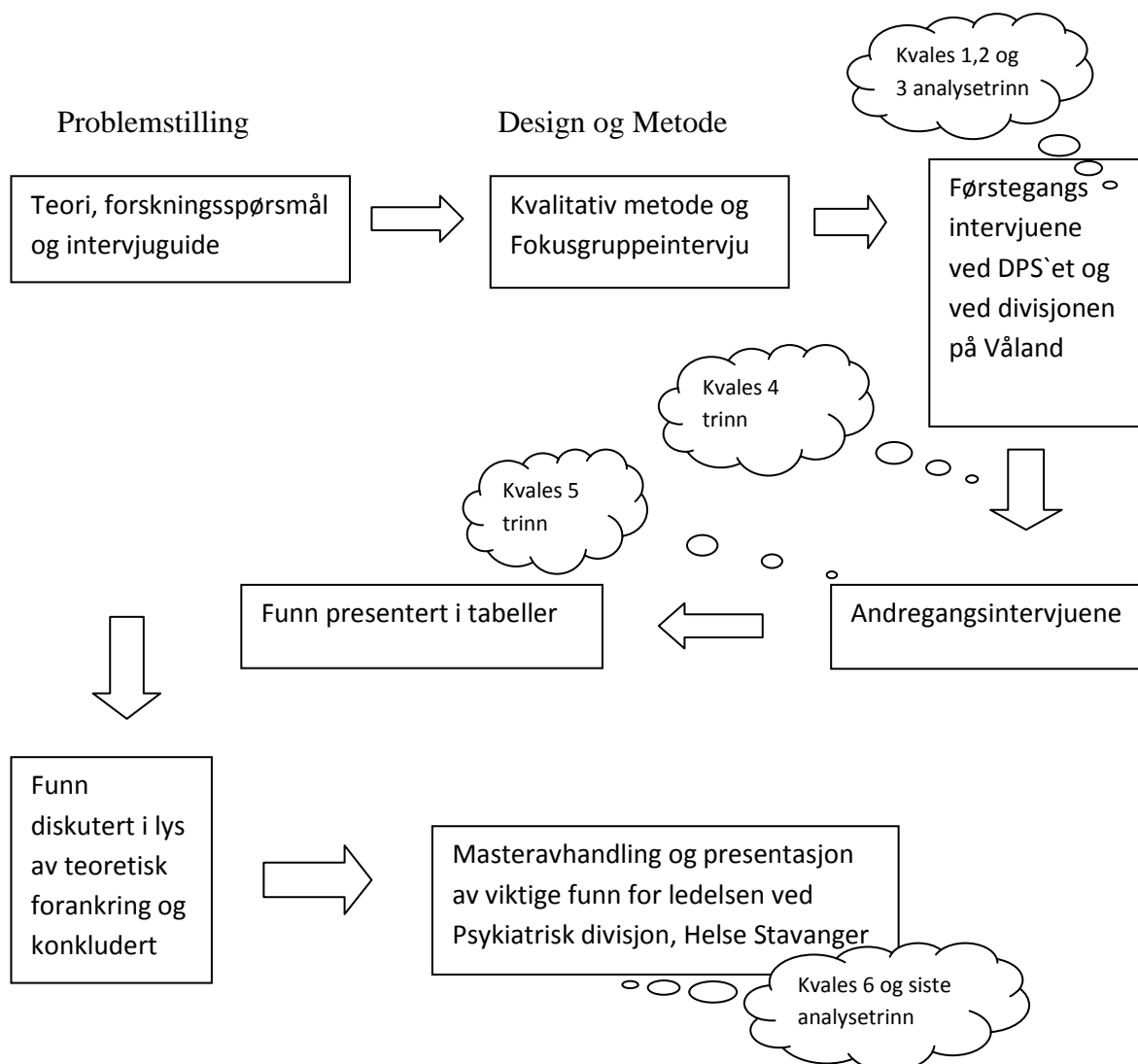
I analysens fjerde trinn ble begge intervjuene transkribert i sin helhet. De to ulike fokusgruppene, samt respondentene, ble kodet, og funnene tematisert i en oversiktlig tabell. Tabellen skiller mellom de to ulike fokusgruppene, da dette gjør dem lettere å sammenligne. Det er med andre ord brukt en komparativ fremstilling. Intervjuguiden som respondentene fikk en forkortet utgave av ved intervjuet, ble brukt. Det vil si at hovedtemaene i intervjuguiden ble brukt som hovedtema i den skjematiske fremstilling av empirien. Dette gav en god oversikt. Dette ble gjort enda en gang for å korte ned empirien (eliminere mindre vesentlig empiri) og gjøre funnene mer oversiktlig for respondentene. Denne oversiktelige tabellen med funnene ble også sendt ut til respondentene i forkant av andregangsintervjuet. Dette for at de skulle få tid til å lese gjennom det de selv hadde sagt, og se om det var noe som var misoppfattet fra forskerens side, eller om de ville legge til noe. Samtidig gav det meg som forsker og intervjuer en god oversikt over hva jeg ville ha en eventuell fordypning eller oppklarhet i.

I dette nest siste og femte trinnet foregikk andregangsintervjuet hos begge fokusgruppene. Dette for å validere funn, og som nevnt i trinn fire oppklare og stille eventuelle oppfølgingsspørsmål. Da intervjuet var gjengitt skjematisk og sendt ut til respondentene før møtet andre gang, var det en god anledning for respondentene selv å komme med eventuelle innspill, forklaringer samt å legge til informasjon i etterkant. Her ble noen få oppklaringer

tillagt samt informasjon om eventuelle forbedringstiltak. Ved dette oppfølgingsintervjuet ble det stilt oppklarende spørsmål som: ” mener dere at...”, for å være sikker på å ha forstått respondentene korrekt. Samtlige av respondentene gav positiv tilbakemelding underveis i andregangsintervjuet på at en slik skjematisk fremstilling av forrige intervju, gav dem et godt overblikk over hva som hadde blitt sagt i forhold til ulike tema.

Kvale (2009) viser til et potensielt sjette og siste analysetrinn i sin metodeteori. Her kommer eventuelle handlinger inn i etterkant av studiet. Hensikt med dette studiet som nevnt innledningsvis er å presentere funn til ledelsen ved Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger. Dette er funn som kan vise til ulike tiltak som kan settes i gang for å bedre kunne innføre, bruke og opprettholde TMA kunnskapen for de ansatte i Helse Vest.

Det presenteres en forenklet modell nedenfor som viser forskningsprosessen i sin helhet. Denne blir sett i sammenheng med sett Kvaless 6 analysetrinn som er brukt underveis i oppgaveprosessen.



4.2.4 Å velge kvalitativt

Relatert til studie fremkommer det i etterkant at det kunne vært en til to fokusgrupper til, dette grunnet få respondenter i gruppen fra divisjonen på Våland.

Fokusgruppeintervjuet på divisjonen måtte avlyses ved første avtalte møte da respondentene ikke møtte opp som bekreftet i forkant av intervjuet. Og ved andre forsøk på fokusgruppeintervju ved divisjonen møtte der færre respondenter enn det som var bekreftet i forkant. Det møtte 3 av i alt 8 respondenter. To av de tre respondentene som deltok i fokusgruppeintervjuet fra divisjonen på Våland kom i tillegg 20 minutter for sent.

På en annen side er et intervju med en-til-en kontakt lettere å arrangere fordi det er lettere å organisere. Dette kunne nok vært brukt inne på divisjonen, men samtidig var hensikten en dypere forståelse og meningene til respondentene i en sosial setting med gruppeinteraksjon og at meninger fremkom av denne interaksjonen. TMA er et redskap som er felles for de ansatte, og det er derfor viktig å få frem de ansattes meninger i felleskap. Det er fellesskapet som kan si noe om innføringen og opprettholdelsen av TMA. Fordelen med fokusgruppeintervju er å få frem mange uttalelser på kort tid samtidig som det er en diskusjon rundt teamet.

Hvorvidt påvirkning mellom de ulike respondentene da de jobber ved samme sted, men på ulike avdelinger er uvisst. Det viste seg at de ulike respondentene kjente hverandre lite, til tross for å jobbe under samme enhet. Men tilsynelatende gikk den sosiale interaksjonen fint, og det var en god atmosfære i begge fokusgruppene. I den ene fokusgruppen var en av respondentene mer dominant i gruppen, men gruppedynamikken så ikke ut til å bli dempet. Alle i gruppen fikk mulighet til å si sin mening.

4.2.5 Forskningsetiske aspekter

Etiske avgjørelser må ikke bare tas under intervjuene, men gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, 2009). Man bør tenke etikk helt fra planleggingsfasen og være oppmerksom på følsomme temaer som kan dukke opp underveis i prosessen.

Det foreligger særlig tre etiske regler for forskning på mennesker, nemlig det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 2009). Et informert samtykke skal innebære at intervjupersonene informeres om hva som er prosjektets mål, hensikt og hva det skal brukes til. Dette skal det informeres om i forkant av intervjuet, og informanten skal ha mulighet til å trekke seg når som helst under forskningsprosessen. Det viktigste av alt er at informanten deltar på frivillig basis. I gjeldende forskningsprosess ble samtykke signert (se vedlegg D), og intervjupersonene ble informert om oppgavens hensikt, mål, og hvordan

informasjon og data skal brukes i etterkant. All informasjon av denne sort ble gitt i forkant av intervjuet. Den andre etiske regelen, konfidensialitet, innebærer at man ikke skal offentliggjøre intervjupersonene som har deltatt i forskningen. Data i forskningen skal ikke avsløre intervjupersonens identitet (Kvale, 2009). Et eksempel på dette kan være ikke å angi hvilke avdelinger respondentene kommer fra ved Psykiatrisk divisjon, ei heller hvilket DPS som er intervjuet. Det skal ikke frigis informasjon som kan avsløre hvem som har sagt hva. Det inngås et løfte fra den som intervjuer, om å holde respondentenes identitet skjult for offentligheten. Selve transkripsjonen ble også skrevet kodet. Hver enkelt deltaker ble tildelt bokstaver og tall, slik at det foregikk anonymt (Kvale, 2009).

Informanter ble oppfordret til en moralsk taushetsplikt ved å holde dette fokusgruppeintervjuet oss deltakere imellom anonymt, slik at det ikke for noen skapes negative konsekvenser eller etterspill i etterkant. Denne moralske taushetsplikten kan sees på som ”åpenhet innad og taushet utad”-prinsippet. Etter transkripsjonen ble båndopptakeren med sensitiv informasjonen fra intervjuene slettet.

Den siste regelen er konsekvensene av en slik forskningsprosess (Kvale, 2009). I en slik prosess skal man være observant på hvilke konsekvenser og følger det kan få for informanten. Det er forskers ansvar å tenke gjennom konsekvensene og ivareta de som deltar i forskningen. Fordelen med å delta i denne undersøkelsen er at respondentene blir lyttet til og at deres meninger rundt problemstillingen kan få positive konsekvenser. Dette ved at ulike funn presenteres for ledelsen i organisasjonen. Dette kan igjen medføre endringer til det positive relatert til TMA opplegget på ulike avdelinger.

Som nevnt innledningsvis i studien er eget ansettelsesforhold som sykepleier ved Helse Stavanger. Dette impliserer egen kunnskap organisasjonen. Et etisk hensyn som ble tatt var ikke å intervju egen avdeling på DPS`et hvor en selv er ansatt. Dette kunne medført uheldige situasjoner, som for eksempel at en selv er ”farget” av egen organisasjonskultur slik at forskningen ikke ville vært reliabel og valid, og tolkningen kunne gitt et uriktig bilde av situasjonen. Som forsker har man et vitenskapelig ansvar overfor profesjonen og intervjupersonene. Det er forskerens ansvar at forskningsprosjektet produserer kunnskap av verdi, samt at kunnskapen er så kontrollert og verifisert som mulig (Kvale, 2009). Disse retningslinjene har blitt forsøkt imøtekommet på best mulig måte også her.

5.0 Funn

I dette kapittelet presenteres funnene fra de totalt fire fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført. Det fremkom ikke noe nytt fra andregangsintervjuene, og derfor blir første og andre intervju presentert sammen under ett.

Det blir presentert 5 dimensjoner (tema) alle med utgangspunkt i TMA. Disse dimensjonene fremstilles ved hjelp av enkle tabeller. Hver dimensjon har underkategorier hvor respondentenes påstander og meninger fra fokusgruppeintervjuene presenteres. Hver tabell blir kortfattet, hvor utdypning kommer i etterkant av hver dimensjon for å synliggjøre respondentenes meninger og oppfatninger av temaet. Hensikten med denne presentasjonen av resultatene er å lage en oversiktlig og lett forståelig fremstilling, samtidig som temaene fra forskningsspørsmålene nevnt innledningsvis i oppgaven synliggjøres under hver dimensjon.

De fem dimensjonene er:

- 1: Etablering og gjennomføring.
- 2: Innføring og iverksettelse i organisasjonen.
- 3: Ledelsens rolle.
- 4: Sikkerhetskultur i avdelingene.
- 5: Økt bruk av tvang.

Gjennom sammenfattelsen av transkribert intervju skilte meningsutvekslingen seg naturlig i to ulike hovedtrekk: det deskriptive om hvordan implementeringen av TMA er i dag, samt de mer normative uttrykk for tiltak til forbedring. Det var forventet en del forslag om forbedrings-tiltak, men dette ble en større del en antatt i funn presentasjonen. Av den grunn presenteres også funn i tabellene slik. Kort sagt dreide diskusjonen rundt:

- 1 Hva respondentene synes fungerer tilfredsstillende i dag
- 2 Eventuelle tiltak til forbedring av TMA trening og opplegg

Nedenfor presenteres en tabell for hver hoveddimensjon hvor meninger fra hver av de to ulike fokusgruppene blir presentert. Tabellen skiller mellom DPS og divisjonen på Våland fordi det lettere sammenligner ulike funn. Det er med andre ord brukt en komparativ fremstilling. Under tabellene kommer påfølgende sider med korte kommentarer relatert til funnene presentert i tabellen, samt tolkning av ulike funn. Disse utdypes og drøftes i lys av teori i neste kapittel. Gjeldene forskningsspørsmål presenteres i forkant av hver tabell.

5.1. TMA: Etablering og gjennomføring.

Dimensjonen 1 kan sees i sammenheng med første forskningsspørsmål: ”Hvordan fungerer TMA i hverdagen avdelingsvis?”

Tabell 1

	DPS	Divisjonen
<p><u>Dimensjon 1</u> Etablering og gjennomføring.</p> <p>TMA sin opprinnelse og historikk</p> <p>Behov og nytteverdi</p> <p>Opplegg og iverksettelse</p> <p>Fungerer TMA treningen uten ressurspersonene tistede:</p> <p>Tiltak til forbedring:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Varierer fra ” å kjenne godt til” til ” aldri å ha hørt om” historikk og opprinnelse - Sier seg forstått med dette. - Mye TMA fokus etter konkrete hendelse, og aktiv bruk av debrifing i etterkant. - Treningen er variert, og rollespill fungerer bra, og det trenes fast 1 til 2 x uke, takket være god TMA ressursperson. - ”Ja, som regel”. - Det bør lages en egen TMA manual som er tilpasset et DPS. - Mer variert TMA trening og undervisning som inneholder: rollespill, dialog, kommunikasjon og tenke forebygging. - Ikke skifte ut teknikker som fungerer tilfredsstillende. - Holdningsendring blant ansatte, de gidder ikke trene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen av respondentene hadde kjenneskap til TMA sin historikk og opprinnelse. - Sier seg forstått med dette. - At man tenker mye forebygging i TMA trening og undervisningen, og debrifing i etterkant. - At treningen varierer, samt trener når det er anledning. Tilstreber ukentlig x 2. - ”Ja, hvis tid og TMA ansvaret er fordelt ved vaktstart av leder”. - Oppdatere TMA manual - Mer og oftere debrifing etter hendelser. - Mer rollespill trening, oftere sammen med andre avdelinger, samt mer TMA påfyll, feks oppdatert grunnkurs. - Ikke innføre nye teknikker, ansatte blir slitne av dette. - Holdningsendring hos ansatte, prioritere TMA.

I det påfølgende mer utfyllende presentasjon av funn fra tabellen, kommenteres funn kronologisk ut fra tabellen ovenfor.

Respondentene i de to ulike fokusgruppene hadde ulik kjennskap til TMA historikken og hvordan TMA opplegget oppstod ved SUS. Respondentene fra DPS`et hadde bedre kjennskap til historikken enn divisjonen på Våland, der ingen hadde kjennskap til opprinnelsen og historikken til TMA. En mannlig deltaker fra DPS`et kunne historien detaljert, og flere bekreftet at de hadde hørt om TMA sin opprinnelse før da han repeterte denne under intervjuet.

De to fokusgruppene var relativt samstemte relatert til TMA behov og nytteverdi. De påpekte begge viktigheten med TMA i avdelingen, samtidig som enstemmig oppfattelse av at forebygging er en stor og viktig del av TMA treningen. Stikkord er holdninger, etikk og kommunikasjon.

TMA opplegg og iverksettelse varierte. Divisjonen sa seg fornøyd relatert til iverksettelse av TMA opplegg da treningen var variert og ikke for ofte, samtidig som treningen inneholdt rollespill av og til. Et sterkt ønske fra respondentene var å ha rollespill oftere. TMA manualen er god å bruke som oppslagsverk i en travel hverdag, men det ble påpekt at denne burde oppdateres oftere. DPS respondentene mente at de hadde behov for en egen TMA manual. Respondentene var samstemte relatert til dette funnet, og argumenterte for en egen manual grunnet et DPS har andre rammer og annen struktur enn inne på divisjonen på Våland. DPS`et uttrykte også et behov for mer tilpasset TMA-opplegg spesifikt til et DPS.

”Vi kan ikke følge en mal som gjelder for sjukehuset, som er revnende likegyldig for oss ute i distriktet, men lage en egen utgave med utgangspunkt for våre behov. Vi er annerledes enn sjukehuset!” (Respondent fra DPS).

”Et DPS har andre rammer enn divisjonen, det er mer trygghet der. Vi på et DPS må kjenne våre egne grenser og krefter, vår sikkerhet er å kjenne vår begrensning”(DPS)

Dette kan tyde på et behov for eventuelt å utvikle en egen DPS manual, som kan bedre relateres til et DPS.

Gruppene var enige i at debrifing etter hendelse i avdeling fungerte bra, samtidig som det hadde et forbedringstiltak i seg. TMA trening var tilstrebet 1 til 2 ganger per uke, med 30 minutters trening hver gang. Divisjonen trente på dager når det var tid og anledning, mens DPS`et tilstrebet mer faste treningsdager. Dette uttalte flere respondenter at var ofte nok, da de ansatte går lei hvis det trenes for ofte.

”Vi blir så drittleie av å trene så ofte, derfor trener vi bare en til to ganger i uka”(DPS).

Samtidig fremkom det tydelig fra den ene avdelingen fra DPS`et at det var dårlige holdninger hos personalet som ofte førte til at treningen uteble, Dette påpekte også divisjonen.

Begge gruppene mente at det var positivt at TMA treningen varierte mellom dialog, teori og praktiske øvelser. Begge gruppene var også enige i at TMA treningen fungerte bra selv om ressurspersonene ikke var tilstede, og treningen måtte da utføres av andre ved avdelingen. Hva gjelder dagens TMA opplegg og iverksettelse avdelingsvis, synes begge fokusgruppene å være relativt fornøyde.

Både gruppen fra DPS`et og gruppen fra divisjonen på Våland presenterte mange like tanker og meninger relatert til forbedringstiltak relatert til TMA opplegget og iverksettelsen. Et ønske som gikk igjen i begge gruppene var å bruke mer rollespill i TMA treningen. Argumentet for dette var at av rollespill lærer man mye av samtidig som man får TMA påfyll som huskes bedre da det er praktisk forankret og utføres i dialog med andre avdelinger.

Respondentene fra begge gruppene legger til at det er slitsomt når det innføres nye praktiske teknikker og grep, da de gamle fungerer tilfredsstillende fremdeles.

”Hvorfor skal vi hele tiden lære nye grep når de gamle fungerer like godt fremdeles”
(Divisjonen).

Dette tolkes litt selvmotsigende fra samtlige respondenter fra divisjonen, da de ytrer ønske om en oppdatert manual, men ikke oppdaterte TMA teknikker! Kunne vært interessant å vite mer om dette. Kort oppsummert kan det synes som om begge gruppene er fornøyde med et variert TMA opplegg som inneholder rollespill sammen med andre avdelinger og som kan gjennomføres når hver enkelt avdeling har anledning til dette. Rollespill ble fremmet fordi de ansatte lærer mer av praktisk øvelser og er i nærkontakt med andre avdelinger hvor de utveksler erfaringer med hverandre. Likevel uttrykker DPS`et et sterkt behov for å få et egen TMA opplegg med en manual tilpasset deres hverdag, mens divisjonen ønsker kun manualen oppdatert. TMA trening gjennomføres selv om ikke ressurspersonene er tilstede. Divisjonen påpeker at en av grunnene til dette er at TMA ansvaret daglig fordeles av leder hver morgen, og da føler man seg mer forpliktet til å gjennomføre TMA treningen. Utover nevnte funn var det noe overraskende at ingen fra divisjonen kjente til TMA sin opprinnelse og historikk når det er nettopp ved divisjonen på Våland at TMA ble iverksatt og implementert for første gang.

5.2 Innføring og iverksettelse i organisasjonen.

Dimensjon 2 sees i sammenheng med oppgavens andre forskningsspørsmål: "Hvordan formidles TMA kunnskap mellom medarbeiderne?"

Tabell 2	DPS	Divisjonen
<p><u>Dimensjon 2</u> Opplæring</p> <p>Hvordan fungerer opplæring av TMA til ansatte.</p> <p>Kjennskap til TMA konsulentens rolle?</p> <p>Tiltak til forbedring:</p> <p>TMA opplæring samt grunnkurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TMA undervisning og informasjon videreføres fast ved trening på torsdager og på personalmøter. - Nyansatte og vikarer har faddere, samt en introduksjonsdag på divisjonen før jobbstart. - Inkluderer alle ansatte, både nattevakter og ekstravakter som bare jobber helg. - "Ja", ansatte ved DPS kjenner til flere detaljer rundt TMA konsulentens sin stilling. - Være oppmerksom på at ansatte, ufaglærte og nyansatte uten TMA kunnskaper kan skape uheldige situasjoner for pasient og skade på seg selv. - Alle nyansatte bør få TMA kurs raskere og tidligere, ikke flere måneder etter jobbstart. 	<ul style="list-style-type: none"> - TMA undervisning og informasjon videreføres ukentlig på TMA treninger / samtaler. Målet er ukentlig, men gjennomføres når det er tid og anledning. - TMA manualen er et bra verktøy og fungerer som oppslagsverk. - Varierer fra "hørt om" til "nei, har aldri hørt om TMA konsulenten". - Ikke sette ekstravakter på skjerming uten TMA kurs, samt erfaring og opplæring på avdelingen. - Alle nyansatte bør få TMA kurs raskere og tidligere, ikke flere måneder etter jobbstart.

Opplæring internt	<ul style="list-style-type: none"> - De fast ansatte må ta ansvaret for opplæring til nyansatte mer på alvor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bli flinkere til å informere og undervise hverandre i hverdagen - Gi veiledning til ekstravaktene, og ikke bare fast ansatte. - TMA ressurspersonene må bli flinkere til å videreformidle fra kurs og lignende. - Oppdatere TMA manualen jevnlig, teori og teknikker.
-------------------	--	--

Opplæringen foregår stort sett på TMA trening og ved personalmøter i avdelingen 1 til 2 ganger i uken. Dette er et fellestrekk for begge fokusgruppene, og hvor de begge synes at denne måten å overføre TMA kunnskapen fungerer tilfredsstillende i avdelingen. For ofte trening fører til at de ansatte går lei av treningen og motivasjonen synker. Nyansatte får opplæring av de fast ansatte, og dette gjøres ved behov og når det er anledning i avdelingen. Den viktigste opplæringen foregår på informasjonskurs for nyansatte, det vil si divisjonens eget TMA grunnkurs, som alle ansatte skal gjennom innen seks måneder som ansatt. Interessante funn i den sammenheng er at respondentene fra begge gruppene påpeker flere ganger at TMA grunnkurset finner sted lenge etter de ansatte har begynt å jobbe, og at det i mellomtiden er risiko for skade på ansatt da vedkommende i utgangspunktet ofte ikke har mye TMA kompetanse. Samtlige respondenter påpeker at uten TMA grunnkurset snakker man ikke det samme "språket" relatert til TMA, og dermed kan risikosituasjoner med fare for skade på ansatt lettere oppstå.

DPS`et har fadderordning, hvor det er delvis fadderens ansvar å lære nyansatte opp i TMA. Dette innebærer dialog, å svare på spørsmål og å vise hvor man finner ulike oppslagsverk som for eksempel TMA manualen i avdelingen.

"Vi må aldri glemme ansvaret vi har for å undervise og videreføre TMA kunnskapen vår til nyansatte og ekstravakter" (DPS).

Ansatte ved DPS`et sier de er bevisste på å overføre kunnskap til nattevakter og ekstravakter som ofte jobber helg, hvor TMA undervisning og diskusjon tas opp i helgene, og ved egne

nattevaktsmøter for å inkludere også nattevaktene. Divisjonen uttrykker ikke å ha samme fokus, og en kan da undre seg over hvordan nattevakter og helgevakter får overført kunnskap om TMA.

Begge fokusgruppene viser til flere egenerfarte hendelser hvor ufaglærte og nyansatte uten TMA kompetanse settes på skjerming hvor ofte de sykeste pasientene befinner seg. Dette mener DPS respondentene at er helt uakseptabelt, da dette kan true sikkerheten til både pasient og personal. Divisjonens respondenter utveksler de samme meningene, om at det ikke bør settes ansatte uten kompetanse inn på skjerming. Dette presenteres videre under dimensjon 3. Avslutningsvis under denne dimensjonen er det interessant å merke seg at to av tre respondenter ved divisjonen aldri har hørt om at det er opprettet en egen stilling for divisjonens egen TMA konsulent. Man kan undre seg over grunnene til dette. De DPS ansatte synes det er positivt med et mer organisert TMA arbeid etter at konsulent stillingen ble opprettet, men samtidig er de samstemte relatert til at de føler seg oversett. Dette fordi konsulenten ikke møter opp fysisk for samtale ved DPS`et som avtalt. TMA konsulenten skulle vært på DPS`et for flere måneder siden, og påpeker at de ikke har fått en forklaring på hvorfor han ikke har komt som avtalt. Det kan derved synes som om at det å ha en TMA konsulent bedrer implementeringen av TMA i organisasjonen, men at det fremdeles er et behov for fysisk tilgjengelighet.

5.3 Ledelsens rolle

Dimensjon 3: ledelsens rolle relatert til TMA arbeidet sees i sammenheng med oppgavens tredje forskningsspørsmål: ”Hva er ledelsens rolle relatert til innføring og opprettholdelse av TMA? ”

Tabell 3

	DPS	Divisjonen
<u>Dimensjon 3</u> Ledelsens rolle relatert til TMA arbeidet ved avdelingen.	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsen er engasjert og positiv til kontinuerlig trening og opprettholdelse av TMA kompetansen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsen er engasjert og positiv til TMA trening og opprettholdelse av kompetansen i avdelingen.
Tiltak til forbedring: Synergi	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsen må bli bedre til å følge opp skadet ansatt. - Savner mer informasjon om saksgangen i Synergi etter meldt skade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsen må bli bedre til å følge opp skadet ansatt. - Savner mer informasjon om saksgangen i Synergi etter meldt skade.

Ansattes sikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke sette ansatte uten erfaring på skjerming. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke sette ansatte uten erfaring på skjerming.
Motivasjon og holdninger	<ul style="list-style-type: none"> - Motivere ansatte mer om å melde i fra i Synergi. - Motivere de ansatte til å ukentlig trene TMA. Flere ansatte er umotiverte og har dårlige holdninger. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivere og bidra til positive holdninger relatert til TMA opplegget hos de ansatte.
Alarmbruk	<ul style="list-style-type: none"> - Bli enda bedre rollemodeller ved å delta mer på TMA trening. - Ledelsen må involvere tverrfaglige grupper relatert til alarmbruk, og viktigheten med TMA. - Organisere reparasjoner av alarmene raskere, samt få flere og bedre alarmer som lager mindre lyd når de utløses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsen må involvere tverrfaglige grupper relatert til alarmbruk, og viktigheten med TMA - Prioritere innkjøp av nye og bedre alarmer, med bedre display og som er pålitelige og alltid virker.

Både DPS`et og divisjonen utveksler meninger som er relativt like relatert til viktigheten av at ledelsen er engasjert og positive til kontinuerlig å ha TMA trening i fokus.

Dermed drives opplæring kontinuerlig mellom de ansatte i begge gruppene. Alle respondentene fra DPS`et er enige om at ledelsen strekker seg langt for å fokusere på implementering og opprettholdelse av TMA kompetansen under deres enhet.

”Det er min fridag i dag, og jeg er her i dag, og får avspasere en annen dag da dette intervjuet omhandlet TMA” (DPS).

”Det er aldri et nei fra ledelsens side når det gjelder kurs, møter og så videre. Spesielt ikke for TMA ressurspersonene” (Divisjonen).

De fleste sitat sier mye om ledelsens holdning og prioriteringer da flere av respondentene fra DPS`et er her på sin fridag, samtidig som ledelsen ved har leid inn bemanning for å dekke opp på avdelingen denne dagen. Det ble også gjort ved andregangsintervjuet.

Første intervju ved divisjonen måtte avlyses og ved andre forsøk møtte 3 av i alt 8 lovte respondenter opp til intervju. Dette indikerer at fokuset fra ledelsen kunne vært bedre sett i sammenheng med avdelingens TMA fokus, da denne studien kan gi viktig kunnskap om TMA arbeidet ved Psykiatrisk divisjon. Respondentene fra divisjonen påpeker selv at ledelsen er opptatt av, og prioriterer TMA, godt. Dette ved alltid å sende ansatte på TMA kurs, samt at TMA ressurspersonene får dra på alle kurs, seminarer og fagdager internt og eksternt da de omhandlet TMA. Det samme bekrefter også DPS`et hvor ledelsen også her prioriterer kurs, fagdager og seminarer. Divisjonen diskuterer et viktig moment relatert til innføring og opprettholdelse av TMA innad i avdelingen mellom de ulike faggruppene. En kvinnelig sykepleier fra divisjonsgruppen sier at det burde vært gitt mer intern veiledning til ekstravaktene også, og ikke bare de fast ansatte. Ved bare å veilede de fast ansatte, stopper kunnskapsoverføringen opp og når ikke ut til alle ekstravaktene som jobber under divisjonen.

Begge gruppene ytrer samme mening om at ansatte som skades på jobb ikke får tilfredsstillende oppfølging i etterkant av avdelingsleder, ei heller øvrig ledelse ved divisjonen. Begge fokusgruppene kommer med flere erfarte eksempler på at de ikke får oppfølging i etterkant av skade skjedd på jobb.

”Jeg sprang på alarm en gang til en annen avdeling, og ble bitt av en pasient der. Jeg skrev skademelding om dette, men hørte aldri noe fra avdelingslederen min eller avdelingslederen på den aktuelle avdelingen i etterkant” (Divisjonen).

Alle respondentene var helt enige i at tilbakemelding fra ledelsen etter sendt skademelding i Synergi er for dårlig, og at dette bør det gjøres noe med straks. Ingen av respondentene sier de kjenner til saksgangen i Synergi, og at det er ille med tanke på hvis skaden er alvorlig. Det fremkom mye usikkerhet relatert til ledelsens håndtering til skademeldinger av alvorlig grad, som hvordan kan man stole på at skademeldingen sendes videre til de rette instansene.

”Vi tror at det fungerer med at de videresender meldingene, men kan vi stole på dette? Først meldes skaden, men hva skjer videre? Og hva om det er en permanent skade?...hvem tar ansvar for videre håndtering?...hvem tar ansvar?...hvem vurderer alvorlighetsgraden på den ansattes? Skal ikke dette gå av seg selv når det er meldt i synergi?” (DPS).

Fokusgruppene diskuterte igjen alarmbruk på de ulike avdelingene, og har fellestrekk i meningsytringen da ledelsene ved divisjonen og DPS`et ikke er flinke nok til å informere tverrfaglige grupper om bruk av alarm. Både vaskepersonell og behandlere går ofte uten alarm, og dette kan føre til skader. Respondentene er enige i at det er ledelsens ansvar å videreføre TMA kompetansen til andre tverrfaglige yrkesgrupper som er tilknyttet de ulike avdelingene. Flere viktige aspekter ved alarmbruk tas opp i neste dimensjon: sikkerhet for den ansatte. Som nevnt i innledningen er et viktig aspekt ved den ansattes sikkerhet og TMA alarmbruk.

5.4 Sikkerhetskultur i avdelingene

Dimensjon 4 sees i sammenheng med studiets fjerde forskningsspørsmål: *"Hvordan opplever de ansatte ivaretagelse av egen sikkerhet?"*

Tabell 4

	DPS	Divisjonen
<p>Dimensjon 4 Sikkerhet for den ansatte, og rapporteringskultur</p> <p>Alarmbruk:</p> <p>Tiltak til forbedring: (hva gjelder sikkerhet og alarmbruk)</p> <p>Rapportering av skader på ansatte</p> <p>Ansattes oppfatninger av Synergi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Delte meninger: da den ene avdelingen ved DPS`et har tilstrekkelig med alarmer til alle ansatte og egen vaktmester som fikser dem raskt, så er den andre avdelingen uenig. Dette da det ikke er tilstrekkelig antall med alarmer til alle ansatte. - Må bevilge mer penger til flere og nyere alarmer som virker. Dagens alarmer er ikke gode nok. - Ansatte må selv ta ansvar for egen sikkerhet, og bruke alarm. - Det meldes fra om de alvorligste fysiske skadene på ansatte, ikke de psykiske - Synergi er systematisk, og gir god oversikt over meldte skader, men samtidig ikke tilfredsstillende nok. - Lett anvendelig når man først er logget inn på pc 	<ul style="list-style-type: none"> - Respondentene viser til god kultur og godvilje i og mellom de ulike avdelingene, som igjen fører til at man er tryggere i aggresjons situasjoner hos pasient, da man stoler mer på kollegaer - Nye alarmer som virker bedre, og alltid utløses, samt et bedre display som viser mer nøyaktig informasjon om hvor hendelsen foregår. - Melder lite fra om ansattes skader både fysisk og psykisk - Liten tilbakemelding på at dagens synergi er tilfredsstillende. - Ønsker den gamle skademeldingen i papirform tilbake, da

<p>Tiltak til forbedring: (hva gjelder rapportering og synergi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melde fra om flere fysiske skader - Melde fra om psykiske skader generelt - Gi alle ekstravakter og studenter brukertilgang i datasystemet og Synergi. - Mer og bedre tilbakemelding etter meldt skade i Synergi både fra avdelingsleder og øvrig ledelse, om hva som skjer med skademeldingen - Man skal alltid fylle ut skademelding sammen med andre 	<p>Synergi er komplisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle ansatte bør få informasjon om hvordan man melder skade i Synergi. - Gi alle ekstravakter og studenter brukertilgang i datasystemet og Synergi. - Mer og bedre tilbakemelding etter meldt skade i Synergi både fra avdelingsleder og øvrig ledelse, om hva som skjer med skademeldingen - Man skal alltid fylle ut skademelding sammen med andre
<p>Mørketall:</p>	<p>Det er total enighet i fokusgruppen om at det forekommer <u>store</u> mørketall relatert til umeldte skademeldinger på/fra ansatte i Synergi.</p>	<p>Det er total enighet i fokusgruppen om at det forekommer <u>store</u> mørketall relatert til umeldte skademeldinger på/fra ansatte i Synergi.</p>

Alarmbruken hos de ansatte varierer, men begge gruppene er enige om at alle ansatte skal bære alarm, uavhengig av stilling. Dette gjelder alt fra vaskepersonell, leger, psykologer, med flere. Dette gjøres ikke per dags dato, og samtlige respondenter påpekte at dette fører til økt risiko for skade på ansatte.

Fokusgruppen på DPS`et bestod av informanter fra to ulike avdelinger, hvor den ene avdelingen hadde nok alarmer til alle, og syntes bruken av alarmer var tilfredsstillende. Den andre avdelingen fra samme fokusgruppe, hadde en helt annen opplevelse. Det manglet daglig alarmer til flere ansatte, og studenter og ekstravakter må daglig jobbe uten alarm på seg.

”Ansatte hos oss må ofte gå uten alarm” (DPS).

Det betyr at om man er i en situasjon hvor pasient kan utagere, og ikke har alarm for å tilkalle hjelp, kan dette bli en svært farlig situasjon for de involverte parter. Den avdelingen som ikke hadde nok alarmer til alle ansatte mente selv at årsakene til dette er at ansatte mister dem og at reparasjonen tar for lang tid, samt at sjukehuset ikke bruker nok midler til nye og bedre alarmer.

”Dette med alarmene er biringt, de er ute på veiene i 6 måneder etter at de er sendt til reparasjon”(DPS).

Avdelingen under DPS`et som hadde nok alarmer hadde også en vaktmester som fikset alarmene forløpende, så de hadde ikke samme oppfatning relatert til manko på alarmer.

Felles meningsutveksling for begge fokusgruppene var at dagens alarmer ikke er gode nok. Det trengs nye alarmer, som har et mer detaljert display. Samtidig bør alarmene alltid virke når de utløses av ansatt i fare. Det fremkommer flere eksempler på at ansatte har utløst alarm og trenger hjelp, men at alarmen ikke fungerer og den ansatte ikke får hjelp av kollegaer.

”Alarmene er veldig viktig at fungerer, man er avhengig av alarmene for å kunne gjøre jobben sin. Dagens alarmer er ikke gode nok” (DPS).

Dette er et oppsiktsvekkende funn, som det ifølge de ansatte bør utføres strakstiltak relatert til.

Det fremkommer videre fra begge fokusgruppene at rapporteringskulturen ikke er god nok ved Psykiatrisk divisjon. Dagens elektroniske rapporteringssystem, Synergi, er mer oversiktlig og pålitelig med tanke på at skademeldingen ikke forsvinner. Samtidig er det bred enighet om at det bør utføres en del tiltak relatert til Synergi.

”Synergi i seg selv er egentlig veldig enkelt, men problemet er at det tar 25 minutter å få i gang datamaskinen og programmet og logge seg på før synergi er oppe og går, og da melder ikke folk ifra på grunn av dette”(DPS).

”Vi får ikke tilbakemelding annet enn på mail, og bare at den er videresendt. Selv ikke de alvorlige skademeldingene får vi vite hvordan blir fulgt opp” (Divisjonen).

Kort sagt er en følge av at det tar for lang tid å logge seg inn i systemet, at ansatte ikke melder fra om skader. Ekstravakter og nyansatte har ofte ikke tilgang til datasystemet, og dette gjør det umulig i melde i Synergi. Det meldes for lite fra om de fysiske skadene, og enda mindre de psykiske skadene. Alle respondentene fra begge gruppene ytrer samme klare mening om at ledelsen gir for dårlig tilbakemelding til ansatte etter meldte skader i Synergi. Dette inkluderer

også alvorlige fysiske skader. Dette kan føre til negative holdninger mot Synergi blant ansatte. Respondentene fra divisjonen var samstemte i at det var bedre før når man skrev skademelding på papir, og det ikke var elektronisk.

”Det var lettere å sette seg ned med papirarket. Jeg har lært at ledelsen skal sette seg ned med den skadde å fylle ut skademeldingen, dette lærte jeg før på mitt TMA kurs, men slik er det ikke i dag” (Divisjonen).

Funn viser bred enighet i begge gruppene relatert til savn om at skademelding skal fylles ut sammen med andre ansatte eller ledelsen ved avdelingen, da man lett kan bagatellisere egen skade. Siste, og ikke minst en viktig, underkategori under denne dimensjonen er at alle respondentene er helt enige om at det fremkommer store mørketall relatert til underrapportering av skader på ansatte.

”Det er mørketall i aller høyeste grad... det er stor variasjon i hvordan vi tolker om vi skal melde fra eller ei” (DPS).

Det diskuteres ulike årsaker til dette, men det som går igjen er at Synergi er utfordrende når det nå er elektronisk, samt at man er usikker på å melde fra om psykisk skade. Nyansene er alltid utfordrende å forholde seg til, hvilket også vises igjen i neste og siste dimensjon.

5.5 Økt bruk av tvang sett i lys av TMA

Denne dimensjonen relateres ikke til et forskningsspørsmål, men er viktig i lys av teori og intervjuene.

Tabell 5

	DPS	Divisjonen
Dimensjon 5		
Økt bruk av tvang relatert til TMA	Kjennskap til rapporten varierer fra ”å ha kjennskap til denne og funnene der”, til ”å ha hørt om rapporten” og til ”aldri å ha hørt om den”.	Kjennskap til rapporten varierer fra ”å ha hørt om rapporten” til ”aldri å ha hørt om den”
Kjennskap til SINTEF rapporten fra 2008.		
Sammenheng mellom økt tvangsbruk og TMA kompetanse	Totalt enighet om at det bør aldri settes uerfarne ekstravakter på skjerming. Dette forekommer allikevel.	Totalt enighet om at det bør aldri settes uerfarne ekstravakter på skjerming. Dette forekommer allikevel.

Fokusgruppen fra DPS`et diskuterer økt tvang i psykiatriske avdelinger relatert til at uerfarne ekstravakter uten TMA kompetanse settes på skjermingsavsnittet hvor de sykeste pasientene er. De er alle enige om at dette aldri burde gjøres, da det kan oppstå fare situasjoner for pasient og ansatt.

”Er man selv redd på skjerming smitter dette over på pasienten på for eksempel psykotisk pasient, og dette er uheldig da dette kan trigge pasienten og føre til utagering og aggresjon” (DPS).

Fokusgruppen fra divisjonen diskuterer også at det aldri bør settes uerfarne ansatte og ekstravakter inn på skjerming, men at dette gjøres fordi det mangler ansatte, og da må man gjøre jobben der det trengs. En av respondentene legger til at økningen relatert til tvangsbruk i psykiatrien trolig skyldes at dagens pasienter har et økt forbruk relatert til kjemiske rusmidler som eksempelvis amfetamin og speed. Disse kjemiske rusmidlene kan igjen føre til at pasientene er mer aggressive og at de mister kontrollen.

Det anses som viktig i å trekke SINTEF rapporten (Bremnes, 2008) inn i dette studiet grunnet diskusjonen i begge fokusgruppene om at uerfarne ansatte samt ekstravakter settes på skjerming. Kan dette føre til økt tvangsbruk på pasienter? En ansatt uten TMA kompetanse og erfaring relatert til feltet kan ha en lavere terskel for å trykke alarm enn en ansatt som kan TMA og kommunisere og vise holdninger på en måte relatert til TMA. Og trykkes det alarm når det egentlig ikke burde, kan det ende med tvang nettopp fordi situasjonen eskalerer og pasienten blir enda mer agitert da det kommer flere ansatte springende til hendelsen.

I neste kapittel vil funnene som er fremstilt i tabellene ovenfor bli tolket og diskutert videre i lys av oppgavens teoretiske rammeverk. Det er ovenfor tolket ulike funn i grove trekk, og denne tolkningen bygges det videre på i diskusjonskapittelet 6.0 under.

6.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil det bli presentert en drøftningsdel. Det er de teoretiske referansene fra teorikapittelet som legger føringene for drøfting av empiri og teori.

Studiets empiriske funn gjelder i hovedsak for respondentene selv, og kan derfor ikke generaliseres og overføres til alle ansatte ved avdelingene under Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger. Man kan likevel anta at flere ansatte kan kjenne seg igjen i ulike meninger og funn som fremkommer i dette studiet, da det er et fellesskaps meninger som fremmes i fokusgruppeintervjuet.

Diskusjonen vil bli presentert i den samme tematiske rekkefølge som funnkapittelet, og dimensjon 3 og 4 presenteres og diskuteres under ett da funnene her da det synes konstruktivt å se i sammenheng. Dette innebærer at diskusjonen starter med å se opplegg og iverksettelse av TMA i lys av teori og empiriske funn. Det vil innledningsvis for hver presenterte dimensjon bli en kort oppsummering av de funn som ble gjort, og som ble fremstilt i tabellene. Hvert avsnitt vil vise til funn og mulige fortolkninger av disse sett i lys av anvendt teori.

6.1. Hovedutfordringer

Studiet viste at det var både likheter og forskjeller hva gjelder de to ulike enhetene under Psykiatrisk divisjon, SUS. Studiet viser at TMA er et vesentlig sikkerhetsredskap for de ansatte på divisjonen. Overordnet formål med implementeringen i SUS spres ulikt på ansattnivå. Dette får ulike utfall som eksempelvis fadderordningen. Funnene viser til utfordringer for hva gjelder innføring og opprettholdelse av TMA, samt organisasjonskultur hvor sikkerhetskultur og rapporteringskulturen er sentralt.

6.1.1 Etablering og gjennomføring av TMA

Av hovedfunn relatert til kjennskap om TMA opprinnelsen og historikk, fremkommer det at de ansatte ved DPS`et i varierende grad kjenner bedre til denne enn divisjonen på Våland. En respondent kan detaljer og flere i gruppen kjenner til at dens opphav og historie. Ingen av respondentene ved divisjonen kjenner til TMA opprinnelsen, foruten om at en respondent i gruppen vedkjenner å ha hørt om dette før, men kan ikke ta igjen noe spesifikt rundt etablering og historikk. Det var ikke TMA ressurspersonen fra DPS`et som kunne detaljene, men en annen ansatt. Så det at en TMA ressursperson deltok på DPS gruppen syntes trolig

ikke å være den utslagsgivende årsak til at det var denne fokusgruppen som hadde mest kunnskap relatert til opprinnelse og historikk.

DPS ansatte er stort sett fornøyd med dagens TMA opplegg og iverksettelsen av denne. Eksempler på dette er god debriefing etter hendelser, at treningen er variert og inneholder rollespill, samt at det ikke trenes for ofte da de ansatte går lei og motivasjonen til å trene reduseres. Respondentene fra divisjonen og DPS`et ytrer relativt like meninger relatert til debriefing, variert trening og rollespill og at forebygging er det viktigste aspektet med TMA opplegget. Det å tenke forebygging påpeker gruppene at er å kommunisere tydelig, fokusere på etikk og ha holdninger som respekterer pasienten. Treningen på DPS`et er ofte på faste dager mens på divisjonen kan dette variere relatert til om det er stor pågang og krevende pasienter. Er det travle dager, nedprioriteres treningen. Ved spørsmål om TMA treningen fungerer selv om TMA ressurspersonen ikke er tilstede er alle respondentene enige i at det gjør den. Den ene fokusgruppen påpekte at det blir gjennomført da TMA ansvaret blir fordelt mellom de ansatte på jobb ved vaktstart. Interessant er det at begge gruppene påpeker dårlige holdninger hos personalet, og grunngir dette som en av hovedutfordringene til at TMA gjennomføringen ikke opprettholdes ukentlig, og at dette også er et tiltak til forbedring.

”Det er de samme i personalgruppen som uteblir fra TMA treningen ofte, men det er også de samme som da hylar høyest når det smeller, og da etterlyser TMA” (DPS).

Dette er jo et paradoks, da det er de som ikke trener som hylar høyest i etterkant av hendelser. Begge fokusgruppene mener at de ikke ser vitsen med at nye TMA teknikker / grep skal innføres for ofte. Det begrunnes fra gruppene enstemmig at de ansatte blir slitne av å lære nye teknikker når de endelig har fått ”de gamle” inn i ryggraden.

DPS respondentene kjente bedre til TMA opprinnelsen og historikk enn det fokusgruppen ved divisjonen gjorde, gjør at en kan undre seg over årsakene til at divisjonen og respondentene derfra ikke kjente til dette. Særlig siden respondentene på divisjonen sier noe om at TMA trening og opplegg utgår når det er hektiske dager, og kan dette være en av årsakene til at fokusgruppen på divisjonen ikke har kunnskap om historikken like godt som på et DPS. Kan tidspress, ressursknapphet og pasientens sykdomsbilde sees i sammenheng her, og relateres til som årsaker til at treningen ikke gjennomføres? DPS`et er organisert annerledes enn divisjonen. Som nevnt kan dette variere fra DPS til DPS, men ofte er det færre og noe mer velfungerende pasient på et DPS. Har det ansatte på et DPS bedre tid til TMA enn ansatte ved

divisjonen? Dette bringer drøftningen videre inn på TMA opplegg og gjennomføring. Begge gruppene la vekt på at teknikkene var en liten del av TMA, og at forebygging var et viktig aspekt av opplegget. Tjensvoll, som var en av initiativtakerne til etableringen av TMA påpeker viktigheten med å tenke det forebyggende aspektet relatert til TMA (Tjensvoll, personlig korrespondanse, 2009).

Mange meninger var like når det gjaldt opplegg og iverksettelse, og det som viste igjen i begge gruppene var de ønsket mer rollespill da dette var lærerikt og gav ”påfyll”. I lys av Testad (2003) sin TMA-manual laget på og for hele divisjonen legger hun vekt på at TMA er todelt inn i teori og praktiske øvelser og teknikker.

Meninger som utmerket seg hos de to gruppene var at divisjonen ønsket et oppdatert TMA manual som fungerer som et oppslagsverk i en hektisk hverdag. Samtidig ytrer de meninger om at de ikke ønsker nye teknikker innført til enhver tid, da dette sliter ut de ansatte. DPS respondentene var tydelige og samstemte når det gjaldt behovet for en egen TMA manual som passer bedre for et DPS som har andre rammer og en annen struktur. Dette stemmer godt overens med Røviks teori (2007) relatert til hvorfor ideer omformes bevisst for å lage en lokal versjon, her en tilpasset TMA-manual. Dette gjøres ut av hensynet for å lage et verktøy som gir best mulige resultater (Røvik, 2007). De to ulike gruppene er fra to relativt like enheter, men ikke så like at translasjonen går av seg selv. Gode resultater i denne sammenheng er at TMA-opplegget implementeres og opprettholdes på en slik måte at de ansatte tar verktøyet i bruk, og ringvirkningene resulterer i mindre skader på ansatte årlig. Det er interessant å undres over årsakene til at divisjonen ønsker en oppdatert manual, men ikke vil lære nye teknikker? For å kunne ha en oppdatert og god manual er det kanskje en nødvendighet å innføre nye teknikker, da fagfeltet stadig er endring og forhåpentligvis til det bedre! Teknikkene må kanskje oppdateres eksempelvis hvis et grep er uheldig å bruke, da dette eksempelvis kan påføre for mye smerter på pasienten.

Ut fra Bergs (2005) andragogikk er det viktig at voksne mennesker selv blir inkludert og igjen er med på å forme egen arbeidsplass. Berg (2005) påpeker at involvering og følelse av eierskap legger grunnlag for å forplikte seg og igjen kontinuerlig drive utvikling i organisasjonen. Dette kan indikere at de ulike respondentene fra divisjonen og DPS`et kunne vært med å lage TMA-opplegget selv, slik at det fungerer best mulig, og dermed lettere å gjennomføre i en hektisk hverdag. Bergs (2005) teori påpeker at voksne i læresituasjoner selv må oppleve at de har innvirkning og kontroll over det som skal læres. Han legger til at voksne lærer mye ved å jobbe sammen i små grupper hvor man hjelper hverandre og utveksler

erfaringer. Det er dette respondentene i begge gruppene har felles mening om relatert til tiltak til forbedring, med mer rollespill sammen med andre avdelinger. Andragogikken vektlegger også at voksne lærer best når stoffet tar utgangspunkt i hendelser fra det virkelige liv, med situasjoner man kan kjenne seg igjen i (Berg, 2005). Man er mer motivert for å lære når informasjonen oppleves som matnyttig. Og det er dette respondentene også påpeker, nemlig at rollespill gir dem påfyll i hverdagen som de lærer mye av. Jo mer trening og involvering av de ansatte, jo mer lærer deltakerne (Berg, 2005; Røvik, 2007). Trening i form av oppgaveløsning er et eksempel (Berg, 2005). Rollespill kan sees på som en form for oppgaveløsning da de ansatte på best mulig måte skal finne ”løsninger” på eksempelvis en konflikt mellom ansatt og sint pasient. Innslag av trening bør uansett ikke undervurderes relatert til kunnskapsoverføring i organisasjonen (Røvik, 2007). Å skape kunnskap er både en sosial og en individuell prosess, hvor involverte parter må by på seg selv (Nonaka m. fl, 2001). Prosessen er skjør og avhenger av god kommunikasjon og en organisasjon som fremmer tilhørighet i fellesskapet. Dette kan innvirke på at den tause kunnskapen spres bedre innad i organisasjonen (Nonaka m. fl, 2001). Det ser ut til alle de ulike enhetene i denne studien bekrefter dette da rollespill oppleves som å være positivt hos de ansatte.

Røviks (2007) translasjonsteori viser til at det som oversettes skal passe inn i den nye settingen. TMA manualen ville trolig vært et bedre verktøy og passet bedre inn ved et DPS hvis de ansatte selv kunne blitt inkludert i utviklingen av denne relatert til deres behov ute i distriktet. Kunnskapen skal tilpasses kultur og kontekst (Røvik, 2007), som er forskjellig mellom de to enhetene under divisjonen. Mellom ulike organisasjonsenheter med stor systemlighet kan det overføres kunnskap som har hatt suksess i den ene organisasjonen, dermed også forventes det samme i neste organisasjon (Røvik, 2007). Dette på bakgrunn av store likheter under samme organisasjon. Men kulturforskjeller bør ikke undervurderes heller. Dette bringer et annet perspektiv inn. Det er ”utbringeren” fra divisjonen til ulike DPS via TMA kurs med TMA ressurspersonene å tilstede, som igjen bringer kunnskapen videre inn i sin organisasjon. Fadderne og ressurspersonene er en av flere faktorer som fungerer som kunnskapsoverførere innad i organisasjonen og bidrar til implementering og opprettholdelse av TMA kompetansen. Dette er en intraorganisatorisk arena (Røvik, 2007), da kursene formidles innad i egen organisasjon. En slik spredning av kunnskap kan sammenlignes med virus (Røvik, 2007).

Røvik sammenligner spredning av kunnskap med virus, som er en metafor på hvordan kunnskapen sprer seg i organisasjoner. Viruset er helt avhengig av en vertscelle for å holde

seg i live, og ofte vet man lite om dets opprinnelse. Sett i lys av studiets funn, visste informantene ved divisjonen lite og ingenting om TMA opprinnelsen og dens historikk. ”Smittebærerne” som viderefører kunnskapen er ut fra studiets funn ressurspersonene og de ansatte. Eksempler på kunnskapsoverføring er ved hjelp av fadderordningen som DPS` respondentene synes fungerer godt. Interessant var det at ingen av gruppene nevnte TMA konsulenten som er viktig ”smittebærer” i denne sammenheng. Ut fra virusteorien kan det oppstå mutasjoner. TMA kan sies at er en mutasjon ut fra TMV. TMA er SUS sin egen omdøping av TMV, og Røvik (2007) påpeker at en slik omdøping skjer som et forsøk på identitetsmarkering. Manualen kan også sees på som en mutasjon fra divisjonens manual, da den forhåpentligvis oppdateres i fremtiden slik at den er mer tilpasset et DPS. I lys av denne teorien har TMA perioder som er aktive og perioder som er inaktive, akkurat som viruset. Respondentene viser til at TMA ofte aktiviseres etter en hendelse, og at da øker fokuset. TMA som viruset våkner og er aktivt. Ut fra et ideelt ståsted burde TMA fokuset alltid vært aktivt, men i en hektisk hverdag med ansatte som er leie treningen og med ulike holdninger er dette ikke alltid lett å gå gjennomført.

Debrifing gikk igjen i begge fokusgruppene at fungerte tilfredsstillende per i dag avdelingsvis. Testad (2003) sier det samme som Tjensvoll (personlig korrespondanse, 2009) og TMA konsulenten (Waksvik, 2009) om at det er viktig å ivareta de involverte etter hendelse, såkalt debrifing. TMA er viktig å fokusere på før, under og etter hendelse. Med andre ord så våkner TMA til live etter en hendelse, men TMA skal jo være forebyggende og burde vært aktivt hele tiden. Men hvordan kan dette gjøres? Det er TMA konsulenten og ressurspersonene sitt hovedansvar å holde TMA aktivt og forebyggende til enhver tid. Kanskje TMA hadde blitt kontinuerlig aktivt og dermed forebyggende hvis det ble faste rollespill ukentlig sammen med andre avdelinger? Dette er et tiltak til forbedring som alle respondentene selv etterlyser, og kunne dermed holdt TMA aktivt også i de periodene da det ikke forekommer hendelser.

6.1.2. Opplæring og opprettholdelse av kunnskap.

Hovedfunn fra dimensjon 2 viste at det er struktur og faste treningsdager ved DPS`et. Respondentene viste også til at det på den ene av de to avdelingene er ofte de ansattes holdninger som fører til at treningen ikke gjennomføres. TMA relatert til ansattes holdninger diskuteres videre under dimensjon 3. På faste treningsdager og på personalmøter formidles TMA kunnskaper gjennom undervisning internt avdelingsvis. Divisjonen viser til delvis samme kunnskapsformidling ved opplæring på faste ukedager satt av til TMA. Samtidig er

det også her antydninger til forskjeller mellom de to ulike avdelingene innad på divisjonen. Dette da den ene avdelingen ofte gjennomfører planlagt TMA trening, mens den andre avdelingen på divisjonen tar det litt som det kommer og påpeker at treningen ofte utgår på grunn av hektiske dager på avdelingen. Her antas det at tidsknapphet og travle dager for de ansatte legger føringer på TMA trening og opplæring, mens det på DPS`et, med andre rammer og pasientgrupper, kan antas å være mindre hektiske dager og man får oftere gjennomført den planlagte trening ukentlig.

Fadderordning for nyansatte på DPS`et, (i følge respondentene selv) fungerer godt på den ene av de to avdelingene. Respondentene ytrer felles mening om at det delvis er fadderne sitt ansvar å videreformidle kunnskap relatert til TMA til ekstravakter og nyansatte på avdelingen. All opplæring og kunnskapsoverføringer i organisasjoner er forankret i læring. Læringen skjer på individnivå og som oftest sammen og i samhandling med andre (Buch og Vanebo, 2003). Denne teorien kan sees i sammenheng med rollespill, kurs, og undervisning om TMA avdelingsvis, hvor læringen skjer nettopp sammen med andre på avdelingen. Den kunnskap og de erfaringene man gjør seg resulterer i den TMA kompetansen hver enkelt sitter på. Under begrepet kompetanse må man legge til etikk og holdninger (Marnburg, 2001), og det er nettopp det TMA inneholder.

Respondentene i begge fokusgruppene var samstemte i at nyansatte og ekstravakter uten TMA kompetanse og grunnkurset aldri skal settes til å jobbe på skjermet enhet. Er man redd selv, smitter dette over på pasientene som kanskje i utgangspunktet er redde selv, som igjen kan eskalere og resultere i hendelser med skade på de involverte parter. Flere respondenter i begge gruppene kommer med eksempler på at dette dessverre forekommer fremdeles relativt ofte inne på divisjonen. TMA konsulenten på SUS uttaler at nyansatte skal ha TMA grunnkurset innen det første halve året de jobber ved divisjonen (Waksvik, 2009). Respondentene påpeker at det tar for lang tid for nyansatte før de får gjennomført grunnkurset, og at dette er uheldig både for pasienter og de ansatte. Man kan undre over om de høye tallene relatert til skademeldinger på ansatte årlig har en sammenheng med den skadedes TMA kompetanse og om grunnkurset er gjennomført før hendelsen inntreffer. Uansett er respondentene klare i sin mening om at TMA grunnkurset burde vært gjennomført tidligere enn slik situasjonen er i dag. På en annen side kan dette handle om økonomi og ressursknapphet som årsaker til at grunnkursene ikke gjennomføres tidligere.

En respondent fra den ene avdelingen ved divisjonen påpeker innledningsvis i intervjuet at alle ekstravakter burde hatt like mye veiledning i arbeidstiden som de med fast ansettelse. Vedkommende understreker viktigheten av at alle ansatte, som en forutsetning for å jobbe og tenke likt, bør få samme veiledning. Ved å bare veilede en ansattgruppe, og ikke andre involverte, stopper trolig deler av opprettholdelsen og videreføringen av TMA kompetansen i avdelingen opp. Dette kan være uheldig med tanke på at viktig kunnskap ikke videreføres. Men som nevnt ovenfor kan dette ha sammenheng med at det er både tidkrevende og ressurskrevende å veilede alle ansatte. Sett fra pasientens ståsted vil veiledning med alle ansatte i arbeidstiden gi mindre personalressurser og tid til pasientene. Det er viktig å opprettholde kunnskapen i avdelingen men samtidig er de ansatte på jobb for å være nær og tilbringe tid sammen med pasientene. Egen erfaring fra Psykiatrisk divisjon er at travle dager med mye møter, kurs og veiledning og lignende "stjeler" tid som skulle vært brukt på pasientene. Det er en kabal som ikke alltid går opp, med mange involverte parter å ta hensyn til i en hektisk hverdag. På en slik arbeidsplass handler det om vanskelige prioriteringer i en hektisk hverdag. Men å prioritere veiledning vil til syvende og sist være til fordel fra pasienten, da ansatte besitter mer kunnskap om feltet. Det kan synes som ledelsen bør ta grep om organisering av TMA treningen bedre.

Et annet funn viser DPS`ets syn på å inkludere alle ansatte uansett stilling. En av avdelingene på DPS`et brukte helgene og nattevaktmøter på å inkludere ekstravakter og nattevaktene i TMA treningen. Dette vitner om et godt tiltak som bidrar til implementering og økt opprettholdelse av TMA. Divisjonens respondenter hadde ikke samme fokus på nattevaktene og helgevakter, og i lys av den andre fokusgruppen kan en undre seg om hvordan ansatte i helger og nattestillinger får kunnskap og informasjon relatert til TMA. Divisjonen sier videre at de er opptatt av kunnskapsoverføringen, men sier litt mot seg selv ved ikke å trekke inn natt / ekstra og helgevakt stilingene.

Som et tiltak til forbedring er både DPS`et og divisjonen bevisste sitt ansvar å videreføre kunnskap til kollegaer. Alle er de bevisste på sin rolle og viktigheten av den relatert til ansvaret for nyansatte. De sier selv at de må bli flinkere til å bevisstgjøre og gjennomføre dette. Det som fungerte godt var fadderordningen ved den ene avdelingen under DPS`et.

”Uansett er det så viktig ikke å glemme å undervise de nyansatte og ekstravaktene i hva vi holder på med, alt fra TMA til hva psykiatri egentlig handler om, og gi den info og fortelle om hvorfor ulike tiltak iverksettes” (DPS).

En slik fadderordning kan antas at vil bidra til å gjøre den tause kunnskapen eksplisitt. Nonaka (m.fl, 2001) trekker frem at den tause kunnskapen er vanskelig å beskrive for andre, da den bunner ut i egne erfaringer, sanser, intuisjon og individuell persepsjon. Denne teorien tatt i betraktning kan en undre seg over om den tause kunnskapen gjøres mer eksplisitt og tilgjengelig for nyansatte ved en slik fadderordning. Fadderordningen kan tenkes at fremmer opprettholdelsen og videreføringen av TMA kompetansen i hele organisasjonen, hvis ordningen hadde blitt innført og opprettholdt ved samtlige avdelinger. Det samme gjelder med rollespill, da den tause kunnskapen kan gjøres mer tilgjengelig for kollegaer i den praktiske treningen. En av de største utfordringer som finnes i organisasjoner som er avhengig av kunnskapsutvikling, er å gjøre den tause kunnskap tilgjengelig / eksplisitt for andre (Nonaka m.fl, 2001). Ved at faddere informerer og underviser de nyansatte om TMA, gjøres den tause kunnskapen mer tilgjengelig. Dette gjennom at kunnskap er relasjonell, dynamisk og knyttet til menneskelig aktivitet (Nonaka, m.fl, 2001). Kunnskapen avhenger mer av situasjonen og menneskene som er involvert, enn bare den harde fakta og absolutte sannheter.

Kunnskapen er kontekstavhengig og det er fem trinn i prosessen med å skape kunnskap i organisasjoner (Nonaka m.fl, 2001). Her trekkes første og siste trinn inn som relevante. Det første trinnet hvor man deler den tause kunnskapen kan settes i sammenheng med nettopp en fadderordning, hvor man i menneskelig aktivitet og kontakt deler egne erfaringer og kompetanse. Dette indikerer at DPS`et implementerer og opprettholder TMA kompetansen bedre ved nettopp å bruke faddere for nyansatte. En slik prosess med å utveksle erfaringer og overføre kunnskap mellom de ansatte i organisasjonen er en sosial og individuell prosess hvor man må by på seg selv. God kommunikasjon og gode sosiale relasjoner fremmer slik kunnskapsoverføring de ansatte i mellom. Sett i lys av oppgavens forskningsspørsmål en (hvordan fungerer TMA treningen avdelingsvis) og to (hvordan formidles TMA kunnskapen mellom medarbeiderne) vitner en slik fadderordning om at kan være et godt tiltak på veien for å opprettholde kunnskapen, samt videreføre denne mellom medlemmene i organisasjonen.

Sett i lys av respondentenes meninger ved DPS`et om at fadderordningen fungerte på en tilfredsstillende måte relatert til overføring av kunnskap og opprettholdelse av denne innad i organisasjonen, kan en undres over en eventuell rollekonflikt mellom fadderens ansvar for å videreformidle sin TMA kompetanse opp mot ressurspersonenes ansvar for å formidle

kunnskap omkring TMA. På en annen side kan man se det positivt at både fadderne og ressurspersonene har et ansvar for å implementere og opprettholde TMA fokuset avdelingsvis. Å innføre TMA er i første rekke et ledelsesansvar, men ressurspersonenes har også et ansvar for å innføre relevant kunnskap fra ulike kurs og TMA samlinger. I et translasjonsperspektiv (Røvik, 2007) fungerer ressurspersonene og delvis fadderne som oversettere innad i organisasjonen, og aktørene er formidlere av ideer i organisasjonen. Avslutningsvis kan en lure på om det er noe forvirring rundt hvem som har ansvaret for å innføre og opprettholde TMA? Dette i lys av at respondentene trekker inn både ledelsen, ressurspersonene, de ansatte selv relatert til fadderordningen, men ikke TMA konsulenten i like stor grad.

Respondentene fikk spørsmål om de kjente til TMA konsulentens rolle ved Psykiatrisk divisjon. Fokusgruppen fra DPS`et var alle inneforstått med hvem dette var og hvilken rolle han hadde i divisjonen. Flere kunne detaljer rundt TMA konsulentens rolle innad i divisjonen. Gruppen fra divisjonen hadde mindre kjennskap konsulenten. To av de tre respondentene hadde *aldri* hørt om konsulenten og visste ikke at en slik stilling var opprettet på divisjonen. Den tredje i divisjonsgruppen var fra en annen avdeling og vedgav å ha hørt om konsulenten, men visste ikke helt hva dette innebar for divisjonens TMA arbeid. I lys av dette funnet kan en undre seg over hvilke grunner som ligger til grunn for at DPS`et kjenner bedre til konsulenten enn det divisjons ansatte gjør. Konsulenten holder til inne på divisjonen og er sentral i det daglige TMA arbeidet, som eksempelvis det å holde grunnkurs og fagdager relatert til TMA samt deltar på alarmer på divisjonen for å nevne noen av arbeidsoppgavene. I lys av dette kan det se ut til at informasjonen ikke når frem inne på divisjonen like godt som den gjør ute i distriktet ved et DPS. Kan dette ha noe med tidsknapphet og en travlere hverdag å gjøre? Kan dette ha sammenheng med at ansatte som er lokalisert inne på Våland ikke like aktivt søker denne informasjonen da de er geografisk nærmere? Mens et DPS som er geografisk sett utenfor divisjonen på Våland, søker aktivt mer informasjon da de føler et større behov for å holde seg oppdatert?

Respondentene fra divisjonen påpeker at TMA opplegg og trening utgår i hektiske perioder, mens på DPS`et klarer de oftere å gjennomføre planlagte treninger. Hvis TMA treningen avlyses er det ikke grunnet tidsknapphet, men de ansattes holdninger som hindrer opprettholdelsen av kunnskapsoverføringen. Burde TMA arbeidet vært organisert annerledes for å klare å implementere og opprettholde TMA kompetansen bedre i hverdagen? Funnene over kan tyde på dette. Burde det vært ansatt en egen TMA konsulent som fokuserte på TMA opplegget ved DPS`ene? DPS`ets respondenter var samstemte til at de håper på mer kontakt og oftere samarbeid med konsulenten og legger til at konsulenten bør prioritere alle enhetene

under divisjonen, også enheter som ligger geografisk lengre unna divisjonen på Våland. Samtidig poengtere gruppen at TMA er mer i fokus nå og mer oppe i hverdagen etter at TMA konsulenten ble ansatt. Dette kan indikere at TMA konsulenten bidrar til økt implementering og opprettholdelsen av TMA i divisjonen. Men samtidig gir DPS respondentene altså uttrykk for at de ønsker forbedret kontakt med konsulenten.

Avslutningsvis her vil det påpekes at egen forutinntatthet som ansatt ved et DPS under divisjonen, kom det overraskende at de ansatte inne på Våland ikke kjente til at det fantes en slik TMA konsulent som har stor betydning for å opprettholde og implementere TMA arbeidet i en slik stor organisasjon. Kan dette tyde på at kunnskap om TMA ikke overføres godt nok? Nonakas (2001) siste trinn i en kunnskapsutviklende prosess er å gjøre kunnskapen tverrfaglig. I denne sammenheng inkludere alle ansatte, som eksempelvis leger da de er i daglig kontakt med pasientene. Akkurat dette eksempelet blir påpekt av respondentene. Dette bringer oppgaven inn på tredje dimensjon relatert til at ledelsen bør inkludere andre yrkesgrupper til TMA trening.

6.1.3 Ledelsens rolle relatert til innføring og opprettholdelse av TMA samt den ansattes sikkerhet.

Respondentene fra begge gruppene mener at ledelsen ved deres avdelinger er engasjerte og positive til å implementere og opprettholde TMA arbeidet i hverdagen. De er alle samstemte og poengterer at hvis ikke TMA opplegget fungerer og gjennomføres ved avdelingen er dette ikke ledelsens feil, men de ansatte selv, som ikke gjennomfører opplegget ukentlig. Det er fra ledelsens side satt av tid og anledning til å prioritere TMA avdelingsvis. TMA konsulenten sier at TMA er godt forankret i ledelsen ved divisjonen (Waksvik, 2009).

Fokusgruppen fra divisjonen legger også til at ledelsen avdelingsvis er raus og lydhøre ovenfor sine ansatte i hverdagen. Når ledelsen er engasjert og støtter sine ansatte, er det større sjanse for å lykkes med å implementere og opprettholde TMA ved Psykiatrisk divisjon (Buch og Vanebo, 2000). Støtten fra ledelsen bør være i form av både ord og handling. Dette stemmer godt overens med hva respondentene selv påpeker i sine uttalelser. Ledelsen er positive og sier sjeldent nei til kurs, møter og lignende, samtidig som de ansatte er deltakere på dette fokusgruppeintervjuet. DPS`et som er representert med 7 ansatte sa at det også var innleid personal på deres avdelinger, slik at det var nok ansatte igjen på avdelingen nå når de deltok på fokusgruppeintervjuet. Antall oppmøtte respondenter fra divisjonen på Våland viser at ikke alltid ord og handling stemmer overens fra ledelsen på de ulike avdelingene ved divisjonen. Dette da flere avdelingsledere gav tilbakemelding på å la ansatte stille til intervju,

men som ikke fulgte opp i praksis. Man kan stille spørsmål ved om TMA er like prioritert av ledelsen som det flere respondenter ytrer at det er.

Respondentene fra begge fokusgruppene var relativt samstemte hva gjelder behovet for at implementering og opprettholdelse av TMA bør inkluderes mer tverrfaglig innad i divisjonen. Det fremkommer at flere faggrupper som vaskepersonal, leger og psykologer ikke bruker alarm, og dette kan føre til uheldige hendelser med skade på ansatte. Respondentene påpeker at det er et lederansvar å få med alle yrkesgrupper som jobber på avdelingene. TMA konsulenten legger til at TMA grunnkurset er obligatorisk for alle ansatte, uansett stilling eller utdanning (Waksvik, 2009).

Under er et utdrag fra intervjuet med ansatte fra divisjonen på Våland. To respondenter fra samme avdeling diskuterte tverrfaglig alarmbruk ved deres avdeling:

A: " Alle hos oss går med alarmer... alle sammen, vaskedamen også"

B: "Ja, gjør de nå det..."

A: "Ja, alle behandlere, i allefall av og til... ikke alltid... men noen ganger går de med alarmer". "Som regel er det med inn et personal med inn i samtale med behandler inne på avdelingen på rommet"

B: "Men har de pasient inne på kontoret sitt, har de ikke alarm"

Man kan ut fra denne diskusjonen i fokusgruppen stille spørsmål til om det obligatoriske grunnkurset gjennomføres av alle ansatte uansett stilling og utdanning? Årsakene til at grunnkurset ikke gjennomføres kan ikke fastslås ei heller begrunnes her, men det er liten tvil om at det er et ledelsesansvar og at det må gjøres mer tverrfaglig.

Gruppene viser til at de savner mer informasjon fra ledelsen etter meldt skade i Synergi. Begge fokusgruppene viser til lite eller ingen tilbakemelding etter at skademeldingen i Synergi er sendt. Selv ikke på alvorligere skader får de ansatte informasjon om saksgangen. En ansatt på divisjonen viste til egen erfaring hvor hun etter å ha blitt alvorlig skadet på alarm, aldri hørte noe fra avdelingslederen i etterkant. Samtidig påpeker flere at de savner at ledelsen følger den skadde ansatte bedre opp i etterkant av hendelser.

Respondentenes utsagn står i kontrast til arbeidsmiljøloven, paragraf 2-3, som viser til at lederne er hovedansvarlige for arbeidsmiljøet. De skal delta aktivt, ta initiativ og være pådrivere. Dette innfrir ikke til de ansattes forventninger ved ikke å gi dem tilbakemelding

etter skademelding, samt at ledelsen ikke følger opp den skadde i etterkant av hendelsen. Det fremkommer også flere eksempler på at den ansatte fyller ut den elektroniske skademeldingen alene. Flere respondenter påpeker at dette er uheldig da man lett kan bagatellisere egen skade når man fyller ut skademeldingsskjemaet, Det legges til at de ønsker at skademelding fylles ut sammen med kollegaer. Arbeidsmiljøloven sier at lederne skal aktivt delta i arbeidsmiljøet, og søke opp de ansattes erfaringer. Helse Stavangers styringspyramide (jamfør Figur 3) viser også til at lederne skal være rollemodeller og helhetstenkende i det daglige virke. Ord og handling har liten sammenheng her relatert til Synergi hva gjelder tilbakemelding til den enkelte. I diskusjon i fokusgruppen ved DPS`et fremkommer det at:

A: "Tilbakemeldinger er for dårlig"

B: " Vi får ikke tilbakemelding annet enn på mail, og bare at den er videresendt. Selv ikke de alvorlige meldingene får vi vite hvordan blir fulgt opp"

C: " du kan melde fra til du blir blå, men ingenting skjer og du får heller ikke tilbakemelding. Jeg har alltid lurt på hva som skjer med de meldte skademeldingene i Synergi" (DPS).

Som nevnt påpeker Testad (2003) at TMA også innebærer alarmbruk, da dette er et viktig redskap for den ansattes sikkerhet. Skulle en situasjon bli faretruende, kan alarmer utløses og hjelp kommer til. Dette er årsaken til at nettopp alarmbruk er viet mye fokus i dette studiet, fordi kunnskap om alarm og alarmbruk er en viktig del av å implementere og opprettholde TMA og den ansattes sikkerhet.

I fokusgruppen fra DPS`et er det som nevnt to ulike avdelinger fra samme DPS, med svært ulike meninger relatert til alarmbruken. Mens den ene avdelingen er fornøyd og har en ansatt som raskt fikser alarmene, sliter den andre avdelingen med å ha nok alarmer. Derfor er det store meningsforskjeller relatert til alarmbruk. Den ene avdelingen under DPS`et er samstemte om at alarmene er et stort problem da de ofte er ødelagte og alltid i mindretall. Dette truer igjen den ansattes sikkerhet i hverdagen. Med andre ord viser dette ulikheter også innad i gruppene, ikke bare forskjeller mellom organisasjonsenhetene.

"Det var nettopp en hendelse hvor det tilfeldigvis var en student som hadde på seg alarm, og som hørte at en annen ansatt trykket alarm og hadde behov for hjelp. Det var bare flaks denne morgenen at denne alarmer ble hørt. Som sagt er mange sløve med alarmbruken, samtidig som kaffepausen om morgenen er mer viktig enn det å

tenke sikkerhet og ta på seg alarm. Flere gikk ikke med alarm denne morgningen og hjalp derfor ikke til” (DPS). En annen fra samme avdeling legger til:

”Til daglig vet jeg at mange som er drittleie av dette med de ødelagte alarmene og at det aldri er nok, og tenker jaja, i dag driter jeg i å bruke alarm da det ikke er noen alarmer tilgjengelige allikevel” (DPS).

Begge fokusgruppene uttrykker at de trenger nye og bedre alarmer, gjerne med bedre display og at den ikke lager på mye lyd som dagens alarmer. Respondentene gjengir flere egenerfarte hendelser hvor alarmene ikke utløste seg, og en respondent sier at det var ren flaks gjorde at ansatt ikke ble skadet den morgningen da bare en student bar alarm når de andre kollegaene heller prioriterte kaffepause enn å ta på seg de alarmene som var tilgjengelige. TMA konsulentten uttaler at alarmen gir trygghet til de ansatte (Waksvik, 2009), men dette nytter lite når det ikke er nok alarmer til de ansatte på jobb, samt at alarmene ikke utløses når de trykkes på for å få hjelp. Et annet viktig aspekt vedrørende alarmene er at den høye lyden ved utløst alarm kan skremme og fremprovosere mer sinne og redsel hos pasienten, som da igjen fører til en større trussel mot sikkerheten til ansatte i situasjonen. Studiet viser at alarmene er et viktig moment sett i sammenheng med TMA og funn indikerer at ledelsen bør prioritere innkjøp av nyere og mer sikre alarmer snarest da dagens situasjon kan true ansattes sikkerhet.

Etter skade på ansatt skal det alltid meldes om dette i Synergi. På spørsmål om mørketall relatert til underrapportering er alle respondentene helt enige i at det forekommer store mørketall. På følgespørsmål om hva som er årsakene til at det ikke meldes i Synergi påpeker samtlige at Synergi ikke fungerer tilfredsstillende per dags dato. En av flere årsaker er at det tar for lang tid å logge seg på datasystemer, samt at flere ansatte som ekstravakter og nyansatte ikke har eget brukernavn og passord, og kan derfor ikke melde skader elektronisk. Samtidig fremkommer det meninger fra alle respondentene om at det er frustrerende å melde om skade når man i etterkant ikke hører noe fra avdelingsleder om hvor saken blir sendt videre i etterkant.

Respondentene fra divisjonen er enige i at det var bedre før når man skrev skademelding på papir, og de ikke var elektroniske. Dette fordi det var enklere å fylle ut et ark, samtidig som det var mer oppfølging etter skade når man fylte ut arket. Melder man elektronisk gjøres dette ofte alene. Årsaker til dette er ukjente. Men dette indikerer et behov hos respondentene om å bli mer informert om prosedyren i Synergi relatert til meldt skade. Dette kan bidra til økt TMA opprettholdelse, da man ved å melde fra kan kartlegge hvordan eventuelle tiltak kan

settes i gang for å redusere skader på ansatte. Divisjonens fokusgruppe hadde et klart flertall som ønsket den gamle papirutgaven igjen, mens det på DPS`et er delte meninger relatert til at Synergi er elektronisk. Diskusjonen i fokusgruppene ble avsluttet med å oppsummere at fordelen med Synergi er at det er mer systematisk og man kan lettere orientere seg i egne meldte saker. Ansatte kan via Synergi systemet selv finne frem til sine egne meldte skader. Samtidig er det sterke meninger om at papirutgaven som gikk raskere og fylle ut og som var mer detaljert, er ønsket tilbake. Tall fra Synergi viser en nedgang på innmeldte skader på ansatte etter at det gikk fra papirutgave til elektronisk (jamfør oppgavens punkt 1.3 innledningsvis). Dette kan indikere at systemet i seg selv er en av årsakene til at det er så store mørketall relatert til å melde fysiske og psykiske skader, da det er tidkrevende og vanskeligere for alle ansatte å få tilgang i. Gjennom presentasjon av funn og diskusjon fremstår et interessant aspekt. Respondentene er enige om at å innføre og opprettholde TMA kompetansen avdelingsvis er et ansvar som gjelder både ledelsen og alle ansatte underlagt avdelingen. Mens Synergi tolkes som å fremstå som et mindre godt fungerende rapporteringssystem, presenteres Synergi av respondentene som om det kun er et ledelsesansvar å informere om Synergi. Med andre ord tolkes det dit hen at de ansatte ikke ser at de selv har et ansvar relatert til å sette seg bedre inn i Synergi og etterspørre behandlingen av skademeldingen i etterkant. Det fremkom mye negativt i diskusjonene ved begge fokusgruppene vedrørende ledelsens håndtering av skademeldinger. Men det kan diskuteres som det er like mye den ansattes ansvar å sette seg bedre inn i Synergi, som det er å holde seg oppdatert relatert til TMA.

På en annen side er en god sikkerhetskultur, som nevnt i figur 4 (punkt 3.2.2), en kultur som er rapporterende, fleksibel, lærende, informert og rettferdig (Reason, 2008). I lys av denne figuren innfrir SUS deler av den, men viser også en ukultur relatert til informert kultur. En informert kultur er en viktig komponent i sikkerhetskulturen hvor ansatte bør ha kunnskap om ulike teknologiske systemer (Reason, 2008). Synergi kan i denne sammenheng vise til at ansatte ikke er så informerte som de burde og som de selv ønsker med tanke på hele systemet rundt Synergi og prosedyren etter meldt skade. For å skape en god sikkerhetskultur bør det tilstrebes en god rapporterende kultur. Men ifølge respondentene er det ikke enkelt, da flere ikke er informert eller har tilgang til systemet, ei heller kunnskap om hvordan det skal brukes riktig. Ved å fremme en rapporterende kultur kan ledelsen avdelingsvis se hvilke tiltak som eventuelt bør iverksettes etter meldt skade. Med andre ord kan en god sikkerhetskultur som er informert, lærende, rapporterende, rettferdig og fleksibel fremme opprettholdelsen av TMA

ved de ulike enhetene. Reason (2008) påpeker at en rapporterende kultur bør tilstrebes, da man kan lære mye av innrapporterte skader og nestenuhell. Er sikkerhetskulturen ved Psykiatrisk divisjon preget av en rettferdig kultur, som ikke leter etter syndebukker? Kan det være en ukultur preget av syndebukkmentalitet som er en av årsakene til at ansatte ikke melder om skader og uhell? Man bør ikke lete etter syndebukker, men se på skader og feil som en læringsmulighet innad i organisasjonen (Reason, 2008). Sett i lys av syndebukkmentaliteten, er det en ansvarsfraskrivelse hos de ansatte når de bare ”skylder” på ledelsen (leier etter syndebukker) over for lite informasjon relatert til Synergi, og tilsynelatende ikke ser sitt eget ansvar relatert til selv å holde seg oppdatert og søke kunnskaper om Synergi.

Norsk Sykepleiers Landsgruppes leder Unn E. Hammervold påpeker viktigheten med å melde ifra om skader og avvik, og sier at det er et lederansvar å sørge for de ansattes arbeidsplass som trygg og god (Dolonen, 2009). Hun legger til at det er ledelsen som har ansvar for bemanningen og fagfolk på jobb, samtidig som hun påpeker at politikerne må prioritere mer penger til helsevesenet. Dette samsvarer med respondentene fra begge fokusgruppene som mener at en av grunnene til at ufaglærte uten TMA kompetanse settes på skjerming er nettopp fordi det ikke er nok fagfolk på vakt, og dermed må eksempelvis den ene sykepleieren som er på vakt ha medisinsansvar. Da faller mye ansvar over på ekstravaktene.

Hammervold uttaler at med god bemanning med riktig kompetanse kan mange situasjoner forebygges samtidig som gode ledere følger opp sine ansatte og ikke utsetter dem for unødig fare (Dolonen, 2009). En motsetning til hennes utsagn kommer fra samtlige respondenter fra begge gruppene, hvor det kommer flere eksempler på at nyansatte og ekstravakter uten erfaring og kompetanse på TMA og psykiatri generelt settes på skjerming. Dette er også egenerfart som nevnt innledningsvis i oppgaven. Både personlig og som en del av studiets funn viser dette tema med andre ord at ledelsen har noe å strekke seg etter når det gjelder å verne om den ansatte og videreføre kunnskaper relatert til fagfeltet.

6.1.4 Økt bruk av tvang

Under fokusgruppeintervjuene var et av spørsmålene avslutningsvis relatert til SINTEF's rapport (Bremnes, 2008) om økt tvangsbruk i psykiatrien. Diskusjonen gikk ut på om respondentene så en sammenheng mellom økt tvangsbruk og de ansattes TMA kompetanse. Det fremkom ulike meninger til hva årsakene kunne være, hvor divisjonen så økt rusmisbruk hos dagens unge pasienter i nær sammenheng med økt tvangsbruk. Samtidig dreide

diskusjonen seg mot et annet aktuelt perspektiv, nemlig at nyansatte og ekstravakter settes på skjermingsenheten uten TMA kompetanse. DPS respondentene hadde mange av de samme meningene som divisjonen relatert til at det aldri bør settes ekstravakter og nyansatte på skjerming uten TMA grunnkurs og kompetanse innen feltet. Det fremkommer flere eksempler som respondentene i begge gruppene har erfart selv, og det er at det fremdeles settes personal inn på skjerming som ikke burde være der. Waksviks (2009) viser til at tvangsbruken på Psykiatrisk divisjon ved SUS er redusert. Det er mindre utageringer og dermed mindre tvangsbruk. Tallene er nedadgående. Samtidig påpeker TMA konsulenten at det er mye pasienter med rusproblematikk, og argumenterer for at det er ønskelig med en lovendring relatert til det å gripe inn for å begrense rus på avdelingene (Waksvik, 2009). Fokusgruppen på DPS`et diskuterer at terskelen for å trykke alarm som igjen kan føre til tvangsbruk er større hvis man ikke har TMA kompetanse.

Så hvilken betydning har studiens sentrale funn for Psykiatrisk divisjon Stavanger? Dette bringer diskusjonen over i ulike implikasjoner?

6.2. Implikasjoner

Hvilke betydning har denne studien for det praktiske liv ved Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger? Og har funnene noen betydning for videre implementering og opprettholdelse av feltet? Under oppsummeres kort de viktigste implikasjoner som er identifisert i dette studiet.

Funn i lys av kunnskap om TMA, historikk, opprinnelse og konsulentens rolle, syntes å være mer fraværende på divisjonen kontra DPS`et hvor de ansatte hadde mye kunnskap om dette. Med andre ord indikerer det en tilsynelatende svikt i kunnskapsoverføringen relatert til dette ved de ulike avdelingene. Konsulenten har en viktig rolle sett i sammenheng med implementering og opprettholdelse av TMA i hele Psykiatrisk divisjon, og det er interessant at flertallet av de ansatte fra divisjonen ikke kjenner til at denne stillingen er opprettet. DPS ansatte ønsker mer kontakt med konsulenten. Alle respondenter påpeker viktigheten med at TMA grunnkurset bør gjennomføres for alle ansatte på et tidligere tidspunkt enn det som praktiseres i dag.

Det fremkommer forskjellige meninger fra fokusgruppene hva gjelder TMA manualen. Divisjonen på Våland ønsker en oppdatert versjon, mens DPS`et viser til et stort behov for en egen manual tilpasset deres hverdag med andre rammer og annen struktur.

Alle respondentene er enige i at treningen bør varieres og bruk av rollespill fungerer bra. På en annen side synes det som om for mye trening ukentlig virker mot sin hensikt og bidrar til mindre lyst til å trene, som igjen fører til at opprettholdelsen av TMA forverres da treningen ofte utgår. Opplæring og etablering foregår ulikt avdelingsvis, hvor det ved DPS`ets ene avdeling er en fadderordning som tilsynelatende bidrar til økt implementering avdelingsvis, samt overfører kunnskap til ansatte. Dette gjør også ressurspersonene, men det synes å være forvirring rundt hvem som har ansvar for hva på den enkelte avdeling.

Respondentene hadde svært like meningsytringer relatert til at nyansatte, ekstravakter eller studenter ikke bør jobbe på skjermingsenheten uten TMA kompetanse og erfaring, da det kan sette både pasienten og den ansatte i fare. Dette ble også sett i sammenheng med økt tvangsbruk i avdelingen.

Ledelsen er engasjerte og positive til TMA implementering og opprettholdelse av TMA, og sier aldri nei til kurs eller liknende kompetanseheving. Men egen erfaring i lys av dette studiet viser til at det ikke alltid er samsvar mellom det ledelsen selv påpeker at de mener til det de gjør i praksis, med eksempelvis få respondenter som møtte til intervju ved divisjonen. Dagens alarmer og alarmbruk er ikke tilfredsstillende, samt at det ikke er nok alarmer til alle. Dette er et oppsiktsvekkende funn fordi alarmbruk er helt grunnleggende for å ivareta ansattes sikkerhet i hverdagen.

Synergi er positivt med tanke på at man lett finner igjen egne meldte saker, hvis man har meldt ifra! Men det er flertallet av respondenter som mener systemet langt fra er tilfredsstillende. De fremkommer at det er store mørketall relatert til rapportering av skader og avvik. Dette kan indikere at ledelsen har noe å jobbe imot for å bedre sikkerhetskulturen. Funn relatert til Synergi kan forhåpentligvis brukes av ledelsen ved divisjonen i det videre arbeidet med å utbedre dette systemet. Det samme gjelder for manualen som skal utarbeides i fremtiden, samt å ta de ansatte på alvor når det gjelder å ivareta nyansatte, ekstravakter slik at de informeres og opparbeider egen TMA kompetanse for de jobber inne på skjermingen. Å ved å nettopp gjøre det motsatte kan være en potensiell årsak til at tvangsbruken øker.

7.0 Konklusjon

Tvangsbruken i psykiatrien har økt de siste årene (Bremnes, 2008). Skadestatistikker avdekker mange skader på ansatte årlig både lokalt (Synergi, 2009) og nasjonalt (Dolonen, 2009). Store mørketall eksisterer. Skader meldes ikke, ei heller registreres. Tvangsbruk, vold og skader er tema som engasjerer og diskuteres i samfunnspolitiske debatter.

Det er viktig å ivareta ansatte og skape en sikker arbeidsplass. Ansatte som ikke føler seg trygge på jobb kan man risikere at slutter. Faglig kompetanse forsvinner. TMA kan bidra til å fremme en trygg og sikker arbeidsplass for ansatte i Helsevesenet, Psykiatrisk divisjon, både lokalt og nasjonalt. Det er viktig å implementere et slikt sikkerhetsverktøy ved SUS nettopp for å ivareta de ansatte. Utfordringene kan være mange. De ulike enheter ved Psykiatrisk divisjon har ulike strukturer, rammer og kulturer. Implementeringen av TMA og TMA som et sikkerhetsverktøy må tilpasses de ulike organisatoriske enhetene. Dette for å få verktøyet til å fungere best mulig i hver enkelt organisatorisk enhet.

Et overordnet mål for denne oppgaven var å undersøke hvordan TMA implementeres og opprettholdes ved ulike enheter underlagt Psykiatrisk divisjon Stavanger. Delmål var å finne ut av hvordan TMA fungerer avdelingsvis og hvordan kunnskapen formidles mellom de ulike medarbeiderne. Samtidig var andre delmål å se hvordan ansatte opplever ivaretagelse av egen sikkerhet, samt ledelsens rolle relatert til TMA.

Resultater fra studien viser at TMA implementeringen og opprettholdelsen har fellestrekk. Samtidig fremkommer det forskjeller mellom de to enhetene. I begge fokusgruppene fremkommer det at TMA implementeres hierarkisk, ovenfra og nedover, og vertikalt, ut til DPS'et i organisasjonen. Det er ledelsen som har det overordnede ansvaret for ressursfordelingen, som å sette av tid samt å se til at TMA opprettholdes og brukes ved de ulike enhetene. Funn fra denne studien viser at selv om det er ledelsen som har det overordnede ansvaret, er det de ansatte som til daglig har ansvaret for å ta i bruk TMA og opprettholde denne kompetansen avdelingsvis.

Viktige faktorer identifisert i denne oppgaven er at det ved begge enhetene brukes personalmøter og variert fysisk trening relatert til å opprettholde TMA opplegget og gjennomføring av dette. Forebygging er en stor og viktig del av TMA treningen. Praktisk trening viser seg å være viktig og rollespillet fremmer læring, sprer kunnskap, som igjen

bidrar til økt opprettholdelse av TMA. Samtidig viser funn til at for mye trening ukentlig gjør de ansatte slitne av å trene, de blir umotiverte og treningen utgår. Dette virker direkte i mot opprettholdelsen av TMA i avdelingen. DPS ansatte trener mer regelmessig ukentlig, mens divisjonen trener ved anledning avdelingsvis. Grunnkurset og fadderordningen bidrar positivt til at nyansatte får kunnskaper og kompetanse relater til TMA, og synes som en god måte å opprettholde og videreføre kunnskapen på til ansatte. Samtidig synes taus kunnskap å spre seg gjennom fadderordning og rollespill. Det fremkommer at ledelsen prioriterer TMA og er positive til å implementere og opprettholde kunnskapen i avdelingen.

I studien er det identifisert flere forbedringstiltak. Det er gjort et oppsiktsvekkende funn relatert til at det ikke er tilstrekkelig alarmer til alle ansatte ved den ene avdelingen, noe som truer sikkerheten til de ansatte. Studien viser til at det bør prioriteres innkjøp av bedre og mer pålitelige alarmer også. Det understrekes også viktigheten med at TMA og alarmbruk bør gjøres mer tverrfaglig og at dette er et ledelsesansvar. Dette er en direkte trussel mot ansattes sikkerhet da ansattes viktigste verktøy underlagt TMA er nettopp å bære alarm. Dette jobber i mot en trygg arbeidsplass hvor de ansattes sikkerhet blir ivaretatt. Dette motarbeider også etablering av en god sikkerhetskultur innad i organisasjonen.

Grunnkurset gis for sent til nyansatte og innvirker til økt risiko for skade på ansatt. Dette, som nevnt ovenfor, jobber mot en sikkerhetskultur som verner om de ansattes sikkerhet. Nyansatte og ekstravakter bør ikke settes til å jobbe på skjerming uten TMA kompetanse. Dette øker risikoen for å bli skadet. Dette kan også resultere i at en trykker alarm raskere enn en med mer og bedre kompetanse ville gjort, og kan være en medvirkende årsak til at tvangsbruken øker.

Studien viser at Synergi er utfordrende når det nå er elektronisk, og det ytres ønske av flere for å ta i bruk papirversjonen igjen. Denne studien indikerer også at ledelsen bør bli bedre til å informere om saksgangen i Synergi, samt gi tilbakemelding etter meldt skade. Ledelsen bør også følge opp den skadde i etterkant. Ved å gi sine ansatte mer informasjon om saksgangen i Synergi, brukertilgang til alle ansatte og følge opp den skadde, kan dette bidra i riktig retning til at mørketallene forhåpentlig kan gå ned på lang sikt. Samtidig er det et ansvar de ansatte selv må ta, og det er å søke informasjon og ta ansvaret for å melde skader, fysisk og psykisk, i Synergi. Ledelsen kan ut fra skademeldingene se hva som er årsaker til ulike skader og dermed sette inn tiltak. Dette kan bidra til økt opprettholdelse.

Funn viser at de ulike enhetene har ulike behov og at TMA bør tilstrebes å passe inn i deres hverdag. TMA manualen er et eksempel på dette. DPS`et har behov for en manual tilpasset deres hverdag. En manual som er mer relevant blir forhåpentligvis mer brukt, enn det den gjør i dag. En tilpasset TMA manual som oppslagsverk med relevant informasjon, bidrar til økt opprettholdelse og implementering avdelingsvis.

Denne studien indikerer at DPS ansatte har mer detaljert kunnskap relatert til historikk og konsulentens rolle dette på tross av at geografisk avstand. Konsulenten bidrar til økt implementering ved å holde grunnkurs, seminarer for ressurspersonene, og opprettholder TMA ved å strukturere og informere om dagens TMA arbeid. DPS`et etterlyser mer fysisk kontakt med TMA konsulenten.

Det kan kort konkluderes med at TMA er et viktig sikkerhetsverktøy for ansatt både på DPS og inne på divisjonen. Implementeringen og opprettholdelsen bør tilpasses den enkelte organisatoriske enhet, da det er ulike strukturer, rammer og behov som innvirker på TMA opprettholdelsen i hverdagen.

Denne oppgaven kan gi flere innspill til Psykiatrisk divisjon, Stavanger relatert til deres videre TMA arbeid. Divisjonen kan bruke respondentenes synspunkter vedrørende arbeidet med den nye TMA manualen, som revideres på dette tidspunkt. Oppgaven kan gi gode indikasjoner på hvordan TMA opplegget kan etableres og opprettholdes ved avdelingene i fremtiden. Personlig har det vært viktig å se på ansattes sikkerhet underlagt Psykiatrisk divisjon. Dette da flere ansatte skades årlig. I et samfunnspolitisk perspektiv er det overordnede mål at dette studiet kan være en hjelp, støtte og inspirasjon til andre ansatte i psykiatrien ved SUS og på landsbasis. Dette for å ivareta de ansatte og forhindre skader i jobbsammenheng. Håpet er at oppgaven kan være et forebyggende element i det videre arbeidet med terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk.

8.0 Referanser:

- Aven, Terje. Marit Boyesen, Ove Njå, Kjell Harald Olsen, Kjell Sandve (2004, 2 opplag). "Samfunnsikkerhet". Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Berg, Bruce L. (2009, 7 opplag), "Qualitative Research Methods", Allan & Bacon, Boston. USA.
- Berg, Morten Emil, (2005, 4 opplag). "Coaching – Å å hjelpe ledere og medarbeidere til å lykkes". Universitetsforlaget, Oslo.
- Blaikie, Norman (2007, 6 opplag), "Designing social research", Polity press. UK.
- Bremnes Ragnhild, Hatling Trond, Bjørngaard Johan Håkon (November 2008). SINTEF Rapport: A8231, "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007". SINTEF Helse
- Busch Tor, Johnsen Erik, Vanebo, Jan Ole (3 utgave, 2003) "Endringsledelse i det offentlige", Universitetsforlaget, Oslo.
- Dolonen, Kari Anne (4 utgave, 2009) "mykt yrke, brutal hverdag" i sykepleie tidsskriftet "Sykepleien- jobb".
- Engen, Ole Andreas. Forelesning fra 09.09.2008 i " Risiko og Samfunnsikkerhet", fag ved master i endringsledelse.
- Fog, Jette (1998, 1 utgave, 4 opplag). "Med samtalen som utgangspunkt". Akademisk Forlag A/S, Tryk: Reproset, København, Denmark.
- Gibbs, Anita (1997) " Social Research Update". Department of Sociology, Guildford University of Surrey, England. UK.
- Ghuri, P & Grønnhaug, K. (2002). " Research Methods in business studies" second edition. Pearson Education Limited. Essex, England.
- Karlsen, Jan Erik (2 opplag 2007). "Ledelse av Helse og Miljø og Sikkerhet". Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.
- Kvale, Steinar (2009, 12 opplag), " Det kvalitative forskningsintervjuet". Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jakobsen, Dag Ingvar (2005, 2 utgave). "Hvordan gjennomføre undersøkelser", Høyskoleforlaget AS, Norge.

Larsen Erik, Bastør Per Øyvind, Dahl Kjell (1 utgave 2002) ” *Organisasjoner i utvikling og endring*”, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Løvstadskolen (2005) *Treningsmanual for Løvstadkurs i terapeutisk mestring av vold*.
Løvstad Skole A.S.

Major, Ellinor,F. (2008, 7 utgave / nyhetsbrev) ” *Psykisk*” tidsskriftet utgis av
Helsedirektoratet, Oslo. Trykk: Aktiv Trykk AS.

Marnburg Einar (2 opplag, 2001) ” Den selvutviklende virksomhet, idepilarer i lærende organisasjoner”, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mertens, Donna M. (2005, 2 utgave). ”*Research and Evaluation in Education and Psychology. Integrating Diversity with Quantitative, qualitative, Ans, Mixed Methods*”.
Sage Publications.USA.

Morgan, David L, (1997, 2 utgave) “Focus groups as qualitative research” by: Sage
Publications. USA.

Nonaka Ikujiro, Von Krogh Georg, Ichijo Kazuo (1 utgave 2001) ” Slik skapes kunnskap”,
Nks forlaget, Oslo.

Omdal, Jan Terje (2006). Internt Kurs / forelesning i ” hva er TMA”, under SUS, Helse
Stavanger.

Reason, James (2008)” *Managing the Risks of Organizational Accidents*”. Published by
Ashgate Company. USA.

Ryen, Anne (2002) ”*Det Kvalitative Intervjuet*”. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
Bergen.

Røvik, Kjell Arne (2007) “ *Trender og Translasjoner, ideer som former det 21. Århundrets organisasjoner*”. Universitetsforlaget, Oslo.

Schein :E.H. (1987) ”*Organisasjonskultur og ledelse*”, *Er kulturendring mulig*. Mercury,
Media Forlag, Oslo.

Stormyr, Bernhard (2006) ”*Sykepleiere varsler ikke*”, fagartikkel fra tidsskriftet ”Sykepleien -
jobb”, utgitt januar 2006 av Norsk Sykepleier Forbund. Trykk: Stibo Graphic AS.

Testad Ingelin. (2004, 1 utgave). ”*TMA Kurshefte*”. Utgitt av Stiftelsen psykiatrisk
opplysning, Stavanger, 2004. Trykk: Impress.

Tjensvoll; Gunnhild (2009) Personlig korrespondanse med Gunnhild Tjensvoll, via telefon. Publisert i oppgaven med tillatelse av Tjensvoll.

Waksvik, Guro (2009, 4 utgave) Artikkel hentet fra ” *Sinn & Samfunn*”, tidsskrift utgitt av Mental Helse Norge.

Annen litteraturhenvisning:

Intranett (2009), Stavanger universitetssjukehus sine Intranett sider, og herunder: Personalhåndboken.

Langhelle, Oluf (2007) Forelesning i kvalitativ metode, forkurs, 1 semester 2007, 15 og 16 August. Del 1. Universitetet i Stavanger.

Sander, Kjetil (2004), www.Kunnskapsenteret.no. Publisert 23.08.2004.

Synergi, (2009). Stavanger Universitets sjukehus sitt avviks og rapporteringssystem. Tallene er utgitt med muntlig tillatelse fra Sjefslege Jan Olav Johannesen, ved Psykiatrisk divisjon.

Engen, Ole Andreas. (2008) Forelesning fra 09.09.08, i faget ” Risiko og Samfunnsikkerhet”, ved Universitetet i Stavanger.



Vedlegg A:

Intervjuguide

Hvordan fungerer TMA hos dere?

Tema 1: Generelt om TMA – iverksettelse og gjennomføring

- Kjennskap til TMA?
 - Begrepsinnhold?
 - Historikk?
 - Behov/nytteverdi?

- Hvordan er TMA implementert på din arbeidsplass?
 - Funksjon og motivasjon?
 - Ressurspersoner / TMA Konsulenten?
 - Informasjonsflyt?
 - Vedlikehold av kompetanse på postene?
 - Eventuelt endringsbehov/utfordringer?

Tema 2 : Innføring og etablering i organisasjonen

- TMA-opplæring
 - Hvordan er opplæringen lagt opp til ansatte, nyansatte, ekstravakter og studenter?
 - Hvordan fungerer denne?
- TMA-trening
 - Hvordan fungerer TMA treningen deres?

- Tilrettelegging?
- Funksjon?
- Gjennomførelse?
- Vedlikehold av kompetansen?
- Opprettholdelse?
- Eventuelt forbedringspotensiale / utfordringer?

Tema 5: Ledelsens rolle relatert til TMA

Hvordan forholder ledelsen seg til TMA opplegget her med tanke på implementering og vedlikehold av kompetansen?

Tema 4 : Sikkerhet på arbeidsplassen

- Kjenner du til Synergi?
- Rapportering/bruk av Synergi?
- Skadeomfang relatert til TMA?
- Mørketall?
- Forbedringspotensiale?

Tema 5: Tvangsbruk og TMA

- Kan økt tvangsbruk relateres til TMA?

Hvorfor/hvorfor ikke?

(Dette med utgangspunkt i SINTEF sin rapport om økt tvang i Norske Psykiatriske sykehus på landsbasis fra 2001 til 2007, med Ca 20 %. Denne rapporten er presentert i innledningen min i hver fokusgruppe).

Vedlegg: B

Til avdelingsleder ved sengepost på Våland/ DPS
Ved Psykiatrisk Divisjon, Helse Stavanger.

Stavanger.....2009

Invitasjon til deltakelse i fokusgruppeintervju vedrørende masteroppgave, om TMA

Henviser til tidligere kontakt vedrørende forespørsel om å kunne intervju ansatte (på ulike poster/enheter) ved Psykiatrisk Divisjon i Stavanger.

Mitt navn er Monica Helen Sirevåg, og jeg er student ved Universitetet i Stavanger. Jeg studerer Master i Endringsledelse, og er nå inne i siste semester og holder nå på med masteroppgaven. Da jeg selv er ansatt som sykepleier i Helse Vest, ved Sola Distriktpsykiatriske senter, er jeg opptatt av TMA-kompetansen i jobben min. Dette er en viktig del av jobben samtidig som det er utfordringer ved det å opprettholde og tilrettelegge for TMA kompetansen til meg selv og kollegaer i en hektisk hverdag. Derfor vil jeg dykke dypere ned i denne utfordringen som jeg synes er engasjerende, spennende, og ikke minst viktig.

Jeg har en foreløpig problemstilling som lyder:

”Hvordan gjennomføres implementeringen av TMA ved Psykiatrisk Divisjon Stavanger kontra et Distriktpsykiatrisk senter. Og hvilke tiltak utføres for opprettholdelse av TMA kompetansen”.

Metoden jeg vil anvende er kvalitativ forskningsmetode, og benytte fokusgruppeintervju. Jeg ønsker svært gjerne å intervju en gruppe ansatte ved klinikken på Våland bestående av ca 8 personer fra ulike poster. Jeg ønsker også å intervju på samme måte ved et Distriktpsykiatrisk senter, og har vært i kontakt med et DPS, for å intervju ansatte der.

Det spiller ingen rolle om informanten er mann / kvinne (men det er ønskelig med en av hver), ei heller ikke informantens alder. Men informanten(e) må være ansatt i en fast dag/aften stilling i mer enn 6 måneder og ha erfaring fra TMA. Informanten skal *ikke* være en TMA ressursperson.

Intervjuet vil vare i maksimum to timer. Har din avdeling anledning til å sende en eller to ansatte til å delta, så gi med beskjed muntlig eller via mail snarest mulig. Mail adressen min er:

Det vil trolig bli gjennomført et andregangsintervju for å få bekrefte deltakernes informasjon, når dette blir formidles ved et senere tidspunkt.

Ta kontakt hvis du lurer på noe vedrørende Masteroppgaven på: mobil:

Med vennlig hilsen Monica Helen Sirevåg ☺



Vedlegg: C

Invitasjon til deltakelse i Fokusgruppeintervju

Bakgrunn

Mitt navn er Monica Helen Sirevåg og jeg er student ved Universitet i Stavanger. Jeg studerer en Mastergrad i Endringsledelse, og det er i anledning Masteroppgaven min at jeg ønsker å intervju ansatte ved Psykiatrisk Divisjon på bakgrunn av mitt tema ” TMA ved Psykiatrisk Divisjon, Helse Stavanger”.

Jeg jobber selv som sykepleier under Helse Stavanger, og har erfaringer fra en hektisk hverdag innenfor psykiatrisk divisjon og TMA arbeidet, og dets utfordringer.

Forskning viser til at tvangen innen psykiatrien har økt de siste årene, samt at rapporterte skader på ansatte har steget. Kan dette sees i sammenheng med TMA kompetansen til de ansatte. Min foreløpige problemstilling lyder som følger:

”Hvordan gjennomføres implementeringen av TMA ved Psykiatrisk Divisjon Stavanger kontra et Distriktskykiatrisk senter, og hvilke tiltak utføres for opprettholdelse av TMA kompetansen”.

Mål og innhold

Fokusgruppeintervjuer er som en gruppesamtale, der jeg som intervjuer fungerer som en debattleder. Dere svarer på spørsmål fra intervjueren, samtidig som der forhåpentlig blir en diskusjon i gruppa. Målet med fokusgruppeintervjuet er å få fram de ansattes erfaringer og synspunkter relatert til min problemstilling. For at dataene skal være valide og reliable, arrangeres et fokusgruppeintervju for ansatte ved klinikken på Våland og ett fokusgruppeintervju for en gruppe ansatte ved et distriktskykiatrisk senter under Helse Vest.

De to fokusgruppeintervjuene foretas helt separat; informasjon fra et intervju blir IKKE dratt direkte med til neste intervju.

For å ha mulighet til å få med viktig informasjon, benyttes diktafon under intervjuene. Alle data vil bli behandlet *konfidensielt* og vil ikke være sporbare tilbake av noen av dere. Informasjonen som framkommer blir transkribert og systematisert i kategorier som framkommer. Resultatene blir analysert og diskutert i lys av relevant teori.

Hvorfor delta og hva kan dere bidra med?

Mye av teorigrunnet jeg arbeider ut ifra, omhandler sikkerhetskultur og kunnskapsoverføring mellom organisasjoner. Det er foretatt lite forskning i Norge innen TMA og de utfordringene som ligger foran oss her, relatert til å opprettholde denne viktige kompetansen. Dere sitter på unik innsikt og erfaring som kan være med å gi et bidrag til å utvikle ny og viktig kunnskap om norske forhold og hvilke utfordringer som finnes for best mulig kunne opprettholde TMA kompetansen hos de ansatte.

Jeg håper du ønsker å stille opp og si din mening sammen med andre ansatte fra ulike avdelinger. Det vil totalt være 6 – 8 personer tilstede ved dette fokusgruppeintervjuet. Det vil delta tilfeldig valgte fast ansatte

Intervjuet vil foregå den 2009. Sted.....

Skulle det vise seg at jeg har behov for å få bekreftet deres (informantenes) informasjon ytterligere, kan det være nødvendig med et nytt andregangsintervju for validitetens skyld, men dette kommer jeg tilbake til.

Har du noe du lurer på vedrørende dette, så er det bare å ta kontakt.

Med Vennlig Hilsen

Monica Helen Sirevåg

Universitet i Stavanger / Master i Endringsledelse

Mobil:

Monicahs799@hotmail.com

SAMTYKKEERKLÆRING - PROSJEKTDELTAKER

for studien

”TMA i Psykiatrisk Divisjon, Helse Stavanger”

Deltakelse i studien er basert på ditt frivillige, informerte samtykke. Dersom du ønsker informasjon utover det som framkommer i dette informasjonsskrivet og den muntlige informasjonen du har mottatt/vil få, har du full anledning til å be om dette. Dersom du etter å ha fått den informasjon du synes er nødvendig, sier ja til å delta i studien, må du signere samtykkeerklæringen.

Jeg, _____(navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, har fått anledning til å innhente den informasjon jeg har hatt behov for, og er villig til å delta i prosjektet.

Signatur: _____ Dato: _____

(sign. prosjektdeltaker)

(datert av prosjektdeltaker)