

**Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser
og læring i sykehus:
– en case-studie om læringsnotaters
reise i et sykehus**



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, selvvalgt fordypning

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Anne Lene Hegelstad

Veileder: Siri Wiig, professor

26.05.16

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår – 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Anne Lene Hegelstad

VEILEDER: Siri Wiig

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel:

Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser og læring i sykehus – en case-studie om læringsnotaters reise i et sykehus.

Engelsk tittel:

National reporting system for adverse events and learning in hospitals – a case-study of learning hand-out´s travel in a hospital.

EMNEORD/STIKKORD:

Læringsnotat, læring i sykehus, uønsket hendelse, meldeordning.

ANTALL SIDER: 98

STAVANGER – 26.mai 2016

Forord

Pasientsikkerhet og læring etter uønskede hendelser er tema som har engasjert meg lenge. Jeg er svært glad for anledningen til å fordype meg innenfor denne tematikken, gjennom masteroppgaven og masterstudiet i sin helhet. Jeg har lært mye om organisatorisk læring, og sett hvordan et travelt sykehus prioriterer pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsarbeid. Hjertelig takk til sykehuset som har hjulpet med rekruttering til oppgaven, informanter som velvillig har stilt til intervju og ledere som har satt av arbeidstid til intervjuene!

Jeg vil rette en stor takk til min veileder fra Universitetet i Stavanger, Siri Wiig. Takk for kjappe og grundige tilbakemeldinger, oppmuntring og solid veiledning. Det har vært inspirerende å få være med på møtene og presentere oppgaven i programområdet for Kvalitet og Sikkerhet i helsesystemer, ved Universitetet i Stavanger.

Takk til arbeidsgiver og gode kolleger, som har lagt til rette for masterstudiene og oppmuntret meg gjennom forløpet! Tusen takk til Marit på Bjerkreim Folkebibliotek som velvillig har bidratt til fjernlån av bøker gjennom hele masterstudiet.

Tilslutt, vil jeg rette en stor takk til familie og venner for støtte, oppmuntring og gode ord! Ikke minst vil jeg trekke frem "min andre familie" som har bidratt med gode samtaler hver tirsdag, Kristine som har sørget for pauser i skrivingen, mamma som har lest korrektur og Øyvind som har hjulpet med finpuss mot slutten av oppgaven!

Stavanger, 26. mai 2016

Anne Lene Hegelstad

| INNHold | Side |
|---|-----------|
| Forord..... | 3 |
| Sammendrag..... | 7 |
| Summary..... | 8 |
| 1.0 INTRODUKSJON..... | 9 |
| 1.1 Bakgrunn..... | 10 |
| 1.2 Hensikt..... | 11 |
| 1.3 Problemstilling..... | 11 |
| 1.4 Avgrensning og begrepsavklaring..... | 11 |
| 1.5 Oppbygning av oppgaven..... | 12 |
| 2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK FUNDAMENT..... | 13 |
| 2.1 Forvaltning av uønskede hendelser..... | 13 |
| 2.1.1 Rapporteringssystem for uønskede hendelser..... | 13 |
| 2.1.2 Nasjonale rapporteringssystem for uønskede hendelser..... | 14 |
| 2.1.3 Analysering av uønskede hendelser..... | 16 |
| 2.1.4 Tilbakemeldinger og læring etter uønskede hendelser..... | 17 |
| 2.1.5 Omlegging av meldeordningen..... | 18 |
| 2.2 Læring i organisasjoner..... | 19 |
| 2.2.1 Organisatorisk læring..... | 19 |
| 2.2.2 Kjennetegn ved lærende organisasjoner..... | 22 |
| 2.2.3 Ledelse i lærende organisasjoner..... | 24 |
| 2.2.4 Kommunikasjon i organisasjoner..... | 24 |
| 2.2.5 Strategier for informasjonsformidling..... | 26 |
| 2.3 Forsknings spørsmål..... | 28 |
| 3.0 METODE..... | 29 |
| 3.1 Litteratursøk..... | 29 |
| 3.2 Forskningsstrategi og design..... | 30 |
| 3.3 Valgt case og kontekst..... | 31 |
| 3.4 Utvalg | 32 |

| | | |
|------------|---|----|
| 3.5 | Datasamling | 33 |
| 3.6 | Analyse | 35 |
| 3.7 | Metodisk refleksjon | 37 |
| 3.8 | Forskningsetiske vurderinger | 39 |
| 4.0 | FUNN | 41 |
| 4.1 | Læringsnotat | 42 |
| 4.1.1 | <i>Læringsnotatenes oppbygning og innhold</i> | 42 |
| 4.1.1.1 | <i>Varmetiltak kan gi brannskade</i> | 42 |
| 4.1.1.2 | <i>Uønskede hendelser under svangerskap fødsel og barseltid</i> | 44 |
| 4.1.2 | <i>Distribusjon av læringsnotat</i> | 46 |
| 4.1.3 | <i>Vurdering av læringsnotat og informasjonen</i> | 48 |
| 4.1.4 | <i>Bruk av læringsnotat</i> | 51 |
| 4.1.5 | <i>Omlegging av meldeordningen</i> | 53 |
| 4.1.6 | <i>Informasjon fra nasjonale organ</i> | 55 |
| 4.2 | Læring i sykehus | 56 |
| 4.2.1 | <i>Hvordan foregår læring</i> | 56 |
| 4.2.2 | <i>Forbedringsområder til læringen</i> | 58 |
| 4.2.2.1 | <i>Planlagt møtevirksomhet</i> | 59 |
| 4.2.2.2 | <i>Fortløpende møtevirksomhet</i> | 60 |
| 4.2.2.3 | <i>Direktemeldinger</i> | 60 |
| 4.2.2.4 | <i>Tilgjengelig informasjon</i> | 61 |
| 4.2.2.5 | <i>Krav til informasjonen</i> | 62 |
| 5.0 | DRØFTING | 64 |
| 5.1 | Prosesen omkring læringsnotatene | 64 |
| 5.1.1 | <i>Kunnskapssenteret som nasjonalt rapporteringssystem</i> | 64 |
| 5.1.2 | <i>Læringsnotatene – nasjonal læringsinformasjon</i> | 66 |
| 5.1.3 | <i>Distribusjon og vurdering av læringsnotatene</i> | 68 |
| 5.1.4 | <i>Bruk av læringsnotatene</i> | 69 |
| 5.2 | Organisatorisk læring i sykehuset | 71 |
| 5.2.1 | <i>Utfordringer og muligheter ved informasjonsformidling i sykehus</i> | 71 |
| 5.2.2 | <i>Utfordringer ved læring på tvers</i> | 74 |
| 5.2.3 | <i>Hvordan formidle informasjon fra læringsnotater-organisatorisk læring</i> ... 75 | 75 |

| | | |
|------------|--|----|
| 5.2.4 | <i>Forbedringsområder til informasjonsformidling i sykehuset</i> | 76 |
| 6.0 | KONKLUSJON | 80 |
| 6.1 | Implikasjoner for praksis | 83 |
| 6.2 | Videre forskning | 84 |
| | Referanseliste..... | 85 |
| | Vedlegg..... | 90 |
| | Vedlegg 1: Intervjuguide..... | 90 |
| | Vedlegg 2: Informasjonsskriv..... | 93 |
| | Vedlegg 3: Tilbakemeldingsbrev fra NSD..... | 96 |
| | Vedlegg 4: Tilbakemeldingsbrev fra forskningsavdelingen ved sykehuset..... | 98 |

Sammendrag

Forvaltningen av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten ble i 2012 flyttet til Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. De har blant annet publisert læringsnotat basert på en aggregering av uønskede i spesialisthelsetjenesten. Læringsnotatene kartlegger årsaksforhold og foreslår forebyggende strategier basert på hendelsesaggregeringen. Det etterspørres kunnskap omkring hvordan læringsnotatene er distribuert og anvendt i helseforetakene. Hensikten med denne studien er å skaffe kunnskap om hvordan læringsnotater formidles og anvendes på ulike nivåer i et sykehus. Studien har søkt å besvare følgende problemstilling: *Hvordan bidrar Kunnskapssenterets læringsnotat til læring på ulike nivåer i et sykehus og hvilke forbedringsområder finnes?* Metoden har vært en kvalitativ case-studie av en klinikk ved et sykehus. Data er samlet gjennom en triangulering av semi-strukturerte intervjuer og dokumentanalyser. Utvalget har vært 16 informanter, både jordmødre, leger, mellomledere, ledere og kvalitetsstab. Utvalget av dokumenter til analyse har bestått av to læringsnotater, et internt notat i klinikken og et organisasjonskart. Resultatet har vist at distribusjonen av læringsnotater stopper opp på et klinikknivå, hvor notatene er blitt reflektert over og diskutert. Distribusjonen når ikke ut til ansatte med pasientkontakt, slik læringsnotatene også er tiltenkt. Det ene notatet harmonerer med klinikkens praksis, mens det andre notatet fordrer samarbeid på tvers av instanser ved sykehuset og har ikke blitt implementert i organisasjonen. Studien har konkludert med læringsnotatene er nyttige og relevante for praksisfeltet, hvor notatene har skapt refleksjon og diskusjon på et klinikknivå. Forbedringsområder er å spre notatene helt ut i organisasjonen. Da trengs en større inkludering av ansatte i endringsprosesser, godt planlagt møtevirksomhet, med gjentakende møter for ulike grupper. Fargekodet epost med kortfattet og relevant informasjon, er foreslått som en nyttig direktemeldingskanal for informasjonsformidling.

Summary

The management of adverse events in secondary healthcare was moved to the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services in 2012. They publish learning hand-outs based on an aggregation of adverse events in secondary healthcare. These hand-outs map causes and suggest preventive strategies based on the aggregation of incidents. There is limited knowledge regarding how these learning hand-outs are distributed and used in the hospitals. The purpose of this study is to acquire knowledge about how learning hand-outs are disseminated and applied at various levels in a hospital. The study tries to answer the following question: *How has the learning hand-outs from the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services contributed to learning at various levels in a hospital, and which areas for improvement exist?* The study is a qualitative case-study of a clinic at a hospital and a triangulation of semi-structured interviews and analysis of documents. The selection of informants consists of 16 midwives, doctors, leaders at various levels and quality staff. The result shows that the distribution of learning hand-outs doesn't move further than a clinic level, where the hand-outs have been reflected upon and discussed. The distribution of learning hand-outs does not reach the front-line staff, as the learning hand-outs were intended to. The first hand-out is in line with the clinic's practice, while the second hand-out calls for cooperation across units at the hospital and has not been implemented in the organization. The conclusion emphasizes that learning hand-outs are useful and relevant to the practice field, where they have contributed to reflection and discussion on a clinic level. Areas for improvement are distribution of the hand-outs through the entire organization, down to the front-line staff. There is also need for a greater involvement of employees in the processes of change, well planned meetings, and repeated meetings in different groups. Colour-coded emails with concise and relevant information have been proposed as a useful tool for information dissemination.

1.0 INTRODUKSJON

Spesialisthelsetjenesten har et nasjonalt system for meldinger av uønskede hendelser som førte til, eller kunne ført til betydelig personskade. Lovteksten omtaler det som en meldeplikt, med hensikt å bedre pasientsikkerheten. Forvaltningen av meldingene er lagt til Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten¹ (Kunnskapssenteret), (Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3). Tidligere var det Helsetilsynet som mottok meldingene, men i 2012 ble forvaltningen flyttet til Kunnskapssenteret. Noe av årsaken til endringen var at Kunnskapssenteret ikke var en sanksjonsmyndighet slik som Helsetilsynet (Saastad, Flesland & Lindahl, 2014a). Helse- og omsorgsdepartementet (2012), beskriver frykten for sanksjoner fra Helsetilsynet som en av årsakene til lav meldefrekvens. Helse- og omsorgsdepartementet understreker behovet for å lære av feil, unngå fremtidige hendelser og argumenterer for systematisk kvalitetsforbedring. Bestillingen gitt til Kunnskapssenteret etter omleggingen i 2012 gikk blant annet ut på at årsaker til hendelser skal avdekkes slik at nye feil kan forhindres. Kunnskapssenteret skal gi ut læringsinformasjon som skal kunne brukes nasjonalt og læringsnotater er et prioritert verktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Læringsnotatene kan beskrives som tilbakemeldinger av faglig karakter gitt på sammenfallende hendelser analysert sammen (Saastad et al. 2014a). Læringen skal skje på forskjellige nivå, blant helsepersonell og ansvarlige myndigheter. (Lippestad, Melby, Kilskar & Øren. 2014). En stortingsmelding uttrykker ønske om å skape en kultur for å melde og lære av uønskede hendelser, slik at nye hendelser kan forebygges. Det skal oppleves nyttig å melde, melderens skal få tilbakemelding og se at saken fører til forbedring (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). Likevel skriver medlemsbladet Sykepleien om avvik og trekker frem "1 av 2 ser ikke nytten av å melde" (Hofstad, 2015:31). Helseforetakene beskriver en opplevelse av at omleggingen av meldeordningen ikke har medført endringer for den som primært melder inn hendelser, og dermed ikke har hatt stor betydning når det kommer til meldefrekvensen (Lippestad et al. 2014).

¹ Forvaltningen er videreført til Helsedirektoratet i 2016 (Kunnskapssenteret, 2016).

1.1 Bakgrunn

Omleggingen av meldeordningen har ført til at Kunnskapssenteret publiserer læringsnotater (Saastad et al. 2014a), og disse læringsnotatene danner bakgrunnen for denne oppgaven. Kunnskapssenteret har publisert til sammen 17 læringsnotater fra 2013 til 2015 (Kunnskapssenteret, 2015). I Sintef sin evaluering av meldeordningen er det stilt spørsmål ved bruken av læringsnotatene som da var blitt publisert. Det fremkom at en har lite kunnskap om hvorvidt læringsnotatene når ut til praksisfeltet. Evalueringen viser at det er utilstrekkelig kunnskap om i hvilken grad læringsnotatene bidrar til forebygging og læring. Evalueringen viser også at enkeltmeldinger danner grunnlaget for læringsnotatene, og at det dermed er viktig at helsepersonell som melder hendelser er kjent med dette, for å opprettholde motivasjon til å melde inn hendelser. Det understrekes at notatene bør gjøres kjent og brukes i forbedringsarbeid i de enkelte helseforetakene (Lippestad et al. 2014).

Det er med andre ord lite kunnskap omkring hvorvidt læringsnotatene blir brukt til å forbedre praksis i sykehusene og hvordan notatene eventuelt blir brukt. Det er behov for undersøkelser omkring hvorvidt ansatte med direkte pasientkontakt er kjent med læringsnotatene, og at disse har rot i avviksmeldinger. Samtidig mangler en kunnskap om hvordan informasjonen fra læringsnotatene er vurdert av målgruppen, om læringsnotatene er nyttige for praksisfeltet, samt hvordan slik informasjon skal formidles og blir formidlet i praksisfeltet. Dette er et kunnskapshull, hvor en trenger videre forskning.

Internasjonal forskning har vist en usikkerhet omkring hvordan en skal tilnærme seg og implementere tilbakemeldinger med et kvalitetshevende formål. Tilbakemeldinger til klinisk personal bør være konkrete (Sinuff, Muscedere, Rozmovitz, Dale & Scales, 2015). Samme endringsforslag kan ha forskjellig appell i ulike organisasjoner (Harvey, Jas & Walshe, 2015). Det er behov for mer forskning omkring opplevelser og holdninger til endringer hos personalet som endringene direkte angår. Mottakelighet for endringer varierer blant personal og organisasjoner. En bedre forståelse av forutsetningene i organisasjoner vil utruste instansene som utarbeider føringer for praksis til å kunne gi mer realistiske anbefalinger (Burnett, Benn, Pinto, Parand, Iskander & Vincent, 2010).

Blant instansene som utarbeider anbefalinger og endringsforslag i Norge, er Kunnskapssenteret. Ved årsskiftet 2015-2016 ble meldeordningen videreført fra Kunnskapssenteret til Helsedirektoratet (Kunnskapssenteret, 2016). Dermed er det viktigere å se på hvordan læringsnotatene blir brukt, for å kunne gi en indikasjon på nytteverdi til Helsedirektoratet, når det kommer til produksjon av flere læringsnotater.

1.2 Hensikt

Den overordnede hensikten med denne masteroppgaven er å fremskaffe kunnskap om hvordan læringsnotater fra kunnskapssenteret formidles og anvendes på et sykehus. Mer spesifikt er hensikten å studere hvilke nivåer som konkret bruker notatene, hvordan kunnskapen fra et læringsnotat blir brukt til å endre rutiner i praksis og avdekke eventuelle forbedringsområder. Oppgaven vil utforske om ansatte med direkte pasientkontakt er kjent med meldeordningen, og at avvik som meldes inn kan være et av mange avvik som former grunnlaget for et læringsnotat.

1.3 Problemstilling

Følgende problemstilling danner utgangspunkt for oppgaven:

Hvordan bidrar Kunnskapssenterets læringsnotat til læring på ulike nivåer i et sykehus og hvilke forbedringsområder finnes?

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Det finnes flere begreper som kan være nyttige å avklare i oppgaven. De fleste begrepene blir avklart fortløpende. Men uønsket hendelse er et begrep det være nyttig å avklare kort. Lovteksten omtaler hendelser som skal meldes til Kunnskapssenteret. Det omfatter hendelser med betydelige personskader forårsaket av ytelse av helsetjeneste, eller at pasienter skader hverandre. Hendelser som kunne ført til skade skal også meldes (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3). Aase (2015) har oversatt WHO sin definisjon av uønsket hendelse til norsk: "En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Men klinisk behandling menes alle aspekter av helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for

å levere tjenestene. Uønskede hendelser kan være mulig å forebygge eller ikke” (Aase, 2015:14). Bakgrunnen for denne oppgaven er blant annet meldinger av uønskede hendelser til Kunnskapssenteret etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og hvordan disse skal danne grunnlag for læring. Meldinger til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a omfattes ikke i oppgaven. Selv om forvaltningen av meldinger nå er lagt til Helsedirektoratet (Kunnskapssenteret, 2016), velger denne oppgaven å fokusere på Kunnskapssenteret, siden dette var aktuelt da oppgaven ble planlagt og gjennomført. Kunnskapssenteret gir ut forskjellig læringsinformasjon, men denne oppgaven er avgrenset til å omhandle hvordan sykehus bruker og vurderer læringsnotatene fra Kunnskapssenteret. Oppgaven vil heller ikke rettes mot bruk av læringsnotatene innenfor andre instanser. Videre inkluderer oppgaven to læringsnotater og ser konkret på brukes av disse, innenfor en klinikk ved ett sykehus.

1.5 Oppbygning av oppgaven

For å besvare problemstilling vil leseren tas igjennom tidligere forskning på området og teoretisk rammeverk. Deretter vises forskningsspørsmål og en utgreiing omkring metode før funnene presenteres. Funn og teori blir videre diskutert før linjene trekkes sammen i en avsluttende konklusjon.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK FUNDAMENT

Dette kapitlet ser først på forvaltning av uønskede hendelser og deretter på læring i organisasjoner. Her fremheves tidligere forskning på området og teoretisk fundament, gjennom forskning fra vitenskapelige artikler og litteratur fra bøker og rapporter. Fremgangsmåte for litteratursøk vil det bli gjort rede for i metodekapittelet. For å skape en forståelse av tematikken i oppgaven, vil en først se på rapporteringssystem for uønskede hendelser. Deretter vil en gå over til å se på hvordan informasjon utarbeidet i slike systemer kan læres og illustrere med modeller for organisatorisk læring. Dette knyttes også opp mot rapporten omkring meldeordningen fra Sintef (Lippestad et al. 2014).

2.1 Forvaltning av uønskede hendelser

Tidligere forskning har vist at hendelsesrapportering ble sett på som den formelle kanalen til å formidle alvorlige pasientskader (Sujan, 2015). En kan først se på teorier omkring rapporteringssystemer for uønskede hendelser, og deretter gå over på hvordan nasjonale rapporteringssystemer skiller seg ut. Videre kan en se på analyseringen og læringen etter hendelser og hvilke endringer omleggingen av meldeordningen har ført med seg.

2.1.1 Rapporteringssystem for uønskede hendelser

Rapporteringssystemer for uønskede hendelser kan gi en indikasjon på årsaker og konsekvenser til en hendelse og være et verktøy til å kartlegge mønster i hendelsesforløpet. Rapporteringssystemet bør være en del av en større helhet, som regelmessig analyserer, gir tilbakemeldinger og kommer med forebyggende tiltak, som igjen blir evaluert. Rapporteringssystemer kan ha to ulike formål. Det ene er å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten. Det andre formålet er å plassere skyld og ansvar. Systemer som brukes til det andre formålet er lite nyttige til forebygging av uønskede hendelser og flere systemer går mot et kvalitetsforbedrende formål (Lipczak & Schiøler, 2003). Dette støttes i flere tidligere studier. Disse påpeker at et sanksjonsfritt system øker læringsmulighetene. Studiene anbefaler å flytte fokuset fra individet som gjør feil, til rammene individet befinner seg i, hvor konteksten kan gi mulighet for feil. Tilbakemeldinger med et systemfokus fremfor et individfokus kan skape en

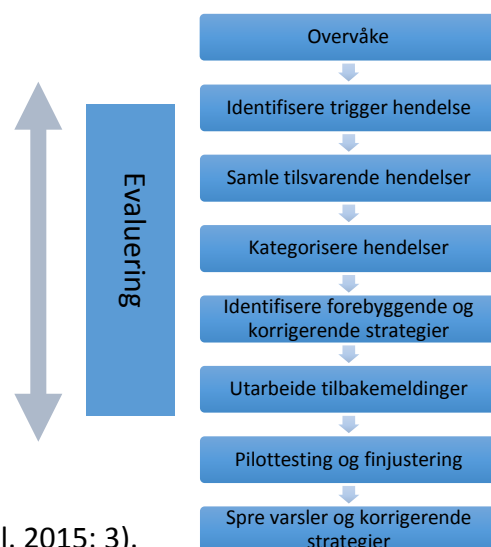
bevisstgjøring omkring sikkerhet og en kultur for å rapportere hendelser (Benn, Koutantji, Wallace, Spurgeon, Rejman, Healey, & Vincent, 2009; Mahajan, 2010). I norsk sammenheng viser en undersøkelse til usikkerhet omkring hvorvidt det er en sammenheng mellom økt meldingsfrekvens og omlegging til en sanksjonsfri meldeordning (Lippestad et al. 2014). Det er viktig at feil, nesten feil og uønskede hendelser blir identifisert og analysert, med et overordnet formål om læring. Dersom en unnlater å melde fra om slike hendelser vil verdifull informasjon gå tapt (Jylling, 2003). Tidligere forskning har vist til varierende erfaringer med rapporteringssystemene, og mangelfulle rapporter (Anderson, Kodate, Walters & Dodds, 2013; Kousgaard, Joensen & Thorsen, 2012; Ravndal, 2012; Røstøen, 2005; Tighe, Woloshynowych, Brown, Wears & Vincent, 2006). Ansatte har lavere terskel for å rapportere om egne enn andres feil (Ravndal, 2012). Forskningen omhandlet også utfordringer omkring tid og ressursbruk rundt meldingen og analyseringen av uønskede hendelser. Et elektronisk meldesystem forenklet melding og analysering, og i noen tilfeller økte det meldingsfrekvensen. Uklare meldekriterier påvirket både tidsbruken omkring melding av hendelser og grunnlaget rapporter i etterkant baseres på (Anderson et al. 2013; Benn et al. 2009; Kousgaard et al. 2012; Lippestad et al. 2014; Røstøen, 2005). Mangel på anonymitet førte til underrapportering og et anonymt meldesystem kan være noe av årsaken til økt meldefrekvens (Lippestad et al. 2014; Tighe et al. 2006).

2.1.2 Nasjonale rapporteringssystem for uønskede hendelser

Nasjonale rapporteringssystemer har mulighet til å se et større bilde og på denne måten kan de fange opp hendelser som enkelte sykehus ser på som bagateller, men som forekommer hyppig på nasjonal basis. Slike systemer kan se på medvirkende faktorer og årsaker til hendelser og publisere informasjon på bakgrunn av dette (Vincent, 2010). Dette støttes av tidligere forskning som viser til at en aggregering av hendelser gir mulighet til å se etter mønstre i hendelsene samt til å kartlegge årsaker. Informasjon etter analyse av aggregerte hendelser kan vende tilbake som forebyggende strategier (Benn et al. 2009). En aggregering av hendelser samler flere hendelser og analyserer dem sammen (Hellebek & Pedersen 2003). Anbefalinger bør generelt baseres på flere hendelser, fremfor enkelt-hendelser (Vincent & Amalberti, 2016). Det blir beskrevet at mange alvorlige hendelser ikke nødvendigvis skjer ofte nok på et lokalt nivå til å

gjennomføre meningsfulle analyser av de. En ulempe med nasjonale systemer er at de som regel kun har den skriftlige rapporten, sjelden mer informasjon om hendelsen. Slike systemer vil ha kapasitetsvansker når det kommer til å analysere alle hendelser som meldes. Det blir også påpekt at analyse av svært mange lignende hendelser ikke nødvendigvis avdekker flere årsaker til hendelsene, sammenlignet med om en analyserte noe færre hendelser. Nasjonale rapporteringssystemer er med på å skape økt fokus på sikkerhet. En relativt rask og effektiv tilbakemelding kan føre til engasjert personale, som innehar en forståelse av at deres rapporter blir tatt på alvor (Vincent, 2010). Nasjonalt aggregerte data gir rom for læring på tvers av organisasjoner, hvor informasjon fra en hendelse som kun har skjedd et sted kan komme til nytte for alle tilsvarende organisasjoner gjennom den nasjonale rapporten. Det er likevel fremdeles er noe uklart hvordan slike rapporter skal brukes, og forskjellige organisasjoner viser ulik mottagelighet for endringsforslag (Benn et al. 2009; Burnett et al. 2010). Et riktig konstruert rapporteringssystem bør baseres på rapportering, deretter analysering, læring, tilbakemelding og tilslutt tiltak. Antallet meldinger er ikke det viktigste, men det bør mottas tilstrekkelig antall meldinger til at de største sikkerhetstruslene blir avdekket (Vincent, 2010). Det finnes få vitenskapelige rammeverk på dette området, og Hibbert, Healey, Lamont, Marela, Warner & Runciman (2015) har utviklet et rammeverk for tilnærming til risiko og uønskede hendelser på ni steg. Dette er oversatt til norsk og gjengitt i figur 1.

Figur 1. Rammeverk for tilnærming til risiko og uønskede hendelser.



(Hibbert et al. 2015: 3).

Rammeverket er utarbeidet av personer med erfaring fra store rapporteringssystemer i England, Australia og Nord-Amerika. Det er basert på erfaringer fra nasjonale rapporteringssystem, og hvilke faktorer ved systemene som er avgjørende for å skape læring og forebygging. Første steg er å overvåke og se etter hendelser som har ført til betydelig skade. Deretter skal en finne en trigger-hendelse, som krever tilbakemelding på et nasjonalt nivå. Videre søkes det etter sammenfallende hendelser, for å se etter omfang og alvorlighetsgrad. Deretter kategoriseres hendelsene og neste steg er å utarbeide strategier for å korrigere skadene eller forebygge nye hendelser. Disse bør være overkommelige, også kostnadene. Det sjettede steget er å utvikle besvarelser og i det sjuende steget blir disse pilot-testet og finjustert. Strategiene og anbefalingene blir spredt og tilslutt evalueres hele prosessen. Det understrekes at ved alvorlige hendelser og hendelser som haster, kan prosessen forkortes og utføres raskere. Det blir også trukket frem at teamet som gjennomgår hendelser og kommer med anbefalinger er tverrfaglig, og klinisk erfaring vektlegges blant annet til å vurdere hendelser. Rammeverket fremhever besvarelser til hendelsene, og viser til at tidligere systemer i stor grad har hatt hovedfokus på melding av uønskede hendelser (Hibbert et al. 2015). Rammeverket samsvarer med fokus for denne oppgaven, som er læringsnotatene som besvarelser fra Kunnskapscenteret.

2.1.3 Analysering av uønskede hendelser

Hendelser som blir meldt bør analyseres med det formål å identifisere årsaker som gjorde hendelsen mulig og munne ut i tiltak som skal forebygge at lignende hendelser skjer igjen (Lipczak & Schiøler, 2003). En kan grovt sett skille mellom to modeller for hendelsesanalyser. Reaktive analyser gjennomføres når en hendelse har skjedd, mens proaktive analyser gjennomføres når et risikoområde er avdekket. Hendelser kan analyseres enkeltvis eller aggregert. Det er viktig med en systematikk i analyseringen. Det oppfattes som profesjonelt av personalet, gir en logisk fremstilling av hendelsen, en får belyst alle sider og resultatet viser til årsakssammenhenger. Dette er med på å øke troverdigheten (Hellebek & Pedersen, 2003). Tidligere forskning har vist til ulike holdninger omkring hvem som analyserer og gir tilbakemeldinger på hendelsene. Det vektlegges erfaringer, utdanningsbakgrunn og forhold til institusjonen som har hatt rapportert en hendelse. Videre vektlegges også hvorvidt personene som analyserer

hendelser har kjennskap til kliniske problemstillinger, og om det er en ekstern, intern analysering og eventuelt en analysering av hendelser på nasjonalt nivå (Claridge, Cook & Hale, 2008; Mahajan, 2010; Sujuan, 2015; Waring, Currie, Crompton & Bishop, 2013). Forskning viser til en motstand mot å implementere anbefalinger fra utenforstående, men analysering bør foretas av eksperter på de ulike fagområdene (Claridge et al. 2008; Mahajan, 2010; Waring et al. 2013). En nasjonal hendelsesanalysing er viktig blant annet grunnet muligheten til å fremme forbedringsområder, forskningsfelt, endre retningslinjer og utarbeide læringsressurser. Hovedgrunnen for å rapportere er forbedring av pasientsikkerhet. En tryggere praksis kan oppnås ved fokus på årsakene til feil, og fjerne disse (Mahajan, 2010).

2.1.4 Tilbakemeldinger og læring etter uønskede hendelser

Det er viktig at informasjon fra hendelsesanalyser kommuniseres ut til helsepersonell som har rapportert hendelsene, men også annet helsepersonell, ledere og andre som kan ha nytte av informasjonen. Informasjonsutveksling kan skje via møter, nyhetsbrev, publiseringer eller andre kanaler (Benn et al. 2009; Lipczak & Schiøler, 2003). Dette støttes opp om blant tidligere forskning, som viser at tilbakemeldinger ofte uteblir eller kommer sent. Det er ønskelig med en dialog omkring hendelser. Tiltakene må gjøres kjent slik at alle kan lære. På den andre siden ser en også enkeltpersoner som opplever at de selv lærer av en hendelse, men ikke ser læringspotensial for andre i hendelsen (Kousgaard et al. 2012; Ravndal, 2012; Røstøen, 2005). Studier har vist at jevnlig nyhetsbrev som retter fokus på læringsområder etter hendelser fungerte som påminnere til personalet rundt god praksis, men også som påminnere om at tiltakene hadde sprunget ut fra hendelsesrapporteringen. Dette ga personalet en indikasjon på hva som skulle rapporteres og de så at rapporten kom til nytte. Det kunne igjen øke rapporteringsraten og skape en bevisstgjøring omkring risikoområder (Benn et al. 2009; Tighe et al. 2006). I norsk sammenheng vises det til hvor viktig det er at melder kjenner til at enkeltmeldinger danner fundament for læringsnotat (Lippestad et al. 2014). Utforming av læringsrapporter er avhengig av utfyllende enkeltmeldinger av uønskede hendelser. Systemet er med andre ord avhengig av hendelsesrapportering fra helsepersonell. Personalet som melder må være kjent med at rapporter blir analysert, og er ment til å bedre sikkerhet. Målet med tilbakemeldingene må være læring og at

informasjonen når ut til alle ledd i organisasjonen. Suksessen i et rapporteringssystem baseres blant annet på hvor effektive, konkrete og anvendelige tilbakemeldingene er (Benn et al. 2009; Burnett et al. 2010; Mahajan, 2010; Sinuff et al. 2015). Tilbakemeldinger i et kvalitetshevende perspektiv må være konkrete, mulige å agere på, klinisk forankret og handlingsrettet, dersom klinisk personal skal kunne ta dem i bruk (Sinuff et al. 2015). Det nytter lite med en god analyserapport om ingen tar tilbakemeldingene og tiltakene i bruk (Ramanujam & Goodman, 2011).

2.1.5 Omlegging av meldeordningen

Tidligere forskning i norsk sammenheng viser blant annet til en kvalitativ studie i forbindelse med evalueringen av meldeordningen utført av Lippestad et al. (2014). Resultatene viste at antallet meldte uønskede hendelser etter omleggingen av meldeordningen har hatt en femdobling. Det er i hovedsak meldinger omkring hendelser som kunne ført til personskaade som har økt. Likevel beskrives det en underrapportering, og det fremheves at helseforetakene organiserer innmeldingen av hendelser forskjellig. I noen helseforetak sendes meldingene av primærmelder, mens i andre sendes meldingene av saksbehandler. En vet ikke om dette har sammenheng med antall meldinger. Det er vanskelig å påpeke noen direkte sammenheng med meldeordningen og økt pasientsikkerhet, relatert til andre påvirkende faktorer, deriblant kampanjer. Likevel slås det fast at meldeordningen har mulighet til å bedre pasientsikkerhet ved å sette fokus på uønskede hendelser og gjøre helseforetakene oppmerksomme på nye risikoområder. Helseforetakene omtaler tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret på enkeltmeldinger som lite relevante og ikke særlig nyttige. På den annen side gir foretakene positive tilbakemeldinger omkring læringsnotatene og beskriver notatene som relevante og faglig forankret. Studien påpeker at meldekriteriene til Kunnskapssenteret kan oppfattes som noe uklare, dette kan føre til svekkelse av grunnlaget for læringsnotatene. En har lite kunnskap omkring hvordan disse notatene blir tatt i mot og formidlet i helseforetakene. Notatene har ulike målgrupper, som i varierende grad er formidlet. Noen rettes mot enkelte avdelinger og fagområder, andre er mer generelle. Hastenotater sendes til kvalitetsavdelinger og fagdirektører, notater ellers publiseres på nettsidene. Helseforetakene er ansvarlige for å formidle notatene (Lippestad et al. 2014).

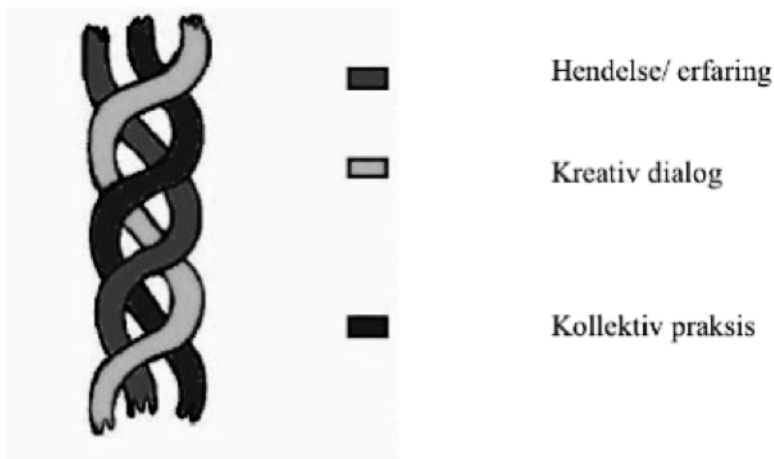
2.2 Læring i organisasjoner

Hittil har en sett på rapporteringssystem for uønskede hendelser, hvor nasjonale rapporteringssystemer har større oversikt og mulighet til å se mønstre i hendelser (Vincent 2010). Årsaker til hendelser må avdekkes, for å kunne utarbeide forebyggende tiltak. Denne informasjonen må ut til personer som har nytte av den (Lipczak & Schiøler, 2003). Her kommer en over på neste teorispør i oppgaven, som omhandler læring i organisasjoner. Det fremkom av tidligere forskning at det i flere tilfeller var manglende forbedring både etter nasjonale rapporter, men også etter lokale hendelsesrapporter. Endringer kom etter store hendelser, eller påvirkning fra nasjonale føringer, som kunne komme før rapportene. Det beskrives en mangel på kontinuitet, tydelighet og organisering i oppfølgingen og læringen, på bakgrunn av rapporter og anbefalinger som ble gitt. Noen aktører brukte nasjonale rapporter til å se på trender i hendelsesmønstre i stedet for å spre tiltakene i organisasjonen (Claridge et al. 2008; Sujana, 2015; Waring et al. 2013). Vincent og Amalberti (2016) påpeker at forskjellige kliniske miljøer har ulike utfordringer som forekommer og beskriver konteksten som viktig når en skal implementere anbefalinger. Dette krever ulike tilnærminger, og en vil dermed se videre på teoretisk fundament og forskning gjort omkring læring i organisasjoner.

2.2.1 Organisatorisk læring

”Uten organisatorisk læring knyttet til disse uønskede hendelsene kan en ikke se mønstre av gjentakende hendelse og dermed heller ikke redusere tallet” (Aase & Wiig, 2010:59). Organisatorisk læring defineres her som ”prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner og på tvers av organisasjonsgrensene” (Aase, 1997, gjengitt av Aase & Wiig, 2015:100). Trippel heliks-modellen (figur 2) er en modell for organisasjonslæring med vekt på det kollektive, i stedet for en uttrykking av individuell kunnskap. Modellen viser til læring og endring i organisasjoner (Swart & Pye, 2003), som er relevant for forståelsen av hvordan sykehus kan lære av nasjonale organers anbefalinger. Trippel heliks-modellen er utarbeidet av Swart og Pye (2003), men er oversatt til norsk og gjengitt av Aase & Wiig (2015).

Figur 2. Trippel heliks-modellen.

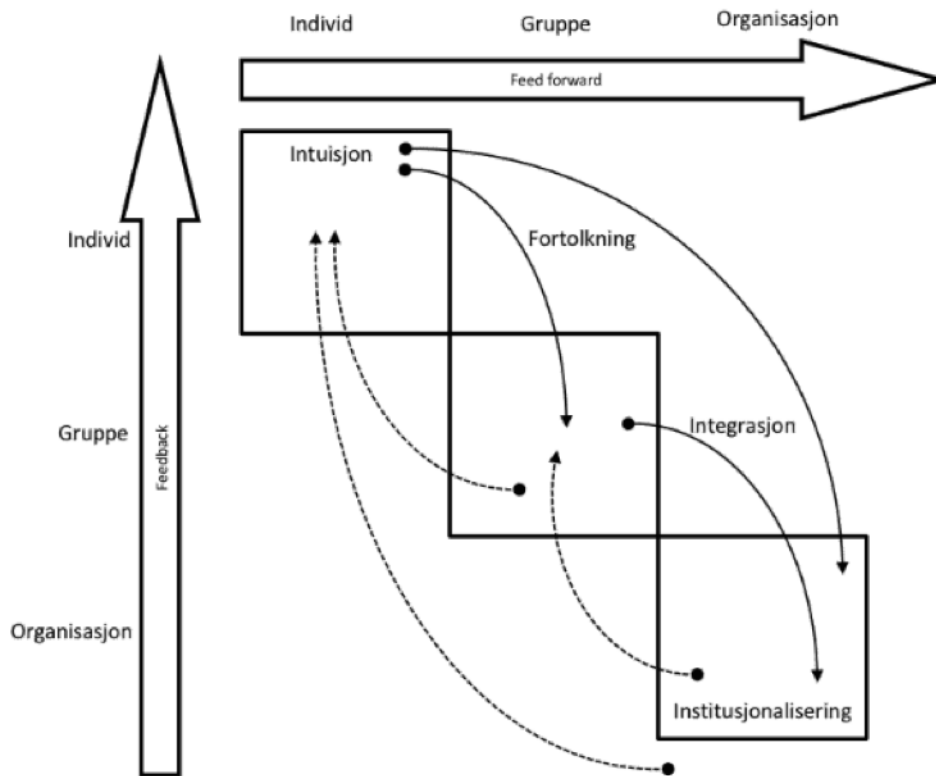


(Swart & Pye, 2003; oversatt og gjengitt av Aase & Wiig, 2015:101).

Denne modellen (figur 2) har tre tråder som står i et avhengighetsforhold, og læringsaktiviteter bør inkludere alle tre trådene. En tråd for erfaring/ hendelse, en for kreativ dialog og den siste står for kollektiv praksis. Disse trådene representerer henholdsvis individuell kunnskap omkring en hendelse, refleksjon omkring dette både på et individuelt og et kollektivt nivå, som skal føre til oppfølging og endring av praksis på bakgrunn av hendelsen og refleksjonen. Alle tre elementene bør være med i læringsprosessen. Dersom kun to av elementene trekkes inn i prosessen reduseres sjansen for å lykkes. Denne modellen gjør organisatorisk læring mulig, gjennom en integrering av de tre elementene. Den flytter kunnskapen fra å være taus til eksplisitt og fra et individnivå, til et kollektivt nivå. Dette skjer gjennom en kollektiv prosess (Swart & Pye, 2003).

Crossan, Lane og White (1999) gir et rammeverk som ser på organisatorisk læring som en dynamisk prosess (figur 3). Rammeverket er oversatt til norsk av Rosness, Nesheim og Tinmannsvik (2013). Det vektlegger i stor grad en kompleks kontekst i organisasjoner som stadig endres. Rammeverket tatt med i denne oppgaven, for å kunne drøfte læring i sykehus som en kompleks organisasjon. Det er relevant da rammeverket fokuserer på hele læringsprosessen fra individ til organisasjon, gjennom intuisjon, fortolkning, integrasjon og til slutt institusjonalisering (Crossan et al. 1999).

Figur 3. Rammeverk for organisatorisk læring.



(Crossan et al. 1999:532, oversatt til norsk og gjengitt av Rosness et al. 2013:14).

Rammeverket inneholder fire underprosesser; intuisjon, fortolkning, integrasjon og institusjonalisering. Prosessene forekommer på tre ulike nivåer. På individnivå forekommer intuisjon og fortolkning, og på et gruppenivå er det fortolkning og integrasjon. Det tredje nivået er organisasjonsnivå og her forekommer integrasjon og institusjonalisering. Den første prosessen, intuisjon, er en utelukkende individuell prosess og skjer i stor grad i underbevisstheten. Det er en prosess som oppfatter ulikheter og likheter, samt mønstre og muligheter. Den baseres blant annet på tidligere erfaringer. En kan dele intuisjon inn i ekspertintuisjon, som ser på tidligere mønstre og entreprenørintuisjon som ser på fremtidige muligheter. Den neste prosessen er fortolkning, som beveger seg mer mot bevisst læring, hvor språket er avgjørende for å kunne navngi og uttrykke kognitive mønstre. Fortolkningen skjer i samhandling med konteksten, både på et individuelt og kollektivt nivå. En felles forståelse og handling er sentrale begreper. Når den individuelle prosessen beveges mot en felles forståelse i en gruppe, kommer en over til neste prosess, som er integrasjon. Denne prosessen gjør den

felles forståelsen om til felles handling i gruppen, og språk er viktig også her. Samtaler kan brukes både til å fastsette mening, men også til å skape og erverve ny mening. Den siste prosessen omhandler å institusjonalisere læringen som har skjedd på et individnivå og gruppenivå. Her blir læringen integrert i rutiner, retningslinjer og systemer. På denne måten er læringen som kan ha startet på individnivå ikke avhengig av at individene som startet prosessen fremdeles er i organisasjonen for å opprettholde eksempelvis rutinene. Her har kunnskapen oppnådd en form for konsensus og felles forståelse i organisasjonen. Disse fire prosessene tar tid og konteksten kan endres over tid. Dermed er gjerne ikke kunnskapen nyttig etter å ha gjennomgått prosessen, noe som forklarer hvorfor rammeverket ikke viser til en utelukkende lineær prosess, men blant annet inkluderer direktelinjer fra intuisjon til institusjonalisering, samt stiplede linjer tilbake i prosessene. "Feed forward" representerer i rammeverket ny læring som går gjennom prosessene, mens "feedback" omhandler å utnytte læringen som har skjedd. Organisatorisk læring blir her fremhevet som en dynamisk prosess (figur 3). Læring skjer både i ulike kontekster, nivå og over tid. Samtidig anerkjenner modellen spenningen mellom å fremheve ny læring ("feed forward") og å utnytte det som allerede er lært ("feedback"). Dette kan forklares ved at nye tanker og ideer fremkommer fra individ og grupper til organisatorisk nivå, samtidig som det som allerede er lært vender tilbake fra organisatorisk nivå til individ og grupper. Dette påvirker handlinger og tankemønstre. Prosessene anerkjenner ferdigheter innenfor språk og tale, dermed kan taus kunnskap bli eksplisitt (Crossan et al. 1999).

2.2.2 Kjennetegn ved lærende organisasjoner

"En lærende organisasjon er en organisasjon som er kyndig i å skape, erverve seg og å overføre kunnskap – og å modifisere sin atferd slik at den reflekterer den nye kunnskap og innsikt" (Garvin, 1993, oversatt og gjengitt av Wadel, 2008:13). En lærende organisasjon inkluderer både læring og organisasjonsendring. Det beskrives en bevegelse mellom to kjennetegn ved organisasjonen. På den ene siden organisatoriske kjennetegn, dette omhandler organisering i forhold til kunnskap og læring. Her påpekes at alle organisasjoner er lærende organisasjoner, men graden varierer. En må vurdere tre forhold; hvilke områder i organisasjonen som er lærende, i hvilken grad organisasjonen er lærende og hvordan det er mulig å endre organisasjonen til å bli mer

lærende. På den andre siden er kulturelle kjennetegn som omhandler mål og verdier som påvirker bevegelsen. Dette uttrykkes ved verdiformuleringer, omstendigheter og mangfold rundt læring og kunnskap. Det trengs et samsvar mellom disse, og dersom det ene kjennetegnet mangler, vil mulighetene for læring gjerne ikke være tilstede (Wadel, 2008).

Hvordan en organisasjon implementerer strategier og tiltak varierer. Det er avhengig av organisering, organisasjonskultur og ulike forhold i organisasjonen. Det er viktig med en organisasjonskultur som er mottakelige for endringer (Benn et al. 2009; Burnett et al. 2010). Konteksten i organisasjonen påvirker hvordan organisasjonen tilpasser seg endringer og føringer, samt hvordan tilgjengelig informasjon blir benyttet (Harvey et al. 2015). Alle organisasjoner har en læringsmessig organisering, men i ulik form. Organiseringen kjennetegnes ved systematisering av informasjon og kunnskap, samt ulike læringsforhold. Læringsforholdene krever relasjonell tenkning og påvirkes av tillit, motivasjon, følelser og respekt. Læringsatferd forstås som det en gjør for å lære noe, og dette setter i gang en læringsprosess. Læringsatferd kan være individuell eller foregå i samhandling med andre. Læringsforhold på "kryss- og tvers" er kjennetegn på lærende organisasjoner, og hinder for disse forholdene kan være ulikheter for eksempel i bakgrunn, organiseringen i avdelinger, eller dårlige erfaringer fra tidligere. Læringsforhold skjer ofte på samme avdeling, og en sterk arbeidsinndeling hevdes å hindre læringsforhold på tvers av avdelinger (Wadel 2008). Flere organisatoriske kjennetegn kan påvirke og hindre læring i organisasjoner, viser tidligere forskning. Organisasjonskulturen kan være avgjørende for læringen. Det vises til en ubalanse i maktforholdet mellom de som gransker hendelser og ansatte i helsetjenesten som skal ta i mot informasjonen. Videre viser forskningen også til tradisjoner for enveiskommunikasjon fra ledelse og nedover i organisasjonen, hvor en forholder seg til byråkratiske linjer ovenfra og ned. Flere aktører i organisasjonen beskrives som portvakter for informasjon. Aktørene tar i mot informasjonen for å vurdere relevans og nytte, før informasjon går videre nedover i systemet. (Claridge et al. 2008; Waring et al. 2013).

2.2.3 Ledelse i lærende organisasjoner

En kunnskapsorientert ledelse bør i lærende organisasjoner også inkludere læring. Det kreves ferdigheter i å lære fra seg til andre, men det bør også fokuseres på å skape mottakerferdigheter. Dette er en samhandlingsprosess med vekt på mellommenneskelige forhold, hvor ledere må etablere læringsforhold til ansatte, men også mellom ansatte. Ulike strategier for å legge til rette for slike forhold er oppmuntring og at ledere sørger for tilstrekkelig tid. Mange endringer er basert på at medarbeiderne blir fortalt hva som skal endres, mens læringsledelse blir beskrevet som noe utover å gi og innhente informasjon. En skal utruste medarbeiderne til å gjøre noe de ikke tidligere var i stand til (Wadel 2008).

Tidligere forskning har vist til at ledere har mulighet til å påvirke læringen i organisasjoner, men de kan møte motstand i organisasjonskulturen. Mellomledere kan oppleve press fra flere kanter og kan mangle myndighet til å iverksette endringer. Likevel har ledere mange muligheter for å formidle informasjon. Avdelingsmøter er fremhevet som en god arena, og en toveiskommunikasjon i slike sammenhenger gir ansatte mulighet til å uttrykke frustrasjoner og bekymringer. Uformell diskusjon blant medarbeidere kan føre til våkenhet omkring risikoområder og være forebyggende. Men det trengs en formalisering for å skape læring. Slik informasjon må tas videre til ledere, for at de skal skape organisatorisk læring. Blant annet gjennom å samle interessegrupper (Claridge et al. 2008; Sujana, 2015; Waring et al. 2013). Ledere må benytte sine posisjoner til å integrere tilbakemeldinger i rutiner (Harvey et al. 2015).

2.2.4 Kommunikasjon i organisasjoner

Kommunikasjon knytter det meste som skjer i en organisasjon i sammen. Budskapet som overføres kan kalles informasjon og overføringen kan kalles kommunikasjon. Behovet for informasjon er høyere når omgivelsene er mer kompliserte, spesialiserte og større. Kommunikasjon kan deles inn etter om den er uformell, horisontal eller vertikal. Innenfor den vertikale informasjonen vises det til informasjon nedover som instruksjoner og lignende, samt oppover i form av synspunkter og tilbakemeldinger. Vertikal informasjon inndeles etter om den er orientert etter oppgaver, altså nødvendige opplysninger til ansatte for at de skal utføre pålagte oppgaver. Den kan også være

orientert etter organisasjonen, dette vil også omfatte mer generell informasjon, for eksempel omkring utfordringer, planlagt utvikling og lignende. Denne type informasjon gir ansatte større mulighet til å se sammenhenger og kjenne på en identitet i organisasjonen. Mangel på denne informasjonen kan føre til mindre felles forståelse. Horisontal kommunikasjon foregår både mellom ansatte innenfor en avdeling, på tvers av avdelinger eller med stabsavdelinger. Strukturen i organisasjonen påvirker denne kommunikasjonen. Den siste formen for kommunikasjon er den uformelle. Denne foregår direkte og uavhengig av linjene i organisasjonen (Flaa, Hofoss, Holmer-Hoven, Medhus og Rønning, 1995).

Det er identifisert flere utfordringer omkring kommunikasjon i en organisasjon. Blant annet påvirker størrelsen på organisasjonen. Budskap som skal gjennom flere ledd og som tar tid, risikerer å bli endret underveis. Store informasjonsmengder blir gjerne utsatt for en filtrering, som kan være en kilde til feil. Det samme kan stress og støy i organisasjonen, hvor det også kan føre til at kommunikasjon blir lavt prioritert. Det finnes ulike strategier for å møte utfordringene med støy. En kan gjenta budskapet i samme kanal flere ganger, benytte seg av flere kommunikasjonskanaler eller etterspørre tilbakemeldinger omkring mottatt informasjon. En felles forståelse vil også forenkle kommunikasjonsprosessen (Flaa et al. 1995). For å skape en endring i sykehuskultur til å redusere pasientskader trengs en felles forståelse. Dette gjelder forståelsen mellom ledere i den butte enden og ansatte i den skarpe enden i sykehuspraksisen, hvor det kan være store gap mellom gruppenes oppfatninger. En toveiskommunikasjon er her viktig. Ledere må bli mer involvert i det som foregår i den skarpe enden, for å forstå de ansatte sine frustrasjoner (Henriksen, Keyes, Stevens og Clancy, 2006). Det er også nødvendig med en felles forståelse blant ledere, ansatte og instansene som utarbeider føringer. Dette fordi forutsetningene og konteksten i organisasjonen påvirker mottakeligheten for informasjonen, og gir en indikasjon på hva som er realistiske anbefalinger (Burnett et al. 2010; Harvey et al. 2015).

Om organisasjoner ønsker å oppnå endringer kan endringsprosessene bli kommunisert ut ved blant annet møtevirksomhet, ulike fora og informasjonsbrev. For å opprettholde endringene må kommunikasjonen også opprettholdes, hvis ikke risikerer en at de

ansatte raskt vender tilbake til gammel praksis. En bør også involvere de ansatte i endringsarbeidet. Endringer bør formaliseres og implementeres i skriftlige rutiner og føringer. Forpliktelser til nye retningslinjer er viktige, det krever blant annet en tillit til ledelsen for å opprettholde endringer, samt å involvere de ansatte det direkte angår, i den skarpe enden. Ledere på sin side viser både ved handlinger, hvor de bruker ressurser og tid, hva som er sett på som viktig (Henriksen et al. 2006).

Tidligere forskning har vist til lite samarbeid på tvers og informasjonsdeling mellom profesjoner og avdelinger. Dette begrunnes blant annet med begrensede og byråkratiske forhold til andre avdelinger. Det vises også til behovet for en felles forståelse. Hendelser som ikke blir tatt tak i kan være områder som krever at flere avdelinger kommuniserer og samarbeider. Rapporter når ikke alltid ut til de som har interesse og behov for informasjonen. Flere avdelinger forholder seg til egne aktører som kommuniserer jevnlig med andre avdelinger omkring pasientsikkerhet (Claridge et al. 2008; Sujana, 2015; Waring et al. 2013).

2.2.5 Strategier for informasjonsformidling

Deling og formidling av informasjon er prosessen hvor rutineendringer og ny kunnskap blir distribuert i organisasjonen og hvor medlemmene forstår informasjonen. En oppnår ikke læring om ikke informasjonen når ut. Målet med læringen er endret praksis. Informasjon om endringer kan bli værende i møttereferatet, og ikke nå ut til førstelinjepersonellet som skal endre sin praksis (Ramanujam & Goodman, 2011). Det etterlyses formelle kanaler eller forum for informasjonsdeling (Claridge et al. 2008). Det trekkes frem en variasjon av tilbakemeldingskanalene, men fremheves en bruk av kjente, vanlige lokale informasjonskanaler, og flere kanaler samtidig (Benn et al. 2009; Ramanujam & Goodman, 2011). Eksempler på mekanismer for å gi tilbakemeldinger er eposter, ukentlig eller månedlig nyhetsbrev, kampanjer rettet mot problemområder, publiseringer på nettside, avdelingsmøter, presentasjon av aggregerte data til både ledere og ansatte, oppfølging og svar på både enkeltsaker og aggregerte data, jevnlig runder med sikkerhetsledelse, risikostyringsmøter, seminarer flere ganger årlig med fokus på pasientsikkerhet og uønskede hendelser, obligatorisk undervisning om endringer, eller endringer implementert i klinisk arbeid (Benn et al. 2009). Det er

fremhevet at for at læring skal opprettholdes over tid, må informasjonen oppbevares systematisert og tilgjengelig. Filtrering er prosessen som siler ut relevant informasjon som skal oppbevares og fjerner irrelevant informasjon. I oppbevaringen av informasjon vises det også til hvor informasjonen er hentet fra (Ramanujam & Goodman, 2011).

Informasjonsformidling gjennom teknologi kan settes opp mot tradisjonell informasjonsformidling. Informasjonsteknologi gjør det mulig å oppbevare store informasjonsmengder, spre dem og gjøre dem tilgjengelige for alle til enhver tid, fra ulike steder. Gjennom denne måten å spre informasjon på mangler en det relasjonelle og kontekstuelle aspektet, samt at informasjonen blir gjenstand for ulike tolkninger. Informasjonen fra teknologi viser forskningen til at kun gjenspeiler et lite bilde av hele meningsinnholdet. Det understøttes med at informasjon ikke er en enhet som kun kan oppbevares, organiseres og deles digitalt. Det kreves også tradisjonell informasjonsformidling, blant annet gjennom gruppeundervisning og gruppearbeid (Hayes, 2011).

2.3 Forskningsspørsmål

Dette kapitlet omkring teoretisk fundament og tidligere forskning har vist til mange ulike teorier omkring forvaltning av uønskede hendelser. Deretter har en gått over til å se på kunnskapen og informasjonen som kan dannes i rapporteringssystemer og hvordan denne kan læres og implementeres i en organisasjon. I norsk kontekst har en sett at det mangler studier omkring hvordan tilbakemeldinger fra Kunnskapscenteret i form av læringsnotater blir tatt i bruk og distribuert i helseforetakene (Lippestad et al. 2014). Dette er et fundament for oppgaven videre, og rapportering av uønskede hendelser samt nasjonale rapporteringssystemer er ment som en innføring i teoretisk fundament. Dette skal danne et grunnlag for å forståelsen av at informasjonen fra slike systemer må spres. Tidligere forskning har vist viktigheten av at informasjonen må spres, men også utfordringer og usikkerhet knyttet til hvordan å ta i bruk og spre denne informasjonen (Benn et al. 2009). Det er behov for mer forskning omkring denne tematikken. Videre er fokus flyttet over på læring i organisasjoner hvor en har søkt å gi et teoretisk grunnlag til å diskutere funnene i lys av. Det er relevant for oppgaven både med rammeverk og modeller omkring organisatorisk læring, teorier som beskriver utfordringer, strategier i forbindelse med informasjonsformidling, samt kommunikasjon og læring i organisasjoner. Dette fordi læringsinformasjonen, i denne oppgaven; læringsnotatene, er ment til å forbedre praksis og nå ut til helseforetakenes ulike nivåer, også primærmelder (Lippestad et al. 2014). På bakgrunn av teoretisk fundament og tidligere forskning vil oppgavens problemstilling utdypes med fire forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan distribueres læringsnotatene innad i sykehuset?
- 2) Hvilke læringsprosesser igangsettes i sykehuset basert på notatene?
- 3) Hvordan vurderer ledere og ansatte informasjonen i læringsnotatene?
- 4) Hvilke forbedringsområder identifiserer ledere og ansatte for å få til økt bruk og læring av notatene?

3.0 METODE

I dette kapitlet vil en vise metode for litteratursøk, gjennomgå oppgavens metodiske utforming og avslutte med metodiske refleksjoner samt etiske betraktninger.

3.1 Litteratursøk

For å finne frem til tidligere forskning ble Universitetsbiblioteket sine nettsider brukt. Søkene etter faglitteratur foregikk i ulike databaser. Blant annet i Academic search premier, som er en tverrfaglig database, fagdatabasene Cinahl, Medline og Oria som er Universitetsbibliotekets søketjeneste. For å sikre at resultatene var fagfellevurdert ble det krysset av for dette i databasene. I Oria kan en også søke etter tidligere masteroppgaver og doktoravhandlinger, hvorav to tidligere masteroppgaver ble inkludert. Søkeordene som ble brukt var blant annet "national incident reports," "learning," "improve safety," "systematic feedback," "organizational learning," "hospital" "patient safety" og "learning tool". Synonymer til disse søkeordene ble også brukt. Alene fikk søkeordene mange treff, og de måtte kombineres i ulike sammensetninger for å få litt mer spissede funn. Artikler som var over 10 år under søkerundene, ble ikke inkludert. Håndøk i litteraturlister og tidsskrifter ble også foretatt for å finne relevante artikler. Noen aktuelle artikler ble i tillegg inkludert på bakgrunn av tips fra veileder og personer i fagmiljøet. Inklusjonskriterier var at artiklene i hovedsak hadde en kvalitativ tilnærming, omhandlet læring etter avviksmeldinger innenfor sykehus, nasjonale meldesystemer og anvendelse av læringsinformasjon fra nasjonale organ. Det ble også tilstrebet at artiklene hadde opphav fra vestlige land, i håp om at funnene hadde overføringsverdi til norsk sammenheng. Artiklenes kvalitet ble vurdert opp mot Kunnskapscenterets (2014) sjekkliste for kvalitativ forskning, som blant annet viser til om metoden er hensiktsmessig for å svare på problemformuleringen. Hovedfunnene fra artiklene ble skissert og presentert sammen under kapitlet tidligere forskning og teoretisk fundament.

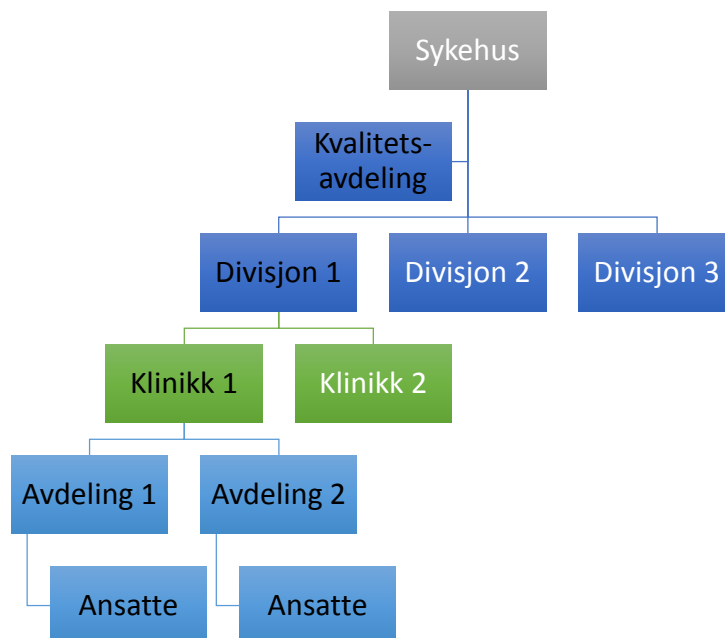
3.2 Forskningsstrategi og design

Oppgaven har valgt case-studie som forskningsstrategi. Hartley (2004) beskriver case-studie som en detaljert undersøkelse av et fenomen innenfor den konteksten fenomenet befinner seg i. Dette er spesielt egnet til å fremskaffe en forståelse av sosiale og organisatoriske prosesser, da en får fylldige data av å studere fenomenet i sin naturlige kontekst. Denne strategien kan med andre ord gjøre det mulig å undersøke formidling av kunnskap på et sykehus, med fokus på læringsprosessene som skjer på sykehuset og hvordan kunnskap fra læringsnotater blir distribuert. Case-studie er i følge Hartley (2004) nyttige når det er viktig å se på hvordan organisasjonsstrukturen påvirker den sosiale prosessen. For å forstå læringsprosessen ble den skisserte teorien trukket inn, slik som Hartley (2004) beskriver, hvor et teoretisk rammeverk er nødvendig for forståelsen av data. Oppgaven har valgt et enkeltcasesdesign, med flere analyseenheter, da får forskere informasjon fra flere individer eller grupper innenfor organisasjonen (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). De ulike analyseenhetene var i oppgaven ansatte, ledere og kvalitetsstab, hvor oppgaven søkte å avdekke likheter og ulikheter i deres tanker om læringsnotatene. Dermed har studien valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode ser verdien i grundige beskrivelser av sosiale fenomener og søker enkeltpersoners opplevelser og meninger, for eksempel gjennom grundige intervjuer (Denzin & Lincoln, 2000). Kvalitativ metode kan sees på som hensiktsmessig i denne sammenheng, i forhold til oppgavens formål som søker grundige beskrivelser fra ansatte på et sykehus. Johannessen et al. (2010) skriver at kvalitativ metode utforsker et mer begrenset antall informanter, slik som denne oppgaven har gjort gjennom en case-studie av to avdelinger ved en klinikk i et sykehus. Metodisk er det anvendt triangulering av intervjuer og dokumentanalyser. Triangulering kan gi en bredere forståelse av et fenomen (Denzin & Lincoln, 2000).

3.3 Valgt case og kontekst

Case-studien har tatt for seg et sykehus tilknyttet et av helseforetakene i landet. Sykehuset har over 6000 ansatte og har over 300 000 personer som sokner til sykehuset. Det er organisert i mer enn 50 avdelinger, fordelt på flere enn 5 divisjoner. Case-studien har gått nærmere inn i en av divisjonene og intervjuet ansatte og ledere knyttet til to avdelinger innenfor samme klinikk. I tillegg er ansatte tilknyttet stabsfunksjonen intervjuet. Dette blir mer redegjort for i neste avsnitt. Først kan en vise til et gjengitt organisasjonskart (figur 4), hvor en ser sykehusets inndeling i ulike divisjoner, som er inndelt i ulike klinikker som til sist er delt inn i forskjellige avdelinger. Kvalitetsavdelingen er en sidegrein i organisasjonskartet og representerer stabsfunksjonen. Ledelsen på avdelingsnivå omtaler en i oppgaven som *mellomledere*. Ledelsen på klinikknivå og divisjonsnivå omtaler en i oppgaven *ledere*. Nivåene med sorte bokstaver er en del av case-studien. Divisjonene og klinikkene med hvite bokstaver på organisasjonskartet, skal illustrere at det finnes mange flere enheter, foruten de som er inkludert i studien.

Figur 4. Gjengitt og forenklet organisasjonskart.



3.4 Utvalg

Intervjuene ble gjennomført av ansatte fordelt på to avdelinger innenfor samme divisjon og klinikk. Det ble intervjuet jordmødre og leger med direkte pasientkontakt, samt jordmødre, sykepleiere og leger i mellomlederstillinger og lederstillinger. Det ble også intervjuet stabsansatte innenfor kvalitet. I oppgaven presenteres de ansatte med litt ulike titler, for at de ikke skal kjennes igjen. Det er tilstrebet ulik erfaringslengde hos informanter med direkte pasientkontakt. Noen er omtrent nyutdannede og noen har vært i stillingen sin i over fem år. Demografiske data om informantene blir ikke presentert. Informantene er strategisk utvalgt (Johannessen et al. 2010). Det ble på forhånd bestemt hvilken målgruppe det var ønskelig at skulle delta i studien, deretter ble personer fra målgruppen plukket ut av deres leder. Oppgaven søkte å intervju jordmødre og leger som arbeider innenfor fagområder som kan ha nytte av de valgte læringsnotatene, samt deres mellomledere og ledere. Videre var også målgruppen for oppgaven stabsansatte innenfor kvalitetsavdelingen, da det kunne tenkes at de har erfaring med læringsnotatene. Nedenfor vises en tabelloversikt omkring utvalg av informanter.

Tabell 1. Oversikt over informanter.

| Stilling | Fordeling |
|---------------|--|
| Jordmor | 3 stk. < 5 års erfaring 3 stk. > 5 års erfaring |
| Lege | 1 stk. < 5 års erfaring 2 stk. > 5 års erfaring |
| Mellomleder | 2 stk. |
| Leder | 2 stk. |
| Kvalitetsstab | 3 stk. Ledelse og kvalitetsmedarbeidere |
| TOTALT | 16 informanter |

Utvalget bestod også av dokumenter som ble analysert. Studien har gjennomført dokumentanalyse av de to ulike læringsnotatene, som vises til i tabellen nedenfor (tabell 2). Studien var planlagt til å inkludere flere notater, men det ble vurdert som for omfattende. Blant de to valgte notatene ble det valgt ett mer generelt notat, som dermed har potensiell nytteverdi for hele sykehuset og ett notat som kan sies å være rettet mot ett fagområde og en spesiell divisjon. Dette for å kunne se på bruken av ulike

læringsnotater. Videre ble det også inkludert og analysert i oppgaven et internt notat fra klinikken, vedrørende hvordan læringsnotatene er anvendt, samt en analyse av et organisasjonskart. De to interne notatene vil ikke bli vist i sin helhet, men innhold blir gjengitt i oppgaven. Dette for å sikre konfidensialitet.

Tabell 2. Valgte notater fra Kunnskapssenteret.

| Publisert | Type notat | Tittel | Forfattere |
|-----------------|--------------|---|--|
| September, 2014 | Læringsnotat | <i>Varmetiltak kan gi brannskade.</i> | Saastad, Kirschner & Flesland. |
| Oktober, 2014 | Læringsnotat | <i>Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid.</i> | Krogstad, Hafstad, Saastad & Flesland. |

(Krogstad, Hafstad, Saastad & Flesland, 2014; Saastad, Kirschner & Flesland 2014b).

3.5 Datainnsamling

Fremgangsmåten for datainnsamlingen har vært å søke godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og det aktuelle sykehuset. Deretter ta kontakt med leder for divisjonen som igjen har formidlet kontakt videre i systemet. Det har vært ønskelig at ledere for de ansatte med direkte pasientkontakt skulle peke ut ansatte til intervjuer, slik at de ikke følte seg presset til å delta. Dermed har alle ansatte med direkte pasientkontakt blitt plukket ut av sin mellomleder, som har tatt hensyn til en ca. 50/50 fordeling mellom ansatte med mer eller mindre enn fem års erfaring. Mellomledere og ledere har fått spørsmål av intervjuer, da det ikke lot seg gjøre å gå via deres ledere. Flere mellomleder og ledere har blitt spurt om å delta, men en fikk ikke respons. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 2) som alle informantene har fått lese igjennom, enten ved starten av intervjuet, eller ved at de har fått det tilsendt på epost i forkant.

Det kvalitative forskningsintervjuet er ute etter intervjupersonenes ståsted og erfaringer, å se verden fra deres vinkel (Kvale & Brinkmann, 2009). Formålet med denne oppgaven var blant annet å finne ut hvilke erfaringer den enkelte ansatte har med læringsnotatene, noe en har forsøkt å avdekke ved et kvalitativt intervju. Det ble sett på

som hensiktsmessig med semi-strukturerte intervjuer i denne oppgaven, fordi intervjuobjektet kan da i større grad forklare seg og utdype oppfatninger og erfaringer (Johannessen et al. 2010). Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) til prosjektet, basert på teori og tidligere forskning. Intervjuguiden var semi-strukturert, og var dermed fleksibel (Johannessen et al. 2010). Den hadde et eget avsnitt med spørsmål til mellomledere, og spørsmål til ansatte som ikke var relevant for ledere ble tatt bort i intervju med ledere. For å gi informanten en innføring i tematikken startet intervjuguiden med spørsmål omkring rapporteringssystem for uønskede hendelser. Dette ble ikke inkludert i fremstilling av funnene. Deretter gikk intervjuguiden videre på læring, informasjonsformidling, meldeordningen, læringsnotater og hvordan konkretet notater har ført til endringer i praksis. Den søkte også å avdekke hvordan notatene blir mottatt og distribuert på sykehuset. Informanter som ikke var kjent med læringsnotatene fikk en kort presentasjon av tiltakene fra notatet Varmetiltak kan gi brannskade (Krogstad et al. 2014) og Uønskede hendelser under svangerskap-, fødsel-, og barseltid (Saastad et al. 2014b). Denne presentasjonen harmonerer med den direkte gjengivelsen fra læringsnotat som det vises til i figur 5 og 6, presentert i funn-kapitlet. Hvert intervju ble avsluttet med spørsmål om informanten hadde noe å tilføye.

Opgaven har inkludert 16 informanter, som vist i tabell 1. I følge Johannessen et al. (2010) vil det være vanskelig å bestemme antall informanter på forhånd, en kan gjerne intervjuer til det ikke vil være hensiktsmessig å inkludere flere og oppgaven har nådd metningsgrad. I intervjuene med ansatte opplevde intervjuer etter hvert at de samme svarene gjentok seg, og på mange måter ble metningsgrad oppnådd (Johannessen et al. 2010). Dermed ble ikke flere ansatte intervjuet. Når det kom til mellomledere, ledere, samt stabsansatte innenfor kvalitet, ble det gjennomført intervjuer frem til det for det første, var klarhet i hvordan læringsnotatene har blitt distribuert innenfor divisjonen, og for det andre, til det var oppnådd en slags metningsgrad (Johannessen et al. 2010) omkring læring i sykehus og informantenes opplevelse av læringsnotatene. Intervjuene fant sted på arbeidsplassen til informantene i arbeidstiden. I følge Johannessen et al. (2010) kan det medføre avbrytelser og lignende. Noen av intervjuene ble avbrutt, men en opplevde ikke at informantene mistet fokus, og avbrytelsene var svært korte. Informantene ble intervjuet enkeltvis og hvert intervju varte fra 15 til 45 minutter,

avhengig av hvor mye informantene utdypet hvert svar og om deler av intervjuguiden var tatt bort. Hos ledere ble en del av spørsmålene som innføring i tematikken tatt bort, i henhold til en fleksibel intervjuguide (Johannessen et al. 2010).

3.6 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert kort tid etterpå, slik at det samtidig skulle være friskt i minne for intervjuer, som selv har transkribert intervjuene. Intervjuene ble transkribert av en person, på denne måten er blant annet samme prosedyre for skrivingen fulgt. Dialekt ble oversatt til bokmål. En får også en forsiktig start på analysen gjennom transkripsjonen (Kvale og Brinkmann, 2009). Responsen på spørsmålene viste seg å være relativt konkret, og dermed ble ikke pauser, latter og lignende inkludert i transkripsjonen. Kvale og Brinkmann (2009) viser til at en del elementer kan gå tapt i transkripsjonsprosessen, blant annet kroppsspråk.

Intervjuene ble analysert etter Graneheim & Lundman (2004) sin fremgangsmåte for innholdsanalyse. Teksten kondenseres, den ble kortet ned, men en tilstrebet å bevare kjernen. Deretter startet abstraksjonsprosessen, hvor en tok et skritt tilbake og så på teksten fra et høyere nivå, og grupperte sammenfallende områder under overskrifter. Teksten ble inndelt etter innholds-områder, som var gitt av teorigrunnlaget. Tilslutt ble teksten satt inn i kategorier, som var gjensidig utelukkende. Videre beskrives det at ikke noe data skulle bli utelukket i mangelen på en passende kategori, men data skal heller ikke kunne settes i to kategorier. En kan også trekke inn Johannessen et al. (2010) som skriver om analyse i case-studier og en metode er analyse som baseres på teorien. En kan her la intervjuguiden baseres på teorien, og deretter bruke mønstermaking, som beskrives som å lete etter mønster og sammenhenger som passer sammen. Dette kan sees i sammenheng med Graneheim & Lundman (2004) sin måte å kategorisere innholdet, men med kategorier som er gjensidig utelukkende. Helt konkret ble datamaterialet først lest igjennom i sin helhet noen ganger for å danne en oversikt. Deretter ble det tematisert og det ble trukket ut meningsbærende enheter, gitt koder og satt i kategorier som var gjensidig utelukkende fra råteksten (Graneheim & Lundman, 2004). Dette blir eksemplifisert i tabell 3 nedenfor. Funnene blir presentert nedenfor i et eget kapittel, med overskrifter og avsnitt som baseres på kategoriene. Her blir også

sitat fra datamaterialet inkludert, for å gi leseren eksempler på data som har dannet grunnlag for analyse, samt gi et innblikk i selve intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tabell 3. Eksempel på analyse.

| Råtekst | Meningsbærende enhet | Kode | Kategori |
|--|---|--------------------------|---------------------------|
| Jeg hadde likt å lest det. | Likt å lese læringsnotat. | Relevans | Vurdering av læringsnotat |
| For det er jo, jeg tenker et blikk utenifra vil og, på flere sykehus vil jo kunne komme med sikkert nyttige forslag til hva, og hvis det er flere som gjør samme feilen, så er det jo kanskje ikke fordi, altså det er jo kanskje fordi man ikke er klar over det. | Blikk utenifra. Nyttige forslag. Unngå samme feil. | Opplevelse av nytteverdi | Vurdering av læringsnotat |
| Vi vil veldig gjerne vite hvorfor det er sånn. Sånn at det å bare få beskjed om at du skal gjøre det sånn, da tror jeg du kan få dårlig etterlevelse. | Behov for å kjenne til bakgrunnen for endringer, påvirker etterlevelse. | Se sammenhenger | Krav til informasjonen |

Dokumentanalysen av læringsnotatene var basert på Johannessen et al. (2010). Den søkte å få frem meningsinnholdet, la vekt på anvendbarhet, nytteverdi, læringspotensial og hvem notatet var rettet mot.

3.7 Metodisk refleksjon

I dette avsnittet vil metoden settes opp mot referanser som viser til blant annet validitet og reliabilitet, og dette vil bli reflektert omkring. Johannessen et al. (2010) beskriver metoder for å styrke pålitelighet innenfor kvalitativ forskning. De omhandler blant annet å gi grundige beskrivelser av konteksten og hele forløpet for prosessen, slik at andre kan kontrollere dette. Ovenfor har leseren fått en innføring i konteksten for case-studien, samt fremgangsmåten for rekruttering av informanter, datasamling og analyse av funn. På denne måten kan gjerne leseren vurdere studiens metode og gjøre seg opp meninger omkring de valgene som er foretatt (Johannessen et al. 2010).

Når det gjelder studiers pålitelighet påpeker Graneheim og Lundman (2004) risikoen for at området for forskning endres over tid, samt dataenes gyldighetstid. Dette er en utfordring denne studien har valgt å møte ved å gjennomføre intervjuene i en avgrenset tidsperiode, over en og en halv måned. Videre er risikoen til stede for at funnene i oppgaven ikke er gyldige over tid. Fra oppgaven ble påbegynt frem til sluttfasen har det skjedd endringer i blant annet meldeordningen, som har blitt flyttet fra Kunnskapscenteret til Helsedirektoratet (Kunnskapscenteret, 2016). Det er likevel blitt argumentert for at oppgaven kan være nyttig for å se på fremtidige publikasjoner til begge instansene. Det kan også påpekes at gjennom intervjuene har gjerne avdelingene blitt mer oppmerksomme på læringsnotatene, det er uvisst om dette kan ha vært med på å påvirke svarene fra de første til de siste intervjuene.

Intern validitet innenfor kvalitative studier omhandler om en undersøger det en mener å undersøke (Johannessen et al. 2010). Triangulering av metoder er et virkemiddel for å øke intern validitet (Denzin & Lincoln, 2000) og denne oppgaven er en triangulering av intervjuer og dokumentanalyse. Intern validitet kan også sikres i følge Johannessen et al. (2010), ved at andre inkluderes i analysearbeidet. Malterud (2001) skriver at forskerens bakgrunn påvirker. Forfatteren av denne studien er kjent med sykehuskonteksten studien er utført i. Denne kjennskapen er ervervet gjennom arbeid i en annen divisjon og annet fagområde, ved samme sykehus. Dermed besitter også forfatteren en forforståelse av ansattes kjennskap til læringsnotater og bruk av disse ved sykehuset, hvor opplevelsen er at få kjenner til notatene. Gjennom erfaringsbakgrunnen

kan forfatteren være i stand til å se sammenhenger i sykehuset, slik som Johannessen et al. (2010) påpeker, ved at forskerens erfaringsbakgrunn kan brukes som et instrument. Da oppgaven kun har en forfatter har andre blitt inkludert i arbeidet. Både ved at den er veiledet, men også ved at den er presentert på oppgaveseminar for andre studenter ved et par anledninger, samt at den er lagt frem for faggruppen Kvalitet og Sikkerhet i helsesystemer ved Universitetet i Stavanger. I begge foraene har det blitt gitt tilbakemeldinger omkring oppgaven. Graneheim og Lundman (2004) trekker frem nytten av dialog omkring oppgaven med andre.

Det kan diskuteres om funnene i en studie er overførbare til lignende områder. Dette omtales som ekstern validitet av Johannessen et al. (2010). Denne oppgaven er ment som en case-studie av et større sykehus. Utfyllende beskrivelser av kontekst og data er presentert i håp om at andre kan vurdere eventuell overføringsverdi til egen enhet (Graneheim & Lundman, 2004). Studien har kun gått inn i en klinikk innenfor ett helseforetak. Det er uvisst om en hadde fått andre svar fra andre klinikker eller i andre helseforetak og funnenes gyldighet innenfor andre enheter kan vurderes. Som Graneheim og Lundman (2004) påpeker er det i til sist leseren som avgjør om funnene har noen overføringsverdi.

Studier må evalueres med tanke på fremgangsmåter benyttet for å få resultatene i følge Graneheim og Lundman (2004). De trekker frem troverdighet og påpeker at utvelgelsen av informanter med ulik erfaring kan påvirke dette. I denne oppgaven har blant annet leger jordmødre og ledere blitt intervjuet. Alle disse har hatt fem år eller mer høyere utdanning og det kan diskuteres om dette dermed kan omtales som en ganske lik gruppe, med tanke på utdanning. Videre kan det dermed stilles spørsmål ved om dette påvirker oppgavens troverdighet, at den ikke gjenspeiler synspunkter til helsepersonell med lavere utdanning. Likevel har erfaringslengde og ulike stillinger gjerne bidratt til forskjellige erfaringer i gruppen informanter. En bør også nevne at intervjuene er tatt opp på lydbånd og transkribert, noe som gjør at en kan miste noe av meningsinnholdet fra det muntlige til det skriftlige språket (Graneheim & Lundman, 2004). Omkring utvalget av læringsnotater i studien er det uvisst om flere notater eller notater innenfor andre fagområder ville gitt andre resultater. Et annet mål på troverdighet er om den

valgte metoden for å svare på problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). I oppgaven har det blitt argumentert for valg av en kvalitativ case-studie ut fra formuleringer i hensikt og problemstilling. En hadde gjerne dekket et større antall informanter og utbredelse av læringsnotatene, ved en kvantitativ studie. Men da hadde en ikke fått grundige beskrivelser og detaljert informasjon (Johannessen et al. 2010), slik som denne oppgaven har søkt etter.

En har hittil sett på ulike forhold som kan virke inn på oppgavens validitet og reliabilitet. Det er også nyttig å se på etiske vurderinger omkring oppgaven, dette vil bli presentert i neste avsnitt.

3.8 Forskningsetiske vurderinger

Kvale & Brinkmann (2009) nevner blant annet helsevitenskapene som eksempler på områder som må legge intervjuprosjekter frem for etikuttvalg før de kan utføres. Innsamling av data til studien startet ikke før oppgaven var meldt til NSD samt godkjent av sykehusets personvernombud. Oppgaven ble i november 2015 tilrådd av NSD med referansenummer 45088. Det vises til svarbrev i vedlegg 3. Videre ble oppgaven godkjent av sykehusets lokale personvernombud i januar 2016, og fikk intern ID MA77. Godkjenningen finnes i vedlegg 4. I søknadene til disse instansene ble det blant annet redegjort for hvordan datamaterialet ble oppbevart. Båndopptaker ble oppbevart nedlåst, og datamaterialet ellers ble oppbevart på en nedlåst, passordbeskyttet og kryptert disk. Informantene ble i tillegg kodet.

Studien har tatt hensyn til ulike etiske aspekter. For det første kreves det et informert samtykke. Dette utdypes av Kvale & Brinkmann (2009) med at deltakerne er informert om oppgavens formål, hovedlinjer med designet og hva det innebærer om de lar seg intervju. De skal også være informert om at de kan trekke seg fra prosjektet når som helst. De trenger i følge Johannesen et al. (2010) ikke oppgi noen årsak for hvorfor de trekker seg. Deltakerne skal også være informert om hvem som har tilgang til intervjuene og hvordan transkripsjonene blir oppbevart og slettet i etterkant. Det må også utdypes at intervjuene blir anonymisert (Kvale & Brinkmann 2009). Disse forholdene ble informert om gjennom informasjonsskriv (vedlegg 2), som alle

informantene leste før intervjuene. I og med at utvalget var jordmødre, leger og personale i ledende stillinger var alle informanter over 18 år og dermed myndige.

Studien har ikke søkt tilgang til taushetsbelagt pasientinformasjon, og heller ikke utført noen intervjuer med pasienter og pårørende. De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006) har gitt en del retningslinjer for forskning, og noen av punktene kan være verdt å gjengi. Blant annet er frivillighet nevnt ovenfor, og informert samtykke. Videre kan en trekke frem å ikke skade informantene. Denne studien har ikke stilt spørsmål som går på informantenes sykdommer og lidelser, men har hatt fokus på systemet de jobber i. Videre er det også gitt krav om konfidensialitet, lagring av opplysninger samt anonymisering av De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006). Informantene i studien ble kodet, alle navn ble erstattet med en tallkode kun tilgjengelig for oppgaveskriveren. Disse vil bli destruert når oppgaven er levert. Presentasjonen av resultatene tilstreber at enkeltpersoner ikke skal kunne bli gjenkjent. Dermed er en del stillingstitler og avdelingsnavn forenklet. De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006) skriver også om gjenbruk. Resultatene fra intervjuene vil ikke bli benyttet i senere oppgaver, råmaterialet vil bli destruert når oppgaveprosessen er ferdig. Selv om informasjonsskrivet etterspør et slikt samtykke og åpner opp for en slik prosess, blir det likevel ikke gjort.

4.0 FUNN

Først i dette kapitlet vil funnene fra dokumentanalysene bli presentert, og deretter funn fra intervjuene. Fremstillingen er organisert etter kategoriene som er vist i tabell 4. En vil starte med funn omkring anvendelse av læringsnotatene og deretter hvordan læring skjer på avdelingene som er gjenstand for case-studien. Det vil ikke bli trukket et skille mellom de ulike avdelingene. Tilslutt ser en på hvordan informantene mener at læring bør foregå, og hvilke forbedringsområder det vises til.

Tabell 4. Fremstilling av funn i kategorier.

| Hovedkategori | 1. Underkategori | 2. Underkategori | |
|------------------|--|------------------|----------------------------|
| Læringsnotat | Distribusjon av læringsnotat | | |
| | Vurdering av læringsnotat og informasjonen | | |
| | Bruk av læringsnotat | | |
| | Omlegging av meldeordningen | | |
| | Informasjon fra nasjonale organ | | |
| Læring i sykehus | Hvordan foregår læring | | |
| | Forbedringsområder til læringen | | Planlagt møtevirksomhet |
| | | | Fortløpende møtevirksomhet |
| | | | Direktemeldinger |
| | | | Tilgjengelig informasjon |
| | | | Krav til informasjonen |

4.1 Læringsnotat

Først vil en se på de valgte læringsnotatene og deretter studere hvordan de er distribuert, anvendt og vurdert av informantene i studien.

4.1.1 Læringsnotatenes oppbygning og innhold

Oppgaven har tatt for seg to av læringsnotatene gitt ut av Kunnskapscenteret i 2014. Nedenfor vil funnene fra en tematisk gjennomgang av notatenes meningsinnhold bli presentert, samt notatenes struktur, anvendbarhet og målgruppe.

4.1.1.1 Varmetiltak kan gi brannskade

Læringsnotatet er på 22 sider, og har en ryddig oppbygning. Det starter med en forside og et sammendrag som beskriver hovedfunn. Læringsnotatet omfatter innholdsliste, forord og en innledning som viser til utbredelse av brannskader, samt en skissering av hvorfor dette notatet er viktig. Notatet er basert på 36 meldinger om skade og er publisert i et forebyggingsøyemed, da det påpekes at konsekvensene av slike skader kan være omfattende (Krogstad et al. 2014). Metode gjøres kort rede for, både fremgangsmåte for litteratursøk og analyse av meldingene. Deretter presenteres resultatet som er en illustrering av meldingene med inndeling i hvem som ble skadd (spedbarn/ voksne) og oppvarmingsmetode som førte til skade (hæloppvarming/ rispose/ varmeflaske/ annet) (Krogstad et al. 2014). Det gis en eksemplifisert diskusjon, inndelt i to problemområder; brannskade på spedbarn og brannskade på voksen. Notatet skiller mellom varme som smertebehandling eller som behandling av frost (Krogstad et al. 2014). Problemområdene starter med en beskrivelse av omfang, deretter en gjengivelse av avviksmeldinger, og så søkes det å avdekke bakgrunn for praksisen, gjennom prosedyrehåndbøker eller lignende. Det blir redegjort for hvilket kunnskapsgrunnlag en har på området gjennom forskning, og læringsnotatet gir anbefalinger på bakgrunn av dette. Konklusjonen gir fem konkrete anbefalinger og peker på områder som trenger mer forskning. Notatet omfatter tilslutt referanser og vedlegg.

Læringsnotatet beskriver et problemområde og kommer med en form for løsningsforslag gjennom forebyggende tiltak, som er forankret i litteraturgjennomgangen. De forebyggende tiltakene kan gjengis i sin helhet (figur 5).

Figur 5. Tiltak fra brannskade-notat

- Hæloppvarming av nyfødte:
- Blodprøver av spedbarn bør tas som venepunksjon av kvalifisert personell og ikke som kapillærprøve, fordi det er mer skånsomt for barnet.
 - Oppvarming av hæl før blodprøvetagning gir ingen sikker gevinst og bør unngås.
- Lokal oppvarming av voksne:
- Pasienter med nedsatt sensibilitet på grunn av fysisk eller mental sykdom, anestesi eller behandling, skal ikke ha lokal varmebehandling.
 - Pasienter med nedsatt førlighet på grunn av skade, sykdom, anestesi eller behandling, skal ikke ha lokal varmebehandling uten at man vet at pasienten har hyppig tilsyn og kan tilkalle hjelp.
 - Utstyr til lokal varmebehandling skal:
 - o aldri varmes opp til mer enn ca. 40 grader
 - o ikke brukes direkte på hud, men skal alltid pakkes inn i egnet materiale, som for eksempel frottéhåndklær

(Krogstad et al. 2014:16).

En ser at det andre og tredje tiltaket rettes mot en praksis som læringsnotatet anbefaler at opphører. Det første og fjerde tiltaket rettes mot en praksis som bør endres med et konkret forslag til alternativ praksis. Et siste tiltak er todelt, hvor første del går på en praksis som bør opphøre om den eksisterer, mens siste del omhandler en instruksjon til hvordan varmebehandlingen kan foregå. Notatet er rettet mot mange fagområder, og er i stor grad generelt. Videre kan en se på notatets målgruppe ut fra tiltakene. Her ser en at de to første tiltakene gjerne involverer en prosedyreendring og kan være ment for et ledernivå, eller et nivå som har myndighet til å endre prosedyrer. De tre siste tiltakene omhandler daglig praksis i pleie av pasient og kan sies å være rettet både mot enkelte

helsepersonell, men også mellomledere. Alle anbefalingene er konkrete og tydelig uttrykt samt gjentatt flere ganger.

4.1.1.2 Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid

Læringsnotatet er på 62 sider. Det starter med en forside, kort introduksjon og et sammendrag som gir leseren en innføring i både bakgrunn for notatet og forbedringsmuligheter. Videre er det innholdsfortegnelse, forord og en alfabetisk ordliste med ordforklaringer. Innledningen beskriver at det er ønskelig at notatet skal brukes ved fødeavdelingene til forbedring og læring (Saastad et al. 2014b). I metodekapitlet redegjør notatet for valgte hendelser notatet er basert på, hvordan hendelsene er klassifisert og fremgangen for litteratursøk. Resultatet peker på omfang, samt en kort begrunnelse for noen meldinger som er ekskludert. Videre kommer det frem hvilke yrkesgrupper som har sendt meldingene, en tabell med hvor svikten ligger, hvilke skader det dreier seg om samt alvorlighetsgrad. Kategoriseringene og klassifiseringene som er gjort er forankret i metodebøker, veiledere og litteratur. Neste kapittel er diskusjon og eksempler. Dette kapitlet gjennomgår eksempler på avviksmeldinger, vurderinger av innholdet og forslag til tiltak rettet mot enkeltmeldingene. Det pekes på nasjonale og tilgjengelige retningslinjer. Problemområdene fremheves, sammen med forslag til tiltak og preventive strategier. Oppsummering av forbedringstiltak er todelt. Først kommer forbedringsområder til praksis, deretter vises det til forbedringsområder til avviksmeldingene. Notatet inkluderer referanser og vedlegg til slutt.

Notatet beskriver grundig et problemområde, det redegjøres for metode og hvert tema blir belyst med eksempler. Anbefalingene er forankret i retningslinjer og forskning. Det oppsummeres med forslag til tiltak, hvor tiltakene rettet mot klinisk praksis kan gjengis direkte i figur 6.

Figur 6. Tiltak fra læringsnotat omkring svangerskap-, fødsel- og barseltid.

- Systematisk gjennomføring av simuleringstrening i tverrfaglige settinger for å forbedre kliniske ferdigheter og gruppefunksjon
- Utvikling og etterlevelse av sjekklister for de meste vanlige akuttsituasjoner i obstetrikken
- Standardiserte tverrfaglige undervisningsopplegg, blant annet for elektronisk fosterovervåking
- Beregning av ressursbehov og tilpasning av kompetanse og personell i forhold til behovet og utarbeidelse av retningslinjer som definerer for hvilke situasjoner ekstra personell skal tilkalles
- Tilrettelegging av IKT-systemene slik at klinikere gis bedre mulighet til å:
 - o følge retningslinjer
 - o følge opp at prøver og undersøkelser tas og at resultatene følges opp
 - o utøve korrekt legemiddelhåndtering
 - o sikre god pasientflyt
- Organisering av barselomsorgen slik at mor og barn er sikret god omsorg i overgangen mellom fødeavdeling og hjem
- Utvikling av standarder, kvalitetsmål og metoder som kontinuerlig overvåker både prosess og resultat og som gjør det mulig med lokale og klinikknære evaluering- og kvalitetsforbedringsprosesser

(Saastad et al. 2014b:50).

Læringsnotatet har en beskrivelse av kontekst i mange av tilfellene, og retter seg mot enkelte spesialavdelinger. Dette gir notatet en potensiell overføringsverdi til slike avdelinger. Samtidig er tiltakene konkrete i varierende grad. Alle syv tiltakene omhandler utvikling og endring av praksis, ingen av tiltakene omhandlet å fjerne områder av gjeldende praksis. De fleste tiltakene er potensielt gjennomførbare for ledere, men gjerne ikke for ansatte, selv om det i notatet skrives at det rettes mot leger og jordmødre i svangerskaps-, barsel- og fødselsomsorgen (Saastad et al. 2014b). Notatet gir også en forklaring av faguttrykk som leger og jordmødre allerede er kjent med. Tiltakene underveis i teksten, rettet mot de enkelte avviksmeldingene er gjerne

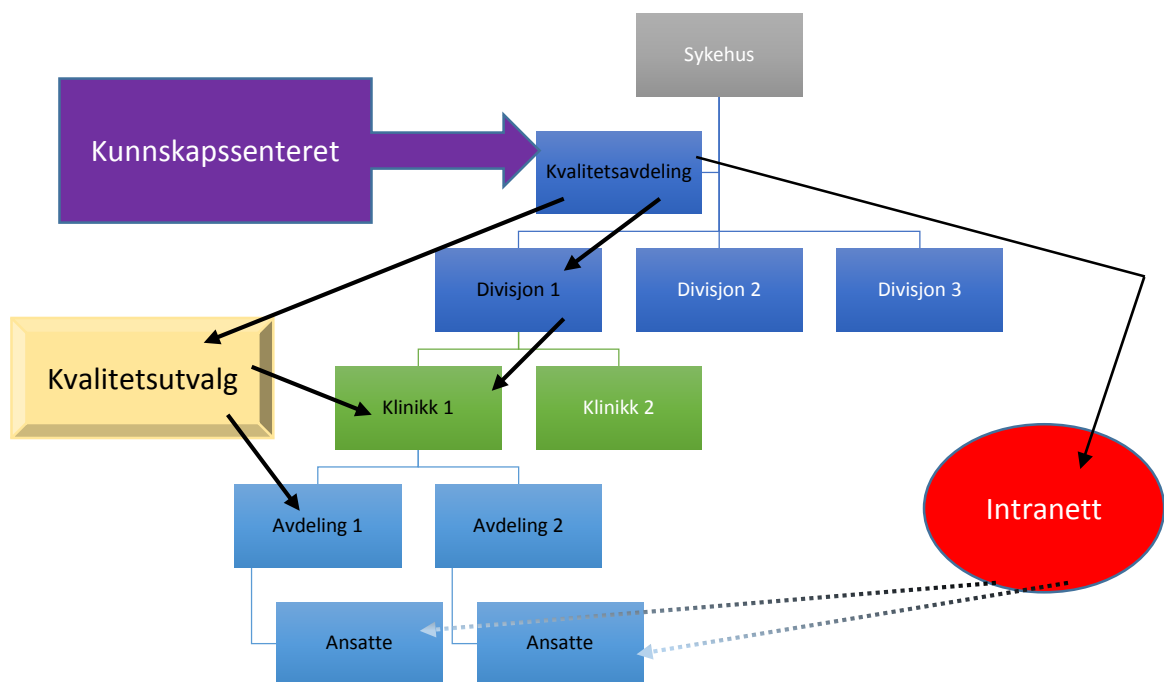
mer anvendelige for leger og jordmødre, mens oppsummeringstiltakene er mer rettet mot et systemnivå. Det femte tiltaket rettes mot IKT-løsninger og er gjerne mest aktuelt for et foretaksnivå. Notatet har et læringspotensial ved at det gir en grundig beskrivelse av et problemområde samt tiltak til hvordan en møter utfordringene.

En har nå sett på de to læringsnotatene som oppgaven har inkludert, hvor et av notatene omhandler et konkret fagområde, mens det andre notatet sikter mer generelt. Heretter vil en se på hvordan notatene er spredt innad i sykehuset.

4.1.2 Distribusjon av læringsnotat

Den formelle saksgangen i sykehuset foregår via de organisatoriske linjene, som er vist til i organisasjonskartet (figur 4) presentert i del-kapitlet som forklarer konteksten for case-studien. Den formelle saksgangen er fra lederne i de ulike divisjonene og nedover i organisasjonen til ledere for de ulike klinikkene. Videre nedover til mellomledere for avdelinger og ned til den enkelte ansatte.

Figur 7. Distribusjon av læringsnotat.



En har nå forklart den formelle saksgangen i sykehuset. Funnene illustrert i figur 7 viser til den reelle distribusjonen av læringsnotatene, og illustrerer distribusjonen av notater med sorte piler. Funnene viser forskjell på formelt etablerte kommunikasjonslinjer og praksis. Distribusjonen av læringsnotatene i sykehuset starter med at kvalitetsavdelingen mottar notatene fra Kunnskapssenteret. Læringsnotatene blir i tillegg publisert på internett av Kunnskapssenteret. Dermed har kvalitetsstab mulighet til å innhente notatene derfra også. Læringsnotatene blir sendt ut til linjen, fra kvalitetsavdelingen, til lederne for de ulike divisjonene. Lederne sender igjen notatene videre til klinikklederne. Helt konkret blir notatene sendt videre via epost. Kvalitetsavdelingen sender generelle notater til alle divisjonene, mens notater som kun angår bestemte fagområder sendes til divisjonene som notatene blir vurdert som aktuelle for. Funnene viser også at læringsnotatene blir sendt via en sidegrein i organisasjonen, til kvalitetsmedarbeidere tilknyttet ulike divisjoner. Her viser resultatene at kvalitetsmedarbeiderne igjen tar notatene opp på dagsorden i kvalitetsutvalg, samt i overordnet kvalitetsutvalg hvor leder for divisjonen også er med og tar opp notatene. Kvalitetsutvalg tilknyttet de ulike klinikkene består av mellomlederne for ulike avdelinger, seksjonsoverleger, fagutviklere og kvalitetsmedarbeidere.

”Vi har et kvalitetsutvalg som jobber ganske aktivt, hver tredje uke. Så for oss var det naturlig å ta det opp der, så da ble det sendt ut på forhånd til de..”
(kvalitetsmedarbeider).

Læringsnotatene blir også tatt opp på ledermøtene i avdelingene, dersom det er kommet noen relevante notater. Dette har avdelingen startet med nylig. En annen nyere praksis er at læringsnotater også blir publisert på sykehusets lokale intranett, tilgjengelig for alle ansatte. Dette skjer fortløpende når notater blir publisert av Kunnskapssenteret, og tidligere notater har dermed ikke blitt publisert der. Videre viser resultatene at mellomledere som ikke var medlem i kvalitetsutvalget manglet kjennskap til læringsnotatene. De mellomlederne som hadde kjennskap til notatene, hadde erfaring med notatene gjennom kvalitetsutvalget. Det samme gjaldt ansatte i fagutviklingsstilling, som også hadde erfaring med notatene gjennom kvalitetsutvalget.

En annen leder hadde ingen erfaring med notatene før vedkommende startet i en lederstilling. Blant jordmødre i stillinger med direkte pasientkontakt, var det lite kjennskap til læringsnotatene. Det samme viste seg blant legene, ingen hadde erfaring med notatene. Ledere og kvalitetsmedarbeidere fortalte at notatene ikke har vært tatt opp eller satt på dagsorden på en direkte måte og ikke spredt til de ansatte.

”Det er nok litt ymse egentlig, fordi at det har nok vært litt sånn at vi har ikke tatt det opp på hvert eneste morgenmøte, og disse har vi jo blitt nok mer og mer klar over disse (...) men om vi diskuterer direkte fra læringsnotatene, det gjør vi nok i mindre grad enn egne hendelser da, kan du si” (leder).

Læringsnotatene blir spredt fra kvalitetsavdelingen til ledere på de ulike divisjonene. I den aktuelle divisjonen ble læringsnotatene sendt videre til ledere for de ulike klinikkene. Men her viser resultatene at distribusjonen stopper opp og ikke videreformidles gjennom de formelle kanalene slik det er tiltenkt i systemet. Notatene kom til kvalitetsutvalget via kvalitetsavdelingen. Mellomledere som var medlemmer i kvalitetsutvalget kjente til notatene derfra og mellomledere som ikke var med hadde ikke fått noe kjennskap til notatene. Notatene hadde ikke nådd ut til øvrige ansatte med direkte pasientkontakt, som ikke er med i kvalitetsutvalget. Denne distribusjonsprosessen er illustrert i figur 5.

4.1.3 Vurdering av læringsnotat og informasjonen

En vil videre se på hvordan informantene vurderer læringsnotatene, og informasjonen i dem. Først presenteres resultater om hvordan ansatte uten kjennskap til læringsnotater fra tidligere vurderer informasjonen i notatene. Deretter vil resultater omkring hvordan informanter med kjennskap til læringsnotatene vurderer notatene.

Informantene uten tidligere kjennskap til læringsnotatene uttrykker et ønske om å lese notatene. Informasjonen blir beskrevet som nyttig og aktuell for avdelingen hvor det trekkes frem som positivt med et blikk utenfra. Det kan føre til at en unngår å gjøre samme feilen ved flere sykehus, som igjen kan styrke pasientsikkerheten.

”Jeg hadde likt å lest det. For det er jo, jeg tenker at et blick utenfra vil og, på flere sykehus vil jo kunne komme med sikkert med nyttige forslag til hva, og hvis det er flere som gjør samme feilen, så er det jo kanskje fordi, altså det er jo kanskje fordi man ikke er klar over det, på en måte at hvis flere hadde lest det, så hadde man kanskje tenkt annerledes i enkelte situasjoner” (lege).

Resultatene viser at informantene har opplevd en uønsket hendelse der en pasient var blitt påført brannskade i sykehuset. De forteller at hendelsen kunne vært unngått om tiltakene i læringsnotatet Varmetiltak kan gi brannskade (Krogstad et al. 2014) hadde blitt fulgt. Slike erfaringer fra andre sykehus som læringsnotatene gir, ble sett på som positive. Erfaringene kunne styrke kompetansen til de ansatte. Informantene opplevde også å få et større erfaringsgrunnlag gjennom notatene og ser derigjennom at man kan unngå uønskede hendelser som har skjedd andre steder. Funnene fremhever at pasientene ved de ulike sykehusene er nokså like, noe som sikrer overføringsverdi i læringsnotatene:

”Og sånn som jeg har ikke jobbet så lenge, så jeg har jo ikke så mye erfaring som de som har jobbet mange år og har tilegnet seg kanskje mye, så man kan kanskje hoppe noen år fram i tid, hvis man leser sånn som dette [peker på læringsnotat]. Plutselig mange års erfaring. Ja. Og kan kunne unngå det som andre har havna oppi” (jordmor).

Informantene påpeker at tiltakene fra læringsnotatene er aktuelle, og samsvarer i stor grad med tema som ofte er på dagsorden. Det blir trukket frem at notatene er nære til hverdagen og praktiske. Læringsnotatene gir et nasjonalt overblikk, som blir fremhevet som viktig:

”Dette er jo et sammendrag av hva som skjer i landet og nytt på områder og sånne ting, og denne er selvfølgelig absolutt viktig å kunne om” (leder).

Kvalitetsavdelingen beskriver notatene som gode og påpeker at Kunnskapscenteret må legge mer ressurser i å utarbeide notater, og mindre ressurser i å gi tilbakemeldinger på

enkeltsaker hvor det påpekes at fagmiljøene i sykehuset selv sitter med mer kompetanse. Det fremheves at Kunnskapscenteret på sin side har mer kompetanse på statistiske analyser og kunnskapsoppsummering og bør prioritere ressursbruken på disse områdene:

”Jeg synes de [læringsnotatene] er veldig gode. Jeg synes de, og det har de fått tilbakemeldinger om og, og derfor så er det jo folk sier mindre av det på enkeltsaker og mer av det på læringsnotatene, for akkurat på enkeltsakene så tror jeg nok at fagmiljøene her har mer kompetanse enn det de har på Kunnskapscenteret. Men på det og så se på store tallmaterialer, og regne på statistikk, og finne forskning, for det er jo det de gjør her [i læringsnotatene], og sette alt dette sammen, det er de eksperter på. Så det burde de gjøre mer av og hjelpe og serve foretakene med det. Også kan vi håndtere de andre enkeltsakene. Så jeg tror, synes absolutt læringsnotatene er gode” (kvalitetsavdeling).

Kvalitetsmedarbeiderne som ble intervjuet, beskriver læringsnotatene som nyttige, tydelige, bra og som en god måte å undersøke hva som er beste praksis. Informantene fremhever at man da slipper å bruke mye ressurser på interne prosjekter, når en finner relevant informasjon i et læringsnotat. Det blir også nevnt at det er nyttig med en punktvis fremstilling av læringsområder og at notatene ikke er for lange. Da kan en lett gå igjennom og se hva som er aktuelle tiltak, og se dette i lys av egen praksis. Det gir mulighet for å se om egen praksis er i tråd med anbefalingene. Videre løfter informantene det frem som positivt at notatene har en direkte gjengivelse av avviksmeldinger, fortellinger om uønskede hendelser fra ulike steder. Dette gir et bilde en kan relatere til egen praksis og derigjennom skape et engasjement omkring hendelsen.

”For det er jo en sånn rask måte for oss å se hva ser siste, hva er beste praksis. Hva er siste nytt innenfor dette? Og da, at vi da kan endre praksis på bakgrunn av det som notatene sier oss. At det er en rask måte hvor du selv slipper å bruke veldig mye tid og ha forbedringsprosjekter for å se igjennom ting og at du lett kan gjerne få opp enkelte tiltak for å bli bedre” (kvalitetsmedarbeider).

Resultatene viser også til informanter som beskriver notatene som for generelle. Det blir trukket frem at det i noen tilfeller er nødvendig å spisse innholdet opp mot lokale forhold og retningslinjer, for at de skal bli mer relevante i en læringssammenheng:

”Ja det er nok behov for å tilpasse de lokale forhold. Altså jeg tror jo, det er jo en del som er litt generelle i formen” (leder).

En har nå sett på ulike vurderinger av notatene, hvor informantene opplever læringsnotatene som aktuelle og nyttige. Nasjonale erfaringer blir beskrevet som positivt.

4.1.4 Bruk av læringsnotat

Det er interessant å se på hvordan sykehuset konkret har brukt læringsnotatene. Først vil en se på hvilken oppfatning ansatte med direkte pasientkontakt har omkring hvorvidt læringsnotatene er anvendt i avdelingen. Deretter vil en se på hva som fremkom fra ledere og kvalitetsmedarbeidere omkring anvendelse av læringsnotater.

Resultatene viser at de fleste tiltakene fra læringsnotatet Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barsel (Saastad et al. 2014b) harmonerte med avdelingens praksis. Informantene fremhever at klinikken benytter seg av blant annet sjekklister, tverrfaglige simuleringsøvelser og en struktur for beregning av ressursbehov, slik som læringsnotatet (Saastad et al. 2014b) trekker frem. Videre viste studien at ingen av tiltakene strider mot klinikkens praksis og rutiner, men informantene ser gjerne en lokal tilpasning i form av for eksempel sjekklister utformet på foretaksnivå. Informantene understreker at bakgrunnen for klinikkens retningslinjer som harmonerer med læringsnotat ikke er kjent, og at det i en del tilfeller hverken kan slås fast eller utelukkes at det har rot i et læringsnotat. I andre tilfeller forteller informantene at rutineendringene er iverksatt før læringsnotatet ble publisert.

”Nei det tror jeg ikke, for vi begynte med det simuleringstreningen for lenge siden. (..) Ja, nei vi har hatt det lenge før det” (jordmor).

En ser gjennom funnene at de fleste tiltakene fra læringsnotatet Varmetiltak kan gi brannskade (Krogstad et al. 2014) var ukjente for informantene. Flere påpeker at oppvarming av hæl på spedbarn før blodprøver (Krogstad et al. 2014) fremdeles er gjeldende praksis. Det blir også trukket frem en hendelse med en pasient som ble påført brannskade, hvor en i følge informantene kunne unngått hendelsen om en hadde hatt rutiner omkring tiltakene i læringsnotatet som omhandler at pasienter med redusert sensibilitet bør overvåkes nøye dersom de blir tilbudt lokal varmebehandling, samt at varmebehandlingen ikke skal overstige 40 grader (Krogstad et al. 2014).

”Okei, men da må jeg bare si, jaja, det er ikke over 40 grader, men jeg jobber jo på en annen avdeling og der legger vi jo på pose på hælen når de skal ta de der.. nå står det stille, den der screeningen som de tar av nyfødte, da legger vi på pose altså” (jordmor).

Flere informanter viser til den samme brannskaden og forteller at da notatet ble publisert ble tiltakene tatt opp, men ikke nødvendigvis nedskrevet. Det ble også påpekt at notatet var aktuelt for flere avdelinger, og at det gjerne ikke nådde helt ut i organisasjonen til alle aktuelle avdelinger. Eksempelvis til laboratoriet som tar blodprøver og i følge informantene etterspør oppvarmet hæl hos spedbarn de skal ta blodprøver av. Videre viser funnene at etter brannskaden har klinikken tatt frem læringsnotatet igjen, og arbeider nå med å implementere tiltakene i sine rutiner.

”Da når det notatet [læringsnotat om brannskader] kom, så endret vi jo og hadde oppe at nå: husk nå dette her med ungene. At de babyene ikke skal ha, varmes opp på hæl med poser. Men det er nok ikke nådd ut i organisasjonen, for laboratoriet ønsker jo fortsatt at vi skal gjøre det. (...) Men jeg tror ikke det ble skrevet ned, at vi ikke skal gjøre det.(...) Så nå ble jo den [læringsnotatet] tatt opp igjen da, og da var det sånne konkrete tiltak” (kvalitetsmedarbeider).

Resultatene har vist hvordan ansatte knytter tiltakene fra læringsnotatet Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid (Saastad et al. 2014b) opp mot gjeldende praksis. Studien viser at dette notatet har blitt brukt som en sjekklister på et

klinikknivå. En ser gjennom analyse av et tiltaksnotat klinikken har utarbeidet, i forhold til de syv punktvis forbedringsområdene Saastad et al. (2014b) har fremhevet i læringsnotatet, at klinikken har satt opp en punktvis fremstilling av hvilke retningslinjer de allerede har som harmonerer med tiltakene. En kan for eksempel trekke frem punktet som omhandlet at Saastad et al. (2014b) anbefaler sjekklister til ulike situasjoner. Her har klinikken vist til tre ulike sjekklister i tilknytning til fødsel og barseltid. Klinikken viser også hvordan det jevnlig gjennomføres tverrfaglige øvelser, og har satt dette opp mot punktet hvor Saastad et al. (2014b) anbefaler simuleringstrening, som både skal være systematisk og tverrfaglig. Klinikken anbefaler også et løft av IKT-systemene. Dette beskrives som en nasjonal prosess i tiltaksnotatet.

”Og akkurat det med det fødsel og barselomsorg, da hadde vi det meste på plass. Men det som vi etterlyser, spesielt som vi etterlyste da, var det med integrasjon av de ulike elektroniske systemene (..). Det prøver vi å påvirke og jobbe for, men det er ikke noe vi kan endre på og ordne opp i selv. For det er jo sånne nasjonale systemer” (kvalitetsmedarbeider).

Så langt har en fremhevet resultater knyttet til anvendelse av læringsnotaene og sett at tiltakene fra notatet som omhandlet brannskader (Krogstad et al. 2014) først ble tatt i bruk etter en skade. Læringsnotatet omkring svangerskap, fødsel og barseltid (Saastad et al. 2014b) ble møtt med et tiltaksnotat som viser til klinikkens gjeldende rutiner som harmonerer med de fleste tiltakene.

4.1.5 Omlegging av meldeordningen

Funn omkring hvilke endringer informantene har opplevd etter omleggingen av meldeordningen, er inndelt etter ansatte som melder inn hendelser og mellomledere som saksbehandlere av lokale hendelser.

En har i studien sett at ansatte som melder inn hendelser ikke har opplevd store endringer i forbindelse med omleggingen av meldeordningen. Noen påpeker at det er kommet et punkt i rapporteringssystemet hvor en kan hake av og sende direktemelding inn til Kunnskapssenteret. Funnene viste til at det var informanter i utvalget som ikke

kjente til hvor meldingene blir sendt, hva som er kriteriene for å melde og prosessen videre i Kunnskapssenteret og sykehuset:

”Ja, det står jo sånn du kan krysse av om det skal til Kunnskapssenteret eller ikke, så der krysser vi, håper jeg krysser rett når jeg krysser (...) hvis det er store avvik og sånn, så da går det til Kunnskapssenteret” (jordmor).

Resultatene viser også til mellomledere og ansatte i stab som forteller om mange feilsendte meldinger til Kunnskapssenteret. Noen mener at ansatte sender meldinger til Kunnskapssenteret for å være på den sikre siden, samt at de ikke er kjent med kriteriene for hva som skal meldes. Det blir også påpekt av en informant at dette kan gi et urealistisk bilde for Kunnskapssenteret omkring hendelsesomfanget i landet. Dette fordi noen av hendelsene faller utenfor meldekriteriene, men likevel kan være inkludert i statistikken av innmeldte hendelser. En annen informant mener at dette kan gjøre det vanskelig å skille ut de alvorlige meldingene. Flere foreslår at saksbehandler bør være ansvarlig for å sende inn meldinger til Kunnskapssenteret og ikke den enkelte ansatte. Ledere og kvalitetsmedarbeidere peker på publisering av læringsnotater som en av de tydelige endringene etter omleggingen av meldeordningen. Dette beskrives som noe positivt. Det påpekes at noe av intensjonen med omleggingen var at meldeordningen skulle være sanksjonsfri, fordi fagfolk var redde for konsekvensene av å melde og dermed ikke meldte. I resultatene fremkommer det at helsepersonell i mindre grad er bekymret for å melde, og at dette ikke har endret seg. Det blir også påpekt at korrespondanse med Kunnskapssenteret er utfordrende på grunn av et system som gjør at mottaker ikke får noen varsel når de får en tilbakemelding. Dermed blir ofte ikke tilbakemeldingene fra Kunnskapssenteret lagt merke til.

”Før så sendte vi jo selv over, når vi synes at det var noe. Men nå er det jo den som melder som kan hake av. Og det er nok blitt sånn at det, folk er litt usikre på hva den knappen betyr, og for å ikke unnlate å sende noe som kanskje kan være noe, så blir det jo flere tror jeg gjerne, som bare haker av for sikkerhetsskyld. Og det gjør jo ikke noe, men det blir jo en del støy gjerne for Kunnskapssenteret” (kvalitetsmedarbeider).

En har nå sett resultater omkring hvordan omleggingen av meldeordningen er opplevd av ulike informanter. Flere som sender avviksmeldinger er usikre på om meldingene skal til Kunnskapssenteret og saksbehandlere forteller om mange feilsendte meldinger. Informantene foreslår at saksbehandlerne bør være ansvarlige for å sende til Kunnskapssenteret. Videre vil oppgaven gå inn på resultater omkring nasjonale organ, som Kunnskapssenteret sin analysering av hendelser.

4.1.6 Informasjon fra nasjonale organ

Studien har etterspurt hvilke tanker og opplevelser informantene har omkring nasjonale organ som Kunnskapssenteret sine vurderinger etter hendelser, og læringsinformasjon. Informantene fremhever at nasjonale organ har et mye større erfaringsgrunnlag enn et enkelt sykehus, og ser helhetlig på utviklingen. Nasjonale organ kan gå inn i forskning og utvikle anbefalinger i tillegg til å tilrettelegge for læring på tvers. Funnene fremhevet også at gjennom nasjonale rapporter kan en se på hvordan egen praksis ligger an i forhold til resten av landet, og arbeide ut fra det. Informantene peker på at nasjonale organ sine vurderinger blir ansett som nyttige, særlig på ledernivå. Men anbefalingene må sees i lys av egen kontekst. I forhold til uønskede hendelser ble nasjonale organs gjennomgang fremhevet som mer objektiv, og det ble sett på som nyttig å analysere flere hendelser sammen. Men det stilles krav til kjennskap til rutiner, eller like forutsetninger ved de ulike sykehusene, for at analyseringen skal ha noe for seg. Det blir trukket frem at sykehusene rundt i landet har ulike størrelser, strukturer og forutsetninger som må tas hensyn til ved nasjonale sammenfatninger.

”For man har et større sammenligningsgrunnlag og man har litt mindre emosjonell tilknytning til det som har skjedd (...) det å se det utenfra tror jeg er kjempenyttig” (lege).

Hittil har en sett på distribusjonen og vurderingen av læringsnotatene, refleksjoner omkring omleggingen av meldeordningen og omkring nasjonale organs vurderinger. Det neste del-kapitlet tar for seg læring i sykehus.

4.2 Læring i sykehus

En vil først se på hvordan læring foregår i sykehuset, både individuell læring, informasjonsformidling i forbindelse med rutineendringer og læring på tvers av avdelinger og organisasjoner. Deretter vil en se hvordan informantene mener at læring i avdelingen best kan skje.

4.2.1 Hvordan foregår læring

Resultatene viser at de ansatte med direkte pasientkontakt søker etter kunnskap både i tidsskrifter, bøker, internett og gjennom nasjonale retningslinjer. De aller fleste beskriver en aktiv holdning omkring ny kunnskap. En del beskriver at de leser seg opp på ulike problemstillinger etter hvert som det blir aktuelt. Kunnskap får de også i diskusjon med kolleger, på kurs og gjennom fagorganisasjoner. Mange av informantene oppdaterer seg også gjennom avdelingens retningslinjer. De fremhever at alle prosedyrer gjøres kjent gjennom et felles kvalitetssystem, som stadig oppdateres. Prosedyrene blir beskrevet som levende, på grunn av de hyppige endringene. Alle prosedyrene har en revideringsfrist, og det blir brukt kildehenvisninger til prosedyrene. Endringer i prosedyrene blir sendt ut på epost, og informantene beskriver også epost som et sted de søker kunnskap.

”Hvordan jeg tilegner meg ny kunnskap. Det er å gå inn i litteraturen det, inn i artikler. Det er jo, vi går jo på kurs, det er jo i diskusjoner med kolleger, oppdateringer i kvalitetssystem, går igjennom det som er våre interne rutiner samlet” (lege).

Funnene viser også hvordan de ansatte opplever at endringer og nye retningslinjer blir introdusert. For legene skjer det på internundervisning flere ganger i uken og på morgenmøtene. De har også en tavle på et møterom hvor oppdateringer blir skrevet. Blant jordmødrene blir informasjon spredt på rapporten ved vaktskiftene, fag- og undervisningsdager, personalmøter og gjennom skriftlig rapport etter personalmøtene. Funnene viser også at rutineendringer blir kunngjort gjennom å henge opp nye rutiner på vaktrom, eller i en egen bok på vaktrommet hvor dette blir nedskrevet, eventuelt å legge endringer fremst i vaktpermen. Endringer blir også presentert på tverrfaglige

treningsdager, eller ved at enkelte temaområder løftes frem omtalt som "månedens tema". Det sendes også ut månedlige avdelingsbrev på epost, og resultatene viser til at mye informasjon om endringer blir sendt til alle via epost. Mellomlederne forteller at de også benytter tekstmeldinger til å informere om endringer som haster, og henger i noen tilfeller opp plakater. En leder omtaler også "jungeltelegrafene" som en informasjonskanal. Av og til blir endringer presentert ved at ansatte reiser på kurs og avdelingene har egne stillinger som jobber spesielt med undervisning.

"Altså vi får jo mail hvis det er endringer i kvalitetssystem-rutinene, også har vi sånn månedsbrev som avdelingsleder her på avdelingen skriver (...) de skriver hvis det er ting som er endret eller nye ting, så er de og flinke til å ta opp ting på den rapporten, morgenrapporten. Hvis det er ting vi skal ha fokus på eller, ja. Også på personalmøtet får det tatt opp nye ting og undervisningsdag som vi har to ganger i halvåret" (jordmor).

Studien har også sett på om informantene mener det er nyttig å lære av andre avdelinger og sykehus, samt hvilken kunnskapsoverføring som faktisk skjer mellom enhetene, både generelt og i forhold til uønskede hendelser. Det blir påpekt av flere informanter at de stadig jobber tverrfaglig og i team og dermed har nytte av å lære fra andre avdelinger. En informant gjengir en praksis fra en annen avdeling og et annet fagområde, som informanten mener er direkte overførbart til nåværende avdeling. De fleste informantene uttrykker positive holdninger til å lære fra andre avdelinger og sykehus, men det blir påpekt at informasjon fra tilsvarende avdelinger sannsynligvis har størst overføringsverdi. En mellomleder viser også til tilsvarende avdelinger fra andre land som de har besøkt for å innhente erfaringer.

"Ja det er klart, vi kan alle lære av hverandre. Vi har jo et veldig tett samarbeid innenfor klinikken her, så det er jo mest der, men det er jo klart at det, at det, uønskede hendelser som på en måte involverer oss, kan jo skje og andre plasser, så det er klart at vi må jo lære av det. Men altså det er ikke sånn at det vi sitter her med vår avdeling og bare har våre saker" (mellomleder).

Informantene uttrykker ulike erfaringer når det kommer til kunnskapsoverføringer mellom avdelinger og sykehus. Det blir påpekt at det er en forutsetning med et godt opplegg for læring på tvers, at det ikke bør skje ved tilfeldig kontakt. Informasjonen må nå opp til et nivå som kan agere på den. Både ledere og mellomledere uttrykker at de har en del kontakt med tilsvarende divisjoner ved andre sykehus. Informasjonsutvekslingen skjer stort sett på kurs og møter, men kan også forekomme ved at studenter og nyansatte har med seg erfaringer som deles. Det blir av flere informanter påpekt at de savner en større erfaringsutveksling mellom enhetene, og at det kan diskuteres hvor gode avdelingene er til å følge opp erfaringene fra andre steder, samt om erfaringene er formidlet på en god måte. Uønskede hendelser fra andre avdelinger blir tatt opp i noen tilfeller, men i følge informantene skjer det mer tilfeldig. Det samme gjelder ved nasjonale konferanser og gjennom fagmiljøene, hvor kunnskapsoverføringen blir mer tilfeldig og kunnskapen blir gjerne ikke fulgt opp i etterkant, en fortsetter som før.

”Vi treffer jo kolleger og andre leger i spesialisering når vi er på kurs og da snakker vi jo rundt hvordan ting gjøres og ja. Da kan vi jo også formidle videre og lære av andre avdelinger når vi kommer tilbake. Men da må vi jo ta det opp gjerne til et ledernivå for at det skal bli implementert som noe nytt da, eller endring av rutine” (lege).

Hittil har en sett resultater omkring hvordan tilegning av kunnskap og informasjonsformidling foregår. Videre vil en se på hvordan informantene mener at læring og kunnskapsformidling bør foregå i avdelingen.

4.2.2 Forbedringsområder til læringen

Resultatene ovenfor har vist til ulike strategier for informasjonsformidling og læring. Forbedringsområdene for å få til økt bruk av læringsnotatene er delt inn i fire kategorier. *Planlagt møtevirksomhet* omfatter personalmøter, undervisningsdager, fagdager og internundervisning. *Fortløpende møtevirksomhet* omfatter daglige morgenmøter for legene, informasjon ved vaktskifter og rapporter for jordmødrene. Videre har informasjonsformidling foregått via *direktemeldinger* til de ansatte enten på epost eller tekstmelding. En siste kategori er *tilgjengelig informasjon*, som omfatter informasjon i

kvalitetssystem, informasjon hengt opp på plakater, skrevet i vaktperm, på tavler eller i bok på vaktrom. Tilslutt vises ulike krav informantene stiller til informasjonen.

4.2.2.1 Planlagt møtevirksomhet

En del av informantene fremhever personalmøter som et godt sted å informere avdelingen om endringer fra læringsnotat, samt undervisningsdager hvor de får trent på rutiner. Det blir fremhevet at det er viktig å presentere informasjon i et forum hvor alle er samlet, og at det bør skapes slike fora litt oftere. Det blir påpekt at dersom en informerer om endringer i slike fora hvor de ansatte har mulighet til å stille spørsmål og å diskutere, kan en i følge funnene unngå at misnøye og diskusjoner blir tatt i korridorene i stedet for å ta diskusjonen der og da. Resultatene viser til utfordringer omkring å samle hele personalgruppen, både på legesiden men også på jordmorsiden, da de ansatte arbeider turnus. Noen har hatt nattevakt, noen er opptatt på en poliklinikk og det vil alltid være pasienter å følge opp samtidig. Ledere fremhever undervisningsdager som gode arenaer til å formidle informasjon fra læringsnotat. Lederne påpeker at ikke alle er på personalmøtene, mens på undervisningsdagene har lederne en oversikt over hvem som har vært tilstede. De ansatte forteller om skriftlige referater som blir sendt ut etter personalmøtene, hvor de som ikke møtte opp får lest hva som ble sagt. Det blir trukket frem nytten av å legge en felles plan på tvers av yrkesgruppene rundt hva som skal informeres og undervises om. På denne måten kan for eksempel en lege som ikke fikk være med på deres undervisning møte opp på undervisningen til jordmødrene. Selv om denne undervisningen er tilpasset en annen yrkesgruppe, kan ansatte få med seg endringen.

”Også har jeg faktisk veldig stor tro på, hvis det er viktig å samle folk. Og, fordi at da, for det første så åpner du for spørsmål og så tror jeg du sparer en del kritikk i ettertid også. Fordi at hvis det har vært innkalt og du, det åpner for spørsmål, så blir det mindre sånn surmuling i gangene, enn, for det da, si at det er oss to. Og vi har begge vært på samme møte. Og hvis du da i etterkant er misfornøyd og kommer til meg i gangen og så sier jeg at hvorfor sa du ingenting på det møtet, mens hvis det ikke har vært noe møte, hvis det ikke har vært noe tydelig forum der du kan diskutere sakene, så er det mye lettere at vi bruker mye tid utenom.

(...) Men man støter jo fortsatt på det samme problemet da, at folk jobber til forskjellig tid" (lege).

4.2.2.2 Fortløpende møtevirksomhet

Resultatene løfter frem viktigheten av å repetere informasjon, og en av måtene å gjøre det på er å informere i forbindelse med møter, vaktskifter og rapporter. Dette blir fremhevet av informantene som en måte å nå mange på, men det blir poengtert at denne måten er usystematisk og mer tilfeldig. Utfordringen er turnusarbeid og friperioder som gjør at en ikke får informert alle. Det blir understreket at informasjonen bør gjentas flere ganger med tanke på de som ikke har vært til stede.

"Fordi vi, ja sånn er det i alle sykehus-ting. At man jobber turnus, man jobber plutselig er man på ferie, eller fri eller på kurs, også går man glipp av det møtet som var på morgenen" (lege).

4.2.2.3 Direktemeldinger

Hittil er funn omkring møtevirksomhet presentert. Funnene viser også at en gjennom møtevirksomheten kan referere til informasjon fra læringsnotater, som er gjort tilgjengelig via eposter. Resultatene viser til noe ulike holdninger omkring epost som et virkemiddel, men mange informanter fremhever epost som et viktig virkemiddel og mener at alle nås på denne måten. Samtidig blir det påpekt at de ansatte mottar mange eposter og ikke alltid rekker å lese de. Det blir fremhevet at om en har hatt fri en stund, vil det å sjekke eposten ikke være det første en gjør. Noen av informantene etterlyser også at eposten gjøres tilgjengelig hjemmefra, og understreker at da har de ansatte anledning til å holde seg oppdatert om de ikke er på jobb. Flere av informantene nevner at mye informasjon de opplever som viktig, for eksempel angående vakter, blir sendt på epost og at de dermed sjekker eposten hyppig. Det blir også foreslått å innarbeide fargekoder på epostene, for å angi en hastegrad, tematikk og indikere hvilke eposter mottakerne skal prioritere i en travel hverdag. Mellomledere og ledere uttrykker at de ikke ser på epost som det beste virkemidlet for å nå ut med informasjon, fordi man ikke vet om ansatte leser epostene. Utfordringen er å få de ansatte til faktisk å lese

informasjonen. Tekstmeldinger anses aktuelt når ansatte har fri i turnus og ikke får sjekket eposten:

”Så er det ting som haster og er så viktig å få ut til alle, så sender jeg sms rett og slett for jeg vet at hos noen, noen. Altså det er veldig forskjellig hvordan vi jobber, og sånn som nattevaktene går det jo ti dager i mellom de er innom. Og det er ikke sikkert de får tid å gå inn på den mailen første vekten. Så det kan fort glippe, så er det ting som er viktig å minne på, eller at de bør få vite det nå, så sender jeg sms” (mellomleder).

4.2.2.4 Tilgjengelig informasjon

Funnene har også vist til andre virkemidler for å spre informasjon fra læringsnotater. Blant annet viser mange informanter blant jordmødre og mellomledere til informasjon som blir gjort kjent på vaktrom, enten i vaktpermen eller i egen bok. Informantene mener at den informasjonen får alle som er på jobb med seg. Det oppleves også som en motiverende faktor når informasjon blir skrevet på tavler eller hengt opp på områder der de ansatte er i løpet av arbeidsdagen. Informasjon omkring prosedyrer er hele tiden tilgjengelig gjennom sykehusets kvalitetssystem, hvor tiltak fra læringsnotater kan implementeres. Dette er et nyttig verktøy der ansatte enkelt kan gi tilbakemeldinger om det er noe ved prosedyren som ikke fungerer. Informantene beskriver det som nyttig å kunne søke opp emner det er lenge siden de har vært borti i kvalitetssystemet. Men uttrykker at søkefunksjonen kunne vært enklere. Resultatene viser også at klinikken har egne stillinger som arbeider innenfor dette, og informantene trekker det frem som positivt at prosedyrene blir utarbeidet av en ansatt som også har direkte pasientkontakt i sin arbeidshverdag. Samtidig viser funnene at dersom flere av de ansatte blir inkludert i prosessen med endringer og utvikling av prosedyrer så gjøres det lettere kjent blant personalgruppen.

”Nei, det er jo bare, det er viktig at det, de ansatte får beskjed om at, når det gjøres endringer i rutineene, også er det jo, sånn som det er nå at det er forskjellige på avdelingen som tar del i å lage rutineene så vil jo kunnskapen blir spredt mer

utover, at det ikke bare er en person som har ansvaret for alle prosedyrene”
(lege).

4.2.2.5 Krav til informasjonen

Resultatene viser flere ganger til en stor informasjonsmengde i en travel hverdag og informantene mener at det er viktig å selektere informasjonen. Det oppleves utfordrende å ta til seg all informasjonen som blir gitt. Informantene understreker at det ikke bør gis unødvendig og lite relevant informasjon. Det blir påpekt at det er en lederoppgave å filtrere informasjonen og presentere målrettet informasjon. En leder trekker også frem at informasjonsmengden er såpass stor at det å velge ut det viktigste og ikke misbruke folk sin tid ved å informere om ting som ikke er relevant er en viktig del av jobben. Informantene trekker også frem at informasjonen som blir gitt skal være gitt på en måte som er ryddig fremstilt og helst kortfattet. Skreddersydd informasjon oppleves mer interessant og gir mer engasjerte tilhørere. Flere av informantene fremhever repetisjon som et viktig virkemiddel og ønsker informasjon både muntlig og skriftlig. De fleste informantene forteller også at de i flere tilfeller ikke kjenner til bakgrunnen for endringer. Slik informasjon kan gi større etterlevelse, men dette informasjonsbehovet varierer både mellom yrkesgrupper men og personer.

”Den største utfordringen er at det er for mye informasjon. Det er alltid noe som skal informeres, og det er, jeg tror nok i en travel hverdag så er det for mye informasjon, så det å finne en balansegang å informere kort og konsist, og viktige ting, prøve å fjerne unødvendig (...) så det er jo å finne ut, okei, hvordan er hverdagen vår, hva er det som ligger, hva er det som vi vil informere om, og prøve å rasjonalisere litt. Fordi jeg tror det er, det ligger vi får for mye informasjon så en av oppgavene våre er å prøve å rasjonalisere litte grann, slik at vi fokuserer på de viktige tingene og det som er viktig for oss og for en god behandling av våre pasienter og at ikke det blir for mye i hverdagen, for det har vi rett og slett ikke tid til” (leder).

Gjennom funnene har en sett ulike måter informantene fremhever at informasjonsformidlingen bør foregå på. Planlagt møtevirksomhet, tilpasset informasjon, og repetisjon fremheves som viktig. Epost med fargekoding er et godt virkemiddel. Videre vil en drøfte resultatene fra funn-kapitlet i lys av teoretisk fundament for oppgaven.

5.0 DRØFTING

Dette kapitlet er delt inn i to hovedspor. Først drøftes prosessen omkring spredning av læringsnotatene, deretter drøftes organisatorisk læring i sykehuset.

5.1 Prosessen omkring læringsnotatene

Hovedformål med å etablere rapporteringssystemer er todelt, 1) øke pasientsikkerhet og forbedre kvalitet, 2) plassere skyldansvar (Lipczak & Shiøler, 2003). Kunnskapscenteret er et nasjonalt rapporteringssystem. Deres tilnærming omhandler læring og forbedring (Lippestad et al. 2014), som kan sies å harmonere med det første formålet. Når det kommer til plassering av skyldansvar, har en sett en økning i rapporteringsraten etter innføring av et anonymt meldesystem. Men det er uklart om det er en sammenheng mellom økt meldefrekvens og omlegging til et sanksjonsfritt meldesystem i norsk sammenheng (Lippestad et al. 2014; Tighe et al. 2006). Funnene i denne studien støtter opp om forskningen, hvor informanter ikke tror at helsepersonell er opptatt av sanksjoner. Denne studien har ikke lagt særlig vekt på sanksjoner, men har et fokus i harmoni med det første hovedformålet med rapporteringssystem (Lipczak & Shiøler, 2003). Hovedvekten er lagt på læringsnotatene, som nasjonal læringsinformasjon, publisert av Kunnskapscenteret. Hvordan læringsnotatene er vurdert, anvendt og distribuert. Først vil en se på Kunnskapscenterets mulighet som nasjonalt rapporteringssystem.

5.1.1 Kunnskapscenteret som nasjonalt rapporteringssystem

Læringsnotatene blir utarbeidet av Kunnskapscenteret, og baseres på en nasjonal aggregering av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (Lippestad et al. 2014; Saastad et al. 2014a). Tidligere forskning viser ulike tilnærminger til håndtering av uønskede hendelser og viser at nasjonale rapporteringssystemer både bidrar til å se mønstre i hendelser, kartlegge årsaker til hendelser og rette fokus mot forebyggende strategier samt læringsinformasjon (Benn et al. 2009; Vincent, 2010). Dette harmonerer med funnene i denne studien, hvor informantene fremhever at slike organ har mulighet til å gjøre en objektiv vurdering av hendelser og at erfaring fra hele landet gir et rikt kunnskapsgrunnlag. Likevel viser tidligere forskning både underrapportering og uklare meldekriterier som gir et svekket grunnlag for analyseringen av hendelser (Lippestad et

al. 2014). Denne studien avdekker at en del ansatte ikke har en klar kjennskap til meldekriteriene til Kunnskapssenteret og ikke kan beskrive noen opplevde endringer etter omleggingen av meldeordningen. Vincent (2010) påpeker at nasjonale rapporteringssystemer bør motta tilstrekkelig antall meldinger, slik at sikkerhetstrusler blir avdekket. Det er dermed uvisst om sikkerhetstrusler blir avdekket ved uklare meldekriterier, som det er lite kjennskap til i praksis. Hendelser som blir meldt til Kunnskapssenteret danner grunnlag for læringsnotatene og tidligere forskning fremhever viktigheten av at primærmelder kjenner til hvordan meldingen kommer til nytte. Da opprettholdes motivasjonen for å melde inn fylldige hendelsesrapporter og analysearbeidet forenkles (Lippestad et al. 2014; Mahajan, 2010; Vincent, 2010). Likevel har funnene i denne studien påpekt at informantene som primært melder inn hendelser ikke kjenner til læringsnotatene, som dannes på bakgrunn av meldingene som blir sendt til Kunnskapssenteret.

En kan se prosessen til Kunnskapssenteret i sammenheng med Hibbert et al. (2015) sitt rammeverk for tilnærming til uønskede hendelser, og påpeke at for at Kunnskapssenteret skal kunne gjennomføre den innsamlingen og aggregeringen modellen viser til, trengs meldinger omkring hendelsene fra hele landet. Andre studier viser til kapasitetsvansker dersom alle hendelser skal analyseres og individuelle avsendere skal få konkret tilbakemelding (Vincent, 2010). Evalueringen av meldeordningen viser til at helseforetakene omtaler tilbakemeldinger på enkeltmeldinger som lite relevante og mindre nyttige (Lippestad et al. 2014). Dette harmonerer med funnene i denne oppgaven. Informantene opplevde et tungvint system for å innhente tilbakemeldingene. Informantene beskrev også at tilbakemeldinger og vurderinger fra sykehusenes fagmiljøer ble mer prioritert og anerkjent enn Kunnskapssenterets tilbakemeldinger på enkelthendelser. Det ble understreket at Kunnskapssenteret bør prioritere å aggregere hendelser til analysering og utforming av læringsnotater. Dette er i samsvar med Vincent og Amalberti (2016) som har påpekt at anbefalingene bør baseres på flere hendelser.

Kunnskap og erfaring hos personene som analyserer hendelser er et viktig tema. Tidligere forskning har vist at det er viktig å vite hvem som har analysert hendelser og

hvilken informasjon og erfaring analysepersonellet besitter. Det blir fremhevet kjennskap til kliniske problemstillinger og utdanningsbakgrunn (Claridge et al. 2008; Mahajan, 2010; Sujan, 2015; Waring et al. 2013). Gjennom rammeverket til Hibbert et al. (2015) fremheves viktigheten av en tverrfaglig analysegruppe med ulike erfaringer, for å gjennomføre analyser med høy kvalitet. Dette samsvarer med resultatene i denne oppgaven, der informantene beskriver at det er viktig med kjennskap til blant annet interne rutiner og at analysering må ta høyde for ulikheter både i organisering og størrelse på sykehusene. Men informantene uttrykker ikke noen motstand mot anbefalinger fra utenforstående.

Ulike innmeldingsrutiner til Kunnskapssenteret er avdekket i tidligere forskning, det svekker noe av grunnlaget for læringsnotatene (Lippestad et al. 2014). Funnene i denne studien viser til en praksis der primærmelder sender melding. Dette medfører mange feilsendinger og støy for Kunnskapssenteret. Informantene på saksbehandlersiden ønsker at saksbehandler skal sende meldingene og informantene på ansattssiden viser til usikre holdninger omkring hva som skal sendes til Kunnskapssenteret. Resultatene tyder på at det er behov for samkjøring og etablering av felles innmeldingsrutiner på tvers av helseforetak.

Rammeverket til Hibbert et al. (2015) viser videre til en kategorisering av hendelser, utarbeiding av forebyggende strategier og tilbakemeldinger. Dette ses i sammenheng med læringsnotatene publisert av Kunnskapssenteret og diskuteres i neste avsnitt.

5.1.2 Læringsnotatene – nasjonal læringsinformasjon

I denne oppgaven er det inkludert to læringsnotater. Det er en bevisst avgrensning ved oppgaven. Notatene beskriver et problemområde, viser til enkelte avviksmeldinger og uttrykker strategier i forhold til enkeltmeldingene, men i hovedsak i forhold til hvordan problemområdet og utfordringene kan møtes. Dette kan sees i sammenheng med både reaktive og proaktive analyser (Hellebek & Pedersen, 2003). Reaktive i form av at notatene ser hendelser som har skjedd, men også proaktive da notatene avdekker risikoområder og går inn i forskning for å finne forebyggende strategier. Disse strategiene må være overkommelige (Hibbert et al. 2015). Funnene omkring analyse av

læringsnotatene viser til at tiltakene som anbefales rettes både mot et ansatt-, mellomleder-, leder- og foretaksnivå. Tidligere forskning har vist til at anbefalinger må spres til et nivå som har nytte av dem, og myndighet til å agere på dem (Lipczak & Shiøler, 2003; Waring et al. 2013). Da en i funnene ser anbefalinger rettet mot ulike nivå innenfor spesialisthelsetjenesten, vil notatene kunne rette seg mot ulike målgrupper. De aller fleste tiltakene kan være gjennomførbare på et leder- og mellomledernivå. Læringsnotatet omkring svangerskap-, fødsel- og barseltid uttrykker innledningsvis at det er ønskelig at notatet skal brukes ved fødeavdelingene til forbedring og læring (Saastad, et al. 2014b). Funnene viser at notatet gir en liste med forklaring av faguttrykk, selv om målgruppen stort sett er kjent med fagterminologien.

Hvis man sammenligner læringsnotatene, har læringsnotatet omkring brannskader (Krogstad et al. 2014) en vid målgruppe, hvor det kan være relevant i ulike avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten. Læringsnotatet omkring svangerskap-, fødsel- og barseltid (Saastad et al. 2014b) rettes derimot mot et bestemt fagområde, og dermed mot enkelte spesialavdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten. En kan også sammenligne tiltakene i notatene i forhold til hverandre. Resultatene viser at tiltakene omkring brannskader rettes primært mot prosedyrer og utføring av pleie. Føde- og barseltiltakene er mer rettet mot system, organisering og undervisning i avdelingene. Tidligere forskning viser til at fokus for blant annet tilbakemeldingene må være på et systemnivå fremfor et individnivå (Benn et al. 2009; Mahajan, 2010). Likevel er det nyttig å fremheve at begge læringsnotatene gjengir konkrete avviksmeldinger og kommentarer til dem. Funnene i denne studien viser at ansatte med direkte pasientkontakt kan relatere notatene til egen praksis ved slike gjengivelser og gjennom beskrivelsene kan ansatte vurdere overføringsverdi. Andre studier har vist at informasjon etter hendelser må spres helt ut i organisasjonen, til alle som kan ha nytte av den. Informasjonen kan fungere som påminner til god praksis, vise til hva som skal rapporteres og øke motivasjonen for å rapportere (Benn et al. 2009; Burnett et al. 2010; Lipczak & Shiøler, 2003; Tighe et al. 2006). Motivasjon for å rapportere er viktig og forskningen har vist at tidsbruken er en av utfordringene ved rapporteringssystemer (Anderson et al. 2006; Benn et al. 2009; Kousgaard et al. 2012; Ravndal, 2012, Røstøen, 2005). Læringsnotatene kan ha potensial til å øke motivasjon og dermed

rapporteringsraten, dersom notatene blir gjort bedre kjent i organisasjonen enn de er i dag.

5.1.3 Distribusjon og vurdering av læringsnotatene

Frem til nå er det begrenset kunnskap omkring hvorvidt læringsnotatene når ut til alle nivåer i spesialisthelsetjenesten (Lippestad et al. 2014). Ovenfor har det blitt diskutert at notatene har ulike nivåer som målgruppe. Funnene i denne studien viser likevel til at ansatte med direkte pasientkontakt ikke hadde særlig kjennskap til læringsnotatene, og at distribusjonen av notatene stort sett stoppet opp på et klinikknivå, samt i kvalitetsutvalg. Den kollektive prosessen som trippel heliks-modellen har vist til, som skal føre til endret praksis (Swart & Pye, 2003) har ikke gjort informasjonen kjent blant ansatte eller implementert i rutiner. Tidligere studier har vist til hvor viktig tilbakemeldinger er, og at tilbakemeldingene når ut til alle ledd (Benn et al. 2009; Mahajan, 2010), men likevel viser denne studien at notatene ikke når ut til alle ledd i sykehuset. Gode rapporter nytter lite om de ikke blir spredt og tatt i bruk, en oppnår heller ingen læring (Ramanujam & Goodman, 2011). Det er helseforetaket som er ansvarlige for å spre notatene (Lippestad et al. 2014), og ledere har mulighet til å integrere anbefalinger inn i rutiner (Sinuff et al. 2015).

Studier har vist at mottakelighet for endringer i organisasjoner varierer mellom ansatte og grupper (Burnett et al. 2010). Informantene i denne studien omfatter målgruppen for læringsnotatene både innenfor ledelsesnivå og ansattnivå. Funnene viser at informantene har en aktiv holdning til ny kunnskap og at ansatte som ikke kjente til læringsnotatene har et ønske om å lese dem. Dette er i harmoni med en organisasjonskultur som er mottagelig for endringsforslag (Sinuff et al. 2015). Informasjonen i læringsnotatene er nær til praksis, relevant for arbeidshverdagen og klinikken, i følge informantene i denne studien. Disse funnene er i harmoni med forskning som viser at tilbakemeldinger må være praksisnære og konkrete (Sinuff et al. 2015). Erfaringsgrunnlaget fra andre sykehus oppleves som nyttig av informantene i denne studien, og informantene ønsket å forebygge uønskede hendelser. Resultatene viser også til at notatene kunne være generelle og hadde behov for lokale tilpasninger. Den organisatoriske konteksten påvirker hvordan organisasjonen tilpasser seg rutiner

og føringer (Harvey et al. 2015). Til tross for at læringsnotatene blir vurdert som aktuelle både av ansatte og ledere, avdekker funnene at notatene ikke blir spredd lenger enn et klinikknivå. En vet lite om årsaken til at distribusjonen av læringsnotatene er stoppet opp. Funnene i denne studien gir ingen tydelig forklaring på dette, men viser til at ledere ikke har satt de på dagsorden jevnlig. Det blir også beskrevet at ledere har blitt mer bevisst på at det blir publisert læringsnotater etter hvert og nyere notater har blitt gjort kjent på intranett. Likevel kjenner ikke informantene på ansattssiden til læringsnotatene. Forbedringsområder for å spre slik informasjon blir diskutert i neste kapittel. Først vil en se på hvordan læringsnotatene er brukt av informanter som har hatt kjennskap til dem.

5.1.4 Bruk av læringsnotatene

Funnene i denne studien viser at punktvis fremstillinger og sammendrag gjør læringsnotatene lettere å ta i bruk. Lange notat kan bli for omfattende å implementere. Dette samsvarer med forskning som viser at tilbakemeldinger bør være konkrete (Sinuff et al. 2015). Rammeverket til Hibbert et al. (2014) fremhever en finjustering og pilot-testing av anbefalingene som blir gitt. Evaluering er en stor del av prosessen. Leservennlighet og hvor omfattende læringsnotatene er, vil gjerne kunne avdekkes i en slik evaluering prosess som rammeverket viser til. Tidligere forskning har vist til uklarheter omkring hvordan nasjonale anbefalinger skal brukes (Benn et al. 2009). Læringsnotatene er nasjonale anbefalinger og funnene har vist til lite konkret anvendelse av notatene. Læringsnotatet omkring svangerskap-, fødsel- og barseltid (Saastad et al. 2014b) har blitt tatt i bruk som en sjekkliste, hvor klinikken viser at rutinene er i tråd med anbefalingene. Dette har vært en prosess som kvalitetsutvalg og klinikkledelsen har kjennskap til, men ikke ansatte i avdelingene. Læringsnotatet omkring brannskader (Krogstad et al. 2014) ble diskutert, men det ble ikke nedfelt i skriftlige rutiner. Funnene viser også til at da det oppstod en brannskade, ble notatet hentet frem. En tryggere praksis kan skapes ved å fokusere på årsakene til feil og fjerne disse (Mahajan, 2010). Læringsnotatet trekker frem årsakene til feil og foreslår forebyggende strategier, men funnene viser likevel til at skadene forekommer. Læringsnotatet har med andre ord ikke nådd helt ut til klinisk praksis, og blitt brukt i forbedringsarbeid, slik som det etterlyses (Lippestad et al. 2014). Anbefalinger må være handlingsrettede og mulige å agere på (Sinuff et al. 2015), men i tilfellet med

brannskadenotatet ble det ikke agert på anbefalingene før etter at en skade hadde skjedd. Det er uvisst hvorfor notatet ikke er brukt. Funnene i denne studien forklarer det med at tiltakene fra notatet ikke ble skrevet ned i rutinene og at det krevde samarbeid på tvers av enheter. Samarbeid på tvers blir drøftet i senere avsnitt. Resultatene i studien har også fremhevet at klinikken ser nasjonale endringer i lys av egen kontekst og påpeker ulike forutsetninger mellom sykehusene. Dette harmonerer med et behov for å ta høyde for konteksten i organisasjonen og benytte ulike tilnærminger ved fokus på forebyggende strategier og risikoområder (Vincent & Amalberti, 2016). Det er med andre ord nødvendig å ta høyde for hvilket samarbeid på tvers av enheter som forekommer i ulike kontekster, når Kunnskapscenteret gir anbefalinger som fordrer dette. En bedre forståelse av organisatoriske forutsetninger vil gjøre instansene som utarbeider anbefalinger til praksis i stand til å komme med anvendelige anbefalinger (Burnett et al. 2010). På den andre siden viser studier at de samme anbefalingene møter ulik tilpasningsdyktighet i forskjellige organisasjoner (Harvey et al. 2015).

Læringsnotatenes relevans for klinikken er beskrevet gjennom funnene i denne studien. Det er beskrevet gjennom at tiltakene i svangerskaps-notatet (Saastad et al. 2014b) allerede var implementert og det forekom en brannskade der informantene relaterer til manglende anvendelse av tiltakene i brannskadenotatet (Krogstad et al. 2014). Tidligere studier viser at endringer kan skje i forkant av læringsrapporter som tar tid å utforme. Endringene baseres blant annet på nasjonale føringer eller omfattende hendelser (Claridge et al. 2008; Sujana, 2015). Her ses en sammenheng med funnene i denne studien som viste at tiltakene i læringsnotatet omkring føde-barsel (Saastad et al. 2014b) harmonerte med allerede implementerte tiltak i avdelingen. Utforming av læringsnotater kan være en tidkrevende prosess, og læring og implementering av endringer tar tid. Samtidig endres konteksten i organisasjonen og kunnskapen kan være mindre aktuell i konteksten når den når ut til de ansatte (Crossan et al. 1999). Denne studien har vist at tiltakene i læringsnotatet omkring føde-barsel (Saastad et al. 2014b) var aktuelle for avdelingen, men var allerede implementert på bakgrunn av andre initiativ.

Hittil har en drøftet hvilke læringsprosesser notatene har satt i gang, ved diskusjon og refleksjon i grupper på et klinikknivå, men ingen endring i rutiner. En har sett at læringsprosesser med tilsvarende tiltak har blitt igangsatt på bakgrunn av andre initiativer. Drøftingen av forbedringsområder for læringen, knyttes videre opp mot organisatorisk læring.

5.2 Organisatorisk læring i sykehuset

Tidligere forskning har gitt sparsommelige resultater omkring hvordan læringsnotatene blir brukt i helseforetakene (Lippestad et al. 2014) og en har i denne studien sett at distribusjonen av læringsnotat stopper opp på et klinikknivå. Dermed er det viktig å diskutere funnene i denne oppgaven omkring informasjonsformidling, i lys av teorier om organisatorisk læring. Alle organisasjoner er lærende, men graden varierer (Wadel, 2008). I det følgende vil oppgaven se på i hvilken grad sykehuset i case-studien er lærende gjennom resultatene, og knytte det opp mot teorier omkring organisatorisk læring som vil vise til forbedringsområder for sykehuset.

5.2.1 Utfordringer og muligheter ved informasjonsformidling i sykehus

Evalueringen av meldeordningen etterlyste hvilken kjennskap ansatte med pasientkontakt hadde til læringsnotatene (Lippestad et al. 2014), og resultatene har vist at læringsnotatene ikke når ut til ansatte med direkte pasientkontakt. Dette strider med anbefalinger fra tidligere forskning som understreker at læringsinformasjon må nå ut til alle ledd (Mahajan, 2010). En vil se nærmere på hvilke forhold i organisasjonen som kan påvirke dette og hvilke forbedringsområder som finnes.

Kommunikasjon knytter sammen det som foregår i en organisasjon og informasjonsbehovet er større ved kompliserte, store og spesialiserte omgivelser (Flaa et al. 1995). Sykehuset i case-studien er stort, og en kan omtale omgivelsene i et stort sykehus både som kompliserte og spesialiserte. Med andre ord finnes et stort informasjonsbehov. Resultatene fra denne studien viser at ansatte var interessert i å høre om læringsnotatene. Det fremkom også at en travel hverdag og turnusarbeid gjør det utfordrende å samle alle og formidle informasjon. Utfordringer og feilkilder ved informasjonsformidling i store organisasjoner er påpekt i tidligere studier. Utfordringer

er støy og stress i organisasjonen, og mulige feilkilder er endring og fortolkning av informasjon formidlet gjennom mange ledd (Flaa et al. 1995; Hayes, 2011). Flere informasjonskanaler og repetisjon fremheves av Flaa et al. (1995) som strategier for å møte disse utfordringene. Dette samsvarer med resultatene i denne studien, som blant annet understreker viktigheten av repetisjon. Flaa et al. (1995) foreslår også å etterspørre tilbakemeldinger omkring mottatt informasjon, og dette har ikke blitt fremhevet av funnene. Tilbakemeldinger omkring mottatt informasjon kan ses i sammenheng med den vertikale informasjonen oppover, i form av synspunkter og tilbakemeldinger (Flaa et al. 1995). Funnene har vist at læringsnotatene er distribuert via vertikal kommunikasjon nedover i organisasjonen (Flaa et al. 1995) gjennom linjene, men læringsnotatene har stoppet opp på et klinikknivå og i kvalitetsutvalg. Tidligere forskning har vist til portvakter for informasjonsformidling, som vurderer relevans og nytte før viderefremming. Det er også fremhevet tradisjoner for enveiskommunikasjon ovenfra og ned (Waring et al. 2013). Vertikal kommunikasjon orientert etter organisatoriske utfordringer og utviklingsplaner, gir ansatte større mulighet til å identifisere seg med organisasjonen og se sammenhenger. Mangel på denne informasjonen kan gi mindre felles forståelse (Flaa et al. 1995). En felles forståelse mellom ledere og ansatte, fremheves i læringsteori som avgjørende og forenklende i forhold til kommunikasjon (Crossan et al. 1999; Flaa et al. 1995; Henriksen et al. 2006). Funnene viser til at ansatte ikke alltid er kjent med bakgrunnen for endringer. På den andre siden fremhever funnene at et slik informasjonsbehov varierer mellom de ansatte, men dersom bakgrunnen for endringer er kjent kan det gi større etterlevelse. Dette kan sees i sammenheng med en felles forståelse som er nevnt. På bakgrunn av dette kan en stille spørsmål ved i hvilken grad informantene i studien med direkte pasientkontakt er involvert i endringer som skjer, og argumentere for at selv om læringsnotatene gir strategier som blant annet er gjeldene på et mellomleder-/ledernivå, er det viktig at de også får ta del i prosessen om å implementere notatene. Dette blir videre drøftet i senere avsnitt.

Toveiskommunikasjon er viktig for å få til læringsprosesser (Sujan, 2015). Dette harmonerer med funnene i denne studien som fremhever muligheter for å uttrykke og diskutere frustrasjoner i møter, for å unngå misnøye i gangene. En kan videre trekke

tråder til kommunikasjon mellom ansatte, en form for horisontal kommunikasjon (Flaa et al. 1995). Funnene i denne studien har vist at informasjon må tas til ledelse for at den skal implementeres. Dette er i samsvar med forskning som viser at diskusjon mellom ansatte kan være forebyggende og avdekke risikoområder, men må tas til et ledernivå for å skape organisatorisk læring. Ledere har gode muligheter til å videreformidle informasjon, men kan møte utfordringer blant annet i organisasjonskulturen (Claridge et al. 2008; Sujana, 2015). Kulturelle kjennetegn i lærende organisasjoner er blant annet verdiformuleringer og omstendigheter rundt læring. En kunnskapsorientert ledelse er påkrevd og ledelse bør sees på som en samhandlingsprosess, hvor ledere etablerer læringsforhold til og mellom medarbeidere. Det må gis tilstrekkelig tid til slike læringsforhold (Wadel, 2008). Funnene viser til at en travel arbeidshverdag, og for lite tid kan være hemmende for læringsprosessene i organisasjonen. Likevel fremheves det i teorigrunnlaget at ledere kan vise hva som er viktig, blant annet ved prioritering av tid. For å opprettholde endringer må kommunikasjon opprettholdes og endringer må implementeres i rutiner, for å unngå at tidligere praksis vender tilbake (Henriksen et al. 2006). Dette er i samsvar med funnene omkring anvendelse av læringsnotatet om brannskader (Krogstad et al. 2014). Brannskadenotatet ble diskutert, uten en formalisering av ny praksis og kommunikasjonen omkring notatet stoppet dermed opp. På bakgrunn av funn og teori i dette avsnittet, kan det argumenteres for at blant forbedringsområder til økt bruk av læringsnotat, er det viktig å implementere slike anbefalinger i skriftlige rutiner. Det er også viktig å stadig minne ansatte på dette, gjennom fortløpende kommunikasjon og repetisjon.

Litteraturen om organisasjonslæring anerkjenner det relasjonelle aspektet ved ledelse, og tillit fremheves som en viktig faktor (Henriksen et al. 2006; Wadel, 2008). En ser gjennom funnene at avdelingens praksis blant annet baseres på beslutning om endringer i ledermøter og kvalitetsutvalg. Her kan en problematisere, ved å stille spørsmål ved ansattes deltakelse i prosessen, på bakgrunn av fremheving av kollektive prosesser som viktige (Swart & Pye, 2003) og på bakgrunn av at kjennskap til utvikling og endring i organisasjonen gir tilhørighet for ansatte og skaper en felles forståelse (Flaa et al. 1995). Funnene fremhever det som positivt at avdelingen har en praksis med inkludering av ansatte med pasientkontakt i utforming av retningslinjer. Denne studien

har vist at en større inkludering av ansatte i endringsarbeid vil bidra til å spre endringene. Læringsledelse omhandler å utruste ansatte til noe de før ikke var i stand til (Wadel, 2008), og en har sett gjennom funnene at her finnes det fortsatt forbedringsområder i forhold til å implementere og spre læringsnotatene, samt en større inkludering av ansatte i prosessen.

5.2.2 Utfordringer ved læring på tvers

Tidligere forskning etterlyser informasjonsdeling på tvers av avdelinger og profesjoner (Claridge et al. 2008). Definisjonen på organisatorisk læring som denne oppgaven har lagt til grunn, inkluderer også læring på tvers av grenser i organisasjoner (Aase, 1997, gjengitt av Aase & Wiig, 2015). Læring på tvers er også inkludert i den horisontale kommunikasjonen, og organisasjonsstrukturen påvirker dette. En sterk arbeidsinndeling og ulikheter mellom enhetene hindrer læringsforhold på tvers (Flaa et al. 1995; Wadel, 2008). Læringsnotatene fremhever læringsområder fra ulike helseforetak og funnene fremhever at kunnskap fra læringsnotatene er med på å fremme læring på tvers mellom sykehus. Informantene fremhever læringsinformasjon fra andre steder som nyttig. Nasjonalt aggregerte data gir mulighet for læring på tvers av organisasjoner (Benn et al. 2009). Funnene i denne studien understreker at når en tar i mot nasjonal læringsinformasjon, må det vurderes opp mot egen enhet. En må eventuelt se på likheter i organisering og struktur mellom enhetene, for å vurdere overføringsverdi. Dette samsvarer med læringsteoriene som viser til ulikheter som en barriere for læring på tvers av organisasjoner (Wadel, 2008). Informantene er positive til kunnskap fra andre steder, denne positive holdningen kan være et trekk ved organisasjonskulturen som kan være avgjørende for læringen (Wadel, 2008). Likevel må en trekke frem at samarbeid mellom avdelinger også kan være en del av organisasjonskulturen og hvor tidligere forskning har vist at områder som krever samarbeid ikke nødvendigvis blir grepet fatt i (Sujan, 2015). Her ser en paralleller til funnene i denne studien, som beskriver at læringsnotatet omkring brannskader (Krogstad et al. 2014) foreslo tiltak som krevde samarbeid på tvers av enheter. Dette ble sett på som en av årsakene til at tiltakene ikke er blitt implementert. Utfordringen er da hvordan en kan sørge for at læringsinformasjon som krever samarbeid blir implementert. Funnene i denne studien gir ikke et utfyllende svar på dette, men understreker at læring på tvers må

systematiseres og ikke bare foregå ved tilfeldig kontakt. Ovenfor har en sett behov for felles forståelse mellom ansatte og ledere, mens her kan det omtales som nødvendig med en felles forståelse mellom avdelinger for å sikre samarbeid (Claridge et al. 2008). Det gir ikke svar på hele utfordringen, men peker i retning av starten på en prosess, som vil kreve nærmere undersøkelser for å få økt kunnskap om læring på tvers (Rosness et al. 2013). En vil videre drøfte hvordan informasjonsformidling fra læringsnotat bør foregå.

5.2.3 Hvordan formidle informasjon fra læringsnotater – organisatorisk læring

Ovenfor har en sett ulike kulturelle kjennetegn ved organisasjoner, og en vil nå gå over til de organisatoriske kjennetegn omkring kunnskap og læring. Her inngår en vurdering av hvordan organisasjonen skal bli mer lærende (Wadel, 2008). Dersom en trekker frem trippel heliks-modellen, kan en se på læringsnotatene som hendelsen eller erfaringen som skal læres i organisasjonen. Modellen har hovedvekt på det kollektive (Swart & Pye, 2003), og her ser en gjerne likheter med rammeverket for organisatorisk læring fra Crossan et al. (1999). Den dynamiske prosessen fra individnivå til organisasjonsnivå (Crossan et al. 1999), kan gjerne sies å trenge kommunikasjon som er både horisontal, vertikal og uformell (Flaa et al. 1995). Funnene i denne studien viser til at læringsnotatene blir tatt inn i det kollektive, eller på gruppenivå, gjennom kvalitetsutvalg. Men en kan stille spørsmål ved om læringsnotatene er blitt integrert og institusjonalisert, da det ikke er gjort endringer basert på notatene. Her er det likevel nødvendig å påpeke at tiltakene i læringsnotatet omkring svangerskap-, fødsel- og barseltid (Saastad et al. 2014b) allerede var iverksatt i avdelingen basert på andre tiltak. På den andre side var ikke læringsnotatet omkring brannskader (Krogstad et al. 2014) integrert og heller ikke institusjonalisert. Rammeverket til Crossan et al. (1999) fremhever at prosessen ikke er lineær, men dynamisk. Prosessene tar tid og det trengs en enighet i organisasjonen omkring kunnskapen. Modellen anerkjenner en felles forståelse (Crossan et al. 1999), som kan skapes ved involvering av ansatte (Flaa et al. 1995). Det er nyttig å inkludere flere ansatte i endringsprosesser, slik som funnene i denne studien peker på som positivt, da de ansatte kan være ressurser for spre endringene. Forskning har også fremhevet dette som nyttig, spesielt med tanke på kjennskap til kliniske utfordringer (Claridge et al. 2008; Sujana, 2015).

Institusjonaliseringen innebærer at endringer ikke lenger er avhengig av personene i organisasjonen som var med og utformet kunnskapen, men at endringene er implementert i rutiner, retningslinjer og systemer (Crossan et al. 1999). En ser eksempel på manglende institusjonalisering gjennom funnene, hvor læringsnotatet omkring brannskader (Krogstad et al. 2014) ikke var gjenstand for skriftlige endringer selv om det ble uttrykt ønske om å endre rutiner. Praksis ble ikke endret da anbefalingene ikke ble nedskrevet. Videre kan også rammeverket fra Crossan et al. (1999) sies å fordre horisontal kommunikasjon, på linje med vertikal kommunikasjon. Gjennom "feed forward", "feedback" og modellens heltrukne og stiplede linjer, går kommunikasjonen både vertikalt, men også horisontalt fra intuisjon til institusjonalisering (Crossan et al. 1999; Flaa et al. 1995). Rammeverket fremhever både ulike former for kommunikasjon, men også en inkludering av ansatte i læringsprosessen. Videre vil en fortsette å drøfte forbedringsområder til formidlingen av informasjon i sykehuset.

5.2.4 Forbedringsområder til informasjonsformidling i sykehuset

Et stort forbedringsområde denne studien har avdekket er at informasjon fra læringsnotater må spres lenger ned enn et klinikknivå. Bruk av flere, ulike og formelle kanaler for informasjonsformidling er viktig for at kunnskapen skal nå ut i organisasjonen, når støy og travelhet vanskeliggjør prosessen (Claridge et al. 2008; Flaa et al. 1995; Ramanujam & Goodman, 2011). En har allerede slått fast at funnene fremhever repetisjon, men hvordan ulike kanaler brukes er uklart. Funnene har vist til både muntlig og skriftlig informasjonsformidling. Blant strategiene er planlagt møtevirksomhet, fortløpende møtevirksomhet, direktemeldinger og tilgjengelig informasjon. Disse harmonerer med flere av strategiene andre studier har trukket frem (Benn et al. 2009; Lipzcak & Shiøler, 2003). Strategiene er også arenaer der en i større eller mindre grad kan få til kollektive prosesser for å få til endret praksis, slik som modellene for organisatorisk læring fremhever (Crossan et al. 1999; Swart & Pye, 2003).

Planlagt møtevirksomhet og fortløpende møtevirksomhet kan sees i sammenheng med tradisjonell informasjonsformidling (Hayes, 2011). Funnene i denne studien har vist noen forbedringsområder omkring planlagt og fortløpende møtevirksomhet. Turnusarbeid og et travelt arbeidsmiljø gjør det vanskelig å samle hele personalgruppen

samtidig. Funnene fremhever fagdager og undervisning som nyttig. Informanter påpeker nytten av en god tverrfaglig planlegging av informasjonen som blir gitt på møter, slik at yrkesgrupper som ikke hadde anledning til å møte i undervisningen til egen gruppe, kan møte opp hos en annen gruppe ved et annet tidspunkt. Funnene peker mot at informasjonen da nødvendigvis ikke vil være skreddersydd til egen yrkesgruppe, og en kan trekke paralleller til rammeverket for organisatorisk læring som fremhever et felles språk (Crossan et al. 1999). Ut fra dette kan en påpeke at informasjonen må være forståelig for ulike yrkesgrupper og mulig å ta til seg. En gjentakelse av budskapet i flere kanaler, samt et forum for å formidle informasjon til mange ansatte, er strategier for å skape en felles forståelse (Flaa et al. 1995; Henriksen et al. 2006; Sujana, 2015). Møtevirksomheten funnene viser til, er arenaer for kollektive prosesser, som skal føre til endret praksis (Swart & Pye, 2003). Videre vil prosessen bidra til en integrering og etter hvert, institusjonalisering av kunnskapen (Crossan et al. 1999). Funnene viser også til at ledere har oversikt over tilstedeværelse ved planlagt møtevirksomhet, mens ved fortløpende møtevirksomhet handler det mer om tilfeldigheter, hvem som er på jobb og får med seg informasjonen. Blant forbedringsområdene til sykehuset for å anvende å spre læringsnotat, har en i dette avsnittet sett nytten av en god planlegging av undervisningen på tvers av yrkesgrupper, for å møte utfordringene turnusarbeid gir. Funnene i denne studien understreker at avdelingen har en god praksis med fagdager og undervisningsdager hvor det er mulighet for å inkludere læringsnotatene, slik at de når lenger enn et klinikknivå. En kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon fremheves.

Direktemeldinger er formidlet gjennom teknologi, i stor grad epost, har resultatene i denne studien vist. En ser her en sammenheng med tidligere forskning, som også trekker frem eposter som strategi for informasjonsformidling (Benn et al. 2009). Likevel ser en disharmoni i resultatene fra denne studien, hvor flere ansatte beskriver eposter som et viktig virkemiddel de sjekker hyppig, mens ledere er usikre på om eposter blir lest. Ansatte understreker at noen vakter er for travle til å sjekke eposter og foreslår en fargekoding, som kan angi tematikk og hastegrad. Dette er et mulig forbedringsområde, som krever med utredning. Men en kan stille spørsmål ved om eposter merket med rødt, som eksempelvis representerer viktig informasjon, blir lest raskt i en travel hverdag. Det

er uklart om ledere ville følt seg trygge på at informasjonen da når ut. Tidligere studier har vist nytten av tilbakemeldinger på mottatt informasjon i en travel organisasjon (Flaa et al. 1995). Men en vet ikke i hvilken grad det er mulig å innhente tilbakemeldinger gjennom det elektroniske systemet, noe som vil kreve en grundigere utredning. Forskning har likevel vist nytten av direktemeldinger, de gir påminnelse om god praksis og kan motivere til å melde hendelser (Benn et al. 2009; Tighe et al. 2006). Funnene i denne studien viser til en praksis med å sende ut nyhetsbrev til ansatte for å informere i avdelingen, og trekker dette frem som et positivt virkemiddel. De kan blant annet referere til hvor ansatte kan søke ytterligere informasjon, omkring rutiner og endringer. Tilgjengelig informasjon er i samsvar med både informasjonsteknologi og tradisjonell informasjonsformidling (Hayes, 2011). Sykehusets kvalitetssystem beskrives i denne studien som et nyttig oppslagsverk som er tilgjengelig hele tiden. En slik oppbevaring av informasjon samsvarer med tidligere forskning som viser til at oppbevaring av informasjon sørger for at læringen opprettholdes over tid (Ramanujam & Goodman, 2011). Funnene fremhever at sykehusets kvalitetssystem fungerer godt, men at forbedringsområdene er å inkludere informasjon fra læringsnotater i systemets rutiner og tilstrebe en bedre søkefunksjon. Samtidig fremhever funnene nytten av oppslag på tavler og i vaktpermer. Blant forbedringsområdene for å spre læringsnotatene i sykehuset har en her trukket frem et forslag om fargekoding av direktemeldinger, nyhetsbrev og en systematikk i kvalitetssystem. Dette kommer en nærmere inn på.

Tidligere studier har vist at oppbevaringssystem for informasjon må være ryddige slik at ansatte kan finne frem i informasjonen. Informasjonen som er oppbevart må også være filtrert og dermed kun inneholde relevant informasjon, med kildehenvisninger (Ramanujam & Goodman, 2011). Funnene i denne studien har vist en stor informasjonsmengde, som gjør det utfordrende for de ansatte å sette seg inn i alt. Det beskrives som en lederoppgave å filtrere informasjonen. Denne oppgaven har diskutert involvering av ansatte i prosessen og vist til at filtrering av informasjon og formidling gjennom flere ledd kan påvirke innholdet (Flaa et al. 1995). Det kan likevel argumenteres for at denne prosessen er nyttig for å gi informasjon som er skreddersydd og kortfattet, fremhevet i funnene. Informasjonens relevans blir også tydelig fremhevet, hvor lite relevant informasjon oppleves som dårlig tidsbruk. Informasjon må kommuniseres ut til

de som har nytte av den, blant helsepersonell og ledere (Lipzcak & Shiøler, 2003). Funnene i denne studien har vist at kvalitetsavdelingen foretar en nytte-vurdering, ved distribusjon av læringsnotater internt i sykehuset. Generelle notater blir sendt ut til alle, mens notater som sikter smalt, blir sendt ut til aktuelle divisjoner. Kvalitetsutvalget har erfaring med læringsnotatene, og det er uklart om det er på bakgrunn av en slik nytte-vurdering at læringsnotatene ikke har nådd lenger ned enn et klinikknivå. Tidligere studier har omtalt at informasjon kan bli værende igjen i møtetreferater (Ramanujam & Goodman, 2011), selv om det er uvisst om dette er tilfellet når det kommer til læringsnotatene.

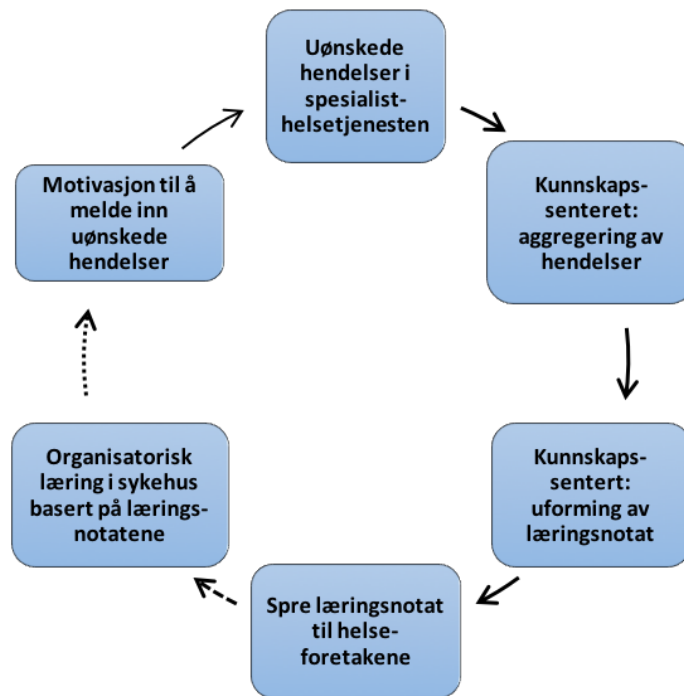
Blant forbedringsområder for å spre og bruke læringsnotater i sykehuset kan en her påpeke, på bakgrunn av funn i studien og teorier, at informasjonen i læringsnotater ikke bør stoppe opp i systemet på et klinikknivå og i kvalitetsutvalg. Informasjonen må spres til de ansatte gjennom endringer i rutiner, møtevirksomhet, direkte meldinger og informasjon gjort tilgjengelig blant annet i kvalitetssystem. Inkludering av ansatte i disse prosessene, er i harmoni med kollektive prosesser for organisatorisk læring. Det representerer ulike arenaer for de kollektive prosessene (Swart & Pye, 2003). Den individuelle kunnskapen i læringsnotatene blir gjenstand for en kollektiv refleksjon som fører til endret praksis. Videre vil en institusjonalisering av endringene gjøre at organisasjonen ikke er avhengig av enkeltpersonene i prosessen for å opprettholde endringene (Crossan et al. 1999; Swart & Pye, 2003).

6.0 KONKLUSJON

Denne masteroppgaven har søkt å avdekke hvordan Kunnskapscenterets læringsnotat skaper læring på ulike nivåer i et sykehus og hvilke forbedringsområder som finnes, gjennom fire forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene har lagt vekt på hvordan læringsnotatene blir distribuert i sykehuset, hvilke læringsprosesser som igangsettes basert på notatene, hvordan læringsnotatene blir vurdert og hvilke forbedringsområder som finnes med tanke på økt bruk av notatene. Omleggingen av meldeordningen ble evaluert i 2014, og her etterspørres det hvordan læringsnotatene blir brukt og spredt i helseforetakene (Lippestad et al. 2014).

Læringsnotatene har potensial til å bidra til læring ved å sette risikoområder på dagsorden, foreslå forebyggende strategier og skape læring på tvers av organisasjoner ved gjengivelser av erfaringer etter uønskede hendelser fra ulike helseforetak. Informasjonen er vurdert som aktuell og nyttig for klinikken og i sykehuset har læringsnotatene blitt tatt opp og diskutert. Det er utarbeidet et internt notat som viser til en harmonerende praksis og institusjonalisering av tiltakene i læringsnotatet omkring svangerskap-, fødsel- og barseltid (Saastad et al. 2014b). Læringsnotatet omkring brannskader (Krogstad et al. 2014) skapte diskusjon i grupper, men ble ikke implementert i rutiner eller institusjonalisert i sykehuset. Dette notatet er mer generelt og fordrer endring av rutiner i flere avdelinger. Oppgaven har sett at generelle notat har mindre appell i en spesialavdeling. Det må trolig anvendes andre strategier for distribusjon av notatene, og for å skape en felles forståelse for problematikken, samt igangsette læringsprosesser i sykehus. Dette fremstår som et sentralt forbedringsområde for Kunnskapscenterets og sykehusets arbeid med spredning for å få til læring. Oppgaven har avdekket at distribusjonen av læringsnotatene har stoppet opp på et klinikknivå, et hull i prosessen omkring læringsnotat. Denne prosessen har en i oppgaven lagd en figur for å illustrere (figur 8). Figuren viser hele prosessen denne oppgaven har tatt for seg, fra uønsket hendelse meldt, analysert og aggregert i Kunnskapscenteret, til læringsnotat og distribusjon av disse i helseforetakene.

Figur 8. Illustrert oppsummering av prosessen omkring læringsnotat.



En har sett at læringsnotatene stopper opp på et klinikknivå og i kvalitetsutvalg, dermed ser en hull i figuren under "organisatorisk læring i sykehus basert på læringsnotatene". Det trengs formelle kanaler for informasjonsdeling og repetisjon av informasjonen er viktig. Informasjon bør gis både muntlig og skriftlig. Blant forbedringsområdene denne studien har avdekket etterlyses det et opplegg hvor informasjon fra læringsnotater presenteres for ulike grupper til ulik tid. Dette skal møte utfordringen omkring turnusarbeid og vansker med å samle alle. Møtevirksomheten er arenaer for kollektive prosesser, som er viktig for organisasjonslæring (Crossan et al.1999; Swart & Pye, 2003). Det foreslått en fargekoding av direktemeldinger gjennom epost, som skal indikere tematikk og hastegrad. Dette krever videre utredning. Modeller for organisatorisk læring fremhever det kollektive (Crossan et al. 1999; Swart & Pye, 2003) og en inkludering av ansatte i læringsprosessen. Dette kan skape en felles forståelse som teorier slår fast er nødvendig (Flaa et al. 1995; Henriksen et al. 2006; Sujana, 2015). Et stort forbedringsområde er også å anvende informasjon fra læringsnotat som fordrer samarbeid på tvers av enheter. Dette trenger mer forskning.

En har forsøkt å illustrere i figuren (figur 8) at organisatorisk læring i sykehuset skal skape motivasjon til å melde inn nye hendelser og gi indikasjoner på hvilke hendelser som skal meldes (Benn et al. 2009; Lippestad et al. 2014; Tighe et al. 2006). Dermed er prosessen figuren viser sirkulær. Dette harmonerer med en kultur for å melde og lære av hendelser som Helse- og omsorgsdepartementet (2012) etterlyser. Forvaltningen av meldinger er flyttet til Helsedirektoratet (Kunnskapssenteret, 2016). Læringsinformasjon i form av læringsnotater får dermed en ny avsender. Dette gjør forbedringsområdene studien har konkludert med viktige å ta i bruk, for at organisatorisk læring i sykehuset skal skape motivasjon til å melde inn hendelser til Helsedirektoratet. Blant forbedringsområder har en sett at kortfattet og filtrert informasjon er nyttig, og sammendrag til læringsnotat er fremhevet. En oppbevaring av informasjon krever systematisering og filtrering. En må unngå at filtreringen blir en feilkilde (Flaa et al. 1995).

Konklusjonen er at læringsnotatene bidrar til diskusjon og refleksjon på et klinikknivå og i kvalitetsutvalg i sykehuset. For å spre anbefalingene kreves en felles forståelse, som kan tilstrebes ved en involvering av flere ansatte i endringsprosessen. Kanaler for å spre informasjon er møtevirksomhet, direkte meldinger og å gjøre informasjonen tilgjengelig. Det er viktig å repetere informasjonen og anvende ulike kanaler. Prosessen for å få kunnskapen fra et individnivå til organisasjonen omhandler å implementere kunnskapen i retningslinjer og føringer. En institusjonalisering krever felles forståelse og et felles språk (Crossan et al. 1999). Men her gjenstår fortsatt en jobb i sykehuset før man klarer å institusjonalisere både generelle og spesifikke læringsnotater fra Kunnskapssenteret.

6.1 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av tidligere forskning, teoretisk fundament og resultater, har oppgaven kommet frem til ulike implikasjoner for praksis. Studien har vist læringsnotatenes nytteverdi og anbefaler at praksisfeltet tar i bruk disse. For å ta i bruk informasjonen trengs en dynamisk læringsprosess, hvor informasjonen går fra enkeltindivider til å bli institusjonalisert. En kan anbefale rammeverket til organisatorisk læring fra Crossan et al. (1999). En institusjonalisering fordrer at tiltakene i læringsnotatene blir implementert i rutiner i praksisfeltet og er gjort tilgjengelige i kvalitetssystem. I prosessen omkring implementeringen er det nyttig å involvere flere ansatte med pasientkontakt, både for å skape en felles forståelse mellom ansatte og ledere, men også fordi ansatte kan være et verktøy når det kommer til å spre endringene i organisasjonen. Fortløpende informasjon kan spres via direktemeldinger, og bør da ta høyde for en travel sykehushverdag og være kortfattet, relevant og punktvis presentert. En fargekoding er foreslått for å gi indikasjoner på tematikk og hastegrad. Epost er et verktøy for direktemeldinger til de ansatte. I slike meldinger kan det henvises til mer helhetlig informasjon gjort tilgjengelig for eksempel i kvalitetssystem. Informasjon omkring læringsnotater og endringer bør spres muntlig og skriftlig, gjennom flere informasjonskanaler og repeteres. Fagdager og undervisningsmøter er arenaer for å samle alle ansatte og informere om læringsnotater og endringer. Ledere kan her ha oversikt over hvem som er tilstede og dermed blir informert. Møtevirksomheten er en arena for å skape kollektive prosesser som er viktig i organisasjonslæringen (Swart & Pye, 2003). Dersom samme informasjon skal gis til ulike grupper, kan de som ikke har anledning til å møte opp sammen med sin primære gruppe, møte opp på undervisningen til en annen gruppe. Dette fordrer en grundig planlegging.

6.2 Videre forskning

Denne oppgaven har kun dekket et smalt fagområde, og en klinikk innenfor et helseforetak. Det er behov for videre forskning omkring kjennskap til og bruk av læringsnotater i andre helseforetak og innenfor andre fagområder. Det er også behov for utfyllende undersøkelser omkring hvorfor distribusjonen av læringsnotatene har stoppet opp på et klinikknivå og generelle notat ikke er tatt i bruk. En trenger videre undersøkelser omkring hvordan læringsnotat som fordrer samarbeid mellom avdelinger skal implementeres. Studien har i liten grad inkludert læringsnotaters innvirkning på pasientsikkerhet, og dette kun indirekte. Det trengs flere studier som ser på læringsnotaters direkte innvirkning på pasientsikkerhet. Oppgaven har sett på samarbeid på tvers av avdelinger og sykehus, men det trengs mer forskning omkring hvilket samarbeid som foregår og hvilke forbedringsområder som finnes omkring læring og samarbeid på tvers. Det etterlyses en systematisering av læring på tvers, som krever videre forskning. Informasjonsformidling har vært sentralt i studien, og det er behov for grundige utredninger omkring tekniske muligheter for systemer som kan gi tilbakemeldinger på mottatt informasjon. Det er foreslått en fargekoding av epost for å indikere tematikk og hastegrad, som også krever nærmere undersøkelser.

REFERANSELISTE

- Aase, K. (red.) (2015). *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. 2. utgave. Universitetsforlaget: Oslo.
- Aase, K. & Wiig, S. (2010). Skape og opprettholde et lærende helsevesen? I: Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Aase, K. & Wiig, S. (2015). Læring og uønskede hendelser. I: Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. 2. utgave. Universitetsforlaget: Oslo.
- Anderson, J. E., Kodate, N., Walters, R., Dodds, A. (2013). Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 25, nr. 2 S. 141-150.
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A. & Vincent, C. (2009) Feedback form incident reporting: information and action to improve patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 18, s 11-21.
- Burnett, S., Benn, J., Pinto, A., Parand, A., Iskander, S. & Vincent, C. (2010). Organisational readiness: exploring the preconditions for success in organisation-wide patient safety improvement programmes. *Quality and Safety in Health Care*, 19. s. 313-317.
- Claridge, T., Cook, G. & Hale, R. (2008). Organizational learning and patient safety in the NHS: an exploration of the organizational learning that occurs following a coroner's report under Rule 43. *Clinical Risk* 14, 8-13.
- Crossan, M. M., Lane, H. W. & White, R. E. (1999). An organizational learning framework: From intuition to institution. *Academy of Management Review*, Vol. 24, Nr. 3. s. 522-537.
- Denzin, N. K & Lincoln, Y. S. (red.) (2000). *Handbook of Qualitative research*. 2. utg. California: Sage publications.
- Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T. & Rønning, R. (1995) *Innføring i organisasjonsteori*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Graneheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.
- Hartley, J. (2004). Case Study Research. I: Cassell, C. & Symon, G. (red.) *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. London: Sage Publications.
- Harvey, G., Jas, P. & Walshe, K. (2015). Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement. *BMJ Quality and Safety*, 24. s. 48-55.
- Hayes, N. (2011). Information Technology and the Possibilities for Knowledge Sharing. I: Easterby-Smith, M. & Lyles, M. A (red). *Handbook of Organizational Learning & Knowledge management*. 2. Utgave. Wiley.
- Hellebek, A. & Pedersen, B. L. (2003). Analysemetoder. I: Mogensen, T. & Pedersen, B. L. (red). *Patientsikkerhet – fra sanktion til læring*. København: Munksgaard.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (St.meld. nr. 10, 2012-2013). Oslo: Departementet.
- Henriksen, K., Keyes, M. A., Stevens, D. M. & Clancy, C. M. (2006). Initiating Transformational Change to Enhance Patient Safety. *Journal of Patient Safety*. Vol. 2 Nr. 1. s. 20-24.
- Hibbert, P. D., Healey, F., Lamont, T., Marela, W. M., Warner, B. & Runciman, W. B. (2015). Patient safety's missing link: using clinical expertise to recognize, respond to and reduce risks at a population level. *International Journal for Quality in Health Care*, 1-8.
- Hofstad, E. (2015). Avvik stoppes og avvises. *Sykepleien* nr. 03, 2015, s. 30-37.
- Johannessen, A., Tufte, P. A & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Jylling, E. (2003). Kultur og normer i sundhedsvæsenet. I: Mogensen, T. & Pedersen, B. L. (red). *Patientsikkerhet – fra sanktion til læring*. København: Munksgaard.

- Kousgaard, M. B., Joensen, A. S., Thorsen, T. (2012). Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 30, s. 199-205.
- Krogstad, U., Hafstad, E., Saastad, E. & Flesland, Ø. (2014). *Varmetiltak kan gi brannskade*. Notat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Gyldendal Akademisk: Oslo.
- Lipczak, H. & Schiøler, T. (2003). Rapporteringssystemer. I: Mogensen, T. & Pedersen, B. L. (red). *Patientsikkerhet – fra sanktion til læring*. København: Munksgaard.
- Lippestad, J. W., Melby, L., Kilskar, S. S., Øren, A. (2014) *Rapport. Evaluering av meldeordningen om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Trondheim: Sintef Teknologi og samfunn.
- Lov av 2. Juli 1999, nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Mahajan, R. P. (2010). Critical incident reporting and learning. *British Journal of Anaesthesia* 105 (1), s. 69-75.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, Vol. 358, s. 483-488.
- Ramanujam, R. & Goodman, P. S. (2011). The challenge of collective learning from event analysis. *Safety Science* 49, s. 83-89.
- Ravndal, M. (2012). *Rapportering av uønskede hendelser på et sykehus, ansattes erfaringer med et elektronisk meldesystem*. Masteroppgave, Universitetet i Stavanger.
- Rosness, R. Nesheim, T. & Tinmannsvik, R. K. (2013). *Rapport. Kultur og systemer for læring. En kunnskapsoversikt om organisatorisk læring og sikkerhet*. Trondheim: Sintef Teknologi og Samfunn.
- Røstøen, A. M. (2005). *Læring av feil og avvik i helsesektoren: En studie ved kirurgisk-ortopedisk klinikk, Stavanger Universitetssykehus*. Masteroppgave, Universitetet i Stavanger.

- Saastad, E., Flesland, Ø. & Lindahl, A. K. (2014a). *Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Notat 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Saastad, E., Kirschner, R. & Flesland, Ø. (2014b) *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid*. Notat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Sinuff, T., Muscedere, J., Rozmovits, L., Dale, C. M. & Scales, D. C. (2015). A qualitative study of the variable effects of audit and feedback in the ICU. *BMJ Quality and Safety*, 24. s. 393-399.
- Sujan, M. (2015). An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering and System Safety* 144, 45-52.
- Swart, J. & Pye, A. (2003). *Collective tacit knowledge: integrating categories in the process of organizational learning*. University of Bath, 5th International conference on Organizational Learning and Knowledge, Lancaster University.
- Tighe, C. M., Woloshynowych, M., Brown, R., Wears, B., Vincent, C. (2006). Incident reporting in one UK accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, nr. 14, s 27-37.
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety*, 2. utg. Wiley-Blackwell.
- Vincent, C. & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare. Strategies for the real world*. Springer Open.
- Wadel, C. (2008) *En lærende organisasjon – et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Waring, J., Currie, C., Crompton, A. & Bishop, S. (2013). An exploratory study of knowledge brokering in hospital settings: Facilitating knowledge sharing and learning for patient safety? *Social Science & Medicine* 98, 79-86.

Elektroniske referanser

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humanoria, juss og teologi*. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06> [Lest: 16.03.15.]

Kunnskapssenteret (2014). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> [Lest: 21.10.15.]

Kunnskapssenteret (2015). Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner#index=0&types=175548&topics=182574> [Lest: 11.05.16.]

Kunnskapssenteret (2016). Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/kunnskapssenteret-opphorer-men-oppgavene-viderefores> [Lest: 09.01.16]

VEDLEGG 1

Intervjuguide:

Bakgrunnsinformasjon om informanten:

1. Utdanning
2. Erfaring
3. Stilling

Ansatt med pasientkontakt og mellomleder:

Rapporteringsystemer for uønskede hendelser:

1. Hvilken erfaring har du med rapporteringssystemer for uønskede hendelser?
 - a. Opplevs det nyttig å melde?
 - b. Har du selv rapportert? (evt. hvor ofte?)
2. Er du kjent med hvor avviksmeldinger skal/blir sendt dersom de førte til/ eller kunne ført til betydelig personskaade?
 - a. Kjenner du til prosessen videre?
3. Kjenner du til meldeordningen av uønskede hendelser, i § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven? (Til Kunnskapssenteret?)
4. Opplever du at nesten-hendelser kan være områder for læring, og på hvilken måte? (Har du eksempler på nesten-hendelser og rutineendring i etterkant?)
5. Tror du nasjonale organer, som Kunnskapssenteret, kan komme med nyttige vurderinger og tilbakemeldinger omkring uønskede hendelser fra din avdeling?
 - a. Tror du det kan være nyttig å analysere lignende hendelser fra hele landet sammen?
6. I hvilken grad opplever du at uønskede hendelser blir gransket og tatt tak i på en tilstrekkelig måte?

Læring:

1. Beskriv hvordan du tilegner deg ny kunnskap som kan være aktuell i din arbeidshverdag?
 - a. Søker du aktivt etter ny kunnskap som kan være nyttig for deg?
2. Hvordan opplever du at din avdeling tar tak i uønskede hendelser, fortell hvordan dette foregår?
 - a. Får melder tilbakemelding?
 - b. Hvilket fokus er det på læring i denne sammenheng?
3. I hvilken grad opplever du at organisasjonen du jobber i har fokus på pasientsikkerhet? Hvordan skjer det? Har du eksempler?
4. Hvilke rutiner har din avdeling for informasjonsformidling til alle de ansatte? (Generelt og ift. uønskede hendelser)
 - a. På hvilken måte tror du informasjon etter en hendelse best kan formidles til avdelingen?
5. Blir uønskede hendelser reflektert over, og rutiner endret på bakgrunn av konkrete hendelser, i din avdeling? Kan du fortelle gjerne gi eksempler.
6. Blir det satt av tid til å innføre rutineendringer, og hvordan skjer dette? (Muntlig/skriftlig informasjon, treningsøvelser?)

7. Tror du at din avdeling kan lære av andre avdelinger på sykehuset?
 - a. Andre sykehus i Norge?

Læringsinformasjon og læringsarenaer:

1. Kjenner du til læringsnotatene fra kunnskapssenteret og, hvilken erfaring har du med de?
 - a. Dersom ikke kjennskap til læringsnotater eller kunnskapssenteret vil noe konkret informasjon fra læringsnotat bli presentert. (Se merknad.)
 - i. Hvordan kan disse notatene være nyttig for din avdeling?
 - ii. Har informasjonen fra læringsnotatene blitt brukt til rutineendring på din avdeling?
 - b. Dersom kjennskap til læringsnotater:
 - i. Hvordan har du fått kjennskap til læringsnotatene?
 1. Har leder bidratt i denne prosessen?
 - ii. Hvordan opplever du informasjonen i læringsnotatene?
2. Hvordan blir læringsnotater distribuert på sykehuset?
 - a. Bidrar du i denne prosessen?
 - b. Hvem er involvert i dette arbeidet?
3. Har du konkrete eksempler på at denne informasjonen/ informasjon fra læringsnotater er brukt på sykehuset?
 - a. I hvilke arenaer brukes læringsnotatene?
 - i. Hvilke aktiviteter inngår og hvordan brukes notatene?
 - b. Har du eksempler på at informasjonen i læringsnotatene ikke er anvendelig for din arbeidsplass?
4. Fortell hvilke arenaer på sykehuset som du opplever det kan være nyttig eller mindre nyttig å videreformidle kunnskap fra læringsnotater i?
 - a. Blir kunnskap fra læringsnotatene formidlet både skriftlig og muntlig? Blir praktiske øvelser og trening brukt? Blir ressurspersoner fra andre steder leid inn til å undervise?
 - b. Hvilken rolle spiller kvalitetsavdelingen i forbindelse med distribusjon og bruk av læringsnotat?
 - i. Kan de være en samarbeidspartner når det kommer til håndtering av uønskede hendelser, eller endring av rutiner?
5. Har du erfaringer med bruk av læringsinformasjon etter uønskede hendelser fra andre avdelinger/ sykehus i din avdeling?
6. Hvilken innvirkning mener / tror du læringsnotatene kan ha på pasientsikkerhet?

Tilleggsspørsmål til mellomleder:

Uønskede hendelser og læring:

1. Hvordan fokuserer du på pasientsikkerhet?
2. Fortell hvordan uønskede hendelser analyseres lokalt?
3. Hvilke erfaringer har du med nasjonale rapporteringssystemer som Kunnskapssenteret, når det kommer til hendelser i din avdeling?

- a. I hvilken grad blir det rapportert hendelser til Kunnskapscenteret fra din avdeling?
 - i. Hvem har ansvaret for dette?
- b. I hvilken grad er det kjennskap til læringsnotater i din avdeling?
- c. Har dere tatt i bruk læringsnotater på din avdeling?
 - i. Hvordan gjorde dere det?
4. Hvilke utfordringer kan du oppleve, når informasjon fra læringsnotater og kunnskapscenteret skal videreformidles til de ansatte, og endringer skal implementeres?
 - a. Blir igangsatte tiltak og endringer evaluert?
 - b. Blir endringer opprettholdt over tid? (Baseres dette på evalueringen?)
 - c. Gjennomføres det noen form for etterkontroll?
5. På hvilken måte inkluderer du de ansatte i prosessen med å videreformidle informasjon? (For eksempel nøkkelpersoner.)
6. I hvilken grad samarbeider du med andre instanser på sykehuset, når det kommer til uønskede hendelser og informasjon i etterkant?
 - a. For eksempel andre avdelinger og Kvalitetsavdelingen?
7. Har du eksempler på læringsnotater som har vært nyttige for din avdeling?
 - a. Har du tatt de i bruk, og evt. hvilke strategier har du brukt for å gjøre dette?
8. Hvordan opplever du endringene som er gjort i forbindelse med omleggingen av meldeordningen?

Tilslutt:

- Har du noe du ønsker å tilføye?

Merknad til spørsmål 1.a (*Læringsarenaer...*):

- Informasjon fra læringsnotatene *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barsel* og *Varmetiltak kan gi brannskade* vil bli presentert kort, med hovedvekt på tiltak som notatene har anbefalt.

Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser og læring i sykehus.

Denne studien er en masteroppgave tilhørende Masterprogrammet i Helsevitenskap ved Universitet i Stavanger. I dette informasjonsskrivet vil det bli gjort rede for hensikten med studien samt hva deltakelse i studien vil innebære.

Hva er hensikten med studien?

Forskningstema for studien er meldeordningen for uønskede hendelser til Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten og læring i sykehus. På bakgrunn av innrapporterte hendelser utvikler Kunnskapssenteret læringsnotat som distribueres til helseforetakene som omfattes av meldeplikten. Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan læringsnotater fra Kunnskapssenteret blir anvendt på et sykehus. Det innebærer å finne ut hvilke yrkesgrupper som bruker notatene, og hvordan denne kunnskapen viderefremmes. Studien ønsker å se på om det er forskjeller mellom ledere, og ansatte med direkte pasientkontakt når det kommer til kjennskap til meldeordningen og læring etter uønskede hendelser.

Studiens problemstilling er:

Hvordan bidrar Kunnskapssenterets læringsnotat til læring på ulike nivåer i et sykehus?

Følgende forskningsspørsmål ønsker studien å besvare:

- 1) Hvordan distribueres læringsnotatene innad i sykehus og organisasjonen?
- 2) Hvilke læringsprosesser igangsettes i sykehuset basert på notatene?
- 3) I hvilken grad opplever ledere og ansatte at læringsnotat bidrar til endring i praksis i et pasientsikkerhetsperspektiv?

Studien vil være en kvalitativ case-studie, hvor det vil bli gått inn i noen få læringsnotater og hvordan informasjonen fra disse blir distribuert i et sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å finne svar på problemstilling og forskningsspørsmål vil det gjennomføres semi-strukturerte intervjuer med enkelte personer fra sykehusavdelinger som har direkte pasientkontakt og noen avdelingsledere/ mellomledere. Tema for intervjuet vil være

basert på enkelte læringsnotater fra kunnskapssenteret, og det vil videre omhandle endringer i rutiner og arbeidsmåter på bakgrunn av disse notatene.

Et antall ansatte fra to ulike avdelinger vil bli invitert til å delta på intervju, samt noen mellomledere. Intervjuet vil vare ca. 60 minutter. Jeg ønsker å ta intervjuet opp på bånd og deretter transkribere det som blir sagt i etterkant. For å sikre anonymitet vil intervjuene bli kodet. Opptakene blir slettet etter at de blir transkribert. Ved prosjektslutt (desember 2016), vil datamaterialet være anonymisert. Anonymiserte data vil bli arkivert i tre år, dersom du tillater det. Nederst i dette informasjonsskrivet vil du bli bedt om å signere et samtykkeskjema, hvor du aksepterer deltakelse i intervjuet.

Studien planlegger å gjennomføre datasamling i februar- mars 2016.

Deltakelse i studien er frivillig, og du kan når som helst trekke ditt samtykke til studien uten å oppgi noen årsak.

Vil deltakelse i studien holdes konfidensiell?

Det er frivillig å delta i studien, og svarene deres vil holdes konfidensielle. Alle data vil bli gitt koder for å sikre konfidensialitet og vil bli oppbevart enten i et låst arkivskap eller på en passord-beskyttet datamaskin som er sikret om uautorisert tilgang. Lydfiler fra intervju vil slettes ved prosjektets slutt, desember 2016.

Har denne studien blitt kontrollert av en etisk komité?

Studien er meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Referansenummer: 45088).

Studien er også meldt og godkjent av lokalt personvernombud ved sykehuset. (Intern ID: MA77.)

Hva skjer med resultatene av forskningsstudien?

Resultatene fra studien vil presenteres i masteroppgaven, uten at det vil være mulig å identifisere den enkelte informant. Det vil i masteroppgaven ikke fremgå hvilket sykehus som inngår i utvalget. Det vil likevel være mulig at de med spesiell kjennskap til sykehuset og avdelingene klarer å identifisere hvilke avdelinger som har bidratt til studien.

De anonymiserte intervjutranskripsjonene kan, med din tillatelse, gjøres tilgjengelige for andre forskere og studenter til undervisning eller videre forskning.

Opplysninger som har blitt innsamlet til studien vil ikke bli utlevert fra Universitet i Stavanger.

Mer informasjon?

Dersom du ønsker ytterligere informasjon om studien er du velkommen til å ta kontakt.

Student: Anne Lene Hegelstad, anne.lene.hegelstad@gmail.com, 90219691.

Veileder: Siri Wiig, siri.wiig@uis.no, 51834288.

Takk for at du leste denne informasjonen.

Masterstudent

Anne Lene Hegelstad, september, 2015.

Intervjunummer:.....

Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju og at intervjuet blir tatt opp på bånd.

Jeg samtykker til at dataene fra intervjuet oppbevares i anonymisert form i tre år før de slettes.

VEDLEGG 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørlagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Siri Wiig
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 17.11.2015

Vår ref: 45088 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>45088</i> | <i>Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser og læring i sykehus</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Siri Wiig</i> |
| <i>Student</i> | <i>Anne Lene Hegelstad</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skjå skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyte.sana@ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaal@svu.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45088

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi gjør oppmerksom på at det ikke er nødvendig å innhente samtykke til oppbevaring eller deling av anonyme data. Datamaterialet må da være reelt anonymt, altså ikke inneholde direkte eller indirekte opplysninger som vil kunne identifisere enkeltpersoner.

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Notat

Til:

Anne Lene Hegelstad

Fra:

Fagsjef NN

Kopimottakere:

Juridisk rådgiver NN, Divisjonsdirektør NN

Dato:12.01.2016 **Arkivref:** --

Godkjennelse masterprosjekt (Anne Lene Hegelstad) - MA77

Masterprosjektet: «Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser og læring i sykehus»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA77.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kortsluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra sykehus vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring avprosjektet.