

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: **BE323E**

Navn på kandidat: **Morten Strandås og Torgeir Navelsaker**

---

## Rapportering

---

Dato: 18.05.2018

Totalt antall sider: 114

## **Abstract**

Nurses and pilots work in organizations that are defined as High Reliability Organizations (HRO). This means they are working in an environment which does not give the opportunity for many mistakes as the outcome could be catastrophic.

This master thesis is based on a qualitative survey that looks into how the reporting system is built up and how the reporting culture is within the two groups we have done research on. These groups are pilots at small base within the company Norwegian, and nurses working for a small community in Norway.

The theoretical framework is largely based on theory about how HRO's differs from other organizations, how they work to prevent accidents, just culture and theories about how a well functioning reporting system works.

Our empirical evidence shows us that the nurses and pilots, on direct question, on general bases are satisfied with their reporting system. Informants in both groups think themselves that they have a good reporting culture in respective organizations. There is evidence that both organizations have a culture of underreporting and differences in reporting culture. The respective reporting systems they have a very different structure. Our research show us that there is opportunities to learn from each other in the two organizations.

Keywords: High Reliability Organizations, Just culture, Safety culture, reporting system, reporting culture, Swiss cheese.

## **Forord**

Denne oppgaven oppsummerer tre års studie i MBA Luftfartsledelse ved Nord Universitet. Det har vært tre spennende, men krevende år hvor vi i kombinasjon med full jobb og familie har kommet oss gjennom dette studiet.

Først og fremst vil vi takke de store og små hjemme for forståelse og tålmodighet gjennom disse tre årene og spesielt nå i sluttfasen av denne oppgaven.

Takk til alle forelesere for faglig påfyll og til medstudenter for diskusjoner. Vi kommer til å savne det sosiale med andre medstudenter under samlinger i Bodø.

Vi vil rette en spesielt stor takk til Norwegian og Hjemmesykepleien i Kragerø kommune og til alle piloter og sykepleiere som var villige til å stille opp til intervju og dele sine erfaringer.

Til slutt vil vi takke vår veileder Jan-Oddvar Sørnes for tilbakemeldinger og oppfølging underveis i denne prosessen.

Oslo, 18. Mai 2017

Morten og Torgeir

## Sammendrag

Kritiske situasjoner og ekstreme konsekvenser er heldigvis ikke hverdagskost verken for piloter eller det meste av helsepersonell i Norge. Likevel planlegger begge organisasjoner for at det når som helst kan skje det verst tenkelige og legger til rette for at dette ikke skal skje. Når man jobber i et miljø hvor prøving og feiling ikke vil være akseptabelt verken for pasient eller passasjerer må de basere læring og kunnskap på eksisterende teori. Dette for å følge med på negative trender under utvikling for å bygge barrierer mot uønskede hendelser. Slike organisasjoner blir definert som High Reliability Organizations (HRO). Vi har sett på to organisasjoner, den ene er sykepleierne ved hjemmesykepleien i Kragerø kommune og den andre er piloter ved en spesifikk base for flyselskapet Norwegian.

Vi har sett på hvordan rapporteringssystemet til begge organisasjonene er bygget opp, og hvordan den gjennomgående rapporteringskulturen er. Vår problemstilling er som følger;

Er det forskjeller og likheter i rapporteringssystemet til pilotene i Norwegian og sykepleierne i hjemmesykepleien i Kragerø kommune?

Er det noen forskjeller i kulturen mellom disse to og er det rom for læring mellom organisasjonene?

Det meste av teorien er tatt fra litteratur rundt emnene High Reliability Organizations, Just Culture, Swiss Cheese modellen, teori om hvordan et godt utviklet rapporteringssystem skal fungere og sikkerhetskultur.

Vi gjennomførte en forundersøkelse og tre samtaler med informanter fra fagmiljøene. Dette for å danne grunnlaget til en intervjuguide. Vi gjennomførte en kvalitativ undersøkelse med 16 dybdeintervjuer. 8 sykepleiere og 8 piloter ble intervjuet om temaene rapporteringssystem, rapporteringskultur og læring. Vi analyserte funnene og sammenlignet informasjonen fra de to gruppene.

Vår empiri viser at våre informanter er delvis fornøyde med rapporteringssystemene og at det eksisterer en forskjell i rapporteringskultur mellom organisasjonene. Rapporteringssystemene til hjemmesykepleien i Kragerø kommune og Norwegian har svært forskjellig oppbygning. Sykepleierne i Kragerø kommune har to rapporteringssystemer, mens pilotene i Norwegian forholder seg til ett system. Systemet som Norwegian bruker er konfidensielt og vesentlig mer kompleks enn det sykepleierne bruker. Det er ganske tydelig fra begge grupper at det er en grad av underrapportering, denne er noe større blant sykepleierne. Pilotene bruker systemet til

å rapportere feil, uønskede hendelser samt fatigue. Sykepleierne bruker systemene sine til det samme, men sykepleierne bruker også muntlig forum som avdelingsmøter, daglige møter (rapport), mail og andre samtaler til å diskutere diverse problemer. Begge gruppene signaliserer at det eksisterer en just culture, og at det er gjennomgående liten frykt for å rapportere. Sykepleierne er ikke redde for konsekvenser ved feil, mens en liten del av pilotene er redde for dette. Pilotene er fornøyde med rapporteringskulturen, derimot er det en andel sykepleierne som ikke er fornøyd med kulturen i egen organisasjon. Det blir da lagt vekt på underrapportering.

Vi ser at det eksisterer ulikheter mellom organisasjonene og dette kan tyde på at det er grunnlag for læring mellom disse to. I forhold til våre funn så er det fordeler og ulemper med begge systemer, men det kan se ut som om det er lettere å få ut statistisk og sikkerhetsrelatert informasjon fra pilotenes system enn det er fra sykepleierne sitt.

Ved å skrive en rapport lagres denne informasjonen i organisasjonen og den kan brukes i sikkerhetsarbeid. Ved underrapportering går organisasjonen glipp av verdifull informasjon og vi ser en tendens at pilotene er flinkere på å skrive rapporter enn sykepleierne. Sykepleierne bruker i tillegg muntlig rapportering som kan føre til at informasjonen ikke kommer frem til organisasjonen.

Norwegian sin organisasjon bruker informasjon fra rapporter til trening og teoretisk læring i fastsatte læringsprogrammer, mens sykepleierne ikke har systematisert denne delen på samme måte. En pilot må blant annet to ganger i året i simulator for å trene på nødsituasjoner og prosedyrer utarbeidet for dette. Det er årlige sjekker ute i produksjonen der pilotene følger prosedyrer slik de er beskrevet. Samtidig, fra et teoretisk perspektiv, så er det to kurs i året som tar for seg blant annet nødutstyr, evakuering og teknisk/operativ gjennomgang av flymaskinen. En av flere informasjonskanaler til å danne innholdet i disse kursene er informasjon hentet fra rapporter sendt inn av piloter. Det kommer frem at det ikke er en lignende struktur hos sykepleierne.

## Innholdsfortegnelse

<b>Abstract</b>	i
<b>Forord</b>	ii
<b>Sammendrag</b>	iii
<b>Innholdsfortegnelse</b>	v
<b>Figurliste</b>	viii
<b>Tabelliste</b>	ix
<b>1.0 Innledning</b>	1
1.1 Aktualisering	2
1.2 Bakgrunn	4
1.3 Problemstilling	5
1.4 Avgrensning	5
1.5 Oppgavens oppbygning	6
<b>2.0 Teori</b>	7
2.1 Innledning	7
2.2 High Reliability Organization	7
2.3 Menneskelige feil	10
2.4 Barrierer mot ulykker	11
2.5 Organisasjonsulykker	12
2.6 Rapporteringssystemer	13
2.7 Organisasjonskultur	17
2.8 Sikkerhetskultur	18
2.9 Hva driver en god sikkerhetskultur	23
2.10 Forskningsmodell og spørsmål	24
<b>3.0 Metode</b>	
3.1 Innledning	26
3.2 Valg av metode	27
3.3 Valg av design	28

3.4 Data innsamling	29
3.5 Data analyse	34
3.6 Gyldighet	36
3.7 Pålitelighet	39
3.8 Etikk	41
3.9 Konesjon og meldeplikt	43
<b>4.0 Forundersøkelse</b>	<b>44</b>
<b>5.0 Funn Rapporteringssystem</b>	<b>50</b>
5.1 Forståelse av rapporteringssystem	50
5.2 Rapporteringssystemet	56
5.3 Underrapportering	65
<b>6.0 Analyse Rapporteringssystem</b>	<b>67</b>
6.1 Forståelse av rapporteringssystem	67
6.2 System og underrapportering	67
<b>7.0 Funn Sikkerhetskultur</b>	<b>71</b>
7.1 Rapporteringskultur	71
7.2 Rettferdighetskultur	76
7.3 Fleksibelkultur	80
7.4 Læringskultur	82
<b>8.0 Analyse Sikkerhetskultur</b>	<b>86</b>
8.1 Rapporteringskultur	86
8.2 Rettferdighetskultur	87
8.3 Fleksibelkultur	87
8.4 Læringskultur	88
<b>9.0 Konklusjon</b>	<b>90</b>
9.1 Hvordan er rapporteringssystemene	90

9.2 Hvordan er kulturene	91
9.3 Er det potensiale for læring mellom disse gruppene	91
9.4 Forslag til videre forskning	92
9.5 Avslutting	92
<b>Begrepsordliste</b>	94
<b>Litteraturliste</b>	95
<b>Vedlegg 1: Vurdering fra Personvernombudet</b>	98
<b>Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter</b>	101
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide</b>	103



## **Figurliste**

Figur 1 Swiss Cheese Model	13
Figur 2 Organisasjonskultur	17
Figur 3 Forskningsmodell	25
Figur 4 Rapporteringssystem	50
Figur 5 Sikkerhetskultur	71

## **Tabelliste**

Tabell 1 Hensikt	51
Tabell 2 Hva har blitt rapportert	54
Tabell 3 Hvorfor ikke så viktig med rapport	55
Tabell 4 Positiv til brukervennlighet	57
Tabell 5 Kritikk brukervennlighet	58
Tabell 6 Anonymitet	60
Tabell 7 Forøyd med tilbakemelding	61
Tabell 8 Hva kunne ha vært annerledes ved tilbakemeldingene	62
Tabell 9 Tillitt	64
Tabell 10 Underrapportering	66
Tabell 11 God eller dårlig kultur	72
Tabell 12 Pålagt rapportering	74
Tabell 13 Oppmuntring til rapportering	75
Tabell 14 Feil og reaksjoner	78
Tabell 15 Behandling etter rapport	79
Tabell 16 Definisjon av HRO	80
Tabell 17 Åpenhet	83
Tabell 18 Læring	84

## 1.0 Innledning

14. september 2017 døde Djabrail Sulejmanol på Oslo universitetssykehus etter en rekke feil ved hans behandling. Han ble bare seks år gammel. Den triste historien starter med at en ung gutt får påvist kreft med spredning og en hel familie blir rammet på så mange plan. Det er en tøff tid for familien, men de kjemper tappert og støtter hverandre som en familie. En rutinemessig injeksjon med cellegift ender med verst tenkelige utfall for Djabrail og sykehuspersonellet som er involvert. Utdrag fra rapporten som er gjengitt i diverse medier forteller om to hovedårsaker til Djabrail sin død. Den ene er at det ble gitt feil medisin og den andre at injeksjonen skulle vært intravenøst. Isteden ble feil medisin satt i hodet på gutten. Dette er ikke noe ukjent problem og det er registrert flere tilfeller av liknende avvik. Det er etablert rutiner for at det ikke skal skje igjen, men likevel så skjedde dette 20 august 2017. Dette reiser selvfølgelig mange spørsmål. Er rutinene for dårlig? Er opplæringen for dårlig? Er det en ukultur i forhold til å følge standardiserte rutiner? Er rapportene for dårlige? Er de ansatte for slitne? Blir det sendt inn for få rapporter i de tilfeller hvor det nesten gikk galt? Det eneste som er sikkert er at det som ikke skulle skje skjedde. I tillegg er det ganske sikkert er når mennesker er involvert, vil det være en potensiell mulighet for at feil kan skje, selv om alt tilsynelatende fungerer. Hva er det da som gjør at vi mennesker fortsetter å gjøre fatale feil om og om igjen? Det er spørsmål som dette som gjør at vi har engasjert oss i denne enorme materien av teori og menneskelig kunnskap.

Som pilot jobber man i et potensielt fiendtlig miljø hvor tekniske feil, mangelfull opplæring eller feilvurderinger kan få alvorlige konsekvenser. Slik er det også i helsevesenet. Som beskrevet i eksempelet over, kan feilmedisinering få fatale konsekvenser for pasienten. Det settes derfor høye krav til utdannelse og skikkethet for den personen som utfører slik type arbeid. Det er i begge organisasjoner lovpålagt å ha et rapporteringssystem for å detektere uønskede hendelser og avvikende trender.

Vi er to piloter hvor en av oss er gift med en sykepleier. Det har ved flere anledninger blitt en faglig diskusjon mellom oss om likheter og forskjeller i de to organisasjonene vi jobber i med tanke på rapporteringssystemer, rapporteringskultur og læring. Det er mange spørsmål og tanker som dukker opp og området, faglig sett, er ekstremt stort. Vi har gjennom valg av metode og respondenter prøvd spisse oppgaven så mye som mulig opp mot vår problemstilling. Vi håper at forskningen vil kunne belyse eller gi informasjon som kan være

nyttig for begge organisasjoner i fremtiden. Kanskje finnes det potensiale til læring for begge organisasjoner?

## **1.1 Aktualisering**

Utviklingen i teknologien har ført til at man kan fly større fly og lengre enn hva muligens Leonardo da Vinci tenkte seg da han skisserte sine første flygende objekter. Det var jo ikke alle skissene som lignet på det vi i dag har definert som fly. Det har også skjedd en del siden brødrene Wright utførte verdens første bemannede flyvning i North Carolina Desember 1903. I dag tar vi det som den største selvfølge å gå om bord i en jumbojet, som veier nesten 400 tonn fullastet, og fly gjennom luften i nesten 1000 km/t. I tråd med utviklingen av flymaskinene har en gjennom tiden også lært av de ulykkene som har oppstått som følge av tekniske årsaker. I den nyere tid når flymaskinene har, i et sikkerhetsmessig syn, vært nær ”ferdig” utviklet har fokuset på de menneskelige årsakene til ulykker fått mer fokus. Det finnes utallige eksempler på hvor menneskelige feil, Human error, har fått fatale følger slik som ulykken beskrevet over. Viktigheten av å bekjempe disse menneskelige feilene har hatt høyt fokus, spesielt i den nyere tid. Det er gjort mye forskning på området, og i følge en rapport fra Department of transportation i USA (A Human Error Analysis of Commercial Aviation Accidents Using the Human Factors Analysis and Classification System (HFACS), skyldes så mye som 70% av dagens flyulykker menneskelige feil (2001). Det er derfor nærliggende å sette fokus på hva som gjør at mennesker gjør feil og bakenforliggende årsaker. Som rapporten fra Department of Transportation også nevner i innledningen vil det så lenge det er mennesker som utfører oppgaven alltid være en risiko for feil (2001). Flyselskaper i dag bruker store resurser på utdanning og opplæring av personale, dette kan vi se blant annet gjennom standardisering av prosedyrer, trening i simulator og regelverk som skal minimere muligheten for ulykker. Det stilles også i dag krav til at alle selskaper har et rapporteringssystem (Directive 2003/42/EC, 2003) hvor hendelser og nesten uhell kan rapporteres inn. Dette systemet er laget for at selskapet skal kunne lære av de feil og hendelser som blir rapportert. På denne måten kan man være proaktiv og ta tak i gjentakende tendenser og trender slik at det ikke fører til fatale feil. Systemet er ”non-punitive”, som betyr at det ikke skal få konsekvenser for den som sender inn en rapport. ”Non-punitive” er beskrevet i teorikapittelet under ”Just culture”. På denne måten legges det til rette for at rapporter skal komme inn uten fare for konsekvenser for den ansatte. Helsevesenet er i likhet med flybransjen en bransje hvor sikkerhet er veldig viktig og dersom den ikke blir ivaretatt

kan få fatale følger. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er en instans som kan komme på banen dersom det gjøres feil i helsevesenet. NPE er en statlig etat er underlagt helse og omsorgsdepartementet. Man kan innledningsvis i årsrapporten deres fra 2017 leste at de har tre forskriftsfestede oppgaver:

- 1 Å avgjøre om erstatningssøkere har krav på erstatning og fastsette erstatningens størrelse.
- 2 Å bidra med statistiske data til helsesektorens skadeforebyggende arbeid og kvalitetsforbedring.
- 3 Å informere om pasientskadeordningen til allmenheten pasienter og helsetjenesten (Norsk pasientskadeerstatning, 2017).

Det kommer klart frem i punkt (2) at det også i helsevesenet ut fra NPE sitt ståsted er viktig å samle data i forhold til uønskede hendelser. Helsevesenet er også pålagt å ha et rapporteringssystem og lovverket definerer også hva som skal rapporteres. Helseminister Bent Høye uttalte i 2015 at han ikke var fornøyd med de tallene NPE fremla med tanke på at antall saker som går til pasientskadeerstatning er for høyt (Midtbø, 2015).

En annen likhet mellom helsevesenet og luftfarten er at det ofte ikke er rom for å prøve og feile, for å lære. En slik strategi ville mest sannsynlig føre til katastrofale følger for pasienter og passasjerer på et fly. Derfor er det viktig å ha et rapporteringssystem som fanger opp uønskede trender for å detektere feil som kan kumulere til en ulykke. Dette vil vi se nærmere på i vår oppgave. I vår oppgave har vi valgt å sammenligne to organisasjoner og vi definerer begge som High Reliability Organizations (HRO). HRO er beskrevet i teorikapittelet, men kort betyr det at det er en organisasjon som blant annet kan defineres som en organisasjon der feil kan få fatale følger og at man ofte ikke kan lære ved å prøve og feile. Både flybransjen og helsevesenet er klart innenfor kriteriene for å definere seg som HRO`r.

## 1.2 Bakgrunn

Vi er to piloter som til daglig jobber som kaptein i Norwegian og styrmann i TUIfly Nordic. Bakgrunnen vår er til sammen 34 år i flybransjen og vi har opparbeidet oss god innsikt i sikkerhetssystemer og kulturen som finnes i luftfartsbransjen. I oppgaven vår har vi valgt å se på hvordan rapporteringskultur og rapporteringssystem henger sammen med sikkerhet og læring. Ved egen erfaring har vi sett og erfart hvor viktig det er å ha et rapporteringssystem som fanger opp uønskede trender og muliggjør å bygge barrierer for å unngå ulykker. James Reason (2013) er en kjent aktør innen sikkerhetsarbeid og beskriver med sin modell, ”Swiss cheese”, hvordan en serie av separate uønskede hendelser til slutt kan resultere i en ulykke. Kort fortalt kan man si at modellen til James Reason hjelper oss å lage barrierer mot ulykker. Denne modellen er beskrevet detaljert i teorikapitlet. Vi har valgt å forske videre på dette temaet og vil se på likheter og forskjeller i rapporteringskultur og rapporteringssystem mellom piloter og sykepleiere. Siden vi er piloter så vil vi naturlig nok ha best kunnskap om egen bransje. I vår bransje har det vært viktig å få inn rapporter på feil som er begått og hvordan man eventuelt løste en uønsket hendelse. Dette for å øke læring innen egen organisasjon og øke kunnskapsnivået. For å motivere og legge til rette for rapportering har det vært kultur for at rapportering skal være ”non punitive”, det vil si at man ikke vil bli straffet for eventuelle feil man har gjort. Rapporteringen er også anonym (Directive 2003/42/EC, 2003).

Flybransjen vært har i mange år vært en frontfigur i forhold til å tenke sikkerhet og forhindre ulykker. Vi ønsker å finne ut om det er potensiale for læring mellom disse to yrkesgruppene. Det er ekstremt viktig at feil av forståelig art blir oppdaget og videreformidlet. På den måten skaper man en lærende kultur og organisasjon. Det er pålagt alle luftfartsorganisasjoner å ha et rapporteringssystem for å registrere uønskede hendelser (Directive 2003/42/EC, 2003). På samme måte er helsevesenet pålagt ved lov å ha et rapporteringssystem. Dette er beskrevet i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester i §5.10. Der står det blant annet; ”*Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten*” (Helse om omsorgstjenesteloven, 2011). Sykepleierne er i tillegg regulert av lov om helsepersonell, arbeidsmiljøloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I sistnevnte punkt 5.4 står det følgende: «*Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette.*» (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Vi håper at vårt bidrag kan være med på å kartlegge dette området innenfor sykepleie og flybransje, samt bidra til å øke fly- og pasientsikkerhet. Vi håper også å bidra til at det blir økt læring på tvers av organisasjonene men også internt blant sykepleierne og piloter. Det kan være at et økt fokus på dette temaet kan få flere til å forstå viktigheten av rapporteringskultur, og at oppgaven vår i seg selv kan bidra til økt forståelse for dette enorme temaet.

### **1.3 Problemstilling**

Hensikten med oppgaven vår er å skape et bilde over hvordan rapporteringssystemet og kulturen er blant pilotene i Norwegian og sykepleierne i Hjemmesykepleien. Vi vil se om det er likheter og ulikheter mellom hvordan disse gruppene jobber for å fremme sikkerhet.

Problemstillingen vi har kommet frem til er:

*Er det forskjeller og likheter i rapporteringssystemet til pilotene i Norwegian og sykepleierne i Hjemmesykepleien i Kragerø kommune? Er det noen forskjeller i kulturen mellom disse to og er det rom for læring mellom organisasjonene?*

Ut fra dette har vi valgt følgende forskningsspørsmål for å kunne besvare vår problemstilling og holde struktur i oppgaven:

- Hvordan er rapporteringssystemene bygget opp?
- Hvordan er kulturen med tanke på sikkerhet?
- Er det potensiale for læring fra forskjellene mellom disse gruppene?

Vi har forsøkt å svare på problemstillingen gjennom forskningsspørsmålene ved å bruke kvalitativ metode og case design. Vi valgte, på grunnlag av forundersøkelsen og intervjuer med informanter, å utarbeide en intervjuguide for å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer. Dataene fra intervjuene ble samlet og transkribert. Den transkriberte informasjonen ble brukt til å kategorisere i hoved- og underkategorier.

### **1.4 Avgrensning**

For å unngå at oppgaven blir for stor har vi valgt å avgrense oppgaven til å gjelde kapteiner ved Norwegian sin Oslo base og sykepleiere ved hjemmesykepleien i Kragerø kommune.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

<b>Kapittel 1</b> <i>Innledning</i>	Denne delen omfatter bakgrunn for oppgaven, innledning, aktualisering, bakgrunn, problemstilling samt forskningsspørsmål.
<b>Kapittel 2</b> <i>Teori</i>	Denne delen omfatter de teoretiske perspektivene vi mener er relevant for vår problemstilling.
<b>Kapittel 3</b> <i>Metode</i>	Denne delen tar for seg vårt valg av metode, forskningsdesign, måten vi har samlet inn data, analyse og etiske utfordringer.
<b>Kapittel 4</b> <i>Forundersøkelse</i>	Denne delen omfatter en forundersøkelse med intervju av virksomhetsleder hos sykepleiere og Chief Investigator Safety hos pilotene som dannet grunnlag for utarbeidelse av intervjuguide samt videre forskning.
<b>Kapittel 5 og 6</b> <i>Funn og analyse</i> <i>Rapporteringssystem</i>	Denne delen inneholder en presentasjon av empiri og analyse av de funn vi har gjort innen rapporteringssystem med hensyn til teori.
<b>Kapittel 7 og 8</b> <i>Funn og analyse</i> <i>Kultur</i>	Denne delen inneholder en presentasjon av empiri og analyse av de funn vi har gjort innen kultur med hensyn til teori.
<b>Kapittel 9</b> <i>Avslutning</i>	Det siste kapitlet avslutter vi oppgaven med konklusjon og legger frem forslag til videre forskning.



## 2.0 Teori

### 2.1 Innledning

Problemstillingen vår: «*Er det forskjeller og likheter i rapporteringssystemet til pilotene i Norwegian og sykepleierne i hjemmesykepleien i Kragerø kommune. Er det noen forskjeller i kulturen mellom disse to og er det rom for læring mellom disse organisasjonene?*». Dette er en problemstilling som befatter mange teoretiske temaer. Begge organisasjoner er såkalte High Reliability Organizations (HRO). Begge organisasjonene benytter seg av rapporteringssystemer og selve grunnsteinen for at et rapporteringssystem skal fungere optimalt er at rapporter kommer inn slik at en kan lære av hendelsene.

Vi har valgt å legge det teoretiske fokuset på HRO samt rapporteringssystemers oppbygning. For at rapporter skal komme inn er det også viktig at kulturen legger til rette for dette, noe som kommer frem gjennom sikkerhetskultur. Dette omfatter temaer om rapporteringskultur, rettferdighetskultur, fleksibelkultur og lærende kultur.

Det er også skrevet om menneskelige feil, barrierer mot ulykker og organisasjonsulykker da dette representerer motivasjonen til organisasjonen til å ha et velfungerende rapporteringssystem.

### 2.2 High Reliability Organizations – HRO

En High Reliability Organization kan bli definert som:

*” Within the set of hazardous organisations there is a subset which has enjoyed a record of high safety over long periods of time. One can identify this subset by answering the question, ” how many times could this organisation have failed resulting in catastrophich connsequences, that it did not? ” If the answer is on the order of tens of thousands of times the organisation is ” highly reliable ” ” (Roberts, 1990:160, gjengitt av Hopkins, 2007).*

Ut fra denne definisjonen ser vi at en HRO er en organisasjon som opererer i krevende og fiendtlige miljøer. På tross av sannsynligheten for at større og katastrofale feil er så stor klarer den å unngå dette og blir av den grunn sett på som svært pålitelig.

De operasjonelle utfordringene til HROer er i følge LaPorte og Consolini (1991) delt i to. De skal (1) operere kompleks og krevende teknologi samtidig som de skal unngå store feil. (2) Opprettholde kapasitet ved perioder med høy belastning og produksjon.

Læring og kunnskapsutvikling i en HRO er utfordrende, dette fordi vanlig læring i organisasjoner vanligvis foregår gjennom prøv og feil metoden. Denne type læring er ikke aktuelt for en HRO på grunn av de potensielle katastrofale følgene en feil vil kunne medføre.

HROer kan heller ikke direkte benytte seg av læring gjennom utnyttelse av kunnskap og utforskning (March, 1996). Utnyttelse involverer bruk og utvikling av kunnskap som er allerede kjent og å utforske involverer jakt på ny kunnskap. Utforskning kan føre til at tester ukontrollert beveger seg mot feil av større dimensjoner, utnyttelse kan også være vanskelig å bruke fordi systemene er forstått som ufullkomment og alle mulige tenkelige feil er enda ikke opplevd (Weick, 1999).

Utnyttelse og utvikling av kunnskap må derfor bygges inn i læringsmekanismer på andre måter som for eksempel gjennom treningssenarioer i kontrollerte former (Aase og Tjensvoll, 2003). Et eksempel på dette er organisasjoner som holder krise øvelser, hvor et tenkt scenario utspiller seg og de forskjellige avdelingene får trene på det de skal gjøre om denne gitte situasjonen skulle faktisk hende.

Ifølge Weick og Sutcliffe (2015) er det fem faktorer som kjennetegner hvordan en HRO arbeider for å opprettholde pålitelighet:

- **Opptatt av feil**

HROer forstår at lengre perioder hvor ulykker ikke skjer er med på å skape en illusjon om at feil aldri skjer. De ser derfor på operasjonen og det de gjør med skeptiske øyne. De er opptatt av muligheten for at feil kan oppstå er tilstede. De søker aktivt etter blundere og småfeil med den grunn at disse kan være tidlige varsler om at noe større kan gå galt i operasjonen (Hopkins, 2007). Weick og Sutcliffe trekker frem tre måter en organisasjon jobber med dette på. For det første jobber en HRO aktivt med å oppdage små feil, da disse kan være hint om større feil andre steder i systemet. For det andre jobber den med å forsøke å forutse og identifisere potensielle feil. For det tredje så er de innforstått med at kunnskapen den besitter ikke er fullstendig eller komplett.

- **Motstand mot å forenkle**

Alle organisasjoner tar beslutninger på grunnlag av informasjon de har samlet inn. Det er lett at denne informasjonen kan være svært omfattende og kreve store ressurser for å analysere før en beslutning skal tas. Det er lett å forenkle denne informasjonen før en beslutning blir tatt. Med forenkling menes at deler av informasjonen blir valgt bort

fordi den anses ikke som viktig eller relevant og dermed faller bort i beslutningsprosessen. Dette kan være uheldig da noe av den informasjonen som blir valgt bort potensielt kan inneholde veldig viktig data og være avgjørende for de valgene som blir tatt. En HRO er motstander av denne måten å jobbe på og velger heller å ta med all informasjon inn i beslutningsprosessene. De velger heller å samle all data og analysere dette før beslutninger blir tatt. Et eksempel på dette vil være en safety avdeling i en bedrift. Dette er en avdeling som i all hovedsak analyserer data som organisasjonen samler inn og dette blir deretter lagt til grunn når beslutninger senere blir tatt (Hopkins 2007).

- **Sensitivitet til operasjonen**

I en HRO strever frontlinje operatører for å opprettholde oversikt over situasjonen til en hver tid. Weick kaller dette for sensitivitet til operasjonen. Det betyr at de til en hver tid strever etter å være årvåken til den nåværende tilstanden i organisasjonen. De strever også etter å forstå hvordan innvirkningen i det som skjer her og nå har på det fremtidige. De har strategier for å kunne handle mot at feil skal oppstå. Det ligger i kulturen at den enkelte som har stor kunnskap om operasjonen. Hopkins (2007) trekker også frem at det ikke bare er frontlinje operatører som må være sensitive til operasjonen. Ledelsen må også være sensitive til erfaringen til de som står i frontlinjen og at deres opplevelser og erfaringer deles. Dette gjøres ved å oppmuntre dem til å rapportere og dele erfaringene de får ved den daglige operasjonen. Dersom enkelte ikke sier ifra på grunn av frykt vil de tillate organisasjonen å ha mindre kunnskap enn det den trenger for å kunne fungere effektivt (Weick and Sutcliffe, 2001, gjengitt av Hopkins, 2007).

- **Forpliktelse til motstandskraft**

Å være motstandsdyktig i en HRO er en kombinasjon av å holde feilene nede, ved å forbedre løsninger som gjør at systemet fungerer, mens de samtidig fanger opp og tilpasser seg de endringene som oppstår etter hvert (Weick and Sutcliffe, 2015). En HRO er på ingen måte feilfri men en feil alene gjør ikke at systemet faller sammen. HROer arbeider på en slik måte at de vet at feil kan og vil oppstå og av den grunn har bygget opp barrierer som er ment til fange opp og korrigerer dette når disse oppstår. Eksempler på dette er prosedyrer eller sjekklister som sørger for at viktige elementer ikke blir glemte. Disse barrierene blir bygget opp ved at organisasjonen benytter seg av alle tilgjengelige ressurser den har til rådighet for å forsvare seg mot vanskelige situasjoner (Hopkins, 2007).

- **Anerkjenner ekspertise**

HROer anerkjenner ekspertisen som er i organisasjonen. Måten de gjør dette på er ved at de som er med på å ta en beslutning ikke nødvendigvis sitter høyere opp i hierarkiet. De lar den enkelte eller de som, i en gitt setting, sitter på den største kunnskapen være med på å ta beslutninger. Dette uavhengig hvor i hierarkiet vedkommende befinner seg, det som er viktig er at de med den største kunnskapen på feltet er delaktig (Hopkins, 2007). Et eksempel på dette er sykepleiere med en kunnskap innen et fagfelt som er delaktige under behandlinger av pasienter.

Disse fem faktorene blir av Weick (gjengitt av Hopkins, 2007) beskrevet som å være det som ikke bare kjennetegner en HRO, men også utarter seg som det ideelle for en perfekt HRO. Alle HROer innehar ikke alle disse faktorene i like sterk grad, noen faktorer kan være mer synlig enn andre avhengig i hvilken organisasjon man tar for seg.

Som vi kan se så handler de fire første faktorene mer om organisatorisk læring mens den siste faktoren handler i større grad om beslutningstaking. Men totalt sett ser vi at HROer er det vi kan kalle for en lærende organisasjon.

### **2.3 Menneskelige feil**

Reason (2012) hevder at en feil kan defineres som en handling av en person hvor utfallet ikke var planlagt. En feil er ikke nødvendigvis noe som er dumt eller galt, det kan ha ført til noe bra også som for eksempel ved at en lærte noe nytt. En ny måte å gjøre noe på ved at en tilfeldigvis gjorde noe som ikke var meningen men endte opp med at en lærte noe nytt. En feil er i seg selv ikke nødvendigvis noe dumt men settingen hvor feilen skjer kan være dum, følgene av feilen er det som avhenger om en feil var bra eller dårlig.

Alle menneskeskapte handlinger har tre elementer i seg; plan, handling og konsekvens. En setter seg en plan for hva en ønsker å gjøre, deretter handler en basert på hva planen er. Konsekvensen er resultatet etter planen og handlingene som ble utført.

Reason (2012) hevder en feil kan oppstå på to forskjellige måter. Den første måten er å ha en plan om å oppnå noe, men underveis så gjør man en feil som fører til at en ikke oppnår ønsket resultat. Den andre måten er å ha en plan for å oppnå noe og utfører planen som tenkt, men selve planen var feil og en oppnår ikke ønsket resultat.

Den første typen feil er lettere å oppdage da det er lettere å se feilene som gjorde at du ikke fulgte planen. Det er vanskeligere å finne ut hvorfor resultatet ikke ble som ønsket når en fulgte planen en hadde satt seg ut.

Reason (1997) deler de menneskelige handlinger inn i tre kategorier;

- Ferdighetsbaserte handlinger,  
Rutine preget handlinger som vi gjør til daglig. Det er mye automatikk i disse handlingene og krever ikke at en tenker så mye gjennom det en holder på med.
- Regel baserte handlinger,  
Er handlinger man bytter over til når det oppstår noe som er utenom normalen som krever at vi tilpasser handlingene våre for å kunne oppnå ønsket resultat. Det er som regel et problem som en kjenner igjen fra tidligere og derfor vet hvordan en skal håndtere. Som for eksempel, skjer dette problemet så skal du gjøre dette. En må tenke gjennom på hvilken handling som er den korrekte.
- Kunnskapsbasert handlinger,  
Er handlinger vi kommer frem til noe motvillig, kun når en ikke finner en forutbestemt løsning til problemet vil kunnskapsbaserte handlinger trå inn ved at en må tenke igjennom problemet en har fremfor seg. En bruker kunnskap man har opparbeidet seg og handler deretter.

Reason (1997) hevder at det må legges vekt på at disse handlingene ikke utelukkende blir utført hver for seg. En foretar seg flere valg og utfører handlinger på samme tid, som for eksempel ved å føre et fly så vil en styre flyet på et ferdighetsnivå mens en kommuniserer med andre fly rundt seg på et regel basertnivå. Skulle en nødsituasjon oppstå vil kunnskapsnivået inntreffe.

## **2.4 Barrierer mot ulykker**

En ulykke kan bli sett på som en følge av en sekvens av hendelser. Hendelsene som leder opp til en ulykke skjer lineært og selve ulykken er det siste som skjer. Dette kan beskrives som en dominoeffekt (Hollnagel, 2004 gjengitt av Woods, Dekker, Cook, 2010). Barrierer kan bli sett på som blokader mellom dominoene som skal være der for å hindre at når en faller så vil det påvirke den neste og dermed stoppe en kjedereaksjon som vil føre til en ulykke. Målet er å forhindre at små hendelser får utvikle seg og påvirke hele systemet til det negative.

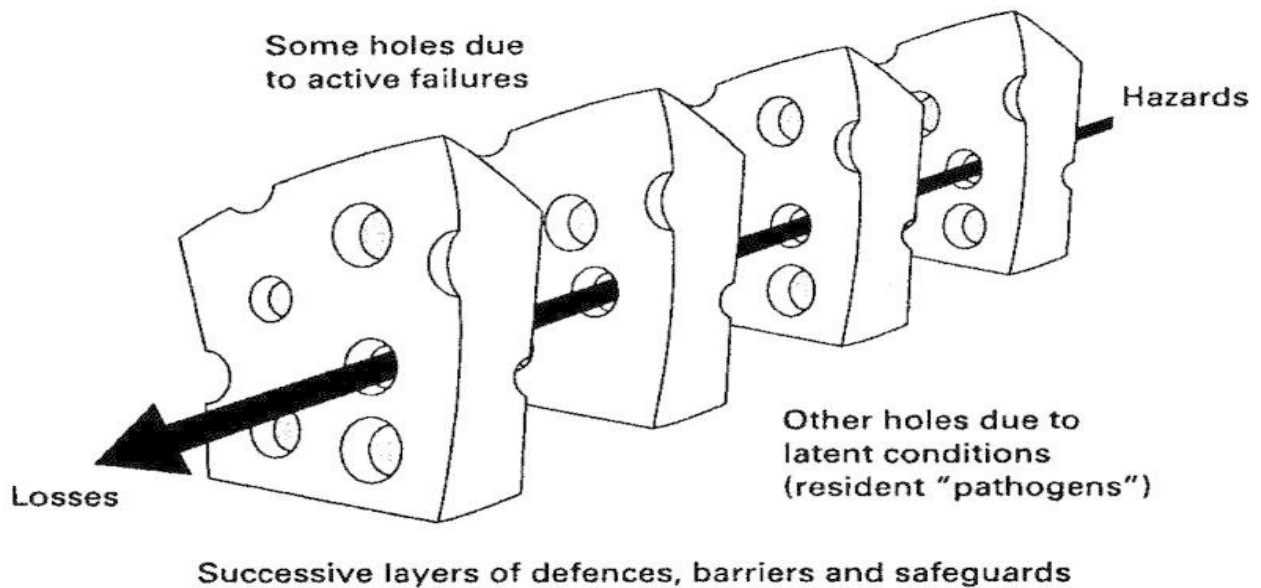
## 2.5 Organisasjons ulykker

Reason (2012) skriver at selv om større ulykker er forskjellige fra hverandre både når det kommer til lokasjon, teknologi og relaterte kostnader så deler de gjerne tre elementer:

- Mange av de medvirkende årsakene til ulykken var allerede til stede i systemet før ulykken inntraff og i noen tilfeller mange år før. Dette blir beskrevet som latente feil, noe som ligger i systemet men som ingen har lagt merke til eller tenkt på enda.
- Organisasjonene hadde på plass sikkerhetssystemer der flere lag med barrierer var designet for å forhindre at ulykker skulle inntreffe.
- Ulykken inntraff på grunn av en sammensetning av uforutsette latente feil og menneskelige feil inntraff på samme tid. Dette førte til at feil kunne trenge hele veien gjennom sikkerhetssystemet og gjorde ulykken mulig.

Reason (2012) beskriver Swiss Cheese Modellen med barrierer i et sikkerhetssystem. Et sikkerhetssystem har flere lag i seg, disse lagene kan beskrives som osteskiver. I en ideell verden vill hvert lag i systemet være intakt men sannheten er at lagene er heller som en ost med hull. Forskjellen er at hullene i sikkerhetssystemet åpner og lukker seg med jevne mellomrom og derfor vil det på forskjellige tidspunkt være mulig for feil å bryte gjennom disse lagene. Som regel vil en feil som bryter gjennom et lag bli fanget opp av det neste laget, men dersom hullene i alle lagene på et tidspunkt er på linje vil feil kunne bryte vei gjennom hele systemet og et uhell være mulig.

Disse hullene kan oppstå som følge av to ting, aktive feil eller latente feil. Aktive feil er de feilene som blir begått av de som er i direkte kontakt med systemet. Latente feil er feil som med uviten er bygget inn i systemet fordi de som designet det ikke har tenkt at situasjonen eller hullet kunne ha oppstått. Disse er vanskeligere å oppdage og potensielt kan disse ligge åpne i flere år uten at noen oppdager dem. En proaktiv holdning til sikkerhet kan være med på å avdekke disse latente feilene slik at en kan gjøre noe med dem før feil bryter seg gjennom barrieren (Reason, 2012). Som vi ser så vil sikkerhetssystemer være med på å avdekke potensielle feil og mangler i systemet. I det neste kapittelet vil vi se nærmere på rapporteringssystemer.



\*Figur 1: Swiss Cheese Model

## 2.6 Rapporteringssystem

For å unngå feil og øke sikkerhet trenger man en systematisk tilnærming til uhell, dette for å kunne endre på prosedyrer som kan bidra til at feil oppstår. Rapportering er et verktøy man kan bruke i sikkerhetsarbeid og det har potensiale til å oppfylle to viktige funksjoner. De kan ansvarlig gjøre handlinger og eller bidra til informasjon for å gi økt fokus på sikkerhetsarbeid (Kohn, L.T, Corrigan, J.M & Donaldson, M. S, 2000). Disse funksjonen brukes i to forskjellige rapporteringssystemer, obligatorisk og frivillig rapportering. Obligatorisk rapportering blir brukt når en ulykke eller en alvorlig hendelse først har skjedd. Den har som mål å virke reaktiv ved å senere kunne forstå hva som har hendt og dermed forsøke å forhindre at dette vil skje igjen. Den har også som hensikt å tydeliggjøre hvem som sitter med ansvaret ved en alvorlig hendelse eller ulykke og brukes derfor ofte av myndighetsorganer. Frivillig rapportering blir brukt når det er gjort feil som ikke nødvendigvis har ført til uhell eller ulykker. Den har som hensikt å virke proaktiv ved å identifisere grunnen til at feil blir gjort slik at man kan gjøre noe med rutiner før det gjøres feil som ender med en ulykke. Frivillig rapportering brukes ofte til å samle inn informasjon til sikkerhetsarbeid. Å motta rapporter er kun første steg i arbeidet mot en sikrere hverdag. Det er også viktig å bruke tid på å analysere og forstå hvorfor feil oppstår for å kunne gjøre endringer til det bedre. Hensikten med et rapporteringssystem er at det skal bidra til at informasjon om feil og uhell kommer inn og at det skal deretter bidra til å forstå hvorfor feilene ble begått. Denne informasjonen kan brukes til å se utvikling og trender som potensielt kan føre til alvorlige feil.

Reason (1997) viser til at det for enkelte kan være vanskelig å innrømme feil på grunn av frykt for konsekvenser. Dette kan gjøre det vanskelig å sende inn en rapport. Holdningen ledelsen har til at det gjøres feil vil påvirke tilliten de ansatte har til å sende inn rapporter. Er det fare for avstraffelser ved at en innrømmer feil vil ikke det legge til rette for at rapporter skal komme inn.

Tillitt spiller en viktig rolle for at den enkelte skal tørre å sende inn rapporter som bidrag til sikkerhets arbeid. Har ledelsen en holdning til sikkerhetsarbeid som tillater at en kan gjøre feil. Dette vil det gi et signal om at det er trygt å sende inn rapporter og at man ikke risikerer straff for feil som er begått (Reason, 1997).

Det er også viktig at ledelsen gir feedback på informasjon i rapporter som kommer inn. Dersom den som sender inn rapporten ikke får noen tilbakemelding vil det være fare for at han eller hun ikke ser hensikten ved å sende noen rapport. Det er lett å skape en holdning hvor den enkelte tenker ”det er ikke noen vits i å sende noen rapport, fordi det skjer ikke noe allikevel”. Det er derfor veldig viktig at når en rapport er analysert så blir det gitt tilbakemelding til innsender. Dette vil være med på å skape en følelse av at rapportering er viktig for selskapet.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000) hevder at det er viktig med både obligatorisk og frivillig rapportering i et godt rapporteringssystem, men at det ikke vil være vellykket dersom det ikke brukes nok ressurser til analyser og oppfølging. De viser også til to elementer som er viktig for at et system skal fungere godt:

- Å få inn nok rapporter ved at alle de ansatte deltar og bruker systemet
- Å bruke tid og ressurser på analyser, følge disse opp og gi tilbakemelding

Det er ikke mengden rapporter som avgjør om et system er godt eller dårlig men kvaliteten på rapportene som kommer inn. At det brukes store ressurser på å ta imot og analysere rapporter vil ikke være nok dersom kvaliteten på rapportene ikke er god nok.

Reason (1997) viser til fem faktorer som er viktige for å få ikke bare å få inn mange, men også gode rapporter:

- Amnesti mot straff, i henhold til ”Just Culture”.
- Konfidensialitet og anonymitet.



- Separasjon mellom den avdelingen som mottar og behandler rapporten og de som er ansvarlige for eventuelle straffetiltak og sanksjoner.
- Rask og tilgjengelig tilbakemelding.
- Enkelt å kunne sende inn rapporten. Dersom systemet er dårlig, slik at det er vanskelig å skrive rapporten, vil dette kunne hemme antall rapporter som faktisk blir sendt.

De første tre punktene bygger på tilliten til den som skal sende rapporten. O'Leary og Chappell (Gjengitt av Reason, 1997) forklarer at for at et rapporteringssystem skal være effektivt i å oppdage feil som kan føre til uønskede hendelser er det avgjørende at det oppnås tillitt fra den som skal rapportere. Dette er enda viktigere i situasjoner der den som skal rapportere skal innrømme feil en selv har gjort. Uten slik tillitt vil rapporteringen trolig være selektiv og ikke ha med alle detaljer som kan være relevant. Tillitt er en av grunnfundamentene i et velfungerende rapporteringssystem, det tar lang tid å bygge opp og kan ta kort tid å rive ned. Tilbakemelding på hvorfor ting gikk galt og lære av dette er viktigere enn å fordele skyld ved at det ble gjort feil. Dette vil bygge opp under både tillitten og interessen for å skrive rapporter.

Å få ansatte til å rapportere kan være vanskelig, men å få dem til å fortsette å bruke rapporteringssystemet kan være like vanskelig (Dekker, 2012). Dekker peker på to elementer som kan gjøre dette vanskelig.

- Maksimere tilgjengeligheten til systemet
- Minimere frykten for å rapportere

Maksimere tilgjengeligheten handler om å gjøre systemet så tilgjengelig og lett å bruke som mulig. Det skal være lett for den enkelte å vite hvor en kan skrive og sende inn en rapport, men det å skrive eller fylle ut en rapport skal også være noe som er enkelt og ikke for tidskrevende. Å minimere frykten ved å rapportere handler som vi tidligere har vært inne på å fjerne tvilen om at en setter seg i noen form for fare ved å rapportere hendelser og feil som er begått. Det handler enkelt og greit om at den enkelte har tillitt til ledelsen i bedriften.

Dekker (2012) påpeker tre viktige ting for et vellykket rapporteringssystem

- Frivillighet – kontra obligatorisk

- Ikke straffbar – kontra straffbar
- Beskyttet – kontra ubeskyttet

Dersom det er frivillig å rapportere vil det gi den enkelte selv mulighet til å vurdere hva som er nødvendig å rapportere i motsetning til om en er pålagt å rapportere hendelser. Dekker (2012) hevder at det vil være vanskelig for en bedrift å lage en liste med alle hendelser som det må sendes inn rapport på. Det vil skape større deltakelse dersom den enkelte selv kan bedømme hvilke hendelser som firmaet har behov for å vite om og hva som potensielt kan være en fare for sikkerheten. Dersom en blir pålagt å rapportere enkelte hendelser vil man muligens kunne bli straffet dersom dette ikke blir rapportert. Dette vil virke i mot sin hensikt for punkt nummer to i et godt rapporteringssystem, nemlig at systemet skal være ikke straffbart.

Et system vil fungere bedre dersom det ikke er fare for straff ved å rapportere hendelser. Ved at ansatte innrømmer egne feil og ikke risikerer straff vil bidra til at flere tør sende inn rapporter om feil som er begått. Et firma vil kunne ha større nytte av å lære av de feilene som har blitt gjort enn å straffe de som har begått feilene.

Beskyttet vil si at rapportene som er sendt inn er konfidensielle istedenfor anonyme. Det vil si at rapporten er linket opp med identiteten til den som sendte inn rapporten men at identiteten ikke er tilgjengelig for alle. I et slikt system er identiteten kjent for den som tar imot rapporten, men det vil den ikke være videre opp i systemet. Det vil gjøre det vanskelig for ledelsen å straffe enkelte for hendelser som har skjedd og heller sette fokus på læring av hendelsen. Det er derfor viktig at rapportene blir sendt inn til en egen avdeling som er separat fra ledelsen og dette vil beskytte mot at identiteten til den ansatte er kjent og kan straffes av ledelsen.

Anonymitet beskytter ikke bare den ansatte men vil også forhindre at rapporteringssystemet blir misbrukt av de ansatte. Dersom det skulle oppstå en situasjon med endringer vil et helt anonymt system kunne bli misbrukt som en verbal søppelbøtte for ting som de ansatte mener er galt med firmaet. Ved rapporter som er ufullstendige og som trenger oppklaring vil firmaet kunne kontakte den som sendte rapporten og få en oppklaring.

Dekker (2012) viser til NASA som har et slikt rapporteringsprogram for ansatte innen

luftfarten. Dette systemet heter Aviation Safety Reporting System. Rapporter som blir sendt til ASRS er konfidensielle og de har til nå fått inn over 1 million rapporter (ASRS). Systemet benytter seg av alle punktene som Dekker (2012) lister opp som bør være tilstede i et godt rapporteringssystem. Det er konfidensielt, non-puntive og frivillig. De samarbeider med FAA (luftfartsmyndighetene i USA), og har til hensikt å samle inn informasjon om hendelser innen luftfartsrelatert arbeid for å fremme sikkerhet.

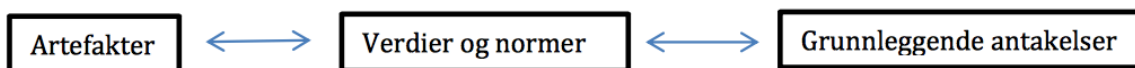
## 2.7 Organisasjonskultur

Enhver organisasjon har en unik organisasjonskultur som inneholder et sett med opplevelser, tanker, meninger og antakelser som opptrer ubevist og er felles for de ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Edgar Schein definerer organisasjonskultur som:

*”Organisasjonskultur er mønstre av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene”*

Ut fra denne definisjonen ser vi at organisasjonskultur er hvordan en gruppe danner seg et handlingsmønster basert på hvordan de løser og tidligere har løst oppgaver og problemer. Dette mønsteret blir en felles forståelse i en organisasjon på hvordan en løser oppgaver. Denne vil bli oppfattet som den eneste korrekte måten å løse oppgaver på og vil bli lært bort til nye som kommer inn i organisasjonen.

Schein (2017) beskriver organisasjonskultur som tre nivåer:



\*Figur 2: Organisasjonskultur

- **Grunnleggende antakelser**

Når en løsning på et problem fungerer over tid vil den etter hvert kunne bli sett på som den eneste korrekte måten å løse en oppgave på. I en sosial gruppe vil dette overtid

skape en holdning som vil vise motstand dersom det skulle komme inn nye alternative løsninger på et kjent problem. Disse holdningene blir lært videre i en gruppe gjennom sosialisering på arbeidsplassen.

- **Verdier og normer**

Det kommer til uttrykk gjennom de grunnleggende antakelsene, det kommer frem når de ansatte har en grunnleggende antakelse om noe. Her hos oss er det beste slik vi gjør det nå fordi det har fungert hos oss i lang tid.

- **Artefakter**

Beskriver hvordan en organisasjon uttrykker sin kultur gjennom synlige elementer som ved for eksempel uniformer, åpne kontor landskap. Artefaktene blir en ytre presentasjon av virksomhetens indre prosesser og identitet.

Grunnleggende antakelser vil over tid kunne forme verdier og normer i en organisasjon som igjen er med på å forme artefaktene til organisasjonen. Kultur består av forhold som blant annet holdninger og antakelser.

## 2.8 Sikkerhetskultur

James Reason (1997) definerer sikkerhetskultur som:

”The safety culture of an organization is the product of individual and group values, competencies, and patterns of behaviour that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organizations with a positive safety culture are characterized by perceptions of the importance of safety and by confidence in the efficacy of preventive measure”

I mangel på ulykker er det er den beste måten å opprettholde denne tilstanden å lage et sikkerhetsinformasjons system som kan samle inn data om hendelser og nesten ulykker som kan brukes i et proaktivt arbeid mot sikkerhet. Reason (1997) beskriver dette som en ”*informed culture*” . Dette blir beskrevet som de som styrer og opererer systemet og har kunnskap om menneskelige, tekniske, organisatoriske and miljø elementer som påvirker sikkerheten for hele organisasjonen. Denne ”*informed*” culture er en god beskrivelse på sikkerhetskultur (Reason,1997).

- **Rapporteringskultur**

Et hvilket som helst sikkerhetssystem er avhengig av at rapporter kommer inn. For å få inn rapporter er en organisasjon avhengig av at de ansatte, som er i direkte kontakt med potensielle farer, deltar aktivt i sikkerhetsarbeid ved å sende inn rapporter. Dette kan organisasjonen oppnå ved å legge til rette for en kultur hvor de ansatte er villige til å rapportere de feil og nesten uhell de opplever.

- **Rettferdighetskultur**

En effektiv rapporteringskultur er på sin side igjen avhengig av hvordan organisasjonen behandler skyldspørsmålet ved de rapporter som kommer inn. Dette kan gjøres ved å danne en Just Culture som kan beskrives som en atmosfære av tillitt, hvor de ansatte blir oppmuntret og til og med belønnet for å sende inn sikkerhetsrelaterte rapporter, men på samme tid er klare på hvor grensen går for akseptabel og uakseptabel handling.

- **Fleksibel kultur**

High Reliability Organizations har evnen til å omstille seg de endringene den til daglig møter. Denne fleksibiliteten kan ha mange former og en kan være at beslutninger ikke nødvendigvis blir tatt av den som sitter øverst i hierarkiet men blir tatt av den med størst kunnskap på området. På denne måten er hierarkiet fleksibelt ved at ledelsen i organisasjonen tillater at dette skjer i kortere perioder for at sikkerheten ivaretas. En slik kultur er viktig for organisasjoner som til daglig opererer der det er stor risiko for at feil kan få katastrofale følger.

- **Lærende kultur**

Til slutt har vi en lærende kultur, villighet og kompetanse til å trekke de rette konklusjonene fra sikkerhetsavdelingen og villighet til å innføre reformer når en ser at dette kreves.

James Reason (1997) beskriver den ideelle sikkerhetskulturen som en motor som fortsetter å drive systemet/organisasjonen mot målet om høyest mulig sikkerhet uavhengig av personligheter innen ledelsen og kommersielle interesser. Vi vil i de neste kapitlene gå mer i dybden på de forskjellige kulturene som er med på å danne en god sikkerhetskultur.

## 2.8.1 Rapporteringskultur

Et godt rapporteringssystem alene er ikke nok for at en organisasjon skal kunne lære av de feilene de gjør. Reason (1997) viser til at det er viktig å legge til rette for at rapporter skal komme inn. En organisasjon er helt avhengig av at den enkelte ansatte er villig til å innrømme feil og rapportere dette inn for at systemet skal fungere optimalt.

For mange ansatte kan det hende at de ikke ser verdien av å sende inn en rapport, spesielt ikke dersom de står i fare for represalier. Å kunne se hensikten i å sende inn en rapport dersom det ikke kommer noe godt ut av det kan i følge Reason være vanskelig. Elementer som kan være med på å gjøre det ufordelaktig for den enkelte å sende inn en rapport kan være, ekstra arbeid, skepsis til systemet, at en rett og slett har glemt eller ikke har visst at en har gjort en feil og kanskje aller viktigst mangel på tillitt og frykt (Reason, 1997).

Reason (1997) skriver at hvordan en organisasjon håndterer spørsmål om skyld ved uhell og feil vil påvirke hvor effektiv en rapporteringskultur er. Han viser til det han kaller ”blame” og ”No-blame” som eksempler på kulturer på dette området.

### 2.8.1.1 *Blame kultur*

En ”*blame*” kultur blir beskrevet som et sett med normer og holdninger innen en organisasjon som kan kjennes igjen på at det eksisterer en motstand i å ta risiko eller akseptere ansvar for de feil en gjør fordi det vil utgjøre en fare for represalier for den enkelte (Gorini, Miglioretti, Parvettoni, 2012). Dette vil være med på å skape et miljø hvor de ansatte ikke tør å sende inn rapporter i frykt for at det skal bli hengt ut eller at det skal påvirke den enkelte i negativ forstand. En organisasjon går på grunn av en slik kultur glipp av potensielt verdifull informasjon som de kunne ha brukt til å forebygge feil. En ”*blame*” kultur er dermed på å skape underrapportering og er forståelig nok ikke noe som er ønsket i en god og effektiv rapporteringskultur.

### 2.8.1.2 *No-Blame kultur*

En ”*No-blame*” kultur er heller ikke ønsket i følge Reason (1997) de fleste ønsker å bli holdt ansvarlige på et eller annet nivå når feil oppstår. Amnesti mot feil vil gjøre at de ansatte mister troverdigheten til systemet. De ansatte må føle at det er en forskjell på det å gjøre en

feil som en ikke hadde til hensikt å gjøre og en feil som ble begått med overlegg. Dette vil vi ta for oss nå i neste kapittel under rettferdighetskultur.

## 2.8.2 Rettferdighetskultur

Som nevnt i kapitlet over er en rettferdighetskultur en del av det å være en god sikkerhetskultur. For at en rapporteringskultur skal være effektiv så må kulturen oppfattes som rettferdig, dersom tilliten til ledelsen er til stede vil dette gjøre det lettere for ansatte å sende inn rapporter. Just Culture er med på å skape en god rettferdighetskultur.

### 2.8.2.1 *Just Culture*

Eurocontrol definerer Just culture som;

*”En kultur hvor frontlinjeansatte og andre ikke straffes for handlinger, forglemmelser eller valg de tar som basert på deres erfaring og trening, men hvor uforsiktighet, overseelse av regler og destruktive handlinger ikke tolereres”* (Eurocontrol.int 2018).

Som vi ser av definisjonen så er hensikten ikke å straffe ansatte for feil de gjør med mindre disse er begått med vilje. Hensikten er å oppmuntre ansatte til å sende inn rapporter på hendelser for å kunne lære av disse. Feil og uhell kan oppstå, men det er viktigere å lære av disse fremfor å straffe den eller de som førte til at det ble feil.

Hva er så en Just Culture, det handler mye om å balansere sikkerhet med ansvarlighet. Ansvarlighet er viktig fordi det å bli holdt ansvarlig handler mye om tillitt en organisasjon må ha til det de holder på med. Dette gjelder både fra utsiden og innad i organisasjonen. De er nødt til å holde de som gjør feil ansvarlige for de feil som blir begått. Men Dekker (2012) hevder at det å kun reagere på ansvarlighet sannsynligvis ikke vil føre til rettferdighet eller økt sikkerhet. Ansatte vil kunne føle seg hengt ut og dette vil kunne påvirke villigheten til å informere om sikkerhetsproblemer.

En Just culture vektlegger også sikkerhet slik at de ansatte føler seg komfortable med å dele informasjon om hva som kan gjøres sikrere og dette vil tillate organisasjonen i å investere resurser som gir utbytte i form av større sikkerhet (Dekker, 2012).

Dekker (2012) beskriver Just Culture med åtte punkter:

- En enkelt tolkning av en situasjon vil ikke være sannheten av en kompleks handling
- Aksepterer ikke en side av en sak som helt rett eller helt gal
- Handler om kompromiss
- Legger vekt på gi alle i en organisasjon en stemme
- Handler ikke om å oppnå makt over noen andre
- Å avsløre feil er viktig
- Å beskytte de som bidrar til å avsløre er også viktig
- Proporsjonalitet og anstendighet er helt avgjørende

Just Culture handler om å trekke en grense for det som blir sett på som akseptabel og uakseptabel handling. Denne grensen handler om å balansere mellom disse to. Dersom det ikke er noen risiko for straff vil det verken føre til at de ansatte handler ansvarlig eller til at de rapporterer egne feil og uhell. Dekker (2012) hevder at innen just culture må det skilles mellom akseptable og uakseptable feil. Dersom det ikke eksisterer en linje mellom disse to vil den enkelte lett kunne tenke ”hvorfor sende inn en rapport i det hele tatt?”. Dette er verken bra for moralen blant de ansatte, tillitten til ledelsen eller for å kunne lære av de feilene som blir gjort.

### **2.8.3 Fleksibel kultur**

En fleksibel kultur innen en organisasjon er en kultur hvor en har lett for å tilpasse seg effektivt ved endrede forhold. HROer som vi har tatt for oss tidligere i kapittelet er en gjenganger i slike kulturer.

### **2.8.4 Lærende kultur**

Schein (2010) hevder at i en lærende kultur må en anta at, den holdningen mennesker har til miljøet rundt seg, vil en proaktiv holdning til problemløsning og læring være den riktige. Han hevder videre at dersom kulturen er bygget opp annerledes og mer opp mot en passiv holdning til dette, så vil læring bli desto mer vanskelig etter hvert som miljøet rundt endrer seg.



I en lærende kultur må en felles antagelse om at læring er en god ting, som det er verdt å investere tid på, ligge dypt. Det å se verdien i å kunne tilegne seg ny informasjon er også veldig viktig i en slik kultur. Noen viktige faktorer innen læring ligger blant annet i det å få tilbakemeldinger og å kunne reflektere over betydningen disse har. Denne informasjonene vil kunne gå begge veier, både fra ledelsen til de ansatte og motsatt. Schein (2010) hevder at tilbakemelding kun er verdifull dersom den som skal lære noe ønsker dette.

En annen viktig faktor når det kommer til læring innen en kultur er selve evnen organisasjonen har til å lære seg nye måter å løse ting på. En lærende kultur må derfor sette pris på tankevirksomhet og eksperimentering, derfor bør organisasjoner gi sine ansatte tid og resurser til å gjøre dette (Schein, 2010).

## **2.9 Hva driver en god sikkerhetskultur**

Som vi har vært inne på tidligere beskriver Reason (1997) en sikkerhetskultur som en motor som driver systemet mot en høyest mulig sikkerhet. Men hva er det som driver denne motoren? Henry Mintzberg (1989) beskriver dette med tre punkter, forpliktelse, kompetanse og bevissthet (gjengitt av Reason, 1997).

- **Forpliktelse**

Reason (1997) forteller at forpliktelse handler om to ting, det ene er motivasjon. Dette viser han til om organisasjonen har motivasjon til å være ledende innen god sikkerhetspraksis. Det er vanskelig å opprettholde motivasjon over tid, men i et sikkerhetsperspektiv er det viktig at motivasjonen er til stede for strekke seg etter god sikkerhet. Den andre handler om resurser til å oppnå sikkerhetsmål, Mintzberg (1989, gjengitt av Reason, 1997) hevder at det ikke kun handler om penger, men det handler også om kvalitet og kvantitet. Det handler også om de menneskene som sitter med ansvaret i sikkerhetsavdelingen. Det er viktig at denne avdelingen har de ressursene som skal til for å kunne gjøre en god jobb.

- **Kompetanse**

Reason (1997) hevder at forpliktelse i seg selv ikke er nok, men kompetansen innen organisasjonen er like viktig for å kunne oppnå de sikkerhetsmål de har satt seg. Kompetansen henger sammen med kvaliteten på sikkerhetssystemet i organisasjonen. Samler den inn rett informasjon? Bli informasjon som kommer inn fulgt opp og gjort noe med?

- **Bevissthet**

En organisasjon må være bevisst på at sikkerhet ikke er noe som en oppnår av seg selv. Operasjonen innen en organisasjon må hele tiden monitoreres og bli fulgt opp til en hver tid for å holde sikkerheten på rett nivå. Det at ulykker ikke skjer betyr ikke at alt er som det skal, det handler derfor om at en er bevisst på at uønskede hendelser kan skje til en hver tid (Reason 1997).

## 2.10 Forskningsmodell og spørsmål

Vi vil i dette kapittelet gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å kunne besvare problemstillingen vår. Et rapporteringssystem vil i seg selv ikke være godt nok for at en organisasjon skal lykkes med å opprettholde sikkerheten på et høyest mulig nivå, kulturen er også veldig viktig for at systemet skal fungere optimalt (Reason, 1997). Vi har på bakgrunn av teorien valg å se på hvordan både rapporteringssystemet og kulturen er hos Norwegian og Hjemmesykepleien i Kragerø kommune.

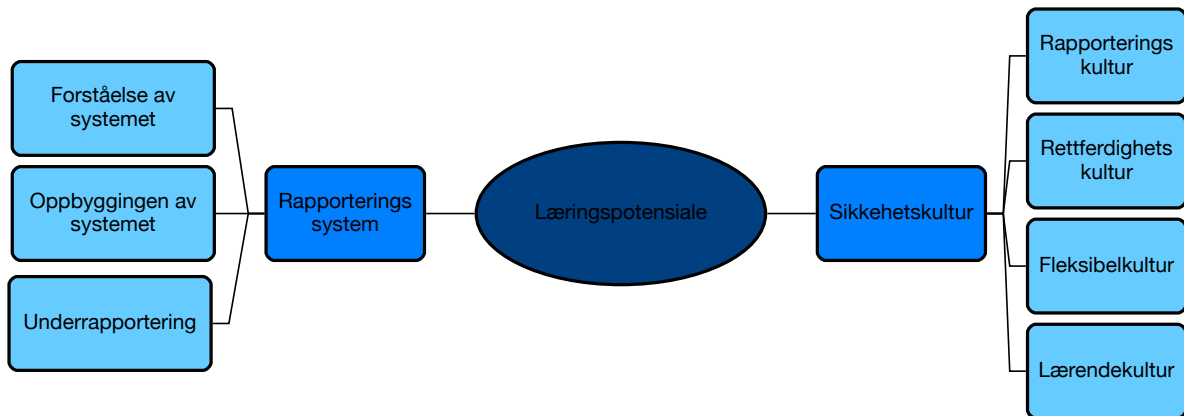
Vi har ønsket å se på hvordan rapporteringssystemet har vært bygget opp. Dette for å kunne se hvor godt dette fungerer og se om dette stemmer med hva teorien sier. For å kunne besvare problemstillingen og for å holde struktur i oppgaven har vi forsøkt å få svar på følgende spørsmål om rapporteringssystemet:

- Hvordan er forståelsen av systemet?
- Hvordan er oppbygningen av systemet ?
- Hvorfor eksisterer det underrapportering?

Rapportering baserer seg på sikkerhet. Systemet alene er ikke godt nok men det er viktig at kulturen for å bruke systemet også er tilstede. Reason (1997) bruker *informed culture* når han beskriver sikkerhetskultur. For å holde struktur og besvare problemstillingen har vi forsøkt å få svar på følgende spørsmål om kulturen:

- Hvordan er rapporteringskulturen?
- Hvordan er rettferdighetskulturen?
- Kan yrkene ansees som HROer?
- Eksisterer det en lærende kultur?

Ved å samle inn denne informasjonen har vi kunnet se hvor godt systemet fungerer og hvordan kulturen er i disse to yrkene. Vi har senere i konklusjonen sammenliknet dette og sett om det er rom for læring mellom disse to organisasjonene.



\*Figur 1: Forskningsmodell

### **3.0 Metode**

#### **3.1 Innledning**

Vi vil i dette kapittelet beskrive hvordan vi har planlagt og valgt metode i forhold til oppgaven. Vi vil beskrive hvordan vi kom frem til problemstillingen, undersøkelsesdesign og metode. Videre vil vi beskrive utvalgsstrategi og metode for datainnsamling. Vi vil forklare hvordan vi analyserte og helt til slutt vil vi se på intern gyldighet, troverdighet, overførbarhet, forskningens kvalitet og etikk.

Metode, av det greske ordet *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Det dreier seg om hvordan en skal gå frem for å få informasjon om den sosiale virkeligheten og hvordan denne skal analyseres. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data. Dette er en sentral del av empirisk forskning (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011).

Hensikten med forskning er å frambringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten. For å klare dette må forskeren ha en strategi for hvordan han eller hun skal gå frem. Denne strategien er metoden. Metode dreier seg om hvordan en tilnærmer seg og forsøker å avdekke virkeligheten (Jacobsen, 2016).

Vi har ønsket å beskrive forskjeller mellom flybransjen og helsevesenet når det kommer til rapporteringssystem og rapporteringskultur. Vi har valgt oss ut to grupper. Den ene er piloter i Norwegian Air Shuttle ved Oslo basen og den andre gruppen er sykepleiere ansatt ved hjemmesykepleien i Kragerø kommune. Dette er to helt separate HROer som vi har ønsket å se nærmere på. Vi vil i denne oppgaven forsøke å finne ut om det er noen forskjeller i rapporteringssystemene og hvordan kulturen er rundt rapportering og sikkerhet. De eventuelle forskjellene kan være et grunnlag for læring mellom disse to organisasjonene.

Vi har god kjennskap til pilotenes rapporteringssystem både teknisk og hvordan data blir brukt til å øke sikkerhet samt kompetansenivå i sin organisasjon. Oppbygningen av dette kommer vi tilbake til senere i oppgaven. Vi har mindre kjennskap til hvordan hjemmesykepleien bruker sitt rapporteringssystem og hvordan sikkerhetskulturen er i denne organisasjonen. Det tok noe tid å få laget en konkret problemstilling og den ble også forandret underveis. Etter å ha konkretisert problemstillingen valgte vi design. Vi valgte case studie da dette var den som passet oss best siden vi ville sammenligne to organisasjoner. I valg av metode ble det tidlig klart at vi ønsket å intervju våre informanter og valget falt på en kvalitativ forskningsmetode (Jacobsen, 2016).

Vi gjennomførte en forundersøkelse med både virksomhetsleder for sykepleierne og chief safety pilot i Norwegian, her vi fikk detaljert informasjon om oppbygningen av rapporteringssystemene samt mer informasjon om hva slags data som blir lagret og hvordan denne blir brukt. Ut fra informasjonen fra forundersøkelsen til spisset vi problemstillingen.

### **3.2 Valg av metode**

Kvalitativ metode egnet seg bra da vi ønsket å se nærmere på et fenomen. Hensikten med et kvalitativt opplegg har ofte som formål å avdekke hvordan mennesket fortolker og forstår egen situasjon. Det kan være en metode som egner seg bedre til å avklare uavklarte temaer og gi en nyansert beskrivelse av en situasjon. I et åpent intervju kan det gi muligheten til å plukke opp både direkte svar, men også signaler en plukker opp fra informanten. Dette kan gi grunnlag for oppfølgingsspørsmål som kan gi et mer nyansert bilde av konteksten (Jacobsen, 2016). Siden vi ikke kjente til svarene vi ønsket svar på og heller ikke intervjuobjektene, ønsket vi å holde intervjuene ansikt til ansikt.

En del av spørsmålene våre i intervjuguiden er sensitive og kunne potensielt sette informantene våre i et dårlig lys. For å unngå at de ikke ville pynte på svarene sine så ville vi legge til rette slik at de hadde mulighet til å snakke fritt i et trygt miljø uten at noen andre var til stedet. Dette gjorde vi ved å holde intervjuene hjemme hos oss holdt som intervjuet.

Kvalitativ metode er godt egnet der man vet lite om fenomenet det skal forskes på og problemstillingen er uklar. Det er ofte en sterk sammenheng mellom intensive undersøkelsesopplegg, som casestudier, og kvalitative metoder (Jacobsen, 2016). Intensive undersøkelsesopplegg som casestudie er velegnet til å belyse problemstillinger der vi er interessert i dybde, nyanser, forholdet mellom individet og kontekst.

Vi så tidlig at det ville bli for ressurskrevende tidsmessig å intervju flere hundre sykepleiere. Det er også slik at sykepleierfaget er et stort fag og som omfatter mange avdelinger og spesialiseringer. For å ikke utelukke muligheten til å kunne forske i dybden valgte vi da en spesiell gruppe sykepleiere. Valget ble hjemmesykepleien. Hvordan vi kom frem til dette kommer vi tilbake til i eget avsnitt. Siden casestudie er et kvalitativt design og dette virket som det riktige for oss så falt også valget på kvalitativ metode naturlig.

I samfunnsvitenskapen skilles det ofte mellom myke og harde data. Litt forenklet kan man si at harde data er data som kan registreres med tall. Myke data er for eksempel data som er

registrert med tekst, lyd, film eller bilder. Data kan være diffus og ikke umiddelbart lett å registrere. Det handler om hvor lett observerbar og registrerbar virkeligheten er. Det er ikke slik at ved å bruke for eksempel tall så utelukker man myke data visa versa. Direkte registrerbar virkelig som undersøkes ved hjelp av myke data tar sikte på å få frem hvordan mennesket tolker det man forsker på, fenomenet. Man får lettere frem objektets egne fortolkninger. Folks motiver for å handle eller tenke som de gjør er mentale tilstander som ikke er direkte observerbare. Slike motiver kan samles inn ved for eksempel samtalepregede intervjuer (Johannessen, Christoffersen, og Tufte, 2011). Som vi oppdaget i forundersøkelsen og prøveintervjuene så virket det på oss som om noen spørsmål kunne virke ubehagelige for enkelte. For oss har det vært veldig viktig å kunne føle på den mentale tilstanden til intervjuobjektene samt registrere kroppsspråk og talemåte. Til dette kan intervju gitt på den rette måten fungere bra.

### **3.3 Valg av design**

Etter et møysommelig arbeid med å konkretisere problemstillingen måtte vi finne et passende undersøkelsesopplegg. Vi ønsket å forske på om det er god eller dårlig rapporteringskultur med tanke på sikkerhet i flybransjen og i helsevesenet. Det var utrolig mange potensielle informanter til forskningsoppgaven vår så vi ønsket å snevre inn gruppene så mye som mulig. Ut fra teorien så vi at casestudie var et godt design for vår forskningsoppgave.

Det som kjennetegner en casestudie er at forskeren henter inn mye informasjon fra noen få enheter eller caser over kortere eller lengre tid. Det starter normalt med et problem som er eller kan være av generell interesse for samfunnet eller den enheten man forsker på. Det er vanlig at man har gjort seg noen teoretiske antagelser etter å ha gitt noen grunnleggende spørsmål og det er disse svarene som ligger til grunn for den videre forskningen. Det er vanlig med detaljert og omfattende datainnsamling. Man kan bruke flere datakilder, en fellesnevner er at kildene er tid og stedsavhengige. Det er mange måter å innhente informasjonen på, men ofte med kvalitative tilnærminger. I en casestudie er det et kjennetegn at det samles inn mest mulig informasjon og at en studerer casen grundig og detaljert for å kunne få med mest mulig informasjon. Casestudiet passer bra når en skal intervjuer en gruppe eller en institusjon (Yin, 2007, gjengitt av Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). Vi ønsket å sammenligne to grupper og se om det var forskjeller i kulturen og rapporteringssystemene som gav mulighet

for læring mellom disse organisasjonene. Det var da viktig for oss å få sammenlignet de to gruppene vi var interessert i, sykepleiere og piloter.

For å undersøke hjemmesykepleiere og piloter så kom vi til det åpenbare problemet med valg av informanter og at det er veldig mange å velge mellom. Casestudie som design er en utvalgsundersøkelse. Den tar utgangspunkt i at det er mange informanter en skal forske på, noe en vanligvis ikke har tid eller ressurser til å gjøre. Dette er en av grunnene til at casestudiet egner seg bra når en skal studere en gruppe mennesker som en enhet (Jacobsen, 2016).

### **3.4 Datainnsamling**

I dette avsnittet skal vi beskrive hvordan og hva slags data vi har samlet inn data og hvorfor vi har gjort de valgene vi har gjort. Vi ønsker å finne ut om rapporteringssystem og rapporteringskultur legger til rette eller gir læring til henholdsvis sykepleiere ved og piloter i Norwegian.

Det kvalitative forskningsintervjuet søker å få sett verden sett fra intervjupersonens side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden. I forskningsintervjuer snakker vi med folk fordi vi vil vite hvordan de beskriver opplevelsene sine eller beskriver handlingsvalgene sine. Forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap (Kvale, Brinkmann, 2015). Når en pilot eller en sykepleier sender inn en rapport på en bestemt uønsket hendelse så er det ønskelig at hendelsen ikke gjentar seg og at personen(e) har lært noe av hendelsen. Dette kan føles negativt for den som må fylle ut rapporten personlig og yrkesmessig da potensialet for at det er gjort en feil et sted er tilstede. Det kan være følelser involvert i en slik rapport og det var viktig for oss å kunne få et så personlig forhold til dem vi intervjuet som mulig. Vi ønsket å skape så trygge rammer rundt intervjuet som mulig for å skape tillit og på den måten kanskje komme mer i dybden på fenomenet.

Kvalitative intervjuer egner seg godt når man skal ha en dialog med mennesker for å innhente data for å få svar på problemstillingen. Når informanten blir bedt om å rekonstruere hendelser er det spesielt nyttig. Det er mye kunnskap som er situasjonsbestemt, og et intervju er like mye en sosial situasjon som annen samhandling. Sosiale fenomener er komplekse og det kvalitative intervjuet gjør det mulig å få fram kompleksitet og nyanser (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). Vi hadde en god formening om at det ville dukke opp hendelser som kunne være vanskelig å snakke om eller erkjenne for intervjuobjektene våre. Det var

derfor viktig å kunne ta og føle på stemningen for å kunne nærme seg intervjuobjektet på riktig måte for å kunne komme i dybden på fenomenet. Det er mange personer vi skulle snakke med og alle har forskjellig bakgrunn. Vi mente det var viktig for oss å bruke noen minutter for å prøve å bli litt kjent med personen vi skulle intervjuer.

Mellom strukturerte og åpne intervjuer har vi semi-strukturerte intervjuer. Semi-strukturerte intervjuer eller delvis strukturerte intervjuer, også kalt intervjuer basert på intervjuguide. En intervjuguide er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet. De ulike temaene springer ut av de problemstillingene som undersøkelsen skal belyse (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). Forundersøkelsen og samtaler med informanter ga oss en god pekepinn på hva fremtidige intervjuer kunne gi av utfordringer. Blant annet så vi at det var vanskelig å holde en rød tråd samt begrense informasjonsmengden til det som var aktuelt for vår problemstilling. Vi har derfor brukt informasjonen fra forundersøkelsen aktivt til å utforme vår intervjuguide. På denne måten skapte vi et så åpent intervju som mulig, men på valgte temaer.

En kvalitativ studie er som regel intensivt, det vil si få enheter. Data samles inn som ord. Det er store datamengder som blir registrert og dette begrenser antall respondenter man kan bruke. Personlige intervjuer er en klar form for individualisering. De får frem informantens holdninger og oppfatninger, uten at det tas hensyn til den sosiale sammenhengen. Da vi intervjuet mange informanter separat og individuelt, fikk vi også en samling med individuelle synspunkter. Åpne individuelle intervjuer egner seg godt til å få frem enkeltindividers fortolkning av et fenomen (Jacobsen, 2016).

Vi ønsker ikke å generalisere da vi ønsker å være åpne og la funnene tale for seg selv. Det er flere måter å samle data og noen vil ikke passe til vår oppgave eller vår forskning. Observasjon er kanskje det som var mest nærliggende og Jacobsen (2016) beskriver det som å betrakte det mennesker gjør i ulike situasjoner. Det kan også fungere med videoopptak for å få logført alt så riktig som mulig. Det er først og fremst adferd man registrerer på denne måten og det er vanskelig for forskningsobjektene å si at de ikke husker eller at de av mange årsaker har en annen oppfatning av hva de har gjort i en gitt situasjon. For oss betyr dette store utfordringer som nok er umulig å komme rundt. Det ene er at vi ikke vil få tilgang til å se rapporter i sin helhet da de inneholder konfidensiell pasientinformasjon. Det vil også være vanskelig med hensyn til datatilsynet å få lov til å filme sykepleiere som er på hjemmebesøk eller på sykehus. Det er heller ikke først og fremst adferd vi er ute etter, men selve



læringsprosessen til individet ved at feil, mangler blir rapportert og hvordan de blir behandlet etterpå og hvordan det blir lagt til rette for at den enkelte skal ha noen læring av dette.

### *3.3.1 Gjennomføring av Intervjuet*

Det skilles ofte mellom to typer intervjusteder. Ett naturlig og ett kunstig. Ett eksempel på et naturlig sted vil være der den som intervjues ”føler seg hjemme”. Hvor dette er kommer an på mange faktorer og avhenger mye av hva intervjuet skal handle om. Om intervjuet skal handle om hjemmet vil hjemme være et naturlig sted å utføre intervjuet, om intervjuet skal handle om arbeidsrelaterte fenomener kan arbeidsplassen være et naturlig sted å foreta et intervju. Ett nøytralt sted kan for eksempel være intervjuerens kontor. Valget om hvor intervjuet skal foregå er viktig fordi mye forskning har vist at den sammenhengen, ofte kalt konteksten, altså der intervjuet foregår i påvirker innholdet i intervjuet. Dette kalles også konteksteffekten (Jacobsen, 2016). Det ville vært en stor og utfordrende oppgave å kunne intervju pilotene på deres naturlige arbeidsplass av mange grunner. Det enkleste svaret på hvorfor dette ikke er enkelt er at det ikke ville vært lov samt at det ville vært en nesten umulig oppgave å få til med tanke på at intervjuer må ha fri på den eksakte tiden piloten skal ha en flygning som passer inn med hvor intervjuer faktisk befinner seg. Vi ønsket å intervju sykepleiere og piloter under samme kontekst og vi falt da på å gjøre det hjemme hos intervjuer uten avbrytelse fra andre elementer som barn, kone, telefon og annet.

De første par minuttene av et intervju er avgjørende. Intervjupersonen vil gjerne ha en klar oppfatning av intervjueren før personen begynner å snakke fritt og legger frem opplevelser og følelser. Det skapes god kontakt ved at intervjuer lytter oppmerksomt og viser interesse forståelse og respekt for hva intervjupersonen sier, og ved at intervjueren er avslappet og klar over hva han eller hun vil vite (Kvale, Brinkmann, 2015). Vi tenkte at det ville være lettere å få frem trygghet hjemme hos intervjuer og at man kunne ta tiden til hjelp om intervjuobjekt skulle være litt forsinket eller komme for tidlig. Det var lettere å sette av mer romslig tid på denne måten. Samtidig var det lettere å legge til rette for en avslappet atmosfære hvor det ikke var andre som kunne lytte eller blande seg inn. Eksempelvis i Kragerø så er det ikke mange kafeer så sjansen for å kunne sitte alene uavbrutt over lengre tid er ikke så stor. Samtidig kunne det være at noen personlige arbeidsrelaterte historier er følsomme og konfidensielle. Det ville da være bedre å ta dette vekk fra offentligheten.

Vi hadde laget et følgeskriv som fortalte kort om hva som var problemstillingen for vår oppgave samt at vi kom til å bruke lydopptager. Denne ble sendt på mail i forkant av intervjuet. I minuttene før intervjuet hadde vi en kort avslappet samtale før vi gikk gjennom en briefing som forklarte hva som var formålet, at de var anonyme og at lagret materiell ville bli slettet etter at oppgaven var godkjent (Kvale, Brinkmann, 2015). Vi gikk også gjennom noen begrepsavklaringer som vi følte var nødvendig. Disse begrepsavklaringene hadde kommet til kjenne under samtaler med informanter før vi utviklet intervjuguiden.

En god samtale krever at man ganske ofte har øyekontakt. Det gjør det vanskelig å ta notatet, men det er også kjekt å ha noen notater for å huske innholdet i samtalen til et senere tidspunkt. En delvis løsning på dette problemet kan være å ta opp intervjuet ved hjelp av en opptaker eller en smarttelefon. Da får man med seg alt intervjuobjektet sier helt ordrett. Det blir også mulig for andre å gå inn i ”rådata” for å kunne kontrollere og sjekke utsagn og tolkninger (Jacobsen, 2016).

Vi forklarte at vi skulle bruke lydopptager på smarttelefon og hvordan denne virket. Det var ingen som viste eller uttalte noe negativt med at vi tok opp samtalen.

### *3.3.2 Hvordan velge ut informanter*

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap om fenomenet slik at vi kan danne oss gyldige beskrivelser og ikke statistiske generaliseringer. Rekruttering av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål. Man kan kalle det en strategisk utvelgelse av informanter (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). I vår forskningsoppgave så vi på forskjeller og likheter i rapporteringskultur mellom helsevesenet og flybransjen. Vi var godt kjent med egen bransje og vårt rapporteringssystem. Når det kommer til sykepleierne prøvde vi å danne oss et så godt bilde som mulig om yrket, bransjen og arbeidshverdagen deres.

Det er et ganske klart skille mellom begrepene informant og respondent. Personer med direkte kjennskap til et fenomen, for eksempel ved at de har deltatt i en hendelse, eller er med i en spesiell gruppe, kaller vi som oftest respondenter. I mange kvalitative undersøkelser velger vi også ut informanter. Dette er personer som ikke selv representerer gruppen vi undersøker, men som har god kunnskap om gruppen eller fenomenet (Jacobsen, 2016). I forkant av utvelgelsen av intervjuobjekter brukte vi en del tilfeldige informanter for å finne ut danne oss

et bilde av arbeidsplassene og miljø, samt skaffe oss forhåndsinformasjon om emnet vi skulle undersøke. Vi begrenset våre respondenter til å gjelde sykepleiere ved hjemmesykepleien og piloter i Norwegian. Det var viktig for oss å få tak i en gruppe mennesker som hadde interesse og lyst til å la seg bli intervjuet samtidig som de hadde erfaringer som de ville dele med oss.

Intensive utvalg består av det å finne personer som har god evne til å gi detaljert, personlig og informert refleksjon over eget fag (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). Sykepleierne ved hjemmesykepleieavdeling vi forsker på er ikke så mange totalt så vi sendte ut mail og SMS til alle sammen. Det viste seg at vi trengte de fleste av dem som takket ja.

Snøballmetoden er en metode for utvelgelse som forskere bruker når de forhører seg i et miljø de skal forske på for å finne ut hvem som vet mye om fenomenet. Disse personene kan igjen vise til andre som de mener vil være aktuelle for undersøkelsen. Slik får man tak i flere respondenter ved at den ene forteller om den andre, ballen ruller og derfor kalt snøballmetoden (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). Dette er en utvelgelsesmetode som er ganske lik den vi endte opp med å bruke på våre informanter. Vi forhørte oss litt i miljøet og hadde noen spørsmål for å danne oss et bilde om de var de rette personene til vår oppgave. Etter som vi snakket med flere og flere så klarte vi å danne oss et bilde av hvem vi skulle velge som informanter.

Vi gjorde det samme med pilotene, men her hadde vi veldig mange flere intervjuobjekter å velge mellom. Det jobber 1500 piloter i Norwegian, men det er samme ledelse og rapporteringssystem de jobber under. For å spare tid valgte vi da en bestemt base og konkretiserte ned til Kapteiner. Grunnen til å velge kapteiner er at det er deres ansvar å sende inn rapporter og derfor mest gyldig å bruke dem.

Hvor mange intervjuobjekter skal man velge? Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite. Om det er for få er det vanskelig å generalisere og hvis det er for mange har man ikke tid til å gå i dybden når man skal analysere (Kvale, Brinkmann, 2015). Vi hadde i utgangspunktet 10 piloter og 10 sykepleiere som vi ønsket å intervju, men vi endte opp med å ha noen i reserve i tilfelle vi skulle få frafall av intervjuobjekter. Slik at vi endte opp med 8 informanter av begge gruppene.

### **3.4 Data analyse**

Da vi startet på masteroppgaven hadde vi en del tanker og ideer om hva vi ønsket å forske på. Ved å stille noen grunnleggende spørsmål vil man gjøre seg noen antagelser og disse antagelsene er dem som ligger til grunn for den videre forskningen. Yin (2007) mener også at det er nærliggende å lese teori som man mener vil underbygge disse teoriene, det vil si analyse basert på teoretiske antagelser (gjengitt av Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011). Etter forundersøkelsen hadde vi en formening om noe grunnleggende teori. Denne teorien brukte vi opp mot intervjuguiden som vi senere benyttet under intervjuene. Det ble veldig mye tekst og informasjon som vi skulle bruke. I dette kapittelet ønsker vi å beskrive hvordan vi har dokumentert, utforsket, systematisert og kategorisert, samt sammenbinding av data. Vår tilnærming til analysen er innholdsanalyse.

#### *3.4.1 Dokumentasjon*

Vi gjennomførte et semi-strukturert intervju som vi tok opp på lydfil. Vi brukte våre egne telefoner til dette. Vi tok notater underveis da det ofte dukket opp elementer man ønsket å vite mer om eller ville avklare. Brukte disse notatene under intervjuet, men oftest førte notatene til spørsmål eller samtaler etter gjennomført intervju for å få klarhet i hva intervjuobjektet for eksempel mente eller følte rundt et spesifikt tema eller spørsmål. Alle lydfilen ble så transkribert i sin helhet.

#### *3.4.2 Utforske*

Tekst graving, leting eller telling av ord, sitat eller avsnitt som gir mening. Den enkleste formen er enkelte ord (Jacobsen, 2016). Her brukte vi det transkriberte intervjuet og leste gjennom alle sammen mens vi diskuterte og dannet oss en oppfattelse av hvordan informasjonen vi satt med passet inn i vår problemstilling og valg av foreløpig teori. Vi dannet oss et bilde av hele oppgaven og fikk på denne måten dannet oss en vei videre.

### 3.4.3 Systematisere og kategorisere

Innholdsanalyser er basert på en antagelse av at det intervjuobjektene sier i et intervju kan reduseres til et sett overordnede og meningsfulle kategorier (Krippendorf 2013, gjengitt av Jacobsen, 2016). Kategorier kan i følge Jacobsen (2016) beskrives som data som ligner hverandre eller omhandler det samme. Disse samles i en gruppe som kalles kategori. Dette kalles ofte åpen koding og representerer en forenkling av kompliserte, detaljerte og rike data.

Etter intervjuene transkribert vi lydfilene og la inn notatene vi gjorde under selve intervjuene. Lydfilene ble deretter slettet slik at informantene forble anonyme. Hvert intervju utgjorde i snitt 6 sider med tekst noe som totalt gav oss 96 sider med data. For å danne oss en bedre oversikt valgte vi å kategorisere denne datamengden, dette ble gjort ved å dele inn dataen i kategorier som vi på forhånd hadde sett for oss. Det dukket også opp noen nye underkategorier under intervjuene som også ble samlet i egne kategorier.

Det gjør det lettere i analysen å forholde seg til et fåtall kategorier enn den totale datamengden. Vi har som nevnt innledningsvis i kapittelet rettet oss mot et sett hovedkategorier innen rapporteringssystem og kultur. Det ble mange kategorier og de forandret seg etter hvert som det ble lagt inn mer og mer data. Det dannet seg etter en liten stund et bilde av hva som ville bli hovedkategorier og underkategorier.

### 3.4.5 Sammenbinde

Vi hadde på forhånd satt opp noen kategorier som vi ville undersøke nærmere, disse kategoriene ble dannet i intervju guiden og seinere i forskningsmodellen. Ved gjennomgang av de transkriberte intervjuene har vi sett hva informantene har svart på spørsmålene og kategorisert disse slik som vist i tabellen under. Etter hvert som vi har gått gjennom dataen har det dannet seg flere underkategorier, basert på disse har vi videre kategorisert og sammenliknet.

Kategori	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Positiv	x	x		x				x						x		x
Negativ					x		x		x	x	x				x	
Nøytral			x			x						x	x			

\*Tabell 1: Kategorisering av data

I tabellen over dannet vi oss en oversikt over hvordan informantene stilte seg til et spørsmål. Videre hentet vi ut data om hva de forskjellige hadde svart på det samme spørsmålet om hva, som i dette eksempelet, var negativt. Dette brukte vi da til å sammenlikne likheter både internt i gruppene og mellom de forskjellige gruppene.

Negativ	5	7	1	2	3	7
For detaljert	x		x			
Vanskelig å navigere		x		x	x	
Dårlig sammensatt						x

\*Tabell 2: Underkategorisering av data

På denne måten hva vi jobbet oss gjennom datamateriale og kommet frem til de funnene som vi vil presentere seinere i oppgaven.

### 3.5 Gyldighet

Intern og ekstern gyldighet går på om resultatene oppfattes som riktige eller feil, eller at det er samsvar mellom virkeligheten og forskerens beskrivelse av virkeligheten. For å underbygge om informasjonen vi har er pålitelige eller gyldige er det viktig å ha et åpent øye for hvordan en velger intervjuobjekter og om man har mulighet til å få til akkurat dette. Gyldighet er spørsmålet om vi har fått tak i det vi ønsker å få tak i (intern gyldighet) og om vi kan overføre det vi har funnet til andre sammenhenger (ekstern gyldighet). Pålitelighet er spørsmålet om vi kan stole på de dataene vi har samlet inn (Jacobsen, 2016).

#### 3.5.1 Intern gyldighet

Alle kvalitative undersøkelser er så gode som de dataene man klarer å samle inn i de første fasene. Dermed vil dataens gyldighet være svær avhengig av kildene (Jacobsen, 2016). Vi valgt sykepleiere som har god erfaring og på egen hånd har sendt rapporter eller avvik på eget initiativ. Vi hadde et ønske om å få tak i piloter og sykepleiere som har vært involvert i uønskede hendelser av en viss karakter. Dette var viktig for å kunne detektere relevante funn på det emosjonelle plan.

Det er viktig å ta en kritisk intern drøfting om de intervjuobjektene man har valgt ut har evnen til å gi så riktig beskrivelse av fenomenet som mulig. Med evne tenker en på kunnskap og at en har en form for nærhet til fenomenet. Det beste er om en får tak i et intervjuobjekt som har noe selvopplevd da andrehåndsinformasjon tradisjonelt sett er mindre pålitelig enn førstehåndsinformasjon om man ønsker å generalisere. Et annet aspekt er om intervjuobjektet har viljen til å gi riktig informasjon. En må stille seg spørsmålet om det finnes en grunn til å lyve eller å pynte på sannheten. Intervjuobjektet kan ha ulike motiver for å gi et skjevt bilde av virkeligheten. For eksempel er det for de fleste viktig å fremstå på en sosialt riktig måte (Jacobsen, 2016).

Da vi valgte ut våre intervjuobjekter valgte vi på pilotsiden å få tak i kapteiner. Grunnen til dette er at de generelt sett har mer erfaring og flytimer enn styrmenn. Med flere år i arbeidsmarkedet antok vi også at sjansen for at kapteinene hadde flere selvopplevde hendelser var større og at vi dermed ville få tak i mer førstehåndsinformasjon. Det er også kapteinene som generelt sett produserer rapporter på uønskede hendelser da det er hans/hennes ansvar. Dette var også avgjørende for valget av kapteiner og ikke styrmenn. Sykepleierne ved hjemmesykepleien i Kragerø er ikke så mange. Det i seg selv så vi på som en trussel mot gyldigheten, men de var mange nok til at vi nådde en metning på informasjon. Ved å velge spesifikk hjemmesykepleien og ikke sykepleiere generelt i kommunen så vi at vi kunne få generalisert mer. En må dog ta i betraktning at sykepleiere ved andre avdelinger kan ha andre betraktninger på fenomenet enn de vi har intervjuet.

Jacobsen (2016) beskriver at det er viktig å avdekke om en kan ha en situasjon der kilder kan ha klare motiver for å lyve. En kan tenke seg at om en er i en situasjon der man ikke blir oppdaget for den feilen en har gjort, men som potensielt kunne ført til skade eller ulykke, så vil man kanskje unnlate å rapportere i frykt for å miste jobben. Det kan også være at det som oppfattes som virkeligheten til kilden ikke samsvarer med den eksterne virkeligheten.

Jacobsen (2016) sier også at det er viktig å ha flere uavhengige kilder. Dette for å blant annet avdekke om det er en slags gruppementalitet eller en felles forståelse for at det vi gjør er slik vi har gjort det bestandig. Siden vi forsker på rapportering og rapporteringskultur knyttet til læring ligger det i sakens natur at det ofte handler om uønskede handlinger eller utfall. Vi drøftet denne problematikken en del og vår løsning for å minimalisere problemet med at intervjuobjektene enten løy eller pyntet på sannheten var valget at kontekst, lokasjon for intervju blant annet. Vi mente at å intervju på arbeidsplass, der det viste seg at det var vanskelig å være helt privat, gjorde at vi intervjuet i trygge omgivelser hjemme hos forsker.

Det var lettere å legge til rette for ønsket atmosfære på denne måten. Vi skjermet også kildene så godt vi kunne ved å bruke mye tid på prøveintervjuer med informanter. Dette for å få så mye egen kunnskap om emnet samt lage en god intervjuguide. Vi kunne på denne måten kjøre ganske intensivt med intervjuer over tre dager slik at muligheten for intervjuobjektene til å møtes var liten. På denne måten minimerte vi muligheten for å lage en gruppeoppfatning eller at noen ble enige om hva de skulle si. De ble også bedt om å ikke snakke med kollegaer om intervjuet før vi var helt ferdige.

Jacobsen (2016) sier at kilder bør være uavhengig av hverandre da de som er avhengige kan påvirke og ha felles motiver for å gi det samme usanne bildet av virkeligheten.

### 3.5.2 Overførbarhet (ekstern gyldighet)

*” Kan resultater fra et forskningsprosjekt overføres til liknende fenomener? Kan resultatene fra en casestudie av reindrift på Finnmarksvidda overføres til sauehold i Gudbrandsdalen? (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011)*

Vi har valgt å undersøke hvordan rapporteringskultur og rapporteringssystem fungerer i de to HROene for sykepleiere i hjemmesykepleien og piloter i Norwegian. Vi hadde som nevnt tidligere mye forkunnskap om pilotene, men lite om sykepleierne. Vi var usikre på hva slags funn vi ville få. Siden sykepleierne ved hjemmesykepleien i Kragerø kommune er en liten gruppe kan det være vanskelig å påstå at de er representative for en større gruppe som helhet (Jacobsen 2016).

Vi hadde tilgang til flere intervjuobjekter enn dem vi faktisk intervjuet da vi så at vi oppnådde metning etter ganske kort tid. Metning er når man har fått den informasjonen som er å finne og man har svarene gjentar seg fra respondentene (Jacobsen 2016). Vi mener at de svarene vi har fått er representative for pilotene i Norwegian og sykepleierne ved hjemmesykepleien i Kragerø. Den informasjonen vi har samlet, med de svakhetene i gyldighet som er nevnt, gir et så riktig bilde som mulig av fenomenet. Siden vi har konkretisert så mye som mulig ved utvalg av enheter for å kunne generalisere så er det vanskelig å si om det er overførbarhet til andre sykepleiere, men i Kragerø kommune bruker de samme rapporteringssystem i alle avdelinger så det kan tenkes at det finnes ekstern gyldighet eller overførbarhet.



### 3.6 Pålitelighet

Er det trekk ved undersøkelsen som har skapt de resultatene vi har kommet frem til? Det er viktig med et kritisk øye til undersøkelsesopplegget, datainnsamlingen og analysen om det kan ha påvirket resultatet. Det kan være at de som undersøkes påvirkes av undersøkelsen eller at undersøkeren påvirkes av relasjoner som oppstår i datainnsamlingsprosessen (Jacobsen 2016).

Vi startet med å snakke med fire sykepleier studenter ved Universitetet i Bodø. Dette var faktisk et av de første tingene vi gjorde på oppgaven. Vi hadde en vag forestilling om hva problemstillingen skulle være og ønsket å få et bilde av hvordan de så på dette med rapporteringssystem og rapporteringskultur. Dette var ikke noe som var planlagt og var som en vanlig samtale med helt åpne spørsmål og svar fra begge sider. Dette førte til at konkretiserte problemstillingen til å gjelde hjemmesykepleien i Kragerø. Vi valgte ut noen sykepleiere som vi brukte som informanter og på grunnlag av dette laget vi første utkast av intervjuguiden. Vi brukte de samme informantene til å gjennomføre et prøveintervju med det resultat at vi måtte modifisere intervjuguiden til det som ble det endelige resultatet. Det var viktig for oss å legge godt med tid i startfasen av oppgaven og der også utarbeidelse av intervjuguide. Intervjuguiden og teori bak denne er beskrevet i eget kapittel.

Alle intervjuobjektene ble kontaktet på mail og sms via arbeidslister. Ut ifra dette laget vi et tilfeldig utvalg bortsett fra to avdelingsledere. Vi utarbeidet en mail hvor de fikk informasjon om oss som intervjuere og problemstilling. Vi opplyste også om at de til enhver tid var anonyme samt at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd for så å bli transkribert. Vi opplyste om at lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er vurdert. Det ble også satt møtedato, sted og tidspunkt for intervjuet. Før intervjuet startet så ble alle intervjuobjektene informert om at de kunne trekke seg på ethvert tidspunkt fra intervjuet. De ble også informert om at om det skulle, på et senere tidspunkt i prosessen, dukke opp sitater eller andre ting som de ikke følte seg komfortable med så har de mulighet til å ha innvirkning på dette ved at vi fjerner det. Det var ingen som benyttet seg av den muligheten.

Dette er da det vi kan kalle et planlagt intervju. Det kan hende at det tar bort noe av det impulsive og spontane i svarene ved å ikke ha et overraskende intervju, men på en annen siden kan det tenkes at ved å ha tid til å tenke gjennom hva man skal gjennomføre får tid til å gi et fylldigere svar som igjen gir oss som intervjuere muligheten til å gå mer i dybden (Jacobsen 2016). På grunn av hvordan vi hadde valgt konteksten var et planlagt intervju

eneste utvei. Intervjueffekt handler om forståelsen av at alle som har sittet i en samtale men en annen vet at samtalen formes, våde i stil og i innhold av de som deltar. Dette vil også være gyldig i et intervju. Objektet blir påvirket av intervjueren hvordan denne ser ut, er kledd, snakker, bruker kroppsspråk osv. Om man er pågående og aggressiv vil man få helt andre resultater enn med en som for eksempel virker uinteressert (Davis, 2010, gjengitt av Jacobsen, 2016). På grunn av de punktene som Davis nevner her ønsket vi et så åpent intervju som mulig. I prosessen med å utvikle egen kunnskap om fenomenet vi forsker på skjønte vi fort at vi måtte lede intervjuobjektene inn på rett sport med en intervjuguide. Vi valgte å intervju sykepleiere og piloter hver for oss da vi ønsket å kunne gjengi samme atmosfære og fokus på hvordan vi gjennomførte intervjuene. Jacobsen (2016) hevder det er viktig å være bevisst på hvordan man bruker kroppsspråk og hvilken stemning man selv er i. Det mente vi var enklest om vi forholdt oss en gruppe hver, sykepleiere eller piloter. Det er også slik at man lærer selv under intervjusituasjonen og man blir flinkere til å få frem den informasjonen man ønsker. Derfor er det generelt sett større tillit til intervjuer som er gjort sent enn dem som er gjort først (Jacobsen 2016). Ved å dele inn at en intervjuet sykepleierne og den andre pilotene mente vi at vi ville bli best mulig på respektive intervjuobjekter.

Vi har også lyst til å nevne dette med konteksteffekt. Det skilles da i enten kunstig eller naturlig. En kunstig kontekst betyr at intervjuet foregår i en sammenheng som er uvanlig for undersøkelsesobjektet (Jacobsen, 2016). For oss ble det ganske naturlig å intervju hjemme med bare intervjuer og intervjuobjekt tilstede. Det var ikke rom for å kunne snakke fritt om hendelser eller avvik helt privat på kontoret til sykepleierne da det er mange som jobber der og lokalene er små. Vi var redd at vi ikke ville få intervjuobjektene til å snakke helt fritt i denne konteksten. Med tanke på pilotene ga det seg også litt selv, da det å intervju på arbeidsplassen ikke var gjennomførbart eller lovlig. Med tanke på bakkekontoret til pilotene var det enda mer folksomt enn for sykepleierne og vi mente at det ikke ville gi de mest optimale forutsetningene for intervjuet.

Alle intervjuobjekter fikk mulighet til å høre på intervjuet de gav for å eventuelt ha mulighet til å trekke noe av de hadde sagt. For oss var det viktig både med hensyn til etikk og moral, men også fordi at vi ønsket at dette prosjektet skulle være en positiv opplevelse for dem som var involvert. Ingen ønsket å høre sitt eget intervju eller få det tilsendt. Alle intervjuobjektene har fått tilgang til de sitatene som de selv har gitt og fått se hvordan vi har brukt dem i vår oppgave. Vi har ikke fått noen ønsker om å ta dem vekk eller at de er brukt i feil kontekst.

### 3.7 Etikk

*” Samfunnsvitenskapelige undersøkelser har konsekvenser, både for de som blir undersøkt og for samfunnet. Forskeren har plikt til å tenke nøye igjennom hvordan forskningen kan påvirke dem det forskes på, og hvordan forskningen vil oppfattes og bli brukt. Dette stiller alle som vil gjennomføre studier, overfor noen etiske dilemma. slike etiske overveielser må man så langt som mulig klargjøre før man går i gang med en undersøkelse (Jacobsen 2016, s 45).*

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer. Dette er omfattende og detaljert informasjon, men kan deles i tre hovedhensyn. Dette er rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade. Kort beskrevet vil det si at den som deltar skal kunne bestemme over sin deltagelse samt ha mulighet til å kunne trekke seg uten at det vil få negative konsekvenser. Respektere informantens privatliv vil si at det skal være opp til informanten hvorvidt når, hvor og hvordan de ønsker å slippe intervjuer inn i livet deres. Informanten skal også ha rett til å bestemme hvilke opplysninger de ønsker å dele. Når det gjelder forskerens ansvar om å ikke skade så er det en vurdering fra forskers side hvorvidt den informasjonen informanten gir kan forandre personen eller sette den i en situasjon som han eller henne ikke kommer ut av eller vil forandre livet deres (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2011)

Vi ga intervjuobjektene god informasjon i forkant av intervjuene på mail og tekstmelding på mobil hvor vi orienterte dem om deres mulighet til å trekke seg fra intervjuet, men også å trekke seg senere i prosessen. Vi mente ut fra det utvalget vi hadde at det var liten fare for at de ikke var i stand til å ta en fornuftig avgjørelse med tanke på eventuelle konsekvenser deres deltagelse på forskningsprosjektet vårt kunne ha på deres eget liv, hverdag eller person. Denne Jacobsen (2016) legger stor vekt på at man skal være observant på at det ikke nødvendigvis er slik at alle man intervjuer er klar over fordeler og ulemper ved å delta og at man på ikke noe tidspunkt må kompromittere de som undersøkes.

For å starte med den første som er kompetanse så går dette på om intervjuobjektet har kompetanse eller er skikket til å vite om det er frivillig eller om undersøkelsen på noen måte kan komprimere dens stilling eller for eksempel rolle i samfunnet. Om man som intervjuer vet at undersøkelsen vil ha eller muligens kan ha et negativt utfall i en eller annen form så må man vurdere om man i det hele tatt skal gjøre undersøkelsen. Det er mange gråsoner og tvilstilfeller så det aller viktigste er å være klar over problematikken og at det som ikke ser ut

som en negativ effekt for deg som intervjuer muligens kan være det for informanten. (Jacobsen, 2016)

For vårt forskningsprosjekt så har vi diskutert dette noe og egentlig konkludert med at alle har en bachelor grad minimum i sitt fag og derfor skal være faglig kompetente til å være med på undersøkelsen. Vi tror derimot at det kan være viktig å informere om at undersøkelsen er anonym slik at om det skulle komme frem negative funn i forhold til for eksempel ledere eller eget arbeid så vil ikke dette få konsekvenser. Siden vi gjøre undersøkelsen på et lite sted, Kragerø, så må vi være forsiktige med å beskrive enkelthendelser eller andre ting som lett kan identifisere vår informant og eller spesifikke hendelser. Det er også viktig for oss å holde typiske uttrykksmåter som informantene måtte ha borte fra prosjektet. Det er igjen samme argument som nevnt tidligere, at Kragerø er en veldig liten by og kommune.

Det andre komponenten Jacobsen (2016) bruker i begrepet ”informert samtykke”, er frivillighet. Hva betyr frivillighet? Han beskriver dette som å ta et valg uten press fra noen andre. Press kan være noe så enkelt at intervjuobjektet ser på prosjektet som veldig positivt. Det i seg selv er et press og kan kanskje få den man intervjuer til å ta et valg på feil premisser.

Vi ønsker å få alle både skal føle og vite at de er med oss på denne oppgaven på frivillig basis. Vi tror det er viktig for resultatet at det er med en viss positivitet at våre informanter deltar. At alle deltagere har tro på det vi presenterer som problemstilling og hva vi ønsker å oppnå kan bidra positivt for arbeidsplassen deres.

Jacobsen (2016) sitt tredje element er, full informasjon. Han beskriver dette som intervjuobjektets mulighet til å få full informasjon med hensyn til hensikt med oppgaven og hvilke ulemper og fordeler det kan medføre for dem å delta og hvordan data kan benyttes. Han peker dog på at full informasjon kan ha store konsekvenser for utfallet med undersøkelsen ved at intervjuobjektet ikke får med seg all informasjon og at fullt innsyn i oppgaven kan farge måten han eller henne svarer eller formulerer seg. Det er derfor viktig å prøve og finne en gyllen middelvei. Det vil si å gi tilstrekkelig med informasjon.

Vi kommer til å velge en åpen intervjuform hvor vi håper å komme i dybden på intervjuet og få spesifikk informasjon. Det er viktig for oss at ingen er forutinntatt eller er farget i sine svar.

Det fjerde og siste elementet Jacobsen (2016) nevner er, forståelse. Det vil si at i sin strengeste form at informantene har fått all informasjon og forstått den. Han peker på at det

viktigste å ha med seg er at man må tenke på om det man gjør kan skade informanten på noen som helst måte.

Vi ønsker ikke på noen som helst måte å skade verken intervjuobjekt eller arbeidsplassen vi bruker. Det kan dog hende at man oppdager funn som kan tolkes negativt i form at dårlige rutinger, systemer og kultur. Vi tror det er viktig at informanten føler seg inkludert og at de får se det endelige resultatet og samtykker.

Vi har også snakket med virksomhetsleder under forundersøkelsen og blitt enig om at vi holder dem oppdatert om det er noe de kan bruke i sitt lederarbeid. Både virksomhetsleder og vi som forskere ønsker å la ledergruppen ha mulighet til å eventuelt gjøre noe med utfordringer eller eventuelt sette fokus på positive aspekter ved undersøkelsen. Vi tror på åpenhet og gjensidig tillit.

### **3.8 Konesjon og meldeplikt**

*” Det er et krav om at alle empiriske undersøkelser som innebærer behandling av personopplysninger , skal meldes til Datatilsynet. Det skal alltid søkes konsesjon hvis data ikke er anonyme ” (Jacobsen 2016, s.50 og 51).*

Vi meldte vår undersøkelse inn til Datafaglig sekretariat ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) 14.11.2017 og fikk svar 07.12.2017.

Vi hadde også et fokus på at data vi samlet var konfidensiell og sikret etter beste evne at informasjonen som var samlet inn ble mellom oss som forskere. Det var også et faremoment at vi ville få tilgang, direkte eller indirekte, til pasientinformasjon eller kunne tolke oss til gitte hendelser. Dette grunnet at “alle kjenner alle” I en liten by, eller at saker har blitt nevnt I media. Med tanke på pilotene er de en mye større gruppe og dermed ikke så stor risiko med tanke på konfidensialitet.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av et program på våre telefoner. Begge to har kodet telefonene slik at det bare er oss to som har tilgang til dem. Alle lydfiler ble gitt et nummer som vi knyttet opp mot et nummer på den transkriberte teksten. slik at det kun var oss to som kunne koble det til informanten. Disse dokumentene, transkribert tekst og lydfil, har blitt lagret i en egen sky på nettet som er beskyttet med et passord bare vi kjenner til. Lydfilene fra intervjuene ble slettet etter at analysearbeidet var ferdig. Vi tok vare på lydfilene så lenge som

mulig da vi ønsket dem om vi trengte å høre på dem igjen. Det kunne være seg for å høre om stemmebruk, pauser etc. stemmer overens med den analysen vi gjorde.

#### **4.0 Forundersøkelse**

For å kunne gjøre en bedre jobb som forsker og intervjuer så ønsket vi å sette oss så godt inn i rapporteringssystemene til respektive organisasjoner som overhode mulig. Vi stilte derfor virksomhetsleder for hjemmesykepleien og chief investigator safety i Norwegian en del spørsmål i forkant av utarbeidelse av intervjuguide. Vi ønsket også å danne oss et inntrykk av hvordan forskjeller i rapporteringssystemene kan ha innvirkning på rapporteringskultur og hva som blir rapportert. Forundersøkelsen vil gjøre det lettere å formulere spørsmål til intervjuguiden og danne et grunnlag for hva vi ønsker å fordype oss i med hensyn til teoridelen av oppgaven.

På hvert spørsmål så er det skrevet ned hva chief pilot fra Norwegian har fortalt og deretter virksomhetsleder for hjemmesykepleien i Kragerø. På noen av spørsmålene har vi skrevet ned noen tanker i etterkant av hva de respektive har svart.

##### **1. Finnes det intensiv i organisasjonen for å rapportere? Ønsker dere bare avviksrappporter eller ligger det læring som bakgrunn for rapportering også?**

Fra begge organisasjoner blir det lagt vekt på at alle rapporter er kjærkomne og at det er fokus på å få inn så mange rapporter som mulig. Det blir gitt uttrykk for at alle ansatte blir motivert og oppfordret til å sende inn rapporter. Fra begge hold blir det gitt uttrykk for at alle rapporter blir positivt mottatt. På spørsmål om intensjonen er læring så svarer begge organisasjoner bekræftende at det er intensjonen.

Norwegian følger opp med at materialet som kommer inn i forhold til rapporter blir brukt i trening samtidig som det blir utgitt en publikasjon fire ganger i året som tar opp relevant materiale.

Hjemmesykepleien kan virke noe mer diffus på dette området og antyder at mye blir tatt opp muntlig på daglige møter og månedlige møter.

## **2. Hva sier regelverket i forhold til oppbygging av rapporteringssystemet hos dere og hva slags regelverk er det?**

Norwegian henviser til regelverk (Directive 2003/42/EC,2003).

Virksomhetsleder viser til lov om helsepersonell, helse og omsorgsloven, arbeidsmiljøloven, kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien.

Det kan virke som om det er et ganske stort og omfattende lovverk for helsearbeiderne og at lovverket ikke er noe man har noe konkret forhold til i dagliglivet.

## **3. Hvem er ansvarlig for å rapportere, er dette definert?**

Norwegian sier at det er kapteinen som er ansvarlig for å rapportere eller den han/hun ønsker å delegere ansvaret til.

Virksomhetsleder sier det er den som oppdager hendelsen eller at man rapporterer det man selv har gjort. Dette er står i tidligere nevnte lovverk og er godt definert. Det står blant annet at man har et ansvar om å rapportere uønskede hendelser på jobben selv om dette kan gå ut over arbeidsgiver.

## **4. Hvem mottar rapportene?**

Norwegian sier at rapporten kommer inn til flight safety avdelingen til Norwegian via dataprogrammet Safety Net. Det jobber et antall mennesker på denne avdelingen og det kan komme litt an på alvorlighetsgrad hvor langt opp i systemet rapporten havner. Dette er en uavhengig avdeling i organisasjonen uten økonomiske forpliktelser eller innflytelse på annen drift av organisasjonen bortsett fra eventuelle forslag fra flight safety avdelingen for å trygge driften. Rapportene er anonyme om man velger dette.

Virksomhetsleder sier at rapportene fra sykepleierne går til avdelingsleder. Om Hun/henne mener at alvorlighetsgraden er stor nok så går den videre til virksomhetsleder.

Virksomhetsleder kan velge å sende den videre til kommunalsjef. Øverste leder i kommunen blir rådmann. Rådmann kan velge å ta rapporten videre til fylkesmannen.

Det virker som om det ligger mye ansvar for avdelingslederne hos sykepleierne i forhold til å vurdere viktigheten av hver rapport og eventuelt om den skal videresendes eller om den skal

løses på daværende nivå. De kan velge å merke den i forhold til en fargekode mhht. Viktighetsgrad.

### **5. Er det definert noen form for beskyttelse av den som rapporterer**

Norwegian svarer at man kan velge å være anonym. Om man ikke er anonym så kan man lettere bruke materialet i rapporten i læringsøyemed. Det er bare flight safety-avdelingen som har tilgang til hvem som sender inn rapporter. Ved grove feil eller stor uaktsomhet må fagforeningen kontaktes for å gi tilgang til personalia. På denne måten er den som rapporterer beskyttet.

Virksomhetsleder sier at ingen er anonyme i forhold til rapportering da man må logge på for å rapportere. Man vil dog være anonym i forhold til andre ansatte. Det er kun avdelingsleder eller virksomhetsleder som ser disse.

Vi merker oss at sykepleierne bruker to systemer, ett til avvik og ett til mer hms relaterte rapporter. De respektive heter CosDoc og QM+. Ingen av dem er anonyme i forhold til avdelingsleder eller virksomhetsleder.

### **6. Hvordan er reglene og praksis rundt offentliggjøring av rapporter?**

Norwegian sier at det ikke er noen praksis i forhold til offentliggjøring med mindre det skal brukes i treningsøyemed. Det kan være seg trening i flysimulator, treningsdager da pilotene diskuterer forskjellige caser. Det tilstrebes å holde dette anonymt, men om den som har gjort en feil har snakket om dette så er det en viss sjanse for at noen vil kjenne igjen situasjonen og anta hvem som har gjort det.

Virksomhetsleder har ikke noe forhold til offentliggjøring bortsett fra at hendelser kan bli diskutert på ukentlige eller månedlige møter. Hun også sier at det kan være en svakhet at noen kan kjenne igjen situasjonen og dermed vite hvem som er med i en eventuell hendelse.

### **7. Skrives rapporter på fritid eller i arbeidstiden?**

Norwegian sier at det kan være mulig å skrive den i arbeidstiden, men som oftest så gjøres dette på pilotenes fritid.



Virksomhetsleder sier at dette gjøres i arbeidstid og om det ikke er tid til det så vil det bli utbetalt overtid for å utføre rapporten. Det oppfordres til at sykepleierne skal skrive og sende rapporter i arbeidstiden.

Vi merker oss at det her er en ganske vesentlig forskjell i motivasjon fra arbeidsgiver da det tilsynelatende er lagt bedre til rette for å sende rapporter fra sykepleiernes ståsted enn pilotene.

### **8. Føres det statistikk over rapporter og kategoriseres disse?**

Norwegian sier at her er det veldig mange kategorier man kan velge i. For å komme i riktig kategori kan man skrive et relevant ord for rapporten og systemet vil komme opp med forslag til kategorier. Det kan føres statistikk på alt som blir ført inn da det er mange «boxer» man må merke for å komme videre i rapporten. Det kan være seg informasjon om kjønn, alder, vær, om situasjonen skjedde under take off eller landing eller om det var sekundær effekter av hendelsen man først havnet i.

Virksomhetsleder sier at det er mulig å ta ut rapporter på noe, men litt begrenset. Hun nevner at pasienter som faller er lovpålagt å føre statistikk på. CosDoc som er et av rapporteringssystemene har fem kategorier som man kan føre statistikk på.

Det kan virke som om Rapporteringssystemet som Norwegian bruker er lagt opp på en bedre måte i forhold til å ta ut statistikk. Vi legger også merke til at det som skjer i luftfarten ofte er mer konkret og lettere å føre statistikk over enn i helsevesenet.

### **9. Hvordan kan man eventuelt få tak i hva som er rapportert tidligere? Tenker da på om det er mulig å lese hva andre har gjort for å unngå at man gjør samme feil selv?**

Norwegian kan søke på ord eller spesifikk identifikasjon på rapporten for å få opp det man trenger. Luftfartstilsynet i Norge har tilgang til alle rapporter som sendes inn til selskapet og fører på den måten oppsyn med flyselskapene. Rapportene er offentlige når de er ferdig utredet og man kan gå inn i databasen til Luftfartstilsynet og lese disse. Om det er spesielle ting som Norwegian oppdager som de mener kan være av viktighet for andre flyselskap så kan man sende denne rapporten til andre selskap. Om for eksempel flyprodusent oppdager en feil med et fly i et bestemt selskap som kan gjelde andre selskap så blir det sendt ut varsel om dette.

Virksomhetsleder sier at systemet som de nå bruker er ganske nytt og det er nylig lagt til en søkefunksjon som gjør at du kan få opp gamle rapporter. Det er ikke noe kutyme eller system for å dele egne erfaringer med andre i samme jobbsituasjon.

Det kan virke som om det er en bedre kultur eller at systemene i flybransjen bedre legger til rette for å dele informasjon eller hente ut informasjon. Ser at det kan være mange grunner til dette og det kommer også frem under intervjuet at pasientsikkerhet og taushetsplikt legger mange bremses for å lage et rapporteringssystem som dekker alle sine behov.

#### **10. Er avvik eneste definering for hendelser?**

Dette ble et ekstra spørsmål til virksomhetsleder da avvik er betegnelsen som helsevesenet bruker på en uønsket hendelse. Dette er ikke et begrep som blir brukt i flybransjen og vi kommer til å presisere dette i forkant av hvert intervju.

Virksomhetsleder sier at avvik er fellesbetegnelsen på en uønsket hendelse. Når avvik rapporteres så er det fem kategorier å velge mellom for å definere hva slags avvik det er snakk om.

#### **11. Er det samme system for all rapportering (pasient, ansatt, HMS, HR )**

Norwegian sier at det er ett system som har alle kategoriene å rapportere under.

Virksomhetsleder sier at det er to systemer. Ett for avvik (CosDoc) og et for HMS relaterte saker (QM+) . Det kan være hendelser som fører til at man skal sende rapport i begge systemer. Det kan for eksempel være en hendelse der pasient utøver vold. Det vil være et typisk tilfelle som kan kreve rapport i begge systemer.

#### **12. Er det system for oppfølging av rapporter?**

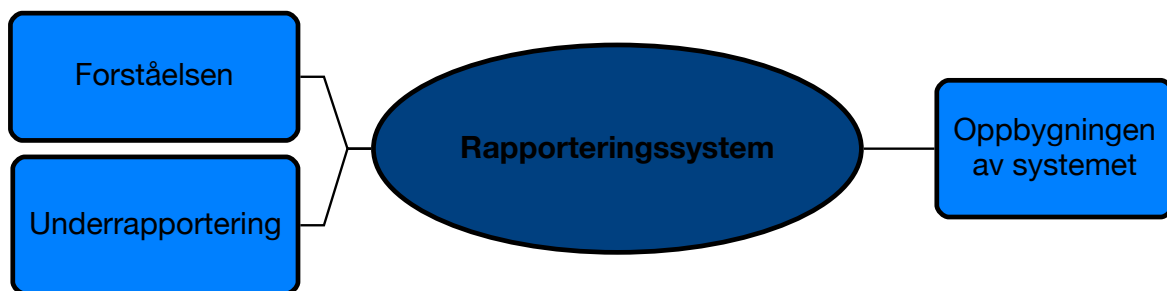
Norwegian sier at om det er stor alvorlighetsgrad så vil man bli kalt inn på møte for å gå gjennom hendelsen og se om det er noe man kunne lære av. Det er masse verktøy å bruke da alt som blir sagt og gjort i en cockpit blir registrert. Det er to kurs i året som tar for seg trening med kabinen på sikkerhetsutstyr og trening på gitte situasjoner, for eksempel nødevakuering. Om det har vært en slik hendelse i eget eller andre sitt selskap så kan man bruke den til egentrening og diskusjon. Alle involverte avdelinger vil bli engasjert.

Virksomhetsleder sier at veldig mange rapporter eller avvik blir løst på et lavt nivå og mange av disse rapportene ikke blir diskutert. Av de rapportene som har en viss alvorlighetsgrad så blir dette tatt opp på avdelingsmøter.

Det kan virke som om de fleste tilbakemeldingene i forhold til avvik og rapporter blir gjort muntlig og på et diskusjonsnivå internt i hjemmesykepleien. Det ser ut til at det ikke er alt som blir skrevet ned da det har vært oppe til diskusjon.

## 5.0 Funn Rapporteringssystem

I dette kapitlet vil vi vise en presentasjon av våre funn. Vi har i problemstillingen vår blant annet et ønske å se på hvordan rapporteringssystemet fungerer hos pilotene i Norwegian og sykepleierne i hjemmesykepleien i Kragerø Kommune. Vi har sammenliknet disse to for å se om det er grunnlag for læring mellom organisasjonene. Funnene vi presenter her er et resultat av forskningsintervju med totalt 16 informanter, 8 piloter og 8 sykepleiere. Vi har kommet frem til totalt syv kategorier i dette kapitlet. Vi vil først presentere funn, som omhandler forståelsen av et rapporteringssystem, deretter hvordan dette er bygget opp og til slutt om det eksisterer underrapportering. Måten vi presenterer dette på er først gjennom en kort introduksjon med gjennomgang av funn. Sitatene presenterer vi i teksten og i tabeller for å skape bedre oversikt og trekker vi frem likheter og ulikheter i de forskjellige kategoriene. Disse likhetene og ulikhetene innen rapporteringssystem vil bli drøftet i neste kapittel.



\*Figur 4: Rapporteringssystem

### 5.1 Forståelse av rapporteringssystem

For å kunne dra nytten av et rapporteringssystem så må den som skal bruke systemet også forstå hensikten med dette ellers vil systemet ikke kunne fungere optimalt. I dette kapitlet vil vi presentere funn som forteller hvordan informantene forstår rapporteringssystemet som de har tilgang til. Vi har funnet ut hva de mener systemet bør brukes til og hva de mener det ikke bør brukes til.

Vi kan se en likhet mellom gruppene ved at flesteparten anser hensikten med et rapporteringssystem som å bedre sikkerheten, skaffe statistikk og finne frem til måter en kan endre prosedyrer på. Pilotene trekker ofte frem læring som en hensikt til å ha et rapporteringssystem. Hos sykepleierne blir dokumentasjon, registrering og læring av avvik nevnt som hensikten for å ha et slik system.

Blant pilotene svarer nesten alle at hensikten med et rapporteringssystem er læring. Flere nevner at alle kan gjøre feil og at det er viktig å kunne ta lærdom av disse feilene. En pilot sier: *” En hensikt er at man skal rapportere ting slik at andre får informasjon om min hendelse og ikke selv havner i samme situasjon ”*. Flere av pilotene trekker frem at systemet har til hensikt å ikke bare se på hva som gikk galt men også å kunne lære av dette. Det skjer ofte ved at en rapport går via systemet og blant annet til treningsavdeling før den kommer tilbake.

Hos sykepleierne svarer flere at hensikten ligger i å dokumentere og registrere alle feil som skjer. Dette for å unngå at samme feilen skjer igjen i fremtiden. En sykepleier sier: *”Jeg mener mye av hensikten er å dokumentere slik at det kan læres av i ettertid og at man på sikt kan unngå uønskede hendelser. Det er også viktig for å kunne ivareta pasientsikkerheten”* En annen sykepleier sier: *”Hensikten må også være at vi skal stå tiden ut. Dokumentasjon er skriftlig og dermed synlig”*

I tabellen under viser vi noen sitater med hensikten til et rapporteringssystem:

Kategorier	Sykepleier	Piloter
Sikkerhet	<i>”Det er også viktig for å kunne ivareta pasientsikkerhet”</i>	<i>”Hensikten er å fange opp potensielle trusler og lære av det”</i>
Dokumentere og avdekke feil	<i>”Viktig for å redusere antall like feil”</i>	<i>”hvis det ikke blir rapportert så er det ingen som vet om det”</i>
Forbedre prosedyrer og unngå gjentakelse	<i>”registrere avvik som får direkte følger for pasienten, med den hensikt å rette opp eventuelle manglende rutiner”</i>	<i>”Rapportere ting man kan dra nytte av, forbedre systemet, forhindre ukultur, forhindre fatigue og forbedre sikkerheten”</i>
Oppnå læring	<i>”mye av hensikten er å dokumentere slik at det kan læres av i ettertid”</i>	<i>”For pilotene sin del er det å lære av andre sine hendelser”</i>

Statistikk/oversikt	<i>”det gjør det lettere å få med seg når hjelpebehovet øker eller minker”</i>	<i>”Hensikten er vel å plukke opp alle hendelsene slik at de kan kategoriseres for selskapet sin del”</i>
---------------------	--	---

\*Tabell 1: Hensikt

Både pilotene og sykepleierne er kjent med hensikten å ha barrierer. Flere kjenner til eksempler på dette på sin arbeidsplass. Flere av pilotene sier at de kjenner til slike barrierer og her blir blant annet Checklister, multicrew konsept, Call outs, trening og begrensninger i tjenestetid nevnt. En pilot sier: *”for eksempel så er en ”before takeoff checklist” med på å sikre at vi har satt flapsen riktig før vi tar av”*

Blant sykepleierne ble det nevnt trening, kursing og prosedyrer som slike barrierer. En av sykepleierne kunne fortelle at det er viktig å dokumentere i pasientjournal og at dette er en viktig barriere mot feil medisinerings. Men at det også kom frem at det ikke kommer noen varsel om dette ikke blir gjort. En annen sykepleier sa at de har prosedyrer for behandling av sprøyter for å unngå stikkskader, dette har blitt opprettet etter hvert på grunn av en del som tidligere har skadet seg på sprøyte spisser. En annen sykepleier fortalte: *”Vi har vel ikke noen barrierer som ikke er mulige å bryte. Det er hovedsakelig opp til den enkelte å følge prosedyrer, være nøye og observant. Hele systemet er lagt opp til tillit og ansvarlighet hos hver enkelt ansatt”* Det blir også nevnt at medikamenter er innelåst og at narkotiske medikamenter må signeres for og kontrolleres av en annen sykepleier før de blir gitt videre.

Vi ser her en likhet mellom gruppene ved at alle trekker frem læring og sikkerhet som grunner for at de har et rapporteringssystem. Men vi ser også at sykepleierne bruker rapporteringssystemet som et verktøy for dokumentasjon og registrering men dette henger sammen med at det ene rapporteringssystemet også er det samme systemet som sykepleierne skriver pasient journaler i.

### 5.1.1 Bruk

Både sykepleierne og pilotene svarer at de har benyttet seg av rapporteringssystemet relativt ofte i løpet av de siste 6 mnd. På pilotsiden var hyppigheten på bruken ganske lik da alle svarer at de har benyttet seg av system 3-6 ganger hver men flere kommenterte at de burde ha brukt det oftere. Sykepleierne svarer at de ofte benytter seg av rapporteringssystemet, enkelte

bruker systemet daglig men andre nevner at de nesten ikke bruker det. Det kommer også frem at istedenfor en skriftlig rapport, eller avvik som de også kaller det, så kan det noen ganger være lettere med en muntlig rapport om en hendelse.

Pilotene nevner at de ikke har avsatt egen tid til rapportering men at dette må skje på fritiden. Det kommer frem at flere pilotene mener at avsatt tid kan være en medvirkende faktor på at de ikke sender inn en rapport: ”Nei det tar jo egentlig ikke så mye tid. Men for det første så skal det jo gjøres med en gang, og når jeg kommer hjem så gidder jeg liksom ikke”

Sykepleierne nevner at det er avsatt tid til å rapportere i arbeidstiden, men det kommer også frem at de fleste synes det er vanskelig å få dette til på grunn av tidspress på jobben da de har mange arbeidsoppgaver: ”*Det har helt sikkert gått litt på tid, litt forglemmelse, og kanskje at jeg ikke har tenkt at det er noe jeg skulle ha rapportert*”. Blant pilotene kommer det frem at det vanligvis er de som sender inn en rapport og at det er svært sjeldent at noen andre sender inn rapporter der de også er involvert. Grunnen til dette ble oppgitt at de som kapteiner, alle pilot informanter er kapteiner, har hovedansvaret for at rapporten blir sendt inn og derfor som regel alltid er den som sender inn en rapport når noe oppstår: ”*Nei, som kaptein føler jeg det har vært mitt ansvar å rapportere, jeg har vært med på hendelser der jeg og styrmann har blitt enige om at han skriver rapporten (...) Det er god trening..*”

Flere av sykepleierne svarer at det kan hende at det finnes rapporter som de selv ikke har rapportert, men at det er sjelden at de får noen tilbakemelding på dette. Silke rapporter er visstnok vanlig dersom en sykepleier glemmer å gi en pasient medisin ved besøk og dette oppdages av neste sykepleier som kommer på besøk til samme pasient. Sykepleier som oppdager dette sender inn en rapport og får tilbakemelding men den som glemte å gi medisin ikke får tilbakemelding på denne rapporten. Flere av de spurte sier at dette burde ha vært endret på slik at den som har gjort feilen også får denne beskjeden.

Pilotene trekker ofte frem fatigue, teknisk, feil på prosedyrer, ting som andre kan lære av og sikkerhetsrelaterte hendelser som ting de pleier å rapportere. Blant sykepleierne blir det blant annet nevnt at avvik på feilmedisinering, medisin gitt til feil tid eller ikke i det hele tatt, fallskader, stikkskader på sprøyter, prosedyrebrudd, brudd på regelverk og dokumentasjon som er de vanlige i de to systemene.

I tabellen under har vi noen sitater på hva som har blitt rapportert inn hos begge gruppene:

Kategorier	Sykepleier	Piloter
Sikkerhet	<i>"...det som setter brukeren i fare i forhold til pleie og omsorg. Forsvarlig helsehjelp..."</i>	<i>"..ting som jeg ser på som en trussel for sikkerheten.."</i>
Obligatorisk	<i>"Fall, feilmedisinering og for mye arbeidsbelastning...."</i>	<i>"Det er en del hendelser som man må rapportere enten man vil eller ei"</i>
Læring		<i>"For oss i vårt yrke så er det viktig å rapportere ting som andre kan ta lærdom av ved en senere anledning"</i>
Feil behandling	<i>"Det man også skrive avvik på er for eksempel at man har glemt å gi medisiner, klassisk egentlig..."</i>	
Teknisk	<i>"At vi har hatt for lite biler har det vært sendt inn avvik på, det får vi ikke lukket før vi får en ny bil og det kan jo ta noen år"</i>	<i>"Generelt sett så har det gått på tekniske feil som har kommet som man må rapportere inn"</i>
Prosedyrer	<i>"Det er arbeidsoppgaver og prosedyrer som man ikke har blitt utført fordi man ikke har hatt tid eller leser arbeidsoppgavene godt nok"</i>	<i>"Også ting som kan forbedres for å gjøre prosedyrer bedre eller enklere"</i>

\*Tabell 2: Hva har blitt rapportert



Blant pilotene ble det trukket frem blant annet fatigue, bird-strike og andre mindre dagligdagse ting som de ikke mener påvirker sikkerheten på ting de mener er mindre viktig eller ikke ser hensikt i å rapportere. En pilot sier: *”Jeg var på Madeira på tirsdagen og får en melding etterpå at man hadde vært ikke innenfor disse «stabilized-konseptet» på slutten, og det er da en typisk flyplass hvor det er litt vanskelig å få til. Og da rapporterer jeg heller ikke.”* En annen sier: *”«bird strike» der ser ikke jeg hele poenget med å sette det inn i en svær rapport. Greit å få en statistikk på hvor mange bird strikes du har, men for meg så blir det helt meningsløst”*

Blant sykepleierne er det ingen av de spurte som har noen direkte formening om hva som ikke er nødvendig å rapportere. Det kommer frem at det skjer i enkelte tilfeller og at det som regel går på dagligdagse ting. Tid blir også nevnt som en grunn til at de ikke rapporterer. En sykepleier sier: *”Jeg mener vel kanskje noe kan tas muntlig. Som en forglemmelse som blir oppklart av den som har glemt det ganske fort. Men om det bør gjøres det vet ikke jeg”*

I tabellen under har vi noen sitater på hvorfor og hva informantene ikke rapporterer:

Kategorier/Faktorer	Sykepleier	Piloter
Daglige hendelser/prosedyrer	<i>”ja, fordi det er små filleting, gjentagende at noen som ikke har fått medisiner og tatt medisiner, det har blitt en vane”</i>	<i>”vi kom utrolig hot and high som vi kaller det, og var ikke etablert på noe som helst tidspunkt. Det var heldigvis lang rullebane og jeg følte ikke at det var unsafe”</i>
Fatigue		<i>”vi kan bli flinkere på å sende rapport på fatigue”</i>
Tid	<i>”Jeg tror ikke de tar seg tid til det, når du er ferdig på jobb så vil du hjem”</i>	<i>”Skulle man for eksempel rapportert alt som har med avvik å gjøre, hadde man ikke gjort annet enn å rapportere på fritiden”</i>

\*Tabell 3: Hvorfor ikke så viktig med rapport

Vi ser at hos både sykepleierne og pilotene kommer det frem at det er enkelte hendelser de ikke ser helt hensikten med å rapportere. Vi ser at pilotene mener at hendelser som skaper læring er de viktigste å rapportere. Sykepleierne har også fokus på læring men også en del på dokumentasjon og registrering. Blant hendelser som begge gruppene oppgir som ikke nødvendig å rapportere som blir det som er av mindre alvorlig karakter nevnt. Tid blir også av flere av informantene nevnt som en grunn til at de ikke sender inn rapporter.

## 5.2 Rapporteringssystemet

Systemet til pilotene heter Safety Nett og de forklarer at rapportene blir sendt inn elektronisk enten via en applikasjon eller på intranett. Vi blir samtidig forklart at alle rapportene skal inn via dette systemet. Rapporten går inn til en Safety avdeling som analyserer rapporten og drar inn andre avdelinger i selskapet som har nytte av informasjonen som kommer inn: *”Dersom jeg skriver en rapport på at handlingen er grunnen til at vi ble forsinket så blir ground avdelingen også blandet inn”* Etter at alle relevante parter har blitt blandet inn får pilotene en tilbakemelding på det de har sendt inn.

Sykepleierne har to forskjellige systemer det ene heter QMPlus dette er et avvikssystem hvor en rapporterer avvik på systemer og ikke nødvendigvis ting som får direkte konsekvenser for pasienter. Her registreres også personskader på den enkelte ansatte som for eksempel stikkskader på sprøyter og kink i rygg på grunn av tunge løft blir nevnt. Det andre systemet heter CosDoc og er en pasientjournal som blir ført av sykepleierne om pasienten men her skal det også registreres avvik som får direkte følger for pasienten. I tillegg blir det nevnt at rapporter kan bli overført muntlig ved enkelte hendelser. Det kommer frem at felles møter blir brukt for å ta opp ting spesielt når det kommer til medisinerings. Noen av sykepleierne virker som om ikke liker at rapporter blir overlevert muntlig, en sier: *”Det skriftlige systemet fungerer bra, men vi ødelegger det med de muntlige rapportene”*. En annen sier: *”Vi hadde hatt mye mer nytte av den CosDoc rapporteringen hvis man da ikke hadde hatt så mye muntlig rapporter”*. Som vi ser så har sykepleierne flere kanaler for å sende inn rapporter, CosDoc, QMPlus og muntlig rapportering. Dette er en forskjell fra pilotene som kun bruker en kanal for rapportering.

### 5.2.1 Brukervennlighet

De fleste i begge gruppene synes brukervennligheten til systemet var bra eller grei. Men enkelte i begge grupper synes den ikke var bra i det hele tatt. De fleste pilotene fortalte at de var fornøyd med systemet og synes det er greit å bruke: *”Ja, det synes jeg. Nå har vi en app på iPad som er veldig grei å bruke, vi kan skrive rapporter offline – det er bra”* Enkelte av pilotene synes systemet er for komplisert og omfattende og er ikke fornøyd med brukervennligheten. Blant sykepleierne kom det frem at det ene av de to systemene de bruker er lettere å sette seg inn i og bruke: *”Jeg synes rapporteringssystemet på QMPlus er bra, for det er lett å finne frem, og lett å finne ut av uten å få hjelp”* mens en annen sa: *”Det er lett å finne oversikt over ett tema som omhandler pasienten for eksempel, alle målinger som er gjort, man kan se historikken og sånn. Så det synes jeg er bra”* Flere av sykepleierne uttrykte at de var fornøyd med dette systemet. Det andre systemet blir beskrevet som mer uoversiktlig og ikke bare vanskelig men også tungt å sette seg inn i.

I tabellen under har vi tatt med noen flere sitater om brukervennligheten:

Kategori	Sykepleier	Piloter
Positiv	<i>”Det er lett å finne oversikt over ett tema som omhandler pasienten for eksempel”</i>	<i>”Så selve systemet er fint å rapportere i. Jeg savner ikke noe der.”</i>  <i>”Nå har vi en app på iPad som er veldig grei å bruke, vi kan skrive rapporter offline – det er bra”</i>  <i>”Ja det fungerer greit synes jeg. Til det jeg har brukt det til har det fungert”</i>

\*Tabell 4: Positiv til brukervennligheten

Flere av pilotene gav uttrykk for at, selv om det er greit å bruke systemet, så synes flere at det noen ganger kunne være litt for mange detaljer med informasjon som måtte fylles inn: *”Litt vel mye punkter som skal fylles ut noen ganger. Som for eksempel på Bird Strike som jeg*

*snakket om må du fortsatt fylle ut 12-15 punkter, når du egentlig har lyst til å skrive er Hit bird – Dead bird” Det kommer også frem blant enkelte av pilotene at brukervennligheten har blitt bedre med årene og at det er en positiv utvikling av systemet: ”Ja det synes jeg, det er blitt enklere å bruke. At vi har fått en app som gjør at vi kan bruke et nettbrett å sende rapporten på, da blir det lettere og raskere å sende”*

Enkelte av sykepleierne forteller også at brukervennligheten kan være en grunn til at de benytter seg mer av muntlig rapportering: *”Vi hadde hatt mye mer nytte av den CosDoc rapporteringen hvis man da ikke hadde hatt så mye på muntlig rapporter”*. En annen sier: *”Jeg savner en brukerveiledning lett tilgjengelig, da jeg ofte må be om hjelp fra kollegaer”*

I begge gruppene blir det kommentert at det tar for lang tid å få tilbakemelding på rapportene de skriver. En pilot sier: *”Noen rapporter har jeg opplevd å ikke få tilbakemelding på. Spesielt fatigue-rapport har vært en type rapport som jeg ikke har fått svar på, eller at det har ikke blitt prioritert”* mens en sykepleier sier: *”I CosDoc har jeg aldri fått noe tilbakemelding”*

I tabellen under har vi noen sitater om hva de synes fungerer dårlig med brukervennligheten:

Kategorier	Sykepleier	Piloter
Vanskelig navigere		<i>”det kan være vanskelig å finne rett kategori”</i>
For mange detaljer	<i>”det er uoversiktlig og vanskelig å sette seg inn i”</i>	<i>”det er litt for mye informasjon som må fylles inn før du kan begynne med rapporten”</i>
Komplisert	<i>”(...).. og det er nok litt lite systematikk i hva man skal melde avvik på - og at det skal meldes avvik.”</i>	<i>”det er et veldig forbedringspotensiale på å gjøre ting enkelt”</i>
Dårlig sammensatt	<i>”Det er personavhengig, om det er én person som har gjort en feil, er det ikke sikkert at den får</i>	<i>”ikke lett å bruke, det er egentlig ikke så veldig mye som utpeker seg positivt synes jeg”</i>

	<i>tilbakemelding på det. Så det er en svakhet</i>	
--	--	--

\*Tabell 5: Kritikk brukervennlighet

Vi ser her likhetstrekk i svarene vi får når det gjelder brukervennligheten i systemene men det er en forskjell i svarene på spørsmål hvorfor det er bra eller dårlig. Hos pilotene kommer det frem at det er for mange kategorier å velge i, for mye informasjon som skal inn, vanskelig å finne frem og at teknologien kunne vært bedre som årsaker til at det er dårlig. Hos sykepleierne blir det pekt på at spesielt det ene systemet er vanskelig å sette seg inn og uoversiktlig mens det andre systemet er lettere å jobbe med.

### 5.2.2 Anonymitet

Det kommer frem at systemene hos pilotene og sykepleierne er forskjellig bygget opp. Hos pilotene er det mulig å sende inn rapporter anonymt dette er ikke mulig i noen av systemene til sykepleierne. Ved at en kan sende inn rapporter anonymt hevder både Dekker (2012) og Reason (1997) at dette kan på virke antall rapporter som faktisk blir sendt inn.

Her ser vi det er veldig likt mellom både sykepleierne og piloter at fleste parten ikke mener anonymitet vil ha noen betydning for deres rapportskrivningen. Systemet hos pilotene er konfidensielt som betyr at rapporten de sender inn går til Safety avdelingen og det er kun de som sitter her som vet hvem som sender rapporten. Hos sykepleierne går rapporten til avdelingsleder og er ikke anonym.

De fleste pilotene påpeker dette men sier samtidig at det i seg selv ikke spiller noen rolle for om de ville ha sendt inn flere rapporter. En pilot sier: *”Nei, vil jeg si. Jeg har ikke latt vær å rapportere fordi jeg er redd for at det skal komme tilbake igjen på meg”* Det kommer derimot frem hos enkelte at de tror på generelt grunnlag så vil terskelen for å sende inn rapporter være lavere når denne er anonym. Et par av pilotene sier at de tror dersom det er en litt mer alvorlighendelse så vil det nok være lettere å innrømme/rapportere når de vet at systemet er anonymt. En pilot sier: *”Kanskje enkelte tilfeller (...). Det er litt individuelt hvordan man selv føler dette med å rapportere, kanskje noen er redde eller at lista ligger litt høyere for å rapportere”*

Blant sykepleierne mener flertallet at anonymitet ikke er utslagsgivende for om de hadde sendt inn en rapport eller ikke. De forteller at de ikke har denne muligheten i systemet sitt og gir uttrykk for at de heller ikke savner dette. En sykepleier sier: *”Vi har ikke mulighet til å være anonyme der heller, men det spiller ingen rolle”*. Enkelte av sykepleierne gir uttrykk for at de savner en mulighet til å være anonym i rapporteringssystemet og tror dette ville bidratt til at flere rapporter hadde kommet inn: *”Helt klart. På CosDoc går det ikke, men QMPlus kunne det nok gått i enkelte tilfeller. Det hadde nok ført til at vi hadde fått inn flere rapporter ja”*

I tabellen under har vi et utvalg sitater om anonymitet:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Utgjør forskjell	<i>”Ja det trur jeg nok, i hver fall på systemnivå og sånt”</i>	<i>”Ja, noen rapporter, kommer litt an på hva det gjelder.”</i>
Nøytral	<i>”Nei, eller det kan jo være. Men det har ikke hindret meg å sende inn rapporter som jeg har sendt inn”</i>	<i>”Ja det kan det jo være, men jeg stoler såpass på systemet at det har ikke noe å si for min del”</i>
Utgjør ikke forskjell	<i>”Nei, utgjør ikke noen forskjell synes jeg”</i>	<i>”Spiller egentlig ikke så stor rolle. Den tanken har aldri slått meg”</i>

\*Tabell 6: Anonymitet

De fleste både hos sykepleierne og pilotene mente at anonymitet ikke var et hinder for om de valgte å sende inn en rapport eller ikke. Forskjellen mellom disse gruppene er at systemet er forskjellig ved at det er anonymt hos pilotene og ikke det hos sykepleierne. Noen av pilotene mente at dette ville gjøre det enklere for noen å sende inn rapporter i enkelte situasjoner og noen av sykepleierne sa det samme.

### 5.2.3 Tilbakemelding

Tilbakemelding blir nevnt som en av fem viktige faktorer som grunnlag for å skape gode rapporter (Reason, 1997). Kohn, Corrigan & Donaldson (2000) hevder det er viktig å bruke nok ressurser på tilbakemeldinger for å få til et velfungerende rapporteringssystem.

De fleste av pilotene svare at de, bortsett fra at det kan ta litt tiden det kan ta, er fornøyd med tilbakemeldingene de får på rapportene de sender inn. Flere sier at tilbakemeldingene til tider kan være litt for korte og sammenfattende. En sier også at noen av tilbakemeldingene har vært oppmuntrende. Det kommer også frem at det ikke alltid vil være like stort behov for store og detaljerte tilbakemeldinger. En pilot forklarer: *”Noen av rapportene jeg skriver trenger ikke at man kommer med noe langt svar heller, bare «takk, notert, godt jobba» Mens andre er mer situasjoner som har skjedd som man kan ta læring av, det er de rapportene som er viktige at man får en god tilbakemelding på, at man er sikker på at det blir tatt videre og analysert litt mer”*

Blant sykepleierne blir det også nevnt at det kan ta litt tid på å få tilbakemelding. Men det flere her som gir uttrykk for at de ikke er helt fornøyd med tilbakemeldingene de får. Noen sier at de opplever at de ikke blir hørt og får litt for standardisert svar tilbake. Flere peker på at det kan ta lang tid før de ser at endringer skjer på gjentakende rapporter. En sykepleier forklarer: *”Jeg har fått tilbakemeldinger på at jeg har rapportert at det for mye å gjøre for eksempel, for liten tid og da synes jeg tilbakemeldingene jeg har fått er heller litt mer unnskyldning i form av at sånn er det på en måte”*

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om tilbakemeldingene:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Fornøyd	<i>”jeg har blitt oppfordret å sende avvik på hendelser som har ført til nesten-ulykker i de forskjellige hjemmene og sånne ting og det får jeg som regel gode tilbakemeldinger på”</i>	<i>”Ja. Vi får jo svar på alle rapporter vi sender”</i>
Nøytral	<i>”Noen veldig få er jo konstruktive, at det blir satt i</i>	<i>”Ja, det har jeg faktisk- både bra og dårlige tilbakemeldinger egentlig. Noe</i>

	<i>gang noe for å forbedre litt. Eller så er det så der”</i>	<i>har vært veldig konstruktivt, andre har vært litt mer kranglete”</i>
Ikke fornøyd	<i>”Det man har lært av å skrive avvik føler jeg er at man ikke får så mye tilbakemelding”</i>	

\*Tabell 7: Fornøyd med tilbakemelding

Enkelte av pilotene føler ikke at tilbakemeldingene de har fått kunne ha vært noe annerledes, mens flere føler at den kunne ha vært annerledes på enkelte ting noen ganger. Det som blir trukket frem at de etterlyser litt mer detaljert feedback og analyse på hendelsene som blir rapportert. En pilot sier: *”Svaret er gjerne en setning eller tre, men vi kunne fått vite litt mer, som «Hva mener Safety-avdelingen» «Hva skjer videre med rapporten» «Tas det til etterretning» «Hvor viktig synes de den var- at du meldte den rapporten»”*

Flere av sykepleierne gir også uttrykk for at de gjerne skulle sett at tilbakemeldingen var litt annerledes. En sykepleier nevner at de gjerne skulle sett at noen av rapportene kommer tilbake til den det gjelder og ikke alltid blir tatt opp på fellesmøter. To andre forteller at tilbakemeldingene kunne vært mer forståelsesfulle. En annen sykepleier sier: *”Ja jeg tenker at tilbakemeldingene kunne vær at leder tok meg inn å snakket med meg om det, istedenfor å få en flåsete kommentar tilbake, så går det an å ta en samtale om det - “Hva mener du egentlig”, “Har du noe forslag til hvordan vi kan løse dette her?””*.

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om hva som kunne vært annerledes:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Tar for lang tid		<i>”Det er én jeg ikke har fått enda, og hvis behandlingstiden er 4 måneder på slike rapporter så får jeg vel ikke svar på den med det første”</i>
Mer personlig	<i>”Kunne nok vært mer direkte til den som har gjort feilen</i>	



	<i>hadde fått det tilbake. litt mer personlig.”</i>	
Mer forståelsesfulle	<i>”så synes jeg kanskje at tilbakemeldingene kunne vært mer forståelsesfulle”</i>	

\*Tabell 8: Hva kunne ha vært annerledes ved tilbakemeldingene

Alle informantene sier at de får tilbakemeldinger på rapporter men det virker som om det er litt forskjell mellom gruppene når det kommer til hva de synes om selve tilbakemeldingen. Blant pilotene synes nesten samtlige at tilbakemeldingene er bra og konstruktive. Mens hos sykepleierne er det bare noen få som synes det samme. Det kommer også frem at noen tilbakemeldinger blir gitt til sykepleierne på fellesmøter. Nesten samtlige informanter never at det kan ta for lang tid å få tilbakemeldinger og enkelte fra begge grupper sier også at de har opplevd å ikke få tilbakemelding i det hele tatt.

#### 5.2.4 Tillitt

Tillitt spiller en viktig rolle for at den enkelte skal tørre å sende inn rapporter som bidrag til sikkerhetsarbeid (Reason, 1997). Fleste parten av pilotene gav uttrykk for at de hadde tillitt til den som tok i mot rapportene. Mens sykepleierne var mer delt i synet på om de hadde tillitt til de som tok i mot rapportene. Det som skilte seg mellom disse to gruppene var derimot at systemet til pilotene er konfidensielt slik at deres nærmeste sjef ikke har direkte tilgang til hva den enkelte har rapportert. Hos sykepleierne blir rapporten sendt direkte til avdelingsleder og her er det ingen mulighet for anonymitet.

Hos pilotene forteller de fleste at de har full tillitt til dem som tar i mot rapportene. Grunnen til enkelte har tillitt er at de kjenner noen av de som sitter på den avdelingen og opplever dem som at der tar jobben sin seriøst. En pilot sier: *”Nei, det er ganske bra, jeg kjenner de som tar i mot. Det er jo en fordel for en del av oss i Oslo som vet hvem mange av disse er, og kjenner de som stort sett «allrighte» fyrer”* Et par av pilotene uttrykker at de har en mer nøytral holdning til om de har tillitt til den som tar i mot rapporter og sier at de ikke har så mye annet valg enn å stole på dem. Mens en pilot uttrykker at han ikke har full tillitt til at det han sender inn blir behandlet konfidensielt. Han sier: *”Men hvis jeg skriver noe på kanten som kan få*

*konsekvenser for meg selv, så ville jeg ikke vært trygg på at de holder det for seg selv nei. Så nei”.*

Flere av sykepleierne gav uttrykk for at de hadde tillitt men synes samtidig at det kunne ta for lang tid før det skjedde noe med rapporten. En sykepleier sier: *”Men det er en sen tilbakemelding og vi vet ikke alltid hva som skjer i forhold til avvikene”*. Enkelte andre gav uttrykk for at de ikke hadde tillitt til hverken systemet eller den som tok i mot rapporten. En sykepleier sier også rett ut at det overhode ikke er noen tillitt: *”Det gjennomsyrrer hele intervjuet her at jeg ikke har så veldig tillit der”*. Sykepleierne gir uttrykk for at tillitten ofte henger sammen med at de føler det ikke skjer noe med rapportene og flere sier at de skulle ønske rapporten kunne gå høyere opp i systemet.

I tabellen under har vi noen sitater på hva informantene synes om tillitt:

Kategorier	Sykepleier	Piloter
Full tillitt	<i>”Ja det er virksomhetsleder som tar i mot mine rapporter og den er god og høy”</i>	<i>”Den er god. Full tillit”</i>
Nøytral	<i>”Den er 50/50 kanskje, i forhold til tillit.”</i>	<i>”Jeg har ikke gjort meg opp noen spesiell formening om det”</i>
Ikke full tillitt	<i>”jeg har vel ikke så tillit til dette avvikssystemet”</i>	<i>”...ville jeg ikke vært trygg på at de holder det for seg selv nei. Så nei”</i>

\*Tabell 9: Tillitt

Vi ser at det er en stor forskjell her mellom sykepleierne og pilotene når det kommer til tillitt. De fleste pilotene har tillitt til de som tar imot rapportene mens flertallet av sykepleierne har ikke like høy tillitt.

Vi kan se at det er en del ulikheter i rapporteringssystemene til disse to gruppene og disse er blant annet at systemet til pilotene er konfidensielt og gjør det derfor mulig for den enkelte å være anonym dette er ikke mulig hos sykepleierne. Tilbakemeldingene etter en rapport hos pilotene viser seg å være bedre enn hos sykepleierne og det er større tillitt til systemet blant

pilotene enn det er hos sykepleierne. Vi ser derimot en likhet når det kommer til brukervennligheten noe begge gruppene gir uttrykk for at de ikke er fornøyd med.

### 5.3 Underrapportering

For at et rapporteringssystem skal fungere godt så er det viktig at alle de ansatte deltar og bruker systemet (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Det kommer frem at nesten alle i begge gruppene hadde på et eller annet tidspunkt lat være å sende inn en rapport der de burde ha gjort det. Her fikk vi en del svar fra pilotene at de fleste hadde latt være å rapportere ting til dels på grunn av tid og at de følte der og da at alvorlighetsgraden ikke var så stor at de måtte rapportere. En pilot nevner også en hendelse om ble tatt opp etterpå i flyet istedenfor at det ble sendt rapport: *”Ja, det har jeg faktisk gjort. Jeg burde kanskje gjort det, men etter samråd med andre Management piloter så gjorde vi en «Debrief» i flyet i stedet for å sende rapport”*. Andre ting som blir nevnt at enkelte ikke har rapportert har vært ting som de ikke anså hadde så mye med Safety å gjøre, fatigue og overskridelser av flyets begrensninger når det kommer til hastighet. Pilotene har også en liste med ting som de er pålagt å rapportere som dersom de skulle oppstå. Da må de sende inn en skriftlig rapport, eksempler på dette blir nevnt som bird-strike og lynnedslag. Blant pilotene ble det også nevnt at selskapet har endret seg de siste årene hva angår rapporter. Enkelte av pilotene nevner at de tidligere har kunnet ringe inn og fortelle om enkelte hendelser men at de ikke lenger får gjøre dette: *”For 5 år siden kunne du ta en telefon også var alle problemer løst. Da ble det rapportert via ledelsen, men i dag så er det så stort at det nytter ikke lenger. Skal det skje noen endringer, eller ting skal plukkes opp må det rapporteres i systemet”*

Blant sykepleierne sier flesteparten at grunnen til at de ikke har rapportert at de ikke har hatt tid, glemt det eller de har ansett det som små ting som de ikke så behovet for å sende inn en rapport på. En sykepleier forteller: *”Gjentagende at noen som ikke har fått medisiner og tatt medisiner som blir litt en vane som vi ikke melder fra om”*.

På spørsmål om de kjenner til andre som har unnlatt å rapportere noe de burde ha gjort svarer samtlige piloter at de vet om dette. Grunnen til dette er også lik ved at de svarer at de tror frykt for represalier er en grunn til at de tror enkelte kollegaer ikke sender inn rapporter men at de ikke tror at det er et utbredt problem. En pilot sier: *”Ja som sagt, så tror jeg jeg vet om et par tilfeller. Det var nok for at de var redd for represalier”*

Blant sykepleierne kjenner også de fleste til tilfeller der andre ikke har sendt inn rapport på noe de burde. Grunnen her blir ikke oppgitt som frykt men heller som forglemmelser eller at de tror noen ikke gidder. En fortalte også de trodde at enkelte ikke tok seg bryet med å skrive dersom de kunne slippe unne med å overlevere en rapport muntlig: *”Jeg tror noen mener at så lenge de har sagt det muntlig på en rapport, så er det på en måte dokumentert”*

I tabellen under har vi tatt med noen sitater som omhandler underrapportering:

Kategorier	Sykepleier	Pilot
Tar tid	<i>”Da har det sikkert gått litt på tid”</i>	<i>”Skulle man for eksempel rapportert alt som har med avvik å gjøre, hadde man ikke gjort annet enn å rapportere på fritiden”</i>
Ser ikke hensikt		<i>”Også tror jeg kanskje de som er involvert ikke skjønner alvoret i det”</i>
Ble diskutert/tatt opp		<i>”Ting som kanskje ikke behøves å rapporteres i like stor grad, er for eksempel når du tilbake leser feil når du taxer, ting du ordner opp i der og da”</i>
Glemte det	<i>”det har sikkert gått litt på forglemmelse”</i>	
Uønsket oppmerksomhet	<i>”Det er av frykten for å henge ut noen”</i>	
Ikke mitt ansvar	<i>”kanskje at jeg ikke har tenkt at det er noe jeg skulle ha rapportert”</i>	

\*Tabell 10: Underrapportering

Vi ser at det er en forskjell mellom gruppene her når det kommer til underrapportering, blant pilotene er det flere som tror at frykt for represalier kan være en årsak til at de ikke sender inn rapporter mens hos sykepleierne virker det som om dette ikke er et like stort tema. Tid og forglemmelse er det som hovedsakelig er årsaken til underrapportering hos sykepleierne.

## **6.0 Analyse Rapporteringssystem**

I dette kapitlet vil vi ta for oss de funnene vi har gjort fra forrige kapittel og sette dette opp mot teori. Vi ser at det er en lik forståelse blant begge gruppene om hva som er hensikten med et rapporteringssystem men at selve oppbygningen av systemene skiller seg litt fra hverandre.

### **6.1 Forståelse av rapporteringssystem**

Et rapporteringssystem er ment til å plukke opp latente og aktive feil som skjer i den daglige operasjonen. I en HRO organisasjon, som både sykepleiere og piloter befinner seg under, kan en feil som bryter gjennom alle barrierene som organisasjonen har satt opp vil kunne få katastrofale følger (Woods, Dekker, Cook, 2010). Swiss Cheese Modellen som Reason (2013) viser til tar for seg eksemplet med osteskiver som barrierer, disse er ikke perfekte men latente og aktive feil vil gjøre at barrierene har hull i seg. Vi kan derfor si at ved å rapportere feil som blir gjort vil være med på å tette disse hullene og bidra til økt sikkerhet. Vi ser en likhet blant informantene våre at de alle trekker frem læring og sikkerhet som grunner for at de har et rapporteringssystem. Slike barrierer som Woods, Dekker og Cook (2010) viser til er det flere av våre informanter som kjenner til og de kan komme med flere eksempler på dette. Vi ser derfor at det både hos sykepleierne og pilotene er sikkerheten bygget opp med flere lag for å sikre seg mot at feil skjer.

### **6.2 System og underrapportering**

Det finnes to typer rapporteringssystemer, frivillig og obligatorisk. En frivillig rapportering blir brukt når feil har oppstått men ikke nødvendigvis det har ført til at alle barrierer er blitt brutt. En obligatorisk rapportering blir brukt når en feil har oppstått og alle barrierer er blitt brutt og utfallet har blitt en ulykke (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Begge gruppene

bruker både frivillig og obligatorisk rapportering, alle pilotene sier at de kjenner til elementer som de er pålagt å rapportere og de sier samtidig at de blir oppmuntret til å sende inn rapporter på andre ting som også blant annet er relatert til sikkerhet. Blant sykepleierne visste flere om at de hadde elementer som de var pålagt å rapportere mens et par var mer usikre på dette. Sykepleierne blir også oppmuntret til å rapportere ting som har med sikkerhet å gjøre.

Reason (1997) hevder at frivillig rapportering er bedre fordi en organisasjon ikke vil ha muligheten til å liste opp alle tenkelige situasjoner som krever en rapport. Det er derfor bedre dersom rapporteringen er frivillig fordi da vil den ansatte få mer ansvar og føle mer delaktighet i vurderingen over hva som krever en rapport. Dette begrunner Reason (1997) er bedre fordi det vil legge til rette for at flere rapporter kommer inn enn ved et obligatorisk rapporteringssystem. Har en flere rapporter så vil en lettere kunne se trender og potensielle trusler som vil påvirke sikkerheter. Både sykepleierne og pilotene har frivillig rapportering men de har også elementer som de er pålagt å rapportere.

Vi ser at pilotene i større grad enn hos sykepleierne rapporterer feil som ikke nødvendigvis har gått så langt til at det har skjedd noe alvorlig, blant sykepleierne ser vi at de rapporterer først når det har skjedd en feil. Vi kan tolke dette som om pilotene i større grad enn sykepleierne benytter seg av frivilligrapportering, vi tolker det som om pilotene har en litt mer proaktiv holdning til rapportering enn hos sykepleierne som rapporterer i større grad etter at et uhell har skjedd som for eksempel feil medisinerings.

For at et rapporteringssystem skal fungere godt så er det to elementer som må være til stedet. Det ene er å få inn nok rapporter ved at alle ansatte deltar og bruker systemet (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000). Blant begge gruppene kommer det frem at de har latt være å rapportere ting de burde ha gjort. Grunnen til dette blir blant pilotene oppgitt til å være tid og i tillegg hos noen at de ikke så hensikten i skrive en rapport fordi de anså ikke alvorligheten så stor nok. Blant sykepleierne blir tidspress nevnt som en grunn, det kommer også frem at de har avsatt tid til å skrive rapporter men at det på grunn av stor arbeidsbelastning ikke alltid har muligheten tid til å sette seg ned og skrive en rapport. Blant sykepleierne kommer det også frem at de noen ganger lar være å skrive rapport dersom de kan varsle i fra om en hendelse muntlig. Ved at informasjon ikke blir sendt inn til systemet går det glipp av potensielt verdifull informasjon som kan brukes til å avdekke feil, mangler og trender.

Den andre er å bruke tid og ressurser på analyser og å følge disse opp og gi tilbakemelding. Alle informantene sier de har fått tilbakemelding på rapporter de har sendt inn men ikke alle

er like fornøyd. Blant pilotene er de fleste fornøyd med tilbakemeldingene de får fra rapporter de har sendt inn, noen sier at det til tider kan ta litt lang tid å få svar men stort sett alle er fornøyd. Blant sykepleierne var det ikke like mange som var fornøyde og flere gir uttrykk for at det er rom for forbedring på dette området av systemet.

Vi ser også at systemene mellom disse to gruppene er forskjellig bygget opp og det kan virke som om Norwegian bruker større ressurser på håndtering av rapportene. Dette ser vi blant annet ved at Norwegian har en egen safety avdeling noe ikke Kragerø Kommune har.

Rapportene fra sykepleierne går inn til avdelingsleder som tar disse med seg videre eller ordner opp i dem.

Det er ikke mengden av rapporter alene som avgjør om et system fungerer godt eller dårlig men også kvaliteten på rapportene som kommer inn (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Reason (1997) trekker frem fem punkter som er viktige for å få inn ikke bare mange rapporter men også gode rapporter. Det første punktet er amnesti mot straff, dersom den som skal sende inn en rapport står i fare for å få straff vil han eller hun ikke sende inn den rapporten. Frykt vil derfor være med på å bidra til underrapportering. Blant pilotene nevner flere at frykt for represalier er en grunn til at noen velger å ikke sende inn en rapport. Mens blant sykepleierne er ikke frykt nevnt som et tema for å ikke sende inn en rapport, tid, forglemmelser og frykt for å henge ut noen blir nevnt som årsaker til underrapportering. Det andre punktet er konfidensialitet og anonymitet. Reason (1997) hevder at dersom systemet er konfidensielt vil det være lettere for den som sender inn rapporter ved at en ved at denne er anonym og ikke åpen for alle. Blant pilotene var det kun noen få som mente at dette ville ha en påvirkning i forhold til om de ville sende inn en rapport eller ikke og at det var situasjonsbetinget. Blant sykepleierne så kommer det frem at de ikke har mulighet til å være anonyme i sine rapporter, noen av sykepleierne mente at dette ikke ville ha betydning for om de ville ha skrevet en rapport eller ikke mens flere gav uttrykk for at de savnet muligheten til å være anonym. På grunnlag av dette kan det tenkes at Kommunen kanskje vil kunne få inn flere rapporter dersom de velger å åpne for et anonymt rapporteringssystem. Det tredje punktet Reason (1997) lister opp er separasjon mellom avdelingen som mottar rapporten og de som er ansvarlige for eventuelle straffetiltak. Norwegian har en egen safety avdeling som kun fokuserer på rapporter dette har derimot ikke Kragerø Kommune. Dersom dette hadde ligget til rette i Kommunen kunne det kanskje ha bidratt til at flere rapporter kommer inn. Det fjerde punktet som blir nevnt av Reason (1997) er rask og tilgjengelig tilbakemelding. Å få tilbakemelding vil i følge Dekker (2012) være både med på å bygge opp tillitten og interessen for rapportering. Blant pilotene er de fleste fornøyde med tilbakemeldingene de får mens noen

er passefornøyd. Blant sykepleierne var det flere som ikke var fornøyde med tilbakemeldingene de hadde fått og synes tilbakemeldingene kunne ha vært annerledes på forskjellige områder.

Tillitt er en av grunnfundamentene i et velfungerende rapporteringssystem, det tar lang tid å bygge opp og tar kort tid å rive ned (Dekker, 2012). Reason (1997) hevder at de første punktene handler om tillitt. Det er viktig med tillitt fra den som skal sende inn rapporter for å unngå underrapportering. Vi spurte informantene om de har tillitt til de som tar imot rapportene og blant pilotene var denne tillitten høyere enn blant sykepleierne som var mer delt i synet på hvorvidt de hadde tillitt til den som tok i mot rapportene.

Det siste punktet Reason (1997) trekker frem som viktig for et velfungerende rapporteringssystem er at det skal være enkelt å skrive rapporten. Er det vanskelig å skrive eller sende inn en rapport vil dette kunne føre til underrapportering. Blant informantene var det flere som ikke var fornøyde med brukervennligheten i systemet. Pilotene synes det kunne noen ganger være litt for mange detaljer som måtte fylles inn i en rapport men at de stort sett var fornøyde med brukervennligheten. Blant sykepleierne var det flere som klaget på at spesielt det ene systemet var uoversiktlig og vanskelig å sette seg inn i noe som det også kom frem var en årsak til at de noen ganger benyttet seg av muntlig rapportering.



## 7.0 Funn Sikkerhetskultur

I dette kapitlet vil vi vise en presentasjon av empiri og deretter analyse av våre funn. I analysen har vi knyttet funnene opp mot teoretisk forankring. Vi har i problemstillingen vår blant annet et ønske å se på hvordan sikkerhetskulturen er hos pilotene i Norwegian og sykepleierne i hjemmesykepleien i Kragerø kommune. Vi har sammenliknet disse to for å se om det er grunnlag for å lære av ulikhetene mellom disse gruppene. Funnene vi presenter her er et resultat av gjennomgang av bokverk og forskningsintervju med totalt 16 informanter, 8 piloter og 8 sykepleiere. Reason (1997) trekker frem fire elementer som beskriver en god sikkerhetskultur (se figur under), rapporteringskultur, rettferdighetskultur, fleksibelkultur og lærendekultur, disse elementene er med på å danne det han kaller en *"informed culture"*. Vi vil i dette kapitlet se om det eksisterer en sikkerhetskultur og hvor god denne er hos pilotene i Norwegian og sykepleierne i Hjemmesykepleien i Kragerø kommune. Senere i analysen har vi drøftet disse funnene for å se om de stemmer overens med hva teorien sier.



\*Figur : Sikkerhetskultur

## 7.1 Rapporteringskultur

I denne kategorien ønsker vi å se nærmere på hvordan kulturen for rapportering er hos de to gruppene. En god kultur for rapportering vil gjøre at flere sender inn rapporter og med flere rapporter vil muligheten til å ta ting som går galt øke. Reason (1997) hevder også at en frivillig rapportering vil føre til en bedre kultur for rapportering dette fordi den som skal rapportere både vil føle mer delaktighet i rapportene som skal skrives. Dersom det er pålagt rapportering så vil dette kunne medføre straff dersom en ikke rapporterer, dette vil kunne

påvirke villigheten til å sende inn rapporter. Vi vil i dette avsnittet presentere de funn vi har gjort på disse områdene.

### 7.1.1 Hvordan er rapporteringskulturen

Blant pilotene hadde de fleste en veldig klar innstilling på at det eksisterer en god kultur for rapportering i selskapet. En pilot sa at grunnen til dette er at det er en just culture innen selskapet hvor han legger vekt på at det ikke er fare for straff dersom du rapporterer noe en har gjort galt. Et par piloter forteller at selv om de mener kulturen er bra så tror de allikevel at den kan bli bedre, en av de sier: *”Det er nok mange som gruer seg litt for å rapportere grunnet frykt for represalier”* En annen sier at kulturen er bra men at det på enkelte ting rapporteres for lite, han forklarer dette med: *”Fordi de ikke gidder. Når det kommer til akkurat den biten der er de for slappe, men «flight safety»-messig så tror jeg det er god kultur for å rapportere”* En annen pilot drar frem at han tror det eksisterer forskjeller innad i selskapet. Selskapet er stort og har avdelinger i mange forskjellige land og at det i mellom disse avdelingene så vil det nok være store forskjeller i kulturen. Men at han tror i avdelingen han representerer så er den veldig god.

Sykepleierne var mer delt i synet på om det var en god kultur. Flere svarer både ja og nei på spørsmålet og det heller mot at de kan bli flinkere til å sende inn rapporter. En sykepleier sier: *”Både ja og nei, vi kunne sikkert blitt mye bedre hvis vi skulle ha skrivet opp alt en bør skrive om da”* Noen av sykepleierne synes ikke det er en god kultur på arbeidsplassen og begrunner dette med mangel på kunnskap og vilje. Tid blir også nevnt som en årsak til en ikke så god kultur. En sier at selv om det ikke er en god kultur så har den blitt bedre de siste årene, dette som en følge av at avdelingsleder påpeker viktigheten av å skrive rapporter. Mens en annen sykepleier sier: *”Vi føler at det ikke alltid blir gjort noe med, at det er bortkastet å bruke tid på det, også er det tiden som er en viktig faktor”*

I tabellen under har vi tatt med noen sitater på formening om kulturen:

Kategori	Sykepleier	Pilot
God kultur	<i>”Ja, jeg tror nok at de har innøvd at hvis de rapporterer så kan det skje noe med det, og det er veldig bra, for det</i>	<i>”Jeg kan bare snakke for meg selv og noen kollegaer, men jeg føler mange skriver rapporter, og ganske mye rapporter, i forhold til</i>

	<i>er eneste måten for å få gjennomslagskraft på”</i>	<i>andre yrker tror jeg”</i>
Verken god eller dårlig	<i>”Både ja og nei, det kommer seg. Man må stadig jobbes med, det med å fortelle at det ikke er noen skam å melde avvik”</i>	<i>”Både ja og nei. Kulturen er bra fordi folk ikke kvier seg for å rapportere, ikke så bra fordi folk rapporterer for lite”</i>
Dårlig kultur	<i>”Egentlig synes jeg ikke det nei. (...) det blir lite snakket om og det er veldig liten tid. Det tar tid”</i>	

\*Tabell 11: God eller dårlig kultur

Vi ser en forskjell her blant informantene i at flere av pilotene enn sykepleierne mener det er en god kultur når det kommer til å skrive rapporter. En annen forskjell mellom gruppene som vi ser er grunnen til en dårlig kultur. Mangel på kunnskap og tid blir trukket frem på spørsmål om hvorfor det er dårlig kultur mens blant pilotene var det noen som trodde frykt for represalier var en medvirkende årsak til dårlig rapporteringskultur. Ved å spørre dette ville vi få frem om hvordan informantene selv opplevde at rapporteringskulturen var på deres arbeidsplass.

### 7.1.2 Pålagt eller oppmuntret til å skrive rapport

Blant pilotene svarer samtlige at de blir oppmuntret til å sende inn rapporter. Det kommer frem at det er en forskjell mellom obligatorisk og frivillig rapportering. Enkelte ting er pilotene pålagt å rapportere mens andre ting er på mer frivillig basis om de ønsker å rapportere. På den frivillige rapporteringen er det flere som sier at de blir oppmuntret til å sende inn rapporter, det kommer her frem at Fatigue er noe flere sier de blir oppmuntret til å skrive rapporter om. Dette er for å synliggjøre tretthet når de er på jobb, dette for å lage

statistikk og komme med forbedringer ved tjenestegjøring. Obligatoriske ting hvor det er et krav om rapport blir ”bird-strike”, ”not fit for flight” og ”Exceedance av limitations” nevnt. En pilot sier: *”Ja, det gjør vi jo hele tiden. Safety-avdelingen er veldig hissig på at vi skal skrive rapporter. De har også blitt tydelige på hva som er «Mandatory», dette skal skrives på, og dette vil vi gjerne ha rapporter om, selv om det ikke er «Mandatory»”*

Hos sykepleierne sier alle at de blir oppmuntret men at det skjer i for liten grad. Nesten samtlige av informantene her sier de i for liten grad oppmuntres til å skrive rapporter og begrunner dette med at det snakkes for lite om det og at det er for lite tydelighet på at rapporter skal sendes inn. En sykepleier sier: *”Tja, jeg vet ikke hvor mye lederen er involvert, men på personalmøter og sånn synes jeg ikke vi snakker om det. Men kanskje oss kollegaer imellom snakker mer om det”*. Noen av sykepleierne svarer på oppfølgings spørsmål at de kjenner til at det er enkelte ting som er pålagt å rapportere: *”Det er man vel ifølge arbeidsmiljøloven”* Andre er mer usikre i svarene sine på dette spørsmålet: *”Ja. Eller jeg vet egentlig ikke - er vel det”*. Flere av sykepleierne var mer usikre i svarene sine på hvorvidt de var pålagt å skrive rapport, det kom frem at flere trodde at det var pålagt men de visste ikke nødvendigvis hvor dette stod skrevet.

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om rapportering er pålagt:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Ja er pålagt	<i>”Ja. Det står hvilken tjenestevei, men det spør litt i forhold til hva vi skal rapportere, men vi alle er pålagt å rapportere avvik og feil og mangler”</i>	<i>”...også har du en obligatorisk. For eksempel «Not fit for flight» er en obligatorisk rapport, så den må du skrive. Det samme med «Bird Strike»”</i>  <i>” Myndighetene har en liste over hva som er påkrevd å rapportere, og det skal vi rapportere”</i>  <i>” Ja. Vi har en spesifikk liste</i>

		<i>over ting som skal rapporteres”</i>
Litt usikker	<p><i>”Ja. Eller jeg vet egentlig ikke - er vel det”</i></p> <p><i>”Jeg tror det, men jeg vet ikke hvor det står”</i></p> <p><i>”Ja, jeg mener at det er det”</i></p>	
Nei ikke pålagt		

\*Tabell12: Pålagt rapportering

I tabellen under har vi tatt med noen sitater rundt oppmuntring til rapportering:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Blir oppmuntret	<p><i>”Ja, ikke så ofte, men jeg har blitt det ja. Fra andre kolleger og leder”</i></p> <p><i>”Ja, Avdelingsleder gjør jo for så vidt det da, hun er nøye på poengtere det”</i></p>	<p><i>”Vi fikk en oppmuntring i fjor på å sende mer rapporter, men jeg husker ikke om den kom på mail eller via at jeg har snakket med de som jobber på «Flight Safety»-avdelingen”</i></p> <p><i>”...veldig mye legges over til oss, til å rapportere det vi selv mener og tror har en interesse for safety-avdelingen”</i></p>

		<i>”Men man oppfordres til å skrive rapport hvis man føler seg trøtt på jobb og ikke fungerer som normalt”</i>
Blir ikke oppmuntret	<i>”Jeg synes vi oppmuntres alt for lite. Vi snakker for lite om det”</i>	

\*Tabell 13: Oppmuntring til rapportering

Vi ser en tydelig forskjell mellom gruppene her at det er et større fokus blant pilotene, ikke bare på at det skal sendes rapporter, men også at det er en forskjell på obligatoriske og frivillige rapporter. Sykepleierne blir oppmuntret til å skrive men det virker som om det i mindre grad er et stort fokus på det. Det kommer også frem at flere av sykepleierne virker ikke helt sikre på hva de må rapportere, vi stilte et åpent spørsmål slik at de selv måtte forklare hva som eventuelt var pålagt å rapportere. Ingen av sykepleierne kom opp med noe konkret på dette mens blant pilotene var det flere som kunne nevne hendelser som krever at de skriver rapport.

## 7.2 Rettferdighetskultur

I en rettferdighetskultur vil ikke feil og uhell bli straffet dersom feilen som ble gjort ikke var tilsiktet. En rettferdighetskultur baserer seg på at den ansatte vil føle seg rettferdig behandlet når det gjelder rapporter. Reason (1997) beskriver *”Just Culture”* som en kultur som vil legge til rette for at rapporter kommer inn og dermed føre til økt sikkerhet. Dette ved at den enkelte ikke skal være redd for straff ved å rapportere feil en har gjort, så lenge dette ikke var gjort med overlegg. Vi vil her presentere de funn vi har gjort på dette området.

### 7.2.1 Akseptabelt å gjøre feil

Holdningen i en organisasjon til om det er akseptabelt å gjøre feil eller ikke vil være med å påvirke om den enkelte er villig til å innrømme feil. Dette kan ha innvirkning på hvorvidt rapporter kommer inn eller ikke.

Blant pilotene kommer det frem at samtlige mener det er akseptabelt å gjøre feil på jobben og det kommer veldig tydelig frem at holdningen er at feil skjer hele tiden. En pilot sier: *”Ja. Det gjør vi hele tiden. Hele systemet er basert på at det er lov å gjøre feil”* Det kommer derimot frem at ikke alle feil er greit å gjøre, flere forklarer at dersom intensjonen er å gjøre noe riktig men det endte opp med å bli feil så er det greit men om det blir feil på grunn av sløvheter så er det ikke så greit. En pilot forklarer: *”Ja, for de aller fleste vil jeg si det er akseptabelt så lenge intensjonene bak var gode eller at du gjorde det i beste hensikt, at du prøvde. Så lenge man ikke var skjodesløs eller ga faen”*

På spørsmål om hvordan kollegaer ville reagert på at informantene hadde gjort en feil sier nesten samtlige piloter at det kommer an på alvorlighetsgraden. De fleste at kollegaer svarer at i utgangspunktet så vil det ikke bli reagert negativt på men flere sier at det kommer veldig an på hendelsen. En pilot sier: *”Det spørs hva det er for noe, som sagt så gjør vi små feil hele tiden, og det er kollegaen sin jobb å rette opp i den og vice versa. Men igjen, er det alvorlig så vil det bli sett veldig ned på”*.

Blant sykepleierne er det også veldig tydelig at alle mener det er akseptabelt å gjøre feil. Flere sier at de er bare mennesker og at det er vanlig at det skjer feil. Et par av sykepleierne trekker frem at selv om det er akseptabelt å gjøre feil så avhenger det litt hva som er gjort feil. En sykepleier sier: *”Ja, det kommer helt an på hvilke feil man gjør, men vi er mennesker alle sammen så jeg tenker at det er menneskelig å feile”*. Når vi spør om hvordan kollegaer reagerer på at de gjør en feil så heller alle mot at det ikke blir sett ned på. Men flere mener at det kommer veldig an på hvor alvorlig feilen er og om det er feil som er gjentakende. Disse to blir nevnt av flere av sykepleierne som ting som ikke blir sett på som greit. En sykepleier sier: *”Hvis du gjør det en eller to ganger så er det akseptabelt, men hvis du gjør den samme feilen om igjen å ikke lærer av dine feil, så er det ikke greit lenger”* Mens en annen sier: *”Kommer litt an på hvor stor den er. Jeg synes vi er snille med hverandre og hjelper hverandre. Men det kommer an på hvor stor konsekvens den feilen får. At man ikke driter seg totalt ut med noe. Som regel er det noe småtterier som det går fint an å fikse på”*

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om feil:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Akseptabelt	<i>”Ja, selvfølgelig er det det, vi er mennesker og i det tempoet som vi jobber så er det fort gjort at man kan glemme noe”</i>	<i>”Ja. Det gjør vi hele tiden. Hele systemet er basert på at det er lov å gjøre feil”</i>
Verken eller	<i>”Både ja og nei, for det kommer litt an på hva det er. Vi ser det som positivt at noen sier ifra. Det er menneskelig hele tiden, og da er det viktig at det blir belyst, hva kan vi gjøre for at dette ikke skal skje igjen”</i>	<i>”Det spørs hva det er for noe, som sagt så gjør vi små feil hele tiden, og det er kollegaen sin jobb å rette opp i den og vice versa. Men igjen, er det alvorlig så vil det bli sett veldig ned på”</i>
Uakseptabelt		

\*Tabell 14: Feil og reaksjoner

Vi ser at det hos begge gruppene er en generell holdning om at det er menneskelig å gjøre feil og at de tror at de oppfatter det som akseptabelt at de selv gjør feil på arbeidsplassen sin. Det kommer frem at flere i begge gruppene erkjenner at det går en viss grense for hva som er akseptable feil, passerer men denne grensen så vil det ikke være greit lenger.

### 7.2.2 Reaksjoner etter rapport

Dersom det viser seg at noen har blitt annerledes behandlet så kan det være mulig dette vil være med å påvirke villigheten til å sende inn rapporter i fremtiden. Dersom noen blir annerledes behandlet vil det kunne utvikle seg en frykt for å innrømme feil siden det ikke fører med seg noe positivt.

Ingen av de spurte pilotene kunne oppgi at de hadde sendt inn noen rapport av alvorlig karakter hvor de hadde blitt annerledes behandlet i ettertid. Det var heller ingen som trodde de ville blitt annerledes behandlet dersom det skulle skje i fremtiden. Derimot var det et par av



pilotene som kunne fortelle at de visste om noen tilfeller der noen hadde blitt behandlet annerledes på grunnlag av en rapport som var sendt inn.

Blant sykepleierne var det ingen som hadde blitt annerledes behandlet etter rapporter som var blitt sendt inn. Det var heller ingen som trodde de ville bli annerledes behandlet eller visste om noen som hadde blitt annerledes behandlet etter rapport skriving.

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om behandling etter rapporter:

Kategori	Sykepleier	Piloter
Blir annerledes behandlet		<i>”Hvis du gjør en skikkelig blemme, noe uforklarlig dumt, så vil jo folk snakke om deg bak din rygg, det vet jeg jo skjer. Man kan da bli litt latterliggjort. At folk nevner navnet ditt i forbindelse med at noe skal gjøres feil «Å, nå skal vi dra en – også nevner man navnet»”</i>
Blir ikke annerledes behandlet	<i>”Nei jeg tror ikke det. Da må det bli til advarsel nivå - og blir sikkert ikke annerledes behandlet da heller for å si det sånn”</i>	<i>”Nå har jeg ikke sendt inn noen rapport på en alvorlig hendelse, og det finnes ingenting som tilsier at jeg skulle bli det, så nei”</i>

\*Tabell 15: Behandling etter rapport

Vi ser en likhet blant gruppene at ingen tror de ville blitt annerledes behandlet etter en alvorlig rapport. Forskjellen blant gruppene her er at blant pilotene var det noen som kjente til at andre hadde blitt annerledes behandlet mens dette var ukjent hos sykepleierne.

### 7.3 Fleksibelkultur

En fleksibel kultur er en kultur er en som organisasjonen har mulighet til å rekonfigurere seg selv med utfordringene den står ovenfor. Ofte gjøres dette ved å skifte fra et tradisjonelt toppstyrt hierarki til et mer flatere, hvor de ansatte er med på å ta beslutninger ofte relatert til sikkerhet. Vi har i tabellen under listet opp med bakgrunn i bokverk bevis og teori for at begge gruppene innehar det som skal til for å være en fleksibelkultur eller HRO.

Kategori	Sykepleier	Pilot
Opptatt av feil	<i>Helsepersonell har meldeplikt om alvorlige hendelser nedfestet i § 3.3 i spesialhelsetjeneste loven. Det er også nedfelt i §3.4 at det skal varsles om hendelser eller annet som kan øke kvalitet og pasientsikkerhet.</i>	<i>Norwegian gir kvartalsvis ut sammendrag av rapporter slik at andre som leser dette skal kunne lære av dette.</i>
Motstand mot å forenkle	<i>Ved en pasientundersøkelse bruker sykepleierne det de kaller et "klinisk blikk". Det vil si at man ved enkelte symptomer ser kritisk på situasjonen og anbefaler at flere prøver bør gjennomføres for å avdekke eventuelle sykdomsbilder.</i>	<i>Ved gitte forhold skal pilotene i Norwegian anta at bremseeffekten er dårligere enn oppgitt, dette fordi måleinstrumentene som brukes for å måte bremseeffekten på bakken ikke alltid er korrekt (Operations Manual vol.B)</i>
Sensitivitet til operasjon	<i>"Men hvordan vil du pleie en pasient hvis du ikke har kunnskaper om hvordan det skal gjøres? Du kan ikke «prøve og feile», pasienten er et menneske som kan ta skade</i>	<i>Det første piloter lærer på under utdannelsen er først å fly flyet, deretter navigerer for så å kommunisere. Dette for å påpeke viktigheten at en alltid flyr flyet og ikke glemmer dette når andre ting</i>

	<p><i>av eventuelle feil du gjør.</i></p> <p><i>Kunnskap er nødvendig for at du skal handle riktig. Det kalles kunnskaps- basert sykepleie”.</i></p>	<p><i>oppstår. (Faasafety.gov)</i></p>
<p>Forpliktelse til motstandskraft</p>	<p><i>Ved akutt hendelse, for eksempel hjertestopp og man trenger transport så vil det alltid være mulig å få hjelp av andre kommuner både med ambulanse og ambulanshelikopter. Det er nedfelt at ingen skal være lengre unna enn 90 minutter fra sykehus i Norge.</i></p>	<p><i>Det er krav om ekstra drivstoff til en alternativ flyplass dette fordi dersom det skulle oppstå noe uforutsett på slutt destinasjonen slik at en ikke kan lande der så skal en ha mulighet til å ta seg et annet sted. (Luftfartsloven, 1993, paragraf 2-20)</i></p>
<p>Anerkjennelse av ekspertise</p>	<p><i>En sykepleier ved hjemmesykepleien kan komme i situasjoner der sykdomsbildet krever akutt handling og vil på eget initiativ basert på sykdomslære kontakte lege eller ringe 113.</i></p>	<p><i>På en gitt flytur er det krav om en viss mengde drivstoff for å kunne lovlig gjennomføre denne. Pilotene kan ta med ekstra drivstoff som de selv mener kan være behov for, dette gjøres ofte på bakgrunn av erfaring med blant annet vær og type destinasjon. (Luftfartsloven, 1993, paragraf 6-3)</i></p>

\*Tabell 16: Definisjon av HRO

Som vi ser over så kan begge gruppene defineres som HROer.

## 7.4 Læringskultur

En organisasjon må ikke bare kunne trekke riktig konklusjon fra rapporter men også være villig til å endre prosedyrer basert på denne informasjonen. Med å trekke riktig konklusjon menes å lære av de feilene som oppstår, vi vil i denne kategorien legge frem de funn vi har om åpenhet og læring blant informantene.

### 7.4.1 Åpenhet

Blant pilotene kommer det frem at det kommer veldig an på rapporten som er sendt inn om det er åpenhet rundt denne eller ikke. Er det en større og mer alvorlig sak, sier flere at det ikke vil være like stor grav av åpenhet rundt denne rapporten: *"Det er veldig forskjellig, det kommer veldig an på hva slags rapport det er tror jeg. Hvis man skriver en personlig rapport snakkes det fint lite om det, mens hvis man skriver en teknisk rapport så snakker man mye om det vil jeg tro"*. Flere av pilotene sier at det er åpenhet rundt rapporter og særlig i situasjoner hvor de ønsker innspill fra andre kollegaer på hvordan de ville ha løst samme situasjon: *"Ja, jeg vil si at veldig mange er åpne om feil de har gjort. Kanskje for å få belyst den andre personens syn på det man har gjort, det kan være at man har gjort noe man i utgangspunktet mente var riktig, men som senere ned i løypa gjorde at du fikk en avviks situasjon. Da er det ofte godt å kunne prate med en kollega og høre hva den personen tenker om det"*. Flere av pilotene oppgir at det er læringseffekt av å snakke om rapporter en pilot sier: *"Det er nok fordi man ønsker å dele de hendelsene med andre kollegaer og få læring ut av det, ikke bare for seg selv men for alle andre. Dele på kunnskapen"*.

Hos sykepleierne er synet litt mer delt på hvor åpent det snakkes om rapporter som er sendt inn. Noen sier at det er åpenhet og at det snakkes ofte om rapporter. En sier det ikke blir tatt opp i det hele tatt: *"Vi snakker ikke om rapporter. Jeg synes ikke vi gjør det"*. Enkelte av sykepleierne sier at det kommer veldig an på hvor alvorlig hendelsen er og at er det lettere å snakke om de hendelsene som er mindre alvorlig. En sier at det er liten åpenhet rundt rapporter men sier samtidig at det har blitt omsnakket med de som var på jobb den dagen hendelsen hadde skjedd.

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om åpenhet rundt rapporter:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Åpenhet	<i>”Jo, det snakkes det ganske åpent om synes jeg”</i>	<i>”Ja det er jo det. Og jeg tror det er stor åpenhet om du skriver rapporter der du føler det kanskje ikke var din skyld, eller at du klager på at OPSen har gjort noe eller Fatigue”</i>
Både og	<i>”Det kommer nok helt an på hendelsen. Små hendelser snakkes det jo litt om, så lenge man er åpen om selv, det er jo noe man velger”</i>	
Ikke åpenhet	<i>”Ingenting, eller lite - kanskje de er med på jobb den dagen. Også blir det ikke snakket noe mer om”</i>	<i>”Det vet jeg ikke. Jeg snakker ikke så mye om rapporter. Hverken som andre har sendt inn eller som jeg har sendt inn. Det har blitt diskutert i visse tilfeller blant kollegaer”</i>

\*Tabell 17: Åpenhet

Vi ser at det er relativt likt når det kommer til hvor åpent det snakkes om rapporter i begge gruppene. Så å si alle informantene mener det blir snakket om rapporter men at det ikke nødvendigvis blir snakket om ofte. Alvorlighetsgraden er blant begge gruppene nevnt som en årsak til at en rapport ikke blir snakket om. Læring blir nevnt av flere som årsak til at de snakker åpenlyst om rapporter for å få innspill fra andre kollegaer. Det virker som om det både hos sykepleierne og pilotene er en kultur for å snakke om feil om har skjedd.

#### 7.4.2 Læring

Blant pilotene sier fleste parten at de selv ikke føler de nødvendigvis har lært noe spesielt av tilbakemeldingene de har fått på rapporter. De som svarer at de ikke har lært noe, sier også at dette kan ha sammenheng med den type rapport de har sendt inn: *”Nei, men igjen så er det på grunn av hva slags rapporter jeg har skrevet”*. En annen pilot sier at han ikke har hatt læringseffekt av tilbakemeldinger sier: *”Jeg har ikke fått no svar hvor jeg har fått en «aha-opplevelse» hvor jeg tenker at «det var et godt poeng». Svarene har vært mer en bekreftelse på at de har kommet inn og deres syn på saken, men ingen stor læring av det”*. De få som svarer bekræftende på at de har hatt læringseffekt begrunner dette med at noen andre har sett på hendelsen og dette har gitt et annet lyst på hendelsen, tilbakemeldingene da har vært gode.

Pilotene oppgir også at det kommer ut et ”flight safety” magasin fra firmaet. Dette kommer ut noen ganger hvert kvartal og flere av pilotene synes dette er god og lærerik lesning. Et par av pilotene oppgir at de ikke leser dette og sier grunnen til dette er enten at de ikke har tid eller rett og slett bare er lat. Flere av pilotene sier at selv om de leser det som synes de selv at de kan bli flinkere til å lese informasjonen her.

Blant sykepleierne er det flere som synes de har lært av tilbakemeldingene de har fått men på samme tid er det flere av sykepleierne som sier at de ikke er fornøyd med tilbakemeldingene de får og at de kunne ha vært annerledes og at de ikke alltid får tilbakemeldinger. Men det virker som om at når de først får tilbakemelding så har disse vært lærerike og blitt satt pris på.

Hos sykepleierne er det flere som sier at de leser fagstoff som er relatert til jobben men at det ikke er noe som kommer direkte ut fra sin arbeidsplass. De som leser fagstoff referer til sykepleierprosedyrer, lærebøker og internett som kilder til å holde seg faglig oppdatert. Flere sier de sjeldent eller ikke leser fagstoff og de fleste begrunner dette med at de ikke har tid mens noen sier det går på interesse.

I tabellen under har vi tatt med noen sitater om læring:

Kategori	Sykepleier	Pilot
Positiv	<i>”Jo det har vært veldig lærerikt for jeg passer mer på hva jeg har med meg”</i>  <i>”Det er lærerikt å få</i>	<i>”Ja det føler jeg. De får noen andre øyer til å se på det du har gjort eller det som har skjedd, og får en annen vinkling på ting som ser ting på en litt annen måte kanskje”</i>

	<i>tilbakemeldinger når jeg skriver avvik</i>	
Nøytral	<i>”Det vet jeg nesten ikke, det er bare QMPlus jeg får tilbakemeldinger på, og den andre får jeg vel ikke”</i>	<i>”En sjelden gang, ja, men ikke alltid. De gangene jeg har hatt læringseffekt av det, så har det vært fordi den som har sett på rapporten har gått litt i dybden, gravd litt og funnet ut mer hva som har skjedd da. Brukt tid og ressurser på det, og gitt en god tilbakemelding på e-post. Og da har det vært lærerikt, ja”</i>
Negativ		

\*Tabell 18: Læring

Vi ser her en liten forskjell blant gruppene ved at pilotene sier at de i mindre grad har læringseffekt av tilbakemeldingene de har fått men at det kommer frem at dette kan ha noe med type rapporter de har sendt inn. Blant sykepleierne kommer det frem at selv om de fleste ikke er helt fornøyd med tilbakemeldingene de får så oppleves de som lærerike når de har fått tilbakemeldinger.

## **8.0 Analyse Sikkerhetskultur**

I dette kapitlet vil vi ta for oss de funnene vi har gjort fra forrige kapittel og sette dette opp mot teori. Sikkerhet blir nevnt av nesten samtlige informanter som hensikten med å ha et rapporteringssystem. Flere av informantene trekker frem det å lære av egne og andres feil vil gjøre at en kan unngå at disse feilene blir gjort igjen i fremtiden. Hensikten med systemet ligger dermed å øke sikkerheten i organisasjonen.

### **8.1 Rapporteringskultur**

Reason (1997) hevder at en god rapporteringskultur må ligge til grunn for å oppnå en god sikkerhetskultur. Det er vanskelig å innrømme egne feil og rapportere disse. Og for at et rapporteringssystem skal fungere optimalt er det helt avgjørende at rapporter kommer inn.

Både sykepleierne og pilotene bruker rapporteringssystemet men vi kan se en forskjell innad i de to gruppene. Blant sykepleierne kommer det frem at enkelte bruker systemet daglig mens noen nesten ikke bruker systemet til rapportering. Blant pilotene var bruken mer jevnt fordelt blant informantene. Alle sier de bruker systemet men det kommer frem at det ikke blir brukt daglig.

Reason (1997) trekker frem flere elementer som vil hemme en rapporteringskultur, ekstra arbeid og kanskje aller mest tillit og frykt er blant de tingene han nevner. Vi ser at flere av våre informanter både sykepleiere og piloter nevner tid som årsak til at de ikke sender inn en rapport. Flere sier rett ut at de ikke har tiden det tar til å skrive en rapport og at dette med andre ord blir sett på som ekstra arbeid.

Blant sykepleierne er det flere som svarer at de ikke har tillitt til de som tar imot rapporter noe som Reason (1997) hevder også er med på å skape en dårlig rapporteringskultur. Blant pilotene svarer nesten samtlige at de har tillitt til de som tar i mot rapportene.

Frykt for represalier nevner også Reason (1997) som en annen hemmer for dårlig rapporteringskultur. Her er det ingen av sykepleierne som sier at de direkte frykter represalier for rapporter som blir sendt inn. Blant pilotene blir frykt nevnt flere ganger som grunn for at de selv eller noen de vet om ikke sender inn rapport. Ut fra dette ser vi at det eksisterer elementer hos begge grupper som Reason (1997) hevder hemmer rapporteringskulturen.



## **8.2 Rettferdighetskultur**

Frykt for represalier er noe som Dekker (2012) trekker frem som viktig i en Just Culture, der handler det om å ikke fokusere på hvem som har gjort noe galt men heller på hva som gikk galt. Reason (1997) hevder at rettferdighetskultur som en av tingene som bør være til stede i en god sikkerhetskultur. For at en rapporteringskultur skal være effektiv må den også være rettferdig. Dersom en føler seg urettferdig behandlet etter å ha sendt inn en rapport vil dette svekke tillitten en har til rapporteringssystemet (Reason, 1997). Vi spurte om noen har følt seg annerledes behandlet etter en rapport har blitt sendt inn. Blant pilotene var det ingen som direkte svarte at de hadde følt dette men noen visste om enkelt episoder dette var tilfelle med andre kollegaer som var involvert. Blant sykepleierne var det ingen som verken kjente til selv eller visste om noen andre som hadde blitt annerledesbehandlet etter en rapport. Ingen av informantene trodde heller ikke at de selv ville bli annerledes behandlet dersom de i fremtiden sender inn en rapport av alvorlig karakter.

Just Culture er en måte å jobbe på som er med på å danne grunnlag for god rapportering (Dekker, 2012). Det vil ikke være amnesti for alle feil som blir gjort men det vil skilles mellom akseptable og uakseptable feil. Vi ser både blant pilotene og sykepleierne at det er akseptabelt å gjøre feil på sin arbeidsplass men det kommer også frem at det kommer an på hva som er gjort. Dette tyder på at det går et skille hos begge gruppene på hva som er akseptabel og uakseptabelt når det kommer til feil. Dette er helt i tråd med hva som blir definert som en just culture.

Ut fra dette kan vi tolke det som at det eksisterer både en rettferdighetskultur og en just culture både hos sykepleierne og pilotene. Dette selv om det kommer frem at det har hent noen har blitt annerledes behandlet blant pilotene.

## **8.3 Fleksibelkultur**

Det neste elementet som Reason (1997) trekker frem er en fleksibel kultur. HROer er organisasjoner som er lett tilpasningsdyktige og som er gode eksempler på fleksible kulturer. I tabell 16 kan vi se at begge gruppene har elementer hvor de er opptatt av feil, har motstand mot å forenkle, er sensitiv til operasjon, har forpliktelse til motstandskraft og anerkjenner ekspertise. Dette beviser at både pilotene og sykepleierne er HROer slik som Weick og Sutcliffe (2015) definerer en HRO. Som vi ser ut fra tabellen så kan begge grupper defineres

som High Reliability Organisasjoner, Weick og Sutcliffe (2015) hevder at alle elementene ikke nødvendigvis er like tydelige i alle HROer.

#### **8.4 Læringskultur**

Schein (2010) hevder at i en lærende kultur vil en proaktiv holdning til problemløsning og læring være viktig. Læring er av informantene nevnt som en grunn til rapportering og flere av nevner at åpenhet rundt rapporter vil være med å bidra til læring. Det blir begrunnet med at det å snakke med andre kollegaer om situasjoner gjør at en kan diskutere hendelser og få en annen persons syn på en sak. Dette viser at det er ønske om å lære av hendelsene en selv og andre har opplevd, det å få anders syn på en problemstilling. Blant pilotene viser det seg at flere er åpne om rapporter de har sendt inn og at de gjør dette for å kunne lære av de feilene de har gjort. Det kommer derimot også frem at det ikke er stor åpenhet dersom det er en mer alvorlig hendelse som har blitt rapportert. Blant sykepleierne var det ikke like mange som mener det er åpenhet om rapporter men noen sier også at rapporter blir omsnakket for å kunne lære av de feil som har skjedd.

Schein (2010) hevder også at tilbakemelding også er viktig for å legge grunnlaget for en lærende kultur. Hos begge gruppene kommer det frem at de får tilbakemelding på rapportene som blir sendt inn men det er en stor forskjell her mellom de to. Blant pilotene er flesteparten fornøyd med innholdet i tilbakemeldingene mens hos sykepleierne er det langt færre som er fornøyd med den tilbakemeldingen de får. Reason (1997) hevder at det er viktig å komme med "feedback" på rapporter, dersom dette ikke skjer så vil det kunne skape en holdning der de ansatte ikke ser poenget med å sende inn rapporter. Vi kan se denne holdningen blant enkelte av sykepleierne ved at de ikke er veldig fornøyde med tilbakemeldingene de får. Blant pilotene ser vi ingen tegn til denne holdningen.

Ut fra dette så tolker vi det som om det eksisterer en lærende kultur både hos sykepleierne og pilotene. Vi ser en forskjell mellom gruppene hvor det blant pilotene virker som om det er en litt større åpenhet rundt rapporter og langt flere er fornøyde med tilbakemeldingene de får. Blant sykepleierne er det også åpenhet men det er flere som er misfornøyd med de tilbakemeldingene de får på rapportene sine. Ut fra dette kan det virke som om den lærende kulturen blant pilotene er større enn hos sykepleierne.

Vi har funnet ut at både pilotene og sykepleierne har elementer av god sikkerhetskultur både ved at det er en rapporteringskultur, rettferdighetskultur og læringskultur tilstede hos begge gruppene.

Reason (1997) hevder at en sikkerhetskultur er en motor som driver systemet mot en høyest mulig sikkerhet. Mintzberg (1989) hevder at det som driver det hele er forpliktelse, kompetanse og bevissthet.

Med forpliktelse hevder Reason (1997) at det handler om motivasjon til å strekke som mot sikkerhet men at det også handler om ressurser både kvalitet og kvantitet.

Vi kan se at begge gruppene har denne motivasjonen som Reason (1997) referer til, både sykepleierne og pilotene ser hensikten med å sende inn rapporter og nesten alle oppgir læring som grunn til å rapportere. Ressursene det snakkes om vil vi i denne sammenheng tolke som antall rapporter (kvantitet) og selve systemet (kvalitet). Vi ser en forskjell her i både når det kommer til kvantitet og kvalitet. Vi sitter igjen med et inntrykk av at det er en større grad av underrapportering blant sykepleierne enn det er blant pilotene. Kvaliteten på systemene skiller seg også ut mellom disse to gruppene, vi ser at Norwegian har en egen safety avdeling som kun tar seg av rapporter mens i Kommunen så går rapporter først til avdelingsleder før den eventuelt går videre opp i systemet.

Reason (1997) hevder forpliktelse i seg selv ikke er nok for å drive en sikkerhetskultur. Kompetansen er også viktig og i dette legger han at informasjon som kommer inn blir fulgt opp og gjort noe med. Vi ser en vesentlig forskjell også her, sykepleierne er ikke fornøyd med oppfølgingen i like stor grad som pilotene. Flere blant sykepleierne føler at det ikke skjer så mye med ting som blir rapportert inn, det samme kan skje hos pilotene men virker som om dette er et mindre problem.

Bevissthet handler om å følge med på operasjonen til en hver tid og være bevisst på at selv om ikke ulykker skjer så kan de oppstå (Reason, 1997). Vi ser en klar likhet på dette området da både sykepleierne og pilotene forteller at de ofte blir oppmuntret til å sende inn rapporter. Dette viser at begge organisasjoner ønsker å få inn rapporter, dette for å kunne avdekke potensielle feil og mangler som kan føre til feil.

Ut fra dette tolker vi at det eksisterer elementer som tilsier at det eksisterer sikkerhetskultur både hos sykepleierne og pilotene. Vi ser at det er en forskjell mellom disse to og vi tror at de kan ha noe å lære av hverandre.

## 9.0 Konklusjon

Vi har i problemstillingen vår ønsket å se på hvordan rapporteringssystemet fungerer og hvordan sikkerhetskulturen hos piloter i Norwegian og sykepleiere i hjemmesykepleien i Kragerø kommune. Vi har hatt et ønske å se på dette for å se om det eksisterer et læringspotensiale mellom disse to organisasjonene. Vi har funnet ut dette ved å stille oss følgende forskningsspørsmål

Forskningsspørsmål

- Hvordan fungerer rapporteringssystemene?
- Hvordan er kulturen?
- Er det potensiale for læring mellom disse to organisasjonene?

## 9.1 Hvordan er rapporteringssystemene

Begge gruppene har rapporteringssystemer hvor de skal og kan rapportere inn hendelser. Vi kan se at det eksisterer likheter og ulikheter mellom systemene. Det virker som om sykepleierne bruker systemene sine oftere enn pilotene. Pilotene vi snakket med bruker systemet 2-4 ganger i halv året mens sykepleierne bruker det nesten daglig.

Systemene til pilotene, Safety Nett, og til sykepleierne, CosDoc og QMPlus er satt opp på forskjellige måter. Safety Nett er konfidensielt i motsetning til CosDoc og QMPlus. Begge systemene har elementer som er både frivillig og obligatorisk å rapportere.

Systemet til pilotene virker som har en mer proaktiv hensikt da det rapporteres oftere om hendelser som kunne ha ført til ulykker. Sykepleierne skriver i større grad rapport etter et uhell først har oppstått og er på den måten mer reaktiv.

Vi ser at begge systemene lider av underrapportering. Brukervennligheten til systemet blir av enkelte i begge gruppene oppgitt som en av årsakene til at det ikke skrives rapporter. Men det kommer frem at tid er den største årsaken til at det ikke blir skrevet rapporter. Pilotene svarer at de skriver rapporter på fritiden og at de ofte av den grunn lar være å skrive en rapport. Sykepleierne skal skrive rapporter i arbeidstiden men på grunn av høyt arbeidspress så er det ikke alltid dette lar seg gjøre. Blant pilotene kommer det frem at frykt for represalier er en grunn til underrapportering mens hos sykepleierne er det nesten ingen som frykter dette når de sender inn rapporter.

## 9.2 Hvordan er kulturene

Vi ser at det er noen forskjeller når det kommer til rapporteringskultur. Blant pilotene har de fleste tillitt til systemet men det kommer samtidig frem at det er en viss frykt for represalier. Til forskjell ser vi at hos sykepleierne eksisterer det ikke like stor tillitt men samtidig er det ingen som frykter represalier ved rapporter som blir sendt inn. Vi ser likhet i at tid er en faktor som påvirker begge grupper når det kommer til rapportering.

Vi kan se at det eksisterer en Just Culture i begge gruppene ved at det er akseptabelt å gjøre feil på jobben men at det samtidig går et skille for hva som er akseptabelt og uakseptabelt. En liten forskjell her er at ingen av sykepleierne visste om eller har følt seg annerledes behandlet etter at en rapport har blitt sendt inn. Blant pilotene var det ingen av de spurte som hadde følt seg annerledes behandlet men de visste om enkelte tilfeller hvor dette har hent andre.

Kultur for læring kan vi se er noe mer tydelig blant pilotene enn hos sykepleierne. Forskjellen ligger i tilbakemeldingen som kommer etter rapporter blir sendt inn. Sykepleierne er ikke fornøyd med tilbakemeldingene og oppfølgingen de får. Dette kommer det frem at ikke er et stort problem blant pilotene som sier de er fornøyd med tilbakemeldingene de får.

Det er en forskjell mellom disse gruppene når det kommer til det som driver kulturen. Det som skiller seg er at hos pilotene har en egen safety avdeling som kun jobber med rapporter som kommer inn. Dette gjør at Norwegian letter vil kunne følge opp rapporter og gi bedre tilbakemeldinger på hendelser som har skjedd. Hos sykepleierne er det ingen egen safety avdeling men avdelingsleder som i første hånd tar seg av rapportene som kommer inn.

## 9.3 Er det potensiale for læring mellom disse gruppene

Vi tror det er flere områder som begge gruppene kan lære av hverandre og bli bedre på:

- Systemet til sykepleierne kan gjøres konfidensielt, dette vil kunne gjøre at flere rapporter kommer inn.
- Systemet til pilotene kan endres slik at det ikke har for mange detaljer og på den måten gjøre det lettere å skrive en rapport.
- Oppfølgingen på rapporter hos sykepleierne kan bli bedre og her har de noe å lære av pilotene.

#### 9.4 Forslag til videre forskning

- Hvordan er rapporteringskulturen mellom forskjellige deler av Norwegian, på tvers av landegrenser?
- Hvordan er rapporteringskulturen hos hjemmesykepleiere i andre kommuner?

#### 9.5 Avslutning

Djabrail Sulejmanov ble 6 år gammel. 14 september klokken 16.38 ble han koblet fra respiratoren som holdt han kunstig i live. Han døde i armene på sin mor. Som nevnt i innledningen er det svært mange spørsmål som dukker opp i etterkant av en slik tragisk hendelse. Det mest nærliggende å spørre seg er hvordan kunne dette skje? Ble Djabrail offer for en lege som ikke kunne jobben sin eller ikke tok jobben sin seriøst nok, eller ble han offer for en organisasjon eller system som ikke har klart å gjennomføre sikre nok tiltak mot dette. For det har skjedd før. 77 ganger har det skjedd i følge en rapport fra World Health Organization. Denne rapporten har ikke vi tilgang til, men det hevdes at utfallet ved nesten alle tilfeller har vært fatalt. Selv med stor oppmerksomhet på temaet og at det i instruksjonen for hvordan legemiddelet Vincristine skal settes med ettertrykk på hvordan det ikke skal settes, så skjer det. Djabrail skulle få to sprøyter. En skulle settes intravenøst og den med Vincristine skulle settes i en blodåre. Sprøytene ble forvekslet. Dette til tross for at etablerte prosedyrer har påkrevd at sprøytene skal ha forskjellig størrelse og at legemiddelet Vincristine skal ha en annen farge. En annen del av prosedyren er at man må ha trening på å utføre denne prosedyren, samt at det skal være en sykepleier tilstede med nødvendig utdanning til å verifisere at riktig prosedyre blir fulgt. Når man sitter stille for seg selv og leser om saken i media er det enkelt å konkludere og ha en mening. De fleste vil nok tenke at dette skal ikke skje og at den legen må få sparken. Det kan godt hende, men det kan også hende at nevnte lege på mange måter var på feil sted til feil tid. At det er tilfeldig at det ble akkurat han eller henne. Det er åpenbart at det er skjedd en feil, det er innrømmet at sykepleieren som skulle verifisert legemiddelet ikke ble inkludert i prosedyren på en tilfredsstillende måte. Dette er to ting som er lett å legge på personer. Mer interessant for oss som forskere er hvorfor de ikke fulgte prosedyrene. Er det en dårlig sikkerhetskultur ved sykehuset eller kanskje er de så overarbeidet at det ikke er tid til å gjøre jobben sin på en skikkelig måte. Vi føler det er mer sannsynlig med slike type årsaker enn at det er en lege som er inkompetent til å gjøre jobben

sin. Som nevnt tidligere har det som skjedde Djabrail skjedd 77 ganger før. Det er nærliggende å reise spørsmålet, hvor mange ganger har det vært nære på at det har skjedd tidligere? Antageligvis ganske mange flere ganger enn de 77 som har blitt registrert. I vår oppgave er et av funnene underrapportering. Det kommer frem at noen uønskede hendelser skjer så ofte at de blir utelatt fra rapporter. Det blir også nevnt at mangel på tid er et problem i forhold til å sende inn gode rapporter.

I forhold til flybransjen er det heldigvis slik at det skjer færre og færre ulykker. Det er nesten ingen og de som skjer har ofte en tydelig årsak. Det er ikke slik at når det ikke skjer ulykker så kan man slappe av i forhold til temaet, for det eneste som er sikkert er at det kommer til å skje en ny ulykke på et eller annet tidspunkt. Som vi har skrevet i vår oppgave er det viktig å finne negative trender og vaner blant pilotene og sykepleierne. Dette for å detektere trender som er dårlige og potensielt kan skape en ulykke og sette opp barrierer mot disse. For å finne trender må vi sende inn rapporter. Det er viktig at vi som jobber i flybransjen og helsevesenet skjønner konseptet med at vi jobber i en High reliable organization og at rapportering er en viktig del av kulturen vår. Kanskje kan den ene lille tingen virke uviktig å rapportere for oss som enkeltpersoner, men om det viser seg at tusen stykker tenker det samme er det uheldig. Kanskje kunne denne ene rapporten vært en av mange som gjorde at en enkel prosedyre ble forandret så en ulykke ikke skjer?

## Begrepsordliste

Barriere	Hinder som skal fange opp at noe uønsket ikke skal skje
Bird strike	Sammen treff mellom fugl og fly i luften under flyvning
CosDoc	Rapporteringssystem for sykepleiere
Fatigue	Engelsk uttrykt for å være utslitt eller utmattet og er ofte brukt i luftfarten
Flaps	Klaff på baksiden av flyets vinge som gir flyet ekstra løft
Just Culture	En kultur hvor den enkelte ikke straffes for feil og uønskede hendelser som skjer men hvor beviste handlinger som fører til feil ikke aksepteres.
Kaptein	Pilot og fartøysjef om bord et fly
Safety nett	Dette er et web-basert system hvor en må legge inn informasjon om hva slags hendelser og detaljert informasjon om den spesifikke hendelsen som tid, sted, dato, hvilken fase av flyvningen (take off, landing, underveis)
Styrmann	Pilot og nestsjef om bord et fly
QMPlus	Rapporteringssystem for sykepleiere



## Litteraturliste

Aase, K. og Tjensvoll, T. (2003) *Learning in High Reliability Organizations (HROs): Trial without Error, Organizational knowledge in practice in an emergency organization.*

Hopkins, A. (2007) *The Problem of Defining High Reliability Organisations*

Dekker, S. (2012) *Just Culture.* Aldershot, Hampshire, England: Ashgate

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* Washington D.C., USA: National Academy Press.

Woods, D.D., Dekker, S., Cook, R., Johannesen, L. & Sarter, N. (2010) *Behind Human Error, Second Edition.* Farnham, Surrey, England: Ashgate

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2015) *Managing The Unexpected, Third Edition.* Hoboken, New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Reason, J. (1997) *Managing The Risk Of Organizational Accidents.* Farnham, Surrey, England: Ashgate

Reason, J. (2013) *A Life In Error, From litte slips to big disasters.* Farnham, Surrey, England: Ashgate

Schein, E & Schein, P. (2017) *Organizational Culture And Leadership, 5th Edition.* Hoboken, New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Mintzberg, H. (2009) *Simply Managing*. Financial Times Series.

Gorini, A., Miglioretti, M., Pravettoni, G. (2012) *A New Perspective On Blame Culture: An Experimental Study*.

Stastny, P., Garin, A., Gordon, R., Edwards, C., Johnson, M.A., Moylan, P., Schanne, J.(2004) *A Roadmap to Just Culture: Enhancing the Safety Environment*. Gain Working Group E, Flight Ops/ATC Ops Safety Information Sharing.

Probst, T.M. & Estrada, A.X. (2008) *Accident under-reporting among employees: Testing the moderating influence of psychological safety climate and supervisor enforcement of safety practices*.

Norsk pasientskadeerstatning (2017). *Årsrapport 2017*. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/arsrapport-for-2017-er-ute/> . (Lest:05.03.2018)

Douglas A. Wiegmann (2001). *A Human Error Analysis of Commercial Aviation Accidents Using the Human Factors Analysis and Classification System (HFACS)*.DOT/FAA/AM-01/3.

Johannessen, A., Christoffersen, L., Tufte, P. A., (2011) *Forskningsmetode for økonomiske administrative fag*, 3 utgave, Oslo, abstrakt forlag.

Jacobsen Dag Ingvar, *Hvordan gjennomføre undersøkelser, innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2015), 3 utgave, Kristiansand, Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen Thorsvik (2013), *Hvordan Organisasjoner fungerer*,4 utgave, Kristiansand, Fagbokforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S., (2015), *Det kvalitative forskningsintervju*, 3 utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Helse og omsorgsloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*  
Tilgjengelig fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30 - KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30 - KAPITTEL_5) (lest 01.04.2018).

Directive 2003/42/EC (2003) *DIRECTIVE 2003/42/EC OF EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 13 june 2003 on occurrence reporting in sivil aviation.*

Midtbø, O.M., (2015) *Norsk pasientskadeerstatning:- Over 1000 dødsfall kunne vært unngått.*  
(Online). Tilgjengelig fra:

[https://www.nrk.no/norge/norsk-pasientskadeerstatning\\_-\\_over-1000-dodsfall-kunne-vaert-unngatt-1.12486525](https://www.nrk.no/norge/norsk-pasientskadeerstatning_-_over-1000-dodsfall-kunne-vaert-unngatt-1.12486525) (Lest:03. april 2018).

Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

(hentet:05. april.2018).

## Vedlegg 1: Vurdering fra Personvernombudet



Jan Oddvar Sørnes  
Universitetsalléen 11  
8026 BODØ

Vår dato: 07.12.2017

Vår ref: 57174 / 3 / OASR

Deres dato:

Deres ref:

### Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.11.2017 for prosjektet:

57174	<i>Rapportering i Norsk helsevesen og luftfart</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jan Oddvar Sørnes</i>
Student	<i>Torgeir Navelsaker</i>

#### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

#### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

#### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

#### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS    Harald Hårfågres gate 29    Tel: +47-55 58 21 17    nsd@nsd.no    Org.nr. 985 321 884  
NSD – Norwegian Centre for Research Data    NO-5007 Bergen, NORWAY    Faks: +47-55 58 96 50    www.nsd.no

Ved prosjektslutt 28.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Marianne Høgetveit Myhren

Øivind Armando Reinertsen

Kontaktperson: Øivind Armando Reinertsen tlf: 55 58 33 48 / [Oivind.Reinertsen@nsd.no](mailto:Oivind.Reinertsen@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Torgeir Navelsaker, [torgeirnavelsaker@hotmail.com](mailto:torgeirnavelsaker@hotmail.com)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 57174

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Nord universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 28.05.2018. 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 lydopptak.

**Informasjonsskriv og forespørsel  
til respondenter om deltakelse  
i intervju i forbindelse  
med masteroppgaven**

**Formål og Bakgrunn:**

Vi er to studenter, Morten Strandås og Torgeir Navelsaker, ved Nord Universitet i Bodø som studerer MBA luftfartsledelse. Vi er nå inne i sluttfasen av studiet og skal skrive masteroppgaven vår. Vi ønsker å se nærmere på rapportering av avvik og hendelser innen helsevesenet (hjemmesykepleien) og luftfarten (piloter), her ønsker vi å se på hvordan rapporteringskulturen er og om det er noen forskjeller i rapportering mellom disse to yrkesgruppene.

**Deltakelse i studien:**

Vi vil bruke informasjonen vi henter inn i intervjuene til å identifisere hvordan rapporteringssystemer og rapporteringskulturen er i din organisasjon. Dette vil vi videre bruke til å se om det er noen forskjeller og likheter i rapportering mellom sykepleiere/piloter og se om det eksisterer læringspotensiale mellom disse yrkene. Det vil benyttes en lydopptaker og vi vil ta notater når vi holder intervjuet. Grunnen til at vi benytter båndopptaker er for å transkribere intervjuet som senere vil gi oss data til sammenlikning i oppgaven. Vi muligens bruke sitater fra dette intervjuet i oppgaven men kun med ditt samtykke og det vil ikke være mulig å identifisere deg på noen måte i oppgaven.

**Hva skjer med informasjonen fra lydfilene:**

Vi har taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun Morten og jeg som vil ha tilgang til lydfilene. Når oppgaven er ferdig vil lydfilene bli slettet og selve intervjuet vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg utfra resultatet av studien. Lydfilene vil bli slettet senest 28. Mai 2018 som er dato for innlevering av masteroppgaven.

### **Frivillig deltakelse:**

Det er frivillige å delta i studien og du kan når som helst trekke deg dersom du ønsker det. Om du vil trekke deg vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen. Har spørsmål er det bare å ta kontakt med oss

Morten Strandås (Student) tlf 94 47 19 64, epost: [morten.strandas@gmail.com](mailto:morten.strandas@gmail.com)

Torgeir Navelsaker (Student)tlf 95 36 24 00, epost:[torgeirnavelsaker@hotmail.com](mailto:torgeirnavelsaker@hotmail.com)

Jan-Oddvar Sørnes (Veileder)tlf 90 83 98 21, epost: [jan-oddvar.sornes@nord.no](mailto:jan-oddvar.sornes@nord.no)

## **Samtykke til deltakelse i studien**

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

---

(signert av prosjektdeltaker, sted/dato)



## **Intervjuguide**

### **Rapportering innen**

### **Norsk helsevesen og Luftfart**

---

#### **Rapporteringssystem:**

- Har dere et rapporteringssystem på arbeidsplassen din?
- Hva heter det?
- Kan du kort hvordan det fungerer?
- Har du noen gang benyttet deg av rapporteringssystemet på jobben?
  - Hvor ofte har du benyttet det de siste 6 mnd?
  - Hva har du rapportert?
- Har du vært involvert i noen hendelser som har blitt rapportert?
  - Hva ble evt. rapportert?
- Hva mener du er viktig å rapportere?
  - Er det noe du mener ikke behøves å rapportere?
- Er du redd for at rapporter du har sendt inn vil føre til konsekvenser for deg selv, dersom du har gjort noe som har ført til en uønsket hendelse?
  - Tror du at en rapport, der du har vært involvert, kan påvirke omdømmet/karrieren din negativt?
- Har du fått tilbakemeldinger fra rapporter du har sendt inn?
- Synes du rapporteringssystemet fungerer bra?
  - Hva er det som er bra?
  - Hva er det som er dårlig?
- Har du noen gang latt være å rapportere noe du burde ha rapportert inn?
  - Hvorfor?

## **Rapporteringskultur:**

- Er det en god kultur for rapportering på arbeidsplassen din?  
-Hvorfor tror du det er slik?
- Vet du om noen som har unnlatt å rapportere noe de burde ha gjort?  
-Hvorfor tror du dette skjer?  
-Tror du det skjer ofte?
- Er det akseptabelt at en kan gjøre feil på jobben?  
-Hvordan tror du kollegaer reagerer på at du gjør en feil?
- Oppmuntres du til å rapportere hendelser?  
-Er du pålagt til å gjøre det?
- Hvor åpent snakkes det om rapporter en selv har sendt inn?  
-Er det åpenhet om at man har gjort feil?
- Vil det være lettere for deg å sende inn rapporter dersom du vet at denne er anonym?
- Hvordan er din tillit til den som tar i mot rapportene?
- Vil du bli annerledes behandlet dersom du sender inn en rapport etter en alvorlig hendelse?
- Vet du om noen som har blitt annerledes behandlet?

## **Tilbakemelding/læring:**

- Hvordan mener du rapporter bør brukes for å oppnå best mulig læringseffekt?
- Har du fått tilbakemelding på hendelser du har rapportert?  
-Kan du fortelle om det?
- Har du fått tilbakemelding på hendelser der du har vært involvert?  
-Kan du fortelle om det?
- Hvordan har tilbakemeldingene vært?
- Kunne tilbakemeldingene vært annerledes?
- Føler du at du har oppnådd læringseffekt av tilbakemeldingene?  
-Hvorfor eller hvorfor ikke?  
-(Dersom ikke læringseffekt: Hva tror du kunne ha hjulpet til å oppnå læringseffekt?)
- Leser du materiale om læringssaker?  
-Hvorfor? Hvorfor ikke?