

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE311E

Navn: Tord Augustinussen

Ola Bjerck Simonsen

#Råbra – Et tiltak for å lære av gode hendelser I helsevesenet.

Dato: 23.06.22

Totalt antall sider: 82

Forord

Denne oppgaven er avslutningen på to års masterstudie i helseledelse ved Nord Universitet, et Studium vi har fått plass på gjennom Helse Nord.

Studiets høydepunkt har helt klart vært de sosiale samlingene som dessverre ble noe redusert på grunn av Covid-pandemien. Under samlingene har vi blitt kjent med andre ledere i Helse Nord RHF, Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, Finnmarksykehuset HF og Universitetssykehuset Nord Norge HF. Det har vært mange interessante samtaler, felles utfordringer og uforglemmelige øyeblikk. Takk til alle våre medstudenter for deling av erfaringer og kunnskap. Vi både håper og tror at vi vil holde kontakten i mange år som kommer.

Vi ønsker å takke vår eminente veileder Sverre Grepperud som har hjulpet oss å holde tråden rød så godt som mulig gjennom oppgaveskrivingen, men også Pål Pedersen og Anita Eide ved Nord Universitet, som har spikret sammen et trivelig og svært lærerikt studieforløp. Takk også til Lars Småbrekke som har reflektert sammen med oss om validitet av data og statistiske beregninger og for øvrig har hatt nyttige kommentarer.

Som småbarnsforeldre har naturlig nok studiet vært krevende for oss, men også for våre familier som har fått mindre oppmerksomhet enn de fortjener. Takk til nære som har lest korrektur og kommet med verdifulle tilbakemeldinger. Vi håper at denne oppgaven kan bidra til å inspirere andre til videre forskning og undersøkelser av potensielle effekter #Råbra kan ha.

Til slutt vil vi benytte anledningen til å takke Universitetssykehuset Nord Norge HF for muligheten til å delta på studiet, som har utvidet vår horisont.

Nå gleder vi oss til å benytte helger og sene kvelder til andre ting enn pasientsikkerhet, selv så spennende det er.

Tromsø 23.06.2022

Tord Augustinussen og Ola Bjerck Simonsen

Sammendrag

Bakgrunn

#Råbra er et proaktivt system som har til hensikt å identifisere positive faktorer av betydning i et hendelsesforløp, og en systematisk tilnærming til observasjon av god praksis og uthenting av potensiell kunnskap som denne praksisen bygger på. Systemet ble startet i januar 2021 og er tatt i bruk i ulikt omfang ved flere sykehus i Norge. #Råbra praktiseres ved at ansatte sender en #Råbra-tildeling til en annen ansatt, hvor den gode praksisen beskrives. #Råbra er dypt inspirert av den engelske bevegelsen «Learning from excellence».

Hensikt

Vi ønsker å beskrive #Råbra og kategorisere registrerte tildelinger for å se hvordan ansatte ved enheter som har implementert tiltaket bruker det, og om tildelinger har potensial for systemendring. Vi ønsker å se om innføringen av #Råbra har hatt målbare effekter på helsepersonells opplevelse av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur og derigjennom effekt på pasientskader og uønskede hendelser.

Material og metode

Vi har vurdert #Råbra`s potensielle effekter på pasientsikkerhet i et teoretisk rammeverk med fokus på pasientsikkerhetskultur, og arbeidsmiljø. Vi har samlet data fra tre ulike kilder: #Råbra-tildelinger, rapporter fra forbedringsundersøkelsen ForBedring og rapporter på pasientskader og uønskede hendelser.

Resultat

Medarbeidere melder i størst grad inn hendelser som omhandler «faglig arbeid» og «medarbeiderskap». Om lag 20% av alle tildelinger vurderes å ha et potensial for systemendring. Våre data fra forbedringsundersøkelsen og fra pasientskader og uønskede hendelser viser ikke effekter av #Råbra.

Konklusjon

Kvaliteten på #Råbra-tildelinger vurderes som god. Kategoriseringen av #Råbra-tildelingene gir viktige opplysninger om områder av enhetenes virksomhet de ansatte er opptatt av, og om hvilke områder som får stor oppmerksomhet. Tildelingene gir også interessante opplysninger om muligheten ansatte ser for å påvirke arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Opplysningene fra ForBedring har så lav kvalitet at det er krevende å trekke slutninger som vedrører arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur på bakgrunn av disse. Meldinger om pasientskader og uheldige hendelser skiller ikke mellom pasientskader og *andre* uheldige hendelser, noe som gjør det vanskelig å vurdere endring i pasientsikkerheten.

Abstract

Background

#Råbra is a proactive system that aims to identify positive factors of significance in a course of events and a systematic approach to observing good practice and obtaining potential knowledge on which this practice is based. The system was started in January 2021 and has been used to varying degrees at several hospitals in Norway. #Råbra is practiced by employees sending a #Råbra award to another employee, where the good practice is described. #Råbra is deeply inspired by the English movement “Learning from excellence”.

Aim

We want to describe #Råbra and categorize registered allocations to see how employees at units that have implemented the measure use it, and whether allocations have the potential for system change. We want to see if the introduction of #Råbra has had measurable effects on health professionals' experience of the work environment and patient safety culture and thereby the effect on patient injuries and adverse events.

Material and method

We have assessed #Råbra's potential effects on patient safety in a theoretical framework with a focus on patient safety culture and working environment. We have collected data from three different sources: #Råbra allocations, reports from the improvement survey ForBedring and reports on patient injuries and adverse events.

Result

Employees to the greatest extent report incidents that concern «professional work» and «employeeeship». About 20% of all allocations are considered to have a potential for system change. Our data from the improvement study and from patient injuries and adverse events do not show effects of #Råbra.

Conclusion

The quality of #Råbra awards is considered good. The categorization of the #Råbra awards provides important information about areas of the units' activities that the employees are concerned about, and about which areas receive a great deal of attention. The awards also provide interesting information about the opportunity employees see to influence the work environment and patient safety culture. The information from ForBedring is of such low quality that it is demanding to draw conclusions regarding the working environment and patient safety culture on the basis of these. Reports of patient injuries and adverse events do not distinguish between patient injuries and other adverse events, which makes it difficult to assess changes in patient safety.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag	2
Abstract.....	3
1. Innledning	6
1.1 Å lære av feil.....	7
1.2 Å lære av god praksis	7
1.3 Bakgrunn for valg av problemstilling	8
1.4 Organisering av oppgaven.....	10
2. Bakgrunn – en beskrivelse av #Råbra.....	10
2.1 Læring av feil i helseforetak.....	11
2.2 Effekter av #Råbra – en modell.....	12
3. Teoretisk rammeverk - Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsperspektiv	14
3.1 Sikkerhet og pasientsikkerhet.....	15
3.2 Safety-I.....	16
3.3 Safety-II.....	18
3.4 Learning from Excellence (LfE)	21
3.5 En sammenligning av Safety-I, Safety-II og LfE.....	22
3.6 Resiliens	23
3.7 Implementering av ny kunnskap – læring.....	25
3.7.1 Læring som individ.....	25
3.7.2 Læring i organisasjoner	27
3.8 Motivasjonsteori.....	27
3.9 Arbeidsmiljøets rolle for pasientsikkerhet	28
3.10 Innsamling av relevant litteratur	29
4.1 Datakilde I - #Råbra-tildelinger.....	33
4.1.1 #Råbra-tildelinger ordnet etter kategorier	34
4.1.2 Fordeling av tildelinger ordnet etter profesjon for avsender	38
4.1.3 Forekomst av tildelinger i observasjonsperioden	38
4.2 Datakilde II – Forbedringsundersøkelsen ForBedring	38
4.3 Datakilde III - Pasientskader og uønskede hendelser	41

4.4 Metodiske og etiske refleksjoner.....	42
5. Empiri (resultater).....	45
5.1 Datakilde I - #Råbra-tildelinger	45
5.1.1 #Råbratildelingene ordnet etter kategorier	46
5.1.2 Fordeling av tildelinger ordnet etter profesjon for avsender	48
5.1.3 Fordeling av tildelinger ordnet etter profesjon for mottaker	50
5.1.4 Forekomst av tildelinger i observasjonsperioden	51
5.2 Datakilde II - Forbedringsundersøkelsen ForBedring	52
5.2.1 Arbeidsmiljø	53
5.2.2 Pasientsikkerhetskultur	55
5.2.3 Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet	60
5.3 Datakilde III - Pasientskader og uønskede hendelser	61
6. Diskusjon	62
6.1 Kategorisering og klassifisering av #Råbra-tildelinger.....	62
6.1.1 Kategorisering av #Råbratildelingene	62
6.1.2 Avsender av #Råbratildelinger	69
6.1.3 Fordelingen av #Råbra-tildelinger i observasjonsperioden	71
6.2 #Råbra - effekt på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur	72
6.2.1 Arbeidsmiljøet til ansatte.....	72
6.2.2 Pasientsikkerhetskultur	74
6.2.3 Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet	75
6.2.4 Kritikk vedrørende anvendelsen av data fra ForBedring.....	76
6.3 #Råbra – effekt på pasientskader og uønskede hendelser	77
6.4 Kort avsluttende drøfting	78
7. Konklusjon	79
8. Referanser	81
APPENDIX	85

1. Innledning

Helseforetak er komplekse kunnskapsorganisasjoner som har som hovedoppgave å tilby gode helsetjenester til befolkningen. Å tilby gode helsetjenester innebærer anvendelse av avansert kunnskap innen feltene forebygging, diagnostikk og behandling av sykdommer og lidelser (Helsedirektoratet, 2021a). For å praktisere målrettede tiltak innen disse feltene, har utøverne behov for omfattende støttesystemer som digital pasientjournal, administrative systemer, opplæringsprogrammer, lønssystemer og systemer for å redusere risikoen for uønskede hendelser som påfører mennesker og materiell skade (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

For å løse de omfattende oppgavene trenger helseforetakene ansatte innenfor mange fagområder med ulikt kunnskapsnivå innen hvert fagområde. Siden alle fagområdene er i rask utvikling, må helseforetak være dynamiske organisasjoner med evne til å tilpasse seg endringer og utvikling i teknologi, fag og endringer i omgivelsenes krav til tjenesten. Krav om å tilegne seg ny kunnskap og nye måter å utføre de mange og komplekse arbeidsoppgavene på, hører naturlig inn under kravet eller oppdraget «å tilby gode helsetjenester til befolkningen» (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Dette kravet kommer til uttrykk gjennom periodiske oppdragsdokumenter fra overordnede nivåer; jamfør oppdragsdokument fra statlig myndighet til regionalt helseforetak og videre oppdragsdokument fra regionalt helseforetak til (lokalt) helseforetak (Ingstad 2019).

En rekke av oppgavene innen et helseforetak utføres og kontrolleres ved at utøveren følger gjennomarbeidede prosedyrer. Det gjelder særlig systemer for å redusere risikoen for pasientskader og uønskede hendelser. Hensikten med slike prosedyrer er å sikre et ønsket nivå av kvalitet. Tilpasningen til nye strategier for forebygging, diagnostisering og behandling medfører indirekte at prosedyrer blir utdaterte slik at de må endres, eller at en utøver må finne nye løsninger på uforutsette utfordringer. Helseforetak har rutiner for at prosedyrer skal revideres ved gitte intervaller for å sikre at de ajourholdes og blir tilpasset ny kunnskap. For å redusere risikoen for uønskede hendelser som påfører mennesker og materiell skade, benyttes to diametralt

motsatte tilnæringer; å lære av feil og å lære av god praksis. Å lære av feil retter fokus mot et lite antall uheldige hendelser. Å lære av god praksis retter fokus mot mange hendelser med gode utfall.

1.1 Å lære av feil

Innenfor alle virksomheter har det vært økende fokus på systematiske tiltak for å unngå uønskede hendelser som skade på mennesker og materiell, og for å hindre at kritiske situasjoner oppstår (Jacobsen og Thorsvik, 2021). På tross av stor innsats for å hindre svikt og ulykker skjer de fortsatt. Tall for 2019 viser at det oppstod en pasientskade ved 12,4 % av somatiske sykehusopphold i Norge (Helsedirektoratet, 2021a). Ulykkene er vanskeligst å forutse i de mest komplekse systemene (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Mange av behandlingssløpene i helsevesenet er en sammenhengende kjede av komplekse enkeltbehandlinger. Omfanget av pasientskade viser at den tilnærmingen som i dag benyttes for å unngå slike skader, ikke er optimal eller tilstrekkelig. Det er derfor grunn til å vurdere om læring ved å fokusere på feil og mangler, for deretter å raffinere prosedyrer, er den eneste farbare veien for å redusere risiko for svikt og feil i behandlingen. Kan læring av god praksis, før feil eller mangel har oppstått, være en tilnærming som gir et positivt bidrag?

1.2 Å lære av god praksis

Å lære av god praksis er en strategi eller metode som har til hensikt å øke oppmerksomheten rundt positive hendelser som kan bidra til å forbedre praksis innenfor ulike felter. Metoden ble utviklet til et praktisk verktøy av Dr. Adrian Plunkett (Fellow in Paediatric Critical, Paediatric Intensive Care, Birmingham Children`s Hospital). Målet er å lære igjennom en systematisk evaluering av positive hendelser i en personalgruppe, for deretter å bedre klinisk praksis slik at feil og svikt i behandlingen av pasienter reduseres.

Denne metoden ble først utprøvd ved en pediatrik intensivavdeling ved Birmingham Children`s Hospital. I 2014 gjennomførte de prosjektet #Greatix! for å evaluere personalets holdning til en

slik strategi og muligheten for å implementere strategien i avdelingen. Resultatet var oppløftende (Durnin, m.fl, 2021). Metoden får nå stor oppmerksomhet innen helsevesenet og er nærmest blitt en «sosial bevegelse» (Matthews, 2020). Erkjennelsen av at uheldige episoder ikke har vært mulig å redusere i vesentlig grad ved bare å lære av feil, er bakgrunn for å etablere et tilsvarende system ved helseforetak i Norge.

1.3 Bakgrunn for valg av problemstilling

En av forfatterne av oppgaven har medvirket til å implementere prosjektet #Råbra siden det først ble initiert ved en avdeling ved Universitetssykehuset Nord Norge. #Råbra ble først presentert på den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen i 2021. I etterkant av presentasjonen har det kommet forespørsler til gruppen som etablerte metodikken om å tilby undervisning på tvers av sykehus i Norge. Vi er kjent med at andre enheter ved samme foretak, og ved flere andre foretak i andre helseregioner, har fattet interesse for å implementere denne læringsformen. Helsedirektoratet har opprettet en egen nettside for #Råbra som er tilgjengelig på adressen

<https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/rabra>.

#Råbra retter fokus mot gode resultater som konsekvens av gode behandlingsstrategier i motsetning til dårlige resultater som konsekvens av feil og mangler. Vi oppfatter filosofien bak #Råbra og potensialet i tiltaket som inspirerende. Vi ønsker å beskrive #Råbra, hvordan ansatte ved enheter som har implementert tiltaket slutter opp om #Råbra og om det er mulig å se om innføringen av #Råbra har hatt målbare effekter på pasientsikkerhet via bedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.

I Norge har man de siste årene sett økende interesse i helsevesenet for å benytte perspektivet hvor man ønsker å lære av god praksis. #Råbra er et slikt prosjekt og det første som ble implementert ved en enhet i Norge. #Råbra vurderes å være et proaktivt tiltak som identifiserer positive faktorer gjennom innrapportering. Hvis noen på en avdeling har utført noe som ansees verdifullt av en kollega, kan kollegaen fylle ut et #Råbra-kort, en #Råbra-tildeling, og sende det til en arbeidsgruppe som registrerer innholdet i tildelingene og vurderer hvorvidt kunnskapen (den smarte løsningen) skal videreformidles og i noen tilfeller få praktiske konsekvenser for

eksempel gjennom endrede rutiner og prosedyrer. Denne tilnærmingen er vesensforskjellig fra det tradisjonelle fokuset på læring av feil hvor fokuset er på negative elementer. I litteraturen finnes det noen få beskrivelser hvor det drøftes hvilke positive effekter implementering av denne tilnærmingen kan ha. For eksempel finner man at slike prosjekter kan gi ny kunnskap som igjen fører til endring av prosedyrer og dermed bedring i pasientsikkerheten (Morley, 2016). Videre antas det at implementeringen av denne typen prosjekter kan ha indirekte, positive effekter på pasientsikkerheten gjennom bedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskulturer (Jefferies, 2018). Foreløpig er det utført svært lite empirisk internasjonal forskning innen feltet og i Norge har vi ingen systematisk kunnskap om hva prosjektene genererer av informasjon (innholdet i tildelingene) og hvilke effekter slike prosjekt kan ha på forhold som pasientsikkerhet via pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. Gitt dette har vi valgt følgende problemstilling;

Hvilke typer informasjon tilveiebringer #Råbra og hvilke effekter kan innføringen av #Råbra ha?

Våre to forskningsspørsmål er som følger;

Forskningsspørsmål 1: Hvilken type informasjon meldes inn fra #Råbra og har denne informasjonen et potensial for systemendring? - en kategorisering og kartlegging av tildelingene.

Forskningsspørsmål 2: Hvilke effekter har #Råbra på arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og pasientsikkerhet?

Vi ønsker altså å vurdere #Råbra og mulige konsekvenser som kan følge av dette tiltaket, men er samtidig klar over at dette har eksistert i kort tid samtidig som det ikke er utviklet systematiske verktøy for å måle effektene presist. Sammen med en begrenset mengde relevante data betyr dette i sum at det vil være utfordringer forbundet med å besvare forskningsspørsmål 2 på en valid og reliabel måte. Likevel har vi valgt å forfølge dette forskningsspørsmålet da denne typen tiltak er av nyskapende art og fordi vår studie kan bli utgangspunkt for videre undersøkelser når bedre data foreligger.

1.4 Organisering av oppgaven

Oppgaven er organisert på følgende måte. Kapittel 2 beskriver hvordan #Råbra er organisert og forankret og hvilke mulige effekter #Råbra kan ha på arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og pasientsikkerhet og uheldige hendelser. Kapittelet oppsummeres med en figur som presenterer vår modell for diskusjonen. Kapittel 3 redegjør for ulike tilnærminger for å øke pasientsikkerheten og å redusere forekomsten av pasientskader og uheldige hendelser, arbeidsmiljøets rolle for pasientsikkerhet, motivasjon og læring. I Kapittel 4 *beskriver* vi hvordan våre data er innsamlet og organisert og hvilke metoder vi anvender. I kapittel 5 presenteres våre funn. I kapittel 6 drøftes våre funn i lys av vår problemstilling og begrensningen i våre data. I kapittel 7 konkluderer vi.

2. Bakgrunn – en beskrivelse av #Råbra

Bakgrunnen for innføringen av #Råbra er en erkjennelse av at det relativt hyppig forekommer uønskede hendelser og avvik ved helseforetak i Norge, på tross av at det over tid har vært mye fokus på å redusere slike hendelser. Det overordnede målet med #Råbra er å redusere risikoen for kritiske situasjoner og uønskede hendelser som derved kan bedre pasientsikkerheten.

Initiativtaker til #Råbra i Norge er Marianne Nordhov. Hun lot seg inspirere av Greatix!, et system som ble etablert ved Birmingham Children´s Hospital. Det overordnede målet med Greatix! var å ta lærdom av positive hendelser og å forsøke å bruke denne kunnskapen til systematisk å forbedre pasientbehandlingen, prosedyrer og arbeidsmiljø.

Virksomheter er i dag pålagt å ha aktive planer for helse, miljø og sikkerhet og for å etablere systemer som bidrar til å redusere sannsynligheten for menneskelig svikt og systemsvikt (Helsedirektoratet, 2019). Arbeidstakere har en pålagt plikt til å medvirke ved systematisk forbedringsarbeid (Arbeidsmiljøloven § 2-35). Et slikt pålegg er nesten utelukkende et resultat av uheldige, forutgående hendelser og en erkjennelse av at en del av hendelsene kunne ha vært unngått om det hadde vært gode prosedyrer for de prosessene som ledet til hendelsen. Store branner, gruveulykker, flystyrt, eksplosjoner og ulykker på installasjoner til havs er eksempler på

uheldige hendelser, som alle kan karakteriseres som samhandlinger mellom mennesker og tekniske innretninger i industrielle systemer. Etter slike hendelser rettes fokus mot årsaken til svikten. Er det menneskelige årsaker eller er det systemsvikt?

Å lære av feil og mangler er en strategi som trolig har forhindre en rekke uhell. Sikkerheten i luftfarten har for eksempel økt betydelig etter systematiske gjennomgang av ulykker og nestenulykker og forbedring av modeller og prosedyrer for utvikling av materiell og betjening av materiellet (Eurocontrol, 2014). Anvendelse av prosedyrer i samhandlingen mellom tekniske innretninger hvor en tredjepart involveres, en syk person, vurderes som mer kompleks enn anvendelse av prosedyrer i samhandlingen mellom utfører og tekniske innretninger i industrielle systemer. Det kan derfor stilles spørsmål ved om samme tilnærming kan anvendes for å oppnå gode resultater i helsevesenet.

2.1 Læring av feil i helseforetak

En rekke av elementene i et behandlingsløp for pasienter utføres ved å følge godkjente prosedyrer. Slike prosedyrer har til hensikt å minimalisere svikt som er betinget i personlige feil, mangel på kompetanse og at mulige hendelser under prosedyren ikke er gjennomtenkt og beskrevet med løsninger (systemsvikt).

Det brukes store ressurser på å utvikle og implementere systemer for å rapportere og ta lærdom av feil som oppstår i pasientbehandlingen. I det foretaket vi er tilknyttet benyttes Docmap, et digitalt innmeldingssystem for melding av forbedringsforslag og enkel rapportering og oppfølging av feil og uheldige hendelser. Et avvik oppstår når en etablert rutine, prosedyre eller annen omforent praksis brytes eller ikke utføres, og resulterer i unødig belastning for en pasient eller for ansatte i enheten som gir en behandling. Tilnærmingen til måten å redusere risiko på er reaktiv ved at analyse av den uønskede hendelsen skjer først når en feil har skjedd. For å løse vanskelige oppgaver samhandler mennesker ofte "todimensjonalt" med teknologiske innretninger, for eksempel innen luftfarten. I et komplekst behandlingsløp ved alvorlig sykdom samhandler mennesker med teknologiske innretninger som igjen samhandler med "biologien" i det syke mennesket, hvor status ofte og raskt kan endre karakter. Slike "tredimensjonale"

samhandlinger er vesensforskjellig fra de todimensjonale, og krever en kontinuerlig vurdering og revurdering av planlagte tiltak. De medfører at behandler i løpet av kort tid må ta stilling til og iverksette uforutsette tiltak. Slike tiltak medfører at behandler må avvike fra beskrevne prosedyrer.

2.2 Effekter av #Råbra – en modell

#Råbra fungerer ved at ansatte tar sine kollegaer på «fersken» i å gjøre noe bra, for deretter å evaluere hva andre kan lære av det. Når noen oppfattes å ha gjort noe bra, også når det kan ha vært avvik fra en prosedyre, sender kollegaen som oppdager hendelsen inn et «#Råbra-kort» for å bidra til en positiv tilbakemelding til sin kollega. #Råbra-kortet (tildelingen) går også til en arbeidsgruppe som vurderer innholdet kortet og hvorvidt kunnskapen skal videreformidles eventuelt få konsekvenser for om gjeldende rutiner og prosedyrer bør endres.

Utfylling av en #Råbra-tildelingene gjøres ved besvare følgende fire spørsmål:

1. Hvem gjorde noe bra?
2. Hva var bra og hvorfor?
3. Hva kan vi lære av dette?
4. Hvilke endringer kan vi gjøre for at dette skal skje oftere?

#Råbra er altså et proaktivt system som er ment å ivareta og forsterke positive elementer. De mulige effektene av #Råbra på pasientsikkerhet og via arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur er oppsummert i figur 1 som vi benytter som modell for våre senere drøftinger. Vi ser det som hensiktsmessig å presentere denne figuren tidlig i oppgaven slik at leser kan se den i sammenheng med vårt teoretiske rammeverk. Denne figuren er verdt å merke seg da vi vil henvise hyppig til den i drøftingsdelen. Pilene angitt i figuren sammen med tilhørende bokstaver representerer mulige effekter av #Råbra. Det følger av figuren at #Råbra kan ha indirekte effekt

på pasientsikkerheten – via pasientsikkerhetskulturen (A-C) og arbeidsmiljøet (B-D) og indirekte effekt ved at arbeidsmiljø sikkerhetskultur påvirker hverandre gjensidig (E).

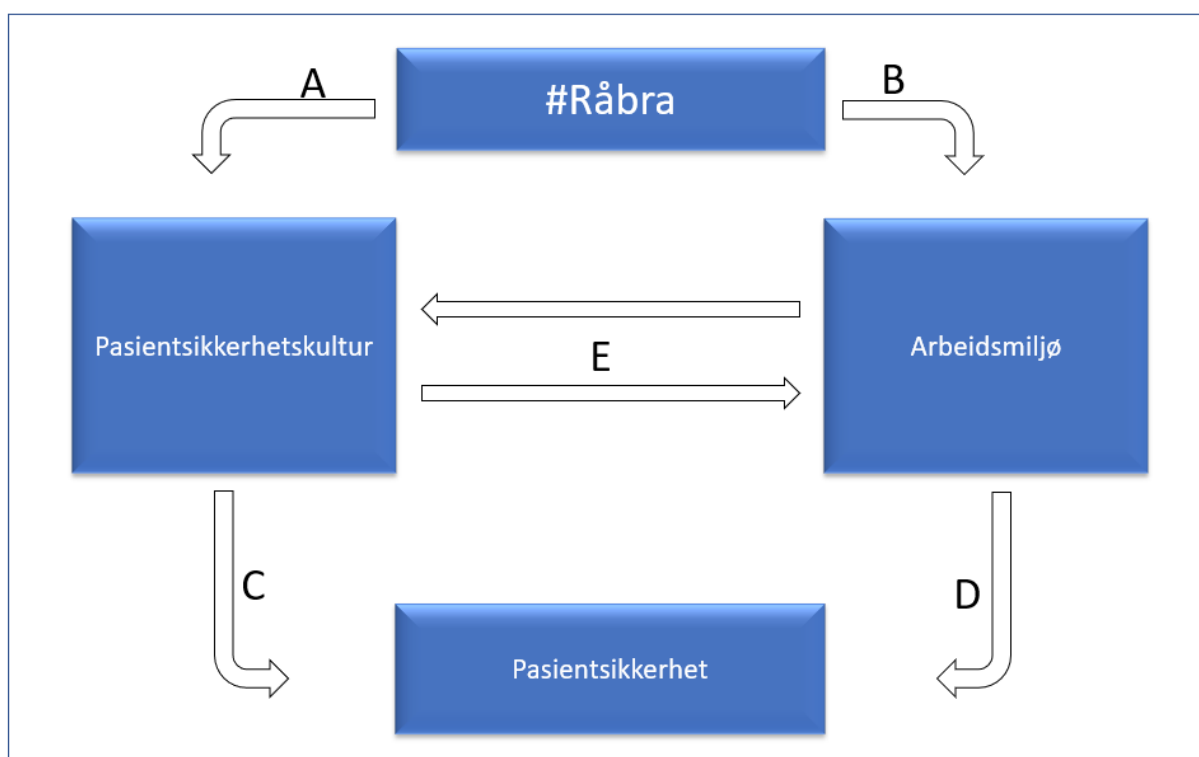
Effektene A-C: #Råbra kan potensielt påvirke sikkerhetskulturen positivt. #Råbra kan bidra til at ansatte ved en avdeling jobber for å ta lærdom av gode hendelser. Systematisk arbeid av denne typen kan gi tryggere medarbeidere og skape en sterkere bevissthet vedrørende pasientsikkerhetskulturen. Helsearbeiderne vil på denne måten kunne oppleve at de blir en del av et system som verdsetter initiativ og samvittighetsfull utførelse. Det etableres dermed en kultur som gjør medarbeiderne mer bevisst på pasientsikkerhetsarbeid. En bedring av pasientsikkerhetskulturen vil kunne redusere antall uheldige hendelser og øke pasientsikkerheten.

Effekt B-D: #Råbra kan potensielt påvirke arbeidsmiljøet positivt. Bruken av positive tilbakemeldinger til kollegaer kan inspirere og forsterke samholdet på en avdeling. Fokuset på positive holdninger, i motsetning til et fokus på svikt og feil, kan gi et arbeidsmiljø som i seg selv kan bedre pasientsikkerheten gjennom mekanismer som forsterket motivasjon, bedre kommunikasjon og mer samhandling. Et godt arbeidsmiljø kjennetegnes av at det er avsatt tilstrekkelig tid til helsepersonellens oppgaver, god kommunikasjon og involvering og medbestemmelse for medarbeidere. Herunder kreves det en kultur der man kan diskutere faglige utfordringer og på den måten øke kvaliteten på de tjenester som tilbys (Normann, 2021). Forskning på helsepersonells arbeidsmiljø viser at rett bemanning, reduksjon av tidspress, kompetansebygging og god stedlig ledelse kan løse mange utfordringer knyttet til helsepersonells arbeidsmiljø (Laschinger m.fl, 2006).

Effekt E: De fleste tiltak i en enhet som påvirker arbeidsmiljøet påvirker også pasientsikkerhetskulturen og vice versa. Gjennom slike tiltak oppnås en indirekte effekt på pasientsikkerheten.

Avslutningsvis vil vi redegjøre for hvorvidt #Råbra er forankret i foretaksverdier. I Helse Nords strategidokument 2021-2024, *Sammen om helse i nord* (Helse Nord, 2021), uttrykkes helseforetakets verdiforankring gjennom *kvalitet, trygghet, respekt og lagspill*. Dette betyr at kvaliteten skal være høy i alle ledd av pasientbehandlingen. Videre at man skal etablere trygghet for både pasienter og helsearbeidere både under forberedelse til behandlingen og under behandlingen, samt at respekt skal utøves i møtet mellom helsearbeidere og mellom pasienter og

helsearbeidere. Lagspill refererer til et positivt smittende arbeidsmiljø som stimulerer til nytenkning. Lagspillere i helsevesenet kjennetegnes ved at medarbeiderne deler av sin kunnskap og erfaring med andre og på den måten «spiller hverandre god». #Råbra støtter opp om disse foretaksverdiene da tilnærmingen som benyttes i #Råbra sikrer at aktiviteten er forankret i verdigrunnet til det regionale helseforetaket (RHF). #Råbra som tiltak er delvis inspirert av teoretisk tankegodt og konkrete prosjekter implementert i andre land. I neste kapittel vil vi redegjøre for disse inspirasjonskildene.



Figur 1 – Effekter av #Råbra: Modell for vurdering av effekter av #Råbra.

3. Teoretisk rammeverk - Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsperspektiv

I dette kapittelet innleder vi med å gi litt historikk i avsnitt 3.1 og å presentere teori for pasientsikkerhet og det tradisjonelle sikkerhetsperspektivet Safety-I i avsnitt 3.2. Deretter gir vi en nærmere beskrivelse av sikkerhetsperspektivet Safety-II i avsnitt 3.3. I avsnitt 3.4 redegjør vi

for tenkningen som ligger til grunn for «læring av god praksis»: Learning by Excellence (LfE). I avsnitt 3.5 sammenligner vi de tre perspektivene Safety-I, Safety-II og LfE. I avsnitt 3.6 presenterer vi begrepet motstandsdyktighet (Resiliens) i et system. Deretter vil vi beskrive læring (både individuell og organisatorisk), motivasjon og arbeidsmiljøets rolle for pasientsikkerhet i avsnittene 3.7, 3.8 og 3.9. Til slutt presenterer vi noen relevante forskningsbidrag i avsnitt 3.10.

3.1 Sikkerhet og pasientsikkerhet

I en begrepsutredning fra 2006 beskrives sikkerhet som et overordnet begrep som kan brukes for å dekke alle uønskede hendelser uavhengig om de er utilsiktede eller tilsiktede. (NOU 2006: 6). I utredningen brukes de engelske begrepene “safety” og “security”. Safety er definert som «sikkerhet mot uønskede *hendelser* som opptrer som følge av en eller flere *tilfeldigheter*». Som eksempel på safety-tiltak nevnes bruk av verneutstyr. Security er definert som «sikkerhet mot uønskede hendelser som er *resultat av overlegg og planlegging*». Eksempler på security-tiltak er personkontroll og etterretningstiltak. Det er særlig safety som i dag står sentralt i diskusjonen om sikkerhet. Det bemerkes at resultater av *tilfeldigheter* er å betrakte som hendelser, mens resultater av *overlegg og planlegging* er å betrakte mer som *handlinger* ved at handlinger er knyttet til beslutninger. Sikkerhet må derfor forstås som en tilstand i et system hvor ulike hendelser forekommer som en konsekvens av at ulike valg og handlinger foretas. En slik betraktning av sikkerhet gir mening i et komplekst behandlingsløp der man foretar en rekke valg og handlinger som påvirker sluttresultatet, som derved er konsekvenser av de valg og handlinger som foretas.

Pasientsikkerhet er et vidt begrep som har høy prioritet i all aktivitet i helsevesenet. For at begrepet skal kunne brukes meningsfullt i planlegging og utførelse av helsetjenester, besluttet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2007 å opprette en arbeidsgruppe med mandat å definere begrepet og se nærmere på bruken av det. I arbeidsgruppens rapport sies følgende: “*Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme*” (FHI, 2010). Formuleringen er en oversettelse fra engelsk (Vincent, 1998). Fokus er rettet mot evnen et system har til å identifisere uheldige

hendelser før, under og etter de oppstår, med formål å redusere i antall feilbehandlinger eller pasientskader. Dette har ført til store satsinger som etablering av pasientsikkerhetsprogram, pasientsikkerhetskonferanser og ansettelse av nøkkelpersonell i ulike foretak med funksjon som pasientsikkerhetskoordinatorer. Som en forløper til dette har helsetjenesten implementert avvikssystemer der nevnte type hendelser skal registreres med en detaljert beskrivelse slik at de kan analyseres og bidra til læring og forbedring.

I 2019 lanserte Helsedirektoratet (HDIR) “Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring” for perioden 2019-2023. I Handlingsplanen vises det til at forekomsten av pasientskader har ligget på et stabilt nivå siden 2012 (Helsedirektoratet, 2019a), noe som også i en artikkel fra 2020 (Wears, R.L., et al. 2020). Handlingsplanen har et tydelig fokus på læring og forbedring i helsetjenesten. Et særlig ansvar legges på ledere som skal legge til rette for at det jobbes systematisk med pasientsikkerheten gjennom å opprette og revidere organisasjonens systemer, legge til rette for deling av kunnskap og erfaringer og å utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring.

I dag er det utviklet mange ulike indikatorer og verktøy som benyttes for å bedre pasientsikkerheten. Å måle pasientsikkerhetskulturen er et slikt verktøy. I

Forbedringsundersøkelsen ForBedring som gjennomføres årlig ved alle norske sykehus er dette et eget tema. Målet er å gi ledelsen informasjon om opplevd pasientsikkerhetskultur fra et lavest mulig nivå og nærmest mulig pasienten. Når ledelsen involveres i pasientsikkerhetsarbeid oppstår det færre uønskede hendelser (Helsedirektoratet 2019a). Dette bekreftes av Kristensen som påpeker at opplæring og fokus på pasientsikkerhetsarbeid hos ledere gir gode resultater for enheter og har stor positiv påvirkningskraft på ansattes holdninger til pasientsikkerhetskultur (Kristensen m.fl, 2016).

3.2 Safety-I

Å lære av feil og mangler er en strategi som har til hensikt å forhindre avvik. Strategien betegnes i litteraturen som Safety-I. Historisk sett har unngåelse av feil og uheldig hendelser i pasientbehandling blitt sett på som den individuelle helsearbeiders ansvar. Dette ansvaret innebar

tidligere mulighet for personlige søksmål som kunne ende i bøter, og i verste fall i fengselsstraff for feil som i dag defineres som systemfeil. Et resultat av denne tankegangen var at feil og uheldige hendelser ble underrapportert i frykt for personlige sanksjoner. Helsepersonell som fant seg selv i slike situasjoner levde ofte videre med skyldfølelse uten støtte fra ledere eller medarbeidere. Et slikt system gir dårlige betingelser for trivsel da det bygger opp om frykt for å få tildelt skyld når noe går galt. Arbeid under slike vilkår er belastende og egner seg dårlig for å bygge selvtillit og evne til å holde ut i krevende arbeidssituasjoner (resiliens).

Fra 90-tallet har det vokst frem alternative perspektiver til hvordan man kan bedre pasientsikkerheten. Det er nå en erkjennelse av at hendelser i helsevesenet i all hovedsak oppstår fordi systemet rundt den enkelte helsearbeider ikke er godt nok til å sikre forsvarlig yrkesutøvelse. I 2000 publiserte *Institute of Medicine* ved *Committee on Quality of Health Care in America* en omfattende rapport med tittelen «*To Err is Human: Building a safer health system*». (Institute of medicine, 2000). Rapporten problematiserer ulike systematiske utfordringer som hemmer helsepersonellens yrkesutøvelse; «... *the cause is not bad people, it is bad systems*. Rapporten førte til en tydeligere strategi om å kartlegge og identifisere uheldige hendelser slik at helsevesenet *som system* kan ta lærdom av det og dermed forbedre sine tjenester gjennom tiltak. Rapporten understreket nødvendigheten av et skifte fra personlig ansvar til systemansvar. Rapporten har hatt stor innflytelse for det videre arbeidet og forskningen innenfor pasientsikkerhet, læring i organisasjoner og systemforbedring (Stelfox m.fl, 2006).

Det brukes i dag mye ressurser på å utvikle og implementere systemer for å rapportere avvik som oppstår når en etablert rutine, prosedyre eller annen omforent praksis brytes eller ikke utføres, som kan resultere i unødig belastning for en pasient, pårørende og helsearbeiderne. Virksomheter er i dag pålagt å ha aktive planer for helse, miljø og sikkerhet og å etablere systemer som bidrar til å redusere risikoen for menneskelig svikt og systemsvikt (Helsedirektoratet, 2020). Et slikt pålegg er nesten utelukkende et resultat av uheldige, forutgående hendelser og en erkjennelse av at hendelsene kunne ha vært unngått om det hadde vært gjennomført forebyggende tiltak. Et “pålegg” om å eliminere antall uheldige hendelser ut fra prinsippet bak Safety-I er et regelstyrt, overordnet pålegg. Anvendelse av en slik strategi kan resultere i motstand fra de som utøver arbeidet etter regelstyrte prinsipper og paradoksalt nok hindre en slik måloppnåelse (Plunkett og Plunkett, 2022)

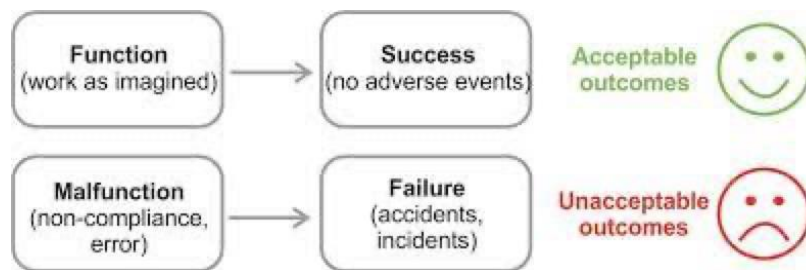
3.3 Safety-II

I prosessen med å utvikle og implementere gode sikkerhetssystemer har synet på sikkerhet, vært dominert av «*fravær av uønskede hendelser*». Sikkerhet blir dermed definert til å være et system der så få ting som mulig går galt. I de siste årene er det reist kritikk mot at denne tenkningen skal være dominerende. Kritikere hevder at det kan oppnås større innsikt i hva som bidrar til sikkerhet ved å ha fokus på de *mange* bevisste valg og aktive handlinger som foretas og som bidrar til gode løsninger og god sikkerhet. Denne tenkningen har fått betegnelsen «Safety-II». Erik Hollnagel er den fremste kritikeren overfor Safety-I og talsmannen for Safety-II.

I 2015 publiserte Hollnagel og medarbeidere et «white paper» som beskriver en begrenset nytteverdi av en sikkerhetsbetraktning som baserer seg på å definere sikkerhet som fravær av uønskede hendelser, hvor det fokuseres på «noe» som *ikke* skal oppstå, altså hva sikkerhet *ikke* er. En slik minimumsbetraktning fokuserer på et begrenset system hvor *få* hendelser med lavt læringspotensial gis stor oppmerksomhet (Hollnagel m.fl, 2015). I denne artikkelen defineres Safety-I som en tilstand der kvaliteten i et system defineres ut fra hva som er nødvendig og tilstrekkelig for å forsikre seg om at antallet hendelser som kan være skadelig for medarbeidere, pasienter eller miljøet, er akseptabelt lavt. Implisitt krever en slik betraktning innenfor pasientbehandling at teknologi, prosedyrer og mennesker som utøver helsehjelp, har de forutsetninger som behøves for å gi trygge helsetjenester.

For å oppdage og korrigere feil og uheldige hendelser forutsetter Safety-I at årsaken(e) som har bidratt til at hendelsen har oppstått, kan identifiseres. En gitt hendelse må dissekeres ned til et detaljert nivå for å se hvilket ledd, hvilken prosedyre, hvilken enhet eller hvilken rutine som har sviktet, for så å identifisere *rotårsaken*. Denne tenkningen baserer seg på forståelsen av at ethvert hendelsesforløp kan granskes og beskrives som en kjede av påfølgende hendelser, hvor “A” leder til “B” og “B” leder til “C”, og som hver for seg kan uttrykkes presist. En slik tilnærming kan fungere i flere industrielle sammenhenger. Den passer imidlertid dårligere i helsevesenet (Braithwaite m.fl, 2017). Formålet med en slik granskning er å forstå hendelsen fullt ut for deretter å kunne gjøre endringer på systemnivå slik at forekomsten av liknende uheldige hendelser i fremtiden kan forebygges – «finn og fiks». En slik tilnærming konkluderer ofte med at det har forekommet avvik fra en prosedyrebeskrivelse og kausaliteten; at *avviket er årsaken* til

en uheldig hendelse. Avviket fra prosedyrebeskrivelsen angis gjerne å være betinget i en menneskelig feilvurdering. Denne tenkningen er anskueliggjort i figur 2.



Figur 2. Årsaker til godt og dårlig resultat. Illustrasjonen uttrykker at hendelser som får ønsket og hendelser som ikke får ønsket resultat, skjer med bakgrunn i at prosedyrer ikke følges (Hollnagel m.fl, 2015).

Ved en slik granskning av de ulike elementene i et komplekst behandlingsløp, er det lett å betrakte *menneskelig svikt som rotårsaken* eller i beste fall som medvirkende faktor. Dermed ansees «bevisste valg og aktive handlinger», som gjøres i en kritisk situasjon, som uheldige og *variabiliteten i utførelsen* fra en situasjon til en annen, betraktes også som uheldig. Den videre logikken er at en reduksjon i variabiliteten vil lede til en reduksjon i antallet uheldige hendelser.

Denne tenkningen tar ifølge Hollnagel utgangspunkt i at kompleksiteten i behandlingsløp i helsevesenet utfordres fra flere sider: Behandlingsløp er oftest ikke-lineære på grunn av kompliserte interaksjoner og dårlig forståtte spontane episoder som virker tilbake på en nylig tatt beslutning (“feed-back loops”). I tillegg kommer at rutinerne helsearbeidere blir eldre og forlater arbeidsstyrken; kostnadene vokser raskt; nye teknologiske løsninger introduserer alternative behandlingsformer, kompleksiteten i behandlingene øker på grunn av aldrende pasienter med flere kroniske lidelser og et publikum som stadig søker mer avanserte helsetjenester. Disse endringene i rammebetingelser for behandling gjør det umulig å forestille seg at nitide prosedyrebeskrivelser skal dekke alle eventualiteter.

Hollnagel kritiserer Safety-I for å ikke ta hensyn til de høyst dynamiske prosessene som foregår i kunnskapsorganisasjoner. Han eksemplifiserer kritikken med at ansatte ved for eksempel en intensivenhet må ha evne til å være fleksibel og til og med ha mulighet til å improvisere. Hvis fleksibilitet og kreativitet i forhold til forventet atferd hindres av systemets prosedyrer, vil det

kunne hemme prestasjoner og måloppnåelse i en situasjon som ikke dekkes av en predefinert, entydig prosedyre for handling. En slik betraktning underbygger at *variabilitet i utførelse* heller *øker* muligheten for å oppnå et godt resultat enn å redusere den.

I følge Hollnagel er en kritisk mangel ved Safety-I at denne tilnærmingen ikke tar hensyn til at mennesker ofte eller alltid vil handle riktig. Menneskers autonomi gir en mulighet til å identifisere endringer i rammebetingelsene en handling utføres i, for så å gjøre nødvendige korrigeringer i sitt arbeid for å møte de nye utfordringene. Videre hevder han at det er et stort behov for å kunne handle på denne måten for å oppnå gode resultater når man jobber i en stor og kompleks organisasjon som er under stadig endring og utvikling.

Sikkerhetsfokuset bør derfor være å etablere vilkår som gjør det mulig å forstå og identifisere hvordan situasjonen løses tilfredsstillende på tross av mulig motstridende logikker, usikkerhet og utydelige forhold. Han introduserer dermed begrepet Safety-II som et sikkerhetsbegrep der man jobber ut ifra et mål om at så mange hendelser som mulig skal være bra. Safety-II bygger på tanken om at et system har en evne til å oppnå gode resultater under varierende tilstander eller situasjoner. For å underbygge denne tenkningen fremhever Hollnagel at det i praksis ofte viser seg å være forskjell på hvordan et arbeid etter forestilling skal utføres (work as imagined – WAI) og hvordan arbeidet faktisk utføres (work as done – WAD). Jo fjernere den/de som utformer en prosedyre er fra utføreren, jo større sjanse er det for avvik mellom WAI og WAD. Dette forklares med at WAI ikke kan fange opp alle ulikhetene i rammebetingelsene, ulikhetene innad i pasientgruppen, målkonflikter og ressurser. Ved å undersøke og forstå hvorfor en som utfører et arbeid oppfatter det som «nødvendig» å avvike fra en strikt prosedyre i gitte situasjoner, vil en få ny kunnskap som kan benyttes til å forbedre prosedyren uten at en uheldig hendelse nødvendigvis blir sluttresultatet. En slik tilnærming tar utgangspunkt i at variabiliteten i utførelse hos utøvende arbeider oftere gir et bedre sluttresultat enn om valg og beslutninger hos utøvende arbeider skulle være begrenset til et trangt handlingsrom. Helsevesenet må akseptere at det er umulig å redusere alle feil ved å øke byråkratiet som pålegges utøverne. I stedet for å innskrenke variabiliteten i utførelse, eller pålegge hvordan arbeidet skal utføres, bør det fokuseres på hvordan klinisk behandling kan støttes slik at antallet tiltenkte og akseptable utfall blir så høyt som mulig.

3.4 Learning from Excellence (LfE)

Learning from Excellence (LfE) springer ut fra idéen om at praksisen innenfor ulike felter kan forbedres ved å øke oppmerksomheten rundt positive hendelser. Denne måten å tenke på ble utviklet av Dr. Adrian Plunkett ved Paediatric Intensive Care, Birmingham Children's Hospital, etter at han selv hadde vært innlagt med alvorlig sykdom. (Plunkett, 2020). I etterkant av sykdommen sendte han et brev til direktøren ved sykehuset som hadde behandlet han, for å gi positive tilbakemeldinger til helsepersonell som var involvert i behandlingen. Det aktuelle helsepersonellet mottok aldri tilbakemeldingene. Dette fikk Plunkett til å spørre seg om verdsettelse og takknemmelighet var undervurderte fenomener sykehus og videre om man i større grad kunne lære av gode hendelser. Plunkett utviklet en metode med formål å lære av en systematisk evaluering av positive hendelser i en personalgruppe for å bedre klinisk praksis slik at feil og svikt i behandlingen av pasienter ble redusert. LfE har mange likhetstrekk med Safety-II, men benytter i tillegg, i likhet med #Råbra, «spontane tilbakemeldinger» mellom arbeiderne som et virkemiddel. Ved at ansatte stimuleres til å være årvåken overfor gode løsninger i ulike situasjoner og å rapportere slike, «oppdages» løsninger som kan være verd å evaluere med hensyn til senere implementering.

Metoden ble utviklet for å være komplementær til «minimumsløsningen - å lære av feil» som ofte viste seg å ha uheldige psykiske konsekvenser for helsearbeidere som ble involvert i uheldige hendelser. I praktiseringen av LfE er det hver enkelt observatør/ansatt som selv definerer hva som oppfattes som fortreffelig og som velger å gi tilbakemelding. Tenkningen knyttet til å benytte positive tilbakemeldinger er at de bidrar til å forsterke læring og at de har positiv effekt på arbeidsmiljøet ved at de forbedrer arbeidsmoralen og gir gode personalopplevelser. Tilbakemeldingene fra LfE-systemet evalueres på linje med tilbakemeldinger om feil og mangler, av en utvalgt gruppe. Tanken bak er at en positivt deltagende personalgruppe som er oppmerksom på kollegers gode løsninger, integrert med en tydelig forankring i ledelsen, virker stimulerende på arbeidsmiljøet og trivsel, noe som i siste instans trolig bedrer den totale pasientbehandlingen og dermed reduserer risikoen for uheldige hendelser i behandlingsskjeden.

3.5 En sammenligning av Safety-I, Safety-II og LfE

I tabell 1 beskrives Safety-I, Safety-II og LfE. Det fremkommer at sikkerheten defineres ulikt, ulike syn på hvordan sikkerheten kan forbedres, og forståelsen av kausaliteten mellom hendelse og resultat er ulik. Safety-I har som strategi å kontrollere arbeidet som utføres gjennom begrensninger og regler som skal tilpasse utførelsen av enkeltelementer i et lineært system ved hjelp av strenge “sentraliserte” protokoller. Safety-II benytter en mer desentralisert strategi ved å forstå systemet som helhet og å støtte nødvendig tilpasning til slik arbeidet i praksis utføres for å oppnå suksess i så mange tilfeller som mulig. LfE har som strategi å lære av det som fungerer godt og i tillegg gi positive tilbakemeldinger til alle kategorier av de ansatte. Alle perspektivene har samme målsetting, å bedre pasientsikkerheten, men virkemidlene som anvendes er altså vesensforskjellige. Det fremkommer for eksempel fra tabellen at gode resultater ikke evalueres under Safety-I. Verktøyene som benyttes i de tre modellene er forskjellige og gir hver for seg ulike muligheter og resultater. Samlet gir de tre metodene en forsterket mulighet til forbedring av pasientsikkerheten i forhold til tradisjonell tenkning, hvor bare Safety-I er rådende.

Tabell 1 Sammenstilling av Safety-I, Safety-II og LfE (Plunkett,2020)

	Safety-I	Safety-II	LfE
Definition of safety	Safety is a condition in which as few things as possible go wrong	Safety is a condition in which as many things as possible go right	
How safety is improved	Reduction of harm, through recognising, understanding and mitigating for adverse events	Increasing successful outcome through reconciliation of WAI with WAD	Improving performance through positive feedback and positive reinforcement
Assumption of causality	Assumes a linear chain of causality ('x' leads to 'y' leads to 'z') Investigations therefore work backwards from an adverse incident	Considers health care to be a CAS, in which causality does not follow a linear, tractable course Many 'causes' are in fact emergent properties of the complex system	
Aim of interventions	Interventions aim to reduce variability, typically through increasing constraints and guardrails	Interventions aim to reconcile WAI with WAD, through sharing intelligence about WAD throughout a team/system	Interventions aim to reinforce excellent practice. Typically focuses more on process (e.g. behaviours/nontechnical skills) than outcome Reconciliation of WAI with WAD is also a feature via AI; which also serves as positive reinforcement
Analysis of successful work	Success is neither investigated nor formally recognised	All work is considered as part of WAD: this includes work leading to successful and failed outcomes	Recognises and reinforces excellent processes rather than outcome per se Excellent processes may be present in failed and successful outcomes; therefore, LfE incorporates the whole system
Tools	Adverse incident reporting Variety of 'error counting' methods – for example, trend analysis and 'rates' of adverse events and harm Investigations typically employ tools adapted from other safety-critical industries – for example, RCA	Direct observation of work-as-done (e.g. ethnographic studies), and interviews with front-line staff to reconcile WAI with WAD Mapping of complex systems using various tools, including FRAM; with the aim to identify opportunities for optimisation of functions within the system	Excellence reporting: peer (and/or patient) reporting system Appreciative Inquiry to further understand the conditions associated with excellent performance, to generate improvement ideas and to reinforce excellence

3.6 Resiliens

Resiliens er et begrep som tradisjonelt brukes for å beskrive mekanismer som bidrar til motstandsdyktighet for å kunne håndtere uheldige, uforutsette og negative hendelser i et system. Hollnagel og medarbeidere definerer resiliens som den evnen et system har til å justere sin funksjon før, under og etter utfordrende hendelser, og dermed opprettholde nødvendige funksjoner både under forutsette og uforutsette forhold (Braithwaite, m.fl 2015). Individuell resiliens er den evnen en person har til å håndtere motgang og stress som utfordrende situasjoner kan medføre. Resiliens i et system er betinget i den samlede resiliens blant de ansatte. Sentralt i resiliens-begrepet ligger menneskets iboende tilpasningsevne. Dette bygger på Safety-II's syn på mennesker som en stor ressurs for å ivareta systemets helhetlige og dermed institusjonelle resiliens. I Safety-I ligger det som motsetning et implisitt premiss om høy risiko for menneskelige feil. Dette tilsier at det har verdi å fokusere på motstandsdyktighet hos enkeltindividet, som i vår kontekst er helsearbeidere.

Hollnagel beskriver i sitt «white paper» et eksempel i utviklingen mellom to intensivavdelinger, hvor personalet ofte hadde vært i konflikt med hverandre, etter at de ble slått sammen (Hollnagel

m.fl, 2015). I startfasen slet den sammenslåtte enheten med lav produktivitet på grunn av høyt sykefravær, utbrenthet og utskifting av personell og med å finne retning og samhold. I løpet av de påfølgende årene økte produktiviteten og det ble målbart forbedret ytelse og sikrere pleie. De ansattes involvering «nedenfra-og-opp» fikk æren for den bedre situasjonen. De konkluderte med at «resiliens» dukket opp over tid, hovedsakelig ikke ved å forholde seg til styring ovenfra, men ved at ansatte fant frem til gode løsninger som gjorde avdelingen mer funksjonell.

I en artikkel viser Pipe og medarbeidere at tiltak på arbeidsplassen potensielt kan øke evnen til å håndtere stress i en onkologisk avdeling (Pipe m.fl, 2011).

Resiliens får stadig økt fokus i helsevesenet, også hos toppledelse i Norske sykehus. Tidligere administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) beskrev nylig i en artikkel fem personlige lærepenger igjennom hans 10-årsperiode som direktør. En av lærepengene er at effektive styringsmål basert på teori og vitenskapelige data kom i konflikt med tilgjengelig driftsressurser i den kliniske og pasientnære virksomheten. Dette skapte en konflikt mellom ønsket om effektivitet og organisasjonens evne til resiliens.

Utdrag fra artikkelen:

Jeg ble overrasket da organisasjonen jeg trodde jeg kjente, paradoksalt nok rapporterte redusert arbeidstilfredshet, mens de fleste nøkkelindikatorene viste forbedringer. Dette krevde et omfattende, langvarig og ressurskrevende kommunikasjonsarbeid med mellomledere, fagforeningsrepresentanter og ansatte. Nylig adresserte forskere den høye prisen for effektivitet, og anbefalte organisasjoner å gi mer oppmerksomhet til resiliens. Dette kan gi mening.

(Ingebrigtsen, 2022, Ten-year tenure as a physician CEO at a Nordic university hospital: five lessons learnt. Oversatt fra engelsk av oss).

Han understreker samtidig at det å legge inn en buffer i drift for å skape større resiliens kan være vanskelig i et sykehus da det kan komme i konflikt med økonomiske effektivitetskrav og den eksisterende personellmangelen.

3.7 Implementering av ny kunnskap – læring

I boken «The Science of Mind and Behaviour», definerer Richard Gross læring som en prosess hvor et individ tilegner seg ny forståelse, kunnskap, atferd, ferdigheter, verdier, holdninger og preferanser. (Gross, 2010). I denne definisjonen ligger det implisitt, som i flere andre definisjoner, at læring er betinget i erfaring som leder til *endring* i atferd. Erfaring kommer gjennom en rekke opplevelser. En «ny» opplevelse vil gjerne assosieres med en forutgående hendelse eller handling der opplevelsen og den forutgående hendelsen eller handlingen oppfattes å ha en viss kausalitet.

Hos mennesker skiller en mellom teoretisk og praktisk læring. Teoretisk læring foregår på tankeplanet (assosiasjons-læring ved bruk av språk og symboler). Praktisk læring foregår ved øvelser, for eksempel når en lærer å sykle. Felles for all læring er at atferden hos den som lærer noe, endres. For eksempel slutter en å legge hånden mot en varm ovn når en assosierer smerte og ubehag med handlingen. Læring skjer både hos enkeltindivider og i organisasjoner.

3.7.1 Læring som individ

Allerede tidlig i livet knytter mennesker en opplevelse til en forutgående hendelse eller handling. Etter hvert som erfaringsgrunnet øker blir det enklere å assosiere opplevelse med en eller flere forutgående episoder. Vi forstår for eksempel, etter lang erfaring, at «grunnen til at jeg hoster i dag er at jeg var i kontakt med en annen person som hostet mye for to – tre dager siden», selv om det har vært mange hendelser mellom eksponering og symptomer. Denne forståelsen eller læringen kan føre til at vi endrer atferd ved at vi ikke nærmer oss en annen person som hoster – vi har lært.

Opplevelser som gjør sterkt inntrykk, særlig negative opplevelser, selv om de er sjeldne, fester seg tydeligere i vår bevissthet enn hverdagslige opplevelser eller opplevelser vi har ofte. Vi har derfor en tendens til å vekte sjeldne, negative, inntrykksfulle opplevelser sterkere enn opplevelser vi har ofte, selv om disse opplevelsene er like viktige. Fenomenet kalles «negativitetsskjevhet» (Carr, 2004) og åpner for at uheldige hendelser i pasientbehandlingen

vektes uforholdsmessig sterkt i forhold til positive hendelser. Negativitetsskjevhet bidrar til å forklare hvorfor det har vært et tydelig fokus på feil og mangler i arbeidet med å bedre pasientsikkerheten, mens fokus på gode løsninger har vært nesten fraværende.

Det er godt kjent at «tilvenning» til hyppig forekommende hendelser bidrar til at vektingen av hendelsene får mindre betydning. Det vanlige blir “vanlig” og legges lite merke til. Det innebærer for eksempel at mange gode resultater som fremkommer ved at en prosedyre følges, overskygges av få uheldige hendelser. Tilvenning har på denne måten fellestrekk med negativitetsskjevhet. Økt bevissthet om at en handling som foretas mange ganger nesten alltid gir et godt resultat, kan bidra til at handlingen *ikke* endres ved ett enkelt tilfelle av dårlig resultat.

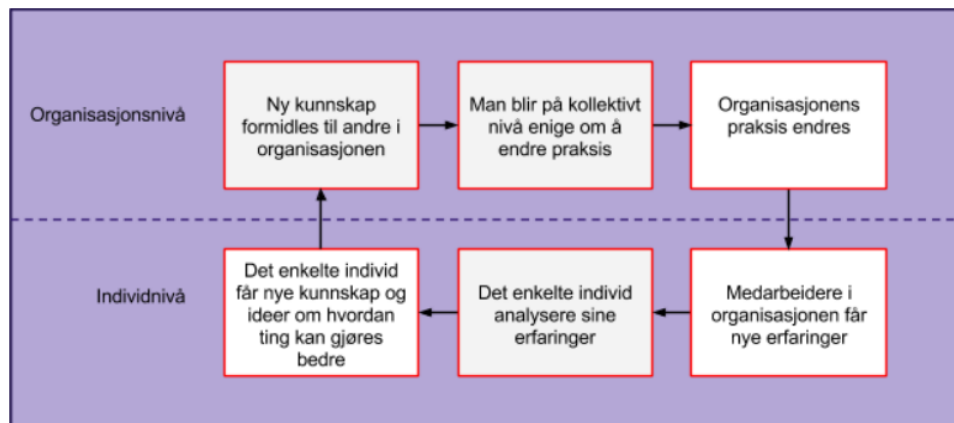
Opplevelse av at hendelser skjer i en bestemt rekkefølge bidrar gjerne til at det dannes «forenklete mønstre» i vår forståelse av hendelser. Slik forståelse er ofte en forenkling av sammenhenger, men bidrar til vår oppfatning av hvordan ting henger sammen (kausaltet).

Bevissthet om negativitetsskjevhet, tilvenning og feil forståelse av kausalitet gjennom forenklete mønstre, kan bidra til læring og dermed til endring av atferd - til dypere forståelse av hvordan vi kan løse komplekse oppgaver, også innen pasientbehandling, og dermed hvordan vi kan påvirke sikkerheten i behandlingen. Slik bevissthet må enkeltindivider ta med inn i organisasjoner for å bidra til felles læring (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

En viss type kunnskap kan være vanskelig å beskrive presist. Denne kunnskapen har fått betegnelsen «taus kunnskap». Den er ervervet som erfaring gjennom et langt yrkesliv og betegnes også som handlingskunnskap, ferdighetskunnskap eller praksiskunnskap. For at andre skal kunne nyttiggjøre seg en persons tause kunnskap, må kunnskapen «avdekkes» og deretter omformes og deles muntlig eller skriftlig. Slik kan taus kunnskap danne grunnlag for nye retningslinjer og prosedyrer. En forutsetning for at en organisasjon skal lykkes med å spre taus kunnskap er at organisasjonen har utarbeidet systemer som bidrar til at slik kunnskap blir delt eksplisitt og at kunnskapen deretter integreres blant de ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Anvendelse av taus kunnskap vil i gitte situasjoner kunne observeres av medarbeidere og meldes som gode løsninger på vanskelige utfordringer. #Råbra gir mulighet for rapportering av taus kunnskap.

3.7.2 Læring i organisasjoner

Endring er nødvendig for å tilpasse seg dynamiske omgivelser. For at en organisasjon skal være i stand til å møte økte krav om kvalitet, strammere budsjett og generell effektivisering, må en organisasjon være i stand til å lære (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Lærings sirkelen i figur 3 viser hvordan en tenker seg de ulike stegene i læringen.



Figur 3 Lærings sirkelen. Figuren illustrerer hvordan et individs kunnskap kan videreformidles og implementeres i en organisasjon. (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

For å få utbytte av at ansatte tilegner seg ny kunnskap er det essensielt at den nye kunnskapen spres fra et individ til en større gruppe innad i en organisasjon, slik at kollektiv læring oppstår. Når ny kunnskap er spredt, må kunnskapen omsettes i organisasjonen i form av endringer i praksis. Det bemerkes at det ikke er uvanlig at organisasjoner unnlater å endre strategi og praksis selv om ansatte besitter kunnskap om hvordan organisasjonen bør endres til det bedre (Jacobsen og Thorsvik 2021).

3.8 Motivasjonsteori

Arbeidstakere i spesialisthelsetjenesten er kunnskapsarbeidere og kunnskapsarbeideres verdiskapning er sterkt knyttet til motivasjon (Lines, 2020). Det kan skilles mellom ulike typer motivasjon. Mestringsfølelse, tilhørighet og autonomi tilhører den indre motivasjonen, mens den ytre motivasjonen bygger på lønn, status og fremtidig stilling (Berg, 2018). Prososial motivasjon

handler om at arbeidstakere ser en dypere mening med aktiviteten og at arbeidet tilfører samfunnet noe viktig. Ole Berg (2018) skriver at humanistiske ledelsesteoretikere anbefaler ledere å redusere standardisering av personalpolitikk. Administrativ motivasjonsforvaltning vil trolig ikke bli noe mer enn "utvendig" motivasjonsledelse. Skal man lykkes med å motivere medarbeidere må man drive motivasjonsarbeid på en direkte måte. Ledere som arbeider med motivasjon må være personlig og ha fokus rettet mot den enkelte medarbeideren (Berg, 2018). Forskning om hva som skal til for å motivere kunnskapsarbeidere er dessverre mangelfull (Lines 2020).

Arbeidstakere med høy motivasjon gir høy ytelse (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Mange tror at ytre motivasjonsfaktorer som lønn og bonuser har stor betydning for ytelse. I det offentlige er det lite rom for denne type påskjønnelser. Det kan derfor hevdes at lederne i slike virksomheter har et begrenset handlingsrom i forhold til tiltak for å stimulere ytre motivasjon. Empiriske undersøkelser viser imidlertid at slike ytre faktorer ofte betyr mindre enn indre motivasjonsfaktorer. Følelsen av å ha en viktig eller interessant jobb, ha arbeidsoppgaver som oppleves engasjerende eller meningsfylte, er sterke drivere for indre motivasjon (Jakobsen og Thorsvik, 2021). Videre skriver de at "Når oppgaven i seg selv oppleves som interessant, morsom, spennende og gir indre belønning, har de ansatte ikke behov for å ledes". Ledelse i slike situasjoner betegnes av Jacobsen og Thorsvik som unødvendig.

3.9 Arbeidsmiljøets rolle for pasientsikkerhet

Det eksisterer mye forskning på helsepersonells arbeidsmiljø. Konsensus i forskningen er at rett bemanning, reduksjon av tidspress, kompetansebygging og god stedlig ledelse vil løse mange utfordringer knyttet til helsepersonells arbeidsmiljø (Laschinger m.fl, 2006). I vår oppgave er det hensiktsmessig å fokusere på den delen av arbeidsmiljøet som kan påvirkes av kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell.

Et godt arbeidsmiljø kjennetegnes av at det er avsatt tilstrekkelig tid til helsepersonellens oppgaver, god kommunikasjon og involvering og medbestemmelse for medarbeidere. Herunder kreves det en kultur der man kan diskutere faglige utfordringer og på den måten øke kvaliteten på de tjenester som tilbys (Normann, 2021).

Pasientsikkerheten er avhengig av at det legges til rette for at medarbeidere kan kommunisere forhold som truer pasientsikkerheten til leder. Dette må kunne gjøres detaljert og uten risiko for kritikk slik at alle nødvendige opplysninger blir gjort tilgjengelig for leder slik at gode risikovurderinger kan gjøres (Normann, 2021)

“Et godt psykososialt arbeidsmiljø kjennetegnes av innovasjon, åpenhet – og en kultur for å si ifra før ting går galt, og med involvering hvis det ikke går som forventet.” (Normann, dagens medisin, 2021)

I en større irsk artikkel publisert i 2012 vises det til en sammenheng mellom sykepleieres opplevelse av et positivt arbeidsmiljø og økning i pasientsikkerhet (Kirwan m.fl, 2012). Artikkelforfatteren hevder at sykepleieres oppfatninger har vist seg å være et pålitelig mål for hvordan helseinstitusjoner driftes.

En engelsk kampanje ved navn “Civility saves lives” har som målsetning å vise at vennlighet internt mellom helsepersonell har stor innvirkning i pasientsikkerhetsarbeidet. Kampanjen er breddt ut i flere norske sykehus og går under navnet «Vennlighet redder liv». Arieh Riskin m.fl. har publisert randomiserte studier som viser at helsepersonell som blir utsatt for frekkhet og eller uhøflighet får redusert produktivitet og økt sjanse for å gi dårligere eller feil behandling (Riskin m.fl, 2015).

3.10 Innsamling av relevant litteratur

Vi har søkt systematisk etter litteratur som eventuelt måler effekter av prosjekter som tilsvarer #Råbra og LfE. Vi har søkt etter studier på Google Scholar med kombinasjoner av termene «learning from excellence», «healthcare», «excellence reporting», «greatix» og «effects». Vi har og kombinert enkelte eller flere av søkeordene termene med filter hvor «Plunkett» var nevnt, sitert eller henvist til. De fleste av våre treff representerer teoretiske beskrivelser av mulige effekter under samlebegrepet excellence reporting (ER). Vi identifiserte tre artikler som vi anser for å være relevant. Den første artikkelen viser effekt på kvalitet og pasientsikkerhet. Artikkel to og tre undersøker medarbeideres opplevelse av prosjektet og endringer i deres motivasjon og

følelse av å bli verdsatt på arbeidsplassen. Vi vil under gi en kort presentasjon av de tre artiklene. Utdrag fra de aktuelle artiklene vil også presenteres i diskusjonskapitlet.

Artikkel 1: *Learning from excellence: Positive Reporting to Improve Prescribing Practice (PRIP)*. (Morley m.fl. 2016)

Denne artikkelen, forfattet av blant annet Adrian Plunkett, initiativtakeren til LfE, er en prospektiv observasjonsstudie som beskriver endring av rutiner i forskrivning av antibiotika ved en barneintensivavdeling i England.

Ved avdelingen hadde de over en periode opplevd dårlig kvalitet knyttet til dokumentering av forskrivning av antibiotika. For å øke kvaliteten på forskrivningen ble det igangsatt to tiltak. Det ene var å distribuere plakater med informasjon om gullstandard for antibiotikaforskrivning ved legers arbeidsstasjoner i avdelingen. Det andre var å igangsette “excellence reporting” (ER), altså innrapportering av spesielt god praksis knyttet til forskrivning av antibiotika i spesifikke pasientforløpet. Slik innrapportering hadde vært en etablert praksis ved avdelingen i 18 mnd. før studien ble igangsatt.

Pilotstudien viste svært gode resultater og en signifikant økning i korrekt forskrivning av antibiotika. Plunkett knytter denne suksessen opp til at “excellence reporting” kan øke prestasjoner. Avslutningsvis argumentere forfatterne for at “excellence reporting” kan redusere feil, øke prestasjoner og kan bidra til å vise anerkjennelse og verdsettelse av medarbeideres “#Råbra” prestasjoner.

Effekter av tiltakene i denne pilotstudien demonstrerte effekten av excellence-rapportering for å forbedre ytelsen i et diskret område av klinisk praksis. Forfatterne erkjenner at dette var en pilotstudie og de er tydelige på at de neste trinnene vil være å teste om denne tilnærmingen er bærekraftig, og om den er anvendelig på andre områder i klinisk praksis.

Forfatterne understreker at kvalitetsforbedring og sikkerhetstiltak i helsevesenet har hatt en tendens til å fokusere på å identifisere feil eller skade, og innføre endringer for å redusere feil eller redusere risiko. Denne tilnærmingen er gyldig, men fører til at en kan gå glipp av muligheter til å lære av og gjenskape utmerket praksis. Studien viser (innenfor begrensningene til

en liten pilot) at ytelsen til helsepersonell kan økes ved å gi anerkjennelse og verdsette av utmerket praksis, og foreslår at tilnærmingen kan brukes bredere for å komplementere eksisterende kvalitetsforbedrende initiativer.

Artikkel 2: *Learning from excellence': experience in a district general hospital paediatric department.* (Jefferies og Bell, 2018)

Denne artikkelen beskriver en undersøkelse av hvordan LfE ble mottatt av klinisk personell ved en barneavdeling i England. Forfatterne arbeidshypotese var at LfE, i tillegg til å gi nye muligheter for læring, kan forbedres ansattes moral.

Avdelingen startet med Excellence reporting i juli 2017. I løpet av de 3 første månedene av prosjektet ble det sendt inn 78 excellence-rapporter. Sykepleiere fikk hyppigst meldinger (32 %), etterfulgt av praktikanter (28 %). Konsulenter, kontoransatte, sykepleierstudenter og legespesialister er også rapportert. De mest rapporterte temaene inkluderer godt teamarbeid (38 %), gode kliniske ferdigheter (16,7 %) og utmerkede kommunikasjonsevner (11,5 %).

3 måneder etter oppstart ble det sendt ut spørreskjema til medarbeidere (avsendere og mottakere) for å få tilbakemeldinger på hvordan prosjektet ble vurdert. Resultatene viste at 87,5% av medarbeidere følte seg mer verdsatt på arbeidsplassen, 93,7% var glade for å ha mottatt tildelinger og 87,5% var mer tilbøyelig til å rapportere en kollega hvis de i forkant hadde fått en tildeling selv. Sistnevnte har bidratt til økt registrering, en positiv spiral. 100% av de som mottok spørreskjema mente at excellence-rapportering var et enkelt verktøy å ta i bruk, at det var en god idé og at arbeidsplassen burde fortsette med det.

Forfatterne konkluderer med at slike tilbakemeldinger er svært positive. Moralen innad i avdelingen har blitt bedre og ansatte har vært svært mottakelige for ordningen. "Learning from Excellence" har fremhevet viktigheten av å fokusere på positive handlinger så vel som på feil innenfor pasientbehandling.

Artikkel 3: *Learning from excellence improves staff morale and well-being: A one year experience from implementing excellence reporting on a paediatric intensive care unit in the UK.* (Kanaris og Kilaniotis, 2021)

I denne studien fra the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies, ønsket forfatterne å undersøke Excellence-rapportering`s effekter på medarbeideres moral og velvære ved en pediatrik intensivenhet.

Forfatterne vurderte ansattes moral/velvære ved anonymisert utfylling av spørreskjemaet "Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale" (SWEWBS). Dette ble gjentatt 6 uker og 1 år etter introduksjonen av Excellence-rapportering ved enheten.

6 uker etter innføringen av Excellence-rapportering ble 142 excellence-rapporter fullført. 37 spørreskjemaer ble returnert og resultatet viser et høyere antall positive svar etter implementering. I løpet av året var det en nedgang i frekvensen av innregistrerte excellence-rapporter (totalt=358), men med fortsatt forbedring i personalets moral og velvære. Ytterligere 37 spørreskjemaer ble fylt ut ett år etter at akuttmottaket ble introdusert. T-testing viste en signifikant forbedring etter intervensjonen ved 6 uker og 1 år for alle utsagn på SWEWBS. Det var bare forbedring på ett utsagn når man sammenlignet 6-ukers svar med 1-års svar.

Forfatterne konkluderer med at implementering av excellence-rapportering kan gi raske og vedvarende forbedringer i personalets moral og velvære. Moral og velvære øker umiddelbart etter intervensjonen og holder seg på dette økte nivået i minst et år. I en tid hvor presset på helsepersonell øker, og sykefraværet er høyt, vil intervensjoner for å forbedre ansattes moral kunne ha en positiv effekt på pasientbehandlingen og hvordan avdelingene fungerer.4. Data og metode

I dette kapitlet redegjør vi for innsamling av data og våre metodiske valg. Våre analyser baserer seg på tre datakilder; #Råbra-tildelinger (I) presenteres i avsnitt 4.1. Forbedringsundersøkelsen ForBedring (II) presenteres i avsnitt 4.2 og Rapporterte pasientskader og uønskede hendelser (III) i avsnitt 4.3. Vi presenterer hver av datakildene i egne underavsnitt. I avsnitt 4.4 redegjøres det for ulike metodiske svakheter.

Vi har søkt prosjektgodkjenning hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD har konkludert med at prosjektet ikke trenger vurdering fra personverntjenester. Forespørsel om tillatelse til innsamling av anonymiserte data er også sendt personvernombudene i de relevante foretakene. I likhet med NSD har personvernombudene konkludert med at det ikke foreligger sporbare personopplysninger og at det dermed ikke er behov for en formell vurdering. Observasjonsenhetene i denne studien er ikke navngitt da vi ikke fikk tillatelse til dette fra alle enhetene på grunn av informasjonen som fremkom i en våre datakilder. Begrunnelsen er at opplysningene er deler av organisasjonsinterne dokumenter. Om vi benytter opplysningene vil det kunne skape presedens der offentlige media vil kunne kreve innsyn i dokumentene og utgjøre et tviste-grunnlag om noen senere ble nektet innsyn.

4.1 Datakilde I - #Råbra-tildelinger

#Råbra-tildelingene skal anvendes for å besvare forskningsspørsmål 1. Vi valgte fire enheter ved to foretak og forespurte om utlevering av tiltakets tildelinger. Etter at tillatelse var gitt av lederne på de utvalgte enhetene, henvendte vi oss til lokale koordinatorene for å få tilsendt de tildelte #Råbra-kortene ved foretakene. Observasjonsenhetene er betegnet enhet A, B, C og D. Enhet A og B tilhører Foretak1 og regionalt helseforetak 1 (RHF1). Enhet C og D tilhører Foretak 2 og regionalt helseforetak 2 (RHF2).

Vi har fått tilgang til #Råbra-tildelingene i ulike perioder for de fire enhetene. Tildelingene for C og D ble levert samlet. Det var ikke mulig å identifisere hvilke tildelinger som kom fra hvilken av de to enhetene. Resultatene herfra er derfor slått sammen i Tabell 5. For enhet A hadde vi adgang til alle tildelingene for perioden 10.01.21 - 30.10.22. For enhet B hadde vi adgang til alle tildelingene for perioden 30.10.21 - 30.10.22. Fra den aggregerte enheten C/D hadde vi adgang til alle tildelingene for perioden 16.05.21 - 31.01.22.

Tildelingene er kategorisert ved at begge forfatterne i felleskap har gått gjennom alle tildelingene tre ganger. Kategoriseringen er basert på fellestrekk og er basert på konsensus mellom

forfatterne. Vi har ekskludert tildelinger som var duplikater eller å anse som tradisjonelle avvik. Under følger metoden for kategorisering av tildelingene.

4.1.1 #Råbra-tildelinger ordnet etter kategorier

#Råbra-tildelingene er kategorisert for å gi en oversikt over hvilke områder av enhetenes aktivitet de ansatte har hatt fokus på i observasjonsperioden. Tildelingene er ordnet i følgende kategorier: Faglig arbeid, Initiativ/innovasjon, Kommunikasjon, Ledelse og Medarbeiderskap.

Vi har i tillegg vurdert hvilke av tildelingene som hadde potensial til systemendring.

Vurderingen av potensial som kunne føre til en systemendring krevde at en hendelse som ble rapportert kunne settes i system og gjenskapes av andre. Det er vi (forfatterne) som har foretatt vurderingen av dette potensialet.

Vår kategorisering og vår vurdering av tildelingenes potensial er ikke basert på tidligere kjent metodikk, men er utført med bakgrunn i vår faglige kunnskap, kjennskap til eksisterende prosedyrer og praksis og vår forståelse av rammebetingelser for sykehus som organisasjon.

Under følger en utdyping av kategoriseringen. Her har vi redegjort for hvilke egenskaper ved en tildeling som styrer tildelingen til en aktuell kategori.

Faglig arbeid

I denne kategorien har vi plassert tildelinger som har et innhold som beskriver at faglig arbeid utføres svært godt ut fra systemets ønsker og forventninger. I denne kategorien er det stort samsvar mellom WAI og WAD, men det betyr nødvendigvis ikke at forholdene ligger til rette for det. Tildelingene her bærer preg av at medarbeidere anstrenger seg for å nå konkrete mål i pasientrettet arbeid.

Boks 1: Eksempel på #Råbra-kort innen kategorien «Faglig arbeid»

Hva gikk #Råbra?	Hva kan vi lære av dette?	Hvilke endringer kan bidra til at det skjer oftere?
<i>Blodprøvetakingen gikk #Råbra, X, var rolig og veiledende, og oppmuntret verbalt fremfor å overta prosedyren</i>	<i>Ved å la nye sykepleiere få prøve seg med god veiledning så blir det økt mestring for den nye sykepleieren og det oppleves trygt og godt.</i>	<i>Ved å la nye sykepleiere få prøve under kontrollerte og rolige situasjoner, og at den erfarne sykepleieren veileder verbalt og ikke stresser opp situasjonen</i>

Initiativ/innovasjon

I denne kategorien har vi plassert tildelinger som representerer nytenkning og/eller handlinger som ikke er predefinert av rutiner eller prosedyrer. Tildelingene er gitt med bakgrunn i gode løsninger i situasjoner der systemets “definerte oppskrift for handling” ikke ville ha medført økt kvalitet, pasientsikkerhet eller effektivitet i samme grad som den valgte løsningen. Disse tildelinger har potensiale til å bidra til systemendring ved implementering av ny praksis. De er vurdert til å kunne føre til å spre læring internt og eksternt, og indirekte til økt effektivitet og økt pasientsikkerhet.

Boks 2: Eksempel på #Råbra-kort innen kategorien «Initiativ/innovasjon»

Hva gikk #Råbra?	Hva kan vi lære av dette?	Hvilke endringer kan bidra til at det skjer oftere?
<i>Tok initiativ til scenariotrening med sykepleierstudenter og fersk LIS. Kjørte et avansert prematur mottak to dager på rad med samme gruppe, noe som gav god læring for alle involverte. Det var rolig i avd. og liten tilgang på intensivpasienter og mottak.</i>	<i>Bruke tiden man er på jobb i praksis godt og kreativt. Sporty at folk bare tar initiativet selv i rolige tider. Dette bør vi gjøre mye mer av!</i>	<i>Kjøre scenariotreninger to ganger øker læringseffekten.</i>

Kommunikasjon

I denne kategorien har vi plassert tildelinger som vi har definert som situasjoner der en person, i potensielt utfordrende omstendigheter, har identifisert et abstrakt problem og på bakgrunn av det har forsikret seg om at de andre partene i situasjonen (eksempelvis kolleger, andre profesjoner, pårørende eller andre samarbeidspartnere) ser og forstår samme utfordring i situasjonen, slik at det kan jobbes i felleskap for et best mulig resultat.

Boks 3: Eksempel på #Råbra-kort innen kategorien «Kommunikasjon»

Hva gikk #Råbra?	Hva kan vi lære	Hvilke endringer kan bidra til at det skjer oftere?
<i>NN har et helhetsperspektiv som han på en fin måte deler med oss andre, han minner oss på at vi alle er her for å gi pasientene et best mulig tilbud og han kommuniserer dette på en både tydelig og fin måte. Dette har flere ganger ført til gode løsninger på tvers av seksjoner og også avdelinger. Han er flink til å dele av kunnskapen sin slik at nye får tilegnet seg den, og oppleves trygg å ha med å gjøre</i>	<i>Huske hvem vi er her for, ha god dialog sammen - på tvers av seksjoner og avdelinger. Å kommunisere på en vennlig og imøtekommende måte gjør det lettere å skape god dialog og godt samarbeid. At den som er erfarne kan brukes som "veiledere" for nye, noen trygge å kunne spørre. Være åpen for å ta imot forslag og gode råd</i>	<i>Anerkjenne hvor viktig kommunikasjon og gode kommunikasjonsevner er for å ha god dialog og godt samarbeid. Ivareta faste daglige møtepunkt. Psykologisk trygghet gjør det lettere å spørre/be om råd - være åpne og på tilbudssida når en har erfaring og kunnskap om gode løsninger</i>

Ledelse

I denne kategorien har vi plassert tildelinger med et innhold som bærer preg av at en medarbeider har vist spesielt god dømmekraft og inspirert eller påvirket andre til å jobbe mot et definert mål. Det som skiller denne kategorien fra kategorien "Faglig arbeid" er at tildelingen som er plassert her i større grad beskriver situasjoner der noen legger til rette for at andre skal kunne gjøre godt arbeid.

Boks 4: Eksempel på #Råbra-kort innen kategorien «Ledelse»

Hva gikk #Råbra?	Hva kan vi lære?	Hvilke endringer kan bidra til at det skjer oftere?
<i>X er en ekte leder og forbilde for mange, hun leder med hjertet og hun leder med hjerne. Hun tenker helhetlig, kommer med løsningsforslag og er villig til å tenke nytt. X har en fin balanse mellom ansattomsorg og sette forventninger til ansatte og de rundt seg, dette fører til utvikling.</i>	<i>Ledelse er krevende å stå i, og i tillegg til å være leder så greier x å vise så mange sider ved sin ledelse som er unikt både for de ansatte og for ledere rundt henne. Hun bidrar til at andre får økt sin kompetanse som leder, får nye ideer og at ansatte får tenke "fritt" - støtter ideer og innovative tanker. X deler villig sin kunnskap og erfaring, og er et forbilde for alle.</i>	<i>Gode ledere må få tilbakemeldinger på hva de gjør som er bra, viktig at ansatte også kan se sin leder. I tillegg må ledernivået over se seksjonsledere, løfte de frem og heie på de når de gjør noe bra.</i>

Medarbeiderskap

I denne kategorien har vi plassert tildelingen der det forekommer positiv samhandling mellom to parter, der en part avhjelper arbeidsbyrden til en annen eller i situasjoner der en medarbeider gjør arbeidshverdagen hyggeligere og mer positiv for en annen. Eksempler på dette kan være situasjoner der en part har en utfordrende arbeidssituasjon og den andre parten spontant tilbyr å avhjelp situasjonen uten at det gir en selv noen fordeler. Det kan også være å gi kollegastøtte der man hjelper hverandre i eller etter situasjoner som gir psykisk belastninger for en part. Medarbeiderskap kan også være å pynte, rydde ekstra og skape gode sosiale situasjoner i enheten.

Boks 5: Eksempel på #Råbra-kort innen kategorien «Medarbeiderskap»

Hva gikk #Råbra?	Hva kan vi lære?	Hvilke endringer kan bidra til at det skjer oftere?
<i>Det som er #Råbra på XX er at alle ansatte er ekstrem flinke til å hjelpe hverandre. Her er det aldri noen som ikke får hjelp. Ikke alltid en trenge å spørre engang! Et skikkelig team!</i>	<i>At det å hjelpe skal være et selvfølge, ikke alle har like god tid hver vakt, og då er det ekstra godt å ha kjekke kollegaer som hjelpe til!</i>	<i>Å ha en god leder skaper ofte et godt miljø, som igjen skaper trygghet hos alle ansatte. Det er også Viktig at en behandler andre som en ønsker å bli behandlet selv.</i>

4.1.2 Fordeling av tildelinger ordnet etter profesjon for avsender

Vi har sett på fordelingen av tildelinger ordnet etter profesjon for avsender for å få inntrykk av i hvilken grad de ulike yrkesgruppene er involvert i prosjektet. Likeledes har vi sett på hvem som mottar #Råbra-kort for å få inntrykk av hvem som oppfattes å bidra positivt i enhetene.

Resultatene presenteres i kapittel 5.1.2.

4.1.3 Forekomst av tildelinger i observasjonsperioden

I tillegg til å kategorisere tildelingene har vi sett på når i observasjonsperioden #Råbra-kortene er tildelt. Disse opplysningene vil gi informasjon om variasjon over tid og om engasjementet rundt #Råbra opprettholdes over tid. Resultatene presenteres i kapittel 5.1.3.

4.2 Datakilde II – Forbedringsundersøkelsen ForBedring

Forbedringsundersøkelsen «ForBedring» er en medarbeiderundersøkelse som har blitt gjennomført årlig i hele spesialisthelsetjenesten siden 2018 (Helsedirektoratet, 2017).

Undersøkelsen kartlegger anonymt de ansattes opplevelse av engasjement, klima for teamarbeid, ressurser i arbeidet, klima for sikkerhet, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, og opplevelse av

støtte og oppfølging fra ledere. Formålet med undersøkelsen er å samle data som hver enhet skal benytte til forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur slik at pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Undersøkelsen er heleid av hvert enkelt foretak. Resultatene distribueres til alle enheter i organisasjonen slik at ledere og medarbeidere får eierskap til enhetens resultater.

Spørsmålene i undersøkelsen presenteres som positive påstander, for eksempel «*Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører*» og er organisert i 10 ulike tema med et ulikt antall påstander innen hvert tema (se tabell 2). Arbeidstakerne besvarer spørreundersøkelsen ved å angi grad av enighet med hver påstand i en 5-punkts Likert-skala (Helt uenig; Litt uenig; Verken enig eller uenig; Litt enig; Helt enig). Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres samlet for hver enhet som gjennomsnittskår i intervallet 0-100 etter at svarene er omregnet til %.

Vi ønsket å bruke data fra ForBedring i en før-etter analyse hvor det undersøkes om innføringen av #Råbra (intervensjonen) har hatt effekter på arbeidsmiljø og Pasientsikkerhetskultur. Det er flere påstander i undersøkelsen som kan si noe om arbeidsmiljø og sikkerhetskultur, vi har valgt ut de som vi mener at #Råbra kan ha størst innvirkning på. Utvalget består derfor av påstand 1.5 og 2.1 for å vurdere arbeidsmiljø og påstand 4.1-4.4 og 6.3 for å vurdere pasientsikkerhetskultur. I tillegg har vi anvendt påstand 9.1 som uttrykk for både arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.

Forbedringsundersøkelsen gjennomføres i januar hvert år. Vi innhentet data for 2020, 2021 og 2022. ForBedring for 2020 er gjennomført før noen av enhetene implementerte #Råbra. Enhet A implementerte #Råbra like før gjennomføringen av ForBedring i 2021 og det er registrert få tildelinger før undersøkelsen ble utført. Gjennomføringen av ForBedring i 2022 er foretatt etter at alle enhetene hadde innført #Råbra.

Tabell 2 Tema og påstander i ForBedring

Tema 1 Engasjement
1.1 Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg
1.2 Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe
1.3 Jeg får utvikle meg gjennom jobben
1.4 Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb
1.5 Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører
1.6 Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her
Tema 2 Team-arbeidsklima

<p>2.1 Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her</p> <p>2.2 Samarbeid med andre enheter fungerer godt</p> <p>2.3 Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det</p> <p>2.4 Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår</p> <p>2.5 Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her</p>
<p>Tema 3 Arbeidsforhold</p> <p>3.1 Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min</p> <p>3.2 Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)</p> <p>3.3 Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten</p>
<p>Tema 4 Sikkerhetsklima</p> <p>4.1 Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil</p> <p>4.2 Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her</p> <p>4.3 Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem</p> <p>4.4 Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten</p> <p>4.5 Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasienten) håndtert riktig</p> <p>4.6 Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her</p>
<p>Tema 5 Psykososialt arbeidsklima</p> <p>5.1 Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler</p> <p>5.2 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene</p> <p>5.3 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene</p> <p>5.4 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene</p> <p>5.5 Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering</p> <p>5.6 Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte</p>
<p>Tema 6 Opplevd lederatferd</p> <p>6.1 Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid</p> <p>6.2 Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det</p> <p>6.3 Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag</p> <p>6.4 Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si fra når jeg har en annen mening</p>
<p>Tema 7 Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet</p> <p>7.1 Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten</p>
<p>Tema 8 Fysisk miljø</p> <p>8.1 Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner og lignende)</p> <p>8.2 Her arbeides det godt med brannvern</p> <p>8.3 Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges</p> <p>8.4 Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikaler og biologiske farer</p> <p>8.5 Her arbeides det godt med smittevern</p> <p>8.6 Her arbeides det godt med strålevern</p> <p>8.7 Her er sikkerheten med bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler eller utstyr godt ivaretatt</p> <p>8.8 Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet</p>
<p>Tema 9 Oppfølging</p> <p>9.1 Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten</p>

9.2 Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen

Tema 10 Pandemi

10.1 Mitt arbeid har blitt endret under pandemien

10.2 Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien

10.3 Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien

10.4 Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern

10.5 Jeg har fått god opplæring i smittevern

10.6 Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene

10.7 Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien/smitteverntiltakene

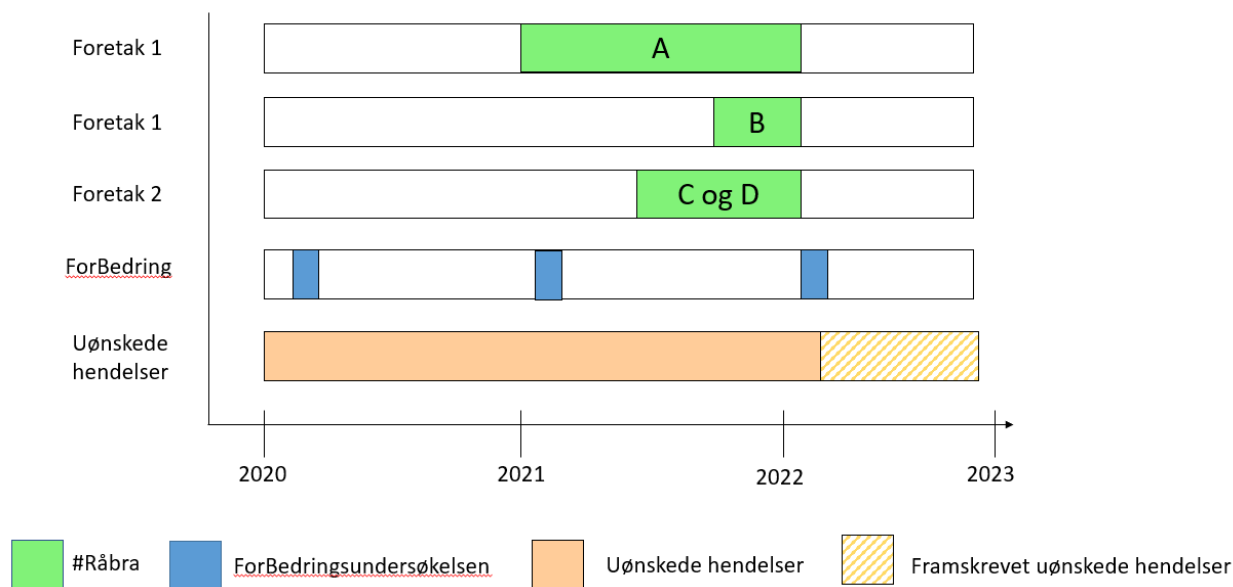
4.3 Datakilde III - Pasientskader og uønskede hendelser

For å få opplysninger om pasientskader og uønskede hendelser rettet vi en forespørsel til systemadministrator for avvikssystemet Docmap ved Foretak 1 og til systemadministrator for avvikssystemet EQS workflow ved Foretak 2. Docmap og EQS Workflow er digitale systemer som benyttes for enkel rapportering og oppfølging av feil og uheldige hendelser. Alle ansatte kan melde en "sak" til Docmap og EQS workflow. Resultat fra pasientskader og uønskede hendelser er innhentet for perioden 01.01.2020 - 28.04.22 og framskrevet til 31.12.22. Framskrivningen er gjort ved å multiplisere det observerte antallet i perioden (117 dager) med forholdstallet 365/117. Opplysningene vi fikk gjorde det ikke mulig å skille mellom pasientskader og andre uønskede hendelser.

Vi fikk aggregerte data fra hvert av foretakene og spesifisert for enhetene A og C.

Vi fikk også tilgang på spesifiserte data for enhet B, men siden enheten gjennomgikk en omfattende omorganisering i observasjonsperioden, har vi valgt å ikke presentere resultater for pasientskader og uønskede hendelser for denne enheten.

Disse dataene skal anvendes i en før-etter analyse for å studere hvorvidt implementeringen av #Råbra har hatt betydning for pasientsikkerheten som vurderes ut fra antall rapporterte pasientskader og uønskede hendelser. For denne variabelen har vi data for perioden januar 2020 til april 2022. Disse opplysningene rapporteres samlet for hvert år. Siden vi fikk opplysninger kun frem til 28.04.22, har vi framskrevet antall hendelser ut 2022. Figur 4 gir en oversikt over periodene for innsamling av data.



Figur 4. Perioder for innsamling av data.

Data for #Råbra ved enhet A er innhentet for perioden 10.01.21 - 31.01.22. For enhet B er perioden 30.10.21 - 31.01.22. Data for #Råbra ved enhetene C og D er innhentet for perioden 16.05.21 - 31.01.22. Data for ForBedring er innhentet for alle enhetene for perioden 2020 – 2022. Data for pasientskader og uønskede hendelser er innhentet for perioden 01.01.20 – 28.04.22 og framskrevet til 31.12.22.

4.4 Metodiske og etiske refleksjoner

En av forfatterne av denne besvarelsen har hatt nær tilknytning og medvirkning til #Råbra fra idé-stadiet og har fulgt tiltaket i utforming, distribusjon, koordinering og kontinuerlig videreutvikling. Vi erkjenner at dette gir en nærhet som kan danne et bevisst eller underbevisst ønske om å tilskrive tiltaket spesifikke, positive resultater. Vi har derfor fra et tidlig tidspunkt diskutert hvordan vi skal unngå at vår mulige forutinntatthet om «tiltakets fortrefelighet» skal påvirke tolkningen av de resultatene vi finner. Denne erfaringen og bakgrunnskunnskapen kan bidra til at kategoriseringen av tildelinger er mer presis enn det andre kan vurdere, og dermed

være en styrke i sorteringsarbeidet. Det kan imidlertid også utgjøre en svakhet da forfatteren kan ha et underbevisst ønske om å plassere tildelinger i en kategori som utfyller hensikten og potensialet i #Råbra på best mulig måte. Dette har vi vært bevisste på og derfor har den andre forfatteren, som ikke hadde inngående kjennskap til #Råbra, bevisst inntatt rollen som opposent og «djevelens advokat» når plassering av den enkelte tildeling har vært foreslått og diskutert. Vi kan imidlertid ikke utelukke at andre med en annen bakgrunn ville ha vurdert kategoriplassering annerledes.

Refleksivitet er en aktiv holdning som forskeren skal inneha når innsamlede data vurderes. En refleksiv holdning skal bidra til at forskeren reflekterer over overraskelser og motsigelser som opptrer og som utfordrer og motsier forskerens egne forestillinger. (Malterud, 2011). Vi har med bakgrunn i refleksivitet forsøkt å ha en ikke forutinntatt holdning til observerte resultater og diskutert hvilke ulike andre påvirkninger enn #Råbra som kan ha ført til endringer over tid.

Relevansen av innsamlede data er sentral når de skal settes inn i bestemte kontekster. Relevansen fokuserer på hva kunnskapen skal og kan brukes til (Malterud, 2011). Relevansen av innsamlede data vil også vurderes utover den konteksten der de ble kartlagt, i denne sammenheng med hensyn til om de kan bidra til å inspirere andre enheter og foretak til å ta i bruk #Råbra. Funnene kan gi innblikk i hvordan #Råbra kan bidra til læring av positive hendelser og hvordan tiltaket kan bidra til å øke pasientsikkerhetskulturen hos medarbeidere og bedre arbeidsmiljøet i enhetene, som indirekte forventes å øke pasientsikkerheten. Metodikken har vært praktisert i kort tid. Det er derfor vanskelig å si hvor stor nytte og betydning et slik tiltak kan ha i fremtiden. Det er ikke utviklet målrettet verktøy for å måle systemets effekter. Vi har derfor søkt etter data som ikke er direkte knyttet til #Råbra, men som likevel kan gi en indikasjon på effekter av tiltaket. Vi har under hele prosessen vurdert at vår anvendelse av data i denne oppgaven kan gi et svakt grunnlag for å trekke tydelige konklusjoner, men også vurdert at arbeidet kan anses som «nybrottsarbeid» og at det kan være et utgangspunkt for videre undersøkelser.

Validiteten i et datamateriale kan fastslås ved en analyse av gyldighet (Malterud, 2011). Som forskere må vi ta stilling til om datamaterialet og resultatene kan overføres til andre omstendigheter og brukes i andre sammenhenger. Som følge av den korte tiden #Råbra har vært praktisert har det ikke blitt utviklet en metodikk eller laget føringer/veiledere for hvilke aspekter

det skal tas hensyn til når tildelinger plasseres i en kategori og det vurderes om det foreligger et potensial for systemendring. I utgangspunktet ønsket vi å undersøke om #Råbra har hatt en målbar effekt på arbeidsmiljøet ved å teste om det er forskjell i grad av enighet med de utvalgte påstandene i ForBedring etter innføringen av #Råbra i 2021. Validiteten av data vi har fått fra ForBedring må vurderes nøye siden undersøkelsen ikke er opprinnelig designet for å svare på våre problemstillinger. For å gjennomføre en adekvat statistisk testing på effekter av #Råbra, vil det være nødvendig med opplysninger fra ForBedring for enheter som ikke har implementert #Råbra (kontrollgrupper) og sammenligne de med enheter som har innført #Råbra (testgrupper), i samme observasjonsperiode. Vi kunne dermed ha testet om det forelå forskjeller mellom kontroll- og testgruppene fra 2021 til 2022. Vi har imidlertid ikke hatt mulighet til å hente informasjon om ForBedring fra slike kontrollenheter.

Det har vært en stor utfordring for oss å få utlevert data for ForBedring fordi foretakene ikke ønsker at de skal kunne brukes av eksterne parter før resultat er analysert, og det har blitt utarbeidet tiltakspakker. Videre opplevde vi at ledere som utleverte rapportene for sine utvalgte enheter i stor grad måtte betrygges om at dataene ville bli anonymisert og ikke brukt til annet formål enn å besvare denne oppgaven. Vi sitter etter denne prosessen igjen med en opplevelse av at ledere og foretakene har et sterkt eierskap til sine resultater, og krever overbevisning gjennom forhandlinger for å få tilgjengeliggjort nødvendige opplysninger. Dette har medført tidkrevende prosesser for oss og vi har derfor ikke kunne prioritert å henvende oss til ytterlige enheter for å etablere egne kontrollgrupper.

Siden vi mangler kontrollgrupper har vi valgt å la enhetene være sine egne kontrollere og å sammenligne endringer i resultatene av forbedringsundersøkelsen fra 2020 – 2021 med endringer fra 2021 – 2022. Den prosentvise angivelsen av enighet med de ulike påstandene, gjelder for hele gruppen som enhet. Siden vi ikke kjenner til de individuelle besvarelsene innen hver enhet, er det umulig å finne noe mål for spredning i resultatene. Vi har derfor ikke hatt mulighet til å fremme noen hypoteser hvor vi kunne validere forskjeller i de to periodene ved hjelp av statistikk og signifikanstesting. Vi kjenner heller ikke til i hvilken grad enhetene har endret personalsammensetning i observasjonsperioden, noe som ytterlig reduserer validiteten ved en signifikanstesting. Samlet vurderer vi validiteten av data fra ForBedring som lav til vårt formål.

Implementeringen av #Råbra skjedde like før gjennomføringen av ForBedring i 2021 (for enhet A) men etter gjennomføringen av ForBedring i 2021 for enhetene B, C og D. Det er derfor ikke grunn til å anta at #Råbra har hatt noen effekt på besvarelsen av ForBedring utført i 2021, for noen av gruppene. #Råbra kan tidligst ha hatt effekt på besvarelsen av ForBedring utført i 2022.

Ved å benytte enhetene som sine egne kontroller vil det ikke være mulig å eliminere forstyrrende faktorer i de to observasjonsperiodene som påvirker resultatet av ForBedring. Vi vurderer imidlertid en test der enhetene er sine egne kontroller som betydelig mindre relevant enn en test mellom kontrollgruppe og testgruppe.

Validiteten i data som viser pasientskader og andre uønskede hendelser vurderes som lav siden det ikke skilles mellom pasientskader og *andre* uønskede hendelser og siden observasjonstiden er kort.

Datainnsamlingen representerer en kort periode, siden #Råbra først ble etablert i 2021. Tolkning av endringer som fremkommer i ForBedring og i forekomsten av uønskede hendelser må derfor gjøres med stor forsiktighet.

5. Empiri (resultater)

I dette kapittelet presenterer vi våre resultater. I avsnitt 5.1 redegjør vi for #Råbratildelingene. Avsnitt 5.2 presenteres resultatene fra ForBedring. Avsnitt 5.3 omhandler rapportering av pasientskader og uheldige hendelser i observasjonsperioden.

5.1 Datakilde I - #Råbra-tildelinger

Her redegjør vi for #Råbra-tildelingene ordnet etter kategorier og tildelingenes potensial for systemendring, forekomsten av tildelingene i observasjonsperioden og hvordan tildelingene fordeler seg ordnet etter profesjon for avsender.

5.1.1 #Råbratildelingene ordnet etter kategorier

Tilsendte tildelinger fra enhetene ved Foretak 2 var opprinnelig ordnet i følgende kategorier: Helhetsperspektiv, Utvikling, Kommunikasjon, Pasientsikkerhet og kvalitet, lederskap og HMS”. Tilsendte tildelinger fra enhetene ved Foretak 1 var ikke ordnet i kategorier.

Ved å beholde kategoriseringen fra Foretak 2, ville vi måtte tilordne oss vurderinger som var gjort for enhetene ved Foretak 2 og som lå til grunn for den aktuelle plasseringen. Om vi skulle plassere tildelingene fra Foretak 1 innen de samme kategoriene, ville kategoriseringene bli foretatt av forskjellige personer for Foretak 1 og for Foretak 2 og vi ville trolig gjøre andre vurderinger enn de som kategoriserte tildelingene fra Foretak 2. For ikke å utsette den samlede kategoriseringen for denne usikkerheten, valgte vi å kategorisere alle tildelingene i følgende «nye» kategorier: Faglig arbeid, Initiativ/innovasjon, Kommunikasjon, Ledelse og Medarbeiderskap.

Fra enhet A er det innhentet 57 #Råbra-tildelinger og fra enhet B 28 tildelinger. Fra enhetene C/D er det innhentet 197 tildelinger, til sammen 282 #Råbra-tildelinger i observasjonsperioden. Kategorisering av tildelinger og vurdering av hvilke av tildelingene som har potensial til å gi systemendringer gir verdifull informasjon.

Tabell 3, 4 og 5 viser hvordan tildelingene er fordelt over de fem definerte kategoriene samlet for hver av de fire enhetene og hvor mange av tildelingene i hver kategori som vurderes til å ha potensial for systemendring. Tabellene viser at de fleste av tildelingene er i kategorien «Faglig arbeid», med henholdsvis 33,3 %, 25,0 % og 35,5 % og «Medarbeiderskap» med henholdsvis 26,3 %, 39,3 % og 29,9 % for enhetene A, B og C/D. Andel tildelinger i kategorien «Initiativ/innovasjon» var henholdsvis 19,2 %, 21,5 % og 18,8 % for enhetene. Kategoriene “Kommunikasjon” og “Ledelse” har færrest tildelinger.

Alle fire enhetene gir flest tildelinger som faller i kategoriene Faglig arbeid, Medarbeiderskap og Initiativ/innovasjon. Enhetenes fordeling varierer ved at enhetene A og C/D har flest tildelinger innen kategorien Faglig arbeid mens enhet B har flest tildelinger innen kategorien Medarbeiderskap.

Andelen av tildelinger som vurderes til å ha potensial for systemendring er rundt 20 % samlet for de fire enhetene. Den kategorien som har den høyeste andelen av tildelinger med potensial for systemendringer for alle enhetene er Initiativ/innovasjon, men også Kommunikasjon har en relativt høy andel for enhetene A og B, mens Faglig arbeid og Kommunikasjon har relativt høy andel for enhetene C/D. Det bemerkes at Kommunikasjon har relativt få tildelinger.

Tabell 3 Fordeling av #Råbra-kort tildelt fra enhet A, Foretak 1

Kategorier	Antall tildelinger 10.01.21 - 31.01.22	Antall med potensial for systemendring
Faglig arbeid	19 (33,3 %)	2 (10,5 %)
Initiativ/innovasjon	11 (19,2 %)	8 (72,7 %)
Kommunikasjon	6 (10,5 %)	2 (33,3 %)
Ledelse	6 (10,5 %)	0 (0,0 %)
Medarbeiderskap	15 (26,3 %)	0 (0,0 %)
Totalsum	57 (100 %)	12 (21,0 %)

Tabell 4 Fordeling av #Råbra-kort tildelt fra enhet B ved Foretak1

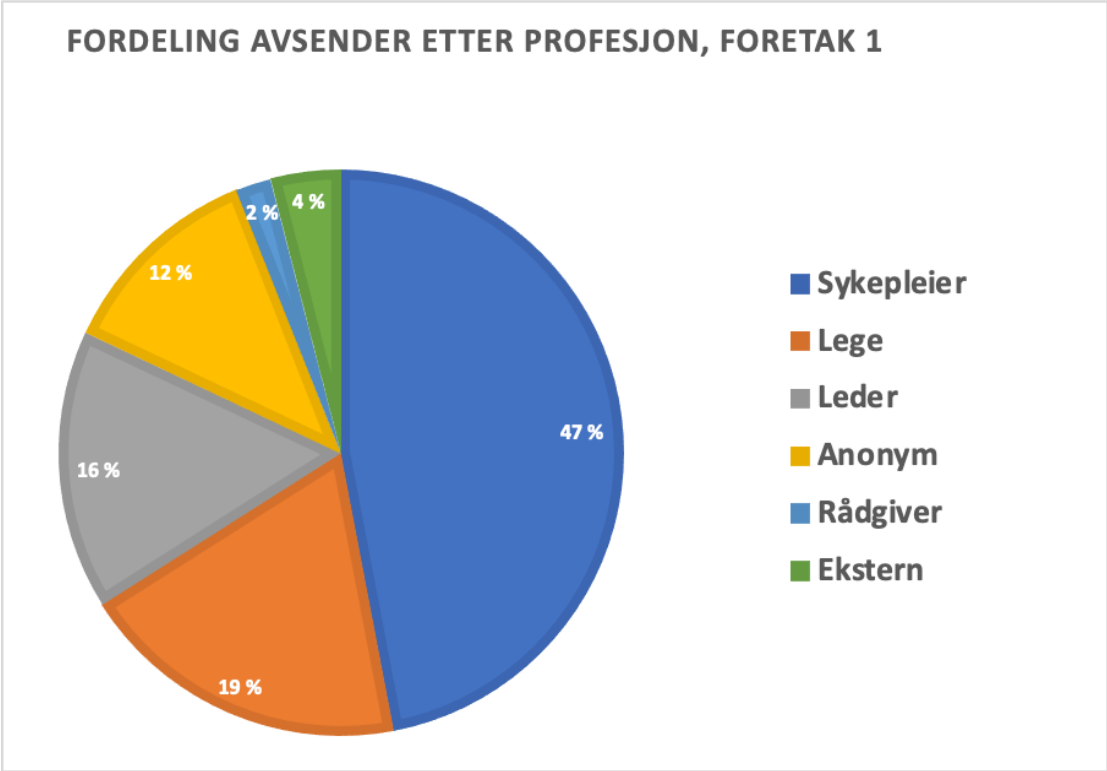
Kategorier	Antall tildelinger 30.10.21 - 31.01.22	Antall med potensial til systemendring
Faglig arbeid	7 (25,0%)	0 (0%)
Initiativ/innovasjon	6 (21,5%)	4 (66,6%)
Kommunikasjon	2 (7,1%)	1 (50,0%)
Ledelse	2 (7,1%)	0 (0%)
Medarbeiderskap	11 (39,3%)	0 (0%)
Totalsum	28 (100 %)	5 (17,8%)

Tabell 5 Fordeling av #Råbra-kort tildelt fra enhet C og D samlet ved Foretak 2

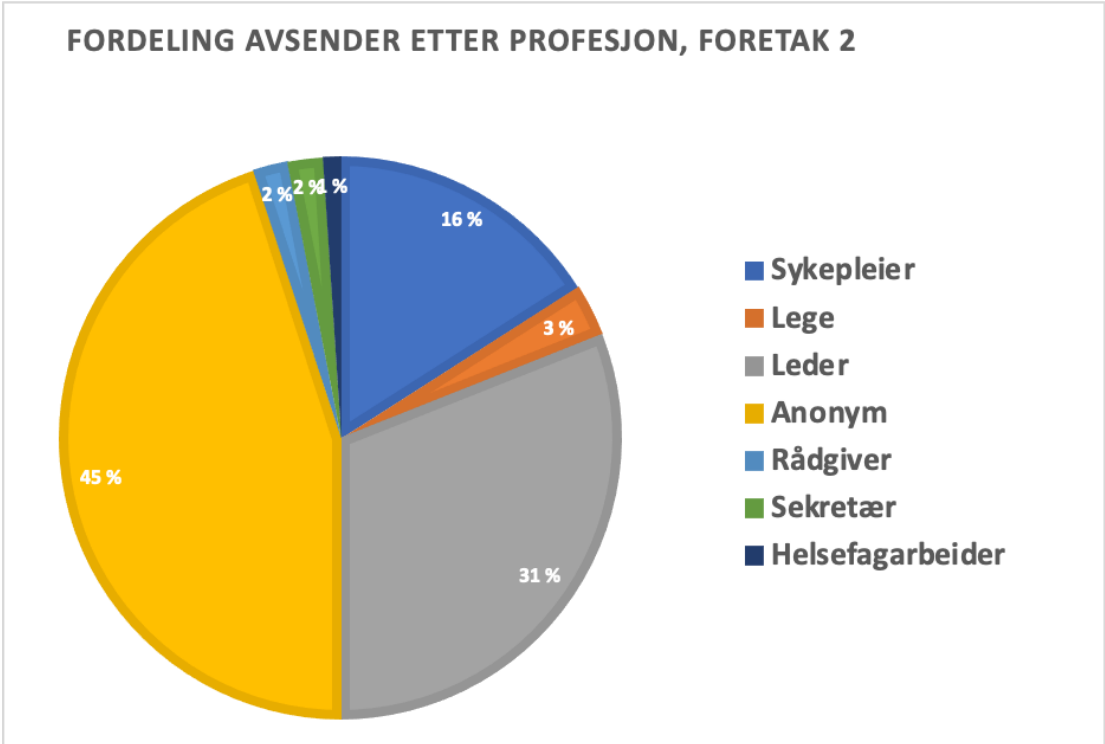
Kategorier	Antall tildelinger 16.05.21 - 31.01.2	Antall med potensial til systemendring
Faglig arbeid	70 (35,5 %)	11 (15,7 %)
Initiativ/innovasjon	37 (18,8 %)	28 (75,5 %)
Kommunikasjon	7 (3,6 %)	1 (14,3 %)
Ledelse	24 (12,2 %)	2 (8,3 %)
Medarbeiderskap	59 (29,9 %)	1 (1,7 %)
Totalsum	197 (100 %)	43 (21,8 %)

5.1.2 Fordeling av tildelinger ordnet etter profesjon for avsender

Fordelingen av tildelinger ordnet etter avsendernes profesjon er presentert i figur 5 og 6. Det er store ulikheter mellom Foretak 1 og 2. Ved Foretak 1 er sykepleiere avsendere av 47 % av tildelingene, leger er avsender av 19 % og leder er avsender av 16% av tildelingene. Ved Foretak 2 domineres tildelingene av en anonym gruppe med 45 %. Sykepleiere er avsender av 16%, leger 3% og leder 31% ved dette foretaket. Disse dataene er krevende å tolke, siden vi ikke kjenner til profesjonsfordelingen i den anonyme gruppen ved Foretak 2 eller om samme respondenter har gitt ett eller flere #Råbra-kort.



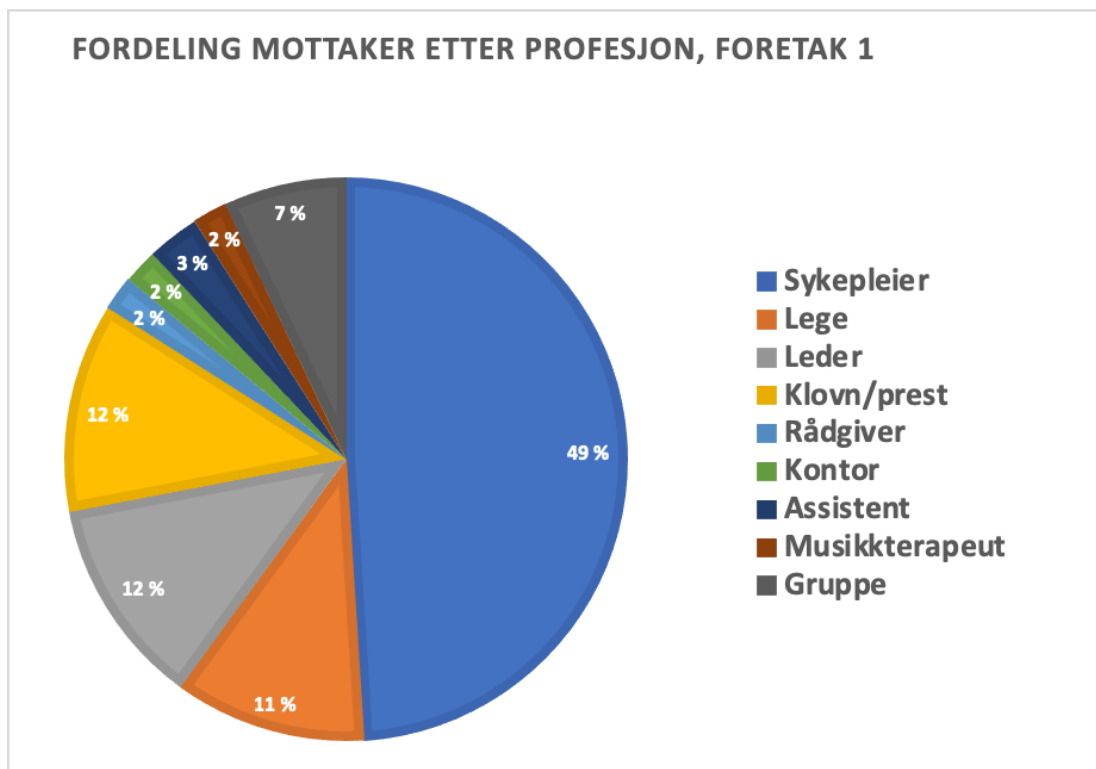
Figur 5 #Råbra-tildelinger Foretak 1. Tildelingene er ordnet etter profesjon for avsender.



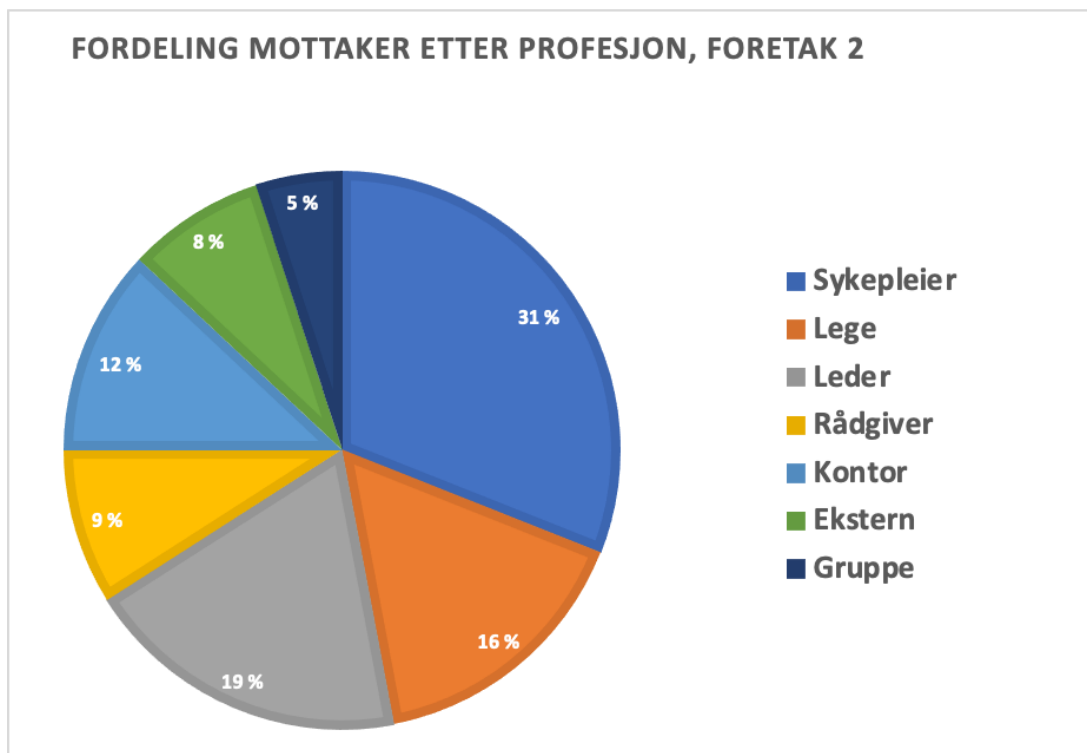
Figur 6 #Råbra-tildelinger Foretak 2. Tildelingene er ordnet etter profesjon for avsender.

5.1.3 Fordeling av tildelinger ordnet etter profesjon for mottaker

Under vår gjennomgang av tildelingene så vi at nærmest alle profesjoner ved enhetene hadde mottatt tildelinger: Leger, sykepleiere, musikkterapeuter, seksjonsledere, rådgivere, renholdere, kontormedarbeidere, helsesekretærer, assistenter, sykehusklovner og sykehusprest. Denne informasjonen er presentert i figurene 7 og 8. Ved begge foretakene er sykepleiere den gruppen som får flest tildelinger. Leger og ledere får også mange tildelinger. Vi er kjent med at det også har blitt tildelt #Råbra-kort ut av enhetene.



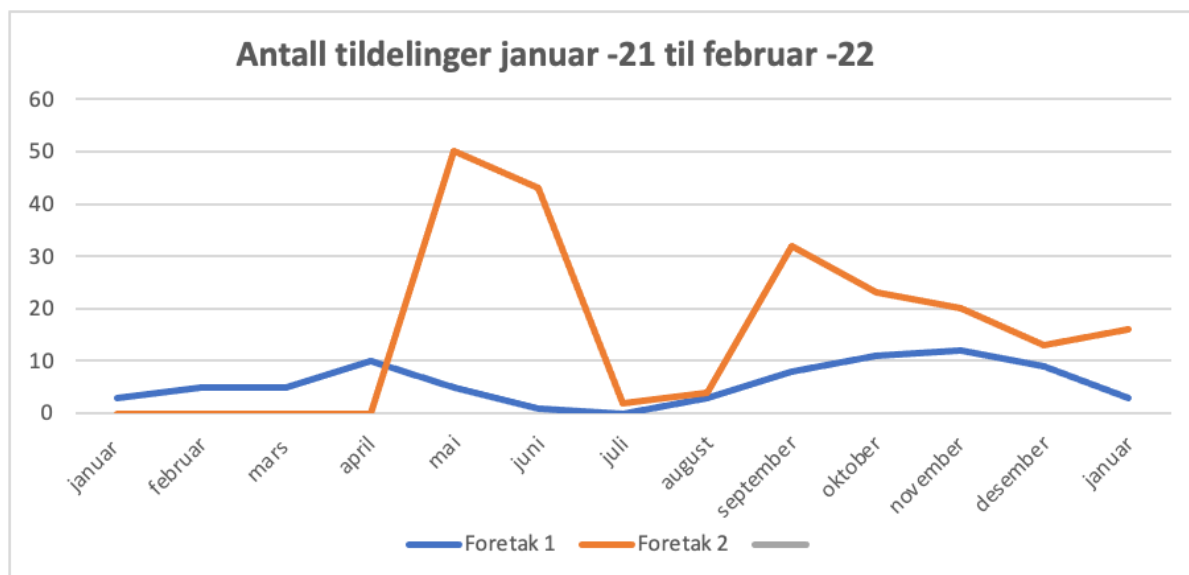
Figur 7 #Råbra-tildelinger Foretak 1. Tildelingene er ordnet etter profesjon for mottaker.



Figur 8 #Råbra-tildelinger Foretak 2. Tildelingene er ordnet etter profesjon for mottaker.

5.1.4 Forekomst av tildelinger i observasjonsperioden

Figur 9 viser hvordan utviklingen har vært i antall tildelinger for hvert av foretakene i perioden januar 2021 til februar 2022. Fordelingen per måned varierer mye over tid i observasjonsperioden. Antall #Råbra-tildelinger i Foretak 2 økte markant kort tid etter oppstart og overgikk antall tildelinger i Foretak 1 for hele perioden. Begge foretakene hadde lavt antall tildelinger i juli og august. Ved Foretak 2 økte imidlertid antall tildelinger igjen markant i september for deretter å falle gradvis. Foretak 1 hadde det høyeste antall tildelinger april og i oktober/november/desember. Disse observasjonene tillegges ikke stor betydning i den totale vurderingen av #Råbra.



Figur 9 Månedlige registrerte #Råbra- tildelinger, januar 2021 - februar 2022.

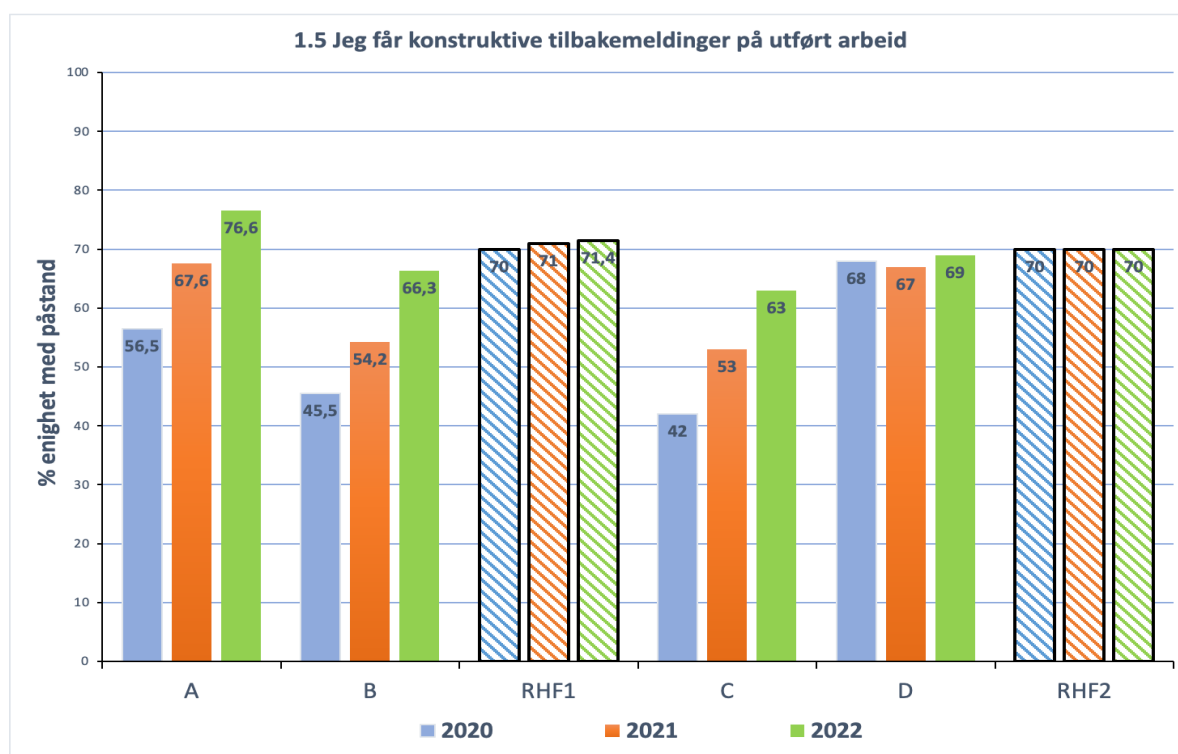
5.2 Datakilde II - Forbedringsundersøkelsen ForBedring

Vi har mottatt data fra ForBedring for perioden 2020 – 2022 for enhet A og B ved Foretak 1. Ved Foretak 2 har vi fått data fra alle underliggende enheter ved avdelingen som også omfatter enhetene C og D. For å få bilde av mulige effekter av #Råbra på de enhetene vi har andre datakilder fra, har vi valgt å presentere data kun fra enhetene C og D. For å analysere om #Råbra kan ha hatt effekt på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskulturen etter innføring, benyttet vi opplysningene fra et utvalg av påstander fra ForBedring vi mener er relevante, angitt i Tabell 2. Vi har gruppert påstandene i tre avsnitt; arbeidsmiljø (5.2.1), pasientsikkerhetskultur (5.2.2), og arbeidsmiljø og pasientsikkerhet (5.2.3). Vi presenterer resultatene for hver påstand for de fire enhetene og de to RHF-ene på tre ulike tidspunkt i figurene 10 - 17. Ved å sammenligne utviklingen for enhetene A, B, C og D i perioden 2020 – 2021 med utviklingen i perioden 2021 – 2022, vil vi undersøke om #Råbra har hatt effekter på arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og pasientsikkerhet i enhetene.

5.2.1 Arbeidsmiljø

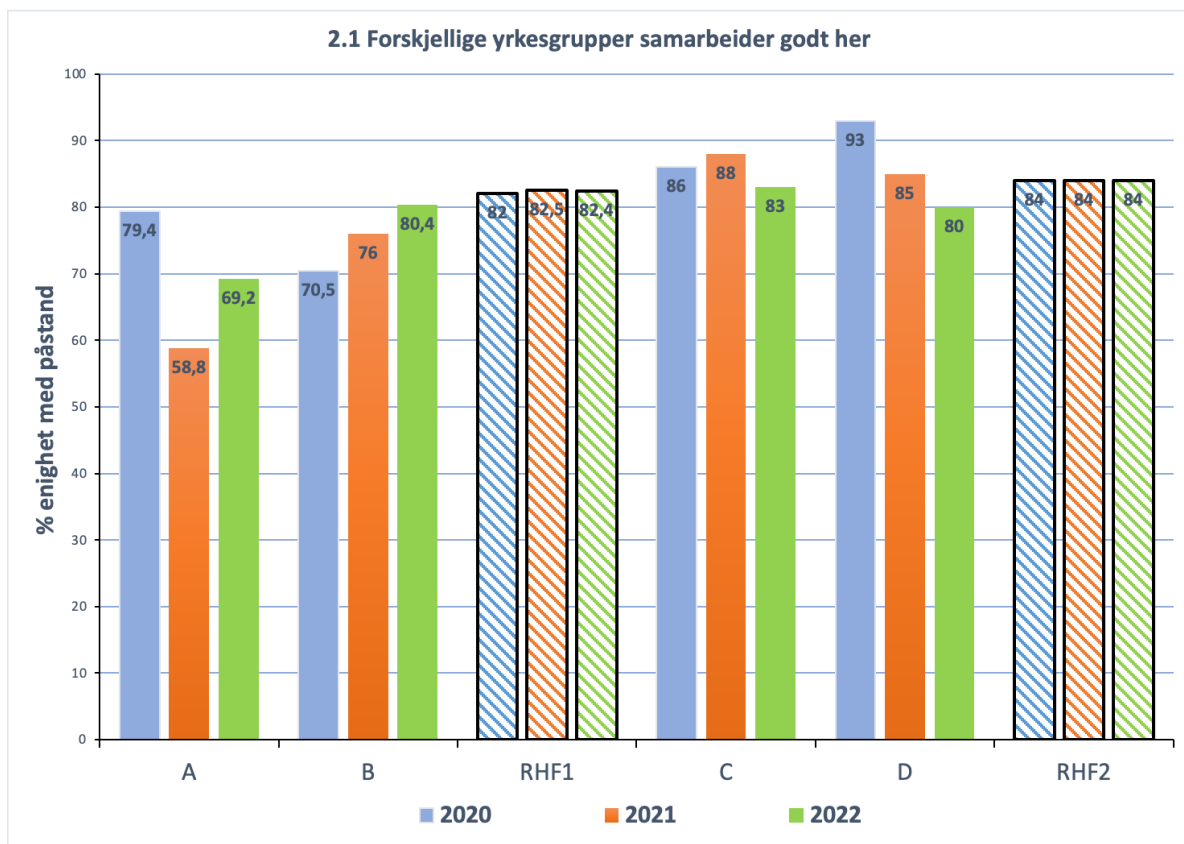
Påstand 1.5 og 2.1 i Tabell 2 karakteriserer arbeidsmiljøet.

Figur 10 viser at arbeidstakerne i enhet A, B og C opplevde betydelig økt grad av konstruktive tilbakemeldinger på utført arbeid i perioden 2020 - 2021 og 2021 - 2022. Arbeidstakere i enhet D opplevde høy grad av konstruktive tilbakemeldinger i hele perioden, uten vesentlig økning fra 2021 til 2022. Samlet hadde arbeidstakere i begge de regionale helseforetakene samme opplevelse av konstruktive tilbakemeldinger på utført arbeid, uten endringer i observasjonsperioden.



Figur 10. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 1.5 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

Figur 11 viser arbeidstakernes opplevelse av samarbeid mellom arbeidsgrupper ved de ulike enhetene. For 2022 hadde arbeidstakere i enhet A noe lavere grad av opplevelse av godt samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper enn arbeidstakere i enhetene B, C og D, men likevel en økning fra 2021 til 2022. For enhetene C og D var det en liten nedgang i opplevelse av samarbeid mellom arbeidsgrupper ved de ulike enhetene for perioden 2021 til 2022, men begge hadde i utgangspunktet høyt score i hele perioden. Samlet hadde arbeidstakere i begge de regionale helseforetakene tilnærmet samme opplevelse av at forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt, uten endringer i observasjonsperioden.



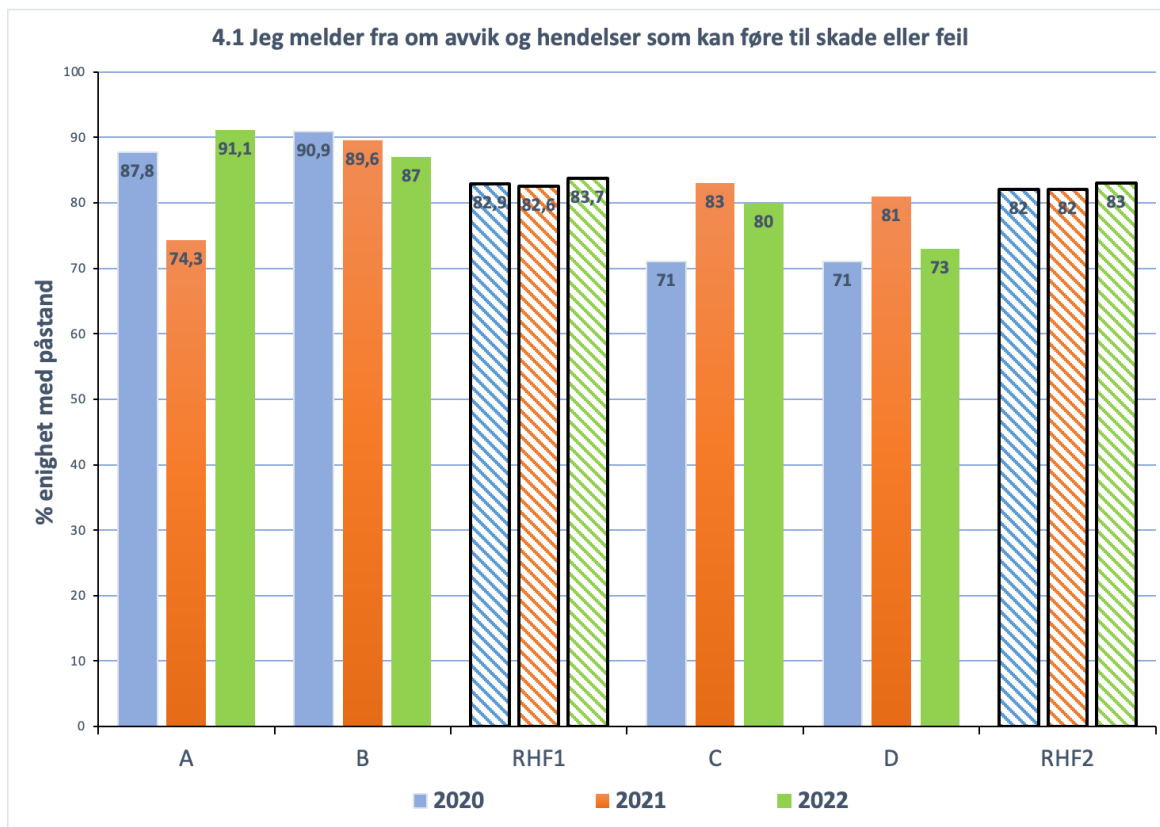
Figur

11. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 2.1 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

5.2.2 Pasientsikkerhetskultur

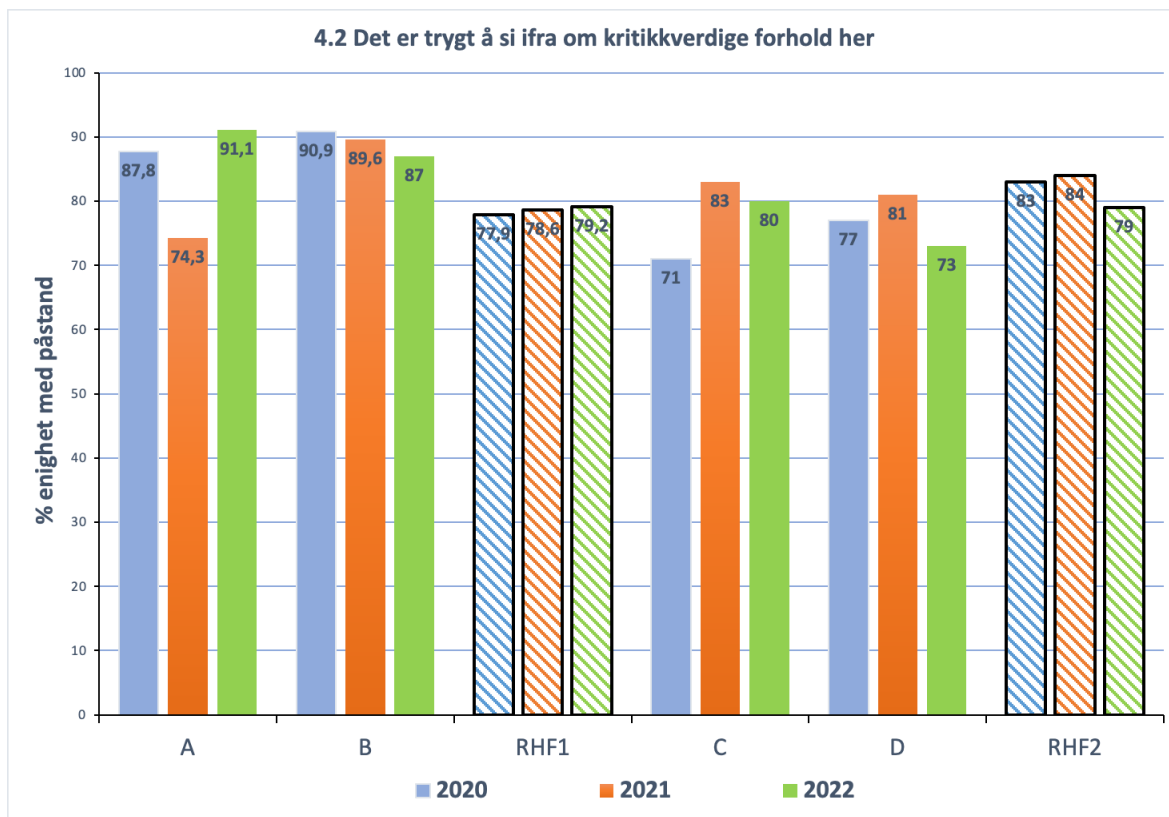
Påstandene 4.1-4.4 og 6.3 karakteriserer pasientsikkerhetskulturen. Nedenfor presenteres resultatene for disse 5 variablene.

Figur 12 viser at arbeidstakerne ved enhetene A og B i større grad enn ved enhetene C og D opplevde at de melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil. Ved enhet A er det en tydelig økning i score fra 2021 – 2022. Arbeidstakere ved enhet D har lavest grad av opplevelse av at de melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil i, 2022 og en nedgang fra 2021. Samlet meldte ansatte ved RHF1 og RHF2 i samme grad fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil, uten vesentlige endringer i observasjonsperioden.



Figur 12. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 4.1 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

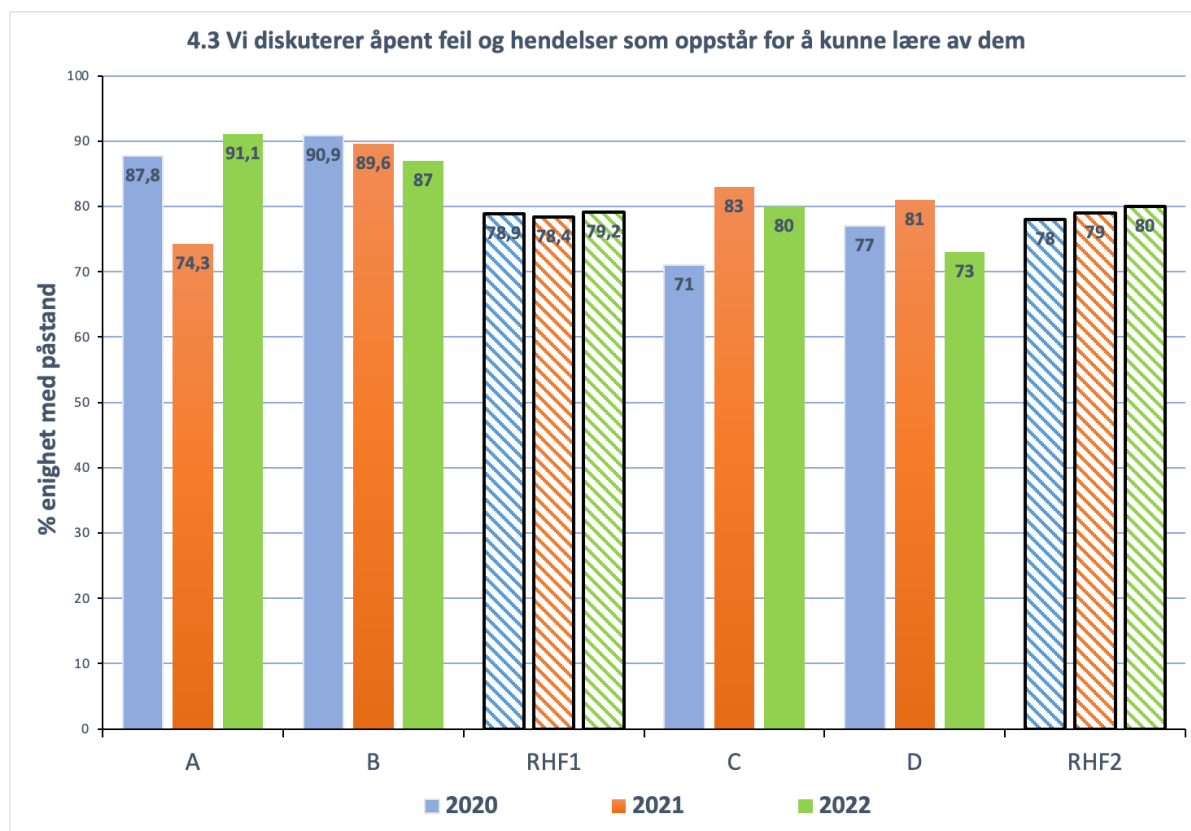
Figur 13 viser hvor trygt arbeidstakerne opplever det er å si ifra om kritikkverdige forhold ved de ulike enhetene. For enhetene A, B og C opplevde de ansatte høy trygghet for å varsle om kritikkverdige forhold i 2022, høyere enn RHF1 og RHF2. Samlet opplevde ansatte ved RHF1 og RHF2 tilnærmet samme grad av trygghet i forhold til å melde om kritikkverdige forhold, med en liten nedgang for RHF2 fra 2021 til 2022.



Figur

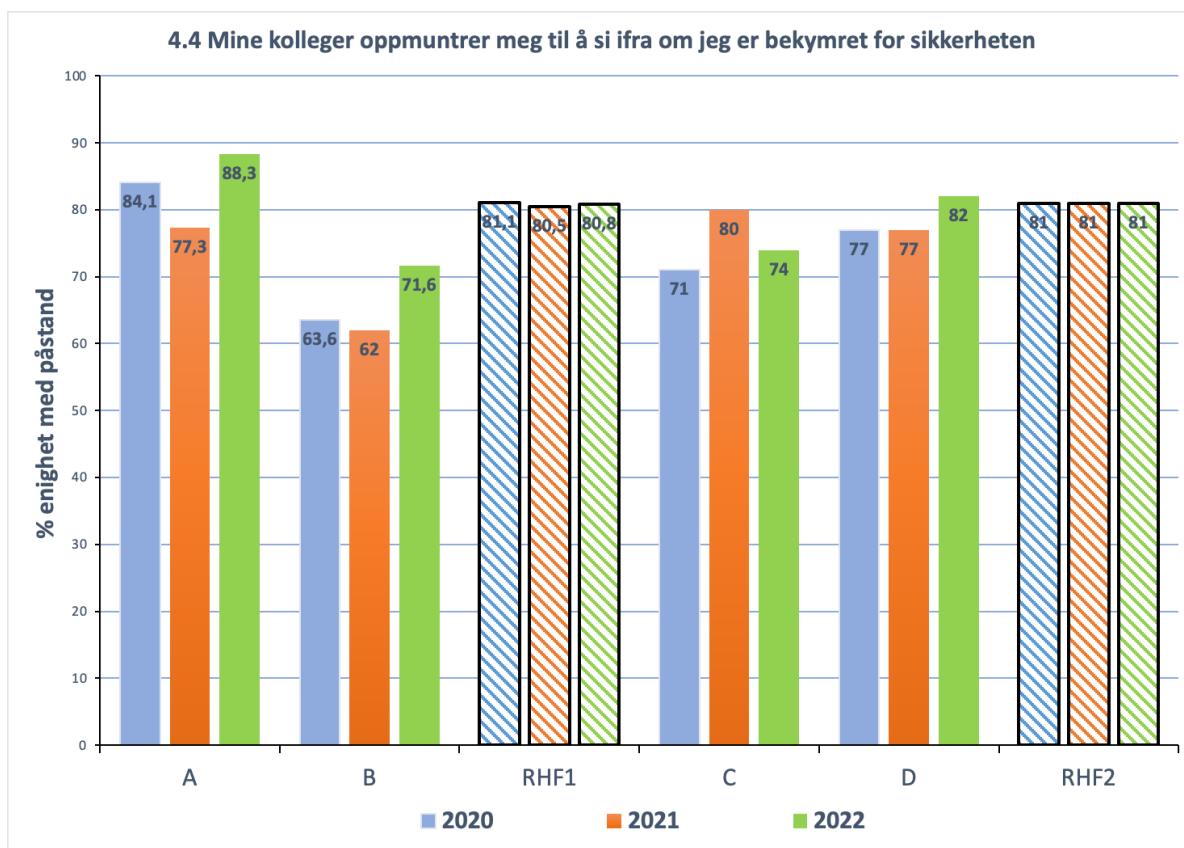
13. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 4.2 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

Figur 14 viser hvordan arbeidstakerne opplevde klimaet for å diskutere åpent feil og hendelser som oppstår for å kunne lære av dem. For 2022 har enhetene A og B høyere score enn enhetene C og D. Ved enhet A er det en tydelig økning i score fra 2021 – 2022 mens det er lett fall for de andre enhetene i samme periode. Samlet opplevde ansatte ved RHF1 og RHF2 samme åpne klima for å diskutere feil og hendelser som arbeidstakerne kunne lære av, uten vesentlige endringer i observasjonsperioden.



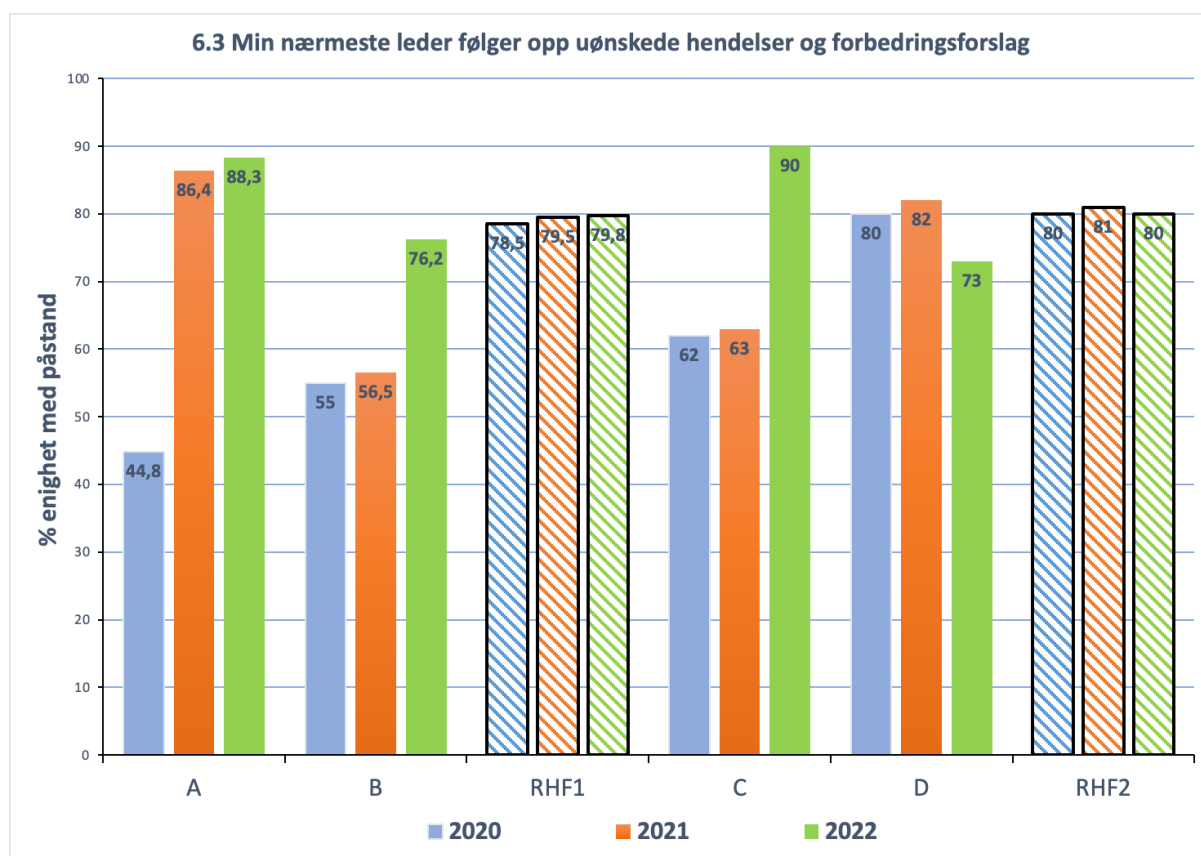
Figur 14. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 4.3 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

Figur 15 viser hvordan arbeidstakerne opplever at kolleger oppmuntrer hverandre til å si ifra om bekymring for sikkerheten for pasienter. Enhet A hadde særlig høy score for 2022 og en tydelig økning i score fra 2021 – 2022. I 2022 ga tre av enhetene høyest score i perioden. Samlet opplevde ansatte ved RHF1 og RHF2 i samme grad at kolleger oppmuntret hverandre til å si fra om bekymring for sikkerheten, uten endringer i observasjonsperioden.



Figur 15. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 4.4 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

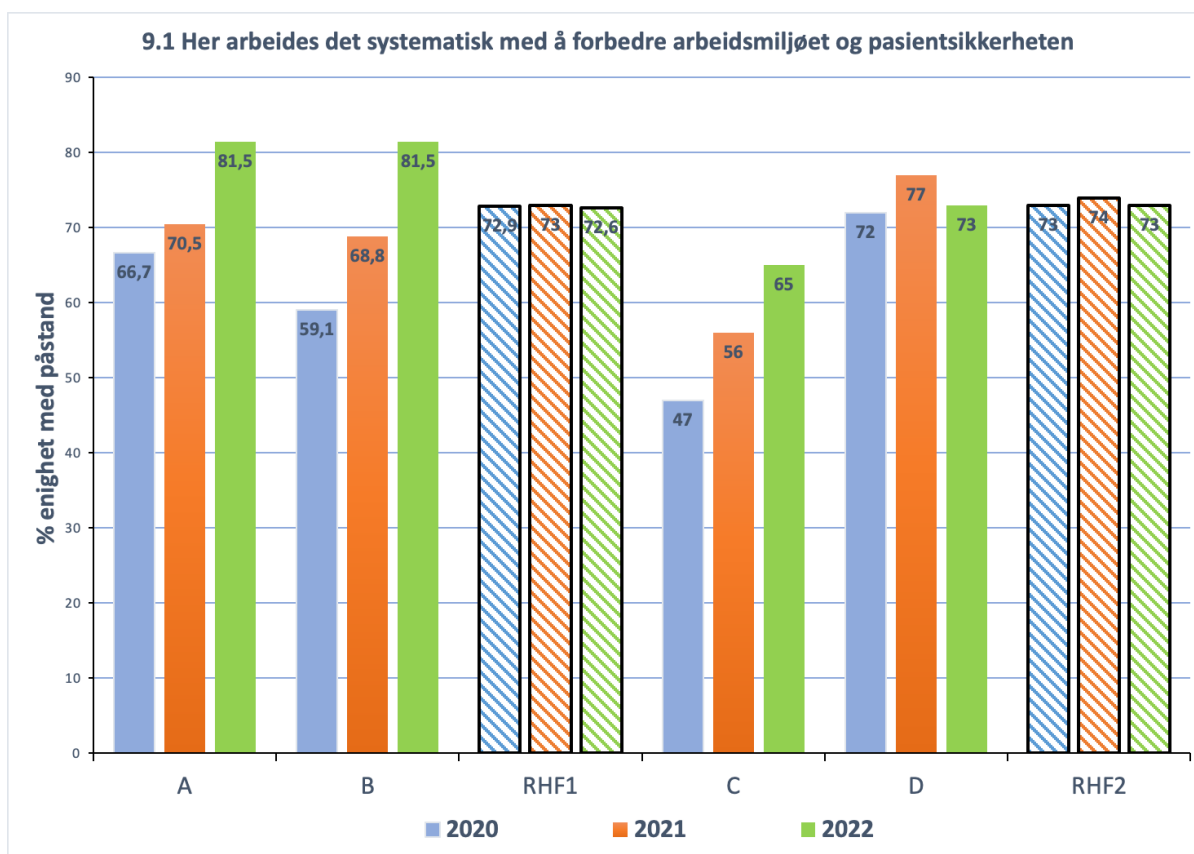
Figur 16 viser hvordan arbeidstakerne ved enhetene opplever at deres nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag. Arbeidstakere ved enhetene B og C hadde betydelig økning i score fra 2021 til 2022. Enhet A hadde høy score i både 2021 og 2022. Enhet D har gjennom hele perioden vært relativt godt fornøyd med nærmeste leders oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag, men har en lett nedgang fra 2021 til 2022. Samlet opplevde ansatte ved RHF1 og RHF2 at deres nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag i samme grad, uten endringer i observasjonsperioden.



Figur 16. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 6.3 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

5.2.3 Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Figur 17 viser hvordan arbeidstakerne ved enhetene opplever det systematiske forbedringsarbeidet som vedrører arbeidsmiljøet og sikkerheten. Ved enhetene A, B og C opplevde arbeidstakerne økende grad av systematisk forbedringsarbeid, med tydelig økning fra 2021 - 2022. Enhet D har gjennomgående høy grad av opplevelse av systematisk arbeid for å forbedre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Samlet opplevde ansatte ved RHF1 og RHF2 i samme grad det ble arbeidet godt med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, uten endringer i observasjonsperioden.



Figur 17. Illustrasjonen viser prosentandel enighet med påstand 9.1 i ForBedring i perioden 2020–22, for de utvalgte enhetene og de regionale helseforetakene.

Det er en gjennomgående forskjell i datapresentasjonen for de to foretakene ved at prosentangivelsene for Foretak1 er gitt med desimaler mens de er gitt med heltall for Foretak 2. Forklaringen er at vi fikk data fra de to foretakene i det formatet slik de er presentert.

5.3 Datakilde III - Pasientskader og uønskede hendelser

Tabell 6 viser samlet antall registrerte pasientskader og andre uønskede hendelser for perioden 2020, 2021 og frem til 28.04.22. Tabellen viser også framskrevne verdier for 2022. Tabellen viser faktisk og prosentvis endring i perioden. Framskrivningen svekker validiteten av antallet for 2022. Tabellen viser at det har vært en lett økning i antall registrerte pasientskader og uønskede hendelser for Foretak 1 i perioden 2020 – 2021, men en liten nedgang i framskrevne hendelser fra 2021 - 2022. For Enhet A var det nedgang fra 2020 – 2021, men en betydelig økning i framskrevne uønskede hendelser fra 2021 - 2022. For Foretak 2 har det vært en lett økning i registrerte hendelser i perioden 2020 – 2021 og i framskrevne uønskede hendelser fra 2021 - 2022. For Enhet C og Enhet D samlet var det en betydelig økning i registrerte hendelser fra 2020 – 2021, som fortsatte fra 2021 til 2022 i framskrevne verdier.

Tabell 6. Pasientskader og uønskede hendelser

Antall registrerte og framskrevne pasientskader og uønskede hendelser			
	2020	2021	2022 til 28.04.22 (Framsrevet ut 2022)
Foretak 1	9272	9753 (5,2 %)	3038 (9477) (-2,8 %)
Enhet A, Foretak 1	147	131 (-10,9 %)	56 (174) (32,8 %)
Foretak 2	5864	6131 (4,6 %)	2144 (6678) (8,9 %)
Enhet C/D, Foretak 2	340	543 (59,7 %)	261 (814) (49,9 %)

Framskevne hendelser for 2022 fremkommer ved at antallet i observasjonsperioden (fra 01.01.22 til 28.04.22) er multiplisert med 365 dager (antall dager per år) og dividert med 117 dager (observasjonsperioden).

6. Diskusjon

I denne delen vil vi drøfte funnene i våre tre datasett; #Råbra-tildelingene, forbedringsundersøkelsen og pasientskader og uheldige hendelser og diskutere dem i forhold til teori og vår analytiske modell. Vi diskuterer resultatene i samme orden som i metode- og resultatdelen. Vi har bevisst valgt en moderat gjentakelse av resultatene for å hjelpe leseren å holde oversikt.

6.1 Kategorisering og klassifisering av #Råbra-tildelinger

Vårt viktigste funn for dette datasettet er at de fleste #Råbra-tildelingene ble plassert i kategoriene «Faglig arbeid» og «Medarbeiderskap», og at den dominerende andelen av tildelinger som ble klassifisert til å ha potensial til systemendring ble funnet i kategorien «Initiativ/innovasjon».

Tildelingene ble kategorisert for å gi en oversikt over hvilke områder av enhetenes totale aktivitet de ansatte hadde fokus på i observasjonsperioden. Plasseringen av tildelinger i kategorier gir også informasjon om hvilke aktivitetsområder som omfattes av #Råbra som tiltrakk seg størst oppmerksomhet i perioden.

6.1.1 Kategorisering av #Råbratildelingene

#Råbra-tildelingene fra enhetene ved Foretak 2 var opprinnelig ordnet i kategorier ved mottak. Tildelinger fra enhetene ved Foretak 1 var ikke ordnet i kategorier.

Ved å beholde kategoriseringen fra Foretak 2, ville vi måtte tilordne oss vurderinger som andre hadde gjort, uten å ha tilgang til disse vurderingene. Om vi skulle plassert tildelingene fra Foretak 1 innen de samme kategoriene, ville kategoriseringene bli foretatt av forskjellige personer for Foretak 1 og for Foretak 2, og vi ville trolig gjøre andre vurderinger enn de som kategoriserte tildelingene fra Foretak 2. For å redusere usikkerheten dette vil medføre, valgte vi å kategorisere alle tildelingene i følgende nye kategorier: Faglig arbeid, Initiativ/innovasjon, Kommunikasjon, Ledelse og Medarbeiderskap. Kategoriseringen er foretatt skjønnsmessig med

bakgrunn i vår faglige kunnskap, kjennskap til eksisterende prosedyrer og praksis og vår forståelse av rammebetingelser for sykehus som organisasjon. Vår kategorisering har en viss svakhet ved at den ikke er validert av andre. Våre vurderinger er imidlertid transparente ved at vi i avsnitt 4.1.1 har redegjort for egenskaper og krav til en tildeling som styrer plasseringen i de aktuelle kategoriene.

Faglig arbeid

Kategorien omfatter tildelinger som beskriver at faglig arbeid utføres svært godt ut fra prosedyrer, med stort samsvar mellom WAI og WAD. Faglig arbeid fikk 96 (34%) av totalt 282 tildelinger. Tretten (13,5%) av tildelingene fra alle enhetene samlet ble vurdert å ha potensial til systemendring.

Dette området fikk flest tildelinger fra de ansatte, noe som tolkes som at ansatte har stort fokus på godt utført arbeid. Funnet betraktes som vesentlig siden godt faglig arbeid vurderes høyt av alle yrkeskategoriene og er en forutsetning for å levere gode helsetjenester. Intensjonen om å utføre godt faglig arbeid er i samsvar med den holdningen ansatte i helsevesenet preges av fra utdanningen innen helsefagene påbegynnes og gjennom hele yrkeskarrieren, noe som indirekte formidles gjennom kravene for offisielle godkjenninger og interessen for og konkurransen om plasser for videreutdanning og spesialisering blant helsearbeidere (Hollnagel, 2015). Likeledes samsvarer den høye drivkraften mange innen helsevesenet har til å initiere studier hvor en ny behandling sammenlignes med en eksisterende, med ønsket om å bidra med godt faglig arbeid. Utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer for komplekse behandlinger og forbedring av planer for forebygging av sykdommer og lidelser, trekker i samme retning - alt for å oppnå gode resultater.

Andelen med potensiale til systemendringer innen kategorien Faglig arbeid kunne intuitivt ventes høyere enn 13%. Med bakgrunn i at denne kategorien omfatter tildelinger som beskriver at faglig arbeid utføres med stort samsvar mellom WAI og WAD, vurderes likevel resultatet å være som ventet, siden flere av tildelingene med stort potensial til systemendringer vil uttrykke egenskaper som styrer de til kategorien Initiativ/innovasjon.

Medarbeiderskap

Kategorien omhandler samhandling mellom to parter der en part avlaster arbeidsbyrden til den andre, eller bidrar i situasjoner der en medarbeider gjør arbeidshverdagen hyggeligere og mer positiv for andre ansatte. Medarbeiderskap fikk 85 (30%) av tildelingene. Blant disse ble 1 (1,1%) vurdert å ha potensial til systemendring.

Ansatte har behov for å bli sett i arbeidshverdagen, både av sin leder og av kollegaer. Videre har de behov for tilbakemeldinger på arbeidet de utfører. Gjennom å tildele noen et #Råbra-kort og derved å gi positiv tilbakemelding på arbeidet, uttrykkes det at kolleger blir sett. Uten å kunne belegge antakelsen med resultater fra undersøkelser vi har gjort, tror vi at mange ønsker å gi en #Råbra-tildeling, men kan være usikker på hva som skal meldes. Da kan hovedfokuset bli å “bare gi en tildeling” og i den forbindelse velges en løsning ved å tildele noen et kort fordi de “alltid hjelper til” eller “alltid gir det lille ekstra”. Slike tildelinger vil naturlig falle innenfor Medarbeiderskap og dermed bidra til at kategorien får mange tildelinger.

Potensialet for systemendringer som følge av disse tildelingene ble vurdert tilnærmet lik null samlet for alle enhetene. Dette samsvarer med vår forestilling om at slike tildelinger forventes i større grad å påvirke arbeidsmiljøet i positiv retning enn å ha potensiale for systemendringer. Tildelinger innen denne kategorien vil kunne påvirke samarbeid både innad i en enhet og mellom enheter og skape følelse blant ansatte av at når vi er hyggelige og hjelpsomme overfor hverandre er det større sjanse for å få hjelp tilbake når det trengs. Den engelske kampanjen ”civility saves lifes» viser ved flere studier at måten vi opptrer overfor hverandre i helsevesenet har stor påvirkningskraft på arbeidsmiljøet på en enhet (Riskin m.fl. 2015). Dette samsvarer med vår analytiske modell i figur 1, som uttrykker at et positivt arbeidsmiljø har effekt på pasientsikkerhetskulturen. Dette oppnås blant annet ved at medarbeidere har lav terskel for å diskutere faglige utfordringer med hverandre uten frykt for å bli avvist.

Elementer i kategoriene Faglig arbeid og Medarbeiderskap bygger opp om godt arbeidsmiljø. Påskjønnelse for aktiviteter som faller inn under arbeidsmiljø er vesentlig for ansatte (Jefferies, K, Bell, S. 2018). I en belastende hverdag med økende krav til oppnåelse av resultater og rapportering av aktivitet er det en viss fare for at enkle tiltak i arbeidsmiljøet og oppmerksomheten overfor slike tiltak «forsvinner» over tid. Uforutsigbare endringer i

arbeidsvilkårene bidrar også til at ansatte opplever arbeidshverdagen krevende. Ved å styrke arbeidsmiljøet gjennom tildelinger til kollegaer dannes et godt grunnlag for resiliens i en enhet. Tildelingene innen disse kategoriene er potensielt en del av “arbeidshverdagen” som har blitt oversett over tid i en resultatpreget hverdag og en utfordrende Covid-pandemi-periode. Det er gjengs oppfatning blant pasientnære helsearbeidere at hverdagen nå er travlere enn før. Det er derfor ikke utenkelig at ansatte vektlegger aktiviteter som faller inn under disse kategoriene i større grad i dag enn de ville gjort noen år tidligere. Andre erfaringer viser til at den endeløse kampen for økt effektivitet i helsevesenet har gått ut over arbeidstilfredsheten til de ansatte (Ingebrigtsen 2022). Hvis de ansatte ikke opplever å ha tilstrekkelig tid til å gjennomføre arbeidet så godt som de ønsker eller ikke har tid til å vise omsorg ovenfor sine kollegaer på grunn av høyt arbeidspress, vil det kunne ha en negativ påvirkning som kan svekke systemets resiliens.

I en studie fant forfatterne at 87,5% av medarbeidere følte seg mer verdsatt på arbeidsplassen etter at excellence reporting var tatt i bruk, og 93,7% var glade for å ha mottatt tildelinger (Jefferies, K, Bell, S. 2018). 87,5% av respondentene var mer tilbøyelig til å rapportere en kollega hvis de i forkant hadde fått en tildeling selv. Alle som ble spurt om hvordan de oppfattet ordningen mente at «excellence reporting» var en god idé og at arbeidsplassen burde fortsette med det. Moralen på arbeidsplassen økte og medarbeiderne reagerte positivt på tilbakemeldingene. I et helsevesen der presset på helsepersonell og sykefravær øker, erkjennes det behov for å øke moral og følelse av verdsettelse blant ansatte (Ingebrigtsen, 2022).

I denne oppgaven har vi ikke hatt mulighet til å undersøke hvordan #Råbra-tildelinger oppfattes av medarbeiderne ved de fire enhetene. Det er imidlertid grunn til å anta at det har positiv effekt slik som rapportert i den engelske studien (Jefferies, K, Bell, S. 2018). En slik effekt inspirerer til mer av det samme og har gode effekter på enkeltindivider og arbeidsmiljø. En melding som baserer seg på positive hendelser er ikke belastende for den som melder eller for den som har bidratt i en spesiell situasjon. Dette understøtter at #Råbra kan påvirke arbeidsmiljøet igjennom virkevei B i vår analytiske modell. Det kan tenkes at medarbeidere, som sluttbrukere, former systemet ved å gi positive tilbakemeldinger til kolleger uten at tildelingen har potensiale for systemendring. Positivt arbeidsmiljø på arbeidsplassen vil kunne øke pasientsikkerhetskulturen og pasientsikkerheten ved at medarbeidere har økt motivasjon når arbeidsforholdene er optimale

og det eksisterer en kollektiv forståelse av at man kan lære i felleskap av registrerte #Råbra-tildelinger (effekt C og E i vår modell). En sterk driver for indre motivasjon er følelsen av å ha en viktig eller interessant jobb og ha arbeidsoppgaver som oppleves engasjerende eller meningsfylte (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Dette understøttes av at motivasjon også kan ha gjensidig påvirkning fra arbeidsmiljøet hvis arbeidstakere ser at det jobbes aktivt for å forbedre pasientsikkerheten igjennom å ta læring av gode hendelser og bruke dette for å øke nivå av kvalitet i behandlingen av pasienter (pasientsikkerhetskultur).

Gjennom #Råbra-tildelinger til kollegaer styrkes arbeidsmiljøet og trivselen. Slike tiltak er med på å justere enhetens funksjon under og etter utfordrende arbeidsvilkår og bidrar til å styrke resiliens både for den enkelte og samlet for enheten. En slik betraktning støttes av Hollnagel og medarbeidere (Braithwaite m.fl, 2015).

Initiativ/innovasjon

Kategorien karakteriseres av at ansatte finner «uvanlige», men gode løsninger i situasjoner der gjeldende prosedyrebeskrivelser er vanskelige å følge eller at det i et behandlingsløp oppstår en uventet utfordring. Initiativ/innovasjon fikk 54 (19,1%) av tildelingene. 40 (74%) av de 54 tildelingene for alle enhetene samlet i denne kategorien ble vurdert å ha potensial til systemendring.

Det relativt høye antallet tildelinger i denne kategorien kan forklares med at mange som observerer situasjoner hvor en god løsning presenteres ønsker å påskjønne utøveren. Samtidig ønsker de å vurdere om den gode løsningen kan implementeres i enhetens prosedyrer. Det kan skje ved å formidle en tildeling til utøveren og samtidig informere styringsgruppen for #Råbra om den gode løsningen. Gode løsninger kan også være et resultat av at «taus kunnskap» kommer til uttrykk. Tildelinger innen denne kategorien vil kunne skape en følelse på arbeidsplassen av at kunnskap som ikke hele tiden legges merke til kan være viktig og ha en positiv effekt på medarbeideres motivasjon. Dette er uttrykt i figur 1 ved stiplede piler.

Et arbeidsmiljø som gir gode betingelser for å finne alternative løsninger på vanskelige arbeidsoppgaver kan legge til rette for innovasjon. Utvikling av nye, gode løsninger som gir mestringsfølelse og forsterkning av motivasjonen. Det er kjent at høy motivasjon og høy ytelse

henger sammen (Jacobsen og Thorsvik 2021). Det samsvarer også med deres funn om at følelsen av å ha en interessant jobb og meningsfulle oppgaver er sterke drivere for motivasjon.

Initiativet til å finne nye løsninger støttes av den høye drivkraften mange innen helsevesenet har til eksempelvis å initiere studier hvor en ny behandling sammenlignes med en eksisterende. Initiativet uttrykkes også gjennom forbedring av retningslinjer og prosedyrer for komplekse behandlinger og for planer for forebygging av sykdommer og lidelser, alt for å oppnå gode resultater. Slike aktiviteter er uttrykk for sterkt motiverte medarbeidere. Ledelsens tydelige engasjement i tiltak som #Råbra er et uttrykk for at ledelsen ønsker å bidra til økt motivasjon og et arbeidsmiljø som gir betingelser for innovasjon og nytenkning. En slik holdning fra ledelsen smitter over til ansatte og er et tilleggsmoment i forsterkningen av resiliens for den enkelte og samlet for enheten.

Interessen for å undersøke nye metoder og å stille spørsmål ved gjeldene «sannheter» viser at de ansatte er villig til å endre måten de tidligere har løst oppgaver på. En slik holdning legger et godt grunnlag for individuell læring og er i tråd med det som Richard Gross uttrykker i boken «The Science of Mind and Behaviour», hvor læring beskrives som en prosess hvor et individ tilegner seg ny forståelse, kunnskap, atferd, ferdigheter, verdier, holdninger og preferanser (Gross, 2010). Denne individuelle læringen legger ifølge Jacobsen og Torsvik et godt grunnlag for at individuell ny kunnskap kan spres innad i organisasjonen de ansatte er en del av, slik at den kan implementeres i form av endringer i organisasjonens praksis (Jacobsen og Torsvik 2021). Det forutsetter at man har verktøy og rutiner for å kunne ta lærdom av hendelsen og spre denne. Da vil læringen gjøres gjeldende på organisasjonsnivå. Se figur 3, Lærings sirkelen.

Det høye antallet tildelinger innen «Initiativ/innovasjon» med potensiale til systemendringer er som ventet da tildelinger som representerer nytenkning og/eller handlinger som ikke er predefinert av rutiner eller prosedyrer, er plassert i denne kategorien. På individnivå representerer disse tildelingene en medarbeider eller en gruppe som får en idé om hvordan en handling kan gjøres bedre. Ofte skjer det når en medarbeider blir presentert for en utfordring som tidligere har vært løst på en utilfredsstillende måte.

Forankringen av #Råbra blant ansatte, i ledelse og i foretakenes overordnede verdigrunnlag, gir gode forutsetninger for at tiltaket kan skape engasjement blant ansatte. Dette forventes å ha en

positiv effekt på arbeidsmiljøet, pasientsikkerhetskulturen og på pasientsikkerheten (virkevei A-D).

Kommunikasjon

Kategorien utgjøres av tildelinger der noen oppdager at en ansatt har identifisert en utfordring og forsikret seg om at pasienter, pårørende eller andre ansatte har samme forståelse slik at de sammen kan finne en god løsning. Kategorien fikk 15 (5,3%) av tildelingene. Fire (9,7%) av tildelingene for alle enhetene samlet i denne kategorien ble vurdert å ha potensial til systemendring.

Tildelinger innen denne kategorien kan fremme ulike helsearbeideres faglige synspunkter der det i felleskap finnes frem til en løsning som er god for pasientene. God kommunikasjon i møtet mellom pasienter og medarbeidere og mellom medarbeidere, uttrykker respekt for begge partene. Aktivitet som havner i denne kategorien fremmer også opplevelsen hos pasienter og pårørende av å bli sett og tatt med på råd. Slik involvering øker tryggheten hos pasienter og pårørende og øker muligheten for pasienten til å praktisere samvalg og ha delansvar for behandlingen (ref). Samvalg er en prosess der en pasient på bakgrunn av informasjon om fordeler og ulemper ved ulike alternative behandlinger vurderer disse opp mot hverandre ut fra hva som er viktig for pasienten og sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best (<https://www.helsenorge.no/samvalg/hva-er-samvalg/>). Bare en liten andel av tildelingene innen denne kategorien har potensial til systemendring. Tildelinger innen denne kategorien kan understøttes av vår modell i figur 1, virkevei B-D.

Ledelse

Kategorien utgjøres av tildelinger der en person har vist god dømmekraft og inspirert andre til å jobbe mot et definert mål. Ledelse fikk 32 (11,3%) av tildelingene. To (6,3%) av tildelingene for alle enhetene samlet i denne kategorien ble vurdert å ha potensial til systemendring.

Helseinstitusjoner er kunnskapsorganisasjoner. Ledelse av kunnskapsorganisasjoner er krevende. Det kan delvis forklares med at yrkes stolthet og lojalitet til ansatte med høy spesialisering og

kompetanse i større grad er knyttet mot spesialområdet de tilhører enn til enheten de er ansatt i. Tildelingen innen denne kategorien vurderes å kunne representere nyttige innspill, siden ansatte kliniske enheter ofte opplever konflikt mellom hvordan de ønsker å utføre sine oppgaver og hvordan ledelsen «pålegger» dem å utføre oppgavene.

Samlet om potensialet for systemendring i tildelinger

I denne oppgaven har vi ikke hatt mulighet til å etterprøve om tildelinger med potensiale til systemendringer faktisk har ført til slike endringer, noe som vurderes som svært interessant å få svar på. For å få svar på en slik problemstilling vil det være nødvendig at foretakene fører et register over hva som er bakenforliggende årsak til at en prosedyre endres og at det gis tilgang til å undersøke et slikt register. Vi er ikke kjent med at det systematisk angis grunner til at en prosedyre endres.

Det er verdt å merke seg at kategoriene som fikk flest tildelinger har et lavt antall tildelinger med potensial for systemendring. Det tolker vi som at #Råbra som tiltak i stor grad brukes av medarbeidere til å beskrive situasjoner der det utføres godt faglig arbeid og at det brukes som en kanal for å takke kolleger og andre samarbeidspartnere for hjelp, positiv holdning og vennlighet, noe som bedrer arbeidsmiljøet, i hovedsak representert ved pilen B i figur 1.

6.1.2 Avsender av #Råbratildelinger

For å få et inntrykk av grad av involvering blant ansatte og om tiltaket er reelt implementert, har vi sett på profesjonen til avsender av #Råbra-tildelinger. Figur 5 og 6 viser at tildeling i stor grad skjer fra medarbeidere nær pasienten ved at sykepleiere og leger i stor grad er aktive avsendere ved Foretak 1. Tildelingen av #Råbra-kort er imidlertid vesensforskjellig fra Foretak 1 til Foretak 2, ved at en betydelig andel av tildelingene skjer anonymt ved Foretak 2. En så markant forskjell kan bunne i hvordan tiltaket er kommunisert til de ansatte og hvordan forberedelsesfasen har vært.

Ved Foretak 1 ble tiltaket presentert for medarbeiderne gjennom flere workshops, der medarbeiderne deltok med synspunkter og ideer rundt arbeidet. Det ble også gjort grundige forberedelser hvor de ansatte og tillitsvalgte var involvert. Medarbeiderne ved Foretak 1 har også hatt stor medvirkning i hvem som skal arbeide med tildelingene av #Råbra-kort som kommer inn og hvordan de skal formidles til personalet. En så sterk involvering av de ansatte kan ha fjernet usikkerhet rundt tildelingene og bidratt til at ansatte ved Foretak 1 ikke velger å gi anonyme tildelinger. Den antatte involveringen har imidlertid ikke gitt et slikt utslag at enhetene ved Foretak 1 har tildelt tilnærmet så stort antall kort som enhetene ved Foretak 2.

En annen forskjell mellom tildelinger ved de to foretakene er at ved Foretak 1 ble #Råbra-kortene i stor grad tildelt av kolleger som er på tilnærmet samme nivå i hierarkiet som mottaker, i en symmetrisk relasjon. Det fremkommer av oversikten som viser profesjon for avsender (figurene 5 og 6). Ved Foretak 2 ble en betydelig andel (31 %) av #Råbra-kortene tildelt fra leder, i en asymmetrisk relasjon. Oppmuntring og ros som skjer mellom likeverdige parter er kjent for å oppfattes som troverdig, noe som kan bidra til økt tillit innad i kollegiet. Positiv feedback er en kjent mekanisme for å skape trygge arenaer og god læringseffekt, som forventes å påvirke kulturen i organisasjonen og å stimulere det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Åpenhet og tillit uten et tydelig fokus på feil hos enkeltindivider, er nøkkelfaktorer for god pasientsikkerhetskultur. Under arbeidet med kategorisering av #Råbra-kortene så vi at tildeling fra leder ved Foretak 2 i en del tilfeller gikk til andre ledere, både overordnet og underordnet og til ledere ved andre enheter. Likevel er trolig mange av tildelingene fra leder ved Foretak 2 (31 % av 197 tildelinger = 59 tildelinger) til ikke-ledere. Om leder står for mange tildelinger i en asymmetrisk relasjon, er det nærliggende å spørre om de som ikke får tildelinger føler at leder “favoriserer” noen fremfor andre, noe som kan skape misnøye hos enkelte. Leder bør derfor være bevisst på sin deltakelse i tildeling av positiv oppmerksomhet. På en annen side er leder pålagt å arbeide aktivt med pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur (Helsedirektoratet, 2019a). Leders store engasjement ved Foretak 2 kan være et uttrykk for at ledelsen ved foretak 2 bevisst benytter #Råbra-tildelinger som et forsøk på å påvirke pasientsikkerhetskulturen.

6.1.3 Mottaker av #Råbratildelinger

Opplysninger om mottakere av tildelingene gir på samme måte som opplysninger om avsender, informasjon om involvering i tiltaket blant ansatte. I vårt arbeid med å kategorisere #Råbra-tildelingene så vi at nærmest alle yrkesgruppene fikk tildelinger. Figurene 7 og 8 viser at tildeling i stor grad skjer til medarbeidere nær pasienten, men en ikke uvesentlig del går også til ledere. Sykepleiere er den største mottakergruppen, noe som samsvarer med at det er den største gruppen ansatte i kliniske enheter. Mange leger får også tildelinger. Ved Foretak 1 mottar legene færre #Råbra-kort enn de tildeler. Ved Foretak 2 mottar legene langt flere kort enn de tildeler. Denne forskjellen kan være betydelig mindre enn den fremkommer av figurene 6 og 8, siden mange tildelinger fra leger ved Foretak 1 kan være “skjult” i den store anonyme tildelingsgruppen ved foretaket. For begge enhetene får leder også mange tildelinger, noe som kan tolkes som at andre ansatte oppfatter leders rolle i enhetene som god. Tildelingene *til* leder viser ikke samme dominans som tildelingene *fra* leder ved Foretak 2. At alle yrkeskategorier i de kliniske enhetene er representert, viser at #Råbra engasjerer bredt.

6.1.3 Fordelingen av #Råbra-tildelinger i observasjonsperioden

Figur 4 viser fordelingen av #Råbra-tildelinger per måned i observasjonsperioden. Det høye antall registreringer ved Foretak 2 kort tid etter innføringen av ordningen, kan tyde på stort engasjement for tiltaket blant ansatte. Det lave antallet registreringer for begge enhetene i sommermånedene kan trolig forklares med utfordrende driftsforhold, knyttet til ferieavvikling med begrenset tilgang på personell, streng prioritering av arbeidsoppgaver hos operativt personell og harde prioriteringer hos ledere knyttet til kjernevirksomheten. Covid relaterte utfordringer har vært tilstede i store deler av perioden, og de kan ha hatt stor innvirkning gjennom sommeren da det i en normalsituasjon allerede er marginale driftsforhold. Vi betrakter en del av variasjonen i antall tildelinger per måned som tilfeldig variasjon.

6.2 #Råbra - effekt på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur

Data fra ForBedring var tiltenkt å gi opplysninger som kunne benyttes til å vurdere mulige effekter av #Råbra på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur, for derved å kunne trekke slutninger om #Råbras effekter på pasientsikkerheten. I avsnitt 4.4 Metodiske og etiske utfordringer, har vi redegjort for svakheter i disse data og at det begrenser mulighetene til å bedømme mulige effekter av #Råbra. Vi kjenner f.eks. ikke til responsraten for ulike yrkeskategorier. Om sykepleiere gjennomgående er mer fornøyde enn leger, og responsraten blant sykepleiere øker fra ett år til det neste, vil endringen vi finner kunne forklares med endring i responsrate og være å betrakte som tilfeldige variasjoner. Likeledes kan andre forstyrrende faktorer (konfunderende variabler) som ikke i samme grad gjelder for alle enhetene i samme periode, bidra til å forstyrre effekten av #Råbra.

#Råbra ble innført for alle enhetene i 2021, vist i figur 4. Her fremkommer det at enhet A implementerte #Råbra kort tid før ForBedring ble gjennomført i 2021. Vi vurderer imidlertid at effekten av #Råbra for enhet A fra 2020 – 2021 er minimal på grunn av den korte påvirkningstiden og derfor at perioden 2020 -2021 kan benyttes som kontroll mot perioden 2021 – 2022 for alle enhetene.

6.2.1 Arbeidsmiljøet til ansatte

Påstandene 1.5 og 2.1 uttrykker arbeidsmiljøet til de ansatte.

I figur 10, som viser data knyttet til påstand 1.5 «Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører», fremkommer det tydelige økt opplevelse av enighet med påstanden for begge periodene for enhetene A, B og C. Endringene er av samme størrelsesorden i begge periodene. Vi har ingen opplysninger om hva som kan ha forårsaket endringene fra 2020 til 2021. Teoretisk kan det foreligge endringer i rammevilkår som har like stor effekt på de ansattes opplevelse av enighet med denne påstanden som effekten av #Råbra.

Endringene som fremkommer i Figur 10 tyder på at innføringen av #Råbra kan ha hatt en positiv effekt på opplevelsen av konstruktive tilbakemeldinger på utført arbeid. Denne endringen ses

ikke for enhet D, hvor ansatte i begge periodene opplevde å ha tilnærmet like høy grad av enighet med påstanden om konstruktive tilbakemeldinger på utført arbeid, som ansatte ved enhetene A, B og C hadde i siste periode.

For påstand 2.1 «Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her», presentert i figur 11, kan vi ikke se den samme utviklingen som for påstand 1.5. Det finnes imidlertid en positiv endring for enhetene A og B fra 2021 til 2022, som ikke finnes for enhetene C og D. Også her kan konfunderende variabler ha bidratt til å overskygge effekter av #Råbra, noe som igjen viser at å betrakte enhetene som egne kontroller ikke er optimalt.

Om den høye graden av enighet med påstand 1.5 skulle vise seg å kunne tilskrives effekten av #Råbra, er det i samsvar med resultatene fra en studie som viste positiv innvirkning på moral og følelse av verdsettelse hos medarbeidere (Kanaris og Kilaniotis, 2021). Resultatene viste at det etter 6 ukers bruk av excellence reporting var signifikante endringer i helsepersonells opplevelse av motivasjon og følelse av verdsettelse. Det er også et interessant funn at selv om frekvensen av innmeldinger ble redusert over tid, så holdt forbedringer i moral og følelse av verdsettelse seg på det nivået som ble oppnådd kort etter innføringen av excellence reporting. Forfatterne konkluderer med at å implementere excellence reporting kan gi raske og vedvarende forbedringer i moral og følelse av velvære.

Ved at ansatte gir tilbakemelding til en kollega etter godt utført jobb, oppnås en erkjennelse av at noen har sett at den gode jobben ble gjort. En melding som baserer seg på positive hendelser inspirerer den som har bidratt i en spesiell situasjon og forventes å ha positiv effekt på enkeltindivid og arbeidsmiljø. Det er også vesentlig at man sikrer at innovative løsninger, ny kunnskap og godt faglig arbeid som utføres i avdelingen, spres internt. Når alternative løsninger som viser seg å gi et godt resultat for personalet eller pasientene er funnet, kan det iverksettes endringer i prosedyrer eller rutiner.

6.2.2 Pasientsikkerhetskultur

Påstandene 4.1-4.4 og 6.3 uttrykker pasientsikkerhetskultur.

Data fra påstand 4.1 i ForBedring angir at ansatte ved enhetene A og B i større grad enn ansatte ved enhetene C og D rapporterte at de opplevde å melde fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil. Enhet A viser den tydeligste økning i enighet med denne påstanden fra 2021 til 2022. Det er verdt å merke seg at graden av enighet med denne påstanden er høy for alle enhetene og at det derfor ikke kan forventes store endringer etter innføringen av #Råbra. Endringene er trolig ikke større enn forventede, tilfeldige variasjoner for enhetene.

Påstand 4.2 og 4.3 omhandler kritikkverdige forhold vedrørende pasientsikkerhet og åpenhet i diskusjon om uheldige hendelser de ansatte kan lære av. For begge disse påstandene finnes den tydeligste endringen for enhet A fra 2021 til 2022. For begge disse påstandene finner vi at det er stor grad av enighet med påstandene for alle enhetene, størst for enhetene A og B.

Påstand 4.4 og 6.3 gir opplysning om oppmuntring fra kolleger ved bekymring for pasientsikkerheten og leders oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag. Data som adresseres til den første påstanden har høy score for enhetene A og D, mens data for 6.3 viser høyt score for enhetene A og C. For enhetene B og C er det størst endring fra 2021 til 2022. Det ses også en stor endring fra 2020 til 2021 for enhet A.

Data for påstand 6.3 «Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag» viser hvordan arbeidstakerne opplevde at deres nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag. Ved Enhet A var det en markant økning i perioden 2020 – 2021 som holdt seg i 2022. For enhetene B og C fremkommer en tydelig økning for perioden 2021 – 2022. Disse enhetene hadde imidlertid lav score i 2021. Det kan ikke utelukkes at #Råbra har hatt en positiv effekt på leders oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag i enhetene B og C, og at den høye verdien for enhet A opprettholdes fra 2021 til 2022 av effekten av #Råbra.

God pasientsikkerhetskultur krever at nærmest alle ansatte i en klinisk enhet er engasjert i å bedre sikkerheten for pasientene og sikkerheten og trivselen for ansatte. Det har tidligere i denne teksten vært reflektert over resiliens til ansatte og samlet resiliens til en enhet som arbeider for å bedre sikkerheten i pasientbehandlingen. Resiliens i denne sammenhengen er evnen til å oppnå

suksess i arbeidet på tross av vanskelige arbeidsbetingelser. God resillians er betinget i bevisste holdninger om et støttende arbeidsmiljø som legger forholdene til rette for et godt arbeidsmiljø og gode løsninger. Den høye graden av opplevelse av enighet med å melde fra om kritikkverdige forhold, åpenhet for å diskutere feil og hendelser som oppstår og kollegial oppmuntring til å uttrykke bekymring for pasientsikkerheten, er tydelige signaler om en bevisst pasientsikkerhetskultur i de undersøkte kliniske enhetene. God oppfølgingen av uønskede hendelser og forbedringsforslag fra nærmeste leder, uttrykker at pasientsikkerhetskulturen er godt forankret i ledelsen.

Implementeringen av #Råbra, forankret i overordnede foretaksverdier og blant alle kategoriene av ansatte i enhetene, er et tydelig uttrykk for et støttende arbeidsmiljø som gir gode betingelser for god pasientsikkerhetskultur.

6.2.3 Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Påstand 9.1 uttrykker både arbeidsmiljø og pasientsikkerhet ved at den omhandler «systematisk arbeid for å forbedre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet».

Data viser at enhetene A, B og C hadde økende opplevelse av enighet med påstanden i perioden 2021 – 2022. Det bemerkes at enhet C har lave score for alle målingene, men at det er økning i score for begge periodene. Det fremkommer ikke en tydelig økning i score for perioden 2021 til 2022, noe en kunne forvente om #Råbra hadde en tydelig effekt. Økningene ved enhetene A og B kan være et resultat av at #Råbra har hatt en positiv effekt på systematisk arbeid med å forbedre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, men kan også være et resultat av tilfeldig variasjon.

I omtalen av ForBedring har vi har presentert gjennomsnittsverdien for de to RHF-ene. Vi innser at RHF-ene ikke kan benyttes som kontrollgrupper, men har tatt opplysningene med for å ha en referanse til opplevelsen av enigheten med de påstandene vi har valgt for alle ansatte ved de to foretakene. Her skilles det imidlertid ikke mellom de som jobber pasientnært og de som jobber langt fra pasienten. Det skilles heller ikke mellom avdelinger og enheter som har døgntkontinuerlig drift med turnusarbeid eller enheter som utelukkende jobber dagtid og på virkedager. Helsepersonell som jobber turnus og nært pasientene kan ha en opplevelse av en

travlere og mer utfordrende arbeidshverdag enn andre ansatte. Det er dette helsepersonellet som opplever utfordringer knyttet til kjernevirksomheten. På bakgrunn av dette vil vi forvente at gjennomsnittet for RHF-ene er vesentlig høyere enn gjennomsnittet fra de pasientnære enhetene vi har data fra.

6.2.4 Kritikk vedrørende anvendelsen av data fra ForBedring

En studie beskriver at opplæring og fokus på pasientsikkerhetsarbeid hos ledere gir gode resultater for enheter og har stor positiv påvirkningskraft på ansattes holdninger til pasientsikkerhetskultur (Kristensen m. fl. 2016). Om vi hadde fått data for gode kontrollgrupper, og om vi hadde hatt tilgang til individdata, kunne vi ha undersøkt mulige effekter ved hjelp av regresjonsmodeller. Dette er også nevnt under avsnitt 6.2.

En kronikk publisert i dagens medisin i 2019 kritiserer ForBedringsundersøkelsen: «... *mangler flere av de viktigste faktorene for sikkerhet og ansattes motivasjon og helse*» (Knardahl, (2019)). Et relevant kritikkpunkt i artikkelen for vår vurdering av ForBedring, er at undersøkelsen ikke spør medarbeider om deres opplevelse av arbeidstidsordningers betydning for årvåkenhet og kognitive funksjoner. «*ForBedring stiller ingen spørsmål om lengde og tidspunkt for vakter, ordninger for pauser, tretthet og indikatorer på nedsatt årvåkenhet*». Forfatteren argumenterer for at risiko for feil og ulykker er størst på natten og ved lange vakter. Det er kontroll over egen arbeidssituasjon som har best dokumentert betydning for ansattes helse og motivasjon. Han fremhever i den forbindelse mulighet til å kontrollere egen arbeidsintensitet som et viktig kriterium for å kunne ivareta motivasjon, arbeidsmiljø og dermed pasientsikkerhet. Det ville være interessant om disse størrelsene ble målt i ForBedring, slik at vi kunne se om #Råbra har innvirkning på dette. Noen av kritikkpunktene er tatt med i senere ForBedringsundersøkelser. Påstandene 3.2 “Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre ting samtidig” og 3.3 “Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten” ivaretar i noen grad det Knardahl påpeker som mangler.

6.3 #Råbra – effekt på pasientskader og uønskede hendelser

Tabell 6 viser antall registrerte pasientskader og uønskede hendelser i perioden 2020 – 2021. Vi har imidlertid ikke fått opplysninger som skiller spesifikt mellom pasientskader og andre uønskede hendelser.

Tabellen viser en lett økning i rapportering av antall samlede uønskede hendelser for Foretak 1 i perioden 2020 – 2021, men en liten nedgang i framskrevne hendelser fra 2021 - 2022. Vår framskriving av disse verdiene forutsetter at rapporteringen av disse hendelsene fordeler seg likt utover hele året som i første del av 2022. Det er grunn til å anta at rapportering av slike hendelser vil være redusert i sommermånedene, slik vi finner for registreringsraten av #Råbra-tildelinger, hvor både aktiviteten og personalgruppene er redusert i forhold til andre deler av året. Vi har derfor trolig et for høyt antall i vårt estimerte anslag.

For Enhet A var det nedgang fra 2020 – 2021 (-10,9 %), men en betydelig økning i antall framskrevne, samlede uønskede hendelser fra 2021 – 2022 (32,8 %).

For Foretak 2 var det en lett økning i perioden 2020 – 2021, men noe større økning i antall framskrevne, samlede uønskede hendelser fra 2021 - 2022. For enhet C/D samlet var det betydelig økning i registrerte, samlede uønskede hendelser fra 2020 – 2021 (59,7 %), som også vist i framskrevne verdier fra 2021 - 2022 (49,9 %).

Det er en påfallende økning i registrerte og framskrevne, samlede uønskede hendelser i de enhetene som har innført #Råbra sammenlignet med hvert av foretakene samlet. En forklaring på økningen i registrerte hendelser for disse enhetene kan være at personalet påvirkes av at de er «under observasjon» etter at #Råbra ble innført. Det kan også skyldes at bevisstheten om å melde slike hendelser har økt etter innføringen av #Råbra. Denne forklaringen understøttes av forskning som viser at et positivt arbeidsmiljø bidrar til økt innrapportering av pasientskader og uheldige hendelser (Kirwan M, Matthews A, Scott P, 2012). Et slikt funn er en sterk indikasjon på at positivt arbeidsmiljø påvirker pasientsikkerhetskulturen (virkevei D i figur 1). Vi kjenner imidlertid ikke til om den store økningen i registrerte hendelser for enheten C/D har skjedd i siste del av 2021, etter innføringen av #Råbra, eller om økningen er gjennomgående for hele året, noe som gjør fortolkningen av disse data usikker. En spesifikk angivelse av antall pasientskader i periodene ville gi et riktig bilde på om pasientsikkerheten endres. Siden opplysningene i Tabell 6

ikke gir oss mulighet til å skille mellom pasientskader og andre uønskede hendelser, er det vanskelig å uttale seg om innføringen av #Råbra i enhetene har bidratt til endringer i pasientsikkerheten.

Endring over tid i opplevelse av motivasjon, arbeidsmiljø og i forekomst av pasientskader og uønskede hendelser påvirkes av mange faktorer. Våre innhentede data spenner over et relativt kort tidsløp. Vi har derfor vært forsiktige med å tilordne endringer i disse størrelsene til effekter av #Råbra. Vi er også bevisste på at endringer i arbeidsvilkår som ble utløst av Covid i stor grad kan ha påvirket mange av de generelle rammebetingelsene helsearbeidere har arbeidet under i den perioden vi har innhentet data, og at det kan ha påvirket opplevelsen av motivasjon, arbeidsmiljø og forekomsten av pasientskader og uønskede hendelser.

De framskrevne verdiene for rapportering av pasientskader og uønskede hendelser er beheftet med usikkerhet siden det ikke tas høyde for sesongvariasjoner, men er tatt med for å få et grunnlag for å anslå en trend i utviklingen.

6.4 Kort avsluttende drøfting

Data for #Råbra-tildelingene gir viktige opplysninger om områder av enhetenes virksomhet de ansatte er opptatt av og om hvilke områder som får størst oppmerksomhet. De gir også interessante opplysninger om muligheten ansatte ser for å påvirke arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Ved å evaluere innholdet i #Råbra-tildelingene avdekkes informasjon som kan nyttiggjøres i enhetene.

I vårt arbeid mangler vi data for gode kontrollgrupper når det gjelder forbedringsundersøkelsen og data som skiller mellom pasientskader og andre uønskede hendelser. Vi har derfor ikke hatt mulighet til å oppdage og vurdere kausale sammenhenger mellom effekter av #Råbra og pasientsikkerhet via endringer i arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Innføringen av #Råbra vurderes likevel som et tiltak som kan ha positive virkninger på pasientsikkerheten.

I et videre arbeid med denne problemstillingen må det legges til rette for å få gode data. For en best mulig vurdering av #Råbra-tildelinger vil det være nødvendig å kjenne til fordeling av ansatte i ulike profesjoner i enhetene. Da vil vi kunne vurdere andelen av engasjement innad i de

ulike yrkesgruppene. Adekvate kontrollgrupper er sterkt ønskelig, men ved vurdering av forskjeller mellom kontroll- og testgrupper må en ta hensyn til at «lekkasje» av informasjon om det innførte tiltaket, vil kunne påvirke atferden til ansatte i kontrollenheter.

For å vurdere informasjonen fra ForBedring bør det foreligge data som angir antall personer i en enhet og antallet som har besvart undersøkelsen. Individuelle svar fra respondentene er nødvendig for muligheten til å gjøre reliable statistiske beregninger på forskjeller som vedrører arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur, før og etter implementeringen av #Råbra.

For pasientskader og andre uheldige hendelser vurderes det å være nødvendig med klare retningslinjer for melding av hendelser og kriterier som tydeligere skiller mellom pasientskader og andre uheldige hendelser.

7. Konklusjon

Kvaliteten på data som viser #Råbratildelinger vurderes som god. Kategoriseringen av #Råbra-tildelingene gir viktige opplysninger om områder av enhetenes virksomhet de ansatte er opptatt av og om hvilke områder som får stor oppmerksomhet. Tildelingene gir også interessante opplysninger om muligheten ansatte ser for å påvirke arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.

De data som vi har hatt tilgang til når det gjelder ForBedring vurderes å ha lav kvalitet. De gir ikke holdepunkter til å fremsette påstander om kausale sammenhenger mellom implementering av #Råbra og effekter av tiltaket i enhetene i observasjonsperioden. En vesentlige grunn er at det i denne oppgaven ikke lot seg gjøre å etablere optimale kontrollgrupper i forhold til våre observasjonsenheter. Om slike enheter hadde vært etablert hadde det vært mulig å teste forskjeller mellom enheter som hadde implementert #Råbra og enheter som ikke hadde implementert ordningen.

Av våre data har det heller ikke vært mulig å vise at #Råbra har hatt en direkte effekt på pasientsikkerheten, siden det ikke har vært mulig å skille mellom pasientskader og andre uønskede hendelser. En annen grunn er at tiden fra #Råbra ble innført og frem til avsluttet

observasjon av pasientskader og andre uønskede hendelser, er svært kort for å få frem reelle endringer.

For øvrig vil vi nevne at det er mange faktorer som påvirker pasientsikkerhet og forekomsten av uønskede hendelser i et komplekst samspill under stadig skiftende rammevilkår. Slike variabler er det ikke lett å kontrollere for. Det er derfor utfordrende å vise at en faktor som #Råbra har så stor innvirkning på en så kompleks størrelse som pasientsikkerhet at det lar seg måle, altså å vise at #Råbra er en uavhengig variabel.

Det vil være interessant om det kan designes studier som er egnet til å vise om et tiltak som #Råbra over tid fører til bedring av arbeidsmiljø og reduksjon av pasientskader og andre uheldige hendelser. Det har ikke vært mulig i vår masteroppgave.

Vi antar imidlertid at et bevisst fokus på rapportering av gode, spontane løsninger, som #Råbra legger til rette for, øker sjansen for at rutiner og standardisering vurderes kritisk, og at nye løsninger implementeres og forandrer praksis og resulterer i bedret arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur – og pasientsikkerhet.

#Råbra gir alle kategorier av ansatte mulighet til å uttrykke hva de oppfatter som viktig i arbeidshverdagen. Deres oppfatning kan bryte med hva lederne oppfatter som viktig og være en korreks som bør tenkes gjennom i forhold til leders oppfatning.

8. Referanser

- Arbeidsmiljøloven - <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/kap2#kap2>
- Berg, O. (2018). *Motivasjonsteori*. Artikkel med ukjent opphav fra pensumlitteraturen, Master i Helseledelse 2018-2020, Nord Universitet
- Braithwaite, J, Wears, R, Hollnagel, R. (2015) *Resilient health care: turning patient safety on its head*. International Journal for Quality in Health Care, Volume 27, Issue 5, October 2015, Pages 418–420). Lastet ned fra:
<https://academic.oup.com/intqhc/article/27/5/418/2357417>
- Braithwaite J, Churruarua K, Ellis LA, Long J c., Clay-Williams R, Damen N, et al. (2017) *Complexity science in healthcare - aspirations, approaches, applications and accomplishments : a white paper*.
- Carr, A (2004). [Positiv psykologi: Vitenskapen om lykke og menneskelige styrker](#). Psychology Press. s. 77. ISBN 9781583919910.
- Durnin, S, McGrath, N, Bolger, T. (2021) - 995 *Pilot study to evaluate the acceptability and feasibility of learning from excellence in a paediatric emergency department*- Lastet ned fra: https://adc.bmj.com/content/archdischild/106/Suppl_1/A186.2.full.pdf
- Eurocontrol. (2014) *Systems Thinking for Safety: Ten Principles - A White Paper*. Lastet ned fra: <https://skybrary.aero/sites/default/files/bookshelf/2882.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Lastet ned fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf
- ForBedring – *kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten*. (2017) Lastet ned fra: <https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/enige-om-ny-hms-kulturundersokelse/attachment/download/01a23ae6-bad8-4c04-b4cc-c51dd0d0eb48:9528e684938e5d56669081adf2314c10a48fa983/forbedring-kartlegging-av-sikkerhetskultur-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Gross, R. (2010) - *Psychology: The Science of Mind and Behavior* 6E, Hachette UK.
- Helsedirektoratet (2017). *ForBedring – Kartlegging av sikkerhetskultur I spesialisthelsetjenesten*. Lastet ned fra: <https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/enige-om-ny-hms-kulturundersokelse/attachment/download/01a23ae6-bad8-4c04-b4cc-c51dd0d0eb48:9528e684938e5d56669081adf2314c10a48fa983/forbedring-kartlegging-av-sikkerhetskultur-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

- Helsedirektoratet (2019a). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Lastet ned fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf>
- Helsedirektoratet (2019b)- *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*. Lastet ned fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/overordnede-risiko-og-sarbarhetsvurderinger-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Helsedirektoratet (2021a) *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Lastet ned fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/styringssystem-ansvar-og-definisjon#paragraf-3-ansvaret-for-styringssystem>
- Helsedirektoratet (2021b) - <https://www.itryggehender24-7.no/>
- Helse Nord (2021) – *Strategi for Helse Nord 2021 – 2024*. Lastet ned fra: <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/helse-nords-strategi>
- Helsetilsynet (2018). *Til beste for den neste: risikostyring før og etter alvorlige hendelser*. Lastet ned fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2018/helsetilsynetrapport2_2018.pdf
- Hollnagel, E, Wears, R, Braithwaite, J. (2015). *From safety-1 to safety-2: A white paper*. Lastet ned fra: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.708.2789&rep=rep1&type=pdf>
- Hollnagel, E. (2014) *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Farnham, Surrey: Ashgate Publishing Ltd, 2014.
- Ingebrigtsen, T. (2022) *Ten-year tenure as a physician CEO at a Nordic university hospital: five lessons learnt*. Publisert i BMJ leader. Lastet ned fra: <https://bmjleader.bmj.com/content/leader/early/2022/02/20/leader-2021-000558.full.pdf>
- Ingstad, K. (2019) *Organisasjon og ledelse - I helsefag og sykepleie*. 1. utgave. 1. opplag 2019. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, editors. (2000). *To Err is Human: Building a safer health system*. Lastet ned fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
- Jacobsen, D. I, Thorsvik, J. (2021). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5. utgave. 3. opplag 2021. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jefferies, K, Bell, S. (2018) British Association of General Paediatrics and Paediatric Mental Health Association: *'Learning from excellence: experience in a district general hospital paediatric department.* Lastet ned fra: https://adc.bmj.com/content/103/Suppl_1/A34.2
- Kanaris, C, Kilaniotis, C. (2021) *Learning from excellence improves staff morale and well-being: A one year experience from implementing excellence reporting on a paediatric intensive care unit in the UK.* Lastet ned fra: https://journals.lww.com/pccmjournal/Fulltext/2021/03001/P0547_1057_LEARNING_FROM_EXCELLENCE_IMPROVES.605.aspx
- Kirwan, M, Matthews, A, Scott, P. (2012) [International Journal of Nursing Studies.](#)
The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. Lastet ned fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912003021#bib0105>
- Knardahl, S. (2019) *Mangler ved Forbedring-undersøkelsene.* Publisert i Dagens medisin 06.04.2019. Lastet ned fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/06/04/mangler-ved-forbedring-undersokelsene/>
- Kristensen, S. (2016) *Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross-sectional experimental study.* Lastet ned fra: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/5/e010180.full.pdf>
- Laschinger, S, Heather, K, Leiter, Michael P, (2006) JONA: The Journal of Nursing Administration: [Volume 36 - Issue 5](#), *The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes. The Mediating Role of Burnout Engagement.* Lastet ned fra: https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2006/05000/the_impact_of_nursing_work_environments_on_patient.19.aspx
- Lines, R. (2011). *Forskningsbasert viten om motivasjon av kunnskapsmedarbeidere.* Lastet ned fra: <https://old.magma.no/forskningsbasert-viten-om-motivasjon-av-kunnskapsarbeidere>
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.*
- Matthews, B. (2020) *Be kind, take the time to celebrate excellence with a GREATix.* Lastet ned fra: <https://nhshorizons.passle.net/post/102gf56/be-kind-take-the-time-to-celebrate-excellence-with-a-greatix>
- Morley, GL, Kelly, N, Plunkett, A. (2016) *Learning from excellence: Positive Reporting to Improve Prescribing Practice (PRIP).* Lastet ned fra: https://adc.bmj.com/content/101/Suppl_1/A313.1
- Nordmann, L. (2021) *Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet henger sammen.* Publisert i Dagens medisin 2021-03-28 Lastet ned fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/03/28/jobbtrivsel-bedrer-pasientsikkerheten/>

- NOU 2006: 6. (2006). Når sikkerheten er viktigst— Beskyttelse av landets kritiske infrastrukturer og kritiske samfunnsfunksjoner. Justis- og beredskapsdepartementet. Lastet ned fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2006-6/id157408/sec8>
- Pipe, B, Buchda, V, Launder, S, Hudak, B, Hulvey, L, Karns, K, Pendergast, D. (2011) *Building Personal and Professional Resources of Resilience and Agility in the Healthcare Workplace*. Lastet ned fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.1396> -
- Plunkett, A, Plunkett E. (2022) *Positive approaches to safety: learning from what we do well*. Lastet ned fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pan.14509>, Doi: 10.1111/pan.14509
- Plunkett, A. (2020) European Journal of Anaesthesiology: [July 2020 - Volume 37 - Issue 7 - p 521-610](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001244) doi: 10.1097/EJA.0000000000001244
- Plunkett, A. (2020, 9. August). *The History of LfE, Safety II, improving performance with positive language* (Video). YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=2fn-xry1TnA>
- Riskin, A, Erez, A, Foulk, T, Kugelman, A, Gover, A, Shoris, I, Riskin, K, Bamberger, P. (2015) *The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial - Bamberger Pediatrics*. September 2015, VOLUME 136 / ISSUE 3
Lastet ned fra: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/136/3/487/61002/The-Impact-of-Rudeness-on-Medical-Team-Performance>
- Stelfox H-T, Palmisani, S, Scurlock, S, Orav, EJ, and Bates, DW (2006) *The “To Err is Human” report and the patient safety literature*. Publisert i National library of medicine. Lastet ned fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464859/>
- Vincent, C. (1998) - *Framework for analysing risk and safety in clinical medicine*. <https://www.bmj.com/content/316/7138/1154.full>

APPENDIX

Tabell 5 Påstand 1.5

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF 2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	56,5%	67,6%	76,6%	9%	70%	71%	71,4%
B	45,5%	54,2%	66,3	12,1%	70%	71%	71,4%
C	42%	53%	63%	10%	70%	70%	70%
D	68%	67%	69%	2%	70%	70%	70%

Tabell 6 Påstand 2.1

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	79,4%	58,8%	69,2%	10,4%	82%	82,5%	82,4%
B	70,5%	76%	80,4%	4,4%	82%	82,5%	82,4%
C	86%	88%	83%	-5%	84%	84%	84%
D	93%	85%	80%	-5%	84%	84%	84%

Tabell 7 Påstand 4.1

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	87,8%	74,3%	91,1%	16,8%	82,9%	82,6%	83,7%
B	90,9%	89,6%	87%	-2,6%	82,9%	82,6%	83,7%
C	71%	83%	80%	-3%	82%	82%	83%
D	77%	81%	73%	-8%	82%	82%	83%

Tabell 8 Påstand 4.2

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF 2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	67%	67,9%	77,4%	9,5%	77,9%	78,6%	79,2%
B	64,8%	72,9%	70,7%	-2,2%	77,9%	78,6%	79,2%
C	58%	74%	81%	7%	83%	84%	79%
D	83%	76%	72%	-4%	83%	84%	79%

Tabell 9 Påstand 4.3

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF 2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	71,2%	65,4%	75%	8,6%	78,9%	78,4%	79,2%
B	61,4%	62%	70,7%	8,7%	78,9%	78,4%	79,2%
C	60%	75%	76%	1%	78%	79%	80%
D	84%	79%	80%	1%	78%	79%	80%

Tabell 10 Påstand 4.4

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF 2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	84,1%	77,3%	88,3%	11%	81,1%	80,5%	80,8%
B	63,6%	62%	71,6%	9,6%	81,1%	80,5%	80,8%
C	71%	80%	74%	-6%	81%	81%	81%
D	77%	77%	82%	5%	81%	81%	81%

Tabell 11 Påstand 6.3

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF 2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	44,8%	86,4%	88,3%	1,9%	78,5%	79,5%	79,8%
B	55%	56,5%	76,2%	19,7%	78,5%	79,5%	79,8%
C	62%	63%	90%	33%	80%	81%	80%
D	80%	82%	73%	-9%	80%	81%	80%

Tabell 12 Påstand 9.1

Enhet	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Endring 2021-22	Snitt RHF 2020	Snitt RHF 2021	Snitt RHF 2022
A	66,7%	70,5%	81,5%	11%	72,9%	73%	72,6%
B	59,1%	68,8%	81,5%	12,7%	72,9%	73%	72,6%
C	47%	56%	65%	9%	73%	74%	73%
D	72%	77%	73%	-4%	73%	74%	73%