Suksess med Synergi?

En kvalitativ studie av lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi ved Diakonhjemmet Sykehus

MARIANNE GUSTAVSEN
SØLVI O.GULBRANDSEN
THEA H. BJERKNES

MASTEROPPGAVE I HELSE- OG SOSIALINFORMATIKK

VEILEDER
Jan Gunnar Dahle

Universitetet i Agder, 2019
Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap
Institutt for Helse- og sykepleievitenskap

Sammendrag

Bakgrunn: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er under stadig utvikling i helsevesenet. Digitalisering har høy prioritet innen helsevesenet og IKT systemer er ment å bidra til å heve kvalitet på tjenestetilbud.

Sykehusenes avvikssystemer, der en kan registrere, analysere, rapportere og bearbeide uønskede hendelser er et sentralt verktøy for å oppfylle krav til styringssystem etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren.

Hensikt: Undersøkelsens hensikt er å undersøke og beskrive hvilke erfaringer enhetsledere har med det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet, Synergi.

Utvalg og metode: Det er gjennomført en kvalitativ studie ved Diakonhjemmet Sykehus, som baserer seg på semistrukturert intervju av åtte enhetsledere eller assisterende enhetsledere som har saksbehandlerfunksjon i avviks- og rapporteringssystemet, Synergi. Intervjuguiden er utarbeidet med utgangspunkt i kategoriene fra modellen til DeLone og McLean (2003) IS Suksess Modell og van der Meijden (2003) suksessattributter.

Funn: Alle informantene har vært ansatt som leder i minimum ett år og har hatt saksbehandlerfunksjon i Synergi dette året. Det er stor variasjon i bruken av systemet. Informantene har ulikt syn knyttet informasjonskvalitet, likevel ser informasjonen ut til å kunne være påvirket av melders valg og utfyllelse ved innregistrering av uønskede hendelser, samt mengde informasjon som etterspørres. Systemkvalitet ses noe utfordret av iboende og mangelfulle funksjoner som skaper ekstra arbeid, som igjen kan føre til bruk av andre systemer for å få bedre oversikt. Til tross for dette kan det se ut til at informanter blant annet opplever nytteverdi i form av Synergi som et oversikts- og støtteverktøy. Synergi kan på den måten legge til rette for læring ved bruk av informasjon fra system sammen med de ansatte i ulike fora.

Konklusjon: Det kan tilsynelatende se ut til at enhetsledere opplever en delvis suksess knyttet til det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi. Imidlertid er det flere utfordringer som gjør at systemet i dag ikke oppleves som intuitivt. Et større fokus på opplæring av både av de som melder og saksbehandlere vil mulig kunne gi økt kompetanse og bedre brukertilfredshet.

Abstract

Introduction: Information and communication technology is constantly evolving in health care.. Digitization are of high priority within healtcare and the ICT are ment to contribute to raise the quality of healtcareservices. The hospitals incident reporting systems, where one are able to register, analyze and process unwanted incidents, are a key tool for fulfilling the requirements to controlsystems according to regulations regarding management and improvement of the quality in healthcare.

Purpose: The purpose of the study is to investigate and describe the experiences different leaders (Head of unit) have with the electronic incident and reporting system, Synergi.

Selection and methodology: A qualitative study has been carried out at Diakonhjemmet sykehus, which is based on eight semi-structured interviews with leaders (Head of unit or assistant managers), all with experience as caseworkers in the electronic incident and reporting system, Synergi. The Interview Guide is based on the categories from DeLone and McLean (2003) IS Success Model and the successatributes of van der Meijden (2003).

Results: The informants have been employed as leaders for at least one year, and been having a function as caseworkers for the past year. There is a variation in use of the system. The informants have different views regarding information quality, yet the information appears to be influenced by choices and how the incidents have been registered within the system as well as the amount of information requested. Systemquality is in some ways challenged by functions within the system that creates extra work and inadequate functions, which can lead to use of other systems to get a better overview. Despite this the informants finds, among other things, the system useful as a tool for support and to get an overview, which can facilitate learning by using information from the system together with the employees in different forums.

Conclusion: Apparently, leaders may experience partial success related to the electronic incident reporting system Synergi. However, there are several challenges that makes the experience of the system not as intuitive. A greater focus on training for both casemangers and the employees that reports within the system will possibly increase the competence and a better usersatisfaction.

Forord

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helse- og omsorgstjenesten er under rask utvikling, og har bidratt til å endre norsk helsetjeneste. Digitalisering har høy prioritet innen helsevesenet og IKT systemer er ment å bidra til å heve kvalitet på tjenestetilbud og effektiviteten. En slik digital utvikling, ser vi at også skjer på egen arbeidsplass. Bak valg av tema lå det en nysgjerrighet i å undersøke hvordan et etablert elektronisk avviks- og rapporteringssystem (Synergi), som har vært i drift over lengre tid, oppleves og brukes av ledere.

Det har vært et spennende år, og arbeidsprosessen med masteroppgaven har vært lærerik, givende, inspirerende og til tider svært frustrerende.

Underveis i arbeidet har det vært flere personer som har bidratt. Vi vil derfor gi en stor takk til vår veileder Jan Gunnar Dale ved Universitet i Agder for god støtte og veiledning underveis. Vi vil også takke egen arbeidsplass for å ha gitt oss tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen, og en spesiell takk til våre informanter, for at de delte sine erfaringer under en spesielt hektisk periode. Uten dere ville det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

Vi vil takke tålmodige samboere, støttende familie, venner og kollegaer. En spesiell takk til Magnus Hytten for konstruktiv tilbakemelding og gode råd underveis.

Oslo, 10.05.19

Marianne Gustavsen, Sølvi O. Gulbrandsen og Thea Bjerknes

BEGREPSAVKLARING

Pasientsikkerhet: «Pasient- og brukersikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser**»** (Helsedirektoratet, 2018a).

Sikkerhetskultur/Pasientsikkerhetskultur: «I sykehus handler sikkerhetskultur i hovedsak om pasientsikkerhetskultur» (Haugen & Storm, 2018, s.79) Pasientsikkerhetskultur beskrives som et Integrert mønster av individuell og felles organisatorisk atferd som bygger på felles holdninger og verdier, som stadig søker å redusere pasientskader, og som konsentrerer seg om systemer fremfor individer (Cappelen, 2018, s.92).

Styringssystem: I følge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (2016 § 4) er et styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Meldeordningen: «Institusjoner i spesialisthelsetjenesten har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen, samt om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade». Mottaker av slike meldinger er Meldeordningen for uønskede tjenester i spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2018b).

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT): «... samlebetegnelse for teknologi for innhenting, overføring, bearbeiding, lagring og presentasjon av informasjon. IKT er en videreføring av begrepet informasjonsteknologi (IT) som i større grad omfatter teknologi for formidling av informasjon (telekommunikasjon)» (Informasjons- og kommunikasjonsteknologi, 2018).

Informasjonssystem: «Et system for innsamling, bearbeiding, lagring, overføring og behandling av informasjon» (Andersen, 1994)

Avviks- og rapporteringssystem: Brukes for å rapportere hendelser som er å betrakte som uønskede. Kan være en del av eller integrert med et kvalitetssystem. Alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal ha et styringssystem som inkluderer registrering og behandling av avvik (Helsedirektoratet, 2017).

Synergi: Klassifiseres som et QHSE (quality, health, safety and environmental) og Risk management system (DNV GL, 2018).

Dialis: er et informasjonssystem for rapportering, tallanalyse, kontroll og samhandling utviklet ved Diakonhjemmet Sykehus.

GTT: Global trigger tool. Standardisert prosedyre for å måle forekomst av pasientskade i helsetjenesten. Gjennom å retrospektivt undersøke utvalgte pasientjournaler.

Avvik/Uønsket hendelse: Det finnes ingen felles nasjonal definisjon på avvik i helsetjenesten. I tillegg til lover og forskrifter som må følges kan helseforetak/sykehus ha egne definisjoner basert på interne kvalitetssystemer. Avvik i helsetjenesten er uønskede hendelser eller brudd på kvalitetskrav, prosedyrer, retningslinjer og lover som skal sikre både pasientene, de ansatte og et godt arbeidsmiljø. Det kan gjelde både fag, juss, etikk, administrasjon og organisering og omfatter dermed både pasientbehandling, HMS, og drift (Hofstad, 2015a)

Innhold

1.0 INNLEDNING 11
1.1 Bakgrunn 12
1.2 Organisasjonsstruktur ved Diakonhjemmet Sykehus 13
1.3 Informasjonssystemer/ ledelsesinformasjonssystemer 14
1.4 Undersøkelsesobjekt - Synergi Life 14
1.5 Melding og saksbehandling av uønskede hendelser/avvik i Synergi 16
1.6 Hensikt/formål 19
1.7 Avgrensning og presentasjon av oppgavens oppbygging 19
2.0 PROBLEMANALYSE 20
2.1 Organisasjon/struktur 20
2.2 Oppgave 21
2.3 Individ/mennesket 22
2.4 Teknologi 23
2.5 Problemformulering 25
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME 26
3.1 IT investeringer og "produktivitetsparadokset" 26
3.2 DeLone og McLean IS suksess modell - D&M 1 og D&M 2 26
3.3 Suksessatributter 30
4.0 METODE 32
4.1 Valg av metode/forskningsdesign 32
4.2 Semistrukturerte intervjuer 32
4.3 Utforming av intervjuguide 33
4.4 Utvalg og tilgang til feltet 33
4.5 Gjennomføring av intervju 35
4.6 Transkribering og analyse av intervjuer 36
4.7 Litteratursøk og kildekritikk 37
4.8 Etiske overveielser 38
4.8.1 Forske på egen arbeidsplass - Forforståelse 39
4.9 Metodiske overveielser (styrker/svakhet ved metoden) 40
4.10 Validitet, reliabilitet og troverdighet 40
5.0 FUNN OG ANALYSE 42
5.1 Informantenes bakgrunn 42
5.2 Kvalitet 43

5.2.1 Informasjonskvalitet 43
5.2.2 Systemkvalitet 47
5.2.3 Servicekvalitet 51
5.3 Bruk 55
5.3.1 Leders bruk av Synergi 55
5.3.2 Leders bruk sammen med de ansatte 58
5.3.3 Leders erfaringer bruk av Synergi til fagutvikling og læring 60
5.4 Nytteverdi 68
5.4.1 Nytteverdi av informasjon 70
6.0 DISKUSJON 78
6.1 Erfaringer med informasjonskvalitet 78
6.1.1 Subkategori: "Melder påvirker informasjonskvalitet" 78
6.1.2 Subkategori: "Omfang av informasjon" 79
6.1.3 Subkategori: "Kategorisering i systemet" 81
6.1.4 Subkategori: "Informasjonen avhenger av at alle yrkesgrupper melder" 81
6.1.5 Subkategori: "Definisjon av hendelser" 82
6.2 Erfaringer med systemkvalitet 83
6.2.1 Subkategorier: "Opplevelse av brukervennlighet" og "iboende funksjoner skaper ekstra arbeid" 83
6.3 Erfaringer med servicekvalitet 86
6.3.1 Subkategori: "Opplæring" 86
6.3.2 Subkategori: "Brukerstøtte" 88
6.4 Bruk og opplevd brukertilfredshet 89
6.4.1 Subkategorier: "Saksbehandlingsverktøy" og "Bruk av Synergi varierer" 89
6.4.2 Subkategori: "Oversikt" 90
6.4.3 Subkategori: "Brukertilfredshet" 91
6.5 Bruk sammen med de ansatte 93
6.5.1 Subkategori: "oppfordrer til bruk" 93
6.5.2 Subkategori: "Dokumentasjon og tilbakemelding" 93
6.6 Bruk av Synergi som støtte inn i fagutvikling og læring 95
6.6.1 Subkategori: "Fagutvikling og læring" 95
6.7 Nytteverdi 97
6.7.1 Subkategori: "Oversikts- og støtteverktøy" 97
6.7.2 Subkategorier: "Meldekultur" og "Ivaretakelse av ansatte gjennom formelt system" 98
6.7.3 Subkategorier: "Nytteverdi av informasjon" og "Tidsbruk" 99
6.7.4 Subkategori: "Læring" 100

7.0 KONKLUSJON 102
LITTERATUR 104
VEDLEGG 1 – TANKEKART 116
VEDLEGG 2 - INTERVJUGUIDE 117
VEDLEGG 3 - SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA 120
VEDLEGG 4 - FORESPØRSEL OG SAMTYKKESKJEMA TIL INFORMANTER 122
VEDLEGG 5 - PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDNING 125
VEDLEGG 6 - PROSJEKTGODKJENNELSE FRA FORSKNINGSUTVALGET V/DIAKONHJEMMET SYKEHUS 127
VEDLEGG 7 - GODKJENNING FRA FEK (FAKULTETETS ETIKKOMITÉ) 128
VEDLEGG 8 - TILBAKEMELDING PÅ SØKNAD FRA NSD 129

Figurliste

Figur 1 - Verdibasert forbedringsledelse (EK- Kvalitetshåndbok, Diakonhjemmet Sykehus)
Figur 2 - Utklipp Synergi: Registrering ny sak/Valg sakstyper/Melder
Figur 3 – Utklipp Synergi: Tilpasset meldeskjema sakstype/Uønsket hendelse - Pasientrelatert
Figur 4 - Utklipp Synergi: Saksbehandling med ulike faner/Saksbehandler
Figur 5 - I/S Success Model (D&M 1)
Figur 6 - Updated D&M IS Success Model (D&M 2)

Tabelliste

Tabell 1- Styrt innholdsanalyse, kategori informasjonskvalitet 1
Tabell 2 - Styrt innholdsanalyse, kategori informasjonskvalitet 2
Tabell 3 - Koder og subkategorier, kategori informasjonskvalitet
Tabell 4 - Styrt innholdsanalyse, kategori systemkvalitet
Tabell 5 - Koder og subkategorier, kategori systemkvalitet
Tabell 6 - Styrt innholdsanalyse, kategori servicekvalitet
Tabell 7- Koder og subkategorier, kategori servicekvalitet
Tabell 8 - Styrt innholdsanalyse, kategori bruk 1
Tabell 9 - Styrt innholdsanalyse, kategori bruk 2
Tabell 10 - Styrt innholdsanalyse, kategori bruk 3
Tabell 11 - Koder og subkategorier, kategori bruk
Tabell 12 - Styrt innholdsanalyse, kategori brukertilfredshet
Tabell 13- Koder og subkategorier, kategori brukertilfredshet
Tabell 14 - Styrt innholdsanalyse, kategori nytteverdi 1
Tabell 15 - Styrt innholdsanalyse, kategori nytteverdi 2
Tabell 16 - Styrt innholdsanalyse, kategori nytteverdi 3
Tabell 17 - Koder og subkategorier, kategori nytteverdi

1.0 INNLEDNING

Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur har de siste tiårene fått stadig større oppmerksomhet. Mye startet med publiseringen av US Institute of Medicine sin rapport «To Err is Human: Building a Safer Health System» hvor det ble påpekt en rekke anbefalinger knyttet til sikkerhetskultur og pasientsikkerhet (Olsen, 2007). En av de viktigste anbefalingene her var implementering av rapporteringssystemer (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Internasjonalt har implementering av rapporteringssystemer for avvik/uønskede hendelser blitt trukket frem som et middel for å fremme sikkerhet i helsetjenesten (Benn et.al., 2009). Behovet for velfungerende avvikssystemer uttrykkes bestemt i litteraturen, og er også forankret i lover og forskrifter som spesialisthelsetjenesteloven (1999), helsepersonelloven (1999), og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (2016). Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet er avhengig av at helseforetak og sykehus har et styringssystem som kan gi god oversikt over sine uønskede hendelser. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO, 2005) trekker frem et effektivt rapporteringssystem som en hjørnestein i pasientsikkerhetsforbedring og et mål for fremgang mot å oppnå en sikkerhetskultur, og er på den måten et helt sentralt virkemiddel for å forbedre helsetjenestene. Målet med avviksbehandling er læring og forbedring. Imidlertid hevder Hjort (2000) at rapportering, analysering og utnyttelse av avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet i norsk helsesektor er et forsømt område og at lærings- og forbedringspotensiale utnyttes i for liten grad. Videre skriver Storvik (2016) i en artikkel i Dagens Medisin at Riksrevisjonens kontrollrapport gir sykehusene refs for meldekultur og håndtering av avviksmeldinger.
For å sikre at helsepersonell, ledere og myndigheter har tilstrekkelig styringsinformasjon om kvaliteten og effekten av pasientbehandlingen som ytes må tilgang til helsedata og statistikk være av god kvalitet. I Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) trekkes det frem at helsepersonell også må kunne oppleve nytte av egen registrering gjennom å få tilgang til oppdaterte nøkkeltall og resultater, og at dagens IKT-systemer ikke tilrettelegger godt nok for dette. Det var derfor interessant å undersøke hvilke erfaringer brukere av et elektronisk avviks- og rapporteringssystem har. Det var derfor ønskelig å snakke med enhetsledere i kliniske avdelinger om hvordan et slikt elektronisk avviks- og rapporteringssystem benyttes ved Diakonhjemmet Sykehuset.

1.1 Bakgrunn

I 2017 var ca. to millioner pasienter innom norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2018). De aller fleste får god hjelp innen helsevesenet, men enkelte ganger skjer det uønskede hendelser. I 2017 viser GTT-undersøkelsen at det oppstod minst èn pasientskade i 13,7 % av sykehusopphold, ved somatiske sykehus i Norge. Det skilles ikke på om pasientskaden kunne vært unngått eller ikke, men man regner med at rundt halvparten av pasientskadene kunne vært forebygget (Helsedirektoratet, 2018c).

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i regjeringens politikk for å utvikle pasientens helsetjeneste (Regjeringen, 2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. Forskriften utdyper kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a (1999) om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I forskriftens veileder (Helsedirektoratet, 2018a) skrives at resultater fra lokale melde- og avvikssystemer gir nyttig informasjon over avvik/uønskede hendelser i egen virksomhet.

Sykehusenes avvikssystemer, der en kan registrere, analysere, rapportere og bearbeide avvik/uønskede hendelser er et sentralt verktøy for å oppfylle krav til styringssystem etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Både hva gjelder pasienter så vel som virksomheten generelt. Å analysere hva som er årsaken til hendelsen vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre gode tiltak som igjen vil bidra til forebygging av lignende hendelser (Helsedirektoratet, 2018a). Videre står det skrevet at systemet bør gi gode muligheter for rask analyse og god respons, og det bør være klart og tydelig hva som skal meldes (Helsedirektoratet, 2018a).

Gong, Kang, Wu & Hua (2017) påpeker at elektroniske rapporteringssystem, med innsamling og analysering av data synes mer effektivt enn tradisjonelle papirbaserte systemer. Samtidig synes ikke tilstrekkelig med fordeler, slik det ble forespeilet. Gong et al (2017) understreker også at verdien av elektroniske rapporteringssystemer, som enten software eller web-baserte plattformer dessverre også er kraftig overskygget innen forskning relatert til pasientsikkerhet, der fokuset ofte er rettet mot lav kvalitet på rapporteringen.

1.2 Organisasjonsstruktur ved Diakonhjemmet Sykehus

Diakonhjemmet har en relativt flat ledelsesstruktur med tre nivåer; administrerende direktør, avdelingsledelse og enhetsledelse. Sykehuset har elleve avdelinger, med fire somatiske avdelinger, tre avdelinger innen psykisk helsevern, tre klinisk støtteavdelinger og fem stabsavdelinger. I tillegg er en avdeling for fysioterapi/ergoterapi/sosionom/ernæringsfysiolog og pasientundervisning midlertidig organisert i prosjekt DS 2020. Sykehuset legger til grunn systematisk forbedringsarbeid gjennom ledelsesmodellen Verdibasert forbedringsledelse, der de diakonale verdiene, respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet er en integrert del av styringsmodellen. Modellen er en videreutvikling av kvalitetsforbedringsmodellen PDCA-sirkelen til G.Langley og T.Nolan., også kalt PUKK sirkelen (Nyen, 2011).

Figur 1: Verdibasert forbedringsledelse (EK- Kvalitetshåndbok, Diakonhjemmet Sykehus)

I sykehusets Strategiplan 2014-2018 er et delmålområde at «tilgjengelige kvalitetsparametere og rapporter gir aktuell styringsinformasjon som bidrar til at sykehuset forhindrer uønskede hendelser. Sykehuset har en god meldekultur og lærer systematisk i det kontinuerlige forbedringsarbeidet» (Diakonhjemmet Sykehus, 2014).

Avviks- og rapporteringssystemet, Synergi, er en del av det totale kvalitetssystemet, og er et av flere elektroniske systemer som understøtter virksomhetsstyringen og som benyttes inn i

virksomhetsstyring, rapportering og lederstøtte (EK- Kvalitetshåndbok – Diakonhjemmet Sykehus).

Ved Diakonhjemmet Sykehus skal enhetsleder følge prinsippene for virksomhetsstyring gjennom avviksbehandling, rapportering, korrigering og prioritering (EK- Kvalitetshåndbok – Diakonhjemmet Sykehus) og det er i hovedsak enhetsledere som saksbehandler synergi-meldinger på de ulike enhetene. «Enhetsleder har ansvar for at enheten ledes etter modell for virksomhetsstyring og som en «lærende organisasjon» for å sikre kontinuerlig forbedring og kvalitetsutvikling» (EK- Kvalitetshåndbok – Diakonhjemmet Sykehus).
Som ressurs i avdeling og enhet i arbeid med virksomhetsstyring og kontinuerlig forbedringsarbeid er det kvalitetsrådgivere ansatt ved hver avdeling. Kvalitetsrådgiver skal også bidra til å sikre opplæring, oppdatering, utvikling og bruken av sykehusets kvalitetssystem i avdelingens enheter (EK- Kvalitetshåndbok – Diakonhjemmet Sykehus).

1.3 Informasjonssystemer/ ledelsesinformasjonssystemer

Informasjonssystemer som benyttes av ledelse kalles ofte Management Information systems, og på norsk ledelses- og informasjonssystemer. For ledere i kliniske avdelinger er informasjonsstyring utfordrende på grunn av enorme mengder informasjon og et stort antall personer som deltar i organisatoriske funksjoner. Informasjonssystemer kan støtte ledere i beslutninger på ulike måter, blant annet gjennom tilgang til data, rapportering, dokumentasjon og statistisk analyse (Murtola, Lundgrèn-Laine, & Salanterä, 2013). Ulike informasjonssystemer er utviklet for å forbedre informasjonsstyring og brukes for å få tak i nødvendig informasjonen, mens Murtola et.al (2013) påpeker at det likevel er et område i behov av forbedring.

1.4 Undersøkelsesobjekt - Synergi Life

Synergi Solutions AS, et norsk produktutviklingsfirma lanserte Synergi for første gang i 1993. Systemet ble brukt i oljeindustrien, men i 2003 ekspanderte selskapet ved å selge sitt system til andre næringsvirksomheter, blant annet transport (fly, båt, bil) og offentlig sektor herunder helsevesenet. I 2012 ble Synergi kjøpt opp av DNV GL, og produktet heter i dag Synergi Life (Synergi Solutions, 2019).

I 2007 inngikk Diakonhjemmet Sykehus avtale med Synergi AS. I 2012 ble denne avtalen overført til DNV GL, og systemet ble også oppdatert til versjon 12. Diakonhjemmet sykehus er i dag fortsatt på denne versjonen.
Systemet klassifiseres av DNV GL som et QHSE og Risk management system (DNV GL, 2018). Synergi Life er i følge DNV GL (2018) en risikostyringsprogramvare som gir alle verktøyene som trengs for å håndtere avvik, hendelser, risiko, risikoanalyser, revisjoner, vurderinger og forbedringsforslag. DNV GL (2018) viser også til at systemet skal forbedre kvalitet, helse, miljø og sikkerhet gjennom blant annet å forbedre kommunikasjon og samarbeid i organisasjonen, dele av lærte erfaringer, og skape en positiv kultur gjennom forbedret sikkerhet. Løsningen skal ifølge DNV GL (2018) være komplett og brukervennlig.

I brukerhåndboken for Synergi versjon 12.0.5 står de samme prinsippene om at systemet er et omfattende styringssystem for risikohåndtering. Synergi gir bedriftens ledelse og forretningsområder all informasjon som er nødvendig for å forhindre uakseptabel risiko, samtidig som man kan utveksle den informasjonen som er tilegnet og håndtere korrigerende tiltak. Programmet gjør det mulig for bedrifter å utveksle og hente frem data på tvers, slik at man kan fange opp trender og sikre at krav blir oppfylt. Samt påpekes det at Synergi reduserer kostnadene gjennom bedret effektivitet og mer effektiv driftsrisiko og skadehåndtering. Programmet gir også merverdi gjennom bedre standardisering og forbedrede arbeidsprosesser.

Ettersom Diakonhjemmet Sykehus i dag bruker versjon 12 av Synergi, er det vesentlig å påpeke at det finnes en rekke forbedringer i de nyeste versjonene av systemet. På en annen side er bakgrunnen for informasjonssystemet likt, og systemet har mange av de samme prinsippene i de nyere versjonene.

I Synergi skal det meldes og saksbehandles alle typer uønskede hendelser og avvik, relatert til pasient, helse, miljø og sikkerhet (HMS) og drift, både meldepliktige og de som ikke er meldepliktig. Systemet er derfor bygget opp med de ulike sakstypene. Systemet generer også lovpålagte meldinger til Helsedirektoratet, Meldeordningen. Det er med bakgrunn i Synergi at det ved sykehuset kan hentes ut rapporter hvor uønskede hendelser kan analyseres, vurderes, og det kan sees på læringstiltak. Verktøyet skal også kunne gi ledere mulighet for å hente ut informasjon, statistikk og rapporter som kan benyttes inn i kvalitetsarbeid. Systemet

er ment å bidra til at alle ansatte ved sykehuset skal kunne lære av hverandres erfaringer gjennom de uønskede hendelsene som blir registrert.

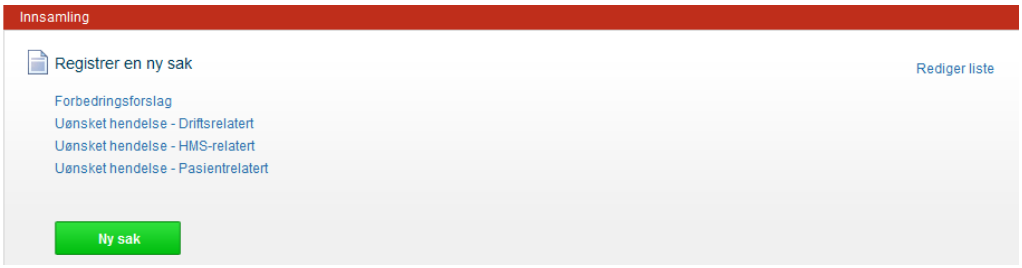
1.5 Melding og saksbehandling av uønskede hendelser/avvik i Synergi

Enhver som oppdager en uønsket hendelse er ansvarlig for å melde denne. Det er også en del uønskede hendelser som spesialisthelsetjenesten i følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (1999), er pliktig å melde eksternt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Meldeordningen. Dette gjelder hendelser som har eller kunne hatt alvorlige konsekvenser for pasienten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-3).
Hovedformålet med meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (1999) er at den skal bidra til «..å avklare hvorfor et uhell eller nesten - uhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade» (Regjeringen, 1998, s.57). I tillegg til denne meldeplikten har leger og annet helsepersonell en rekke andre meldeplikter, for eksempel i forbindelse med feil på medisinsk teknisk utstyr, melding om unaturlig død etc. De ulike meldepliktene vil ikke utdypes videre da dette faller utenfor rammene for vår oppgave.

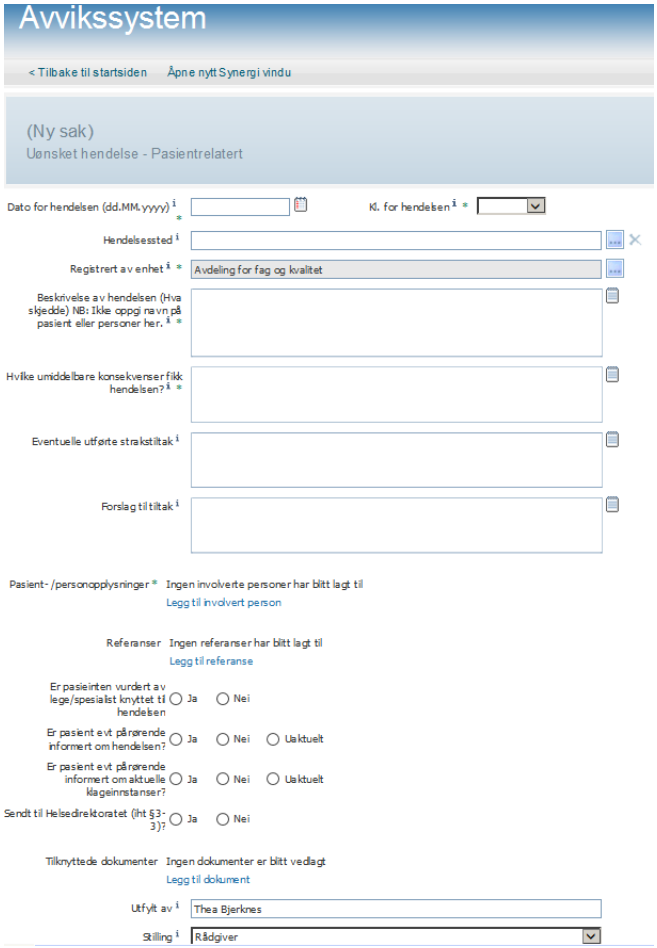
Rapporteringssystemer er ulike og har ulikt «design» med bakgrunn i systemets fokus. For eksempel er hendelser som har ført til betydelig personskade eller som kunne ha ført til betydelig personskade etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (1999) obligatoriske, mens øvrige hendelser som ikke havner under denne kategorien men som likevel fokuserer på forbedring og læring er i hovedsak frivillig.
I 2017 ble «Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser» (NOKUP) ferdigstilt. Dette er et nasjonalt klassifikasjonssystem for rapporterte uønskede pasienthendelser og avvik i spesialisthelsetjenesten. I mars 2018 ble NOKUP implementert og tatt i bruk av Meldeordningen. Alle pasientrelaterte uønskede hendelser og nesten-uhell skal klassifiseres, ikke bare de hendelsene som er meldepliktige til eksterne meldesystemer. Det vil si at alle hendelser som normalt ville blitt registrert og saksbehandlet i avvikssystemene skal klassifiseres etter dette kodeverket (Helsedirektoratet, 2018d).
Diakonhjemmet har implementert dette klassifikasjonssystemet inn sitt elektroniske avviks- og rapporteringssystem. Det gjør at saksbehandlers valg/klassifisering av sted, hendelsestype, faktisk konsekvens/alvorlighet, gjentakelsesfrekvens og årsaker er låst til kategoriene i

NOKUP. Klassifikasjonene gjelder i hovedsak pasientrelaterte hendelser, men brukes også under «hendelsessted» og «årsaker» under de øvrige sakstypene. Hendelsestyper for helse, miljø og sikkerhet (HMS) og drift er definert av sykehuset selv.

Den ansatte som skal registrere avviket må først ta stilling til hvilken kategori/sakstype selve meldingen tilhører. Pasientrelatert, HMS- relatert eller driftsrelatert. Melder vil så komme inn i skjema som er tilpasset valgte kategori/sakstype.

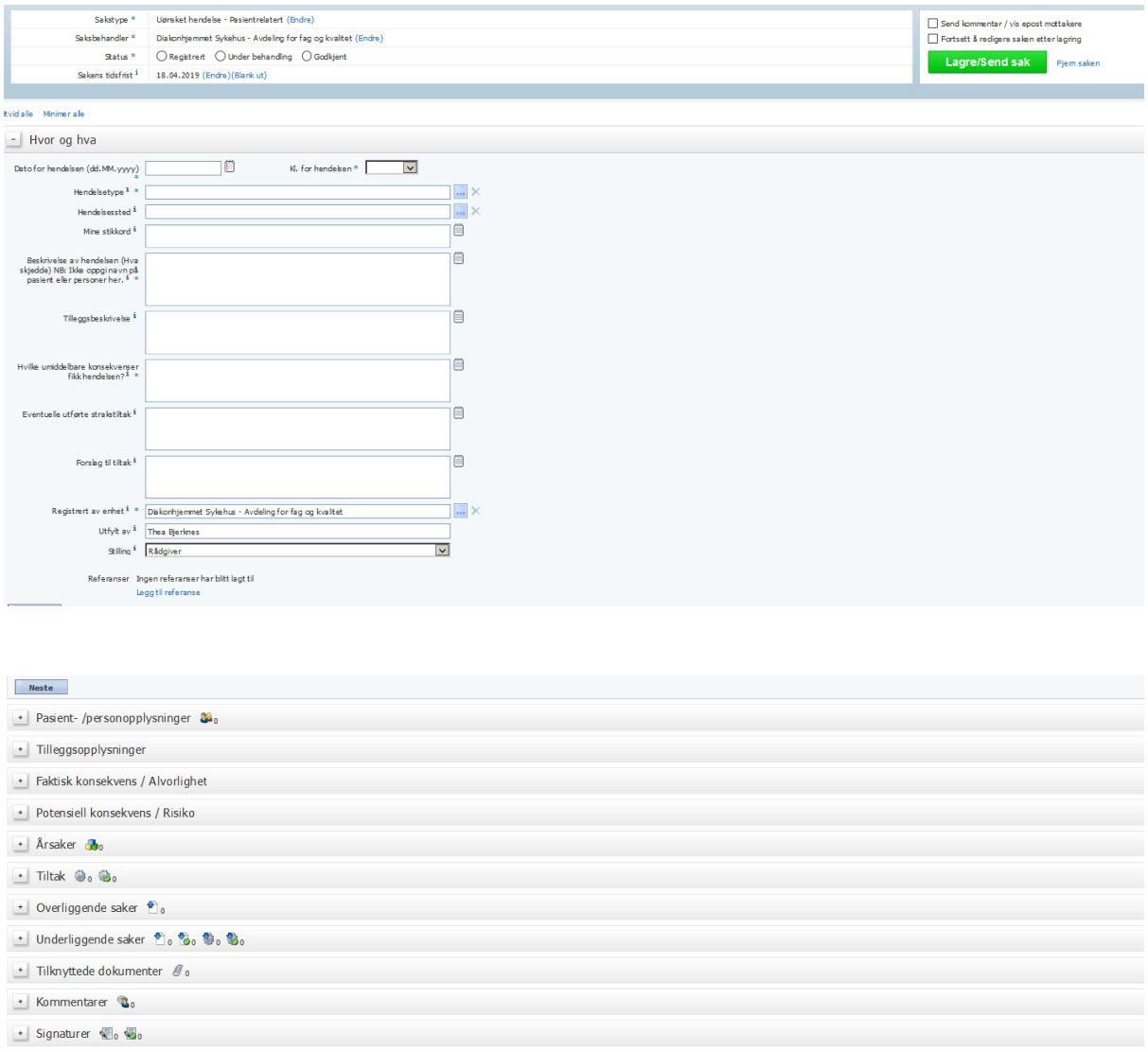


Figur 2. Utklipp Synergi: Registrering ny sak/Valg sakstyper/Melder



Figur 3. Utklipp Synergi: Tilpasset meldeskjema sakstype/Uønsket hendelse - Pasientrelatert

Når den ansatte har meldt sin sak vil meldingen automatisk sendes til nærmeste leder, og leder vil motta en epost om at det er innkommet en sak. Selv om saken gjelder en annen avdeling skal meldingen alltid først til leder eller person med delegert ansvar slik at det kan gjøres en vurdering. Nærmeste leder eller person med delegert ansvar avgjør om saken skal sendes videre eller om saken skal behandles i egen avdeling. Det skal påføres hendelsestype basert på faste/låste kategorier før saken eventuelt sendes videre. Overordnet vil avdelingssjef være den som er ansvarlig, men det er enhetsledernes som sørger for at synergimeldinger saksbehandles. Om en synergimelding skal løftes til avdelingsnivå avgjøres av enhetsleder.



Figur 4. Utklipp Synergi: Saksbehandling med ulike faner/Saksbehandler

Når saken er ferdigbehandlet, skal saken godkjennes for å sikre at alle felter en gjennomgått. Dersom noen av de obligatoriske feltene ikke er fylt ut, får saksbehandler beskjed om mangelfull utfylling. Saken kan avsluttes så fremt den er godkjent. Når saken er avsluttet vil

melder av sak motta en e-postvarsling om at saken er avsluttet. Melder har da mulighet til å se hvordan saken er behandlet og hvilke tiltak som eventuelt er iverksatt.

1.6 Hensikt/formål

Undersøkelsens hensikt er å undersøke og beskrive hvilke erfaringer enhetsledere har med det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet, Synergi.
Formålet er å fremskaffe informasjon om enhetsledere sine erfaringer knyttet til bruk av Synergi som elektronisk avviks- og rapporteringssystem.

1.7 Avgrensning og presentasjon av oppgavens oppbygging

Gjennom problemanalysen kapittel 2.0 ble det en naturlig avgrensing å fokusere på pasientrelaterte avvik/uønskede hendelser På en annen side benyttes det lokale meldesystemet til andre uønskede hendelser /avvik, som drift og HMS. Oppgaven er ikke avgrenset til å kun ta for seg den enkelte sakstypen pasientrelatert.

I kapittel 2.0 presenteres problemanalysen, videre i kapittel 3.0 presenteres modellen til DeLone & McLean (1992; 2003), IS Suksess Modell, som er anvendt som teoretisk referanseramme. Undersøkelsens metode blir redegjort for i kapittel 4.0.
Kapittel 5.0 vil ta for seg funn og analyse. Sett i lys av oppgavens teoretiske referanserammer vil funn bli diskutert i kapittel 6.0. Som avslutning av oppgaven legges det frem en konklusjon i kapittel 7.0

2.0 PROBLEMANALYSE

Problemanalysen vil belyse ulike utfordringer knyttet til informasjonssystemer/elektroniske avviks- og rapporteringssystemer. Det vil videre redegjøres for bakgrunn for problemene, årsaker og konsekvenser. Til slutt presenteres en problemformulering. For å visualisere hvordan de ulike elementer påvirker hverandre, er problemanalysen strukturert etter Leavitts diamant (Jacobsen, 2012). I følge Jacobsen (2012) hevdet Harold Leavitt at alle organisasjoner består av fire grunnelementer: oppgaver, mennesker, teknologi og struktur. De tre første elementene utgjør det man kaller produksjonskjernen. Enhver organisasjon har oppgaver som skal løses og mennesker som anvender teknologi eller andre verktøy for å løse disse oppgavene. Kunnskapen den enkelte ansatte innehar knyttet til oppgaven er også å regne som teknologi. Struktur er med på å påvirke hvordan menneskene anvender teknologien for å igjen løse oppgavene. De grunnleggende antakelser, normer og verdier som en finner blant menneskene i organisasjonen er å regne som organisasjonskulturen (Jacobsen, 2012).

De fire elementene (oppgaver, mennesker, teknologi og struktur) henger tett sammen, og på denne måten vil endringer i ett element føre til endringer i de andre elementene (Jacobsen, 2012). Det er viktig å merke seg at organisasjoner også er avhengig av sine omgivelser, for å tilegne seg ressurser og støtte.

2.1 Organisasjon/struktur

Sykehuset som en kunnskapsorganisasjon må møte behov, krav og forventninger både fra pasienter, pårørende og ansatte. Grunnet hyppig endringer i organisasjonskonteksten, er helsevesenet et komplekst miljø for informasjonsteknologi (Lammintakanen, Saranto & Kivinenen, 2010). Organisasjonsstruktur, kultur, tilgang på ressurser og ledelse vil være faktorer som kan påvirke implementeringen og bruken av informasjonssystemer. I tillegg vil følgelig brukervennligheten og integrasjon av elektroniske informasjonssystemer i eksisterende arbeidsprosesser kunne påvirke bruken hos helsepersonellet. For å kunne utnytte informasjonssystemer innen helsevesenet til det fulle, kreves det riktig ledelse, som kan håndtere mennesker, prosesser og programmer i tillegg til å håndtere sin egen kompetanse (Lammintakanen et al., 2010).

På sykehusets ulike sengeposter og poliklinikker er det oftest enhetsledere med sykepleiefaglig bakgrunn som har ansvaret (Norsk sykepleierforbund, 2018). Enhetslederen er en leder med linjeansvar. Dette innebærer et totalansvar for fagutvikling, personal og drift.

Riksrevisjonen undersøkte i 2016 om helseforetakenes håndtering av uønskede pasienthendelser bidrar til å sikre læring og forbedring. Riksrevisjonen (2016) påpeker videre at åpenhetskultur er et ledelsesansvar, og at denne skapes ved at ledelsen, fra departement og nedover i styringskjeden er tydelige på at dette er ønsket. Videre trekkes det frem at det er viktig å forankre arbeidet med uønskede hendelser i styringslinjen, men at utviklingen av meldekulturen skjer lokalt i avdelinger og enheter. Samt er det toppledelsen i helseforetaket som har ansvar for å legge til rette for at nærmeste leder kan inneha en slik rolle som beskrevet over (Riksrevisjonen, 2016).

2.2 Oppgave

Riksrevisjonen (2016) viser til at underrapportering kan være et resultat av uklare definisjoner, rutiner, samt ulike holdninger rundt hva en uønsket hendelse innebærer. Det påpekes at selv om alle helseforetakene har på plass elektroniske avvikssystem og overordnede retningslinjer for å melde og kvalitetsutvalg, viser statistikken at antall hendelser som meldes i de ulike helseforetakene, varierer. Kulturen og ledelsen innad i hver enkelt enhet og avdeling har betydning for hva som meldes, og hvor ofte noe meldes (Riksrevisjonen, 2016).

Ved virksomheter der meldepliktige hendelser ikke er forhåndsdefinert er det en større variasjon i hva som blir meldt. En varierende oppfatning av hva som er å regne som en uønsket hendelse, kan også variere mellom avdelinger innen samme helseforetak. Stavropoulou, Doherty & Tosey (2015) viser i sin studie til at avviks- og rapporteringssystemer kan være mer effektive dersom det foreligger tydelige kriterier av hva som er å regne som en uønsket hendelse/avvik. Ved manglende definisjoner påpeker Kingston, Evans, Smith & Berry (2004) i sin studie at det kan være vanskelig å se en verdi av å melde uønskede hendelser/avvik. Dette gjeldende både for leger og sykepleiere. Dette problematiserer også Riksrevisjonen (2016) ved å trekke frem at det å definere visse typer hendelser som meldepliktige, kan føre til at det er kun disse hendelsene som fanges opp. En kan derfor undres over om dette kan føre til at de andre hendelsene ikke fanges opp eller blir nedprioritert? En manglende klarhet blant klinikerne (leger, sykepleiere og andre helsepersonell) om hvem som er ansvarlig for å rapportere uønskede hendelser er også trukket frem som et problem knyttet til avviks- og rapporteringssystemer i studien til Stavropoulou et al. (2015). Riksrevisjonen (2016) trekker også frem at helseforetakene i liten grad utnytter informasjonen fra de meldte uønskede hendelsene for å identifisere

risikoområder og forbedringsmuligheter, herunder at informasjonen ikke anvendes på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

I studien til Olsen & Aase (2010) vises det til at helsevesenet har forbedringspotensiale med blant annet å samarbeide vedrørende uønskede hendelser på tvers av avdelinger. Det kommer også frem at ledere i helsevesenet har et forbedringspotensiale når det kommer til å fremme forventninger og promotere viktigheten knyttet til en god sikkerhetskultur. Dette problematiseres ytterligere med at helsevesenet har utfordringer knyttet til tilbakemeldinger og kommunikasjon om uønskede hendelser, organisatorisk læring samt kontinuerlig forbedring. Viktigheten av læring belyses også i en artikkel i Pedersen (2011) hvor det vises til at helsetjenesten ikke lærer nok av de uønskede hendelsene som blir meldt. I mastergradsavhandlingen til Lybak (2010) som tar for seg en kvalitativ undersøkelse av sykepleieres egen erfaring med å melde uønskede hendelser i rapporteringssystemet Synergi, fremkommer det funn hvor noen av informantene opplevde at innmeldte uønskede hendelser var satt på agendaen i avdelingen, men ingen av informantene hadde erfart at det ble iverksatt endringer i avdelingen på bakgrunn av meldingene.
En utelukkende teknisk tilnærming til kvalitetsforbedring er i følge studien til Wiig et al. (2014) ikke tilstrekkelig for å bygge opp og opprettholde den organisatoriske forandringen som er nødvendig for å kunne forbedre kvaliteten. Ledelse, verdier og mål, toppledelse og kommunikasjon, og koordinering, er organisatoriske og kulturelle faktorer som er avgjørende for suksess knyttet til kvalitetsforbedring.

2.3 Individ/mennesket

Et hovedfunn i Riksrevisjonens undersøkelse (2016) er at den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp.
I studien til Wiig og Aase (2007) trekkes det frem at helsepersonell under utdanning er opplært til å etterstrebe feilfri praksis. Det vises videre til at rollemodeller innen helseutdannelse forsterker begrepet ufeilbarlighet og i sykehuspraksis er følelsen av plikt til å utføre feilfri behandling sterkt internalisert. Behovet for å være feilfri kan føre til at en dekker over sine feil i stedet for å innrømme dem. Det trekkes også frem at det er viktig å merke seg at utfordringene knyttet til læring av feil ikke bare er lagt til enkeltindividet, men gjelder også mangler på alle nivåer i organisasjonen som blant annet organisatoriske, samfunnsmessige og kulturelle aspekter. I en studie av legers holdninger utført i Storbritannia hvor 28 leger ble

intervjuet kom det frem at følelsen av skyld er en hindring for rapportering av uønskede hendelser (Waring, 2005). Studien viser til en motvilje til åpenhet rundt erfaringer vedrørende uønskede hendelser, grunnet en engstelse for å bli holdt individuelt ansvarlig. Dette er i følge studien til Fitzgerald, Cawley og Rowan (2011) også gjeldende for sykepleierne, hvor skyld og redsel for å bli holdt individuelt ansvarlig kan påvirke graden av rapportering av uønskede hendelser. Studien til Kelly, Blake & Plunkett (2016) viser til at den negative innvirkningen også kan svekke individets kliniske ytelse. Dette kan forverres dersom en opplever en straffende tilnærming på bakgrunn av rapportering av en uønsket hendelse. Dette kan ifølge Kelly et. al. (2016) redusere et fremtidig engasjement. Dette fremheves også av Riksrevisjonen som en utfordring, der omfanget av meldinger påvirkes av hvorvidt ledere og ansatte forklarer hendelsen med menneskelig svikt eller systemsvikt, og at uønskede hendelser ofte forklares ved en feil eller glipp som er gjort av enkeltpersoner. Dette kan føre til en kultur der ansatte ser på det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet som et angiversystem (Riksrevisjonen 2016).

Videre i studien til Waring (2005) fremkommer det også at det er en holdning blant legene hvor rapportering av uønskede hendelser ses på som meningsløst i de tilfellene hvor hendelser ikke kunne vært unngått og/eller er vanskelig å få rettet opp. Et annet funn var at legene opplevde en barriere mot å rapportere uønskede hendelser grunnet en følelse av anti-byråkrati og for mye tid brukt på administrative plikter.
I en senere studie av Waring (2009) påpekes det videre at helsepersonell og sykehusledere tillegger forskjellig mening og betydning av klinisk risiko. Leger reflekterer ofte mer vitenskapelig, og har et mer pasientrettet fokus, mens ledere ser på risiko på en måte som tilrettelegger for forbedret organisatorisk kontroll. På en annen side sies det lite om hva lederne selv tenker om håndtering av innmeldte uønskede hendelser og hva de opplever som nyttig?

2.4 Teknologi

Det er påpekt flere årsaker til manglende rapportering og læring av uønskede hendelser, men teknologien i seg selv, altså det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet kan også være en medvirkende årsak (Thornam, 2006).
Gong et al. (2017) skriver i sin studie at det i de elektroniske avviks- og rapporteringssystemene er rapportert om en stor mengde unøyaktig og ufullstendig

informasjon, som inkonsekvente poster og feilklassifiseringer. De trekker videre frem at i likhet med elektronisk pasientjournal er datakvaliteten, med hensyn til nøyaktighet, fullstendighet og aktualitet vært en hovedbekymring. Tidligere studier har også vist at kvalitet og frekvens på rapportering kan bli sterkt påvirket av brukergrensesnittet, forbundet med menneskelige faktorer (Gong et al., 2017)
I studien til Kingston et al. (2004) fremkommer det utfordring knyttet til at avvikssystemet ga liten eller ingen respons på meldte uønskede hendelser. Å motta respons på de meldte hendelsene, kan være en motiverende faktor for å melde uønskede hendelser. På den andre siden kan manglende respons gjøre at de ansatte ikke melder da det oppleves som bortkastet i en travel arbeidssituasjon. Videre påpekes det at informantene ønsket en forenklet meldeprosses, med skjemaer tilpasset de ulike brukergruppene, slik at tidsbruken på det å melde en uønsket hendelse reduseres. Studien til Fitzgerald et. al. (2011) problematiserer det å ha et tungvint system sammen med en travel arbeidshverdag, og viser til at dette sammen kan være en barriere for å melde uønskede hendelser. Frontpersonalet utfører oppgaver som krever høy grad av kunnskap, er svært variable og utføres i kundens (pasientens) fysiske tilstedeværelse. Dette gjør at helsepersonellets fokus på pasientens komfort og sikkerhet her og nå, kan forringe bevisstheten om behovet for å forbedre organisasjonssystemet (Tucker & Edmondson, 2003).

Riksrevisjonen (2016) trekker frem flere funn fra sin undersøkelse som problematiserer utfordringer knyttet til bruken av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet. For de som kun anvender systemet sporadisk kan det være utfordrende å bruke systemet. Det vises også til funksjoner som ikke er tatt i bruk eller ikke fungerer, noe som resulterer i at det er vanskeligere å melde i systemet, som videre fører til at uønskede hendelser ikke blir meldt. Ï følge Riksrevisjonen (2016) er det at de ansatte har tilgang til avvikssystemet, kjenner til hvordan de bruker det og har tid til å melde, en avgjørende faktor som påvirker hvorvidt uønskede hendelser blir meldt og hvordan disse følges opp. Flere mente at det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet har en høy brukerterskel, og de opplever den elektroniske løsningen som et hinder for å melde. I tillegg opplever ansatte tidspress som et hinder. Riksrevisjonen (2016) viser videre til funn hvor de ansatte savner opplæring i deres elektroniske avviks- og rapporteringssystem. Selv de ansatte med lang ansiennitet har aldri fått spesiell opplæring i å melde uønskede hendelser. I rapporten til Olsen (2007) trekkes det frem mangel på ressurser til opplæring som en viktig årsak til underrapportering. Dette støttes også av studien til Fitzgerald et al. (2011) der funnene viste til at der sykepleierne ikke

hadde fått god opplæring i systemet ble det også en barriere for å melde uønskede hendelser i systemet. På den annen side sier ikke studien noe om god opplæring i systemet fører til en høyere grad av rapportering. Studien til Olds og Clark (2010) problematiserer overtid og en stressende hverdag med antall uønskede hendelser hvor det ses en klar sammenheng mellom overtid, mer enn 40 timers arbeidsuker, og en økning i antall uønskede hendelser. Har opplæring en positiv innvirkning på melding av uønskede hendelser til tross for overtid og en stressende hverdag?

Studier nevner flere utfordringer knyttet til melding av uønskede hendelser /avvik, elektroniske avviks- og rapporteringssystemer generelt og det finnes mye forskning på barrierer som påvirker rapportering av uønskede pasienthendelser. Lederman, Dreyfus, Matchan, Knott, & Milton (2013) trekker frem at elektronisk systemer har vært i bruk en del år men at det er et misforhold mellom rapporteringsfrekvens og forekomsten av avvik. De viser videre til at rapporteringsfrekvens ikke har økt etter innføring av elektroniske rapporteringssystemer og at nytteeffekten dermed ble oppfattet som lav
.
Med bakgrunn i ovenstående utfordringer undret gruppen seg over på hvilke måter Synergi er en suksess ved Diakonhjemmet sykehuset. Gruppens initiale undring førte videre til et fokus på hvilke erfaringer ledere har med bruk av Synergi og deres opplevelse av nytteverdi ved bruk av systemet inn i det daglige arbeidet ved Diakonhjemmet sykehus.

2.5 Problemformulering

Hvilke erfaringer har ledere ved Diakonhjemmet sykehus med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi?

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet vil det innledningsvis presenteres en kort bakgrunn av behovet for informasjonssystemer og evalueringsmodeller. Videre presenteres et sammendrag av DeLone og McLeans IS suksess modell (1992; 2003), samt Seddon (1997) sin kritikk av denne modellen. Til slutt fremkommer en gjennomgang av studien til van der Meijden, Tange, Troost og Hasman (2003). Bakgrunnen for valg av teori beskrives nærmere i kapittel 4.0.

3.1 IT investeringer og "produktivitetsparadokset"

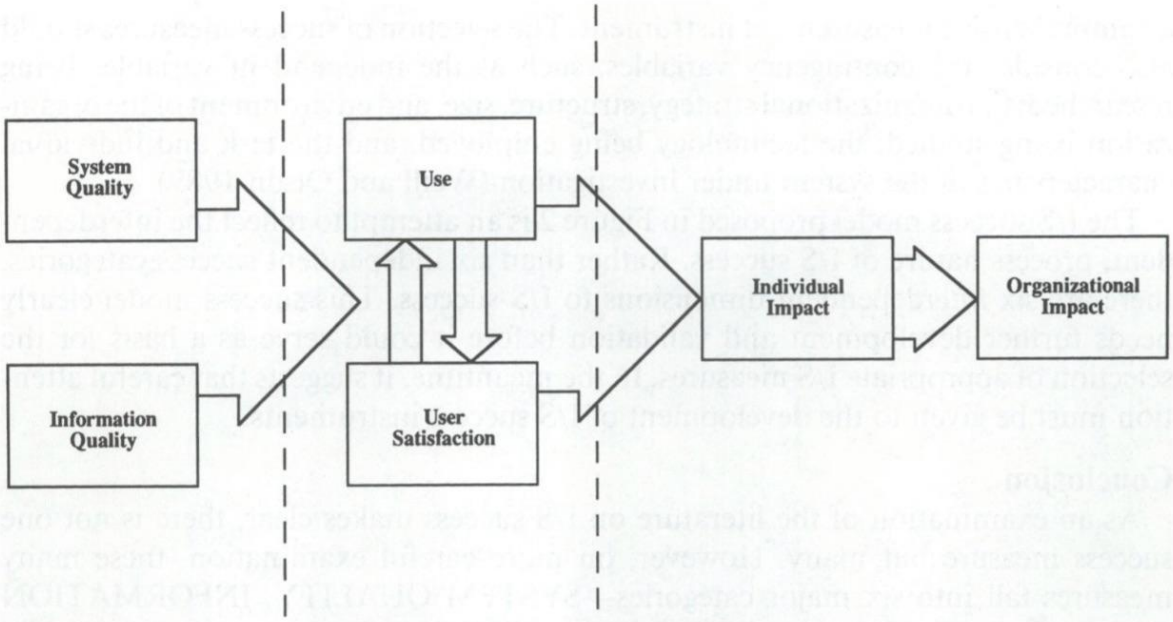
Forholdet mellom IT investeringer og effektene av disse var en utfordring/problemstilling for flere forskere på 70- og 80-tallet (Brynjolfsson, 1993). Sett i lys av det enorme løftet og investeringen innen IT på denne tiden, oppstod det uten kjent årsak en kraftig nedgang i produktiviteten. Uoverensstemmelsen mellom investeringen av IT og produksjonen ble kjent som "produktivitetsparadokset". Den økende interessen for "produktivitetsparadokset" førte til betydelig forskning. Å evaluere informasjonssystemer og effekten av dem er svært utfordrende, og det spesielt da det manglet gode verktøy for dette. Det ble derfor viktig å utvikle modeller som kunne hjelpe organisasjoner med å måle effekt, gevinster og suksess, og på denne måten forsvare og rettferdiggjøre de dyre IT investeringene (Brynjolfsson, 1993).

3.2 DeLone og McLean IS suksess modell - D&M 1 og D&M 2

En av de mest anerkjente og velutprøvde modellene for å forklare og evaluere informasjonssystemers suksess er modellen til DeLone & McLean, IS Suksess Modell (D&M 1), som ble utviklet i 1992 (DeLone & McLean, 1992). DeLone & McLean (1992) gikk igjennom 180 konseptuelle og empiriske studier, hvor målet var å organisere de mange ulike aspektene ved informasjonssystemer som tidligere hadde blitt adressert, slik at det kunne utarbeides en beskrivende modell for IS suksess. For at modellen skulle være nyttig, påpekte DeLone & McLean (1992) at den må være både komplett og samlende. Modellen må være tilstrekkelig enkel i bruk, slik at den ikke blir så kompleks at den mister sin forklarende verdi. Det er også viktig at det ble definert operative uavhengige variabler, som kan identifiseres og brukes til å forutsi fremtidig IS suksess (DeLone & Mclean, 1992).

Modellen er blitt nøye testet og evaluert, og er akseptert av flere til å være en god forklaring på hvilke faktorer som både enkeltvis og samlet, påvirker et informasjonssystem. Modellen inneholder/identifiserer seks kategorier/faktorer som kan måle IS-suksess: System Quality,

Information Quality, Use, User Satisfaction, Individual Impact og Organizational Impact (DeLone & McLean, 1992, s. 87).



Figur 5. I/S Success Model (D&M 1). Fra *Information Systems Success: The Quest for the Dependent Variable,* av W. H. DeLone & E. R. Mclean, 1992.

De ulike faktorene påvirker og er avhengig av hverandre (DeLone & McLean, 1992). System Quality og Information Quality påvirker både Use og User Satisfaction. Mengden av Use kan påvirke graden av User Satisfaction både positivt og negativt. Use og User Satisfaction er direkte forløpere av Individual Impact. Innvirkningen på Individual Impact bør til slutt ha noen grad av Organizational Impact (DeLone & McLean, 1992).

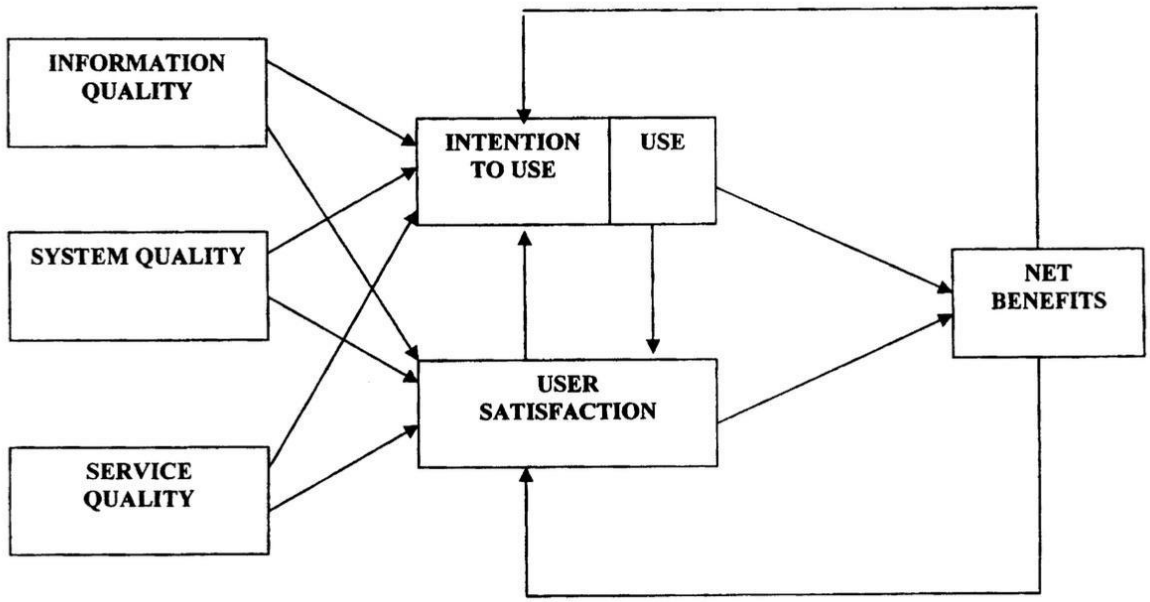
Noen forskere uttrykte skepsis til modellen til DeLone & McLean (1992). I følge Seddon (1997) er hovedutfordringer knyttet til modellen at den kombinerer både varians- og prosessforklaringer, noe som kan føre til flertydige betydninger av modellen. Det argumenteres for at mennesker kan ha vanskelig for å se to meninger samtidig, noe som kan føre til at kategorier og piler i modellen kan bli misforstått. Seddon (1997) hevder at «Use» variabelen er uklar, da det er mulig å identifisere tre mulige betydninger; nytten av bruk, fremtidig bruk eller som hendelse i en prosess.

DeLone & McLean (1992) var klare på at det var intern avhengighet mellom de seks kategoriene i modellen, og at de ikke kunne benyttes som individuelle variabler. Det vil si at hver enkelt variabel alene ikke sier noe om suksess, man må se på modellen som en helhet

som ikke kan «plukkes fra hverandre». Modellen fremstiller IS suksess basert på en prosessmodell (B følger A), men som har en temporal og kausal innflytelse for IS suksess.

Ti år etter utarbeidelsen av DeLone & McLean (1992) IS Suksess Modell (D&M 1), utviklet DeLone og McLean (2003) forbedringer og en oppdatert IS Suksess Modell (D&M 2). Dette basert på tilbakemeldinger og utvikling innen forskning på IS suksess og endringen innen IS praksis. For å oppdatere modellen har de gjennomgått mer enn 100 artikler siden 1993.

Sett opp imot kritikken fra Sheddon (1992) påpeker DeLone & McLean (2003) at Seddons forslag vil gjøre modellen mer komplisert. DeLone & McLean (2003) mener D&M 2 kan være en både prosess- og kausalmodell på bakgrunn av at modellen viser at kausaliteten går i samme retning som informasjonsprosessen, og velger dermed å ikke endre på modellen. Imidlertid er Service Quality inkludert som en komponent for IS suksess i den nye modellen. Dette grunnet de store endringene informasjonssystemer hadde gjennomgått de siste tiårene, samt ny forskning på feltet.
På bakgrunn av utfordringer knyttet til tolkning av aspektet Use ble Intention to Use lagt til som et alternativ, der Intention to Use blir beskrevet som en holdning og Use som en atferd/handling. Individual Impact og Organizational Impact ble slått sammen til kategorien Net Benefits for å ikke gjøre modellen mer kompleks, og da en så at det i D&M 1 opptrådte flere effekter på ulike nivåer en forutsatt.



Figur 6. Updated D&M IS Success Model (D&M 2), Fra *The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update*, av W. H. DeLone & E. R. McLean, 2003.

De ulike kategoriene i modellen innehar ulike variabler som DeLone og McLean (2003) beskriver slik (kategoriene er oversatt til norsk, og vil heretter omtales på norsk):

Informasjonskvalitet (Information Quality): Tar for seg kvaliteten på informasjonen i systemet, i hvilken grad den er tilstrekkelig og tilfredsstillende for brukerne eller ikke. Data og informasjon fra systemet vurderes med tanke på hvordan systemet håndterer informasjonen i sin helhet og om den er fullstendig og trygg. I tillegg vurderes relevans, nøyaktighet og kvalitet, samt hvor lett informasjonen forstås av brukeren.
Systemkvalitet (System Quality): Beskriver de tekniske suksesskriteriene og kan beskrives som den helhetlige kvaliteten på systemet. Egenskaper som vurderes er brukervennlighet, tilgjengelighet, pålitelighet, design, funksjonalitet, responstid, nedetid og integrasjon med andre systemer.
Servicekvalitet (Service Quality): Kategori som vurderer kvaliteten på systemets driftssikkerhet og kvaliteten på IT support/brukerstøtte, uavhengig om det er en del av organisasjonen eller ekstern part. Det ses på om det er godt nok utstyr som hardware/software og om brukerne får tilgang til å tilegne seg kunnskaper slik at de kan bruke systemet slik det er tiltenkt.
Intensjon om bruk/Bruk (Intention to Use/Use): Intensjon om bruk beskriver en holdning, mens bruk er det man faktisk gjør. Intensjon om bruk kan videre si noe om at økt brukertilfredshet kan føre til en mer positiv holdning til systemet og derav kan oppmuntre til mer bruk. Dette er en sammensatt kategori, hvor en kan se på hvor mye systemet faktisk blir brukt og hvordan bruken er, samt om formålet med systemet blir oppnådd. Bruken må være frivillig og ikke tvungen for at denne variabelen skal være gyldig.
Brukertilfredshet (User Satisfaction): Her vurderes brukernes erfaringer med systemet, samt hvordan de opplever å bruke det, tilfredshet med spesifikasjonene og hvor fornøyde de er. Brukertilfredshet avhenger av kontekst og hvem du spør, da bruken kan være både frivillig og tvungen. Her måles tilfredshet og holdninger, og kategorien ser på interaksjonen mellom brukeren og informasjonssystemet.
Nytteverdi (Net Benefits): Her vurderes effekter for organisasjonen, som reduserte kostnader og spart tid. DeLone & McLean (2003) påpeker nytteverdi som det viktigste suksessmålet da det ser på balansen mellom positiv og negativ effekt av systemet. Kategorien må derfor bli målt sammen med øvrige faktorer. En høy nytteverdi kan forsterke bruk og brukertilfredshet som igjen påvirker intensjon om bruk. På lik linje som system som

gir lave gevinster kan påvirke negativt. Ved måling av nytteverdi må det tas hensyn til om effekten sees fra organisasjonens perspektiv eller av den individuelle part.

Det er den samlede verdien av kategoriene som i følge DeLone & McLean (2003) er avgjørende for om en organisasjon ønsker å investere i et system eller ikke. Når en måler/vurderer de samlede effektene skal dette gjøres ut i fra konteksten og målet for hver investering eller handling som er gjort i det aktuelle IS systemet (DeLone & McLean, 2003).

3.3 Suksessatributter

Samme år som som Delone og Mclean (2003) kom ut med sin oppdaterte IS Suksess Modell (D&M 2) ble en review-studie av van der Meijden et al. (2003) publisert. van der Meijden et al. (2003) gjorde en større gjennomgang av engelsk og nederlandsk litteratur, omhandlende evaluering av informasjonssystemer, publisert i perioden mellom 1991 til 2001. For denne studien ble det tatt utgangspunkt i å analysere evalueringsstudier omhandlende pasientbehandlingssystemer hvor helsepersonell selv måtte legge inn og hente ut data. Formålet var å identifisere attributter som bidro til suksess tilknyttet slike systemer, i tillegg å teste rammeverket til DeLone og McLean (1992) sin IS Suksess Modell (D&M 1) for å kategorisere attributtene korrekt. Basert på seleksjonskriterier ble det valgt ut og gjennomgått trettitre studier, herunder både deskriptive, korrelasjons-, komparative-, og casestudier. Under de seks kategoriene fra D&M 1 plasserte van der Meijden et al (2003) relevante attributter som kan bidra til suksess.
Et funn var at verdien av et elektronisk informasjonssystem ofte ble målt opp mot verdien av papirbaserte løsninger, hvorpå sistnevnte stod som "gullstandarden". Dette til tross for sine kjente begrensninger. Videre påpekes at definisjonen av suksess er fluktiv over tid, hvor et system som i dag kan anses som en suksess, innen en viss tid kan ansees som en fiasko, basert på tekniske begrensninger eller endrede forventninger og krav (van der Meijden et al., 2003). For å kompensere for disse faktorene er det avgjørende med en evaluering som inkluderer synspunkter til alle involverte interessenter.

Deres funn viser videre at innføringen av nye systemer innen helsevesenet i hovedsak bedømmes etter hvilken direkte verdi systemet har for pasientbehandlingen. Systemer som ikke anses som direkte relevant, vil kunne få mindre aksept. Der helsepersonell selv må registrere data inn i systemet sees det spesielt utfordringer, hvor slike systemer ikke alltid er

like suksessfulle. Studien påpeker videre at definisjonen av suksess er avhengig av flere faktorer, som situasjonen, målene og interessentene, og for å finne ut om et spesifikt system har vært suksessfullt må det evalueres grundig. van der Meijden et al. (2003) konkluderte med at modellen til DeLone og McLean (D&M 1) er overførbar til informasjonssystemer i helsesektoren, men at resultatene viste at noen av attributtene ikke passet under de seks suksessfaktorene/kategoriene, da de isteden var relatert til tre kategorier av betingede faktorer: systemutvikling, implementeringsprosessen og organisasjonskultur. van der Meijden (2003) mente at dette indikerte at D&M 1 burde utvides og at disse faktorene burde inkluderes, da de kan påvirke graden av suksess- eller fiasko for slike informasjonssystemer (Meijden et. al., 2003).

4.0 METODE

I dette kapittelet vil det redegjøres for de metodiske valgene og hvordan dette er gjennomført. Videre beskrives datainnsamling, utforming av intervjuguide, utvalgskriterier og utvalg av informanter. Dette vil muliggjøre etterprøvbarhet, som innebærer at andre kan få innsikt i de valgene som er tatt, samt kunne gjøre vurderinger av arbeidet som er gjort. Det vil også redegjøres for litteratursøk og hvilke databaser som er benyttet. Kapittelet vil innledningsvis beskrive begrunnelse for valg og bruk av metode og avsluttes med metodiske overveielser, hvor det beskrives styrker og svakheter med den anvendte metoden.

4.1 Valg av metode/forskningsdesign

Kvalitative studier har som hensikt å utforske meningsinnholdet i ulike fenomener, slik de oppleves av de involverte (Malterud, 2011). Metoden egner seg når en skal studere et fenomen som det finnes lite informasjon om fra tidligere og dersom man ønsker å undersøke menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (Malterud, 2011).
I denne oppgaven er det valgt å følge en kvalitativ metode, hvor DeLone & McLean (2003) sin modell for IS suksess (D&M 2) og van der Meijden et al. (2003) sine suksessattributter er benyttet som teoretisk referanseramme slik beskrevet i kapittel 3.0. Bakgrunn for valg av denne teorien, er for å kunne gi støtte og struktur, samt øke forståelsen for tema. Teorien kan bidra til å understøtte forskningen, samt gi svar på vår problemstilling. Dette vil omtales nærmere under kapittel 4.3DeLone & McLean (2003) og van der Meijden et al. (2003) er brukt som støtte i analysearbeidet, men det er ikke forsøkt å videreutvikle eller utarbeide nye teorier.

4.2 Semistrukturerte intervjuer

En utbredt metode innenfor kvalitativ datainnsamling er intervju. Denne formen egner seg når forskeren har behov for å gi informantene større frihet til å uttrykke seg enn det et strukturert spørreskjema vil tillate (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Det er som metode valgt å benytte kvalitativt forskningsintervju for å søke å forstå verden sett fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2015), samt for å gå i dybden og få detaljerte beskrivelser i forhold til temaet i oppgaven (Johannessen et al., 2016). Intervjuer kan være mer eller mindre strukturert. Det benyttes en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2), også kalt delvis strukturert, der det er utarbeidet en overordnet intervjuguide på forhånd. Spørsmål, tema og rekkefølge kan variere og bevege seg frem og tilbake. Samtidig vil intervjuguiden

være et verktøy som bidrar til struktur og hvor intervjueren får en viss standardisering (Johannessen et al., 2016).

En samtale hvor to personer utveksler synspunkter om et emne de er opptatt av, kan defineres som et intervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er valgt å benytte én-til-én-intervjuer, da det ønskes informasjon om erfaringer og opplevelser fra informantene. I denne undersøkelsen er hovedformålet å få kunnskap om informantenes erfaringer med Synergi.

4.3 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås (Johannessen et al., 2016). Intervjuguiden er utviklet med utgangspunkt i DeLone og Mclean (2003) IS Suksess Modell (D&M 2) og van der Meijden et al. (2003) suksessattributter beskrevet i kapittel 3.0 (Vedlegg 2). Spørsmålene er kategorisert etter de seks faktorene/kategoriene som fremkommer i modellen (D&M 2). Kategoriene er vektlagt likt. For de forskjellige kategoriene ble det laget én til fem hovedspørsmål, som var åpne slik at informantene kunne snakke fritt og upåvirket. Flere av spørsmålene hadde underpunkter/underspørsmål for å bidra til å dekke og utdype de forskjellige temaene. Samtidig som at disse fungerte som en "sjekkliste" for intervjueren, for å sikre at en kom innom de områder som informanten selv ikke fortalte om (Johannessen et al., 2016). Underpunktene/underspørsmålene er også delvis basert på suksessattributtene til van der Meijden et al. (2003). De første spørsmålene i intervjuguiden er spørsmål omhandlende bakgrunnsinformasjon. Johannessen et al. (2016) påpeker at dette er viktig i den første fasen for å skape en relasjon og et tillitsforhold til informanten. Helt først i intervjuguiden ses det en informasjonsdel, som tar for seg den informasjonen som ble gitt til informantene før intervjuets start.

Det ble på forhånd utført testintervjuer. Dette både for å øve på intervjusituasjonen og hvordan en skulle håndtere ulike svar, men også for å kvalitetssikre at spørsmålene ikke var ledende eller uforståelige for informantene.

4.4 Utvalg og tilgang til feltet

Det har blitt gjort et strategisk utvalg av informanter. Med dette menes at det er de personene som har størst forutsetning for å belyse problemstillingen, som har blitt kontaktet (Malterud,

2011). Ettersom at enhetsledere er de som vanligvis mottar Synergimeldingene først, og som da er første ledd i saksbehandlingen ble det vurdert at enhetsledere ved de ulike avdelingene ville kunne belyse vår problemstilling. Det ble videre vurdert at det var ønskelig å kontakte enhetsledere ved flere av de kliniske avdelingene ved sykehuset. Det ble bestemt at det kun var aktuelt å intervjue enhetsledere i kliniske enheter, både fordi problemanalysen tok retning mot den kliniske utøvelsen, samt at enhetsledere i administrative stillinger ville ha noe ulikt erfaringsgrunnlag, og mulig andre referansepunkter for bruk av Synergi. For å tilstrebe likhet rundt bruk med systemet ble dermed ikke enhetsledere i administrative stillinger inkludert i undersøkelsen. I følge Malterud (2011) er det viktigere å skaffe et relevant utvalg av informanter fremfor å sikre seg mange. Videre påpekes det at en kvalitativ dataanalyse fungerer best når datamaterialet inneholder rikelig informasjon om det vi skal undersøke, gjerne med flere variasjoner, uten at datamaterialet er for omfattende (Johannessen et al., 2016).
Som inklusjonskriterium skulle informantene vært enhetsleder i minst et år, samt inneha saksbehandlerfunksjon i Synergi dette året.

Det ble innledningsvis tatt kontakt med HR-direktør ved sykehuset. Prosjektet ble deretter presentert av HR-direktør på sykehusledermøtet for videre forankring, der avdelingssjefene ved hver kliniske avdeling ble bedt om å bistå med å rekruttere informanter som passet med inkluderingskriteriene. Det ble også besluttet at prosjektet skulle benyttes som et kvalitetsprosjekt for sykehuset, og at prosjektet derfor måtte gjennom en vurdering ved sykehusets Forskningsutvalg. Videre måtte gruppen søke til sykehusets personvernombud og få dette godkjent før rekrutteringsprosessen kunne påstartes.
Det ble sendt søknad (elektronisk via Questback) til personvernombudet. Det ble i tillegg sendt e-post med følgende vedlagt: *Forespørsel og samtykkeskjema til informanter* (vedlegg 4), *NSD godkjennelse* (vedlegg 8), FEK godkjenning (Vedlegg 7), *søknad om tillatelse til innhenting av data* (vedlegg 3) og *intervjuguide* (Vedlegg 2). Videre ble det sendt søknad til Forskningsutvalget (vedlegg 6), som også var i dialog med personvernombudet. Etter at det formelle var på plass, ble det sendt en e-post til avdelingssjefene ved de aktuelle kliniske avdelingene, vedlagt i e-posten var: *Forespørsel og samtykkeskjema til informanter* (vedlegg 4). Det ble videre henvist til sykehusledermøtet, og det ble forespurt informanter til masterprosjektet i henhold til inklusjonskriteriene. Det var varierende respons fra avdelingssjefene, der noen oppga navn på aktuelle informanter, mens andre ønsket at det ble tatt direkte kontakt med aktuelle informanter ved avdelingen. Underveis ble også assisterende

enhetsledere inkludert i utvalget, i de tilfeller hvor saksbehandlerfunksjonen var delegert. Det var totalt ni enhetsledere som ble forespurt å delta i undersøkelsen. Av disse takket åtte ja til å delta. De aktuelle informantene ble kontaktet på e-post, hvor ønske om tidspunkt ble avklart. *Forespørsel og samtykkeskjema til informanter* (vedlegg 4), ble vedlagt.

4.5 Gjennomføring av intervju

Det ble gjennomført totalt åtte intervjuer med seks enhetsledere og to assisterende enhetsledere. Intervjuene ble gjennomført på Diakonhjemmet sykehus våren 2019.
Under alle intervjuene deltok alltid to, vekselvis som intervjuer og observatør. Det ble på forhånd avtalt at observatøren skulle ta notater og ved behov bidra med oppfølgingsspørsmål underveis. Alle intervjuene startet med en introduksjon hvor det ble gitt informasjon til informantene om bakgrunn og formål med studien, hva deltakelse innebar, hva som skjer med informasjonen etter at studiet er ferdig, samt informasjon om frivillig deltakelse.
Alle informantene fikk i tillegg utdelt et informasjonsskriv, og måtte signere samtykke for deltakelse i studien (Vedlegg 4).
Ettersom at studien ble gjennomført på forfatterne sin egen arbeidsplass, hadde alle forhåndskunnskaper om den sosiale konteksten. Det ble fortløpende gjort en vurdering, hvor det fortrinnsvis var den som hadde minst kjennskap til de aktuelle informantene, som også gjennomførte intervjuet. Det var særlig viktig å være seg bevisst intervjuatferd og forskningseffekter. Dette blir nærmere redegjort for under kapittel 4.8
Intervjuene ble estimert til å vare i ca. 25-30 minutter, og for de fleste av intervjuene ble denne tidsrammen overholdt. Lengden på intervjuene varierte fra ca. 20-40 minutter. Alle intervjuene ble gjennomført på egnet kontor. Intervjuene ble gjennomført spredt over en periode på ca. fire uker.
I tillegg til spørsmålene fra intervjuguiden fikk alle informantene et åpent spørsmål avslutningsvis, om de hadde informasjon de ønsket å dele eller som de opplevde ikke hadde kommet frem tidligere i intervjuet. I følge Johannessen et al. (2016) kan dette bidra til å runde av intervjuet på en ryddig måte. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker.
Intervjuer ble gjennomført inntil det ble opplevd et "metningspunkt", der det ble vurdert at det var innsamlet tilstrekkelig data. I følge Kvale & Brinkmann (2015) skal en intervjue så mange personer som er nødvendig for å finne ut det en trenger å vite.

4.6 Transkribering og analyse av intervjuer

Intervjuene fra lydopptakene ble transkribert fortløpende. Intervjuene ble transkribert ordrett og eventuelle navn som ble nevnt under intervjuet ble anonymisert. De transkriberte intervjuene ble deretter kvalitetssjekket, for å sikre at mening ikke ble endret eller vesentlige elementer utelatt. Det ble også notert tanker underveis med foreløpige tolkninger og funn. Lydopptakene ble slettet etter fullført transkribering. Transkriberingen er første del analysen. "Å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer." (Johannesen et al., 2016, s.162). Hensikten er å avdekke et budskap eller en mening, samt finne et mønster i datamaterialet, slik at problemstillingen kan besvares (Johannessen et al., 2016). Å arbeide med tekst kan by på utfordringer. I Johannessen et al. (2016) påpekes det at ord kan tillegges flere meninger, som kan gjøre dem vanskeligere å flytte på og arbeide med. Det kan derfor være utfordrende å få oversikt over den informasjonen som ligger i datamaterialet.

I denne studien ble det valgt en deduktiv tilnærming. Styrt innholdsanalyse er en deduktiv måte å arbeide med kvalitativt datamaterialet på (Hsieh & Shannon, 2005). Hsieh & Shannon (2005) beskriver dette videre som en tilnærming som er styrt av en strukturell prosess. Det vil si at man tar utgangspunkt i en eksisterende teori eller forskning, hvor kategoriene i analysen er valgt på forhånd.

DeLone og McLeans (2003) teori er også benyttet i bearbeidelse av data i forbindelse med styrt innholdsanalyse. Kategoriene i analysen ble derfor på forhånd valgt ut i fra teorien. Hvert enkelt intervju ble gjennomgått grundig og som første ledd i analysen ble transkriberingen gjennomført. Videre ble det ble deretter valgt ut meningsbærende enheter. Disse ble satt inn i egne analysetabeller innen for kategoriene, bruk/intensjon om bruk og brukertilfredshet, informasjonskvalitet, servicekvalitet, systemkvalitet og nytteverdi. Tabellene ble strukturert med følgende kolonner; spørsmål fra intervjuguiden, meningsbærende enhet, kondensert meningsbærende enhet og kode, slik beskrevet i artikkelen til Graneheim & Lundman (2004). Setninger eller utsagn som ikke var av relevans for problemstillingen eller som ikke gav mening ble ikke tatt med.

De meningsbærende enhetene som ble valgt ut var utsagn fra informantene som studentene anså relevant for tema. Videre ble den meningsbærende enheten kondensert. Graneheim & Lundman (2004) beskriver kondensering som en prosess hvor den meningsbærende enheten blir forkortet, men kjernen/meningen beholdes. Etterfølgende ble det satt en kode, som beskriver det aktuelle tekstavsnittet. Kodene er ment å gi oversikt over de mest sentrale temaene og skal på best mulig måte beskrive innholdet i uttalelsen (Graneheim & Lundman, 2004). Utvalg av meningsbærende enheter, kondensering og koding ble utført samlet.

Innenfor de forskjellige kategoriene ble det videre utarbeidet en ytterligere tabell strukturert med følgende kolonner; koder og subkategorier. Hensikten var å abstrahere meningsinnholdet som ligger i de allerede etablerte kodene. Kodene ble videre ordnet sammen under subkategorier (Johannessen et al., 2016).

4.7 Litteratursøk og kildekritikk

For å belyse temaet gjennom problemanalysen ble det utført systematiske søk etter relevant litteratur og tidligere forskning omhandlende elektroniske avviks- og rapporteringssystemer, og informasjonssystemer i helsesektoren generelt. Det ble også utført søk rettet mot utfordringer knyttet til både elektroniske og manuelle (papirbaserte) avviks- og rapporteringssystemer. Dette med bakgrunn i at mye av forskningen på feltet også var rettet mot andre utfordringer knyttet til håndtering av uønskede hendelser, og ikke nødvendigvis kun det elektroniske systemet i seg selv.

Det ble brukt ulike databaser for søk; UIA biblioteksøk (Oria), Medline (Ovid), EBSCOhost, PubMed, SveMed+, google og google scholar. MESh ord ble funnet ved å søke i Svemed+. Nøkkelord benyttet var blant annet: *uønskede hendelser/adverse events, avvik/errors, ledelse/health management, risk management. elektronisk avviks- og rapporteringssystem/electronic deviation and reporting system/electronic reporting system/incident reporting system, health information technology (HIT), informasjonsteknologi/information technology.*

Underveis i prosessen ble det naturlig å få bistand fra bibliotekar som har hjulpet med litteratursøk. Det ble søkt etter både norsk, skandinavisk og internasjonal litteratur. Søkene ble utvidet etterhvert som ord kom frem i artikler og andre dokumenter.

Det har blitt funnet store mengder artikler knyttet til temaet og de har både vært av nyere og eldre dato. Da teknologien er i rask utvikling, er det viktig å merke seg at tidligere forskning kanskje vil ta for seg problemstillinger som ikke er like aktuelle lenger. Det er mange studier som ser på ulike barrierer mot å rapportere uønskede hendelser i helsevesenet, men gjennom søk har det derimot vært lite funn knyttet til leders erfaringer med bruk av slike systemer fra et saksbehandler perspektiv.

Vi har tatt i bruk ulike forskningsartikler hvor tidsskriftene er fagfellevurdert. Kildene er brukt for å understøtte og validere utfordringsbildet. Det har i tillegg blitt anvendt andre kilder i form av bøker, mastergradsavhandlinger, fagsider, oppslagsverk, lover, forskrifter og reformer, samt andre offentlige dokumenter. Lover, forskrifter og reformer er hentet via lovdata.no og regjeringen.no. Det har vært kontrollert at en anvender siste versjon. De offentlige dokumentene har bidratt til å belyse oppgavens tema, og regnes for å være troverdige (Kildekompasset, 2015a). Bøker er i hovedsak pensumbøker eller andre fagbøker som utgitt av anerkjente forlag og kan derfor regnes å gi god kildeverdi (Kildekompasset, 2015b). Artikler og dokumenter som er hentet fra ulike fagsider, har vært publisert av seriøse organisasjoner.
Det har vært særlig nyttig å se i litteraturlisten til andre forskningsartikler for å få tips til andre aktuelle kilder. Det har vært et spesielt fokus på å anvende primærkilder. Dersom det har vært mulig, har primærkilden generelt blitt anvendt.

4.8 Etiske overveielser

Det ble gjennom hele studien tatt etiske hensyn. Forskning innebærer etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen, et al., 2016).»Etiske hensyn innebærer derfor at man som forsker tenker på hvordan et tema kan belyses, uten at det får etiske uforsvarlige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper av mennesker eller hele samfunn» (Johannessen et al., 2016, s. 85). Dette innebærer særlig informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, respekt for privatliv og ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016).
Det var frivillig å delta i undersøkelsen og informantene ble informert om at de når som helst kunne trekke seg. Som tidligere nevnt (kapittel 4.5), skrev informantene under på en samtykkeerklæring før intervjuet. Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon vedrørende konfidensialitet rundt opplysningene og at ingen uttalelser kan føres tilbake til enkeltpersoner. Informasjonen i samtykkeerklæringen ble informert muntlig til hver informant. Informantenes svar er anonymisert, lydopptakene er slettet etter transkribering, og det transkriberte materialet vil bli makulert når masterprosjektet er sensurert våren 2019. Intervjueren har hatt stor fokus på å ikke stille ledende spørsmål, og det ble lagt tilrette for at informantene kunne snakke fritt. I november 2018 ble det vedtatt nye rutiner gjeldende for alle forskningsprosjekt og studentprosjekt ved Universitetet i Agder; «Rutinar for behandling av personopplysningar i forsking og i studentoppgåver» (Universitetet i Agder, 2018). Det har vært et særlig fokus å overholde disse rutinene.

Masterprosjektet ble meldt til NSD - Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD er personvernombud for forsker- og studentprosjekter. Søknaden ble etter kort tid godkjent og dermed vurdert til at masterprosjektet tilfredsstiller krav til personopplysninger (Vedlegg 8). Videre ble det søkt til Fakultets Etikkomité (FEK) ved Universitetet i Agder, som har foretatt en etisk vurdering av prosjektet (Vedlegg 7). Det ble i tillegg innhentet tillatelse fra Forskningsutvalget (vedlegg) og personvernombudet (vedlegg 5) ved Diakonhjemmet Sykehus.

4.8.1 Forske på egen arbeidsplass - Forforståelse

Det er viktig at forskeren er klar over betydningen av sin egen rolle og holdninger i samhandling med informantene, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene og den forforståelsen som forskeren innehar (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009).
For dette masterprosjektet er det valgt å forske på egen arbeidsplass, Diakonhjemmet Sykehus. Dette da det oppleves motiverende å forske på noe som gir nytteverdi i egen organisasjon, samtidig som alle deler en stor interesse og engasjement for temaet.
En ser for seg at det er en fordel å være godt kjent med organisasjonsstrukturen ved sykehuset, samt de grunnleggende rutinene knyttet til det å melde/saksbehandle i eget avviks- og rapporteringssystem. Denne forhåndskunnskapen kan i utgangspunktet bidra til å unngå feilslutninger og misforståelser. På annen side er det viktig å holde en viss avstand mellom forskeren og forskningsobjektene, for å sikre objektivitet og unngå at innsamlingen av data blir farget av forskerens holdninger for forforståelse (Johannessen et al., 2016). Da en selv anvender systemet og innehar en faglig kompetanse, kan dette være utfordrende. Det har derfor vært et spesielt viktig å ha et fokus på at det ikke skal kommuniseres forventninger om funn ved intervjuene. Det er viktig å være bevisst egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen, da dette lett kan påvirke hva vi vektlegger, spesielt i utviklingen av intervjuguiden og hvordan funn/data blir diskutert.

NSD - Personverntjenester (2018) påpeker at det kan være vanskelig å si nei til å delta i intervjuer dersom en har et profesjonelt forhold til deltakerne. Dette er et viktig forhold å være bevisst og i slike tilfeller er det særlig viktig å understreke frivilligheten av å delta. Likevel vil det trolig oppleves motiverende å delta når det er kollegaer som gjennomfører undersøkelsen.

4.9 Metodiske overveielser (styrker/svakhet ved metoden)

Malterud (2011) beskriver en svakhet ved kvalitativ metode som at den begrenser mulighetene for å fange et stort antall informanter, altså et snevert utvalg. Samtidig hevder Malterud (2011) at denne metoden har sin styrke ved å stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier. Da undersøkelsens hensikt er å fange beskrivelser av opplevelser og erfaringer, er denne metoden å anse som egnet, da en kan spørre etter mening, betydning og nyanser.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) trekker frem at en ved kvalitativ forskning kommer nærmere informantene enn ved kvantitative studier. Dette må også ses i lys av at studien ble gjennomført på egen arbeidsplass (jf. kapittel 4.8.1).

Etter gjennomgang av intervjuene er en blitt oppmerksom på at intervjuer ikke alltid har vært konsekvent med å utdype spørsmålene. Dette da det fremkommer at det varierer om informantene har oppfattet spørsmålene rettet til deres saksbehandling i Synergi som leder, eller de ansattes melding av uønskede hendelser/avvik i Synergi. Dette burde mulig ha vært formidlet tydeligere før intervjuene. Samtidig påvirker disse rollene hverandre. Dette også sett i sammenheng med at leder i utgangspunktet også har en rolle som melder i systemet og ikke kun saksbehandler. Det ses også en mulighet for misforståelse av spørsmål, spesielt med tanke på om systemet er brukervennlig og om informasjonen er lett å forstå. Her kunne det sistnevnte også tolkes som et spørsmål om brukervennlighet.

I tillegg ser studentene at en ikke alltid har vært konsekvent med å gi de samme oppfølgingsspørsmålene til alle informantene. Det kan derfor være flere som mener det samme, eller har ulik mening, men dette kommer ikke tydelig frem. Dette kan gjøre det noe vanskelig å sammenligne svar, for enkelte av spørsmålene. Det ses også en utfordring med mengden av underpunkter/underspørsmål i intervjuguiden. Det har vært nødvendig med denne "sjekklisten", da det ikke alltid har vært utfyllende svar på bakgrunn av stilte hovedspørsmål. Samtidig ser en at underpunktene/spørsmålene er omfangsrike og at det er flere av disse som er forholdsvis like. Dette har trolig gjort det noe utfordrende å analysere datamaterialet.

4.10 Validitet, reliabilitet og troverdighet

Som kriterier for kvalitet innenfor kvalitativ undersøkelse brukes begrepene validitet (gyldighet), og reliabilitet (pålitelighet) (Johannessen et al., 2016). Reliabilitet viser til hvor pålitelige resultatene er. Dette knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke

data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides. Reliabilitet viser i hvilken grad en undersøkelse kan gi samme resultater dersom samme undersøkelse ble gjennomført på nytt (Johannessen et al., 2016).

Beskrivelse av bakgrunn for, og hensikt/formål med oppgaven samt beskrivelse og argumentasjon for valg av utvalget, metode for datainnsamling og analyse styrker reliabiliteten til prosjektet. Intervjuguide (vedlegg 2) og nøye redegjørelse av teoretisk bakgrunn for undersøkelsen bidrar også styrke reliabiliteten. I utgangspunktet er reliabilitet et vanskelig område innenfor kvalitativ metode siden forskeren bruker seg selv som instrument i datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil si at personlighetstrekk og erfaringsbakgrunn ved intervjueren påvirke informanten under intervjuet. Det kan derfor være en styrke ved at det under alle intervjuene var to til stedet i tillegg til informanten. Dette kan bidra til at intervjuene ikke er preget/farget av kun én person. Det at det ble anvendt styrt innholdsanalyse, samt en anerkjent modell for utarbeidelse av intervjuguiden ses som en styrke. Modellen kan også ha bidratt til å styrke kvaliteten på spørsmålene som ble stilt. Hsieh & Shannon (2005) viser til at en må være oppmerksom på at bruk av teori har noen begrensninger ved at forskeren nærmer seg dataene med en informert, men likevel sterk bias. Det kan dermed hende at en finner bevis/funn som er mer støttende enn ikke-støttende til teorien. Samtidig er diskusjonen av funn sterkt understøttet av forskning, som kan bidra til å legitimere argumentasjonene.

Ved validitet er det avgjørende om det som er tenkt målt blir målt og om prosessen er god nok til å besvare problemformuleringen. Det blir derfor viktig å betrakte mulig feilkilder ved undersøkelsen (Kvale & Brinkmann 2015). Johannessen et al. (2016) deler videre validitet inn i intern validitet og ytre validitet. Intern validitet viser til i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt mens ytre validitet sier noe om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Johannessen et al., 2016). Det som kan styrke validiteten i dette masterprosjektet er blant annet at det er intervjuet personer som har god kjennskap til og bruker systemet daglig i sitt arbeid. I tillegg er det intervjuet informanter fra forskjellige avdelinger ved helseforetaket. Det er også brukt mye tid på å sette seg inn i konteksten og temaet som undersøkes gjennom arbeidet med problemanalysen.

5.0 FUNN OG ANALYSE

I dette kapittelet vil funn fra intervjuene presenteres. Det er tatt utgangspunkt i en styrt innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005) og analysen er bygget opp etter inndelingen fra den utarbeidede intervjuguiden. Under hver kategori vil aktuelle funn, og et utvalg av meningsbærende enheter bli presentert i tabeller. De meningsbærende enhetene i tabellene er videre kondensert og kodet. Kodene er videre kondensert, og satt opp i egen tabell med subkategorier.

5.1 Informantenes bakgrunn

Informantene ble innledningsvis stilt tre bakgrunnsspørsmål. Alle informantene hadde lederfunksjon i form av enhetsleder eller assisterende enhetsleder og erfaringen som leder varierer fra ca. 2-12 år. Flere av informantene har også vært ansatt ved sykehuset før en gikk over i rollen som leder. Alle informantene har jobbet ved sin enhet i over 1 år og har hatt saksbehandler funksjon dette året. Informantene var fordelt på 5 ulike avdelinger innen somatikk og psykisk helsevern.

5.2 Kvalitet

Nedenfor presenteres funn knyttet til kategoriene informasjonskvalitet, systemkvalitet og servicekvalitet.

5.2.1 Informasjonskvalitet

Informantene ble spurt om hvordan de opplevde kvalitet på informasjonen de har tilgjengelig, med flere underspørsmål.

Fem informanter opplyser at kvaliteten på informasjonen de har tilgjengelig er avhengig av hva melder skriver i avviksmeldingene, videre utdyper tre av disse informantene at dette kan ha noe å gjøre med melders tid til utfyllelse. Tre informanter påpeker at melders valgte sakstype kan føre til mangelfulle opplysninger eller redusert samsvar mellom valgte sakskategori og innhold i meldingen. En informant sier at informasjonen ble mer nyttig når de hadde blitt enige om hva de faktisk skulle melde, to andre informanter trekker også frem at det er ulik oppfattelse blant de ansatte om hva som er å regne som en uønsket hendelse.

To informanter opplyser at kategoriene (hendelsestypene) for å klassifisere hendelsene ikke alltid er tilpasset den informasjonen som fremkommer i selve meldingen, og begrunner dette med manglende tid til å finne riktig kategori og manglende valgmuligheter. Dette kan gjøre det utfordrende å saksbehandle. To informanter påpeker at det er for mange faner å forholde seg til, hvorav en utdyper at ved enkelte uønskede hendelser er det kun for registreringens del og dermed unødvendig med alt det andre en må føre inn i systemet.

Tabell 1- Styrt innholdsanalyse, kategori informasjonskvalitet 1

Kategori: Informasjonskvalitet (Information Quality)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvordan opplever du kvaliteten på informasjonen du har tilgjengelig?	"Det er veldig varierende, og det-og den handler igjen om hva man bruker tid på å skrive. Det er jo mye lettere de gangene det er ordentlig utfylte hendelser, da er det.. lettere å ta tak i det på en måte, er det bare noe stikkord så er det.. vanskeligere å gå inn i det, er vanskeligere å registrere det.. Tenker ofte så tar jo melder, tar jo.. kategorisere.. avviket, og det.. setter jo noen rammer videre igjen, for behandling	Varierende kvalitet på informasjon som handler om hvor mye tid melder har brukt på å skrive. Lettere å saksbehandle ved ordentlig utfylte hendelser.Ved få stikkord er det vanskeligere å gå inn i det og registrere. Melder kategoriserer avviket, som setter rammer for videre	Varierende kvalitet på grunn av melders tid og utfyllelse Melders valg setter rammer for saksbehandli

	av det, så kan man jo endre kategorier, men.. det kan være at overskriften på kategorien passer, men.. jeg syns ikke det passer sammen med resten av det man da skal fylle ut eller ta stilling til og så er det sikkert ting man kan gi tilbakemelding på. Men det har vi ikke gjort."	behandling. Kan endre kategorier men ikke alltid overskriften da passer med resten av det man skal fylle ut eller ta stilling til. Ikke gitt tilbakemelding til de ansatte på dette.	ngen
	"...Hvis de har startet i riktig ende, eller så må jeg begynne å endre.. type og da mangler jeg på en måte allerede det personnummeret for eksempel som skulle vært lagt inn da. Og da tar det jo- det er jo det som tar tid, når jeg ikke har det, så må da gå å prøve å snakke med den enkelte som kanskje ikke er på jobb den dagen.. Så tar det jo plutselig mye mere tid. Å få komplett saksbehandling."	Sykehuset kunne gitt de som melder bedre opplæring, eller gi kontinuerlig tilbakemelding på det å klassifisere sakene, noe som vil gjøre saksbehandling jobben enklere. Tidkrevende å måtte gjøre endringer dersom melder ikke har startet i riktig ende som medfører mangelfull informasjon. Tar tid å da gå tilbake å snakke med den enkelte som da kanskje ikke er på jobb	Økt tidsbruk ved valg av feil sakstype Melders valg setter rammer for saksbehandli ngen
	"...Så det vi har-vi fant ut ganske raskt etter hvert at vi måtte tenkte hva vi skulle bruke det til…Så vi synes nå vi var ganske nyttig når vi på en måte ble litt sånn enige om hva vi melder da."	Måtte finne ut hva "hva skal vi bruke det til" og syns det har blitt nyttig etter enighet om hva som meldes.	Nytteverdi ved enighet om hva som skal meldes
	"...det er ofte litt vanskelig å kategorisere..mange av avvikene. Jeg føler at det noen kategorier som mangler der på en måte, men så har man ikke helt tid til å gå grundig inn i det for å se på ok, hva skulle det eventuelt hete…"	Vanskelig å kategorisere avvikene pga. av manglende kategorier. Har ikke tid til å gå grundigere inn for å finne riktig kategori.	Vanskelig å kategorisere avvik og manglende tid til dette
	"...Ja, folk bruker det jo litt ulikt også, noen melder jo inn hvis det kunne ha skjedd noe. Det er det jo en del av. De melder jo inn fall, og det blir jo mest som en sånn, registering..litt sånn for å bruke til statistikk. Samtidig som det må jo meldes hvis det skulle skje noe pasientene. Men veldig ofte så er det jo.. kall det, bare et fall, som ikke har ført til noe konsekvens…"	Ulik bruk. Noen melder inn potensielle skader som følge av hendelse som eks fall, som blir mest for registrering og statistikk dersom ingen konsekvens, mens det også selvfølgelig må meldes om det skulle få konsekvens.	Både faktisk og potensiell konsekvens blir meldt, der potensiell blir en del av statistikk
	"...Men det er så mye som bare.. meldes for å på en måte melde at dette har skjedd. Uten at det nødvendigvis krever så mye mer. Hvor alt det andre i Synergi blir litt unødvendig..."	Mye meldes for melde at det har skjedd, uten at det nødvendigvis kreves så mye mer. Blir unødvendig med det andre i Synergi	Synergi ber om mer informasjon enn det som synes nødvendig

Fire informanter uttrykker at de ofte må innhente mer informasjon, blant annet ved å lese i journal eller spørre melder. En informant trekker også frem at spørsmålene i det elektroniske skjema ikke er spisset godt nok mot hva de ønsker å få beskrevet. To informanter opplyser å sjelden måtte innhente mer informasjon etter mottatt avviksmelding. Flere informanter sier de opplever informasjonen som pålitelig, men to informanter trekker frem at dette kan være situasjonsbetinget eller basert på hva melder skriver. To informanter trekker også frem et behov for at legene også melder i synergi, hvorav én påpeker at legene får sykepleier til å melde for dem.

Tabell 2 - Styrt innholdsanalyse, kategori informasjonskvalitet 2

Kategori: Informasjonskvalitet (Information Quality)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvordan opplever du kvaliteten på informasjonen du har tilgjengelig?	"...jeg ofte gå etter og spørre mer konkret etter informasjon, for det.. jeg syns ikke de spørsmålene som står ved siden av de ulike rubrikkene er spissa nok i forhold til hva vi ønsker å få inn der. Det er ikke tydelig nok."	Må ofte innhente mer informasjon da informasjonen som etterspørres i utfyllingsfeltene ikke er tydelig nok i forhold til hva man ønsker av informasjon.	Kan være manglende informasjon på grunn av skjema og må da etterspørre informasjon
	"Ja. Jeg syns det er bra og det er på en måte jeg ofte- relativt lite jeg trenger å legge til eller trekke fra…Ja, sjelden behov for at jeg skal redigere eller legge til no."	Synes det er bra. Relativt lite som på legges til eller trekkes fra og sjelden behov for å redigere noe.	Trenger sjelden redigere informasjon melder har lagt inn
	"Altså nå er jo den veldig ofte veldig situasjonsbetinget. Folk er litt oppøst eller forbannet eller et eller annet sånn og da skriver man raskt en Synergi, og det er derfor det er så viktig å vente kanskje en dag eller to og så gå å snakke med den det gjaldt, for er det andre årsaker til at de skrivd Synergien eller.. Kanskje den skal tones ned eller kanskje det skal flere innspill..for det er klart at når man står i en stresset situasjon og det skjer et eller annet.. så er-kan dette være en sånn..lynavleder."	Ofte situasjonsbetinget. Melder kan være oppløst/forbannet over noe og skriver raskt inn en Synergi. Viktig å kanskje vente en dag eller to og snakke om det, da kan meldingen tones ned, eller det kan komme flere innspill. I en stresset situasjon og det skjer et eller annet kan systemet fungere som en lynavleder.	Informasjonen er ofte situasjonsbetinget Samtale om hendelse kan tone ned meldingen eller tilføre innspill

	"Nei, jeg syns det er greit. Det jeg savner er at legene bruker det. Det er bare sykepleierne som bruker det. Og de få gangene legene burde skrevet, så ber de sykepleierne skrive."	Synes informasjonen er grei, savner at ikke bare sykepleierne, men legene bruker det. De få gangene legene bruker det får de sykepleier til å skrive	Grei kvalitet på informasjon, men savner at at leger melder Leger melder gjennom sykepleier

Tabell 3 - Koder og subkategorier, kategori informasjonskvalitet

Kategori: Informasjonskvalitet (Information Quality)	
Koder	**Subkategorier**
Varierende kvalitet på grunn av melders tid og utfyllelse	Melder påvirker informasjonskvalitet
Melders valg setter rammer for saksbehandlingen	
Samtale om hendelse kan tone ned meldingen eller tilføre innspill	
Informasjonen er ofte situasjonsbetinget	
Trenger sjelden redigere informasjon melder har lagt inn	
Økt tidsbruk ved valg av feil sakstype	
Nytteverdi ved enighet om hva som skal meldes	Definisjon av hendelser
Vanskelig å kategorisere avvik og manglende tid til dette	Kategorisering i systemet
Synergi ber om mer informasjon enn det som synes nødvendig	Omfang av informasjon
Både faktisk og potensiell konsekvens blir meldt, der potensiell blir en del av statistikk	

Kan være manglende informasjon på grunn av skjema og må da etterspørre informasjon	
Grei kvalitet på informasjon, men savner at at leger melder	Informasjonen avhenger av at alle yrkesgrupper melder
Leger melder gjennom sykepleier	

5.2.2 Systemkvalitet

Under kategorien systemkvalitet ble informantene stilt et hovedspørsmål omhandlende hvordan en opplever brukervennligheten til Synergi. Det ble lagt vekt på underspørsmål knyttet til intuitivitet, design og funksjonalitet, samt tilgjengelighet.

To informanter angir at de ikke finner Synergi brukervennlig, mens resterende seks informanter gir uttrykk for at systemet er delvis brukervennlig. En informant trekker frem at systemet er brukervennlig for saksbehandler som bruker det hele tiden, men ikke for melder som bruker det sjeldent.

Med fokus på om systemet er lett å bruke (intuitivt) svarer tre informanter at Synergi ikke er intuitivt, fire informanter påpeker at det er vanskelig å forstå hvordan en skal avslutte saker, og samtidig forklarer at denne handlingen krever ekstra klikk i systemet. Tre informanter angir at Synergi er delvis intuitivt. En informant påpeker at det å melde virker greit, mens det å saksbehandle byr på tekniske utfordringer, dette trekkes også frem av en annen informant ved at design og funksjonalitet virker å være ok som melder, men ikke selvforklarende som saksbehandler.

Én informant viser til at systemet er lite praksisnært, mens to informanter nevner at det finnes funksjoner og spørsmål i systemet som ikke er selvforklarende. Samtidig nevner flere informanter at systemet oppleves som mer intuitivt, over tid, når en har blitt vant til det.

Med tanke på design og funksjonalitet forteller to informanter at det er veldig mange faner og underfaner, der en påpeker at dette burde vært enklere. Videre trekker den andre informanten frem at dette medfører ekstra klikk i systemet. Én annen informant angir at det er mange felt å forholde seg til, som man kanskje kunne ha eliminert. I forbindelse med tiltaksregistrering i systemet bemerker én informant at mål for tiltak ikke anvendes, da det oppleves som støy å få varsler kontinuerlig, når fristen for tiltaket går ut. I denne sammenheng nevner én annen informant at tiltak genererer mye mas fra systemet, da en ikke får avsluttet en sak før tiltaket er avsluttet (verifisert), og det tar gjerne lang til å få avsluttet (verifisert) et tiltak. Det påpekes

fra en tredje informant at det er utfordrende å velge fastsatte tidspunkter for når et tiltak skal være verifisert, og det heller ønskes et åpent tekstfelt. Tre informanter trekker også frem utfordringer om blant annet låste sakskategorier (HMS, pasientrelatert, driftsrelatert) og låste faner og valg i risikovurderingen.

Ingen av informantene oppgir at de har opplevd nedetid i systemet.

Tabell 4 - Styrt innholdsanalyse, kategori systemkvalitet

Kategori: Systemkvalitet (System Quality)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvordan opplever du brukervennligheten til Synergi?	"Som bruker er den grei. For meg som bruker den hele tiden. Men for mine ansatte, så er det mye opplæring hver gang. Altså folk skriver Synergi såpass sjelden, kanskje en gang i året eller noe sånn, hver enkelt, at da blir det ofte en guiding."	Opplever system brukervennlig for egen del på grunn av hyppig bruk. Krever opplæring og guiding for de ansatte hver gang, da de skriver Synergi sjeldent.	Opplever brukervennligheten som ok på grunn av mye bruk Opplæring og guiding av ansatte på grunn av sjelden bruk
	"...jeg opplever jo at når jeg har lært det, så klarer jeg å bruke det. Men det var et lite intuitivt system å bruke fra start. Så nå, tror jeg at jeg skal klare å komme meg gjennom det meste på egenhånd.. av avvikshåndtering…"	Opplever å mestre systemet etter å ha lært det. Opplevde det ikke intuitivt fra start. Kommer seg nå gjennom det meste på egenhånd.	Opplever ikke Synergi som intuitivt Mestrer Synergi etter å ha lært det
	"Nei, det er det at den ikke er selvforklarende, og det er vanskelig å komme ut av det. Når vi skal avslutte en sak, så må du gå tilbake og godkjenne og så kan du avslutte. Altså. Den er tungvint. Veldig tungvint."	Systemet er ikke selvforklarende. Veldig tungvint å avslutte en sak, da du/en må gå tilbake og godkjenne før du/en kan avslutte.	Opplever ikke Synergi som intuitivt

	"Altså jeg opplever at de har..å se-melde synergien tror jeg ikke er så vanskelig faktisk. Jeg tror det er..rimelig greit - du går inn og klikker deg inn og skriver og så kan.. så er det jo den som får alt det der tekniske trøbbelet kommer jo først..er..i den enden..."	Tror det er rimelig greit å melde i system, det tekniske trøbbelet kommer i andre enden.	Antar å melde er greit, men opplever tekniske utfordringer i saksbehandlingen
	", men akkurat det å behandle, både skrive og behandle er jo greit."	Intuitivt og greit å melde og saksbehandle	Intuitivt å melde og saksbehandle
	"...Jeg tror ikke nødvendigvis de som har laget systemet jobber med pasienter, eller jobber med forbedring hos seg selv, det vet jeg ikke. Eller praksis da. Så det er ikke så veldig praksisnært på en måte, synes jeg."	Tror ikke systemet er laget av de som jobber med pasienter eller med forbedring. Systemet oppleves ikke som veldig praksisnært.	Opplevelse av lite praksisnært system
	"Som bruker så syns jeg den er grei. Som behandler syns jeg den er vanskelig. Ikke selvforklarende. Det er ikke logisk. Det er ikke logisk for meg i hvert fall. I det hele tatt. Det er noen spørsmål der som ikke er selvforklarende i det hele tatt."	Synes det er greit som melder, men vanskelig som behandler, da det ikke er selvforklarende og logisk. Det finnes noen spørsmål i systemet som ikke er selvforklarende.	Design og funksjonalitet ok som melder, utfordrende som saksbehandler Spørsmål i Synergi oppleves ikke selvforklarende
	"...og så når jeg ferdig med alt så må jeg trykke på godkjenn. Og så lagre på nytt. Og så må jeg inn igjen igjen. For da trenger jeg trykke avslutt. Du må -ja skjønner du, så jeg tenker at. Det er veldig mye sånn klikk fram og tilbake, ut og inn og hele bildet nesten på en måte. I stedet for at det kunne vært litt sånn som når du godkjenner et journalnotat…"	Mye klikk frem og tilbake for å få avsluttet en sak. I stedet for at det kunne vært likt om når du/en godkjenner et journalnotat.	Mange klikk for å utføre handling

	"Det er kanskje litt mange felt som jeg egentlig ikke trenger å forholde oss til som man kanskje kunne ha eliminert…"	Mange felt en ikke trenger å forholde seg til og som kanskje kunne vært eliminert	For mange felter å forholde seg til
	"...For når man begynner å lage sånne tiltak og sånn inni der så blir det fryktelig mye mas fra systemet..på..for du får ikke lov å avslutte saken før du har avslutta tiltaket, og et tiltak kan ta lang tid å få avslutta. Sånn at det der er ikke sånn gjort fra dag til i morra, sånn at det-men vi jobber jo selv om vi ikke ligger det fysisk inn der, så jobber jo med de tingene som vi ser at vi trenger å jobbe med på systemnivå da."	Når det lages tiltak blir det mye mas fra systemet. Saken kan ikke avsluttes før tiltak er avsluttet og et tiltak tar lang tid å avslutte. Det jobbes med tiltak og tiltak på systemnivå selv om det fysisk ikke legges inn i systemet	Iverksetter tiltak utenfor Synergi, da system genererer varsler som oppleves som støy
	"Ja, det er jo sånn at du må definere for eksempel pasientskade. Hvis det ikke har skjedd en pasientskade for eksempel. At det kunne skjedd, men det gjorde det ikke. Man..altså at man må på en måte legge det inn, selv om det ikke egentlig er..var konsekvensen. At du må faktisk velge pasientskade og så må du da etterpå velge at, det var ingen pasientskade. Og da.. men at du-det er greit nok at du på risikoen og den-det er jo den oversikten der, hvor du ofte skjer dette da. Og hva kan konsekvensen være, jo det kan være pasientskade og..så alvorlig. Det er unødvendig å må på en måte definere når det ikke skjedde noe på en måte."	Pasientskade må defineres i oversikten over risiko, selv om pasientskade ikke var konsekvensen. Oppleves som unødvendig å definere noe som ikke har skjedd.	Unødvendige felter i risikovurderingen
	Jeg får for eksempel en ansatt som slutta for et.. Altså etter å ikke å ha vært på et halvt år, så meldte hun Synergi. Og da har hun jobba et annet sted halvt år. Hvorfor skjer det holdt jeg på. altså hvor ivaretar man sånne ting, for eksempel. At man oppdager først når man melder en Synergi at man ikke er flyttet til riktig enhet.	Når ansatt har sluttet, og jobbet et annet sted i organ	Integrasjon

Tabell 5 - Koder og subkategorier, kategori systemkvalitet

Kategori: Systemkvalitet (System quality)	
Koder	**Subkategorier**
For mange felter å forholde seg til	Iboende funksjoner som skaper ekstra arbeid
Iverksetter tiltak utenfor Synergi, da system genererer varsler som oppleves som støy	
Unødvendige felter i risikovurderingen	
Mange klikk for å utføre handling	
Opplever brukervennligheten som ok på grunn av mye bruk	Opplevelse av brukervennlighet
Mester Synergi etter å ha lært det	
Intuitivt å melde og saksbehandle	
Antar å melde er greit, men opplever tekniske utfordringer i saksbehandlingen	
Design og funksjonalitet ok som melder, utfordrende som saksbehandler	
Opplæring og guiding av ansatte på grunn av sjelden bruk	
Opplever ikke Synergi som intuitivt	
Spørsmål i Synergi oppleves ikke selvforklarende	
Opplevelse av lite praksisnært system	

5.2.3 Servicekvalitet

Alle informantene ble stilt spørsmål om hvilken opplæring de har fått i å bruke systemet. Samtlige informanter svarte at de har fått en form for opplæring, men flere av informantene (fem) påpeker at de er litt usikre eller ikke husker helt konkret. Fire informanter opplyser å ha fått opplæring i form av kurs på sykehuset, samtidig er to av disse informantene litt usikre på opplæringsform. Tre informanter opplyser å ha oppsøkt veiledning/opplæring selv, og eventuelt sammen med/av kollega (kvalitetsrådgiver). Tre informanter påpeker at de også har

tilegnet seg kunnskap gjennom egenlæring av systemet, der to informanter påpeker at opplæring først skjer når man jobber i systemet, og ikke under opplæring.
Videre ble informantene spurt om opplæringen var tilfredsstillende. En informant svarer at opplæringen ikke har vært tilfredsstillende, men det var noe usikkerhet knyttet til om opplæringen var tilfredsstillende da det var lenge siden. Fire informanter gir uttrykk for at opplæringen har vært tilfredsstillende, men det blir også påpekt av en informant at på grunn av få synergimeldinger oppleves det som å måtte starte litt på nytt hver gang.

Informantene ble videre spurt om tilgang til brukerstøtte/superbrukere i systemet. Flere gir uttrykk for en usikkerhet rundt hvem som innehar denne funksjonen på sykehuset. For fem informanter er det deres kvalitetsrådgiver som fyller denne funksjonen og henvendelser vedrørende brukerstøtte kan rettes dit. To informanter påpeker at de kan henvende seg til en mailadresse, og forteller at denne formen for brukerstøtte benyttes ved behov for teknisk support i form av brukertilganger.

Tabell 6 - Styrt innholdsanalyse, kategori servicekvalitet

Kategori: Servicekvalitet (Service Quality)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvilken opplæring har du fått i å bruke systemet?	"Jeg har fått den opplæringen...oppsøkt selv. Mulig at det var noe på introkurset, men da tror jeg det var.. Jeg tror det er meningsløst å bli opplært i Synergi før man har en Synergi, rett og slett. Å håndtere."	Oppsøkt opplæring selv. Mener opplæring bør skje når man har en Synergi å håndtere.	Oppsøkende opplæring Opplæring skjer først gjennom bruk av Synergi
	"Nei, de har vært på kurs. Tror jeg. De på sykehuset. Og så er det litt sånn learning by doing, på en måte, og det tror jeg er beste måten å lære på. Du må bruke det…"	Vært på kurs. Mener opplæring bør skje ved gjennom bruk.	Arrangert opplæring "Learning by doing"

	"Det husker jeg nesten ikke selv, men det er noe jeg har vært på, noen sånne kurs oppe i et møterom med en storskjerm, og blitt fortalt hvordan det skal meldes inn saker. Og så er det mulig at jeg har oppsøkt selv noe type veiledning når jeg skulle gå inn i lederrollen…"	Husker nesten ikke, men vært på kurs, med gjennomgang av melding av saker, samt oppsøkt veiledning pga. lederrolle.	Arrangert opplæring Oppsøkende opplæring
	"...Nei, jeg tror ikke jeg har vært på opplæring jeg. Jeg tror at jeg har lært meg opp selv, sammen med (kvalitetsrådgiver)..."	Ikke hatt opplæring, lært system selv og sammen med kvalitetsrådgiver.	Egenlæring i Synergi Opplæring med kvalitetsrådgiver
Tilfredsstillende opplæring?	"....Kanskje opplæringen er litt slett også."	Mulig litt slett opplæring.	Mulig ikke tilfredsstillende opplæring
	"Ja, den er tilfredsstillende, men det er klart jeg har ikke så mange Synergier at jeg føler noen ganger at jeg starter på nytt igjen."	Tilfredsstillende opplæring, men opplever å «starte på nytt» pga. få Synergier.	Tilfredsstillende opplæring Få meldinger kan generere behov for mer kontinuerlig opplæring
Tilgang til brukerstøtte/superbrukere?	"Ja, det har vel vært noe utskiftninger der og, men jeg har en mailadresse tror jeg, som jeg kan forholde meg til. Så det har fungert det. Som sagt, det-som regel bare hvis jeg måtte be om at nye brukere skulle fått tilgang, at jeg har hatt behov for det, og da har det blitt besvart greit."	Har en mailadresse å forholde seg til. Brukes stort sett for bistand i tilgangsstyring og nye brukere	Brukerstøtte via mail
	"Vi har vår kvalitetsansvarlig på avdelingen. Og som jeg bruker en del når det er noe. Men det er jo.. det er for å komme ut av systemet igjen for å avslutte en sak. Da skjer det at (kvalitetsrådgiver) blir involvert."	Involverer kvalitetsrådgiver når det er noe. Blant annet for å komme ut av systemet og for å avslutte en sak.	Kvalitetsrådgiver som brukerstøtte
	"...Ja, men det jeg vet at flere av lederne bruker (kvalitetsrådgiver) for å behandle, altså setter seg ned sammen med (kvalitetsrådgiver) og går gjennom det. Jeg har ikke hatt noe behov for det. Men, jeg kunne sikkert satt meg ned og sett på rapporter da."	Flere ledere får bistand fra kvalitetsrådgiver i saksbehandling. Selv ikke hatt behov, men kunne fått bistand til rapporter.	Kvalitetsrådgiver som brukerstøtte

Tabell 7- Koder og subkategorier, kategori servicekvalitet

Kategori: Servicekvalitet (Service quality)	
Koder	**Subkategorier**
Oppsøkende opplæring	Opplæring
Opplæring skjer først gjennom bruk av Synergi	
Arrangert opplæring	
Opplæring med kvalitetsrådgiver	
Tilfredsstillende opplæring	
Få meldinger kan generere behov for mer kontinuerlig opplæring	
Mulig ikke tilfredsstillende opplæring	
Egenlæring i Synergi	
"Learning by doing"	
Brukerstøtte via mail	Brukerstøtte
Kvalitetsrådgiver som brukerstøtte	

5.3 Bruk

Funnene under omhandler kategoriene bruk og brukertilfredshet basert på DeLone og McLeans modell (2003).

5.3.1 Leders bruk av Synergi

Alle informantene fortalte at de bruker Synergi til å saksbehandle avviksmeldinger ansatte i egen enhet meldte inn. Flere av informantene påpekte også at de saksbehandler mottatte saker fra andre enheter og videresender saker som eventuelt er rettet til andre enheter enn sin egen. To informanter trekker også frem at de selv melder avvik i tillegg til å være saksbehandler, mens en informant opplyser at vedkommende ikke melder selv i Synergi.
Fem informanter sa at de fortløpende benytter systemet ved mottak av Synergi-meldinger. To av disse informantene henviser også til en varselfunksjon via e-post, hvor man varsles om nye innmeldte saker. Videre opplyser to informanter at de bruker Synergi ved mottak av ukesoppdatering (saker som har gått ut på frist) per e-post. Tre informanter opplyser også at det varierer noe hvor ofte de bruker systemet.

Det var varierende svar fra informantene om de brukte systemet til å få oversikt. Fire informanter opplyser at de bruker systemet til å få oversikt. Informantene trakk frem blant annet rapporter, volum for å se trender og utvikling i egen enhet/avdeling og hvor også én nevnte egne sakslister. Fire informanter sa at de ikke brukte systemet i seg selv til å få oversikt og begrunner dette ulikt. To informanter trekker frem at utfordringene knyttet til uttak av rapporter og at det kan skyldes opplæring. To informanter opplyste å få oversikt i forbindelse med e-postvarsling ved utgåtte avvik og to informanter sa at de opplevde å få en oversikt gjennom bistand fra kvalitetsrådgiver, som blant annet hjalp til ved behov av ulike rapporter. Kvalitetsrådgivere ble også trukket frem som bistand fra flere som opplevde å bruke systemet til å få oversikt, både i systemet og en oversikt over de uønskede hendelsene.

På spørsmål om informantene fører noen form for egen registrering i tillegg til Synergi svarer syv informanter at de ikke fører noen form for egenregistrering. Derimot angir én informant at de ved uønskede hendelser innen et område fører egenregistrering i et word-dokument for å ha bedre oversikt og kontroll. Dette begrunnes med at det ikke er alt som blir meldt i Synergi og at det er lettere å finne informasjonen. To informanter uttaler at de benytter andre systemer, herunder Dialis (Diakonhjemmets ledelses- og informasjonssystem), i tillegg til

Synergi, hvorav én informant begrunner dette med at systemet bidrar til en visuell tilnærming (grafer) av volum og trender.

Tabell 8 - Styrt innholdsanalyse, kategori bruk 1

Kategori: Bruk (Use)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Kan du fortelle om hvordan du bruker Synergi?	"Altså jeg sitter med saksbehandlingen, så jeg må ofte fylle ut ekstra felter i saken. Det kan være..klassifisere saken. Ofte må skrive at det skjedde på vår egen enhet, eller internt i sykehuset. Noen ganger så er saker som skal videresendes til andre enheter..."	Saksbehandler saker og må ofte fylle ut ekstra felter samt klassifiserer sak og hvor hendelsen fant sted. Videresender eventuelt sak til riktig mottaker.	Saksbehandler og videresender til riktig mottaker
	".. Men da prøver jeg bare å få de unna fortløpende for ikke bli hengende etter. Og ellers så får jeg sånn purring og varsler også hvis jeg ikke får saksbehandlet de, sånn at det..Så jeg sitter med det daglig."	Sitter med det daglig. Prøver å håndtere fortløpende, for å ikke henge etter, ellers mottas purringer og varsler.	Daglig bruk Fortløpende bruk for å unngå purringer og varsler
	"Hvis jeg skal være helt ærlig da, så bruker jeg egentlig den derre lista som kommer, når avvikene har gått ut på dato, når fristene er brutt. Da begynner jeg å få oversikt. For da får jeg en kjekk mail hver mandag..."	Bruker liste som mottas per mail hver mandag på de avvikene som har gått ut på dato, når fristene er utgått. Begynner da å få oversikt, og jobber seg igjennom mail for mail. Ønske om liste på mail før utgått frist.	Bruker Synergi ved mottak av varsler per mail Oversikt via varsler per mail, på utgåtte avvik
	"...Jeg må innrømme at jeg synes ikke det er så lett å finne fram i det, så jeg venter bare til jeg får den ukesoppdateringen og så tar jeg det da."	Vanskelig å finne frem og få oversikt over saker som venter. Avventer til mottak av ukesoppdatering	Utfordrende å navigere i system Avventer bruk til mottak av ukesoppdatering

	"Nei jeg går inn og ser på volumet, og om det er noe trend. Det er særlig hvis vi gjort noen endringer, for eksempel hvis vi vi har gjort noe endringer i noe prosedyrer, har det vært noe mindre eller færre da eller.. Økt antall skade for eksempel."	Ser på volum og trend spesielt etter eks. endringer i prosedyrer.	Bruker Synergi til å se på volum og trender
	"...som leder så syns jeg det vanskelige er liksom å skulle ta ut rapport. Skal ta det ut sånn at kunne vise på personalmøte for eksempel. Hvor mange saker har vi hatt, og.. hva var meldt, Hva gjorde vi med det. Det er vanskelig, så der har vi måtte bruke (kvalitetsrådgiver)…"	Vanskelig å ta ut rapporter til visning på for eksempel personalmøter. Har brukt kvalitetsrådgiver for å ta ut rapporter.	Opplever det vanskelig å ta ut og bruke rapporter Bruker kvalitetsrådgiver for å få rapporter
	"...syns ikke det er så lett å ta ut noen rapporter på det, men det kan kanskje handle om opplæringsbitene."	Synes ikke det er så lett å ta ut rapporter, kan handle om opplæring.	Mangelfull opplæring kan være årsak til at det er vanskelig å ta ut rapporter
	"Altså..hvis jeg ønsker å få en totaloversikt, så henter jeg bare ut kort saksrapport på alt som har skjedd på min enhet. Og hvis jeg ønsker å ha for eksempel det som er knyttet til legemiddelhåndtering, så bare skriver jeg inn legemiddelhåndtering..."	Tar ut kort saksrapport for å få en totaloversikt over det som har skjedd i enheten. Spesifiserer for eksempel legemiddelhåndtering og får da informasjon om dette	Tar ut rapporter for å få en oversikt over spesifikt område i egen enhet
Fører du noen form for egen registrering i tillegg til Synergi?	"Nei, et sånt Word dokument." "Ja. sånn, veldig enkelt. Altså det er ikke alt som blir meldt inn i Synergi, det er jo det er, så vi fører det ved siden av for å ha kontrollen da. Men vi jobber jo selvfølgelig med å få alt inn, men fortsatt så vil vi ha den ved siden av fordi at det blir mye mer oversiktlig og lettere å finne informasjon.. samla. Knyttet til et spesifikt liksom.. problemområde, i gåsetegn."	Egenregistrering i Word-dokument for kontroll, da ikke alt blir meldt i Synergi. Det jobbes med å få inn alt, men vil fortsatt bruke dokument fordi det er mer oversiktlig og lettere å finne informasjonen samlet, knyttet til et spesifikt problemområde.	Egenregistrering i Word for å holde oversikt over spesifikt problemområde

Benytter du andre systemer (Dialis, P360 o.l.) for å finne frem data daglig, og er informasjon en lettere tilgjengelig i andre systemer?	"Mere det å se på en måte trender og volumer og sånn. Så har vi på en måte vårt eget sånt-egetutviklet på sykehuset et sånt ledelses-, informasjon-, og styringssystem...så det er på en måte bare en sånn visuell tilnærming, jeg vet at du kan få ut rapporter og noe inni Synergi og, men. Jeg syns det som de har utviklet her er veldig sånn grafisk og veldig greit da. Sånn brukergrensesnitt på det å se. Se på den biten- og det går også an da inn med linker til enkeltsaker også på en måte, så det er veldig bare sånn praktisk verktøy for å komme inn i det."	Benytter Dialis for å få en visuell tilnærming (grafer) av volum og trender. Vet det kan hentes ut rapporter i Synergi, men synes Dialis har godt brukergrensesnitt. Det finnes lenker i Dialis til enkeltsaker, som gjør Dialis til et praktisk verktøy for å komme inn i saken.	Benytter andre systemer som supplement til Synergi Velger grafisk fremstilling i Dialis fremfor Synergi.

5.3.2 Leders bruk sammen med de ansatte

Seks informanter fortalte at de oppfordrer eller ber sine ansatte om å melde i Synergi. Alle informantene svarte at de enten tok opp Synergi- saker på personalmøter, på fagmøter eller gjennom informasjonsmail til de ansatte. Enkelte informanter nevnte også at de i etterkant av en innmeldt sak ble tatt kontakt med melder ved behov for ytterligere informasjon, for å diskutere hendelsen som et ledd i saksbehandlingen eller for at melder skulle få en form for tilbakemelding.

To informanter trekker frem en frustrasjon over at videresendte avvik til andre avdelinger ikke inneholder informasjon om behandling av den uønskede hendelsen, og savner en form for tilbakemelding. Fire informanter forteller at de iverksetter tiltak som ikke dokumenteres i systemet, eller gir liten tilbakemelding til melder, der tre informanter begrunner dette med begrenset tid.

Tabell 9 - Styrt innholdsanalyse, kategori bruk 2

Kategori: Bruk (Use)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvordan bruker du Synergi sammen med dine ansatte i den daglige driften?	"Ja, nå behandler jo jeg mest saker, men først av alt så oppfordrer jeg jo alltid mine ansatte å registrere ting i Synergi. Og..når jeg da mottar Synergien, så går jeg selvfølgelig tilbake til dem for å diskutere saken. Få litt mere kjøtt på benet…"	Behandler mest saker, men oppfordrer alltid ansatte til å registrere ting i Synergi. Ved mottak av Synergi diskuteres saken for å få mer informasjon.	Oppfordrer ansatte til å melde i Synergi Diskuterer sak med den ansatte
	"…Det jeg savner er at den som behandler, enten det er her eller på sengepost eller hva det er tvinges til å skrive, ikke bare avsluttet, men at de må komme med en kommentar. Hva det er..altså hvis jeg sender den til sengepost, og så får jeg bare avsluttet tilbake, så sier ikke det meg noe om..de har tatt den opp, eller om de bare..ferdig med den liksom..."	Tilbakemelding fører til mindre gangprat. Løser en sak med en gang, og blir ferdig. Savner at den som behandler i egen eller annen enhet ikke bare avslutter, men tvinges til å skrive eventuelt en kommentar, slik at det fremkommer hva som er gjort med saken.	Savner obligatorisk felt i system som sikrer tilbakemelding
	"Jeg avslutter jo som jeg sier ganske mange saker ganske raskt, og prøver å informere de ansatte også om at, selv om det blir avsluttet så betyr ikke det at vi ikke tar det på alvorlig, vi ser på en måte problemstillingene og gjør tiltak, men vi orker ikke å sitte og bruke mye tid på å beskrive så veldig mye de tiltakene vi gjør, vi vil heller bruke tid på å gjøre tiltakene. Men det har jeg muntlig da også forklart, og sikkert skriftlig også, i sånn fredagsmail, informasjonsskriv, forklart til personalet at de på en måte de skal fortsette å melde inn, og det gjør de. Men, men de får ikke noe lange svar eller avhandlinger tilbake på hver enkelt sak som meldes inn, det har vi ikke kapasitet til.sånn tidsmessig. Så.. så det på en måte har de nok en forståelse for. Så er det på en måte på personalmøter hvor vi da.. kan ta opp saker til plenumdiskusjon, eller at det er..fagsykepleier som får videresendt eller overført saker, som..bruker det til personaloppfølging…"	Avslutter mange saker raskt. Informerer de ansatte både muntlig og gjennom informasjonsmail at de må fortsette å melde men at de ikke får lange tilbakemeldinger på hver enkelt sak som meldes, grunnet kapasitet og tid til det. Sak tas likevel alvorlig selv om den avsluttes. Det ses på problemstillingene og gjøres tiltak, men brukes ikke mye tid på å beskrive tiltakene, heller utføre de. Antar personalet har en forståelse for det, og at det er personalmøter der saker tas opp til plenumsdiskusjon eller der fagsykepleier får videresendt/overført saker som blir brukt til	Ansatte er orientert om at saker avsluttes uten beskrivelser av tiltak Redusert kapasitet til dokumentasjon Ansatte blir orientert om saker på personalmøter eller gjennom fagsykepeleier

		personaloppfølging. Ansatte er engasjert i følge med på saker og hva som rører seg.	
	"Jeg bruker det. Jeg oppfordrer folk til å melde Synergi om stort og smått. Som de som de kommer med, som jeg kunne kanskje tenkt at dette kan vi jo bare ta der og da, men jeg hører - ok dette her er- dette gjentar seg, dette skjer ofte. Så da sier jeg ofte at det kan være fint om-eller kan du være så grei å levere en Synergi på det, det er ikke sikkert jeg får håndtert den kjempefort..men da ligger det et sted. Da har vi sagt via det offisielle systemet..vi har..at dette er et problem på vår enhet. Så selv om du ikke hører så mye fra meg med en gang, så er det i hvert fall dokumentert et sted..."	Oppfordrer folk til å melde. Ved tilbakemelding om gjentagende forhold oppfordres det til å melde i Synergi, men opplyser at det ikke er sikkert den blir håndtert fort, men at den da ligger et sted. Selv om melder ikke hører noe, ligger den i det offisielle systemet og belyser at dette er et problem i enheten.	Oppfordrer ansatte til å melde i Synergi Sikre dokumentasjon ved beskjed om gjentagende hendelser

5.3.3 Leders erfaringer bruk av Synergi til fagutvikling og læring

Samtlige informanter svarer at de bruker Synergi til fagutvikling, blant annet gjennom å bruke Synergi for å finne ut av hva det bør fokuseres på i enheten. Syv informanter forteller at de ser på trender eller gjentagende saker for å finne fokusområder eller kartlegge forbedringsområder. Diskusjon av gjentakende avvik med fagsykepleier nevnes av én informant som en måte hvor en kan se på fokusområder for fagutvikling. Et par informanter trekker også frem at Synergi anvendes for å se om retningslinjer/prosedyrer må endres.
To informanter nevner også at Synergimeldinger videresendes eller sendes på kopi til andre involverte enheter slik at disse også skal kunne drive forbedringsarbeid, der en gjør dette selv om avviket er avsluttet i egen enhet.
Seks informanter svarte at de benytter Synergi til læring. To informanter sier at det ble grundig gjennomgått hvorfor avviket hadde skjedd, for å igjen se på hvilke ledd som har sviktet og hvordan en unngår at lignende skjer igjen. Én av disse informantene påpeker i denne sammenheng at de ser på sine retningslinjer/prosedyrer og om det eventuelt mangler relevant opplæring. En annen informant fortalte at kunnskap fra Synergi-meldingen om hvordan en kan tenke annerledes ble brukt som case eller i dialog med de ansatte. Dette nevnes også av en annen informant som bruker synergi til læring ved gjennomgang og diskusjon med de ansatte.

Fem informanter opplyser at de benytter fagdager som et forum for fagutvikling og læring. Fagdag blir imidlertid også nevnt som en arena om hvordan lederne benytter seg av Synergi sammen med sine ansatte i den daglige driften. Personalmøte, informasjonsmail, oppsamlingsmøter på tvers av enheter trekkes også frem som arenaer for fagutvikling og læring.

Tabell 10 - Styrt innholdsanalyse, kategori bruk 3

Kategori: Bruk (use)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Bruker du Synergi til fagutvikling?	"Jeg tenker på at vi kan bruke det på den måten at hvis vi fanger opp at det er for eksempel manglende opplæring innen et på en måte et fagområde, det kunne vært legemiddelhåndtering eller hva som helst. Så vil på en måte da den informasjonen vi får ut fra Synergi, kunne på en måte gi signaler om hva vi skal sette inn mere opplæring på for eksempel da på fagdager…"	Informasjonen fra Synergi kan for eksempel fange opp manglende opplæring i et fagområdet og kan gi signaler om hvor enheten skal sette inn mer opplæring på for eksempel fagdager, eller mer praktisk ved at det må kjøpes inn utstyr for å forebygge fall eller slikt.	Informasjon fra Synergi kan fange opp manglende opplæring. Informasjon fra Synergi kan gi signaler om tema til fagdager
	"Ja, i den form at hvis vi ser at det er noe som går igjen. Så tenker jeg at da diskuterer vi det med fagsykepleier at vi kan da sette fokus på det området for eksempel. Se på rutinene. Er prosedyrene oppdatert i forhold til hvordan gjør vi det på samme måte som det er i prosedyren. Så får man jo oppdatere det og ha fokus på det…"	Bruker Synergi til fagutvikling. Dersom noe går igjen tas dette opp/diskuteres med fagsykepleier om at det skal settes fokus på området f.eks. se på rutiner, og om de er oppdatert og samsvarer med utøvelse, eventuelt oppdatere og ha fokus på det.	Bruker Synergi til fagutvikling gjennom fagsykepleier og fokusområder
	"...Jeg bruker ikke rapporter og tall, men jeg bruker kunnskap jeg får da av å lese Synergien til å for eksempel ta kontakt med den og den….Og kan vi tenke annerledes, hadde- ikke sant, jeg kan komme med forslag, eller vi kan ha en dialog rundt det. Så det brukes rimelig aktivt, både..der og da.. at man..finner ideeller, eller at man tar opp mer generelt i møter da. Bruker det som en case for eksempel…"	Bruker ikke rapporter og tall, men bruker kunnskap fra å lese Synergien til å ta kontakt med ansatte. Brukes aktivt der og da, ved dialog om hvordan tenke annerledes, og komme med forslag eller finne ideeller. Tas også opp mer generelt på møter i form av f.eks. case.	Bruker kunnskap fra Synergi i dialog med ansatte Bruker synergimeldinger som case i møter

	"Ja, det vil jeg jo absolutt si…og da er det interessant for meg å vite, for eksempel, hvor mye avvik har vi på…så det har vi aktivt brukt til en fagdag…Så ja, jeg tenker at vi gjør det på ulike måter, bruker vi Synergi meldingene til fagutvikling."	Synergi benyttes absolutt til fagutvikling på ulike måter. Interessant å vite hvor mange avvik det finnes Brukt aktivt på fagdag	Bruker Synergi til fagutvikling på ulike måter, blant annet på fagdager
	"...Og så har vi oppsamlingsmøter. Alle enhetene har oppsamlingsmøter ca. en gang i måneden hvor vi går gjennom relevante Synergier som kanskje er på tvers av enhetene eller et eller annet sånn."	Alle enhetene har oppsamlings møter en gang i mnd der relevante synergier gjennomgås, som kanskje er på tvers av enhetene.	Gjennomgår Synergier på tvers av enheter i oppsamlingsm øter
	"Ja, det er jo litt ettersom hva slags avvik det er. Hvis det er feil på noe legemidler så behandler jeg det avviket og så sender jeg det i kopi til seksjonsoverlegen, som en orientering, for hvis de ser at det er fler av samme type så.. er noe kanskje vi må ta tak i der. Er det noe som går på legetjenesten så sender jeg det i kopi til.. ansvar for legene. Er det noe som går på en annen poliklinikken så sender vi.. og noen ganger så er det jo kanskje avvik på ulike enheter.. Og da kanskje jeg behandler det, men så sender jeg det i kopi til en annen-den andre enheten. Sånn at de og kan gå inn i det på en måte. Men da har jeg ofte avslutta avviket selv da. Ja…"	Avhenger av hvilke type avvik. Ved feil på legemidler, behandles avviket og kopi sendes seksjonsoverlege til orientering. Hvis de ser det kommer flere av samme type avvik er det kanskje noe å ta tak i. Ved avvik på legene sendes det kopi til ansvarlig for legene. Ved avvik på poliklinikken sendes det, men om det er avvik på ulike enhet så behandles og avsluttes det, men det sendes kopi til annen enhet, slik at de også kan gå inn å se på det.	Fagutvikling gjennom videresending og informasjonsde ling i Synergi
	"Ja. Vi bruker det som læring." "Vi er veldig opptatt av hvorfor skjedde dette her. Er det en som ikke.. Kan det være nye, som ikke har fått den relevante opplæring de skal ha? Er det noe der vi har sviktet. Eller må vi se på våre rutiner at de ikke dekker de forskjellige tingene vi har? Slik at..vi må endre prosedyrer for eksempel."	Bruker Synergi til læring. Veldig opptatt av hvorfor skjedde dette. Kan svikten være nyansatte som ikke har fått den relevante opplæring de skal ha, eller må det sees på rutiner og om disse eventuelt ikke er dekkende, slik at prosedyrer må endres.	Bruker Synergi til læring ved å se på årsakssammen henger Bruker Synergi til å vurdere prosedyrer og retningslinjer
	"...Synergi er jo ikke representativt. Du får fylt ut en Synergi på toppen av et isfjell. Og det er litt å viktig å huske på, og det er en svakhet ved Synergi.. eller alle avvikssystemer, det er jo at.., igjen hvis du, ikke sant hvis du får tre Synergier på noe da.. Er det mye eller lite? Er det toppen av isfjell eller er det alt?"	Synergi er ikke representativt. Utfordrende å vite om Synergimeldingene er representativt for antall hendelser som oppstår. Dette anses som en svakhet ved alle avvikssystemer.	Svakhet at Synergi ikke nødvendigvis avdekker alle hendelser

Tabell 11 - Koder og subkategorier, kategori bruk

Kategori: Bruk (Use)	
Koder	**Subkategorier**
Saksbehandler og videresender til riktig mottaker	Saksbehandlingsverktøy
Daglig bruk	Bruk av Synergi varierer
Fortløpende bruk for å unngå purringer og varsler	
Bruker Synergi ved mottak av varsler per mail	
Avventer bruk til mottak av ukesoppdatering	
Oversikt via varsler per mail, på utgåtte avvik	Oversikt
Bruker Synergi til å se på volum og trender	
Tar ut rapporter for å få en oversikt over spesifikt område i egen enhet	
Utfordrende å navigere i system	
Opplever det vanskelig å ta ut og bruke rapporter	
Mangelfull opplæring kan være årsak til at det er vanskelig å ta ut rapporter	
Bruker kvalitetsrådgiver for å få rapporter	
Egenregistrering i Word for å holde oversikt over spesifikt problemområde	
Benytter andre systemer som supplement til Synergi	
Velger grafisk fremstilling i Dialis fremfor Synergi	

Oppfordrer ansatte til å melde i Synergi	Oppfordrer til bruk
Sikre dokumentasjon ved beskjed om gjentagende hendelser	
Savner obligatorisk felt i system som sikrer tilbakemelding	Dokumentasjon og tilbakemelding
Ansatte er orientert om at saker avsluttes uten beskrivelser av tiltak	
Redusert kapasitet til dokumentasjon	
Ansatte blir orientert om saker på personalmøter eller gjennom fagsykepeleier	Fagutvikling og læring
Bruker kunnskap fra Synergi i dialog med ansatte	
Bruker Synergimeldinger som case i møter	
Bruker Synergi til fagutvikling på ulike måter, blant annet på fagdager	
Fagutvikling gjennom videresending og informasjonsdeling i Synergi	
Diskuterer sak med den ansatte	
Gjennomgår Synergier på tvers av enheter i oppsamlingsmøter	
Informasjon fra Synergi kan fange opp manglende opplæring	
Informasjon fra Synergi kan gi signaler om tema til fagdager	
Bruker Synergi til fagutvikling gjennom fagsykepleier og fokusområder	
Bruker Synergi til å vurdere prosedyrer og retningslinjer	

Bruker Synergi til læring ved å se på årsakssammenhenger	
Svakhet at Synergi ikke nødvendigvis avdekker alle hendelser	

5.3.4 Leders brukertilfredshet med Synergi

Informantene ble spurt hvor fornøyd/misfornøyd de er med systemet. Fem informanter opplyser at de er delvis fornøyd med systemet, men nevner at det kunne vært mer intuitivt. En informant påpeker også at i mangel av noe annet så fungerer det greit.

To informanter er fornøyd med systemet, hvorav en påpeker at enheten er storbruker og sier at Synergi fungerer etter hensikt/formål. Én informant svarer at en er misfornøyd med systemet, da det oppleves som tungvint. Denne informanten påpeker imidlertid at det er svært viktig å ha et system for å behandle avvik og fremhever at de ansatte liker å ta opp Synergier på fagdagene og at det skaper rom for gode diskusjoner. Nødvendigheten av et avvikssystem fremheves også av to andre informanter. Det påpekes også at det er mange systemer å forholde seg til, noe som kan gjøre det krevende å beherske Synergi godt.

Tre informanter uttrykker at de har blitt mer positive til systemet over tid, hvorav én informant påpeker at "øvelse gjør mester". To informanter opplyser at de ikke har endret sitt syn.

Tabell 12 - Styrt innholdsanalyse, kategori brukertilfredshet

Kategori: Brukertilfredshet (User satisfaction)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvor fornøyd/misfornøyd er du med	"Selve systemet er jeg vel ganske misfornøyd med. Men det betyr ikke at- jeg er veldig for å ha et avvikssystem."	Misfornøyd med selve systemet, men veldig for å ha et avvikssystem	Misfornøyd med Synergi, men positiv til avvikssystemer

systemet?	"...vi er jo storbrukere av det, du kan si det stjeler litt tid, men vi ønsker også å få den oversikten da. Så jeg er godt fornøyd med det jeg. Jeg synes det fungerer etter formålet eller hensikten ja. Så jeg er fornøyd. Mm."	Er storbrukere av systemet. Stjeler litt tid, men ønsker oversikten. Godt fornøyd med systemet da det fungerer etter formålet/hensikten.	Systemet fungerer etter formål og hensikt
	"...Jeg syns ikke det er ubrukelig eller uhåndterlig. Men jeg kunne.. ønska meg noe mer intuitivt. Så jeg er.. ganske midt på der, tenker jeg. Det fungerer jo. Men det er ikke så lett. Det er et krevende verktøy å skulle kunne godt. Fordi det er så mange verktøy vi skal kunne her..."	Systemet er ikke ubrukelig/uhåndterlig, men ønsker noe mer intuitivt. Det er et krevende verktøy å skulle kunne godt fordi det er mange andre verktøy man skal kunne.	Ønske om noe mer intuitivt system Synergi er krevende å kunne godt på grunn av andre systemer som også skal beherskes
	"Nei, sånn midt på treet, tror jeg. Ja. Jeg tenker at når vi ikke har noe annet, så er det greit nok, men det er ikke bra. Og det..ja. Og når det ikke er bra så er det klart at da blir det lite brukt..."	Når en ikke har noe annet så er Synergi greit nok, men systemet er ikke bra, og når det ikke er bra blir det lite brukt.	Opplever system som greit i mangel av noe annet, men kan medføre lite bruk
	"Jeg har ikke noe å sammenligne med, så det synes jeg egentlig er vanskelig å si noe om.Men altså det.. Det er jo greit å bruke…"	Vanskelig å si pga. manglende sammenligningsgrunnlag Greit å bruke	Manglende sammenligningsgrunnlag med annet system
	"...Det er litt mer jobb å saksbehandle, og i starten så var erfaringa mi at det var veldig krevende å saksbehandle. Det var veldig fort gjort å gjøre feil, og det kom ikke videre, og vi måtte ha mye..vi brukte da.. den som var sånn superbruker på sykehuset mye på telefonen. For å få hjelp til å hele tatt bare få avslutta sakene. Så det var en sånn. starten litt- men så ble det litt bedre når det har kommet nye versjoner og sånn. Og så er det litt sånn, øvelse gjør mester. Og vi har hatt ganske mange saker etter hvert, og da syns jeg det går greiere..."	Litt mer jobb å saksbehandle. Det var i starten krevende å saksbehandle og fort å gjøre feil og vanskelig å komme videre. Kontakt med superbruker for bistand til avslutning av saker. Ble bedre etter nye versjoner av systemet. Mengdetrening på saksbehandling med flere saker etterhvert har gjort det enklere og øvelse gjør mester. Står nå sjelden fast og finner en måte å avslutte.	Krevende å saksbehandle innledningsvis som medførte mye bistand fra superbruker "Øvelse gjør mester"
	"...flere kommer nå og sier.. jeg skriver Synergi på det. Før måtte jeg si, dette here synes jeg du skal skrive Synergi på. Men det-det er blitt mye mere sånn. Nei, mere.. det er en del av.. daglig. Driften, ikke sant. Før var det.. noe som egentlig var litt diffust for oss i begynnelsen, som alt nytt er. Ja."	Opplever ikke lenger at det må oppfordres til å melde på samme måte som tidligere. Blitt en del av daglig drift.	Ansatte melder uoppfordret Synergi har blitt en del av daglig drift

Tabell 13- Koder og subkategorier, kategori brukertilfredshet

Kategori: Brukertilfredshet (User satisfaction)	
Koder	**Subkategorier**
Systemet fungerer etter formål og hensikt	Brukertilfredshet
Opplever system som greit i mangel av noe annet, men kan medføre lite bruk	
Manglende sammenligningsgrunnlag med annet system	
Ønske om noe mer intuitivt system	
Misfornøyd med Synergi, men positiv til avvikssystemer	
Krevende å saksbehandle innledningsvis som medførte mye bistand fra superbruker	
"Øvelse gjør mester"	
Ansatte melder uoppfordret	
Synergi har blitt en del av daglig drift	
Synergi er krevende å kunne godt på grunn av andre systemer som også skal beherskes	

5.4 Nytteverdi

På spørsmål om hvilke måte Synergi dekker leders behov svarer alle informantene at det fanger opp hendelser eller gir informasjon. Én informant påpeker at Synergi fanger opp ting man kanskje ikke har tenkt på, mens en annen informant opplever at systemet kan fungere som en "lynavleder", der personer som normalt ikke sier ifra kan komme med en tilbakemelding. To informanter forteller at Synergi kan dekke et behov for dokumentasjon, der en kan vise tilbake til flere tidligere meldinger, hvorpå det kan generere en handling hos den andre parten.
Én informant påpeker at en kan henvise til Synergi dersom de ansatte tar opp gjentagende utfordringer, men hvor de ikke har meldt/dokumentert dette i systemet. En annen informant påpeker at det gir vedkommende som leder en tillit til at de ansatte er ivaretatt gjennom en standardisert og formell kanal hvor de kan melde fra, og at de på den måten blir inkludert i forbedring/kvalitetsutvikling. En annen informant opplyser at Synergi er et nyttig verktøy for å kunne se på hva som er meldt og kunne bruke det tilbake til personalet, tallfeste og synliggjøre det som ikke går som det skal.
To informanter påpeker å få oversikt over det som skjer og hva en må ta tak i, hvor en av disse også trekker frem at det er mye underrapportering, og at det derfor er et behov for å jobbe med meldekulturen. Dette trekkes også frem av en annen informant som sier det vil være annerledes hvis en har mange meldte avvik og at flere hendelser vil gjøre bruk inn i forbedring/utvikling lettere. Videre påpeker vedkommende at jobben ligger i å få opp meldekulturen for alle yrkesgrupper.

Syv informanter påpeker at Synergi dekker enhetens behov ved at de ansatte har en arena hvor de kan gi beskjed og avdekke behov. To informanter viser i denne sammenheng til at Synergi dekker et behov for å gi beskjed om kritikkverdige forhold eller misnøye.
To informanter trekker frem at melder får et bilde/oversikt og et bevisst forhold til hva som trengs å jobbes med, mens en annen informant påpeker at når meldingen er sendt ligger den hos leder.

Tabell 14 - Styrt innholdsanalyse, kategori nytteverdi 1

Kategori: Nytteverdi (Net benefits)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
På hvilken måte dekker Synergi /dine behov som leder?	"Ja, det dekke nå mine behov i forhold til det at jeg faktisk får en del sånne meldinger over ting som ikke jeg har tenkt på"	Dekker behov fordi det også kommer meldinger om ting en ikke var klar over	Synergimeldinger avdekker hendelser en ikke var klar over
På hvilken måte dekker Synergi avdelingens/enhetens behov?	"Jeg tror det er en lynavleder for mange. Jeg tror det er lettere for folk som normalt ikke sier fra å komme med en tilbakemelding. Og så innbiller jeg meg, uten å vite det, at når vi har meldt en ting mange nok ganger, så er det vanskelig for den som er mottaker å unngå å gjøre noe med det. Og i hvert fall hvis det kommer en mer alvorlig sak senere, så kan vi vise til at ja, det er sendt ti Synergier på dette her eller noe sånn."	Kan være en lynavleder. Enklere for personer som vanligvis ikke sier ifra å komme med en tilbakemelding. Dersom man melder en ting mange nok ganger vil det trolig være vanskelig for den som er mottaker å ikke gjøre noe med det. Kan da vise tilbake til meldte Synergier	Synergi kan fungere som en "lynavleder" Synergi tilrettelegger for de som normalt ikke sier i fra Nok meldinger i Synergi kan legge press på mottaker til å utføre handling
	"...Samtidig som vi vet at det er jo veldig mye underrapportering og vi ser jo og at det noen typer ting som ofte blir meldt, og andre ting som aldri blir meldt, selv om vi vet at det skjer.. den andre typen ting som aldri blir meldt og. Sånn at det er litt sånn frykt for å sladre og sånn blant de ansatte og tenker at man må jobbe mer med det..meldekulturen… Ja. Men det er jo nyttig verktøy for å hvertfall kunne se på hva som blir meldt inn da. Og kan bruke tilbake til personalet, i hvordan da. så mye feil har vi på det området her nå. Nå må vi se på hvordan vi kan bli bedre. At vi har faktisk kan tallfeste. Og synliggjøre det som ikke går som det skal."	Ser at det er underrapportering, noe blir ofte meldt og andre ting som aldri blir meldt, selv om en vet det skjer. Frykt for å sladre blant de ansatte og det må jobbes med meldekultur. Men et nyttig verktøy for å se på hva som blir meldt inn, tallfeste og synliggjøre og til å bruke tilbake til de ansatte, hvor en kan se på områder en kan bli bedre.	Det må arbeides med meldekultur, da det er frykt for å sladre blant ansatte Synergi som nyttig verktøy i form av tallfesting og synliggjøring av forbedringsområder
	"...Jeg kan få tilbakemeldinger om ting som ikke er OK. Som jeg må håndtere via Synergi. Det er vel egentlig i hovedsak det jeg tenker at det er det det hjelper meg med som leder. At jeg også kan..litt oppdragende, men "har du meldt Synergi på dette da, hvis det har skjedd så mange ganger?" Altså, det fungerer på den måten. At jeg kan bruke det, når blir	Hjelper leder å få beskjed og tilbakemeldinger om det som ikke er ok. Det kan brukes litt oppdragende på den måten at det kan henvises til Synergi dersom noen tar opp noe som gjentar	Leder får tilbakemeldinger om kritikkverdige forhold gjennom Synergi

	meldt, men jeg kan også henvise til det, når folk gjerne vil snakke om noe de mener skjer altfor ofte, og så er det ingen som gjør noe. Så kan jeg si "men det har ikke jeg sett en eneste Synergi på jeg, siden september 2017" kan jeg si da. Og så.. Er det også en tilbakemelding."	seg, og som ikke er meldt. Dette kan fungere som en tilbakemelding	Leder kan henvise til Synergi ved gjentagende umeldte hendelser
	"...Det gir meg en tillit til at på en måte.. ansatte er ivaretatt gjennom å ha en sånn kanal. At de på en måte på den måten kan bli involvert og få litt sånn eierskap i kontinuerlig forbedring, kvalitetsutvikling, altså de kan.. vi etterspør dere ideer eller-til forbedringsforslag. De er trygge på at de kan melde inn saker.. også om kritikkverdige forhold på en på en måte formell og standardisert måte, som alle forholder seg til, så det er på en måte greit for meg som leder å vite at det er ivaretatt da...."	Det gir en tillit til at de ansatte er ivaretatt gjennom en kanal og at de på den måten er involvert i kontinuerlig forbedring. En formell og standardisert måte å si ifra om kritikkverdige forhold som er fint som leder og vite at blir ivaretatt.	Ansatte blir involvert og får eierskap til kontinuerlig forbedring
	"Jeg tror kanskje det er annerledes hvis man har mange avvik, at vi har såpass få avvik at det-jeg skulle ønske at vi hadde hatt flere for å kunne bruke det.. eller det er lettere å bruke det i forbedring og altså til utvikling hvis man har flere avvik da. Og jeg er helt sikker på det har vi, vi har jo og helt sikkert flere hendelser vi kunne melde....jeg føler at vår jobb ligger mer på å få opp den kulturen. For alle yrkesgrupper egentlig."	Kanskje annerledes om en har mange avvik. Ønske om flere avvik for å kunne bruke systemet lettere til forbedring og utvikling. Sikker på at det er flere hendelser kan meldes. Meldekultur for alle yrkesgrupper må jobbes med.	Ønsker fler innrapporterte hendelser for å enklere kunne anvende Synergi til forbedring Leder må jobbe med meldekultur for alle yrkesgrupper
	"...For når folk har gjort det de skal, så vet de at da er det hvert fall.. ligger det hos meg, for å si det sånn."	Når saken er meldt inn, så vet melder at saken ligger hos leder	Bevissthet hos ansatte om at sak ligger hos leder

5.4.1 Nytteverdi av informasjon

Informantene påpeker nytteverdi i form av den informasjonen de har tilgjengelig. To informanter trekker frem at nytteverdien likevel er avhengig av informasjonen som melder legger inn. To informanter påpeker stor nytteverdi, der en trekker frem at informasjonen i avviksmeldingene er av høy kvalitet, saklig og relevant, og dermed kan være god dokumentasjon, på for eksempel hvorfor en setter inn ekstra ressurser. Den andre informanten trekker frem at det er et verktøy som kan brukes når ting skal tas opp. Nytteverdi i form av oversikt trekkes også frem i forbindelse med hvordan informantene opplever nytteverdien til informasjonen.

Tre informanter fremhever at informasjonen bør bearbeides av leder, der det blant annet trekkes frem at det ikke er selve meldingen som skal bearbeides men at det kan tilføres eventuelle kommentarer. Videre sier en informant at det er en viktig faktor å bearbeide, og at dette gjøres ved at leder må sette seg inn i blant annet EK-prosedyrer. Fire informanter trekker frem at informasjonen sjeldent må bearbeides, men at dette kan avhenge av hva som meldes, hvem som melder og valg av sakstype. To informanter nevner at det også kan brukes litt tid på å innhente informasjon og for å høre melders versjon, hvor én også trekker frem at sannheten ikke alltid er lik fra de forskjellige ståstedene.

Under kategorien ble nytteverdi informantene stilt spørsmål om en opplever at Synergi er en tidstyv eller en forenkling av arbeidsoppgaver. Tre informanter gir uttrykk for at Synergi delvis er en tidstyv, hvorav to begrunner dette blant annet ved melding av unødvendige saker. Den tredje informanten påpeker at systemet i seg selv ikke er en tidstyv, men at det å innhente informasjon derimot er å regne som tidkrevende. Én annen informant gir i tillegg uttrykk for at Synergi er en tidstyv når teknikken stanser saksbehandlingen av sakene, men sier også at dette har blitt bedre etter å ha lært systemet. Saksbehandling sammen med den som meldte den uønskede hendelsen nevnes av én informant som tidkrevende, samtidig som det påpekes at en kan tenke "kloke tanker" sammen. Fire informanter opplyser at Synergi ikke er en tidstyv, og begrunner dette ulikt. Tre av disse informantene forklarer dette med at Synergi ikke kan ses på som en tidstyv, da en må få inn avvik. Den fjerde informanten påpeker at dette skyldes at vedkommende saksbehandler fort. Én informant trekker frem at Synergi kan bidra til at en får mer informasjon enn ellers og at en mulig fanger opp en del ting i forkant, før det eventuelt blir en stor utfordring. Én annen informant fremhever at en er avhengig av en kultur, hvor en får frem det som gjøres feil og at feilene blir diskutert. Det vises til at en ikke blir bedre hvis en ikke får tilbakemeldinger. Det opplyses også fra én informant at saksbehandlingen kan delegeres, men at en da vil få et mindre eierskap til de uønskede hendelsene.

Tabell 15 - Styrt innholdsanalyse, kategori nytteverdi 2

Kategori: Nytteverdi (Net benefits)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Hvordan opplever du nytteverdien til den informasjonen du får tilgang til?	"Jeg synes den er stor. Det er..jeg syns det er gjennomgående høy kvalitet på det de melder inn, altså sånn.. den teksten, de formuleringene, ordene de bruker, er på en måte saklig og relevant. Så det er stort nytteverdi av det, for å få vite litt om hva som rører seg og man nærmest ha det som en dokumentasjon på om vi setter inn ekstra ressurser og, så har vi på en måte.. at en årsak til det gjennom at det de beskriver da."	Stor nytteverdi av informasjonen, og for å se hva som rører seg. Gjennomgående høy kvalitet på det melder skriver inn. Kan nærmest benyttes som dokumentasjon på om det settes inn ekstra ressurser, ved at årsakene er beskrevet	Stor nytteverdi av informasjonen, da det er høy kvalitet på hva melder rapporterer Kan benytte Synergimeldinger som dokumentasjon
	"Ja, det er veldig nyttig. I en travel hverdag så er det utrolig nyttig for oss. Og det gir meg et verktøy videre, når jeg har ting jeg skal ta opp."	Veldig nyttig i en travel hverdag. Et verktøy for leder når ting skal tas opp.	Synergi er et nyttig verktøy for leder når ting skal tas opp i travel hverdag
	"Ja, den må den. Og det er kanskje en kjempeviktig faktor…. Altså hvis ledere tar det ansvaret, så tvinger du jo faktisk lederen til å måtte prøve å sette seg inn i en del av alle de EK prosedyrene som vi har..som egentlig.. det er svært få av oss som egentlig vet. Altså sånn..det er skremmende. Det er en EK-prosedyre for alt. Så den delen er bra, men så må jeg bruke arbeidstid på å snakke med den enkelte for å høre deres versjon. og det er jo ofte ikke at sannheten er lik fra de forskjellige ståstedene. Og det er interessant."	Informasjonen må bearbeides og det er en viktig faktor. Dersom leder tar ansvar tvinges nærmest leder til å sette seg inn i EK prosedyrer, som er bra. Brukes tid på å snakke med melder for å høre deres versjon, sannheten er ofte ulik fra forskjellige ståsteder.	Viktig faktor at informasjon i Synergi skal bearbeides Bruker tid på å snakke med melder for å objektivisere hendelsen
	"Kommer an på hvem som melder. Noen ganger så må jeg finne ut både det ene og det andre og kanskje si at dette er jo ikke HMS, dette er jo pasientrettet, eller motsatt. Så det er.. Mens noe av det kommer an på hvor godt den som melder kan det. Men ja, det går med en del tid til det."	Informasjonen kommer an på hvem som melder. Går med en del tid til å finne ut av hendelsen og gi beskjed om feil sakstype Det kommer også an på hvor godt melder kan Synergi.	Informasjonen avhenger av melder og hvor godt melder kan Synergi Økt tidsbruk på grunn av manglende eller feil informasjon i meldingen

	"Nei, jeg tenker at det er ikke egentlig en tidstyv. Ikke når du får vettuge ting som blir meldt. Så tenker jeg det- men det er klart at det er, det er tidstyv på den måten at ideelt sett så- jeg pleier ofte å sitte enten sammen med verneombudet eller den som har meldt, pleier jeg ofte å ta med i å behandle det sånn at vi kan få litt-sånn at det ikke blir jeg som sitter alene å tenker ut kloke eller ukloke ting. Så det tar nå tid..".”	Ingen tidstyv når det meldes aktuelle saker. Tidstyv på grunn av at melder eller verneombud blir med på saksbehandlingen. På den måten kan det fremkomme flere kloke ting/tiltak, men dette tar tid, så på den måten en nyttig tidstyv.	Melder eller verneombud kan delta under saksbehandling , som er tidkrevende
	"....som sagt så syns jeg ikke det er veldig hverken slitsomt eller tidkrevende og gjør den fysiske klikkejobben i Synergi. Det som er tidkrevende er å finne den personen som skrev det avviket og få den informasjonen ut av den. På en måte, sånn at systemet i seg selv stjeler jo ingen tid av meg og vi må jo uansett forholde oss til de tingene som..de avvikene som skjer, så.. det er jo sånn sett greit å ha det i et sånt system da"	Verken slitsomt eller tidkrevende å gjøre den fysiske klikkejobben i Synergi. Systemet i seg selv stjeler ikke tid og en må uansett forholde seg til de avvikene som skjer, sånn sett greit å ha det i et system. Det som er tidkrevende er å finne personen som skrev avviket og få informasjon.	Synergi i seg selv stjeler ikke tid, men tidkrevende å innhente mer informasjon fra melder
	"Jeg får i hvert fall mer informasjon enn det jeg kanskje ville fått ellers. Jeg tror at det løs-ved at det kommer dryppende inn Synergi, så vil jeg tro at vi fanger en del ting i forkant før det blir en stor utfordring."	Får mer informasjon enn det man kanskje ville fått ellers, ved at det kommer synergier vil en tro at det fanges opp en del ting før det blir en stor utfordring	Synergi bidrar til at det fanges opp hendelser før det blir en utfordring
	"...Det kan jo ikke være en tidstyv, vi må få inn avvik, tenker jeg, man må ha en-vi er avhengig av å ha en kultur der vi får frem det vi gjør som er feil. Altså…hvor det ...må diskuteres på en måte, vi blir ikke bedre hvis vi ikke får tilbakemeldinger om det."	Ingen tidstyv, må få inn avvik, må ha en kultur der det fås frem at det gjøres feil, der det diskuteres. Blir ikke bedre uten tilbakemeldinger	Avhengig av å ha en kultur som belyser uønskede hendelser Oppleves ikke som tidstyv da avvik må meldes
	"Begge deler. Det er jo en.. tyv som tar tiden din fra noe annet. Fordi du er nødt til å gjøre det. Så kan du velge å løse ved at du bare gir det noe andre da, så får du mindre eierforhold. Så kunne de si at da ble den mindre tyv. Men jeg er nok der at jeg nesten vil hevde at alle ledere på alle nivåer skulle måtte ta ansvar for å jobbe med det selv. Fordi at da får du et så nært eierforhold til den delen."	Tar tiden fra noe annet, eller det kan delegeres å ta mindre tid, men dette skaper mindre eierforhold. Vil nesten hevde at alle ledere skulle måtte gjøre det selv, pga nært eierforhold	Delegering av saksbehandling kan frigi tid men gi mindre eierskap

Seks informanter svarer at Synergi forbedrer muligheten for å lære av uønskede hendelser, hvorav to informanter påpeker at dette er sett i forhold til å ikke ha et annet system. Samtidig

nevner disse to informantene at Synergi blant annet bidrar til å gi konkret informasjon om enkelthendelser, og at Synergi er et sted hvor uønskede hendelser blir liggende samlet og ivaretar historikk. Én annen informant opplyser at Synergi indirekte forbedrer muligheten til å lære av uønskede hendelser, da systemet synliggjør det som blir meldt. Det blir av én informant påpekt at hvorvidt Synergi forbedrer muligheten for å lære av uønskede hendelser, avhenger av kulturen i avdelingen, men at det vil fange de som kanskje ikke sier ifra ellers. Ellers forteller én informant at Synergi bidrar til et godt system ved å samle og kategorisere uønskede hendelser, men trekker frem at for å kunne se på utvikling er mengde innmeldte avvik en avgjørende faktor Én informant svarer at systemet i seg selv kanskje ikke forbedrer muligheten til å lære, men at oversikten kan være nyttig for å kunne lære av de uønskede hendelsene. Samtidig sier én annen informant at systemet kan bidra til å avdekke ordninger som er lite hensiktsmessige.

Tabell 16 - Styrt innholdsanalyse, kategori nytteverdi 3

Kategori: Nytteverdi (Net benefits)			
Spørsmål fra intervjuguide	**Meningsbærende enhet**	**Kondensert meningsbærende enhet**	**Kode**
Forbedrer Synergi muligheten for å lære av uønskede hendelser?	"Ja, altså, men tenker du da om man- i motsetning til at man ikke hadde et system å melde avvik i. Så er svaret ja. Det gjør det jo helt klart…. det er jo et sted hvor det blir liggende samla og ivaretar historikk. Hvis man skulle hatt det som sånne løse mail, så tenker jeg at det ville jo vært veldig uhåndterlig og veldig lite nyttig, sånn. I forhold til verdi over tid da…"	I motsetning til å ikke ha et system så er det helt klart at Synergi forbedrer muligheten for å lære av uønskede hendelser. Et sted hvor det blir liggende samlet og ivaretar historikk. Ville vært uhåndterlig og lite nyttig ved løse mail.	Synergi forbedrer muligheten til å lære på grunn av samlet historikk
	"…det gir oss jo i hvert fall konkret informasjon om enkelthendelser, slik at vi kan lære av det ja. Det er jo absolutt det."	Gir konkret informasjon om enkelthendelser så sånn sett kan det absolutt læres	Mulighet til å lære på grunn av konkret informasjon om enkelthendelser
	"Det tror jeg er helt avhengig av hva slags atmosfære du har på avdelingen. Fordi vi har veldig åpne linjer hos oss. Så man kan komme med utfordringer og sånn uten at man skriver Synergi på det. Men det er klart i et mer lukket miljø så vil det være en forenkling for de ansatte særlig…."	Avhenger av atmosfære på avdeling. På grunn av åpne linjer i egen avdeling kan en komme med utfordringer uten å skrive det i Synergi, mens i et lukket miljø kan det være	Læring avhenger av miljø på avdeling Synergi forbedrer

	"Det vil fange opp de som aldri sier noe. Ikke sant, det vil alltid være noen på en avdeling som ikke sier noe, som bare biter det i seg og.. Ja."	en forenkling for spesielt de ansatte. Vil fange opp meldinger fra ansatte som aldri sier i fra.	mulighet til å lære ved "lukkede miljøer"
	"Vet ikke om det er programmet i seg selv som gjør det, men den muligheten til å kunne se på å få en oversikt over de tingene som har skjedd er jo nyttig for å kunne lære av uønskede hendelser. Det er det jo."	Usikker på om det er programmet i seg selv som forbedrer mulighet til å lære av uønskede hendelser, men får oversikt over det som har skjedd som er nyttig for å kunne lære	Usikker på om Synergi i seg selv forbedrer mulighet til å lære, men systemet gir oversikt
	"Ja altså vi kan gjøre det i forbedring i drift. Vi kan altså-du kan avdekke...ordninger som ikke er hensiktsmessig.."	Kan gjøre forbedringer i drift og kan avdekke ordninger som ikke er hensiktsmessig	Synergi kan avdekke ordninger som ikke er hensiktsmessig

Tabell 17 - Koder og subkategorier, kategori nytteverdi

Kategori: Nytteverdi (Net benefits)	
Koder	**Subkategorier**
Synergimeldinger avdekker hendelser en ikke var klar over	Oversikts- og støtteverktøy
Synergi som nyttig verktøy i form av tallfesting og synliggjøring av forbedringsområder	
Leder får tilbakemeldinger om kritikkverdige forhold gjennom Synergi	
Leder kan henvise til Synergi ved gjentagende umeldte hendelser	
Synergi er et nyttig verktøy for leder når ting skal tas opp i travel hverdag	
Kan benytte Synergimeldinger som dokumentasjon	
Synergi bidrar til at det fanges opp hendelser før det blir en utfordring	
Nok meldinger i Synergi kan legge press på mottaker til å utføre handling	

Ansatte blir involvert og får eierskap til kontinuerlig forbedring	Ivaretakelse av ansatte gjennom formelt system
Synergi kan fungere som en "lynavleder"	
Synergi tilrettelegger for de som normalt ikke sier i fra	
Bevissthet hos ansatte om at sak ligger hos leder	
Det må arbeides med meldekultur, da det er frykt for å sladre blant ansatte	Meldekultur
Ønsker fler innrapporterte hendelser for å enklere kunne anvende Synergi til forbedring	
Leder må jobbe med meldekultur for alle yrkesgrupper	
Avhengig av å ha en kultur som belyser uønskede hendelser	
Informasjonen avhenger av melder og hvor godt melder kan Synergi	Nytteverdi av informasjon
Stor nytteverdi av informasjonen, da det er høy kvalitet på hva melder rapporterer	
Viktig faktor at informasjon i Synergi skal bearbeides	
Bruker tid på å snakke med melder for å objektivisere hendelsen	
Økt tidsbruk på grunn av manglende eller feil informasjon i meldingen	Tidsbruk
Melder eller verneombud kan delta under saksbehandling, som er tidkrevende	
Synergi i seg selv stjeler ikke tid, men tidkrevende å innhente mer informasjon fra melder	
Oppleves ikke som tidstyv da avvik må meldes	
Delegering av saksbehandling kan frigi tid men gi mindre eierskap	
Synergi forbedrer muligheten til å lære på grunn av samlet historikk	

Synergi forbedrer mulighet til å lære ved "lukkede miljøer"	Læring
Synergi kan avdekke ordninger som ikke er hensiktsmessig	
Mulighet til å lære på grunn av konkret informasjon om enkelthendelser	
Læring avhenger av miljø på avdeling	
Usikker på om Synergi i seg selv forbedrer mulighet til å lære, men systemet gir oversikt	

5.4.2 Forslag til forbedringer

Under intervjuene kom flere av informantene med forslag til forbedringer i Synergi, og det ble også spurt konkret om dette på slutten av hvert intervju. Flere av informantene ønsket en forenkling av Synergi, og ønsker ikke at kategorier for saksbehandlingen skal være så låst. Det foreslås blant annet at det skal gjøres en endring i utfylling av potensiell konsekvens ved saksbehandling og at dette kanskje kan være valgfritt. Dette påpekes som særlig relevant når det skal skrives et avvik innenfor sakstypen "pasientrelatert", hvor det ikke alltid er slik at den uønskede hendelsen har fått konsekvenser for pasienten.
Det ønskes også en tydeliggjøring av hvilken sakstype som skal anvendes ved ulike avvik. Mulighet for å kombinere to sakstyper trekkes også frem som ønske, da det er uhensiktsmessig å skrive to saker for samme uønskede hendelse. Det fremkommer også et forslag om at obligatoriske faner og låste kategorier skal være mer synlig, for at saksbehandlingen skal bli mer effektiv. Det ønskes også at Synergi er bedre tilpasset psykisk helsevern med mer hensiktsmessige hendelsestyper og kategorier.

Generelt ønskes det at det skal være enklere å avslutte saker, ved færre klikk for å utføre handlingen. Det nevnes også et ønske om forbedring av brukergrensesnitt, hvor et oversiktlig dashbord/førsteside blir fremhevet. Fjerning av enkelte elementer (underfaner) som en ikke trengs under saksbehandlingen trekkes frem som en mulighet som kan gi bedre oversikt. Det foreslås også flere standardrapporter som er enkle å finne, og en ukentlig mail med påminnelse om alle åpne saker, hvor eldste sak ligger øverst.

6.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil funnene fra intervjuene diskuteres opp mot oppgavens teoretiske referanseramme og problemstilling. Vi har i gjennom oppgaven sett på hvordan informasjonskvalitet, systemkvalitet og servicekvalitet kan påvirke opplevelse av bruk og brukervennlighet, samt hvilken nytteverdi informantene opplever å ha med Synergi. Subkategoriene fra kapittel 5.0 vil bli presentert med fet skrift og kodene vil stå i kursiv gjennom diskusjonen. Sitater fra intervjuene vil bli presentert i kursiv og med anførselstegn. Subkategorier blir i hovedsak presentert som egne underkapitler i diskusjonen. Det er imidlertid valgt å diskutere enkelte subkategorier sammen, der det synes hensiktsmessig.

6.1 Erfaringer med informasjonskvalitet

DeLone og McLean (2003) sier at informasjonen fra et IS skal være av kvalitet, meningsfull, tydelig, samt lett å forstå. På lik linje med systemkvalitet, vil kvaliteten på informasjonen kunne påvirke hver enkelt bruker og deres utøvelse av arbeid, som igjen vil kunne gi kollektive resultater (DeLone og McLean, 2003).

6.1.1 Subkategori: "Melder påvirker informasjonskvalitet"

Et sentralt funn var at flere informanter opplever at **melder påvirker informasjonskvalitet.** Det ble trukket frem at *informasjonen er ofte situasjonsbetinget,* og i den forbindelse at *samtale om hendelse kan tone ned meldingen eller tilføre innspill.* Kohn et al. (2000) trekker frem at dersom det skal kunne gjennomføres gode analyser må informasjonen mottatt gjennom rapporteringssystemet være tilstrekkelig. Utilstrekkelig informasjon gir ingen fordel for verken den som rapporterer eller helsevesenet. Informantene opplevde i hovedsak informasjonen som pålitelig, der en *trenger sjelden redigere informasjon melder har lagt inn*. På annen side nevnte flere informanter at de opplever at *melders valg setter rammer for saksbehandlingen*. I denne sammenhengen ble også *varierende kvalitet på grunn av melders tid og utfyllelse* fremhevet. En informant forklarer dette slik:

"Det er veldig varierende, og det handler igjen om hva man bruker tid på å skrive. Det er jo mye lettere de gangene det er ordentlig utfylte hendelser, da er det lettere å ta tak i det på en måte, er det bare noe stikkord så er det vanskeligere å gå inn i det, er vanskeligere å registrere det..Tenker ofte så tar jo melder, tar jo.. kategorisere.. avviket, og det setter jo noen rammer videre igjen, for behandling av det, så kan man jo endre kategorier, men det

kan være at overskriften på kategorien passer, men.. jeg syns ikke det passer sammen med resten av det man da skal fylle ut eller ta stilling til..."

I følge Uribe, Schweikhart, Pathak, Dow & Marsh (2002) er tid en av de mest signifikante barrierene for de som melder, og da i form av det ekstraarbeidet dokumentasjonen medfører. Dette trekkes også frem i Helse Vest RHF (2016) sin internrevisjon av systemet for håndtering av uønskede hendelser. I denne undersøkelsen ga spesielt sykepleiergruppen uttrykk for at de opplevde det for krevende og omfattende å skulle skrive meldinger i Synergi da arbeidsmengden er så stor at de ikke hadde tid til å skrive avviksmeldinger på toppen av en travel vakt (Helse Vest RHF, 2016).
En kan derfor tenke seg at blant annet mangelfull tid hos de som rapporterer inn hendelsene også kan gjenspeile seg i både valg og utfyllelsen av meldingen.
Videre trakk også informantene frem utfordringer og *økt tidsbruk ved valg av feil sakstype,* og at dette blant annet kunne føre til mangelfulle opplysninger og gjorde sakene vanskelig å klassifisere, eller at saksbehandlingen tok tid. På den måten vil det være nærliggende å tenke at melders bruk av systemet, og hva som faktisk står i meldingen vil være avgjørende for hvordan leder opplever informasjonskvaliteten. Det fremkommer også at over halvparten av informantene innhenter mer informasjon på bakgrunn av dette, enten ved å lese i journal eller ved å spørre melder. Imidlertid blir dette også trukket frem som et viktig aspekt i saksbehandlingen.

"...det er jo det som tar tid, når jeg ikke har det, så må da gå å prøve å snakke med den enkelte som kanskje ikke er på jobb den dagen.. Så tar det jo plutselig mye mere.. tid. Å få komplett saksbehandling."

6.1.2 Subkategori: "Omfang av informasjon"

En informant opplyser at *både faktisk og potensiell konsekvens blir meldt, der potensiell blir en del av statistikk.* I den anledning påpeker informanten imidlertid at *Synergi ber om mer informasjon enn det som synes nødvendig*.

... noen melder jo inn hvis det kunne ha skjedd noe. Det er det jo en del av. De melder jo inn fall..og det blir jo mest som en sånn, registrering..litt sånn for å bruke til statistikk.."

"...Men det er så mye som bare meldes for å på en måte melde at dette har skjedd. Uten at det nødvendigvis krever så mye mer. Hvor alt det andre i Synergi blir litt unødvendig..."

På bakgrunn av dette er en interessant diskusjon **omfang av informasjon** og hva systemet etterspør. I en artikkel av Shojania (2008) trekkes det frem at rapporteringssystemer ofte presenterer en kilde til frustrasjon istedenfor at de er et nyttig verktøy for å oppdage problemer knyttet til pasientsikkerhet eller andre kvalitets perspektiver. Det nevnes blant annet at et rapporteringssystem må være enkelt å bruke og at å overvelde brukerne med mange detaljerte spørsmål vil øke sannsynligheten for at meldinger ikke rapporteres. Samtidig må systemet etterspørre tilstrekkelig informasjon slik at hendelsen kan klassifiseres/risikovurderes og på bakgrunn av dette undersøkes videre. Her trekkes det videre frem at enkelte hendelser, slik som fall, ikke nødvendigvis trenger undersøkelse isolert sett. I slike tilfeller bør systemet fange opp hendelsen og omfanget av pasientskade, men ikke hindre brukere med en rekke spørsmål knyttet til årsaker og andre faktorer som bidrar til slike hendelser (Shojania, 2008).
Samtidig trekkes det også frem av en annen informant at det *kan være manglende informasjon på grunn av skjema og må da etterspørre informasjon.*

"...jeg ofte gå etter og spørre mer konkret etter informasjon, for det.. jeg syns ikke de spørsmålene som står ved siden av de ulike rubrikkene er spissa nok i forhold til hva vi ønsker å få inn der. Det er ikke tydelig nok."

Som innledningsvis beskrevet er Synergi bygget opp med låste felter, både hos den som melder, men også for den som saksbehandler. Imidlertid er flere av disse feltene fritekstfelt. Informanten påpeker at informasjonen som etterspørres i melders skjema ikke er spisset nok, og at en da må etterspørre mer informasjon. Fordelen av fritekstfelt for beskrivelser av hendelser kontra strukturerte klassifikasjonssystemer er i følge Pronovost et al. (2007) ukjent. I studien vises det til at de fleste rapporteringsskjema består av begge deler, og at dette er nødvendig for å tydelig kommunisere viktige aspekter ved hendelsene som meldes. Likevel påpekes det at mengden av relevant informasjon fra innrapporterte avviksmeldinger varierte mye, og at det er videre behov for forskning for å lettere forstå hvilke dataelementer som er nødvendig for å produsere meningsfulle analyser (Pronovost et al., 2007).

6.1.3 Subkategori: "Kategorisering i systemet"

Et par informanter trekker frem at **kategorisering i systemet** ved saksbehandling kan medføre ukorrekte opplysninger der det påpekes at det er *vanskelig å kategorisere avvik, og manglende tid til dette.* Kategoriseringen av avviket skjer når saksbehandler påfører blant annet hendelsestype, konsekvenser eller årsaker. Hendelsestypene er som innledningsvis beskrevet basert på NOKUP for pasient-hendelser eller definert av sykehuset selv under HMS og driftsrelaterte hendelser. En informant uttrykker dette slik:

"...og så er det innimellom, altså det her. Hva heter det.. Det der som vi skal kategorisere dem inn i, at det er ikke alltid man finner noe som passer. For av og til så skjer det ting som man ikke kanskje er.. som passer inn i en A4 liste. Så.. Kanskje en skulle hatt litt mer mulighet til å velge flere ting da".

Pronovost et al. (2007) påpeker at å legge til underkategorier for å gi større detalj i klassifiserende hendelser er en vanlig tilnærming. Dette er nyttig dersom målet er å telle antallet rapporterte hendelser, men at dette også kan være til hinder for å benytte dataene til å bedre pasientsikkerheten. Et detaljert skjema av subkategorier, resulterer generelt i et mindre antall av hendelser i hver kategori, som kanskje kan være meningsløst når helsepersonell lager løsninger for forbedring (Pronovost et al. 2007).

6.1.4 Subkategori: "Informasjonen avhenger av at alle yrkesgrupper melder"

Enkelte informanter påpeker at det er *grei kvalitet på informasjon men savner at leger melder* og at *leger melder gjennom sykepleier.* I denne sammenheng kan det forstås at **informasjonen avhenger av at alle yrkesgrupper melder**, som igjen kan tyde på en mangelfull innregistrering av uønskede hendelser. Manglende innrapportering eller rapportering gjennom andre kan trolig bidra til å utfordre informasjonskvaliteten. Dette spesielt da en underrapportering av uønskede hendelser kan gjøre det utfordrende å stole på informasjonen som en kilde til å avdekke utfordringsområder (Vincent, Stanhope & Crowley-Murphy, 1999).

Dette understøttes av forskning som viser til at det trengs mer involvering av legene til å melde uønskede hendelser. Dette for å forbedre nøyaktigheten av den innmeldte informasjonen, og for å kunne prioritere, organisere, og effektivisere analyser av hendelsene på en bedre måte (Tuttle, Holloway, Baird, Sheehan & Skelton, 2004).

En manglende klarhet blant klinikerne om hvem som er ansvarlig for å rapportere uønskede hendelser kan være en mulig forklaring (Stavropoulou et al., 2015). Som en mulig løsning på dette viser Fukuda, Imanaka, Hirose & Hayashida (2010) i sin studie til en økning av meldte uønskede hendelser etter en form for opplæring av legene. Opplæring hadde på annen side liten innvirkning på antall meldte uønskede hendelser fra sykepleierne.

6.1.5 Subkategori: "Definisjon av hendelser"

Mangel på en felles **definisjon av hendelser** og av hva som er å regne som en uønsket hendelse er en kjent utfordring som også belyses i forskning knyttet til pasientsikkerhet (Wakefield et al., 2005). Videre tyder det på at oppfatningen rundt en slik definisjon kan variere mellom avdelinger innen samme helseforetak (Riksrevisjonen, 2016). Ulikt syn på hva som omfattes av en slik definisjon blant de ansatte blir også fremhevet av noen informanter. Samtidig fremkommer det en opplevd *nytteverdi ved enighet om hva som skal meldes.*

"…Så vi-synes nå vi var ganske nyttig når vi på en måte ble litt sånn enige om hva vi melder da…"

Dette støttes av Stavropoulou et al. (2015) som begrunner dette med at avviks- og rapporteringssystemer kan være mer effektive dersom det foreligger tydelige kriterier på hva som er å regne som en uønsket hendelse. På annen side viser Pronovost et al. (2007) til at selv ved konsise definisjoner vil et personlig perspektiv og individuelle forhold påvirke hva som blir meldt. Dette selv i situasjoner hvor det er utarbeidet lister med oversikt over "rapporterbare" hendelser. Dette kan ifølge studien komme av at de ansatte som oftest ikke er opplært i å gjenkjenne sikkerhetsfarer.

6.2 Erfaringer med systemkvalitet

Informantenes opplevelse av brukervennlighet knyttet til Synergi sier noe om hvilken opplevelse informantene har av systemkvaliteten. DeLone og McLean (2003) viser til at systemkvalitet beskriver de tekniske suksesskriteriene knyttet til et informasjonssystem.

6.2.1 Subkategorier: "Opplevelse av brukervennlighet" og "iboende funksjoner skaper ekstra arbeid"

Det velges å diskutere ovenstående subkategorier sammen, da funnene kan tyde på at det er en sammenheng, hvor de iboende funksjonene som skaper ekstra arbeid naturlig påvirker opplevelsen av Synergi. Funn indikerer at det er en blandet **opplevelse av brukervennlighet** knyttet til Synergi. De fleste informantene trakk frem at Synergi oppleves delvis brukervennlig, og hvor noen forteller at de *mestrer Synergi etter å ha lært det.*

"…Noen ganger har jeg sitti og ikke fått kommet videre. Fordi at jeg.. teknikken stanser det…alt er klart til å ferdigbehandle og avslutte, men teknikken er ikke fornøyd med den har fått, og da er det jo veldig irriterende da. Men det er mindre av det ettersom jeg har lært meg disse fram og tilbake og lagre og ikke lagre og redigere og flytte hit og flytte dit da."

En informant trekker også frem at det er *intuitivt å melde og saksbehandle.* Videre påpeker her en annen informant at en *antar å melde er greit, men opplever tekniske utfordringer i saksbehandlingen.* Det fortelles også om at *design og funksjonalitet ok som melder, utfordrende som saksbehandler.* Årsaken til dette kan være at leder kjenner til begge sider av avvikshåndteringen, og dermed er klar over forskjellene. Videre trekker en informant frem at en o*pplever brukervennligheten som ok på grunn av mye bruk.* Imidlertid trekker denne informanten også frem *opplæring og guiding av ansatte på grunn av sjelden bruk.* En påvirkende faktor for opplevelsen av brukervennlighet kan være avhengig av mye bruk og at systemet mestres etter å ha lært det. Dette kan samsvare med DeLone og McLean (2003), som hevder at intensivt bruk vil ha en sterk påvirkning på nytteverdien. Imidlertid forteller flere informanter om utfordringer tilknyttet brukervennligheten, selv om de gir uttrykk for at systemet oppleves delvis brukervennlig. Her trekkes det frem **iboende funksjoner som skaper ekstra arbeid**. Dette er også en attributt van der Meijden et al. (2003) forklarer at utgjør en ulempe og som påvirker systemkvalitet. Informantene gir uttrykk for at en o*pplever ikke Synergi som intuitivt* og at *spørsmål i Synergi oppleves ikke selvforklarende.* Flere av

informantene fremhever at det er utfordrende og krevende å avslutte saker i Synergi, og det fremkommer at det kreves *mange klikk for å utføre handling.*

"Så var det at i starten så begynte jeg, og så var det ganske mye ikke logiske stans underveis. Sånn at når jeg skal håndtere en Synergi. Så gjør jeg det. Skriver der hvor jeg opplever at jeg har noe å melde. Trykker på godkjenn, kan risikere å få godkjent den. Noen ganger så vil den ikke det engang. Og da kommer det opp noe rød skrift - du må gjøre det og det og det først...I tillegg da, så kan jo komme så langt til atte du får godkjent det, men når du da skal avslutte det, da får du en sånn stoppmelding. Du må fylle ut sånn og sånn. Og da er det ikke innlysende at man må...gå opp og så må man ta den knappen fra godkjent til under redigering. Og så må man i tillegg da gå tilbake og så må man skrive at man skal redigere. Så det er en hel haug med knapper, rett og slett...Selv om vi er ferdig med det, selv om vi har dokumentert det som Synergisystemet krever etter alle kunstens regler så sitter vi fortsatt og får søren ikke lov til å skrive avsluttet…"

Det kan se ut til at informantene som har denne erfaringen opplever at enkelte prosesser i Synergi krever ekstra arbeid. Det er da naturlig å tenke seg at dette også vil kreve ekstra tid i utførelsen av arbeidsoppgaven. Shabot (2004) viser til at kliniske systemer kan forstyrre arbeidsflyten, samt at tid er en viktig suksessfaktor. Samtidig understrekes det at systemer så langt det er mulig bør tilpasses brukerne, slik at ikke databehandling bremser arbeidsprosessene (Shabot, 2004).

I en studie av Ash, Berg & Coiera (2004) fremkommer det erfaringer og behov ved bruk av IS hos helsepersonell. Brukergrensesnitt ble trukket frem som en sentral utfordring, hvor tilgjengelig informasjon ble ansett som kompleks og vanskelig å finne. Det blir fremhevet at uhensiktsmessige tilpasninger av systemet kan gjøre det utfordrende å bruke (Ash et al., 2004). Informantenes erfaringer med blant annet for mange felter å forholde seg til, kan derfor mulig indikere en opplevelse av at systemtilpasning ikke er hensiktsmessig. Som også kan bidra til at det er utfordrende å finne frem riktig og nødvendig informasjon raskest mulig. Opplevelsen av systemkvalitet kan i denne anledning se ut til å være utfordret, som igjen kan påvirke bruken av Synergi.
Et par informanter *iverksetter tiltak utenfor Synergi, da system genererer varsler som oppleves som støy.* Beslutningssystemer ser ut til å være preget av den samme utfordringen,

hvor systemene trigger en stor mengde av påminnelser, alarmer og advarsler (Ash et al., 2004). Et resultat av dette er at slike meldinger blir ignorert.

"...For når man begynner å lage sånne tiltak og sånn inni der så blir det fryktelig mye mas fra systemet..på..for du får ikke lov å avslutte saken før du har avslutta tiltaket, og et tiltak kan ta lang tid å få avslutta. Sånn at det der er ikke sånn gjort fra dag til i morra, sånn at det- men vi jobber jo selv om vi ikke ligger det fysisk inn der, så jobber jo med de tingene som vi ser at vi trenger å jobbe med på systemnivå da."

Kategorien "bruk" i DeLone og McLean er knyttet til om brukerne benytter systemet slik de skal, eller om det er andre løsninger for å få gjennomført oppgavene. I denne sammenheng kan det se ut til at tiltaksregistreringen i systemet ikke benyttes og at funksjonen oppleves tungvint og lite tilpasset arbeidsprosessene til informantene. Tiltakene etableres men dokumenteres ikke i Synergi.

Opplevelse av lite praksisnært system er et aktuelt funn, som trekkes frem av en informant.

"...Jeg tror ikke nødvendigvis de som har laget systemet jobber med pasienter, eller jobber med forbedring hos seg selv, det vet jeg ikke. Eller praksis da. Så det er ikke så veldig praksisnært på en måte, synes jeg."

Sett i lys av dette, er det relevant å trekke frem at sammenlignet med andre typer høyrisikovirksomheter er avviks- og rapporteringssystemer i helsevesenet ofte fragmentert og relativt umodne (Pham et al., 2010). Samtidig er det også i følge Pham et al. (2010) lite bevis knyttet til systemenes effetktivitet og beste praksis for implementering, og utnyttelse. Videre viser Macrae (2008) i sin studie til at luftfart har vært en av de viktigste kildene til risikostyringsmodeller. Disse modellene har igjen vært utgangspunktet for utformingen av pasientsikkerhetsstyringssystemer og hendelsesrapporteringssystemer i helsetjenesten (Macrae, 2008). I likhet med dette er Synergi et informasjonssystem som ble brukt i oljeindustrien og ekspanderte videre til næringsvirksomheter innen blant annet transport og så til helsevesenet (jf. kapittel 1.4.).
Macrae (2008) hevder at en rekke publikasjoner har forsøkt å vurdere overførbarheten av slike systemer og ideer fra andre næringsvirksomheter til helsetjenesten. Likevel påpekes det at det er betydelig forskjell i kompleksiteten og den rutinemessige driften mellom disse

virksomhetstypene. Dette har ført til at en overføring av slike systemer til helsevesenet ofte har vært basert på prinsipper og design fremfor praksis og prosedyrer. Sykehus er på mange måter et profesjonelt byråkrati, kjennetegnet ved at beslutningsmyndighet i faglige spørsmål ofte er delegert til de ansatte, det vil si et desentralisert byråkrati (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Et slikt byråkrati kan i følge Southon, Sauer & Grant (1997) bety en splittet intern struktur for administrasjon og klinisk omsorg, som reflekterer ulike mål for effektive helsetjenester. Det er derfor også et større mangfold av praksis, noe som trolig kan gjøre det noe mer utfordrende å designe og tilpasse informasjonssystemer (Southon et al., 1997). Med utgangspunkt i dette kan en tenke seg at standardiserte løsninger for informasjonssystemer kan være utfordrende å tilpasse til helsevesenet, noe som igjen kan medføre at systemene oppleves som mindre brukervennlig.

6.3 Erfaringer med servicekvalitet

6.3.1 Subkategori: "Opplæring"

DeLone og McLean (2003) trekker frem brukernes tilgang til å tilegne seg kunnskaper og at de på den måten kan bruke systemet slik det er tiltenkt. Det fremkommer at informantene har hatt ulik form for **opplæring**.

Halvparten av informantene er ga uttrykk for *tilfredsstillende opplæring*, hvor denne opplæringen i hovedsak bestod av *arrangert opplæring* i form av internt kurs på sykehuset. Samtidig ga enkelte uttrykk for en *mulig ikke tilfredsstillende opplæring*. Det var imidlertid lenge siden opplæringen ble gjennomført, og derfor vanskelig å huske både type opplæring og om opplæringen var tilfredsstillende. Enkelte informanter trakk også frem *oppsøkende opplæring*, i den form at de selv har etterspurt dette, blant annet i forbindelse med tiltredelse i lederrolle. *Opplæring med kvalitetsrådgiver* nevnes også av flere under spørsmål om opplæring. Jacobsen & Thorsvik (2013) hevder at det å ha en person i egen avdeling som gjennomfører eller bidrar til opplæringen på mange måter kan være en fordel. Den opplæringen som mottas er ofte i større grad tilpasset og spesifikk for organisasjonen, som kan medføre at den ansatte får en nærmere tilknytning til organisasjonen. Et annet poeng er at denne formen for læring trolig kan anses som uformell. I følge Tannenbaum, Beard, McNall & Salas (2009) er denne formen for læring vel så viktig som organisert læring og kan i noen tilfeller være mer innflytelsesrik.

"Jeg har fått tilfredsstillende opplæring fordi (kvalitetsrådgiver) kan jobben sin som kvalitetsrådgiver. Og det kan godt være at det er den beste måten å lære opp en leder også. Fordi du skal ikke bare læres opp i systemet, du skal læres opp i kulturen, du skal læres opp i en klokskap i bruken."

Det er i følge studien til Wiig et al. (2014) ikke tilstrekkelig med en utelukkende teknisk tilnærming til kvalitetsforbedring. For å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenester er det i følge Helsedirektoratet (2018a) avgjørende at ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid. En slik kompetanse må læres og inngå i kompetansekartlegginger og planer. Forskning foreslår at sikkerhet og fokus på reduksjon av uønskede hendelser bør være en sentral del av utdannelsen for helsepersonell (Maddox, Wakefield & Bull, 2001; Wakefield et al., 2005). Wakefield et al. (2005) fremhever videre at dette kan bidra til å forberede helsepersonell på fremtidig praksis.
En informant trakk også frem at *få meldinger kan generere behov for mer kontinuerlig opplæring i Synergi.*

"Ja, den er tilfredsstillende, men det er klart jeg har ikke så mange Synergier at jeg føler noen ganger at jeg starter på nytt igjen."

Som tidligere nevnt kan sporadisk bruk av system gjøre det utfordrende med bruk. Shachak, Barnsley, Tu, Jadad & Lemieux (2011) viser i sin studie til at opplæring ikke kun inkluderer det som blir gitt før implementering, men at den også innbefatter veiledning og opplæring av nye brukere etter implementering. Løpende opplæring av avanserte funksjoner, samt innlemme bruken av systemet i den kliniske hverdagen, ses på som en del av brukerstøtten (Shachak et al., 2011). Dette kan forstås som en form for organisert og mer kontinuerlig opplæring i systemet etter behov.
Forskning tyder på at organisasjoner som investerer betydelige ressurser i opplæring av medarbeiderne, og som tar sikte på å forbedre medarbeidernes kunnskaper og ferdigheter, kan påvirke organisasjonen positivt (Edwards, Kitzmiller & Brecken-Sproat, 2012). Effektene av opplæring i helseinformasjonssystemer ser ut til å påvirke brukerne lenge etter opplæringen, samtidig som det kan tyde på at en positiv erfaring med opplæring er knyttet til langsiktig bruk av slike informasjonssystemer. En form for organisert opplæring kan også redusere

belastningen når det kommer til brukerstøtten og forsterke ledernes kompetanse og dermed også mulig opplevelsen av brukertilfredshet (Kivinen & Lammintakanen, 2013)

"...Tror det har veldig lite verdi, å lære noe som man får bruk for om to måneder i akkurat det systemet her. Så jeg har oppsøkt opplæringen selv. Vet vel, at det også er tilbudt meg no, som ikke jeg har benyttet meg av. Men det er lenge siden jeg har sett noe sånt."

Det trekkes også frem at *opplæring skjer først gjennom bruk av Synergi*, der informanter også trekker frem "*Learning by doing*" og *egenlæring i Synergi* som en måte å tilegne seg kunnskap i bruk av Synergi. Edwards et. al. (2012) viser til at det å lære gjennom praktiske ferdigheter er en læringsform kan medføre økt kunnskap og ferdighet.
I tillegg til systemkvalitet og informasjonskvalitet vil servicekvalitet kunne påvirke, intensjon om bruk, bruk, brukertilfredshet og nytteverdien av et system. Likevel påpeker DeLone og McLean (2003) at kategorien servicekvalitet ikke vil påvirke i like stor grad som de to andre kvalitetskategoriene. På en annen side påpeker Shachak et al. (2011) at brukerstøtte ofte er nevnt som en viktig faktor for suksess for innføring av informasjonssystemer innen helse.

6.3.2 Subkategori: "Brukerstøtte"

Funnene i denne oppgaven kan tyde på at erfaringer knyttet til servicekvalitet er delt, da flere av informantene var usikre på hvem og hvor brukerstøtten var. Informantene nevner ulik **brukerstøtte.** Noen av informantene nevnte *brukerstøtte via mail.* I hovedsak var denne formen for brukerstøtte benyttet ved behov for bistand knyttet til brukertilganger i systemet. Over halvparten av informantene viser til at de kan benytte seg av eller benytter seg av avdelingens *kvalitetsrådgiver som brukerstøtte*. Det ble ikke stilt spørsmål om hvorvidt brukerstøtten er lett tilgjengelig, men på den andre siden er sykehuset organisert slik at det er én kvalitetsrådgiver tilknyttet hver avdeling, som er tilgjengelig under ordinær arbeidstid. Det kan derfor antas at leder har en slik funksjon tilgjengelig når det er behov for bistand. Flere av informantene gir uttrykk for at brukerstøtten fra kvalitetsrådgiver oppleves som nyttig. En informant gav uttrykk for følgende på spørsmål om tilgang til brukerstøtte:

"....jeg går rett til kvalitetsrådgiver, fordi at hun kan det godt, eller så har ikke jeg inntrykk av noen kan akkurat det der...."

DeLone & McLean (2003) hevder at servicekvalitet betegner all brukerstøtte som gis til brukere av systemet. Brukerstøtten kan være gitt av interne eller eksterne ressurser/aktører, eller leverandør av systemet. Det kan derfor se ut til at enkelte informanter har "tildelt" kvalitetsrådgiverne denne funksjonen, da det er de som i mange tilfeller bistår og gir støtte og veiledning i bruken av Synergi. Det derfor se ut til at kvalitetsrådgiver fungerer som en form for superbruker. Det kan også tenkes at lederne har en lav terskel for å ta kontakt med kvalitetsrådgiverne, da de har samme fysiske arbeidssted, og da de kjenner vedkommende. Videre kan kvalitetsrådgiver som da har kompetanse både innen systemet og rundt læring og kvalitetsarbeid synes å være en avgjørende faktor for opplevelsen av tilfredsstillende opplæring og igjen for informantenes videre bruk av systemet.

6.4 Bruk og opplevd brukertilfredshet

6.4.1 Subkategorier: "Saksbehandlingsverktøy" og "Bruk av Synergi varierer"

Alle informantene benytter Synergi som et **saksbehandlingsverktøy**, hvor informantene *saksbehandler og videresender til riktig mottaker*. Informantenes **bruk av Synergi varierer.** Enkelte informanter fortalte om *daglig bruk* og at de *bruker synergi ved mottak av varsler per mail* samt *fortløpende bruk for å unngå purringer og varsler.* Andre informanter *avventer bruk til mottak av ukesoppdateringer* (saker som har gått ut på frist). Til tross for at flere informanter benytter Synergi fortløpende ved mottak av nye meldinger, kan det likevel tilsi en sporadisk bruk av system. Dette fordi bruken avhenger av at det faktisk meldes uønskede hendelser og/eller forbedringsforslag i systemet. Som påpekt kan det være utfordrende å bruke et system når det kun anvendes sporadisk. Dette til tross for at det er utarbeidet rutiner, retningslinjer og brukerhåndbøker for systemet (Riksrevisjonen, 2016).

Variasjon i bruken av et system kan også forekomme, selv om bruken kan være påtvungen (DeLone & McLean, 2003). Flere informanter forteller om utfordringer knyttet til kvaliteten i Synergi, en kan derfor tenke at det kan være varierende opplevd brukertilfredshet hos lederne.

Ettersom det er delvis obligatorisk å anvende Synergi, kan det være nærliggende å tenke at brukertilfredshet ikke vil påvirke bruken av systemet. Imidlertid hevder DeLone & McLean (2003) at bruk er en suksessfaktor uavhengig av om systemet er frivillig eller obligatorisk Dette begrunnes med at variabelen kvalitet og intensitet i bruk har en signifikant påvirkning på forholdet til nytteverdi. Det fremheves også av Kohn et al. (2000) at noen eksperter vil

hevde at all rapportering er fundamentalt frivillig, da selv obligatorisk rapportering kan unngås.

6.4.2 Subkategori: "Oversikt"

I følge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 6g (2016), plikter virksomheter og blant annet ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser. Informantene forteller om ulik opplevelse av **oversikt**. Det utpekte seg at kun enkelte av opplever å ha oversikt i Synergi. Informantene fortalte at de fikk *oversikt via varsler per mail, på utgåtte avvik,* og at de *bruker synergi til å se på volum og trender* samt *tar ut rapporter for å få oversikt over spesifikt område i egen enhet.*

"...jeg bruker jo systemet til å få en oversikt ut fra hva som blir meldt her. Virker inn på hvilke planer jeg legger på langtid og korttid, i forhold til drift og opplæring, oppfølging…"

Samtidig opplyste nesten halvparten av informantene at de opplever utfordringer med oversikten i systemet. I denne sammenheng ga de uttrykk for at det er *utfordrende å navigere i system* og *opplever det er vanskelig å ta ut og bruke rapporter.* Det ble også trukket frem at *mangelfull opplæring kan være årsak til at det er vanskelig å ta ut rapporter*.
I denne sammenheng trakk flere informanter frem at de *bruker kvalitetsrådgiver for å få rapporter* hvor flere informanter opplever at denne bistanden førte til en opplevelse av oversikt både i systemet og en oversikt over de uønskede hendelsene. Dette kan tyde på at selv om flere informanter påpeker at det er vanskelig å få oversikt egenhendig, så får de likevel oversikten som kreves, men gjennom bistand fra kvalitetsrådgiver i egen avdeling.

"...Så hvis jeg trenger en rapport, eller trenger et tall, så spør jeg (kvalitetsrådgiver)..Og jeg klarer ikke å bare sette meg ned med Synergi og finne et tall. Sånne ting kan jeg ikke så godt. Men det betyr ikke at ikke jeg følger med, fordi at noen andre kan det jo, og legger det jo fram i kvalitetsrådsmøter, og alle de ulike sammenhengene hvor Synergi er oppe, der er jo jeg. Så...det betyr ikke at ikke jeg har oversikt, det betyr bare at ikke er god nok teknisk til å håndtere det uten hjelp."

Videre ga enkelte informanter uttrykk for at Synergi ikke var dekkende for å synliggjøre oversikt gjennom grafisk fremstilling. Bruk av informasjonssystemer har både fordeler og svakheter for ledere i følge studien til Lammintakanen et al. (2010). Det fremkommer i denne

studien at sykepleieledere mente at bruken av informasjonssystemer har styrket ens rolle som leder, samt gjort det enklere å oppfylle og utføre sine ledelsesoppgaver. Likevel påpekes det svakheter med tanke på at bruken var fragmentert selv i samme organisasjon. Enkelte avdelinger anvendte informasjonssystemet, mens andre hadde laget egne løsninger for visse formål, eks. excel-baserte systemer.
Dette problematiseres ytterligere ved at parallell bruk av både konvensjonelle og elektroniske versjoner kan ha ført til feil bruk av arbeidstid (Lammintakanen et al., 2010).
Kun en informant svarte at det ble ført en form for e*genregistrering i word for å holde oversikt over spesifikt problemområde*, men et par informanter opplyste at de *benytter andre systemer som supplement til Synergi* og at de *velger grafisk fremstilling i Dialis fremfor Synergi.* På spørsmål om hvorfor en velger Dialis fremfor rapporter i Synergi svarte en informant følgende:

"Ja, egentlig for å se. For det er litt mer sånn knotete med perioder fra og til og på enheten og.. Vi har prøvd å ta ut rapporter, men jeg liker veldig godt det som er utvikla her."

En ser også for seg at det kan være andre årsaker til at Dialis benyttes til dette formålet. Informantene kan oppleve et større eierskap til noe som er egenutviklet ved sykehuset og på den måten opplever å ha større medvirkning og muligheter til å komme med endringsforslag/tilpasninger. Brukerinvolvering vil i følge Bano & Zowghi (2015) kunne føre til en større grad av suksess for system. En annen mulig forklaring kan være at informantene fra tidligere anvender Dialis som et ledelsessystem til flere andre formål og at det derfor kan være lettere å benytte seg av.

6.4.3 Subkategori: "Brukertilfredshet"

Bruk og brukertilfredshet påvirkes gjensidig, hvor mengden av bruk kan påvirke graden av brukertilfredshet og omvendt (DeLone & McLean, 2003). Et interessant funn i denne sammenheng er at en av informantene som svarte at enheten er storbruker av Synergi, samtidig ga uttrykk for å være fornøyd med Synergi da *systemet fungerer etter formål og hensikt.*

"...Men fra jeg ble leder selv, så har jeg sett på det som et veldig nytt og viktig verktøy for å få til å fange opp.. hva som rører seg der ute. Jeg er jo ikke alltid til stede på avdelingen, men da vet jeg jo at på en måte atte de ansatte har et sånn talerør, eller kanal inn til meg da, for å melde inn saker, så jeg alltid på en måte kunne vite hva som rører seg. Så sånn sett er jeg jo veldig fornøyd som leder."

De fleste informantene er delvis fornøyd med synergi. En informant trekker imidlertid frem at en er *misfornøyd med Synergi, men positiv til avvikssystemer.* Enkelte informanter forklarer at det er mange systemer å forholde seg til. Dette begrunnes med at S*ynergi er krevende å kunne godt på grunn av andre systemer som også skal beherskes*.

"...Det er et krevende verktøy å skulle kunne godt. Fordi det er så mange verktøy vi skal kunne her…"

Systemene er mange, og gjerne drevet og videreutviklet hver for seg (Lammintakanen et al., 2010). Cantrill (2010) skriver at helsesektoren ofte har en spredning av systemer som ikke integrerer seg godt med hverandre. Ideelt sett bør disse forskjellige systemene integreres i en sømløs helhet.

Informantene trekker frem at de *opplever system som greit i mangel av noe annet, men kan medføre lite bruk.* Samtidig trekkes det også frem et *manglende sammenligningsgrunnlag med annet system.* Det ytres et *ønske om noe mer intuitivt system,* imidlertid uttrykker noen informanter at de har blitt mer positive til Synergi over tid. Det ble blant annet trukket frem at det var *krevende å saksbehandle innledningsvis som medførte mye bistand fra superbruker,* men at *"øvelse gjør mester".* Fukuda et al. (2010) viser i sin studie til at det er sannsynlig at jo lenger et rapporteringssystem har eksistert i et bestemt sykehus, jo mer har trolig systemet modnet, og kan derfor mulig presentere et økt antall hendelser. En informant trekker frem at *Synergi har blitt en del av daglig drift* som igjen gjør at *ansatte melder uoppfordret.*

Både bruk og brukertilfredshet har en forutsetning for intensjon om bruk, som til slutt påvirker den samlede effekten, nytteverdi. Doll, Deng, Raghunathan, Torkzadeg & Xia (2004) bekrefter at det finnes en viktig sammenheng mellom brukertilfredshet og hvor vellykket et IS er, men at man må være oppmerksom på at brukertilfredshet til et og samme system, kan oppleves forskjellige avhengig av hvem som bruker det.

6.5 Bruk sammen med de ansatte

6.5.1 Subkategori: "oppfordrer til bruk"

Leders rolle, må inkludere en merkbar støtte til de ansatte (Savage & Ford, 2008, s. 48-49). I den forbindelse er det relevant å vise til funn hvor de fleste av informantene trakk frem at de **oppfordrer til bruk,** ved at leder *oppfordrer ansatte til å melde i Synergi,* blant annet for å *sikre dokumentasjon ved beskjed om gjentagende hendelser*

"...Jeg oppfordrer folk til å melde Synergi om stort og smått. Som de kommer med, som jeg kunne kanskje tenkt at dette kan vi jo bare ta der og da, men jeg hører - ok dette her er- dette gjentar seg, dette skjer ofte. Så da sier jeg ofte at det kan være fint om-eller kan du være så grei å levere en Synergi på det…"

I følge Riksrevisjonen (2016) vil måten nærmeste leder prater om hendelser og hvordan de blir håndtert i stor grad kunne påvirke antall meldte hendelser og hvilke hendelser som meldes. Å skape en kultur for å melde i fra om og lære av hverandres feil i helse- og omsorgstjenestene, er et ledelsesansvar (Riksrevisjonen, 2016). På en annen side viser forskningslitteraturen gjentagende til et annet avgjørende kriterium for å sikre god meldekultur, viktigheten av tilbakemelding på meldte avvik.

6.5.2 Subkategori: "Dokumentasjon og tilbakemelding"

Høyland & Aase (2008) og Fitzgerald et al. (2011) påpeker at respons på rapporterte hendelser vil være en motiverende faktor for å fortsette ytterligere rapportering. En annen studie som inkluderte nærmere 800 helsepersonell var mangel på tilbakemelding den hyppigste barrieren til avviksmelding blant leger og sykepleiere (Evans et al., 2006).
Et interessant funn var i denne sammenheng informantenes erfaringer knyttet til **dokumentasjon og tilbakemeldinger** i Synergi. Flere informanter fortalte at enkelte prosesser ikke dokumenteres i Synergi og det begrunnes med *redusert kapasitet til dokumentasjon.* Det ble imidlertid påpekt av en informant at de *ansatte er orientert om at saker avsluttes uten beskrivelser av tiltak* og at det heller blir brukt tid på å faktisk utføre tiltakene enn å dokumentere de. En kan undre seg over om de ansatte i tilstrekkelig grad opplever å få tilbakemeldinger på sine innrapporterte uønskede hendelser/avvik dersom de ikke opplever at det iverksettes tiltak, samt at dette ikke dokumenteres i systemet. Som nevnt i kapittel 6.2.1 trekker flere informanter frem at tiltaksregistreringen i systemet ikke benyttes

og at funksjonen oppleves tungvint, og på denne måten kan det se ut til at systemkvaliteten påvirker bruken.

"...prøver å informere de ansatte også om at, selv om det blir avsluttet så betyr ikke det at vi ikke tar det på alvorlig, vi ser på en måte problemstillingene og gjør tiltak, men vi orker ikke å sitte og bruke mye tid på å beskrive så veldig mye de tiltakene vi gjør, vi vil heller bruke tid på å gjøre tiltakene..."

Benn et al. (2009) viser i sin studie til at dersom melder ikke oppfatter at ledelsen iverksetter tiltak eller endringer basert på de rapporterte hendelsene, kan dette igjen føre til en apati blant leger og sykepleiere, samt en motvilje til å rapportere uønskede hendelser. I en artikkel i sykepleien (Hofstad, 2015b) påpeker sykepleierleder, Eli Gunhild By, at det beste eksempelet der avviksmeldinger har vært til nytte er når det ved lukking av avvik settes inn tiltak. Samtidig er utfordringen hva man lærer av det og tar med seg videre.
Et spennende funn i denne sammenheng var en informant som trakk frem obligatorisk tilbakemelding, der vedkommende uttrykker en frustrasjon ved videresending av Synergi til andre avdelinger/enheter, hvor vedkommende *savner obligatorisk felt i system som sikrer tilbakemelding.* Informanten fortalte at saker ble avsluttet uten noen tilbakemelding eller tiltak på hva som var iverksatt. I studien til Olsen og Aase (2010) trekkes det frem at helsevesenet har utfordringer med blant annet å samarbeide vedrørende uønskede hendelser på tvers av avdelinger, og de viser til resultater som tyder på at helsevesenet kan forbedre seg ytterligere på blant annet forventninger til lederes fremming av sikkerhet og tiltak, tilbakemelding og kommunikasjon om feil, organisatorisk læring, kontinuerlig forbedring og samarbeid innen enheter.

«..det jeg savner er at den som behandler, enten det er her eller på sengepost eller hva det er.. tvinges til å skrive, ikke bare avsluttet, men at de må komme med en kommentar. Hva det er... altså hvis jeg sender den til sengepost, og så får jeg bare avsluttet tilbake, så sier ikke det meg noe om..de har tatt den opp, eller om de bare.. ferdig med den liksom»

6.6 Bruk av Synergi som støtte inn i fagutvikling og læring

6.6.1 Subkategori: "Fagutvikling og læring"

Et interessant funn var at samtlige informanter fortalte om en etablert dialog rundt de uønskede hendelsene. Der alle informantene trakk frem at Synergi ble brukt til **fagutvikling og læring** gjennom informasjonsdeling på tvers og i ulike fora. Det ble blant annet nevnt at ledere *diskuterer sak med den ansatt*e og at de *bruker kunnskap fra Synergi i dialog med ansatte.* Videre ble det trukket frem at *ansatte blir orientert om saker på personalmøter eller gjennom fagsykepeleier.* Aase & Wiig (2018, s.109) viser til resultater som tilsier at praktisk arbeid knyttet til uønskede hendelser ved sykehusavdelinger er preget av åpenhet, dialog og faglige refleksjoner.

Lederne fortalte også at de *bruker Synergimeldinger som case i møter*, og at de *bruker Synergi til fagutvikling på ulike måter, blant annet på fagdager*.
Et par informanter utdypet også en stor interesse blant de ansatte ved at sakene ble diskutert i plenum for fagutvikling og læring.

"Det synes jo sykepleierne også er veldig fint å både melde og få diskutert og snakket om.."

Videre var et interessant funn innen denne subkategorien at enkelte informanter viste til *fagutvikling gjennom videresending og informasjonsdeling i Synergi* og at de *gjennomgår Synergier på tvers av enheter i oppsamlingsmøter.* Det ble annet trukket frem at kopi-funksjonen i Synergi ble benyttet ved saker som involverer flere enheter. På den måten kunne andre enheter drive lokalt forbedringsarbeid, også dersom avviket var lukket i egen enhet.

"....og så bruker vi også - kan ta enkeltsaker tilbake til drøfting på personalmøte. Ja, ta opp saker litt sånn i plenum. Og videresending for at andre enheter skal kunne drive forbedring da…"

Å lære av fortidens feil og hindre at det skjer igjen er tanken bak rapportering av uønskede hendelser, Tanken bak rapportering av uønskede hendelser er å lære av fortidens feil og hindre at det skjer igjen" (Hjort, 2011). Samtlige informanter svarer at de bruker informasjon fra system til fagutvikling, forbedring og læring. Et par informanter trekker frem at de *bruker Synergi til å vurdere prosedyrer og retningslinjer* og at *informasjon fra Synergi kan gi*

signaler om tema til fagdager. Det trekkes også frem at de *bruker Synergi til fagutvikling gjennom fagsykepleier og fokusområder*. Videre finner andre informanter fokusområder ved å blant annet å se på gjentagende saker og trender.
Imidlertid trekker en informant frem i denne sammenheng en mulig *svakhet at synergi ikke nødvendigvis avdekker alle hendelser*.

"...Du får fylt ut en Synergi på toppen av et isfjell. Og det er litt å viktig å huske på, og det er en svakhet ved Synergi.. eller alle avvikssystemer, det er jo at.., igjen hvis du, ikke sant hvis du får tre Synergier på noe da.. Er det mye eller lite? Er det toppen av isfjell eller er det alt?"

Dette trekkes også frem av Hjort (2011) som påpeker at de mest alvorlige feilene ofte angis som toppen av isfjellet. Clarke (2006) hevder at bruk av statistikk er begrenset fordi en ikke kan være sikker på at alle mulige hendelser har blitt fanget opp, men på en annen side at en ikke trenger alle hendelsene for et spesifikt problem, en trenger bare nok rapporter for å vite at det er et problem. Clarke (2006) påpeker også at det kan være vanskelig å kvantifisere effekten og gjennomføre statistiske beregninger fra rapporteringssystemer for uønskede hendelser.
Potensielle effekter av avvikssystemer er også trukket frem i artikkelen "Reporting of adverse Events" der det skrives at et godt internt rapporteringssystem sikrer at alle ansvarlige parter er oppmerksomme på store farer. Rapporteringen i seg selv er også viktig for å overvåke fremdriften av å forebygge feil og på den måten er også nesten uhellene av stor verdi (Leape, 2002).
Janbu (2007) påpeker i en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeforeningen at det ikke er selve meldingen av den uønskede hendelsen som fører til forbedring, men at en er avhengig av effektive systemer for håndtering av meldingene, slik at informasjon blir tilbakeført til organisasjonen og personalet. Videre påpeker Janbu (2007) at det er ledelsen som må tilrettelegge for å identifisere, kartlegge og drive grundig analyse av uønskede hendelser, slik at man får et bedre grunnlag for forbedring.
Seks informanter påpekte at de benytter Synergi til læring. To informanter sier at det ble grundig gjennomgått hvorfor avviket hadde skjedd, for å igjen se på hvilke ledd som har sviktet og hvordan en unngår at lignende skjer igjen og på den måten *bruker Synergi til læring ved å se på årsakssammenhenger*. Én av disse informantene påpeker i denne

sammenheng at *informasjon fra Synergi kan fange opp manglende opplæring* og at de da ser på sine retningslinjer/prosedyrer.
I følge Kohn et al. (2000) er ikke målet med et avviks- og rapporteringssystem å telle antall rapporter, da volumet i seg selv ikke indikerer suksess av et system. Målet er å analysere og bruke informasjonen fra rapportene, sammen med riktig verktøy, ekspertise og ressurser som kan bidra til å rette feil.

6.7 Nytteverdi

Nytteverdi beskrives av DeLone og Mclean (2003) som de oppnådde effekter for organisasjonen, både fra et organisasjonsperspektiv og fra et individperspektiv.

6.7.1 Subkategori: "Oversikts- og støtteverktøy"

Erfaringer fra informantene viser til at Synergi fungerer som et **oversikts- og støtteverktøy** for leder. Dette kommer av at s*ynergimeldinger avdekker hendelser en ikke var klar over,* at *leder får tilbakemeldinger om kritikkverdige forhold gjennom Synergi,* og at *Synergi bidrar til at det fanges opp hendelser før det blir en utfordring.* I en studie av Murtola et al. (2013) trekkes det frem at informasjonshåndtering kan bli forbedret gjennom informasjonssystemer. Gong et al. (2017) påpeker også at gjennom samling av uønskede hendelser i helsevesenet, vil avviks- og rapporteringsystemene gjøre det mulig å analysere hendelsen, identifisere underliggende faktorer og generere kunnskap som kan bidra til å redusere risiko. En informant trekker frem at *Synergi er et nyttig verktøy for leder når ting skal tas opp i travel hverdag* og at *nok meldinger i Synergi kan legge press på mottaker til å utføre handling.* På den måten kan leder vise til tidligere synergier som mulig kan "fremprovosere" en forbedring. Videre blir *Synergi som nyttig verktøy i form av tallfesting og synliggjøring av forbedringsområder* trukket frem og at en *kan benytte Synergimeldinger som dokumentasjon.* En informant trakk også fram at *leder kan henvise til Synergi ved gjentagende umeldte hendelser.* På den måten kan det tilsynelatende se ut til at informantene anser Synergi som et nyttig verktøy i sin hverdag. Imidlertid hevder Kohn et al. (2000) at det å motta rapporter bare er første trinn i å redusere uønskede hendelser. Det må være viet tilstrekkelig oppmerksomhet til å analysere og forstå årsakene til de uønskede hendelsene for å gjøre forbedringer.

6.7.2 Subkategorier: "Meldekultur" og "Ivaretakelse av ansatte gjennom formelt system"

I NOU 2015:11 (2016) vises det til omfattende tilsynserfaringer hvor det fremkommer sammenheng mellom manglende ledelse og styring, og svikt i tjenestene. Ledere som er opptatt av risikostyring og pasientsikkerhet er av særlig betydning for gode helse- og omsorgstjenester (NOU 2015:11, kap. 4). Jacobsen & Thorsvik hevder at ledere kan påvirke de ansattes verdier. Dette kommer av at de gjennom sin lederposisjon er synlige for de fleste, og dermed får stor påvirkningskraft. For å sikre "valide data" i system blir **meldekultur** belyst som avgjørende faktor. Her fremhever informantene frem at en er *avhengig av å ha en kultur som belyser uønskede hendelser* og at *det må arbeides med meldekultur, da det er frykt for å sladre blant ansatte.* I kapittel 2.0 vises det til flere årsaker til lav meldekultur, blant annet tungvint system sammen med en travel arbeidshverdag (Fitzgerald et al., 2011), og redsel for å bli holdt ansvarlig (Fitzgerald et al., 2011; Waring, 2005).
Videre trekkes det frem at en *ønsker fler innrapporterte hendelser for å enklere kunne anvende Synergi til forbedring* og i den anledning at *leder må jobbe med meldekultur for alle yrkesgrupper*. Dette er også diskutert under kapittel 6.1.4 og må ses i sammenheng med subkategorien: informasjonen avhenger av at alle yrkesgrupper melder. Dette ble også trukket frem under spørsmål om eventuelle forbedringsforslag hvor noen informanter fremhever at lik meldekultur kan gjøre at systemet blir mer nyttig, og som vil gi større mulighet for sammenligningsgrunnlag. Det fremheves også at et større volum av meldte Synergier, kan generere bedre bruk.

"...vi prøver jo å være obs på at hvis det er noe vi oppdager, at vi prøver å få meldt det for å få registrert det tenker jeg da. At sånn.. Det kan være ting som ikke fungerer eller.. Det er jo ikke alltid at man gjør en feil, men det kan mer være ting som man kan gjøre bedre da. Det handler igjen om å få opp meldekulturen."

Savage og Ford (2008, s. 5) skriver at den største utfordringen ledelsen i helsevesenet står overfor er å forandre egen kultur innad i sin organisasjon, samtidig som sikkerheten må prioriteres og komme først på agendaen.
I tillegg til at leder har ansvar for å etablere en sikkerhetskultur, har en også ansvar for å etablere et psykososialt arbeidsmiljø som er ment å bidra til forebygging og tilstrekkelig oppfølging av hendelser (NOU 2015:11, kap. 4). Funn fra denne undersøkelsen tyder på at leder selv opplever at Synergi legger til rette for **ivaretakelse av ansatte gjennom formelt**

system. Her trekkes det frem at *Synergi tilrettelegger for de som normalt ikke sier i fra*. I tillegg vises det til at ved å melde i Synergi tilkommer en *bevissthet hos ansatte om at sak ligger hos leder*, samt at de *ansatte blir involvert og får eierskap til kontinuerlig forbedring,* noe en leder trakk frem som en stor nytteverdi. Samtidig fremkommer det at *Synergi kan fungere som en "lynavleder".* På den måten at de ansatte kan melde inn hendelser men hvor leder kan prate om hendelsen før den eventuelt videresendes.

"...Det gir meg en tillit til at på en måte.. ansatte er ivaretatt gjennom å ha en sånn kanal. At de på en måte på den måten kan bli involvert og få litt sånn eierskap i kontinuerlig forbedring, kvalitetsutvikling…"

Pfeiffer, Manser & Wehner (2010) skriver i sin studie at helsepersonellets oppfatning av et avviks- og rapporteringssystem kan variere betydelig avhengig av hvordan systemet implementeres og drives. Med utgangspunkt i dette kan det kanskje tenkes at det å bli involvert og få eierskap til forbedring kan gi en form for motivasjon. Motiverte medarbeidere kan i følge Jacobsen & Thorsvik (2013) bety at de ønsker å yte ekstra for organisasjonen. Samtidig kan motivasjon bidra til at en høyst sannsynlig blir mer innovativ, og løsningsorientert når problemer oppstår. På den måten kan motiverte ansatte bidra til å blant annet øke kvalitet (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

6.7.3 Subkategorier: "Nytteverdi av informasjon" og "Tidsbruk"

Alle informantene ga uttrykk for **nytteverdi av informasjonen**. Det trekkes frem *stor nytteverdi av informasjonen, da det er høy kvalitet på hva melder rapporterer* mens det fremkommer også at *informasjonen avhenger av melder og hvor godt melder kan Synergi.* Et interessant tema i denne forbindelse var informantenes **tidsbruk.** Imidlertid påpeker de fleste informantene at Synergi *oppleves ikke som tidstyv da avvik må meldes*, men en kan likevel tenke seg i relasjon til kapittel 6.1 at informantenes opplevelse av nytteverdi, kan være påvirket av bruk og informasjonskvalitet. Flere informanter ga uttrykk for *økt tidsbruk på grunn av manglende eller feil informasjon i meldingen* og at *Synergi i seg selv stjeler ikke tid, men tidkrevende å innhente mer informasjon fra melder.* Samtidig påpekes det som en *viktig faktor at informasjon i Synergi skal bearbeides,* og at en dermed *bruker tid på å snakke med melder for å objektivisere hendelsen.*

Videre trakk også en informant frem at *melder eller verneombud kan delta under saksbehandling, som er tidkrevende*. Samtidig vil en kunne tenke seg at dette vil bidra til en ivaretakelse av melder og en opplevelse av respons. En informant trakk også frem viktigheten av å selv saksbehandle synergi meldingene, og at *delegering av saksbehandling kan frigi tid men gi mindre eierskap.*

6.7.4 Subkategori: "Læring"

Informantene ga uttrykk for at Synergi legger til rette for **læring** blant annet ved at *Synergi forbedrer muligheten til å lære på grunn av samlet historikk,* og at slike meldinger gjennom for eksempel et mailsystem ikke ville vært like hensiktsmessig. Samt ble det trukket frem *mulighet til å lære på grunn av konkret informasjon om enkelthendelser* og at *synergi kan avdekke ordninger som ikke er hensiktsmessig.* Riksrevisjonen (2016) påpeker at god pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser og at de aktivt forebygger at hendelsene gjentar seg. For å avdekke og forebygge avvik er det en forutsetning med en godt innarbeidet kultur. I tillegg er det nødvendig å analysere hva som er årsak til hendelsene, da dette kan fremme læring, og bidra til å innføre treffsikre tiltak slik at en kan forebygge lignende hendelser i fremtiden (Helsedirektoratet, 2018a).

Videre kom det frem at *Synergi forbedrer mulighet til å lære ved "lukkede miljøer".* På en annen side var informanten tydelig på at læring er avhengig av flere faktorer utenfor Synergi og trekker her frem at *læring avhenger av miljø på avdeling.*

"Det tror jeg er helt avhengig av hva slags atmosfære du har på avdelingen. Fordi vi har veldig åpne linjer hos oss. Så man kan komme med utfordringer og sånn uten at man skriver Synergi på det. Men det er klart i et mer lukket miljø så vil det være en forenkling for de ansatte særlig…"

En informant trakk også frem at en var *usikker på om Synergi i seg selv forbedrer mulighet til å lære, men systemet gir oversikt.* Waring (2009) fremhever i sin studie at detaljert kvalitativ informasjon fra klinikerne omhandlende uønskede hendelser blir omgjort til abstrakte og kvantitative variabler ved anvendelse av avviks- og rapporteringssystemer. Dette kan redusere effekten et slikt system har for læring. Dette kan forklares med at skjemaer for utfylling av hendelsesrapporter ofte inneholder forhåndsdefinerte "bokser", skalaer, og

kategoriseringer, som kan føre til en objektiv måling av risiko. Dette kan føre til at de ansatte kun rapporterer de hendelsene som passer inn i modellen, og at en ikke rapporterer de hendelsene som er mer komplekse.

7.0 KONKLUSJON

Gjennom denne undersøkelsen har det fremkommet en rekke erfaringer fra våre informanter. Det kan tilsynelatende se ut som informantene opplever en delvis suksess knyttet til Synergi. Det påpekes imidlertid forbedringsområder og svakheter ved systemet.

Informantenes bruk av systemet varierer, og mange opplever utfordringer med å få oversikt i systemet egenhendig, imidlertid opplever informanter oversikt i både systemet og over de uønskede hendelsene blant annet gjennom bistand fra kvalitetsrådgiver eller gjennom bruk av andre systemer i tillegg. Kvalitetsrådgiver blir også trukket frem som nyttig brukerstøtte, og en essensiell part i opplæringen. På denne måten kan godt tilrettelagt brukerstøtte og opplæring gi utslag på opplevd brukertilfredshet og bruk (DeLone & McLean, 2003). Imidlertid viser informanter til en antatt mangelfull innregistrering av uønskede hendelser, og etterlyser at alle yrkesgrupper melder. Det kan også se ut til at informantenes opplevelse av informasjonskvalitet i systemet kan være nært tilknyttet blant annet meldekultur og melders valg i utførelsen av innregistreringen, samt hva systemet etterspørr av informasjon. Tilbakemeldinger og tiltak trekkes til stadighet frem i forskningslitteraturen som avgjørende for god meldekultur og for at systemet skal fungere etter hensikt. Imidlertid trekker informantene frem iboende funksjoner i systemet som skaper ekstra arbeid, og som kan medføre at blant annet tiltak ikke registreres og dokumenteres i systemet. På en annen side sies det at disse tiltakene gjennomføres og iverksettes utenfor system og på den måten er ivaretatt. Brukervennligheten til systemet ser ut til være mindre intuitivt, spesielt knyttet til de ulike stegene som gjennomføres i saksbehandlingen, herunder blant annet låste felter, ubenyttede faner og ekstra klikk, som også kan medføre økt tidsbruk. Dette kan tyde på at systemkvaliteten er utfordret og at informantene av den grunn kan oppleve at systemet ikke er tilpasset deres bruk og som igjen kan påvirke deres opplevelse av brukertilfredshet.

Informantene gir uttrykk for at Synergi er nyttig i form av å være et oversikt- og støtteverktøy, der leder har samlet informasjon om ulike forhold, og at Synergi på den måten kan være et system som legger til rette for læring. Informasjon fra Systemet benyttes på tvers og i ulike fora med de ansatte og kan derfor være en kanal som sikrer at de ansatte har et sted å melde fra og samtidig bli involvert i forbedringsarbeidet.

Diakonhjemmet sykehus planlegger en oppdatering av systemet i nær fremtid. Gjennom denne undersøkelsen og kartlegging av enhetslederes erfaringer kan sykehuset få innspill om opplevd suksess til nå, samt gi noen tilbakemeldinger om elementer som kan vektlegges ved ny versjon. Samtidig viser denne undersøkelsen at det kan være en sammenheng mellom hva

meldere legger inn i systemet, som igjen kan ha påvirkning på lederes og saksbehandleres opplevde nytteverdi av informasjonen i systemet. Dette kan indikere et behov for mer kontinuerlig opplæring. Et fokus på dette kan bidra til å forsterke både melderes og lederes kompetanse, og samtidig muliggjøre en økt opplevelse av brukertilfredshet, som igjen kan føre til økt bruk av Synergi.

I anledning en eventuell oppdatering, kunne det vært spennende å gjennomføre en tilsvarende undersøkelse etter at systemet har vært i bruk over noe tid. Videre kunne det også vært spennende å se på de ansattes erfaringer med bruk, og diskutert dette i tråd med lederes erfaringer. Samtidig kan en undersøkelse av kvalitetsrådgiveres erfaringer med bruk, vært av interesse for å i større grad kunne få informasjon om hvordan teknologien i systemet benyttes for vurdering, analysering og håndtering av de uønskede hendelsene.

LITTERATUR

Andersen, E. S. (1994). *Systemutvikling* (2. utg.). Oslo: NKI Forlaget Hentet 08.05.19 fra https://www.nb.no/items/5f1ab467d513ea946dce509ca4c2fba3?page=0&searchText=systemutvikling%20andersen

Ash, J.S., Berg, M., & Coiera E. (2004). Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), 104-112. Hentet 09.05.19 fra https://search.proquest.com/docview/220784613?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

Bano, M., & Zowghi, D. (2015). A systematic review on the relationship between user involvement and system success. *Information and Software Technology*, 58, 148-169. Hentet 16.04.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0950584914001505

Benn, J., Kouthantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A. & Vincent, C. (2009). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 18(1), 11-21. Hentet 23.09.18 fra: https://qualitysafety.bmj.com/content/18/1/11

Brynjolfsson, E. (1993). The Productivity Paradox of Information Technology: Review and Assessment. *Communications of the ACM*, 36(12), 66-77. doi: 10.1145/163298.163309

Cantrill, S. V. (2010). Computers in Patient Care: The Promise and the Challenge. *Communications of the ACM Information Technology*, 50(9), 42-47. Hentet 05.05.19 fra https://cacm.acm.org/magazines/2010/9/98032-computers-in-patient-care-the-promise-and-the-challenge/fulltext

Cappelen, K. (2018). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3. utg.) (s. 89-100). Oslo: Universitetsforlaget

Clarke, J. R. (2006). How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. *The American surgeon*, 72(11), 088-1091. Hentet 09.05.19 fra https://www.researchgate.net/publication/6676998_How_a_system_for_reporting_medical_errors_can_and_cannot_improve_patient_safety

DeLone, W. H. & McLean E. R. (1992). Information Systems Success: The Quest for the Dependent Variable. *Information Systems Research*, 3(1), 60-95. Hentet 01.05.19 fra https://www.jstor.org/stable/pdf/23010781.pdf?refreqid=excelsior:e7468c82cd0cc2ad262e5257e0ee4a65

DeLone, W. H. & McLean E. R. (2003). The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. *Journal of management Information Systems*, 19(4), 9- 30. Hentet 01.05.19 fra https://www.jstor.org/stable/pdf/40398604.pdf?refreqid=excelsior%3Afa2396c78e292f767cb550e50fef0a06

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.* Hentet 08.05.19 fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf

Diakonhjemmet Sykehus (2014). *Strategi 2014-2018*. Hentet 27.04.19 fra http://diakonhjemmetsykehus.no/cms/site/0/forside/om-sykehuset/hvem-er-vi/_attachment/2774?_ts=144307bcff2

DNV-GL (2018). *Digital solutions Synergi Life. The complete solution for risk and QHSE management.* Hentet 27.09.18 fra https://www.dnvgl.com/services/qhse-and-enterprise-risk-management-software-synergi-life-1240?utm_campaign=qhse_synergi_life&utm_source=google&utm_medium=cpc&gclid=Cj0KCQjw_7HdBRDPARIsAN_ltcILIuwzhLH6acks7j1IF_aGoEF3V9M0_0R9tmpRa7JCTGF8ieyeiysaAglwEALw_wcB

Doll, W. J., Deng, X., Raghunathan, T. S., Torkzadeh, G., Xia, W. (2004).
The Meaning and Measurement of User Satisfaction: A Multigroup Invariance Analysis of the End-User Computing Satisfaction Instrument. *Journal of Management Information Systems*, 21(1), 227-262. Hentet 01.05.18 fra https://www.jstor.org/stable/40398790?seq=1#references_tab_contents

Edwards, G., Kitzmiller, R. R. & Brecken-Sproat, S. (2012). Innovative Health Information Technology Training: Exploring blended Learning. *Computer, Informatics, Nursing*, 39(2), 104-109. Hentet 21.04.19 fra https://oce.ovid.com/article/00024665-201202000-00009/HTML

EK - Kvalitetshåndbok, Diakonhjemmet Sykehus

Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J. & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality & Safety*, 15(1), 39-43. Hentet 05.05.18 fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563993/

Fitzgerald, E., Cawley, D. & Rowan, N. J. (2011). Irish staff nurses perceptions of clinical incident reporting. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 3(2), 14-21. Hentet 29.08.18 fra http://www.academicjournals.org/article/article1379409943_Fitzgerald%20et%20al.pdf

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet 13.09.18 fra https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250

Fukuda, H., Imanaka, Y., Hirose, M. & Hayashida, K. (2010). Impact of system-level activities and reporting design on the number of incident reports for patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 19(2), 122-127. Hentet 15.04.19 fra https://qualitysafety.bmj.com/content/19/2/122

Gong, Y., Kang, H. Wu, X. & Hua, L. (2017). Enhancing Patient Safety Event Reporting. A Systematic Review of System Design Features. *Applied Clinical Informatics*, 8(3), 893-909. Hentet 06.05.19 fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220687/

Graneheim U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Haugen, A. S. & Storm, M. (2018). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3. utg.) (s. 79-88). Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet (2017). *En vei inn . Forslag til felles meldesystem, meldeordninger for uønskede hendelser.* Hentet 08.05.19 fra https://beta.legeforeningen.no/contentassets/b840ceb041fd402c9b602b07c2b6c051/en-vei-inn-forslag-til-felles-meldesystem_-meldeordninger-for-uonskede-hendelser-i-helsetjenesten-med-vedlegg.pdf

Helsedirektoratet (2018a). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetforbedring i helse og omsorgstjenesten.* Hentet 10.04.2019 https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten

Helsedirektoratet (2018b). *Årsrapport 2017, Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Hentet 28.08.18 fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1446/Arsrapport2017_Meldeordningen.pdf

Helsedirektoratet (2018c). *Pasientskader i Norge 2017. Målt med Global Trigger Tool*. Hentet 26.04.19 fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1471/IS-2757_Pasientskader%20i%20Norge%202017%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool%20.pdf

Helsedirektoratet (2018d). *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser.* Rapport IS 2667 ISBN 978-82-8081-512-5

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet 26.04.19 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Helse Vest RHF (2016). *Internrevisjonen: Handtering av uønskte hendingar i helseføretaka*. Hentet 08.05.19 fra https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Internrevisjonsrapportar/2016/Helse%20Vest%20internrevisjonsrapport%202016%20-%20Handtering%20av%20uønskte%20hendingar.pdf

Hjort, P (2000). Uheldige hendelser i helsetjenesten - forebygging og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet 24.04.19 fra https://tidsskriftet.no/2000/10/kronikk/uheldige-hendelser-i-helsetjenesten-forebygging-og-handtering

Hjort, P. (2011). *Uheldige hendelser i helsetjenesten - en lære, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk

Hofstad, E. (2015a). Liten nytte av å melde avvik. *Sykepleien.* Hentet 27.08.19 fra https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nytten-av-melde

Hofstad, E. (2015b). Avviksmelding: Skremt og overrasket. *Sykepleien.* Hentet 27.04.19 fra https://sykepleien.no/2015/03/skremt-og-overrasket)

Hsieh, H-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research,* 15(9), 1277-1128. doi: 10.1177/1049732305276687

Høyland, S. & Aase, K. (2008). An exploratory study on human, technological an organizational interactions within health care. *Safety Science Monitor,* 12(1).
Hentet 09.05.19 fra
https://www.researchgate.net/profile/Sindre_Hoyland/publication/235953519_An_exploratory_study_on_human_technological_and_organizational_interactions_within_health_care/links/09e41506c6d8d5e63c000000/An-exploratory-study-on-human-technological-and-organizational-interactions-within-health-care.pdf?origin=publication_detail

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (2018). I O. Nordal(red.). *Store norske leksikon*. Hentet 07.05.19 fra https://snl.no/informasjons-_og_kommunikasjonsteknologi

Janbu, T. (2007). Pasientsikkerhet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet 29.04.19 fra https://tidsskriftet.no/2007/10/aktuelt-i-foreningen/pasientsikkerhet

Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Kelly, N., Blake, S., & Plunkett, A. (2016). Learning from excellence in healthcare: a new approach to incident reporting. *Archives of Disease in Childhood*, 101(9), 788-791. doi:10.1136/archdischild-2015-310021

Kildekompasset (2015a). *Troverdighet*. Hentet 07.05.19 fra
http://kildekompasset.no/kildekritikk/offentlige-dokumenter/troverdighet.aspx

Kildekompasset (2015b). *Forlag*. Hentet 07.05.19 fra
http://kildekompasset.no/kildekritikk/boeker/forlag.aspx

Kingston, M. J. Evans, S.M., Smith, B. J. & Berry, J. G. (2004) Attitude of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 181(1), 36-39. Hentet 19.08.18 fra https://www.mja.com.au/system/files/issues/181_01_050704/kin10795_fm.pdf

Kivinen, T. & Lammintakanen, J. (2013). The success of a management information system in health care - a case study from Finland. *International Journal of Medical Informatics*, 82(2), 90-07. Hentet 28.04.19 fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22705086

Kohn, L.T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: *National Academy Press*. Hentet 15.04.19 fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225170/

Kvale, S. & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Lammintakanen J., Saranto K., Kivinen T., (2010). Use of electronic information systems in nursing management. *International Journal of Medical Informatics*, 79(5) 324-231. Hentet 16.04.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505610000286#bib21

Leape, L. L. (2002). Reporting of Adverse Events. *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1638. Hentet 29.04.19 fra https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMNEJMhpr011493?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed

Lederman, R., S. Dreyfus, J. Matchan, J. C. Knott, og S. K. Milton. (2013). Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors. *Nursing Outlook*, 61(6), 417-426. Hentet 01.05.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655413000973

Lybak, K. (2010). *Håndtering av uønskede hendelser i en sykehusavdeling. En kvalitativ studie*. (Mastergradsavhandling) Universitetet i Bergen. Hentet 27.08.18 fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5321/72037122.pdf?sequence=1

Macrae, C. (2008). Learning from patient safety incident: Creating participative risk regulation in healthcare. *Risk Regulation and Health*, 10(1), 53-67. Hentet 04.05.19 fra

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698570701782452?scroll=top&needAccess=true

Maddox, P., Wakefield, M. & Bull, J. (2001). Patient safety and the need for professional and educational change. *Nursing Outlook*, 49(1), 8-13. Hentet 28.04.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655401898225

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).* Hentet 24.04.19 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf

Murtola, L-M., Lundgrèn-Laine, H. & Salanterä S.(2013). Information systems in hospitals: a review article from a nursing management perspective. *International Journal of Networking and Viritual organisations*, 13(1), 81-100. Hentet 06.05.19 fra https://www.researchgate.net/profile/Heljae_Lundgren-Laine/publication/264818736_Information_systems_in_hospitals_A_review_article_from_a_nursing_management_perspective/links/54a174720cf256bf8baf70e2/Information-systems-in-hospitals-A-review-article-from-a-nursing-management-perspective.pdf?origin=publication_detail

Norsk sykepleierforbund (2018). *Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene.* Hentet 07.05.19 fra https://www.nsf.no/Content/4249122/cache=20192302110959/NSF%20Rapport%20Agenda%20Kaupang%202018.pdf

NOU 2015:11 (2016). *Høring - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgssektoren.* Hentet 08.05.19 fra https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2016/forebygging-og-oppfolging-av-alvorlige-hendelser-i-helse-og-omsorgstjenestene-hoeringsuttalelse/#_Toc444618188

NSD - Personverntjenester (2018). *Forske på egen arbeidsplass*. Hentet 08.05.19 fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html

Nyen, B. (2010). *Modell for forbedring - Langley et. al.* Hentet 09.05.19 fra https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-forbedring-langley-nolan

Olds, D. M. & Clarke, S. P. (2010) The Effect of Work Hours on Adverse Events and Errors in Health Care. J. Safety Res, 41(2), 153-162. Hentet 03.05.19 fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910393/

Olsen, E. (2007). Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* Hentet 28.08.18 fra https://tidsskriftet.no/2007/10/originalartikkel/ansattes-oppfatninger-av-sykehusets-sikkerhetskultur

Olsen, E. & Aase, K. (2010). A comparative study of safety climate differences in healthcare and the petroleum industry. *BMJ Quality & Safety*, 19(3), 75-79. Hentet 10.10.18 fra https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_3/i75

Pedersen, T. (2011). Lærer lite av uønskede hendelser. *Sykepleien.* Hentet 08.05.19 fra https://sykepleien.no/2011/12/laerer-lite-av-uonskede-hendelser

Pfeiffer, Y., Manser, T. & Wehner, T. (2010). Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *BMJ Quality and Safety*, 19(6). Hentet 08.05.19 fra https://pdfs.semanticscholar.org/664b/00d401092faf9dab3d63a23c3cef22d783c9.pdf

Pham, J. C., Gianci, S., Battles, J., Beard, P., Clarke, J. R. Coates, H., … Pronovost, P. J. (2010). Establishing a global learning community for incident-reporting systems. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), 446-451. Hentet 03.05.19 fra https://qualitysafety.bmj.com/content/19/5/446.info

Pronovost, P., Holzmueller, C. G., Young, J., Whitney, P., Wu, A., Thompson, D., ... Morlock, L. (2007). Using Incident Reporting to Improve Patient Safety: A Conceptual Model. *Journal of Patient Safety*, 3(1), 27-33. Hentet 02.05.19 fra https://oce.ovid.com/article/01209203-200703000-00007/HTML

Regjeringen (1998). *Om lov om spesialisthelsetjenesten.* (Ot.prp. nr. 10 1998-1999). Hentet 07.05.19 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-10-1998-99-/id159380/

Regjeringen (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet 13.09.18 fra https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/

Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015 (Dokument 3:2 (2016-2017))*. Hentet 10.04.19 fra https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/selskapskontrollen2015.pdf

Savage, G. T. & Ford, E. W. (2008). Patient safety and health care management. *North America: Emerald.* Hentet 08.09.18 fra https://ebookcentral.proquest.com/lib/agder/reader.action?docID=453239&query=

Seddon, P. B. (1997). A Respecification and Extension of the DeLone and McLean Model of IS Success. *Information Systems Research*, 8(3), 240-253. Hentet 25.10.17 fra https://www.jstor.org/stable/23010940?seq=1#metadata_info_tab_contents

Shabot, M. M. (2004). Ten commandments for implementing clinical information systems. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 17(3), 265-269. Hentet 05.05.19 fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200662/

Shachak, A., Barnsley, J., Tu, K., Jadad, A. R. & Lemieux, L. (2011). Understanding end-user support for health information technology: a theoretical framework. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 19(3), 169-172. Hentet 20.04.19 fra https://hijournal.bcs.org/index.php/jhi/article/view/810/822

Shojania, K. G. (2008). The frustrating case of incident-reporting systems. *BMJ Quality & safety*, 17(6), 400-402. Hentet 08.05.19 fra https://qualitysafety.bmj.com/content/17/6/400

Southon, F. C. G., Sauer, C. & Grant, C. N. (1997). Information Technology in Complex Health Services: Organizational Impediments to Successful Technology Transfer and Diffusion. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 4(2), 112-124. Hentet 04.05.19 fra https://academic.oup.com/jamia/article/4/2/112/730997

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet 26.04.19 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Statistisk sentralbyrå (2018). *4 av 10 nordmenn innom sykehus*. Hentet 07.05.19 fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/4-av-10-nordmenn-innom-sykehus-hvert-ar

Stavropoulou, C., Doherty, C., & Tosey, P. (2015). How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *The Milbank Quarterly*, 93(4), 826-866. Hentet 08.05.19 fra https://www.jstor.org/stable/24616426?seq=2#metadata_info_tab_contents

Storvik, A. G. (2016, 10. november). Gir sykehusene refs for meldekultur og håndtering av avviksmeldinger. *Dagens Medisin*. Hentet 28.04.19 fra https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/10/gir-sykehusene-refs-for-meldekultur-og-handtering-av-avvik/

Synergi Solutions (2019). I *Wikipedia*. Hentet 07.05.19 fra: https://no.wikipedia.org/wiki/Synergi_Solutions

Tannenbaum, S. I., Beard, R. L., McNall, L. A. & Salas, E. (2009). Informal Learning and Development in Organizations. I Kozlowski, S. W. J. & Salas, E. (Red.). *Learning, Training and Development in Organizations*. New York: Taylor & Francis Group. Hentet 29.04.19 fra https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=vFAwz3Ic9nAC&oi=fnd&pg=PA303&dq=%22informal+learning%22+development+in+organizations&ots=XW4bOpYsM7&sig=0g6VOvTs-2o01wpVTD4KSiJ1FFA&redir_esc=y#v=onepage&q=%22informal%20learning%22%20development%20in%20organizations&f=false

Thornam, R. T. (2006). *Helsevesenet lærer ikkje av feil*. Hentet 30.10.18 fra https://forskning.no/forebyggende-helse-ledelse-og-organisasjon/2008/02/helsevesenet-laerer-ikkje-av-feil

Tucker, A. L. & Edmondson, A. C. (2003). Why Hospitals Don`t Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhabit System Change. *California Management Review*, 45(2), 55-72. Hentet 10.09.18 fra http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2307/41166165

Tuttle, D., Holloway, R., Baird, T., Sheehan, B. & Skelton, W. K. (2004). Electronic reporting to improve patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 13(4), 281-286. Hentet 19.04.19 fra https://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/281

Universitetet i Agder (2018). *Rutinar for behandling av personopplysningar i forsking og i studentoppgåver*. Hentet 08.05.19 fra https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forsking-og-i-studentoppgaaver

Uribe, C. L., Schweikhart, S. B., Pathak, D. S., Dow, M., & Marsh, G. B. (2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. *Journal of Healthcare Management*, 47(4), 263-279. Hentet 08.05.19 fra https://search.proquest.com/docview/206725370?pq-origsite=gscholar

van der Meijden, M. J., Tange, H. J., Troost, J. & Hasman, A. (2003). Determinants of Success of Inpatient Clinical Information Systems: A Literature Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(3), 235-243. doi: 10.1197/jamia.M1094

Vincent, C., Stanhope, N. & Crowley-Murphy, M. (1999). Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(1), 13-21. Hentet 28.04.19 fra https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2753.1999.00147.x

Wakefield, A., Attre, M., Braidman, I., Carlisle, C., Johnson, M. & Cooke, H. (2005). Patient safety: Do nursing and medical curricula address this theme. *Nurse Education Today*, 25(4), 333-340. Hentet 28.04.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691705000420

Waring, J. J. (2005). Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Social Science & Medicine*, 60(9), 1927-1935. Hentet 02.05.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604004666?via%3Dihub

Waring, J. J. (2009). Constructing and re-constructing narratives of patient safety. *Social Science & Medicine*, 69, 1722-1731. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.052

WHO (2005). *Word alliance for patient safety: Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action.* Hentet 02.02.19 fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wiig, S., Robert, G., Anderson, J. E., Pietikanien, E., Reiman, T., Macchi, L. & Aase, K. (2014). Applying different quality and safety models in Healthcare improvement work: Boundary objects and system thinking. *Reliability Engineering & System Safety*, 125, 134-144. Hentet 12.01.19 fra https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095183201400009X

Wiig, S. & Aase, K. (2007). Fallible humans in infallible systems? Learning from errors in health care. *Safety Science Monitor*. Hentet 08.09.18 fra https://www.researchgate.net/profile/Siri_Wiig/publication/242315469_Fallible_humans_in_infallible_systems_Learning_from_error_in_health_care/links/0c960533577d7930b6000000.pdf

Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læringsbarrierer. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3. utg.) (s. 101-115). Oslo: Universitetsforlaget

VEDLEGG 1 – TANKEKART

VEDLEGG 2 - INTERVJUGUIDE

Intervjuguide
Informasjon
Intervjuet vil starte med en kort introduksjon, som vil ta for seg følgende:

- Presentasjon av oss, rolle (student).
- Kort om oppgaven og formålet med undersøkelsen, samt intervjuets form (lengde på intervjuet).
- Informasjon om lydopptak, og sletting av data etter levert oppgave.
- Informasjon rundt anonymitet, frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg når som helst.
- Avklare om noe er uklart og om intervjupersonen har spørsmål før intervjuet begynner.

Lydopptak begynner

Bakgrunn og erfaring:
1. Hvor lenge har du vært ansatt ved Diakonhjemmet Sykehus?
2. Hvor lenge har du vært ansatt som leder og tilknyttet hvilken avdeling?

Bruk (USE)
3. ***Kan du fortelle om hvordan du bruker Synergi?***

Sjekkliste:

- Bakgrunn og erfaring med Synergi
- Hvor ofte bruker du Synergi?
- Bruker du systemet til å få oversikt? Eller titte tilbake? (*Retrospektiv til prospektiv?)*
- Historikk?
- Hvilke rapporter benytter du og hvordan benytter du disse?

4. Kan du fortelle om hvilke rapporteringsrutiner dere har knyttet til avvik på avdelingen/enheten?

Sjekkliste:

- Hvor ofte, hva rapporteres?
- Oppfølging og saksbehandling i systemet

5. Hvordan bruker du Synergi sammen med dine ansatte i den daglige driften?

Sjekkliste:

- Hvordan håndteres avvik?
- Brukes data fra synergi til å se på læring? Hvordan?
- Bruker dere rapporter fra synergi til noe spesielt?
- Ressurser til bruk?

6. Bruker du Synergi til fagutvikling?
(Hvis nei; hvorfor ikke? og hvis ja; på hvilke måte?)
(Bruker du det til læring? Og hvordan?)

Sjekkliste:

- For å finne ut hva dere bør fokusere på i avdelingen
- Bruker du det til å kartlegge/planlegge forbedringsområder?
- Benytter dere tilbakemeldinger fra meldeordningen? (til læring)

7. Fører du noen form for egen registrering i tillegg til Synergi? (i eksempel Excel e.l?)

Sjekkliste:

- I så fall hva? Hvor ofte? hvorfor?
- Benytter du andre systemer (Dialis, P360 o.l.) for å finne frem data daglig, og er informasjonen lettere tilgjengelig i andre systemer?

Kvalitet (*INFORMATION QUALITY / SYSTEM QUALITY / SERVICE QUALITY*)

8. Hvordan opplever du kvaliteten på informasjonen du har tilgjengelig? (Information quality)

Sjekkliste:

- Finner du tilstrekkelig og relevant informasjon for deg og dine ansatte? Hva finner du/finner ikke?
- Er informasjonen pålitelig?
- Nødvendig/for mye informasjon?
- Helhetlig informasjon?
- Lett å forstå?

9. Hvordan opplever du brukervennligheten til Synergi? (System quality)

Sjekkliste:

- Lett å bruke (intuitivt)?
- Tilgjengelighet (nedetid)?
- Design, funksjonalitet, responstid?

10. Hvilken opplæring har du fått i å bruke systemet? (Service quality)

Sjekkliste:

- Lett å lære seg?
- Tilfredsstillende opplæring?
- Tilgang til brukerstøtte/superbrukere?

Brukertilfredshet (USER SATISFACTION)

11. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med systemet?

Nytteverdi - (*NET BENEFITS*)

12. På hvilken måte dekker Synergi /dine behov?

Sjekkliste:

- På hvilken måte dekker Synergi ditt behov som leder?
- Rapportering, Kontroll, fagutvikling

13. På hvilken måte dekker Synergi avdelingens/enhetens behov?

Sjekkliste:

- Rapportering, Kontroll, fagutvikling

14. Hvordan opplever du nytteverdien til den informasjonen du får tilgang til?

Sjekkliste:

- Må den bearbeides for å gi riktig bilde? For mye opp til sluttbrukeren å redigere?
- Tiltro til informasjonen?
- Tidstyv eller forenkling av arbeidsoppgaver?
- Forbedrer Synergi muligheten for å lære av uønskede hendelser?

- Forslag til forbedringer/ting som ønskes i systemet?

Oppsummerende funn
Har jeg forstått deg riktig? Er det noe du vil legge til?

VEDLEGG 3 - SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

TIL: HR avdelingen

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted:
Diakonhjemmet Sykehus

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er:

Tema:
Lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi ved Diakonhjemmet Sykehus.
Problemformulering:
"*Hvilke erfaringer har ledere ved Diakonhjemmet sykehus med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi?*
Veileder ved universitetet:
E-post / Telefon:
Jan Gunnar Dale
E-post: jan.g.dale@uia.no / Telefon: 41240841

Hensikt med datainnsamling:
Undersøkelsens hensikt er å undersøke og beskrive på hvilke måter ledere ved Diakonhjemmet Sykehus benytter Synergi som et informasjonssystem og på hvilke måter dette bidrar til læring og forbedringsarbeid.

Metode for datainnsamling:
Intervju

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg:
Det er ønskelig å kontakte ledere ved de kliniske avdelingene ved sykehuset.
Som et foreløpig kriterium skal informantene ha minimum 1 års erfaring som leder og skal ha hatt saksbehandler funksjon i Synergi dette året.
Det er ønsket en jevn fordeling av informanter/ledere i de kliniske avdelingene ved sykehuset.

Ønsket antall respondenter:
8 informanter

Tidspunkt/varighet:
Ca. 30 minutter

Vedlegg:
Kopi av datainnsamlingsinstrument / samtykkeerklæring / ev. informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/ avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:
Marianne Gustavsen: marigu16@student.uia.no, 90720195
Sølvi Gulbrandsen: solvig16@student.uia.no, 95253646
Thea Bjerknes: theahb16@student.uia.no, 94435360

Dato:
Med hilsen
Studenter
Sølvi Gulbrandsen, Marianne Gustavsen og Thea Bjerknes

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato: Ansvarlig:

VEDLEGG 4 - FORESPØRSEL OG SAMTYKKESKJEMA TIL INFORMANTER

Vil du delta i masterprosjektet
"Synergi - ForBedring?

En kvalitativ studie om lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi ved Diakonhjemmet Sykehus"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å fremskaffe informasjon om lederes erfaringer knyttet til bruk av Synergi som elektronisk avviks- og rapporteringssystem, samt kartlegge opplevd nytteverdi av bruk av systemet som et lærings- og kvalitetsforbedringsverktøy. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål
Undersøkelsen har fokus på lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avvikssystemet Synergi ved Diakonhjemmet sykehus. Vi ønsker å undersøke og beskrive på hvilke måter ledere ved Diakonhjemmet Sykehus benytter Synergi som et informasjonssystem og på hvilke måter dette bidrar til læring og forbedringsarbeid. Det vil også kunne undersøkes om informantene er fornøyde med det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi og/eller om det er eventuelle forbedringsområder.

Vår foreløpige problemstilling er: "*Hvilke erfaringer har ledere ved Diakonhjemmet sykehus med bruk av det elektroniske avvikssystemet Synergi?"*

Det er ønskelig å intervjue deg da du anvender det elektroniske avvikssystemet Synergi i din hverdag. Du har også minimum 1 års erfaring som leder i en klinisk avdeling og har hatt saksbehandlerfunksjon i Synergi i løpet av dette året. Vi håper du kan bidra med nyttig informasjon til vår undersøkelse.

Vi er 3 studenter som gjennomfører denne undersøkelsen i forbindelse med utarbeidelse av avsluttende masteroppgave i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?
Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er gjort et strategisk utvalg av informanter ved sykehuset. Med dette menes at gruppen har tatt kontakt med de personene som har størst forutsetning for å belyse gruppens problemstilling og som vil gi materiale som vil lære oss noe nytt om det vi lurer på.
Det er innhentet godkjenning fra Diakonhjemmet Sykehus, ved HR avdelingen og fra NSD (Norsk senter for forskningsdata)

Hva innebærer det for deg å delta?
Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at dert vil gjennomføres et intervju. Dette vil ta deg ca. 30 minutter. Spørsmålene vil omhandle bruk, kvalitet og nytteverdi av systemet for deg i din arbeidshverdag.
Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet. Dette blir gjort for å sikre korrekt informasjon til videre analyser. Båndopptaket vil slettes etter bruk.

Det er frivillig å delta
Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du skulle ønske å ta pause under intervjuet eller avslutte intervjuet, trenger du ikke oppgi grunn og all data vil bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun undertegnende studenter som vil ha tilgang til informasjonen du gir. Veileder kan be om innsyn i datamaterialet. All informasjon du gir vil bli anonymisert i oppgaven og vil ikke være sporbar tilbake til deg.
Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og transkriberes etterpå. Ingen personalia vil bli nevnt, og lydfilene og utskrifter vil bli behandlet konfidensielt. Lydfilene vil så bli slettet så snart de er transkribert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?
Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2017. Datamaterialet vil bli anonymisert innen 01.07.2019.

Dine rettigheter
Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg,
få slettet personopplysninger om deg,
få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.
På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Studien er også meldt til Fakultetets etikkomite, FEK.

Hvor kan jeg finne ut mer?
Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:
Universitetet i Agder, Jan Gunnar Dale jan.g.dale@uia.no (veileder).
Marianne Gustavsen: marigu16@student.uia.no (student)
Sølvi Gulbrandsen: solvig16@student.uia.no (student)
Thea Bjerknes: theahb16@student.uia.no (student)
Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu /Diakonhjemmet sykehus
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *«Synergi - ForBedring? En kvalitativ studie om lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi ved Diakonhjemmet Sykehus»*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 5 - PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDNING

Diakonhjemmet Sykehus

Saksnummer: 00078 **Dato:** 7.12.18

Personvernombudets tilråding

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet

Synergi – For Bedring? Lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi ved Diakonhjemmet Sykehus

Formål:

Formålet med oppgaven er å fremskaffe informasjon om ledere sine erfaringer knyttet til bruk av Synergi som elektronisk avvik- og rapporteringsystem, samt kartlegge opplevd nytteverdi av bruk av systemet som et læring- og kvalitetforbedringsverktøy. Det vil også kunne undersøkes om informantene er fornøyde med det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi og/eller om det er eventuelle forbedringsområder. Det samles ikke opplysninger utover det som anses å være nødvendig for å besvare prosjektets problemsilling og forskningsspørsmål.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Bernhard Lorentzen: Fag og kvalitet, Daglig behandlingsansvarlig i DS er Sølvi Gulbrandsen, Marianne Gustavsen og Thea Bjerknes

2. Behandling av personopplysningene/helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.

3. Data og lydopptak lagres som oppgitt i meldingen i godkjent sikkert områder på DS. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.

4. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke benyttes.

5. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.

6. Krysslist som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.

Diakonhjemmet Sykehus
Diakonveien 12 Postboks 23 Vinderen 0319 OSLO
Telefon: +47 22 45 15 00 Faks: + 47 22 45 16 06 Org.nr: 982 791 952
E-post: postmottak@diakonsyk.no www.diakonhjemmetsykehus.no Bankgiro: 7038 05 19621

7. Data slettes/makuleres eller anonymiseres ved prosjektslutt 01/07/2019.Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting/makulering til personvernombudet.

8. Denne tilrådningen inkluderer ikke risikovurdering av teknisk løsning som er planlagt å benytte i prosjektet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Med hilsen

Personvernombudet for Diakonhjemmet Sykehus

Nancy Yue Liu

Epost: personvern@diakonsyk.no

Web: http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/personvern/_8621

VEDLEGG 6 - PROSJEKTGODKJENNELSE FRA FORSKNINGSUTVALGET V/DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Prosjekt godkjent av FU

Inge Skadberg

Sendt: ti 12.02.2019 10:15

Til: Thea Bjerknes

Hei!
Forskningsutvalget har godkjent gjennomføring av kvalitetsprosjektet «Synergi - ForBedring? Lederes erfaringer med bruk av det elektroniske avviks- og rapporteringssystemet Synergi ved Diakonhjemmet Sykehus (Masterprosjekt)» slik dette er beskrevet.

Vennlig hilsen
Inge Skadberg
Sekretær i FU
Tlf.: 22 45 15 17
Direktørens kontor
Diakonhjemmet Sykehus
www.diakonhjemmetsykehus.no

VEDLEGG 7 - GODKJENNING FRA FEK (FAKULTETETS ETIKKOMITÉ)

Fra: Request@UiA <request@uia.no>
Sendt: mandag 17. desember 2018 12.23.07
Til: Marianne Aasbø Gustavsen
Emne: UiA - Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt er kommentert

---

17/12/2018 12:22:43 CET - Anne Valen-Sendstad Skisland Additional comments
Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:
Godkjent under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden og godkjenning av NSD. NB - du må ikke skrive navnet på institusjonen du gjennomfører prosjektet ved.

Vennligst benytt Tjenesteportalen for oppdateringer på din henvendelse/bestilling.

Med vennlig hilsen
Universitetet i Agder

Ref:MSG1669322

VEDLEGG 8 - TILBAKEMELDING PÅ SØKNAD FRA NSD

N

NSD Personvern
20.11.2018 11:05

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 956315 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.11.2018. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER
Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2019.

LOVLIG GRUNNLAG
Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER
NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER
Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER
NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)