

Margrethe Stølen Skår
Elise Langkaas

Ambulansetjenesten som en lærende organisasjon

En casestudie av ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse

Veileder: Jonas A. Ingvaldsen

Juni 2020

Margrethe Stølen Skår
Elise Langkaas

Ambulansetjenesten som en lærende organisasjon

En casestudie av ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse
Veileder: Jonas A. Ingvaldsen
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne masteroppgaven har som formål å undersøke ambulansetjenesten som en lærende organisasjon. Dette gjøres gjennom en kvalitativ casestudie av tre utvalgte ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag. Ambulansetjenesten har en unik samfunnsmessig funksjon, særegne organisatoriske trekk, og står overfor endringer som vil kreve økt og endret kompetanse for å opprettholde et høyt kvalitetsnivå i tjenestene. En lærende organisasjon settes i stand til kontinuerlig forbedring. Derfor er det interessant å se hvordan konseptet kan anvendes i ambulansetjenesten for å imøtekomme samfunnets endrede behov og krav. Oppgaven analyserer ambulansetjenesten som en lærende organisasjon gjennom fire aspekter: læring på jobb, organisasjonslæring, læringsstruktur og læringsklima. Disse har ønskede egenskaper ved en lærende organisasjon som ambulansetjenesten analyseres opp mot.

Oppgaven avdekker flere hovedfunn som styrker ambulansetjenesten som en lærende organisasjon. For eksempel er ambulansetjenesten organisert slik at prosedyreverket er veiledende og betryggende for ambulansarbeiderne, og de har den beslutningsmakten som er nødvendig for å gjøre tilpasninger i prosedyrene. Ambulansetjenesten sikrer også at ambulanspersonellet besitter den kunnskapen som er nødvendig for at de til enhver tid kan hjelpe og erstatte hverandre. Dette er alle egenskaper som er viktig i en lærende organisasjon. Det blir derimot identifisert flere forbedringspotensialer. For å opprettholde det kunnskapsnivået som kreves av ambulansarbeiderne, eksisterer det kompetansekontroll samt ulike kompensasjonsordninger for varierende oppdragsmengde. Det belyses derimot at dagens praktisering av ordningene gir mindre læringsutbytte enn det som potensielt kan fås. I tillegg identifiseres det et forbedringspotensial for å dele eksisterende kunnskap i ambulansetjenesten, både lokalt og nasjonalt. Flere av forbedringspotensialene kan håndteres på lokalt nivå i Helse Nord-Trøndelag, mens noen krever endringer på nasjonalt nivå. For de lokale forbedringspotensialene foreslår oppgaven fire tiltak: en løsning for å forbedre dagens praksis av kompensasjonsordningene, en løsning for hvordan de ansatte kan anvende systemet for avviks- og forbedringsmeldinger i større grad, systematisere samtaler etter oppdrag, samt et tiltak for å øke læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner.

Kort oppsummert har denne studien bidratt med innsikt og kunnskap om ambulansetjenesten som en lærende organisasjon. Selv om oppgaven er en casestudie vil den også ha nytteverdi for andre ambulanseregioner. Ved å styrke ambulansetjenesten som en lærende organisasjon vil den offentlige nasjonale ambulansetjenesten være i bedre stand til å respondere raskt på endringer eller feil, og kontinuerlig forbedre og tilpasse seg etter disse.

Abstract

The purpose of this master thesis is to understand the ambulance service in Helse Nord-Trøndelag as a learning organization. Throughout a qualitative case study of three selected ambulance stations in Helse Nord-Trøndelag, the thesis has addressed the ambulance service as a learning organization. The ambulance service possesses a unique responsibility in the society and organizational features. It is also facing a changing environment that requires increased and changed competence and skills to maintain a high level of quality in the service. A learning organization continuously improve and adapts to a changing environment. It is therefore interesting to examine how the concept can be utilized in the ambulance service to comply with the society's changing needs and requirements. The master thesis analyzes the ambulance service as a learning organization through four aspects: learning at work, organization learning, learning structure and learning climate. Each having associated with properties that underpin a learning organization.

The thesis has identified several findings that underpin the ambulance service as a learning organization. For example, is the ambulance service organized in such a way that the set of procedures perceive as reassuring and they are practiced as guidelines. The ambulance service also ensures that the paramedics possesses the necessary knowledge and skills that provides the necessities to help and replace each other if needed. This is properties that is of importance in a learning organization. The thesis also identified several areas for improvement. To maintain a sufficient level of competencies there exist a control system for competence and several arrangements with purpose to compensate low volume of emergency calls. It is, on the other hand, identified that today's practice provides less learning than potentially obtained. In addition, the thesis identifies an area of improvement regarding exchange of existing knowledge in the ambulance service, both regarding on a local and national level. Several of the areas of improvement can be resolved and handled local by Helse Nord-Trøndelag, but some requires changes on a national level. Regarding the local areas of improvement one suggests four resolutions; a solution that improve the practice of the existing arrangements regarding the volume of emergency calls, a solution to increase the use of control systems by paramedics to a greater extent, systematize discussions in subsequent of the emergency calls, and a solution to increase the exchange of knowledge across ambulance stations.

Briefly summarized, this master thesis has contributed with a greater understanding and knowledge regarding the ambulance service as a learning organization. Despite the fact that the thesis is a case study, the thesis will also be of significance to other stations. By underpin the ambulance service as a learning organization the public national ambulance service will be in a better position to respond quickly to changes and errors, and to continually adapt to a changing environment.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse (IØT) ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) våren 2020, og markerer avslutningen på det femårige sivilingeniørstudiet i Industriell Økonomi og Teknologiledelse. Oppgaven er skrevet innenfor fagfeltet Strategisk endringsledelse, og er gjennomført i samarbeid med Klinikk for prehospitale tjenester ved sykehuset i Levanger i Helse Nord-Trøndelag. Studien kan plasseres under IØT sin forskningssatsing på helse og offentlig sektor, “Strategisk forskningssatsing på helse og offentlig sektor”.

Formålet med oppgaven er å undersøke på hvilken måte ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er en lærende organisasjon. Oppgaven avdekker noen forbedringspotensialer, og kommer med noen tiltak som kan styrke den som en lærende organisasjon. Den empiriske undersøkelsen ble gjennomført på tre ambulansestasjoner underlagt Helse Nord-Trøndelag.

Det er flere vi ønsker å takke for bidrag og hjelp i forbindelse med masteroppgaven. Først og fremst vil vi takke vår veileder Jonas A. Ingvaldsen for gode innspill og oppfølging underveis i oppgaveskrivingen. Din veiledning har vært til god hjelp i utvelgelse av tema, forberedelse til intervju, oppbygging av oppgaven, og andre konstruktive tilbakemeldinger.

Vi ønsker også å rette en stor takk til casebedriften, ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag. Takk til utviklingsleder Lars Kverkild som kom med innspill til tematikk og som lot oss skrive en oppgave i samarbeid med dere. I tillegg ønsker vi å takke Vidar Furunes som la til rette for besøk på ambulansestasjoner og utvelgelse av informanter. Informantenes åpenhet og villighet til å dele erfaringer har vært avgjørende for oppgaven.

Trondheim 11. juni 2020

Margrethe Stølen Skår

Elise Langkaas

Margrethe Stølen Skår

Elise Langkaas

Innhold

Sammendrag	i
Abstract	ii
Forord.....	iii
Figurer.....	vi
Tabeller	vi
1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Problemstilling og mål med oppgaven	2
1.3 Oppbygning av oppgaven	3
2 Ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag	4
2.1 Generell beskrivelse	4
2.2 Arbeidshverdagen.....	6
2.2.1 Vaktskifte.....	6
2.2.2 Beredskap	7
2.2.3 Utrykning.....	7
2.2.4 Pasientiltak.....	8
2.2.5 Avlevering og rapport	8
2.2.6 Arbeidsoppgaver etter avlevering	8
3 Teoretisk bakgrunn	10
3.1 Læring på jobb.....	12
3.2 Organisasjonslæring	14
3.2.1 Overføre kunnskap fra individnivå til organisasjonsnivå	15
Læring på ulike nivåer gjennom erfaringslæring	15
Overføre kunnskap raskt og effektivt gjennom organisasjonen.	16
3.3 Læringsstruktur.....	18
3.4 Læringsklima	21
3.5 Analytisk rammeverk	23
4 Forskningsmetodologi.....	26
4.1 Forskningsstrategi.....	26
4.1.1 Gjennomgang og søk av litteratur.....	26
4.1.2 Kvalitativ forskningsstrategi	26
4.1.3 Induktiv og deduktiv tilnærming.....	27
4.2 Forskningsdesign	28
4.2.1 Case studie	28
4.3 Forskningsmetode.....	29
4.3.1 Innhenting av datamateriale fra intervjuer	29

4.4	Analyse av kvalitative data.....	32
4.4.1	Bearbeiding av data	33
4.4.2	Koding av data	33
4.4.3	Kodegrupper og utvikling av konsepter	33
5	Caseanalyse.....	35
5.1	Læring på jobb.....	35
5.1.1	Tilbakemelding og refleksjon over eget arbeid.....	35
5.1.2	Egentrening for å kompensere for manglende mengdetrening	39
5.1.3	Rullering	42
5.1.4	Bruk av lærlinger	44
5.2	Organisasjonslæring	46
5.2.1	Avviks- og forbedringsmelding	46
5.2.2	Læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner	51
5.3	Læringsstruktur.....	53
5.3.1	Et prosedyreverk som skaper muliggjøring	54
5.3.2	Et grunnleggende kompetansenivå	56
5.4	Læringsklima.....	58
5.4.1	Et læringsklima som fremmer åpenhet og tillit.....	59
5.4.2	Læringsutbytte fra kompetansekontroll	60
5.4.3	Makkersystemet	62
5.4.4	Tid og rom for faglig utvikling	63
5.5	Identifiserte forbedringspotensialer i ambulansetjenesten	65
5.5.1	Utilstrekkelig kompensasjon for varierende mengdetrening fra oppdrag	65
5.5.2	Dagens praktisering av kontrollsystemer reduserer læringsutbyttet	67
5.5.3	Manglende tilbakemelding og refleksjon på eget arbeid	68
5.5.4	Begrenset læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner	70
6	Diskusjon	72
6.1	Ambulansetjenesten som en lærende organisasjon.....	72
6.2	Forslag til forbedringer for ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag	75
6.2.1	Tiltak 1: Økt bruk av rullering med initiativ fra ledelsen og inkludering av lærlinger	75
6.2.2	Tiltak 2: Tydeliggjøre gevinster ved avviks- og forbedringsmeldinger	77
6.2.3	Tiltak 3: Forbedre dagens praksis av tilbakemeldinger: Systematisere og formalisere samtaler etter oppdrag, samt belyse behovet for ekstern tilbakemelding	78
6.2.4	Tiltak 4: Økt læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag	79
7	Konklusjon.....	82
8	Litteraturliste.....	83

Figurer

Figur 1 Pasientforløp ved ambulanseoppdrag (Kjøllesdal og Steen-Hansen, 2016)	5
Figur 2 Organisasjonskart Helse Nord-Trøndelag (HNT, 2020).....	6
Figur 3 Oversikt over kategoriseringen av de ulike hastegradene ved utrykning (NAKOS, 2018)	8
Figur 4 Basis modell for lærende organisasjoner	11
Figur 5 Individuelles læring er avhengig av elementene, innhold, engasjement og kontekst (Sommer, 2014) ...	12
Figur 6 Ønskede egenskaper ved læring på jobb	13
Figur 7 Ulike nivåer av organisasjonslæring (Finnestrand, 2019)	15
Figur 8 Ønskede egenskaper ved organisasjonslæring	17
Figur 9 Kontekst-tilpasset modell for offentlige organisasjoner	19
Figur 10 Ønskede egenskaper ved læringsstruktur	20
Figur 11 Kontekst-tilpasset modell for offentlige helseorganisasjoner	21
Figur 12 Ønskede egenskaper ved læringsklima	22
Figur 13 Analytisk rammeverk: Kontekst-tilpasset modell for ambulansetjenesten	23
Figur 14 Tilpasset stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora 2017)	32
Figur 15 Identifiserte forbedringspotensialer i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag	71
Figur 16 Ambulansetjenestens særegne karakteristikk i den kontekst-tilpassede modellen	73
Figur 17 Det horisontale meldesystemet (NRK, 2018b)	81

Tabeller

Tabell 1 Beskrivelse av relasjonen mellom aspektene	24
Tabell 2 Oversikt over informanter i studien.	30

1 Introduksjon

Formålet med denne oppgaven er å undersøke på hvilken måte ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er en lærende organisasjon, og identifisere deres forbedringspotensialer. Introduksjonen til studien vil presentere bakgrunnen for studien, problemstillingen oppgaven ønsker å besvare, samt hvilke avgrensninger som ligger til grunn. Til slutt vil det gis en oversikt over oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Ambulansetjenesten har en viktig samfunnsfunksjon i Norge med å sikre behandling til befolkningen utover helsetjenestens institusjoner, og kan i dag anvende avansert akuttmedisinsk behandling. De særegne trekkene i ambulansetjenesten og deres unike samfunnsmessige funksjon gjør ambulansetjenesten til en spennende og viktig organisasjon å undersøke. Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transportfunksjon til i dag å utøve avanserte medisinske prosedyrer. Samtidig står tjenesten overfor endringer som vil kreve økt og endret kompetanse. Det samme gjelder utviklingen innen teknologi og diagnostiske hjelpemidler (Meld. St. 7 (2019-2020)). Med endrede behov og krav står ambulansetjenesten overfor ulike utfordringer som må imøtekommes, og tjenesten må stadig utvikles for å håndtere fremtidens utfordringer.

Norge er blant de landene som bevilger mest ressurser til både ambulansetjenesten og helsetjenesten generelt i forhold til folketall (Sæbø, 2012). Selv om helsesektoren er høyt prioritert i de årlige statsbudsjettene er det ikke tilstrekkelig nok ressurser til å etterkomme alle ønsker og behov. Når mulighetene og behovene i helsetjenester overstiger ressursene, øker også utfordringene for hvordan man skal prioritere og fordele ressursene (Meld. St. 34 (2015-2016)). Det oppstår derfor et gap mellom de mulighetene som den medisinsk-teknologiske utviklingen gir og de ressursene som er tilgjengelig. Dette gapet blir større av drivkrefter som man har liten mulighet til å påvirke fra et politisk hold. Det kan for eksempel være pasientenes forventninger, befolkningsøkning grunnet lengre levetid, samt bosetning. I tillegg har man i dag et endret sykdomsbilde med flere livsstilssykdommer og økende forekomster av kroniske sykdommer. Disse faktorene er med på å skape et internt og eksternt press på kostnadsreduksjoner, kvalitetsforbedring, økt nøyaktighet og faglig utvikling i helsetjenestene (Adler m.fl., 2007). Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 skal enhver tjeneste sørge for at virksomheten arbeider systematisk for å sikre kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Dermed er ambulansetjenesten også pålagt å sørge for å utvikle tjenesten, samtidig som de er underlagt det ovennevnte interne og eksterne presset og følgelig de samme utfordringene med å imøtekomme samfunnets behov.

Det eksisterer mange organisatoriske konsepter på hvordan organisasjoner kan imøtekomme endrede samfunnsbehov, og en nærliggende løsning er å øke personalressursene. I en utredning fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det derimot fastslått at for å opprettholde befolkningens og tjenestenes behov skal man ikke øke antall helsepersonell, men utnytte de eksisterende personalressursene på en bedre måte ved å jobbe annerledes. Det vil kreve ny kompetanse preget av mer endringsvilje og endringsevne hos de ansatte (NOU 2015:17). Dette er ikke en uvanlig løsning da organisasjoner alltid har måtte tilpasse seg et samfunn i endring for å være levedyktige, samtidig som man må effektivisere for å redusere kostnadene. På bakgrunn av behovet for kontinuerlig tilpasning har det vokst frem en idé om at organisasjoner kan være en *lærende organisasjon*. Dette er et begrep som mange forfattere har forsøkt å definere og som har gitt ulike definisjoner (Örtenblad, 2002). Grunntanken er likevel at organisasjoner må lære og utvikle seg for å kunne tilpasses endringer i samfunnet, der organisasjonen lærer gjennom dens ansatte. Örtenblad (2002) kategoriserer forskningen om lærende organisasjoner i fire aspekter, og det er disse fire aspektene som danner teorigrunnlaget for denne studien. Ved å være en lærende organisasjon setter man de ansatte i stand til kontinuerlig forbedring og læring. Dette gjøres ved at kunnskapen og ferdighetene som utvikles blir værende i organisasjonen og deles blant de ansatte slik at kompetanse- og ferdighetsnivået øker. Dette gjør at organisasjonen øker dens ytelsesevne slik at de er mer rustet for å imøtekomme fremtidens utfordringer. En viktig del av en lærende organisasjon er at ansatte, og følgelig organisasjonen, lærer av erfaringer. Helseminister Bent Høie uttalte derimot i 2018 at en av helsetjenestens største utfordringer er å lære av tidligere erfaringer. Både fra feil og suksesser, samt på tvers av avdelinger og sykehus (NRK, 2018a). Denne uttalelsen viser at det eksisterer et forbedringspotensial også i ambulansetjenesten, og siden tjenesten har særegne organisasjonstrekk og en kritisk samfunnsfunksjon er den interessant å studere. Ved å undersøke på hvilken måte ambulansetjenesten er en lærende organisasjon kan man identifisere forbedringspotensial som kan bedre ambulansetjenestens ytelsesevne.

1.2 Problemstilling og mål med oppgaven

Studiens formål er å undersøke hvordan ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag i større grad kan settes i stand til kontinuerlig forbedring og læring gjennom konseptet om Örtenblads lærende organisasjoner. For å kunne gå i dybden i oppgavens problemstilling er den avgrenset til et utvalg av ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag. Oppgaven kan av den grunn ansees som en casestudie av de tre utvalgte ambulansestasjonene, der studien mer presis søker å svare på følgende problemstilling:

På hvilken måte er ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag en lærende organisasjon, og hvilke forbedringspotensialer eksisterer?

Disse tre ambulansestasjonene er underlagt det samme ambulanseområde og følgelig samme ledelse.

1.3 Oppbygning av oppgaven

Dette kapitlet har introdusert studiens bakgrunn og problemstilling. Videre vil kapittel 2 gi en kortfattet beskrivelse av ambulansetjenesten og arbeidshverdagen til ambulansarbeiderne. Kapittel 3 kartlegger den teoretiske bakgrunnen for oppgaven ved å presentere sentral teori og litteratur som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Deretter vil studiets forskningsmetodologi presenteres i kapittel 4. Videre vil man i kapittel 5 presentere en analyse av studiens datamateriale. De ulike aspektene ved lærende organisasjoner vil først analyseres separat, før man ser på hvilke forbedringspotensialer som finnes for ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag. I kapittel 6 vil man videre foreslå forbedringstiltak med formål om å styrke ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon. Studiens generaliserbarhet vil også diskuteres. Til slutt følger studiens konklusjon i kapittel 7.

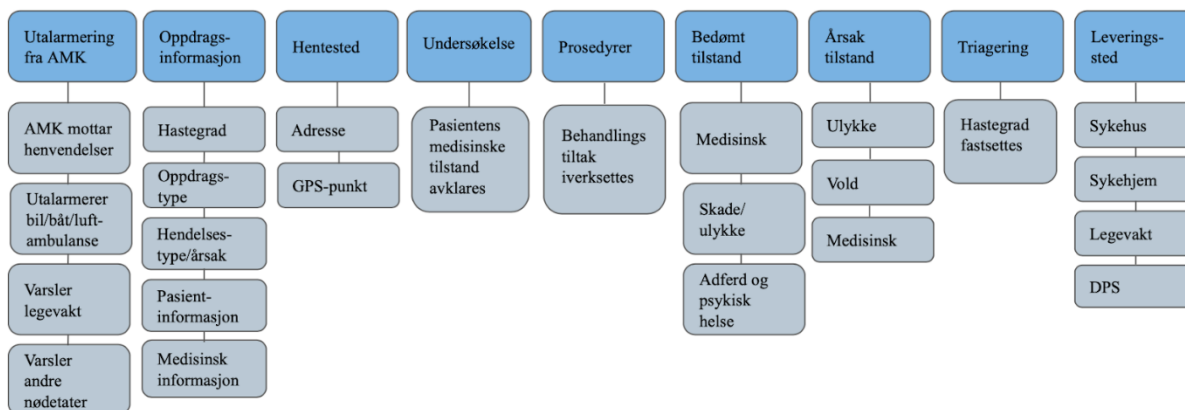
2 Ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag

Dette kapitlet gir en overordnet beskrivelse av ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag, og gir en innføring av både organisasjonen og yrket. Først presenteres ambulansetjenestens ansvarsområder og organisasjonskart for Helse Nord-Trøndelag. Til slutt gis det en kortfattet beskrivelse av arbeidshverdagen til ambulansarbeiderne.

2.1 Generell beskrivelse

Ambulansetjenesten er underlagt de lokale helseforetakene, og er typisk organisert under avdelingen for prehospitale tjenester (NOU 2015: 17). De har ansvar for den prehospitale (utenfor sykehus) behandlingen, som er akuttmedisinsk nødmelde- og utrykningstjeneste, og omtales i dag som sykehusets forlengede arm (Oslo universitetssykehus, 2019; Nilsen m.fl., 2014). Gjennom ambulansetjenesten sikrer man akuttmedisinsk beredskap gjennom transport via bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikoptre og ambulansfly) der man kan gi akuttmedisinsk behandling eller overvåking (Akuttmedisinforskriften, 2015). Ambulansen rykker ut dersom AMK-sentralen (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) vurderer et nødansrop via 113 til å være av en slik alvorlighetsgrad som krever akuttmedisinsk behandling. Det er AMK-sentralen som har den direkte kontakten med oppringer, og all informasjon som gis til ambulanspersonellet om oppdraget er gjennom den.

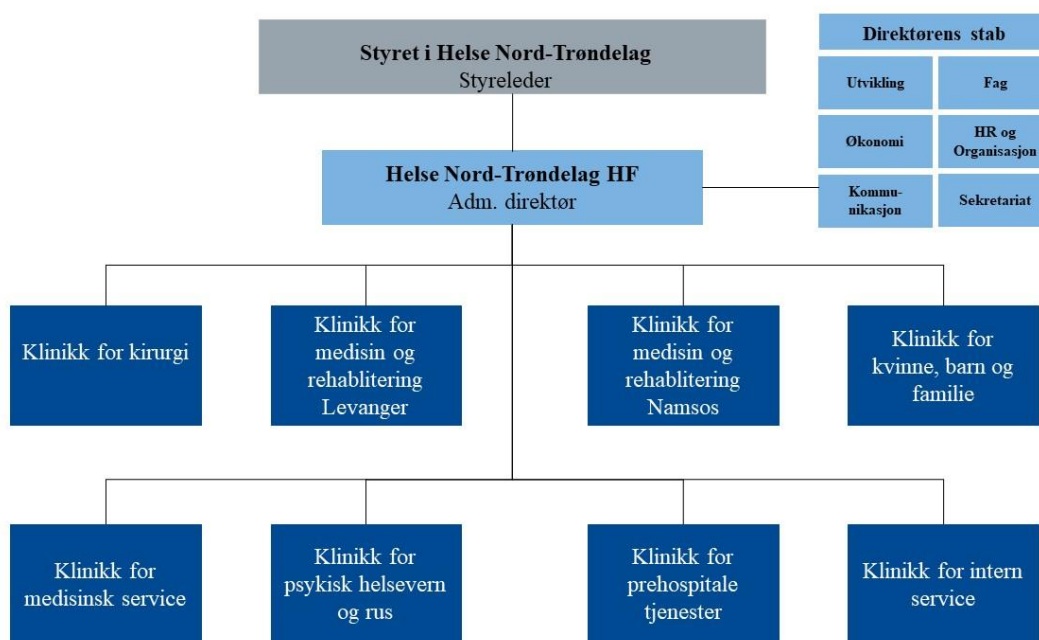
Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste som tidligere kunne bli utført av lokale drosjer og privatpersoner, til å bli en viktig del av de akuttmedisinske tjenestene (Grimstad og Juvkam, 2016). Denne utviklingen krever at de ansatte i ambulansetjenesten kan håndtere sammensatte problemstillinger med høy medisinsk, pleiefaglig, sosial og etisk kompetanse (Nilsen m.fl., 2014). Ambulansarbeider er i dag en beskyttet tittel der man må ha autorisasjon for å utøve yrket (Delta, 2016). Man kan i dag bli ambulansarbeider ved å ta fagbrev i ambulansfag eller bachelor i Paramedic. Utviklingen av ambulansfaget med bedre utdanning og ny teknologi har gitt økte muligheter for diagnostikk og behandling som kan utføres utenfor sykehuset. Et ambulansoppdrag vil typisk ha følgende pasientforløp fra de får beskjed til å rykke ut til de har avlevert pasienten:



Figur 1 Pasientforløp ved ambulansoppdrag (Kjøllesdal og Steen-Hansen, 2016)

Det er som tidligere nevnt de lokale helseforetakene som har ansvar for å tilby befolkningen spesialiserte helsetjenester, som klinikk for prehospitaltjenester ligger under. Det er staten som eier helseforetakene, noe som fører til at ambulansetjenesten er underlagt offentlig sektor. En av grunnprinsippene for prioritering i Helsevesenet er at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt (Meld. St. 34 (2015-2016)). Dette medfører at det er de politiske organene som gir instruksjoner for å sikre at objektiv analyse og regelfølgning skal begrense mulighetene for tilfeldige beslutninger, forskjellsbehandling og favorisering (Strand, 2007). På bakgrunn av dette er mye av arbeidet til en ambulansarbeider prosedyrebasert slik at man kan sikre best mulig og lik behandling til pasientene, uavhengig av personellet som er på jobb.

Denne oppgaven tar for seg Helse Nord-Trøndelag. Gjennom sykehusene i helseforetaket ytes spesialisthelsetjenester til omkring 140 000 innbyggere i Trøndelag, fordelt i 19 kommuner (HNT, 2020). Helseforetaket er inndelt i seks ulike klinikker, hvor denne oppgaven omhandler klinikk for prehospitaltjenester. Organisasjonskartet til Helse Nord-Trøndelag viser denne inndeling.



Figur 2 Organisasjonskart Helse Nord-Trøndelag (HNT, 2020)

Videre er også Klinikk for prehospitale tjenester inndelt i AMK-sentralen på Namsos, Pasientreiser, samt fem ambulansseområder. Denne oppgaven tar for seg ett ambulansseområde med tilhørende seksjonsleder, fagutvikler og ambulansstasjoner. De ulike ambulansstasjonene som undersøkes i denne oppgaven vil enten kategoriseres som en høyaktivitetsstasjon eller lavaktivitetsstasjon. Det som skiller disse er hyppigheten av oppdrag og hvor mange ambulansarbeidere som er stasjonert på hver stasjon. Ved en lavaktivitetsstasjon består hvert vaktlag av ett makkerpar, det vil si to ambulansarbeidere. Ved høyaktivitetsstasjon er det flere makkerpar i hvert vaktlag. En høyaktivitetsstasjon kan ha flere tusen oppdrag i løpet av ett år, mens for lavaktivitetsstasjonene i denne oppgaven vil antall oppdrag være betydelig lavere, i underkant av 500. Høyaktivitetsstasjonen vil i tillegg være stasjonert nærme sykehus, i motsetning til lavaktivitetsstasjonene.

2.2 Arbeidshverdagen

2.2.1 Vaktskifte

Ved vaktskiftet varierer det hvor mange ambulanspersonell som går av og på vakt. På lavaktivitetsstasjonene er to personer som går av vakt og to som kommer på, da de alltid jobber i makkerpar. På høyaktivitetsstasjonene er det flere makkerpar som jobber under samme vaktlag. Under vaktskiftet blir det formidlet informasjon fra avtroppende vaktlag dersom det er noe spesielt som har skjedd under vakt, og om det noe ekstra som må gjøres av påtroppende vaktlag. Dette kan for eksempel være å etterfylle medikamenter som har blitt brukt under oppdrag.

2.2.2 Beredskap

Med informasjon fra det avtroppende vaktlaget starter påtroppende vaktlag raskt i gang med daglig sjekk. Det er en fast sjekklister som må gjennomgås. Det innebærer å sjekke ambulansen, medikamentlager og utstyr. Innholdet i sjekklister er avhengig av hvor ofte utstyr skal kontrolleres, og vil følgelig variere. Dette er en elektronisk sjekklister som er felles for ambulansestasjonene. Ambulansearbeiderne må også sørge for at ambulansen og utstyret til enhver tid er klar for utrykning.

Ambulansehverdagen er uforutsigbar og ambulansepersonellet vet ikke når man må på oppdrag. Hvor mye tid man er i beredskap varierer fra dag til dag, og fra stasjon til stasjon. Denne tiden skal derfor brukes til å restituere og klargjøre seg til nye oppdrag, både fysisk og mentalt. Den mentale forberedelsen kan være i form av egentrening og gjennomgang av prosedyrer og utstyr, eller utføre obligatoriske øvingsoppgaver. Vedlikehold av teoretisk og praktisk kunnskap, ferdigheter og vurderingsevne er i stor grad den enkeltes ambulansearbeideres sitt ansvar. Det er derfor en forutsetning at ledig tid på stasjon brukes aktivt for egen og andres faglige utvikling. Det er opp til ambulansetjenesten å legge til rette for en slik aktivitet (Ambulanse Midt-Norge, 2013). Dersom ambulansearbeidere har mye kjøregrunnlag vil også beredskapstiden reduseres som følge av dette.

2.2.3 Utrykning

Alle oppdrag som ambulansetjenesten mottar styrer AMK-sentralen. For ambulansestasjonen i Helse Nord-Trøndelag er AMK-sentralen lokalisert på Namsos. De mottar oppringning fra pasient eller pårørende. All informasjon som ambulansetjenesten mottar kommer fra AMK-sentralen. Ambulansearbeiderne mottar et oppdrag på radioen deres, og det er alltid to ambulansearbeidere som rykker ut samtidig, disse refereres til som makkere. Oppdragene kategoriseres i tre ulike kjørekoder alt etter hvor raskt pasienten krever hjelp. Akuttoppdrag (rød respons) er utrykning der pasientens vitale funksjoner er truet. Ved hasteoppdrag (gul respons) er pasientens tilstand ikke livstruende, men rask respons begrenser smerter og risiko for at pasientens tilstand skal forverre seg. Vanlige oppdrag (grønn respons) er utrykninger der det er behov for en medisinsk vurdering og/eller behandling, eller der pasienten har utfordringer med å komme seg til nødvendig hjelp (NAKOS, 2018). Kategoriseringen av oppdragene oppsummeres i figuren under.

AKUTT	Manifest svikt i fysiologi eller vitale funksjoner
HASTER	Truende svikt i fysiologi eller vitale funksjoner
VANLIG	Behov for medisinsk vurdering for å avklare potensialet for svikt i fysiologi / vitale funksjoner
PLANLAGT	Behov for medisinsk vurdering og / eller behandling
PLANLAGT	Ingen behov for medisinsk vurdering og / eller behandling

Figur 3 Oversikt over kategoriseringen av de ulike hastegradene ved utrykning (NAKOS, 2018)

2.2.4 Pasienttiltak

Når ambulans bilen ankommer pasienten iverksettes tiltak. Disse tiltakene er handlinger som sikrer egen- og pasientsikkerhet. I tillegg er det medisinske behandlingstiltak, hygienetiltak og omsorgs- og pleietiltak. Helsepersonelloven § 39 og § 40 slår fast at de som yter helsehjelp skal nedtegne og registrere opplysninger (Helsepersonelloven, 2000). Ambulansearbeidere observerer pasienten under hele oppdraget og fører dokumentasjon i ambulansetransportjournalen. Under transport er arbeidsoppgavene delt mellom makkerparet. Den ene vil ha ansvaret for transporten, mens den andre vil ha ansvaret for å observere pasienten og gi den nødvendige hjelpen.

2.2.5 Avlevering og rapport

Fremme ved sykehuset eller andre institusjoner overføres pasienten til mottakende avdeling, som i de fleste tilfeller er akuttmottaket. Ambulansearbeiderne avleverer rapporten med pasientopplysninger som er blitt ført under transport. Det er viktig at denne rapporten er korrekt utfylt da transportjournalen er med på å legge føringen for pasienthåndtering i behandlingsforløpet.

2.2.6 Arbeidsoppgaver etter avlevering

Etter at pasienten er levert skal bilen og mannskapet klargjøres for nye oppdrag. Dette innebærer at alt av utstyr skal ryddes inn igjen, utstyr og medisiner skal etterfylles, samt vaske bilen. Når de er ferdig med oppdrag må de registrere til AMK-sentralen at bilen er ledig, men ikke tilbake på stasjonen. Når bilen er ankommet stasjonen må de på nytt registrere til AMK-sentralen at de er ledig og tilgjengelig på stasjonen. Videre må de registrere oppdraget ved å skrive hvor mange kilometer de har kjørt og fyller ut journalen. Ved noen spesielle oppdrag er det nødvendig å iverksette emosjonelle tiltak i form av debriefing eller defusing. Dette er en ordning for personell som har behov for støttesamtaler etter spesielle hendelser, og det er også utarbeidet en instruks for dette. Dette er for den psykologiske belastningen for ambulansarbeidere, og ikke for det faglige læringsutbyttet.

Som det fremkommer har ambulansesarbeiderne varierte arbeidsoppgaver. Arbeidsdagen er lite forutsigbar og krevet at man jobber godt sammen med makkeren sin og andre nødetater.

3 Teoretisk bakgrunn

For å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål har det vært nødvendig å gjennomføre en litteraturgjennomgang av eksisterende litteratur på forskningsfeltet *lærende organisasjoner*. Dette kapitlet vil først gi en introduksjon av begrepet, for deretter å presentere fire aspekter og tilhørende teori ved en lærende organisasjon. Litteraturgjennomgangen fører frem til det som blir oppgavens analytiske rammeverk.

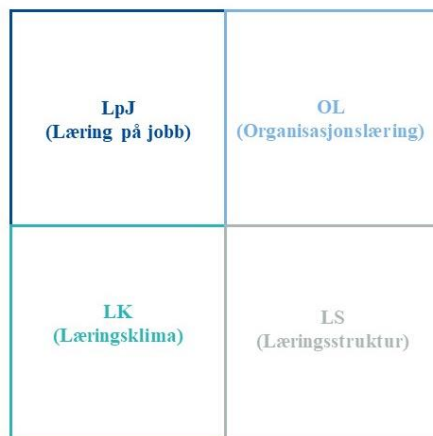
Allerede på 1980-tallet ble konseptet lærende organisasjoner presentert. Dette var i forbindelse med Pedler m.fl. som forsket på læringsvilkår og egenskaper ved lærende bedrifter (Pedler m.fl. 1989). Konseptet fikk imidlertid en økt interesse etter publiseringen av boken “The Fifth Discipline” av Peter Senge (1990). Senge regnes ofte for å være grunnleggeren av konseptet (Örtenblad, 2013). Konseptene og ideene til disse forfatterne vil være et viktig grunnlag for oppgaven ettersom mye av teorien som brukes bygges på disse. Ifølge Senge (1990, s. 8) er lærende organisasjoner definert som følger:

“Learning organizations [are] organizations where people continually expand their capacity to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning to see the whole together.”

Den grunnleggende ideen til Senge (1990) er at det bare er organisasjoner som er fleksible, tilpasningsdyktige og produktive som vil utmerke seg i endrede omgivelser. For at dette skal oppnås argumenteres det for at organisasjoner må forstå hvordan man kan benytte ansattes engasjement og kapasitet til å lære i hele organisasjonen (Infed, 2013). Mange forfattere har senere omtalt og definert ideen om lærende organisasjoner, men definisjonene som brukes i litteraturen er imidlertid av varierende betydning. I tillegg er det også forskere som anvender konseptet uten å definere det. Selv om det eksisterer flere betydninger av konseptet, er det derimot enighet blant mange forskere om at konseptet er essensielt for alle organisasjoner uavhengig av kontekst, og er noe alle organisasjoner bør strebe etter (Örtenblad, 2002). Örtenblad (2015) stiller seg derimot kritisk til at konseptet har en universell løsning som kan implementeres i alle organisasjoner uten at det blir gjort tilpasninger for hver enkelt organisasjon. For at konseptet skal kunne implementeres i alle organisasjoner må hver enkelt utarbeide sin egen og unike lærende organisasjon som er tilpasset konteksten den befinner seg i.

Forfattere innen forskningsfeltet har brukt ulike definisjoner på hva en en lærende organisasjon er, uten å nevne eller relatere til andre definisjoner. Dette gjør det utfordrende å gjøre meningsfulle sammenligninger og anbefalinger til organisasjoner. På bakgrunn av dette gjennomførte Örtenblad (2002) en kartlegging av litteraturens begrepsbruk, samt kategoriserte og sammenfattet litteraturen om lærende organisasjoner. For å kunne sammenligne resultater,

funn og anbefalinger mellom ulike kontekster, er det ifølge Örtenblad (2013) nødvendig med et rammeverk som sammenfatter de ulike betydningene og definisjonene av konseptet. Slik bruk av en teori anvendes uten å utelukke bruk av en annen. Arbeidet med å sammenfatte eksisterende teori resulterte i fire aspekter som litteraturen blir kategorisert etter. Disse fire aspektene er: læring på jobb (eng: learning at work) som omhandler læring som finner sted mens arbeidet utføres, organisasjonslæring (eng: organisational learning) som handler om læring både hos ansatte og organisasjonen, læringsstruktur (eng: learning structure) som fasiliterer til at ansatte tar selvstendige avgjørelser for å imøtekomme etterspørselens behov og krav, og til slutt læringsklima (eng: climate for learning) som tilrettelegger for hvert enkelt individs læring. I henhold til Örtenblad (2004) vil læring på jobb, organisasjonslæring, læringsstruktur og læringsklima i denne oppgaven omtales som aspekter, noe som betyr at de utfyller hverandre. Teori på de fire aspektene vil fortløpende presenteres i dette kapitlet, og egenskapene som introduseres vil belyse ønskede egenskaper i en lærende organisasjon. Det vil si at de beskriver en norm for hvordan aspektene bør eksistere i organisasjonen i henhold til Örtenblads (2002, 2004) lærende organisasjon. Ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som lærende organisasjon vil derfor sammenlignes og vurderes opp mot disse. Den originale modellen til Örtenblad (2015) kan illustreres i figur 4. På grunn av begrensninger i organisasjonen og dens kontekst vil ikke alle egenskaper ved aspektene være av relevans. Dette tas det høyde for underveis i de neste delkapitlene, og modellen tilpasses deretter.



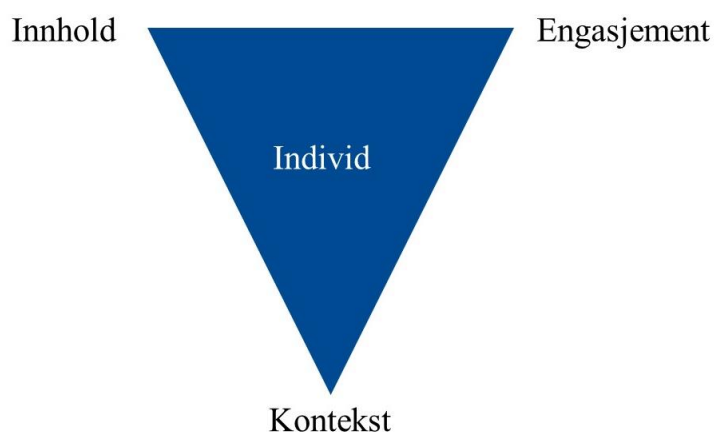
Figur 4 Basis modell for lærende organisasjoner

Ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag må forstås på egne premisser for å ha en modell som er tilpasset organisasjonens kontekst. For eksempel er ambulansetjenesten underlagt offentlig sektor, arbeidet innebærer menneskers helse og liv, og ansatte arbeider under stort tidspress. Disse faktorene påvirker hvordan ambulansetjenesten kan være en lærende organisasjon. Hva som må tilpasses for hvert enkelt aspekt i ambulansetjenesten vil omtales løpende etterhvert som det blir redegjort for de fire aspektene i de neste delkapitlene.

3.1 Læring på jobb

Læring på jobb omhandler læring som finner sted mens arbeidet utføres, og inkluderer ikke formelle kurs utenfor jobb (Örtenblad, 2013). Det er hovedsakelig i tre situasjoner dette foregår. Den første er at ansatte lærer av andre ansatte hvordan de bedre kan utføre arbeidsoppgaver, ved at de mer erfarne ansatte viser hvordan arbeidsoppgavene utføres på en riktig og effektiv måte. Deltakelse og interaksjoner mellom kollegaer er avgjørende for læring, og er følgelig viktig for å heve kompetansenivået (Sommer, 2014). Den andre situasjonen er at de ansatte lærer ved å utføre de ulike arbeidsoppgavene selv og følgelig utvikler ferdighetene og kompetansen ved gjennomføringen. Den tredje situasjonen er å lære uerfarne nyansatte ved å gi de enkle arbeidsoppgaver og gradvis øke vanskelighetsgraden og kompleksiteten under tilsyn av en veileder. Ved alle disse tre situasjonene fungerer arbeidsplassen som læringsarena og formelle kurs ansees som unødvendig.

For at den individuelle læringen skal finne sted gjennom de tre ovennevnte situasjonene, er man i tillegg avhengig av tre elementer for maksimalt læringsutbytte. Disse elementene er innhold, kontekst og engasjement. For at individuelle skal lære må det også være kunnskap og ferdigheter å tilegne seg. Dette er innholdet av hva som læres, det vil si informasjonen og ferdighetene som oppstår gjennom erfaringer og/eller introdusert kunnskap. Det kan for eksempel være en spesifikk ferdighet, en spesifikk handlingsmåte eller bruk av verktøy og utstyr. Konteksten representerer læringsmiljøet, altså hvor læringen finnes sted. De kontekstuelle faktorene vil ha betydning for hvor mye kunnskap de ansatte tilegner seg. Til slutt er man avhengig av den individuelle engasjement, det vil si deres involvering i læringsaktivitetene. Disse elementene oppsummeres i følgende figur:

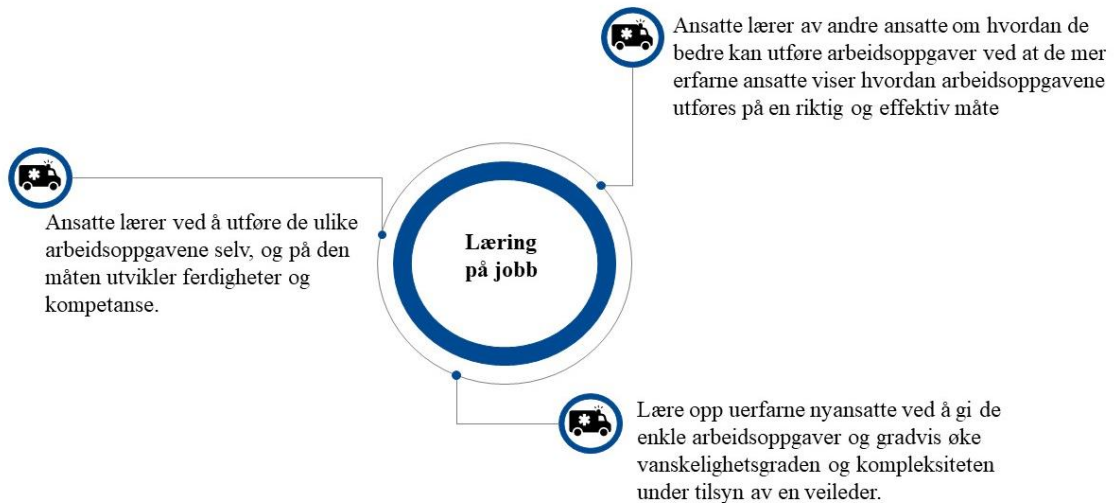


Figur 5 Individuelles læring er avhengig av elementene, innhold, engasjement og kontekst (Sommer, 2014)

For ambulansetjenesten er *innhold* hvordan ambulanspersonell arbeider når de behandler pasienter, hvilke ferdigheter og kunnskap de må besitte, innholdet av prosedyrene de forholder seg til og informasjonen de mottar. *Kontekst* handler om omgivelsene som

ambulansepersonellet arbeidet i, samt karakteristikken ved det sosiale miljøet og hvordan de ansatte samhandler med hverandre. *Engasjement* handler om ambulansepersonellets involvering i aktivitetene. Dette kan for eksempel innebære hvor mye utvikling de selv søker gjennom tilegning av ny kunnskap og/eller reflekterer over arbeidet som ble utført (Sommer, 2014).

De ønskede egenskaper ved læring på jobb oppsummeres i følgende figur:



Figur 6 Ønskede egenskaper ved læring på jobb

3.2 Organisasjonslæring

Organisasjonslæring handler om at både individer og organisasjoner kan lære, enten ved at organisasjonen selv lærer eller i overført betydning (Örtenblad, 2004). De ansatte lærer som agenter for organisasjonen og denne kunnskapen lagres i organisasjonens minne (Örtenblad, 2002). For at kunnskapen skal være organisatorisk må den kunnskapen som er lagret i organisasjonens minne også praktiseres av de ansatte (Örtenblad, 2002). I tillegg handler organisasjonslæring om at organisasjonen lærer på ulike nivåer. Argyris og Schön (1996) var en av de første som beskrev hvordan også organisasjoner kan lære, og ikke bare de ansatte. Organisasjonslæring som aspekt i en lærende organisasjon bygger i stor grad på deres teorier. De definerer organisasjonslæring som følger:

“Organizational learning occurs when individuals within an organization experience a problematic situation and inquire into it on the organizations behalf. They experience a surprising mismatch between expected and actual results of action and respond to that mismatch through a process of thought and further action that leads them to modify their images of organization or their understandings of organizational phenomena and to restructure their activities so as to bring outcomes and expectations into line, thereby changing organizational theory-in-use. In order to become organizational, the learning that result from organizational inquiry must become embedded in the images of organization held in its members minds and/or in the epistemological artifacts (the maps, memories, and programs) embedded in the organizational environment.”

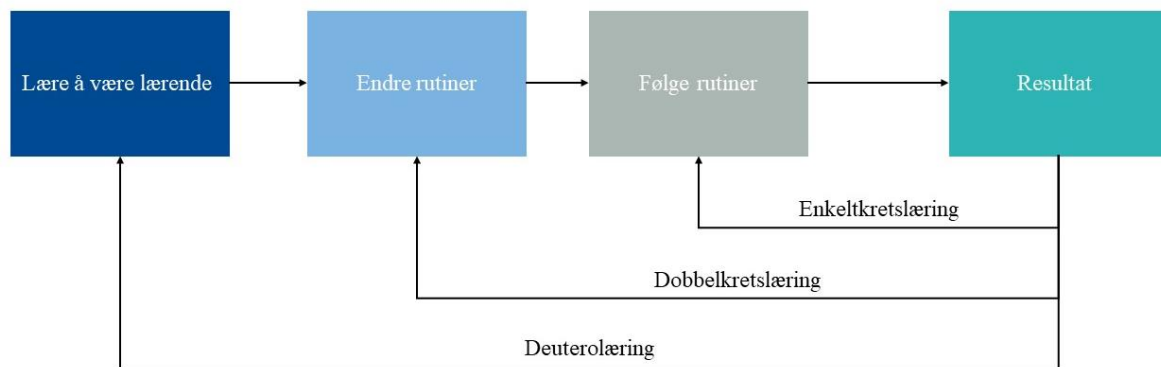
Argyris og Schön (1996) hevder at organisasjonslæring oppstår når ansatte lærer som agenter for organisasjonen ved å respondere på endringer i miljøet, både internt og eksternt. Dette skjer når ansatte oppdager og retter opp feil, og kunnskapen fra erfaringen lagres i organisasjonens minne. Organisasjonens minne består av blant annet rutiner, dialog og symboler (Örtenblad, 2002 og Örtenblad 2004). Argyris og Schön (1996) sin definisjon av organisasjonslæring vektlegger individets rolle som et ledd i organisasjonens læring. Organisasjoner består av enkeltpersoner og den individuelle læringen er derfor nødvendig for at organisatorisk læring skal finne sted. For at læringen skal bli organisatorisk må den formuleres, lagres og forankres hos organisasjonens medlemmer. Likevel kan organisasjoner lære uavhengig av hver enkelt ansatt, men ikke uavhengig av alle enkeltpersoner (Argyris og Schön, 1996). Nonaka (1994) argumenterer for at kunnskap utvikles av individer, men at organisasjoner har en kritisk rolle med å uttrykke og forsterke kunnskapen slik at den kan lagres som en del av minnet til organisasjonen. Nonaka (1994) ser dermed på utvikling av organisasjonell kunnskap som en kontinuerlig prosess som starter på individnivå og beveger seg til gruppenivå og videre til organisasjonsnivå.

3.2.1 Overføre kunnskap fra individnivå til organisasjonsnivå

For at organisasjonen skal lære må det først og fremst læres hos individene før den deretter lagres i organisasjonens minne. Den lagrede kunnskapen må videre praktiseres blant de ansatte. Kunnskapen som lagres er et resultat fra læring som foregår hovedsakelig gjennom tre ulike nivåer, enkeltkrets-, dobbeltkrets- og deuterolæring.

Læring på ulike nivåer gjennom erfaringslæring

Et sentralt element i Örtenblads lærende organisasjoner er at organisasjonen lærer på flere nivå. Ofte er organisasjonslæring inndelt i tre nivåer, enkeltkrets-, dobbeltkrets-, og deuterolæring (Argyris og Schön, 1996). Disse nivåene av læring tar ikke stilling til hvorvidt det er enkeltpersoner eller organisasjonen som lærer, men hvor omfattende læringen er. Disse nivåene ble introdusert som modeller for hvordan mennesker i en organisasjon gjennom felles refleksjon finner frem til løsninger på de utfordringene de står overfor (Strugstad og Nilsen, 2015). Argyris og Schön (1996) hevder at organisasjoner bør kunne lære på alle de tre nivåene. Det innebærer at organisasjoner kontinuerlig skal forbedre hvordan ting gjøres (enkeltkretslæring), ha evnen til å stille spørsmål til hvorfor ting gjøres (dobbeltkretslæring), og være klar over hvordan de lærer på enkelt- og dobbeltkretsnivå (deuterolæring) (Örtenblad, 2004). Sammenhengen mellom de tre læringsnivåene vises i figur 7.



Figur 7 Ulike nivåer av organisasjonslæring (Finnestrand, 2019)

Enkeltkretslæring er ifølge Argyris og Schön (1996) når enkeltpersoner eller organisasjonen endrer handlinger basert på gapet mellom forventet utfall og det faktiske utfallet. Dette skjer innenfor organisasjonens eksisterende verdier og handlingsrom. Denne typen læring beskrives av Romme og Dillen (1997) som læring som involverer prosesser hvor feil spores opp og korrigeres innenfor eksisterende sett av regler og normer, og er et resultat av repetisjon og rutine. Videre hevder de at selv om læringen kan få omfattende konsekvenser vil læringen primært konsentrere seg om en spesifikk aktivitet eller et konkret utfall. Enkeltkretslæring er dermed når man justerer sin handlingsmåte for å løse problemene. Dette kan ofte være tilstrekkelig, men det løser ikke nødvendigvis problemene dersom det ikke gjøres noe med de

grunnleggende forutsetningene for at problemet oppsto. Utfordringen er imidlertid at det ofte drives enkeltkretslæring i situasjoner der det i realiteten hadde vært behov for å få gjort noe med de grunnleggende problemene. For å hindre at problemer og utfordringer dukker opp på nytt må det dobbeltkretslæres.

Dobbeltkretslæring innebærer ifølge Argyris og Schön (1996) å endre organisasjonens etablerte verdier, normer og systemer som følge av uønskede utfall. Dobbeltkretslæring har generelt sett langsiktige virkninger for hele organisasjonen (Romme og Dillen, 1997). Det er en prosess hvor feil spores opp og korrigeres, og der underliggende normer, ideer og mål evalueres og potensielt endres ved behov. Dobbeltkretslæring oppnås når man stiller spørsmål ved etablerte normer og endrer de grunnleggende forutsetningene for problemene. Det er bare da man er i stand til å hindre at de samme problemene ikke gjentas.

Det siste læringsnivået kalles deuterolæring og innebærer at organisasjonen skal lære å være lærende (Argyris og Schön, 1996). For å kunne oppnå deuterolæring i en virksomhet må man ha et bevisst forhold til hvordan læring foregår, både på individuelt og organisatorisk nivå. På den måten får man et bilde av hvilke faktorer som begrenser eller fremmer læringsprosessene i organisasjonen (Sander, 2019).

Læring på enkelt- og dobbeltkretsnivå handler om å reflektere og evaluere resultater basert på egen kunnskap og tidligere erfaringer. Dette kan sees i sammenheng med Garvin (1993) sin teori om erfaringslæring. Garvin (1993) mener at erfaringslæring må være tilstede i en lærende organisasjon, og på den måten utfyller det Örtenblad sitt aspekt om organisasjonslæring. Organisasjoner må gjennomgå deres suksesser og feil, vurdere dem systematisk, og registrere lærdommen på en slik måte den er åpen og tilgjengelig for ansatte. Ifølge Garvin (1993) er mange ledere i dag likegyldige til fortiden, og ved å ikke reflektere over den mister de verdifull kunnskap. Han understreker at få selskaper har etablerte rutiner som sikrer at ledere og ansatte med jevne mellomrom etterevaluerer og lærer fra feil. Både ansatte, kunder og konkurrenter kan oppdage feil og foreslå nye ideer. Uansett hva som er kilden til nye ideer vil læring bare skje i mottakelige miljøer, og Garvin (1993) understreker derfor at ledere må være åpne for kritikk og nye ideer.

Overføre kunnskap raskt og effektivt gjennom organisasjonen.

Ettersom ambulansetjenesten er inndelt i flere ambulansestasjoner vil det være relevant med organisasjonslæring for at læringen som oppstår på stasjonene også kan utnyttes på andre stasjoner. Denne kunnskapen må i tillegg spres raskt og effektivt gjennom organisasjonen slik at kunnskapen praktiseres raskest mulig. Ifølge (Garvin, 1993) får ideer mest innvirkning når de deles bredt i stedet for å holdes isolert blant få personer. En rekke mekanismer kan stimulere til denne prosessen, deriblant skriftlige, muntlige og visuelle rapporter, jobbotasjon, utdanning- og treningsopplegg og standardiseringsprogram. Alle disse mekanismene har sine styrker og svakheter. Garvin (1993) mener at jobbotasjon og utdanning- og treningsprogram er noen av de mest effektfulle metodene for å videreformidle kunnskap. Dette begrunnes med at det er vanskelig å tilegne seg kunnskap på en passiv måte.

Man har et større læringsutbytte ved å fysisk erfare noe fremfor å få det forklart. For maksimalt utbytte bør læringen foregå i den konteksten som ferdighetene skal utøves i, noe som ble utdypet i kapittel 3.1. I mange organisasjoner blir ekspertisen holdt lokalt, og de som er i daglig kontakt med fagpersoner drar store fordeler av deres ferdigheter. Ved å videreformidle dette til ulike deler av organisasjonen bidrar det til å dele verdifulle kunnskap. Overføringen kan være mellom divisjoner og avdelinger. Garvin (1993) understreker videre at det er mer sannsynlig at kunnskap overføres effektivt når de rette intensivene er tilstede. Dersom ansatte vet at deres ideer vil bli evaluert og implementert, med andre ord at kunnskapen de besitter anvendes, er det betydelig større sannsynlighet for at kunnskap også overføres.

De presenterte ønskede egenskaper ved organisasjonslæring oppsummeres i følgende figur:



Figur 8 Ønskede egenskaper ved organisasjonslæring

3.3 Læringsstruktur

Det tredje aspektet er ideen om en læringsstruktur. Ifølge Örtenblad er den ideelle læringsstrukturen en organisk og desentralisert struktur, der de ansatte er rustet til ta selvstendige avgjørelser for å imøtekomme etterspørselens behov og krav (Örtenblad, 2004). For ambulansetjenesten vil etterspørselens behov og krav omhandle hvilken hjelp pasientene som ambulansearbeiderne behandler under oppdrag har behov for. Det at en organisasjon er desentralisert betyr at beslutningsmakten er fordelt mellom mange ansatte, også på et lavere nivå i organisasjonen, som i denne forbindelse er ambulansearbeiderne (Mintzberg, 1983 s. 101). Dette krever at informasjonen flyter fritt i organisasjonen og at de som trenger den har det raskt tilgjengelig. I tillegg må de ansatte kontinuerlig lære og utvikles slik at de har den kompetansen som er nødvendig for å imøtekomme endrede behov hos pasientene. Ifølge Örtenblad (2004) bør de ansatte være spesialiserte i ulike arbeidsoppgaver, men også besitte kunnskap og ferdigheter til å utføre arbeidsoppgavene til de andre ansatte. Dette gjør at organisasjonen ikke blir avhengige av enkeltpersoner, men at ansatte kan erstatte hverandre slik at behandlingen ikke stopper opp (Örtenblad og Koris, 2014). I en læringsstruktur som styrker en lærende organisasjon erkjenner også de ansatte et ansvar for hele organisasjonen, der de på eget initiativ vil oppsøke assistanse og hjelp ved behov. Organisasjonen er bygd på en slik måte at de ansatte vet hvem de skal oppsøke for den nødvendige ekspertisen. Egenskapene ved en læringsstruktur kan ifølge Örtenblad (2002) stimulere til kontinuerlig læring hos de ansatte.

I debatten om organisasjonsstrukturer kan det diskuteres hvorvidt en byråkratisk eller en organisk struktur er den ultimate læringsstrukturen (Mintzberg, 1983). Byråkratiske organisasjoner baserer seg i stor grad på formalisering for å fremme stabilitet i organisasjonen, noe som sikrer et likt og rettferdig tilbud til alle (Mintzberg, 1983, s.34). Dette vil være spesielt gjeldende i offentlige organisasjoner, slik som ambulansetjenesten, da det ikke skal eksistere diskriminering av behandling av pasienter. Mintzberg (1983, s.35) definerer en struktur som byråkratisk når arbeidet er forhåndsbestemt og forutsigbart slik at man kan standardisere organisasjonen. En organisk organisasjon har på sin side liten grad av standardisering, og kan sees på som motsetningen til en byråkratisk organisasjon. Forskere som har skrevet om lærende organisasjoner omtaler imidlertid den organiske strukturen som den foretrukne, og det er også dette som Örtenblad (2002) omtaler som den ideelle læringsstrukturen. Örtenblad (2004) understreker at en organisk organisasjon ikke nødvendigvis må være både flat og desentralisert, men kan også være organisasjoner som er hierarkisk og sentraliserte.

For offentlige og byråkratiske organisasjoner er det flere argumenter som Örtenblad (2015) trekker frem som svekker organisasjonen som en lærende organisasjon. For det første bør offentlige organisasjoner unngå å ha en for organisk struktur og for det andre bør makten ligge i politiske beslutninger som utføres gjennom formelle prosedyrer, heller enn i den individuelle dømmekraften. Dette vil også være viktig for beredskapstjenester som ambulansetjenesten, ettersom den på grunn av sikkerhetsmessige årsaker må følge regler og

prosedyrer. For å tilpasse modellen til organisasjoner som til en viss grad må være formaliserte vektlegger Örtenblad (2015) at man må bevare desentraliseringen og den tverrfaglige kommunikasjonen så mye som mulig, men at man må begrense graden av uformalitet. For å tilpasse modellen til offentlige og byråkratiske organisasjoner endrer Örtenblad læringsstruktur til *lærende byråkrati (LB)* som han mener er radikalt endret fra den opprinnelige modellen. Dette er illustrert i figur 9.



Figur 9 Kontekst-tilpasset modell for offentlige organisasjoner

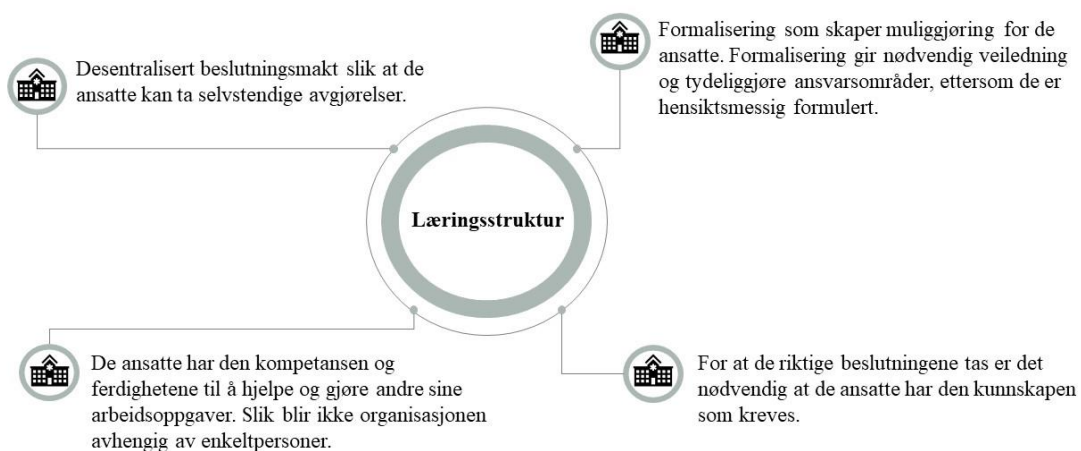
Det er utfordrende å tilrettelegge for en organisk struktur i offentlige organisasjoner som arbeider med pasientbehandling ettersom man skal sikre et likt tilbud til alle. I tillegg har de ansatte et mindre handlingsrom ettersom de er underlagt offentlig sektor. Man er følgelig avhengig av en viss grad av formalisering og man organiserer derfor etter en byråkratisk struktur. Adler og Borys (1996) understreker at en byråkratisk struktur ikke nødvendigvis vil ha negative utfall for de ansatte dersom det organiseres riktig. De presenterer to ulike typer byråkrati, nemlig et byråkrati som er organisert slik at formaliseringen oppleves av de ansatte som *påtvungen* eller et byråkrati som er organisert slik at formaliseringen skaper *muliggjøring* for de ansatte. Hvilken type byråkrati organisasjonen er vil være avhengig av graden av formalisering og om denne graden samsvarer med arbeidsoppgavene.

Når en byråkratisk organisasjon er organisert slik at det skaper en påtvungethet blant de ansatte vil det svekke kreativitet, fremme misnøye og svekke motivasjonen blant de ansatte. Graden av formaliseringen i organisasjonen vil undergrave de ansattes tilhørighet og følgelig begrense innovasjon ettersom de ansatte har mindre motivasjon til å bidra i de komplekse arbeidsoppgavene som driver innovasjon. I en byråkratisk organisasjon der formaliseringen oppleves som påtvunget vil formaliseringen oppleves som at den brukes til å overtale og tvinge ansatte til å gjennomføre ulike handlinger som de ellers ikke ville gjort. Dersom byråkratiske organisasjoner derimot organiseres på en slik måte at det skaper muliggjøring hos de ansatte, vil formaliseringen gi den nødvendige veiledningen og tydeliggjøre ansvarsområdene til de ansatte. Dette vil lette på rollekonflikter og hjelpe de ansatte til å bli

mer effektive. Under en slik organisering vil de ansatte anerkjenne formelle arbeidsprosedyrer ettersom de er hensiktsmessig formulert og implementert. Dette vil styrke arbeidsprestasjonen og gi de ansatte en stolthet i jobben som utføres (Adler og Borys, 1996). Hvordan de ansatte opplever en byråkratisk organisasjon vil derfor være avhengig av graden av formalisering er i tråd med arbeidsoppgavene som de ansatte gjennomfører.

I et byråkrati som skaper muliggjøring for de ansatte vil eventuelle avvik fra standard prosedyrer brukes for å identifisere forbedringsmuligheter i organisasjonen. Prosedyrene formuleres på en slik måte at de skal signalisere endringer i arbeidet og miljøet, og følgelig tilpasse prosedyrene ved revisjon eller mer trening. Det eksisterer i tillegg en åpenhet i organisasjonen slik at de ansatte kan få innblikk i prosedyrer for å skape en større forståelse. Slik oppnår de ansatte en større aksept for prosedyren, og besitter den forståelsen som er nødvendig for å gjøre eventuelle tilpasninger ved behov. I et byråkrati som skaper påtvungenhet vil derimot eventuelle avvik bli sett på som mistenksomme. Hensikten med prosedyrene er å gi lederne oversikt over om handlingene som utføres er i samsvar med organisasjonens ønsker. I tillegg vil det ikke eksistere noen åpenhet i prosedyreverket ettersom de ansatte ikke skal gjøre tilpasninger, men utføre arbeidsoppgavene i samsvar med prosedyreverket. Det vil av den grunn være lite rom for justeringer. Adler og Borys (1996) konkluderer med at utfallet ved formalisering er avhengig av om graden av formalisering samsvarer med arbeidsoppgaven, samt hvilken type formalisering som implementeres. Man kan forvente positive utfall i organisasjoner med både høy og lav grad av formalisering så lenge den er forbundet med muliggjøring av arbeidet. De negative utfallene kan forventes i organisasjoner uansett grad av formalisering, dersom utfallet er påtvungen. Dette betyr at så lenge graden av formalisering forbedrer arbeidssituasjonen for de ansatte vil det ikke oppleves som påtvungen. Man vil av den grunn kunne styrke organisasjonen som en lærende organisasjon selv i et byråkrati.

De presenterte ønskede egenskapene ved en læringsstruktur oppsummeres i følgende figur:

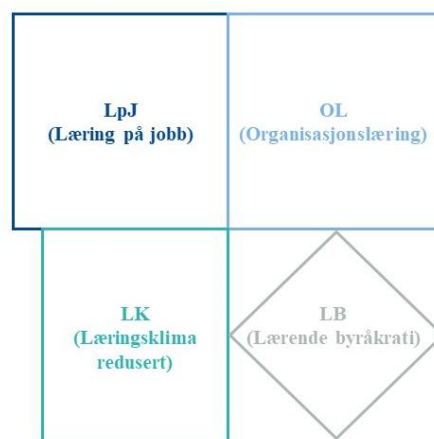


Figur 10 Ønskede egenskaper ved læringsstruktur

3.4 Læringsklima

Det siste aspektet ved lærende organisasjoner er læringsklima. Et læringsklima er ifølge Örtenblad (2004) et arbeidsklima som fasiliterer til hvert enkelt individs læring. Det innebærer en positiv atmosfære der læring er tilrettelagt og naturlig. Strukturelle elementer kan være en del av dette aspektet dersom fokuset ikke er på strukturen i seg selv, men hvordan strukturen fasiliterer til læring. I tillegg skal det ikke bare tilrettelegges for læring, men det skal også oppfordres til at hver enkelt lærer. I en organisasjon der et godt læringsklima er tilstede oppfordres det til at alle skal eksperimentere, og dersom de mislykkes blir det ansett som en læringsmulighet. Muligheten for eksperimentering er imidlertid begrenset i ambulansetjenesten. Likevel er evnen til å lære av feil viktig, og de ansatte må derfor få tid til å reflektere over arbeidet som gjennomføres (Örtenblad, 2013 s. 28). I henhold til Örtenblad skal det tilrettelegges slik at det er rom for læring, men denne skal ikke kontrolleres og overvåkes, bare fasiliteres (Örtenblad, 2002)

Når organisasjoner jobber med menneskers liv og helse vil dette også medføre at den kontekst-tilpassede modellen i figur 9 modifiseres. Det vil for eksempel være uetisk med erfaringslæring der pasientens velvære og helse står på spill, og det følgelig er lite rom for feil ettersom konsekvensene kan være store. På grunn av denne helsefaktoren begrenses læringsklimaet i helseorganisasjoner ettersom eksperimentering bare kan finne sted innenfor medisinske og lovmessige rammer. Læringsklimaet begrenses på grunn av reduserte muligheter for eksperimentering (redusert). Dette leder opp til følgende kontekst-tilpassede modell hvor den grafiske fremstillingen av læringsklimaet er redusert i forhold til de andre aspektene:



Figur 11 Kontekst-tilpasset modell for offentlige helseorganisasjoner

Ifølge Marsick og Watkins (2003) påvirker organisasjonens læringsklima de ansattes handlinger og muligheter til å lære. Organisasjonen lærer når det oppstår avvik, uventede resultater eller utfordringer som stimulerer en respons fra de ansatte. Enkeltpersoner velger en strategi og handling basert på deres kognitive og emosjonelle forståelse av årsaken til avviket.

Valg av strategier er et resultat av enkeltpersoners tidligere erfaringer og sosiale kontekster (Marsick og Watkins, 2003). På den måten har læringsklimaet en påvirkningskraft for hvordan ansatte håndterer utfordrende situasjoner, og dermed hvordan de kan lære av den. Marsick og Watkins (2003) trekker frem det å oppmuntre til dialog som sentralt ved lærende organisasjoner. Dette innebærer at ansatte uttrykker sine synspunkter og evner å lytte og undersøke andres synspunkter. På den måten har organisasjonen et læringsklima som støtter spørsmål og tilbakemelding. Videre styrkes læringen dersom ansatte ser effekten av arbeidet de gjør.

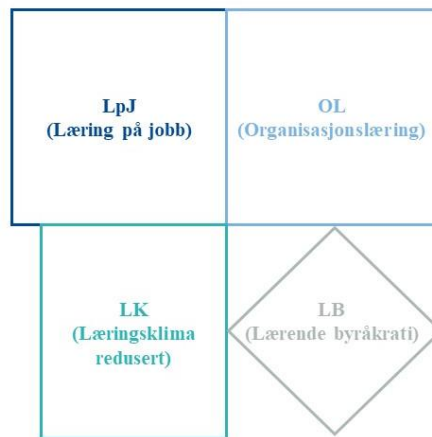
I et godt læringsklima omtales viktigheten av å ha en felles visjon og tilhørighet. I en lærende organisasjon må ansatte være villige til å tenke og handle som lojale og ansvarlige medlemmer av organisasjonen. Et godt læringsklima må ifølge Örtenblad (2004) fasilitere til slike tanker og handlinger, og felles visjoner holder organisasjonsmedlemmer sammen. Dette støttes av Armstrong og Foley (2003) som hevder at det finnes kulturelle fasetter som styrker en lærende organisasjon. De kulturelle fasettene består av delte verdier, normer, holdninger, roller, antakelser og oppførsel som muliggjør læring. Dette er prosesser som fremmer menneskers læring og utvikling ved å identifisere deres læringsbehov og fasilitere til læring. Dermed kan disse kulturelle fasettene sees i sammenheng med Örtenblads definisjon av læringsklima. Marsick og Watkins (2003) mener at det å myndiggjøre ansatte for å nå en felles visjon er sentralt for å styrke en lærende organisasjon. Ved at ansatte er involvert i å skape, eie og gjennomføre visjoner og/eller mål, blir de motivert til å lære mer og utvikle egne og organisasjonens ferdigheter. Når de ansatte har ansvar og eierskap til arbeidet og organisasjonen vil læringsvilligheten styrkes. Marsick og Watkins (2003) understreker likevel at det for organisasjoner ikke er tilstrekkelig å bare tilrettelegge for et godt læringsklima, læringen må også fasiliteres av organisasjonens systemer for å øke dens ytelsesevne. De presenterte ønskede egenskapene ved læringsklima oppsummeres i følgende figur:



Figur 12 Ønskede egenskaper ved læringsklima

3.5 Analytisk rammeverk

De foregående delkapitlene har beskrevet hva som er ønskede egenskaper ved en lærende organisasjon med utgangspunkt i de fire aspektene. Det har også blitt redegjort for hvilke faktorer som må konteksttilpasses for ambulansetjenesten. Dette munner ut i figur 13 som danner grunnlaget for oppgavens analytiske rammeverk. Rammeverket er sammensatt av Örtenblad's kontekst-tilpasset modell for offentlige helseorganisasjoner og hans tilhørende teori. Siden Örtenblad sammenfatter eksisterende teori, er det også presentert teori fra andre forskere for å oppnå en større forståelse av aspektene. Denne oppgaven søker å svare på problemstillingen: *På hvilken måte er ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag en lærende organisasjon, og hvilke forbedringspotensialer eksisterer?* For å besvare denne problemstillingen brukes det analytiske rammeverket ved å beskrive ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag gjennom de fire aspektene.



Figur 13 Analytisk rammeverk: Kontekst-tilpasset modell for ambulansetjenesten

Som tidligere nevnt utfyller de fire aspektene hverandre, men den kontekst-tilpasset modellen gir ingen beskrivelse av hvordan relasjonen mellom de ulike aspektene er. Følgende tabell tydeliggjør hvordan disse aspektene er relatert til hverandre (Örtenblad, 2004).

Tabell 1 Beskrivelse av relasjonen mellom aspektene

LpJ	LK	OL	LB	Beskrivelse
X	X			Læringsklima er nødvendig for å oppmuntre og oppfordre ansatte til å utøve læring på jobb. Læringsklimaet tilrettelegger for den tiden og friheten som er nødvendig for at de ansatte kan reflektere over handlingene sine som igjen muliggjør at læring oppstår.
X		X		Organisasjonen må samle og lagre ansattes erfaringer for å gjøre den organisatorisk. Dersom dette ikke gjøres vil kunnskapen gå tapt dersom organisasjonen mister de ansatte. Organisasjonen blir da avhengig av enkeltpersoner dersom viktig kunnskap ikke lagres. Man må tilrettelegge for prosesser slik at individuell kunnskap blir organisatorisk. Dette gjøres ved å utveksle kunnskap mellom de ansatte i tillegg til å lage nye rutiner og forbedre de eksisterende. Den kontinuerlige læringen på jobb fører til forbedringer av de eksisterende rutinene (enkeltekretslæring). I tillegg kan eksisterende rutiner bli evaluert og handlinger blir endret (dobbeltekretslæring) som en konsekvens av de ansattes læring og refleksjon på jobb.
X			X	For at den fleksibiliteten som det tilrettelegges for i et lærende byråkrati skal være til organisasjonens beste er det nødvendig at de ansatte lærer på jobb slik at de har den kunnskapen som kreves for å ta de beste beslutningene for organisasjonen.
	X	X		For å opprettholde et godt læringsklima må de riktige normene og verdiene være forankret i det organisatoriske minnet. Læringsklimaet oppmuntrer og oppfordrer til å utveksle kunnskap i organisasjonen som frembringer evaluering og utvikling av rutiner og regler. Man kan bedre organisasjonslæringen ved å ha et læringsklima som skaper lojalitet blant de ansatte slik at de er villig til og ønsker å dele kunnskap.
	X		X	Læringsklima og lærende byråkrati kan i flere tilfeller oppfattes som like. Et viktig skille mellom de er at læringsklimaet er en betingelse for at læring finner sted, mens lærende byråkratier avhengig av læring. For å ha en organisasjon med høy fleksibilitet må et godt læringsklima ligge til grunn. En annen relasjon er at lærende byråkrati kan inneholde læringsklima. Læringsklima kan også inneholde elementer fra struktur dersom strukturens karakteristikker fasiliterer og tilrettelegger for læring i organisasjonen.

LpJ	LK	OL	LB	Beskrivelse
		X	X	Selv i de mest fleksible organisasjonene er man avhengig av å ha en viss grad av rutiner. For at en læringsstruktur som skaper fleksibilitet i organisasjonen skal fungere må organisasjonslæring ligge til grunn for å sikre at de riktige avgjørelsene blir tatt i henhold til både organisasjonen og de ansatte. Strukturen i organisasjonen må også være organisert på en slik måte at de ansatte vet hvilken kompetanse de enkelte besitter slik at de vet hvem de kan kontakte ved behov. Denne kunnskapen er da en del av det organisatoriske minne ved at den kan anvendes av andre ansatte.

I henhold til Örtenblads teori er en lærende organisasjon tilrettelagt og organisert slik at de ansatte har rom for å ta selvstendige beslutninger. Videre vil de ansatte kontinuerlig tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter slik at de er rustet til å yte den beste tjenesten for kundene, i dette tilfelle behandling av pasienter. Dette er nødvendig for imøtekomme samfunnets endrede behov og krav. Når ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag styrkes som lærende organisasjon vil ambulansepersonellet være bedre rustet til å respondere raskt på endringer og feil, og kontinuerlig forbedre og tilpasse seg etter disse. Ved å analysere ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag opp mot de ønskede egenskapene vil man undersøke den som en lærende organisasjon. Når aspektene i ambulansetjenesten eksisterer i overensstemmelse med de ønskede egenskapene, vil ambulansepersonellet i større grad besitte den kunnskapen og ferdighetene som kreves. I tillegg vil ambulansetjenesten være organisert på en slik måte at ambulansepersonellet har beslutningsmakten til å ta disse avgjørelsene på raskest mulig tid. Vi definerer i denne studien et forbedringspotensial dersom analysen avdekker sider ved de fire aspektene i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som hindrer eller svekker den som en lærende organisasjon. Dette identifiseres dersom funn fra empirien ikke er i overensstemmelse med de ønskede egenskapene presentert i figur 6, figur 8, figur 10, og figur 12. Oppgaven vil først analysere funn fra empirien i henhold til de enkelte aspektene, før man til slutt vil se på samspillet mellom disse. De avdekkede forbedringspotensialene vil bli presentert i kapittel 5.5.

4 Forskningsmetodologi

Kapittel 3 tok for seg den teoretiske bakgrunnen og det teoretiske rammeverket for studien. For å besvare oppgavens problemstilling har det i tillegg til den teoretiske gjennomgangen blitt gjennomført empiriske undersøkelser. I dette kapitlet vil forskningsmetodologien for studien presenteres.

Forskningsmetodologien som benyttes i oppgaven består av forskningsstrategi, forskningsdesign og forskningsmetode. Disse beskrives henholdsvis i kapittel 4.1, 4.2 og 4.3. I tillegg vil det redegjøres for analysen av datamaterialet i kapittel 4.4.

4.1 Forskningsstrategi

Forskningsstrategien sier noe om hvilken tilnærming man har til teori og empiri i en studie (Bryman, 2016). Dette innebærer hvordan man har gjennomført litteraturstudien, om man har hatt en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming til studien, og om man har hatt en deduktiv eller induktiv fremgangsmåte for å se på forholdet mellom teori og empiri. De neste underkapitlene vil ta for seg de ulike elementene ved forskningsstrategien.

4.1.1 Gjennomgang og søk av litteratur

Teorien som ble presentert i kapittel 3 er basert på et litteratursøk om lærende organisasjoner. Litteratursøket startet bredt for å få en oversikt over sentral teori tilknyttet temaet. Deretter ble søket spisset mer mot helsesektoren og ambulansetjenesten, og søkeord som “organizational learning”, “health care” og “ambulance service” ble brukt i kombinasjon. Mye av litteraturen ble også funnet gjennom referansesøk, hvor ny teori ble funnet ved å søke etter referanser i allerede brukte kilder. Særlig Örtenblad (2002, 2004) ble brukt som utgangspunkt for videre referansesøk. Denne prosessen kan sees på som en snøballeffekt fordi et lite utvalg artikler gir forslag til andre artikler som kan være aktuelle (Bryman, 2016). Biblioteksdatabasen til NTNU og Google Scholar er blitt benyttet for å finne relevant og kvalifisert litteratur. Siden det ble brukt en stegvis-deduktiv-induktiv (SDI) metode for analyse av data ble litteratursøket også gjort underveis i analysen av empirien. SDI utdypes nærmere i kapittel 4.4. Dermed ble det gjennomført litteratursøk både i forkant og i etterkant av innsamlingen av empiriske data. Noe av litteraturen ble derfor lagt til som en konsekvens av den analyserte av empirien.

4.1.2 Kvalitativ forskningsstrategi

Et vanlig hovedskille i samfunnsvitenskapen for forskningsstrategier er skillet mellom kvalitativ og kvantitativ forskning (Bryman, 2016, s.16). Generelt kan man si at kvantitativ forskning bruker målinger, noe kvalitativ forskning ikke gjør det. Kvantitativ forskning representerer forskningsstrategier som vektlegger kvantifisering og forklaring i innsamlingen og analysen av data, mens kvalitativ forskning vektlegger ord og forståelse. Siden man i denne oppgaven ønsker en dypere innsikt i hvordan ambulansetjenesten i Helse Nord-

Trøndelag er en lærende organisasjon, med mål om å avdekke forbedringspotensialer og tilhørende tiltak, er denne studien bygget på en kvalitativ forskningsstrategi. For å besvare oppgavens problemstilling ble en kvalitativ forskningsstrategi valgt da den gir en dypere innsikt og forståelse, fremfor oversikt og forklaring tilknyttet en kvantitativ forskningsstrategi. I følge Tjora (2016) er kvalitativ forskning utforskende, og man vil kunne identifisere temaer og forhold som ikke var satt opp som spørsmål da man designet undersøkelsen (Tjora, 2016, s.30). Dette gir mulighet for nye verdifulle innspill til oppgaven som forskeren ikke har tenkt på, noe som er viktig for å besvare oppgavens problemstilling.

Kvalitativ forskning blir ofte sett i sammenheng med en induktiv tilnærming til forholdet mellom teori og data. Dette utdypes nærmere i kapittel 4.1.3. I tillegg har en kvalitativ forskningsstrategi fokus på å forstå den sosiale verden gjennom en undersøkelse av tolkningen av den. Mange forskere understreker derfor viktigheten av å se hendelser og verden gjennom øynene til menneskene de studerer. I denne studien består informantene av ambulansesarbeidere, en leder og en fagutvikler. Dette har gitt innblikk i ambulansesarbeidernes arbeidshverdag gjennom ulike synsvinkler, og dermed ulike tolkninger av den. Dette har styrket det empiriske grunnlaget. Kvalitativ forskning anser sosiale entiteter som resultatet av samhandlingen mellom individer heller enn fenomener som er separert fra mennesker. Bruken av den naturvitenskapelige forskningsmodellen i kvantitativ forskning er derfor ikke gjeldende. Beskrivelse av konteksten, og spørsmålet om "hvorfors", er også noe som kjennetegner den kvalitative forskningsstrategien fordi den kontekstuelle forståelsen for sosiale fenomener verdsettes høyt (Bryman, 2016).

4.1.3 Induktiv og deduktiv tilnærming

Et viktig skille i samfunnsforskningen er om forskningen gjennomføres for å teste eller bygge teorier. Dette skille omtales ofte som en deduktiv eller induktiv tilnærming (Bryman, 2016, s.18). Den kvalitative forskningsstrategien som omtales i kapittel 4.1.2 sees ofte i sammenheng med en induktiv tilnærming, mens en kvantitativ strategi ofte assosieres med en deduktiv tilnærming. Likevel kan man kombinere de to tilnærmingene ved å bruke både deduktive og induktive steg i en studie. Dette har blitt benyttet i denne studien.

En induktiv tilnærming innebærer at teorien kommer som et resultat av forskningen gjennom å trekke generaliserbare slutninger fra observasjoner. Man sier derfor at observasjoner fører til teori. En deduktiv tilnærming innebærer derimot at teorien legger føringer for forskningen ved at eksisterende teorier og ideer bygger hypoteser som må testes empirisk (Bryman, 2016). En induktiv fremgangsmåte er eksplorerende og empiridrevet, mens den deduktive fremgangsmåten er teori- og hypotesedrevet (Tjora, 2016). Ifølge Tjora (2016) starter en forskningsprosess som kombinerer de to tilnærmingene til empirien som induksjon, men aksepterer betydningen av teorier og perspektiver i forkant og/eller i løpet av forskningsprosessen. I denne studien har informantene bidratt med innspill som har påvirket kommende intervjuer, og som igjen har ledet til teorier. For eksempel kom det frem fra de tidlige intervjuene at ambulansetjenestens avviks- og forbedringssystem er en sentral del av læringen for ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som organisasjon. Dette var ikke

en eksisterende hypotese på forhånd. Et annet eksempel er rulleringsordningen som skal kompensere for mindre mengdetrening på enkelte stasjoner. Samtidig har eksisterende teorier i litteraturen, særlig Örtenblads teorier om lærende organisasjoner, påvirket intervjuguidene og dermed har hypoteser om lærende organisasjoner blitt testet.

4.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign er et rammeverk for innsamling og analyse av data, og valget reflekterer omfanget til forskningsprosessen. I denne studien er forskningsdesignet en casestudie.

4.2.1 Case studie

En casestudie innebærer en detaljert og intensiv empirisk analyse av en spesifikk sak, ofte et fenomen eller en organisasjon (Bryman, s.67, 2016). Som Stake (2005) understreker, er en casestudie opptatt av sakens kompleksitet og spesielle karakter, også kjent som en idiografisk tilnærming (Bryman, s.69, 2016). Ofte er casestudie assosiert med kvalitativ forskning (Bryman, s.67, 2016), slik som i denne studien.

Ifølge Yin (2014) er en casestudie et egnet forskningsdesign i situasjoner der forskningsspørsmålene er utforskende eller der studien fokuserer på et fenomen i samtiden og det er behov for å forstå et komplekst sosialt fenomen. I tillegg er casestudie passende dersom problemstillingen er formulert som et “hvordan-spørsmål” eller “hvorfor-spørsmål” (Yin, 2014). Oppgavens problemstilling er tett knyttet opp mot et hvordan-spørsmål. Dessuten er oppgavene utforskende der man søker innsikt i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelags læringsevne. Gjennom å grundig kartlegge dagens situasjon forsøker vi å forstå casets kompleksitet og opparbeide dybdekunnskap om de unike egenskapene ved ambulansetjenesten, som påvirker organisasjons læringsevne. En casestudie anses derfor som et passende valg av forskningsdesign.

Stake (2005) skiller mellom det han kaller intrinsic og instrumental casestudie. Intrinsic casestudie går ut på å forstå best mulig det enkeltstående caset, mens instrumental casestudie ønsker å belyse et mer generelt teoretisk problem. Ifølge Stake (2005) er det en trade-off mellom de to ulike typene case. Det å skulle generalisere og teoretisere går på bekostning av den detaljerte forståelsen (Ingvaldsen, 2019). Denne oppgaven kan ansees å være en intrinsic casestudie fordi oppgaven søker en dyp forståelse for hvordan ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er en lærende organisasjon. Samtidig er det et ønske om at studien er representativ for andre ambulansetjenester i landet slik at den delvis kan være relevant for disse. En videre diskusjon om hva som generaliseres fra denne studien drøftes i kapittel 6.1. Likevel ligger hovedtyngden av forskningen på Helse Nord-Trøndelag for å få en dyp forståelse for denne organisasjonen, og oppgaven kan derfor ansees som en intrinsic casestudie.

4.3 Forskningsmetode

Forskningsmetoden til en studie sier noe om hvordan dataene er innhentet (Bryman, 2016). Etter som det i denne studien er blitt brukt en kvalitativ forskningsstrategi, er det gjennomført en tilhørende kvalitativ datainnhenting. Den mest utbredte genereringsmetoden av data innenfor kvalitativ forskning er ifølge Tjora (2017, s.113) ulike former for intervju. I denne studien har intervju blitt brukt som metode for å samle inn data, og for å få innsikt i hvordan ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er en lærende organisasjon. De ulike holdningene, meningene og erfaringene som har fremkommet fra intervjuene har bidratt til å øke forståelse rundt fenomenet som er studert. Dette kapitlet vil derfor kartlegge hvordan oppgaven har innhentet data gjennom intervjuer.

4.3.1 Innhenting av datamateriale fra intervjuer

Ti semistrukturerte intervjuer fordelt på tre ambulansestasjoner tilhørende Helse Nord-Trøndelag har blitt gjennomført for å innhente relevant empiri for å besvare oppgavens problemstilling. De undersøkte ambulansestasjonene er fordelt på to lavaktivitetsstasjoner, og én høyaktivitetsstasjon. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet februar til mars 2020. På grunn av Covid-19-situasjonen som oppstod i midten av mars mistet vi muligheten til å ha oppfølgingsintervjuer. Tabell 2 gir en oversikt over intervjuobjektene i studien, deres stilling, hvilken ambulansestasjon de tilhører, samt varighet på intervjuet. Alle intervjuene i studien kan karakteriseres som semi-strukturerte intervjuer. Et semi-strukturert intervju kjennetegnes ved at man har en liste med spørsmål og/eller spesifikke temaer som skal bli dekket (Bryman, 2016, s.471). Intervjuguiden besto av spørsmål delt inn etter det analytiske rammeverket: læring på jobb, organisasjonslæring, læringsstruktur og læringsklima. I tillegg hadde intervjuet noen enkle oppvarmingsspørsmål og noen åpne avsluttende spørsmål der informantene kunne komme med innspill på eget initiativ. Under gjennomføringen av intervjuene ble det også stilt spørsmål som ikke var planlagt, fordi det dukket opp svar som var vanskelig å forstå eller interessante. Bryman (2016) nevner viktigheten av å være fleksibel under et intervju ut i fra hvordan intervjuet utvikler seg. Derfor kan den planlagte rekkefølgen på spørsmål kan endre seg, og nye spørsmål kan oppstå. Semi-strukturerte intervjuer med åpne spørsmål gir ifølge Tjora (2017, s.114) informantene mulighet til å gå i dybden der de har mye å utdype. Dette gjør at man kan komme inn på temaer som intervjueren ikke nødvendigvis hadde foresatt seg, men som kan synes viktig for informanten og dermed vise seg relevant for undersøkelsen (Tjora, 2017, s.114). Dette var vi bevisste på og alle intervjuene ble tilpasset informantens svar.

Tabell 2 Oversikt over informanter i studien.

Intervju	Intervjuobjekt	Varighet (h:min:sek)
1	Seksjonsleder	1:00:28
2	Fagutvikler og ambulansarbeider stasjon 1	0:48:46
3	Ambulansarbeider stasjon 2	0:59:24
4	Ambulansarbeider stasjon 2 (vikar)	1:05:35
5	Ambulansarbeider stasjon 3	0:44:57
6	Ambulansarbeider stasjon 3	0:56:43
7	Ambulansarbeider stasjon 3	0:49:08
8	Ambulansarbeider stasjon 1	0:28:18
9	Ambulansarbeider stasjon 1	1:08:09
10	Ambulansarbeider stasjon 1	0:30:56

Intervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt i informantenes egne lokaler, i enerom med intervjuobjektet. Før intervjuene startet ble intervjuobjektene ble presentert for prosjektet og hva dataene skulle brukes til. Videre ble de informert om at deltakelse er frivillig, om sine rettigheter til å trekke seg fra intervjuet, at dataen vil behandles konfidensielt i henhold til NTNUs rutiner, og at de vil bli anonymisert. For å konsentrere seg om informantene, skape flyt i intervjuet og stille oppfølgingsspørsmål ble det tatt lydopptak av alle intervjuene etter samtykke fra informantene. Alle intervjuobjektene signerte samtykkeskjema før intervjuet startet.

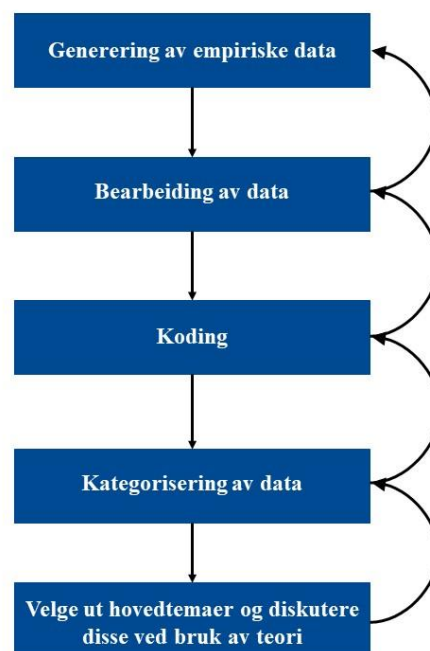
Tabell 2 viser at man har intervjuet seksjonslederen og fagutvikleren for de tre avdelingene, samt ambulansarbeidere på samtlige tre avdelinger. Som tidligere nevnt er kvalitativ forskning preget av betydelig følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i. Man må være forberedt på å justere eget prosjekt og ideer idet man møter forskningsfeltet for første gang fordi forholdene ikke alltid er slik man så for seg på forhånd. Av den grunn kan det være hensiktsmessig å legge datainnsamlingen relativt tidlig i prosjektet (Tjora, 2017, s.16). Derfor ble det i denne oppgaven gjennomført en tidlig intervjurunde for å kartlegge organisasjonens tilstand før en større intervjurunde ble gjennomført. Dette gav mulighet til å justere bruk av teori og perspektiver til det som fremstår som interessant i den empiriske analysen (Tjora, 2017, s.16). I første intervjurunde ble seksjonslederen og fagutvikleren intervjuet. Fagutvikleren jobbet 50% som ambulansarbeider og 50% som fagutvikler. Bakgrunnen for dette utvalget var at vi ønsket å få et bilde av hvordan en leder og en ambulansarbeider oppfatter ambulansstasjonen som læringsarena. Ved å snakke med begge parter fikk vi en

bredere innsikt i situasjonen. Disse innledende intervjuene avdekket temaer som ble viktige for de neste intervjuene, eksempelvis avviks- og forbedringsmeldinger, e-læringsssystem, og manglende tilgang til pasientjournal.

Etter bearbeiding av første intervjurunde ble de resterende intervjurunde gjennomført. Utvalget av informanter i intervju 3-10 ble valgt ut i samråd med seksjonslederen. Riktignok var utvalget nokså tilfeldig, da det var basert på hvem som var på jobb på intervjudagen. På avdeling 2 og 3 ble alle som var på jobb intervjuet, mens på avdeling 1 ble kun tre av flere ansatte tilfeldig plukket ut til intervju. Med tanke på at ambulansarbeidernes arbeidshverdag er lite forutsigbar var det vanskelig å planlegge intervju med en gitt person til et gitt tidspunkt. Av den grunn måtte utvelgelsen være nokså tilfeldig. Det var stor spredning i informantenes ansiennitet og ansettelsestid i ambulansetjenesten. På den måten fikk vi ulike perspektiver på yrket som ambulansarbeider og ambulansetjenesten. Tjora (2017) understreker at et vesentlig problem i utvelgelsen av informanter til intervjuer er at man ikke har kontroll på hva personer som ikke deltok på undersøkelsen ville ha sagt i intervjuene. Siden oppgavens problemstilling omhandler ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som organisasjon og ikke de enkelte informantenes personlige synspunkter ble dette forsøkt tatt høyde for i forskningsmetoden. Siden utvalget er fordelt på flere stasjoner, og med stor forskjell i ansiennitet og ansettelsestid, er dataen dermed funnet fra ulike deler av bedriften for å få frem flere perspektiver. Det ble også stilt spørsmål om informantene opplever at andre ansatte i organisasjonen har de samme eller andre meninger og erfaringer. Utvalget er likevel begrenset til ti informanter, og det er grunn til å tro at man ikke har fått avdekket alle meninger og synspunkter som finnes blant de ansatte i organisasjonen. En annen begrensning ved studien er at den bare har kartlagt tre av femten ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag. Trolig har også dette hatt implikasjoner for studiens validitet, da dette kanskje ikke danner et fullstendig representativt bilde.

4.4 Analyse av kvalitative data

De foregående delkapitlene omhandler generering av kvalitative data. Den kvalitative analysen har som formål å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få økt kunnskap om saksområdet det forskes på, uten selv å måtte undersøke dataen som er generert i løpet av prosjektet (Tjora, 2017, s.195). Analysen av datamateriale er basert på Tjora (2017) sin stegvis-deduktiv induktive metode (SDI). SDI-metoden innebærer at man jobber i etapper fra rådata til konsepter eller teorier, som en induktiv prosess, men at man hele tiden gjør tilbakekoblinger hvor man undersøker det teoretiske opp mot det empiriske. På denne måten veksler man mellom induktive og deduktive steg. Metoden har vært viktig i analysearbeidet og sikret en systematisk gjennomgang av datamaterialet. Påliteligheten i denne studien er derfor styrket gjennom bruken av SDI-metoden som har tydelige krav til datagenerering, kriterier for hvordan analysen skal utvikles fra empiri, og hvordan teorier gjøres relevante senere i arbeidet (Tjora, 2017, s.231). Figur 14 viser en grafisk fremstilling av modellen. De rette pilene representerer de induktive stegene, mens de buede pilene representerer de deduktive tilbakekoblingene.



Figur 14 Tilpasset stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora 2017)

Selv om analysen er basert på SDI-metoden er det viktig å påpeke at kvalitativ forskning er basert på fortolkning, og at man derfor er innforstått med at en fullstendig nøytralitet fra forskerens side ikke kan oppnås (Tjora, 2017, s.235). Derfor er det ikke opplagt at andre forskere vil komme frem til de samme resultatene ved å gjennomgå den samme prosessen. Vår egen bakgrunn, refleksjoner og tolkninger har uten tvil preget sluttresultatet. I tillegg er det verdt å merke seg at studien er situasjonsbetinget og at organisasjonen og informantenes meninger kan ha endret seg til en eventuell reproduksjon av studien på et senere tidspunkt.

4.4.1 Bearbeiding av data

Fase én av SDI-metoden, generering av empiriske data, ble presentert i kapittel 4.3.1. Den andre fasen i SDI-metoden i figur 14, bearbeiding av data, innebærer å klargjøre data for analyse. For å kunne analysere datamaterialet ble intervjuene først transkribert basert på lydopptakene, som innebærer at lydopptakene ble konvertert til tekst. Etter prinsipper fra Tjora (2017) ble alle intervjuene transkribert til en høy detaljeringsgrad og til bokmål. Vi satt da igjen med det Tjora (2017) kaller analysedata, og hadde en overordnet oversikt over det innsamlede datamaterialet. I denne prosessen ble intervjuobjektene anonymisert, og dokumentene med lydopptak og transkriberte intervjuer ble lagret separat i henhold til NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) sine retningslinjer. NSD har vurdert behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet i samsvar med personvernregelverket.

4.4.2 Koding av data

Etter at intervjuene ble transkribert ble det tredje steget i modellen i figur 14, koding av analysedata, gjennomført. Koding er det første steget i en analyse og er svært viktig for SDI-metodens vekt på induksjon (Tjora, 2017, s.197). Det innebærer at man oppretter koder, det vil si ord, setninger, en dialog eller avsnitt fra analysedataen. Det empiriske materialet som var av relevans for å besvare oppgavens problemstilling ble kodet, men man satt også igjen med materiale som ikke ble kodet. Dette ble gjort i samtlige ti transkriberte intervjuer. Eksempler på en koder i denne oppgaven er: “Skulle ønske det var lettere å få denne informasjonen”, “Lærer mest ved å jobbe med pasienter” og “Tilbakemelding på jobben fra makker”. På den måten ble det empiriske materialet gjennomgått og man satt igjen med en liste med koder som alle er generert induktivt med utgangspunkt i analysedata. Ifølge Tjora (2017) er målet med koding å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, å redusere materialets volum, samt å legge til rette for idégenerering på basis av detaljer i teorien. Et viktig kjennetegn ved SDI-modellens induktive empirinære koding er at den skal ligge svært tett på empirien og gjerne bruke begreper som allerede finnes i datamaterialet.

4.4.3 Kodegrupper og utvikling av konsepter

Kodene ble deretter relatert til hverandre og sammenlignet for videre å bli samlet i kodegrupper som var basert på det analytiske rammeverkets fire aspekter: læring på jobb, læringsklima, organisasjonslæring og læringsstruktur. Alle kodene ble plassert under en av disse kategoriene. For eksempel ble koder om avviks- og forbedringsmeldinger plassert under aspektet *organisasjonslæring* fordi det omhandler hvordan erfaringer og læring bevares i organisasjonen fremfor hos individene. Koder som berører viktigheten av å være på oppdrag for å lære ble plassert under *læring på jobb*, mens koder som omhandlet arbeidsmiljø og samholdet mellom ansatte ble plassert under *læringsklima*. Videre ble koder som dreier seg om ansattes holdning til prosedyrer og formalisering av arbeid plassert under *læringsstruktur*. Selv om intervjuguidene var strukturert etter de fire kodegruppene, måtte det gjøres mange justeringer for å få koder i riktig kodegruppe. Flere av kodene var aktuelle for flere kodegrupper, men ble plassert der de ble ansett som mest relevante. I tillegg er det verdt å nevne at koder som ikke passet i noen av de fire kodegruppene ble ansett som urelevante for å

besvare oppgavens problemstilling. Disse funnene og kodene ble derfor ikke brukt videre i analysen. En tematisk gruppering av kodene er med på å formene analysens struktur. Kodegruppene dannet dermed utgangspunkt for de ulike temaene som oppstod under hvert aspekt. På den måten jobber man induktivt fra empirien. Kodegruppene dannet videre grunnlag for å søke opp teori for å finne ut om de identifiserte kodegruppene kunne beskrives ved hjelp av eksisterende litteratur. Vi fant derfor ny litteratur etter hvert som temaer pekte seg ut. Denne prosessen kalles ifølge Tjora (2017) utvikling av konsepter, og lar teorien ta mer styring sammenlignet med de tidligere stadiene av analysen. På dette stadiet gjorde vi dermed deduktive steg der vi sammenlignet empirien med teorien. Dette resulterte i en analyse av ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon ved hjelp av de fire aspektene. Caseanalysen avdekker noen forbedringspotensialer som til slutt presenteres i kapittel 5.5. Som beskrevet i kapittel 3.5 definerer vi i denne studien et forbedringspotensial dersom analysen avdekker sider ved de fire aspektene i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som hindrer eller svekker den som en lærende organisasjon. Dette identifiseres dersom funn fra empirien ikke er i overensstemmelse med de ønskede egenskaper presentert i figur 6, figur 8, figur 10, og figur 12. Ambulansetjenesten styrkes som en lærende organisasjon dersom de tilhørende funnene fører ambulansetjenesten nærmere de ønskede egenskapene ved en lærende organisasjon. Dersom egenskaper ved ambulansetjenesten bidrar til økt gap mellom ambulansetjenesten og de ønskede egenskapene vil ambulansetjenesten følgelig svekkes som lærende organisasjon.

5 Caseanalyse

Dette kapitlet vil kartlegge på hvilken måte ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er en lærende organisasjon. Dette gjøres ved å analysere den opp mot de ønskede egenskapene ved de fire aspektene i en lærende organisasjon som ble presentert i kapittel 3. Aspektene vil først bli analysert separat, før man i slutten av oppgaven vil presentere funn fra analysen som identifiseres som et forbedringspotensial. Ettersom funnene analyseres på bakgrunn av et datagrunnlag hentet fra ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag, vil de videre i dette kapitlet omtales som “ambulansetjenesten”.

5.1 Læring på jobb

Mye av ambulanspersonellets læring foregår gjennom deltakelse i arbeidsoppgaver i løpet av arbeidsdagen. Dataanalysen viste at læring er en viktig del av ambulansyrket for å sikre oppdatert kunnskap som fører til at de riktige beslutningene for pasienten tas. Læring på jobb foregår under flere ulike aktiviteter, og seksjonsleder beskriver læringssituasjonene på følgende måte: *“De lærer jo hele tiden, samme hva slags situasjon du er ute i. Du lærer ved å sitte på vaktrom, du lærer ved å være ute på oppdrag, du lærer av hverandre, og det å sitte og mingle etter et oppdrag.”* Det ble videre poengtert at det største læringsutbytte har man ved å jobbe under oppdrag sammen med kollegaer og reelle pasienter. Læring på jobb vil derfor være sentralt for ambulanspersonellets læring.

På grunn av varierende oppdragsmengde på de ulike stasjonene viste dataanalysen at manglende mengdetrening dempet læringsutviklingen blant ambulanspersonellet. Dataanalysen belyste videre fire hovedområder ved læring på jobb som enten skal kompensere for manglende mengdetrening, eller som potensielt kan kompensere. Dette er henholdsvis tilbakemelding og refleksjon over eget arbeid, egentrening på stasjon, rullering, og bruk av lærlinger. Kapitlet vil videre struktureres etter disse fire hovedområdene.

5.1.1 Tilbakemelding og refleksjon over eget arbeid

Det er hovedsakelig to måter ambulansarbeiderne lærer fra eget arbeid. Den ene er samtaler og evaluering med kollegaer i ettertid av oppdraget, og den andre er eksterne tilbakemeldinger fra leger og sykepleiere på hvordan oppdraget har blitt utført. Dataanalysen viste at dette er noe ambulansarbeidere ønsker og verdsetter. Ved ordinære oppdrag, hvor det er tydelig for det involverte personellet hvilken behandling som er nødvendig, har ambulanspersonell ikke behov for ekstern tilbakemelding. Det er derimot på de mer spesielle oppdragene hvor det kan oppstå usikkerhet rundt behandlingen av pasienten at de ønsker ekstern tilbakemelding.

Samtlige intervjuobjekter forteller at samtaler og evaluering med makker er hovedkilden for tilbakemelding på jobben som blir utført, og anser det som tilstrekkelig tilbakemelding etter ordinære oppdrag. De forteller at læringsutbytte er stort ved disse samtalene. En

ambulansesarbeider bekrefter dette ved følgende sitat: *“Jeg får tilbakemeldinger fra makkeren min. (...) Man blir veldig trygg på hverandre etter hvert slik at det er rom for kritikk, rom for forbedring og rom for skryt. Der får jeg mest tilbakemelding.”* Dette kunne også bekreftes av samtlige intervjuobjekter, selv om noen mente at ikke alle ambulanspersonell gjennomførte slike samtaler. Det å lære av hverandre blir trekt frem i kapittel 3.1 som avgjørende for læring, og den individuelle kompetansenivå heves ved å lære fra erfaringer og ferdigheter som kollegaene besitter. Etter oppdragene diskuterer ambulanspersonellet hva som gikk bra med oppdraget og hva som eventuelt kunne blitt utført bedre. En ambulansesarbeider beskriver denne uformelle samtalen på følgende måte:

“Ikke pålagt nei, men vi gjør det så vi kan gjøre en bedre jobb ved neste oppdrag. Hvis det er “nå synes jeg kanskje du gjorde det litt., kanskje du kan gjøre det litt oftere..., kanskje du kan se til han litt oftere for vi kjører tross alt over en time”, det kan skje mye på kort tid for eksempel.”

Dette gjør det mulig for ambulanspersonellet å vurdere deres egen prestasjon. Alle intervjuobjektene fortalte at de diskuterer arbeidet med makker i bilen på vei tilbake til stasjonen etter endt oppdrag, og en ambulansesarbeider beskriver følgende rutine: *“Vi går bestandig gjennom tingene som vi gjør, hvordan synes vi dette gikk, var det en bra vurdering, gjorde vi rett sånn?”* De fleste intervjuobjektene gav uttrykk for at de så på dette som en viktig mulighet for både å lære og forbedre seg, og at de setter pris på at makkeren gir en ærlig tilbakemelding. En ambulansesarbeider utdypes: *“Jeg vil gjerne ha tilbakemelding slik at jeg kan gjøre det bedre og annerledes.”* Ambulansesarbeidere er ikke pålagt å evaluere og diskutere arbeidet med makker, men de fleste gjør det fordi de ser en mulighet til å utvikle seg faglig. Dette gir den enkelte ambulansesarbeider umiddelbar tilbakemelding der den enkelte kan justere handlinger til neste lignende oppdrag dersom det er nødvendig. Intervjuobjektene sier selv at de er flinke til å evaluere oppdrag med makker, men funn fra datagrunnlaget viser at ikke alle ansatte gjør det i like stor grad. Det understrekes også at ordinære oppdrag ofte ikke diskuteres og spesielle oppdrag diskuteres det hovedsakelig når noe går galt. Dataanalysen viste at heller ikke alle gir ærlige tilbakemeldinger til makker fordi man synes det kan være ubehagelig. Dette utdypes nærmere i kapittel 5.4.1. Ambulansesarbeiderne tar selv ansvar for å utveksle kunnskap mellom hverandre, og det ser ut til at det er varierende om det gjøres. Denne samtalen er uformell og følger ikke noe struktur og punktvis gjennomgang og inkluderer bare det ambulanspersonellet som er tilstede. Det vil si at læringsutbyttet bare hentes ut isolert, og potensiell læring for andre ambulansesarbeidere uteblir.

På de mer spesielle oppdragene er det derimot ønske om ekstern tilbakemelding. En ambulansesarbeider utdypes: *“Det er ikke alle vi lurer på heller skjønner du. Vi har mye brystmerter og de er veldig like. Vi har gode prosedyrer og mye av det. Men det er sånne spesielle hendelser som vi lurer på, “Gikk dette egentlig bra dette her?””* En annen ambulansesarbeider beskriver behovet for tilbakemelding på følgende måte:

“Vi vet ikke alltid hvordan det går med pasientene våre uansett hvor mye tid og ressurser vi bruker på dem. Det er ikke noe godt system hvertfall på å få innsyn i hva som skjer videre og hva det eventuelt var som feilet de. Vi kan føle vi har hatt et bra oppdrag og gjort mye rett i forhold til det vi skal og det vi kan tilby de, så trenger det ikke å gå så bra. Eller vi kan ha en dårlig feeling og så har vi likevel gjort det rett, men vi får ikke alltid den “feedbacken”. Da må vi ta kontakt med medisinsk leder i Nord-Trøndelag og begrunne og forespør hvorfor vi ønsker å vite konkrete ting med pasienten.”

Ved overlevering av pasienter på sykehus møter ambulansarbeidere leger og sykepleiere som skal overta behandlingen og oppfølgingen av pasienten. En del av intervjuobjektene kunne fortelle at de pleide å ta kontakt med personell ved akuttmottaket for å få tilbakemelding på hvordan de gikk med pasienten. Ifølge intervjuobjektene variere det hvor mye tilbakemelding de får ved avlevering av pasient. Likevel gir de fleste intervjuobjektene uttrykk for at de i liten grad får tilbakemelding ved sykehusmottak, en ambulansarbeider forklarer: *“Det er veldig sjeldent at vi får noe god feedback i forhold til de som tar imot pasientene og sånn.”* I tillegg uttrykker flere at denne tilbakemeldingen som regel gis dersom de har gjort noe feil, noe følgende ambulansarbeider bekrefter: *“Ja de er veldig flinke til å si ifra hvis du ikke har gjort noe, det er de gode på. Det sånn “Har du gjort det? Nei, Har du gjort det?”* En annen forteller:

“Som regel får vi bare høre det når det er noe utenfor prosedyrene har skjedd, og vi har kanskje gjort det litt utenfor. Da får vi høre det. Men alle de andre tilfellene som vi kjemper livet av oss for å få dem i livet innenfor portene på mottaket, det er veldig sjeldent at vi får noe god feedback i forhold til de som tar imot pasientene og sånn.”

Flere intervjuobjekter forteller at de ønsker seg tilbakemelding fra leger fordi de sitter på mye kunnskap som ambulansarbeiderne kan lære av. En ambulansarbeider utdyper følgende: *“Ja egentlig, for han (referer til lege) sitter med så mye kunnskap. Han trenger ikke ringe oss etterpå, men han kan klappe oss på skulderen og si at “dette var bra, bra jobba. Her gjorde dere rett”. Eller “her hadde dere ikke trengt å ringe, her kunne dere gjort det og det og det.”* Likevel er det noen som hevder at de får tilbakemelding fra akuttmottaket, en ambulansarbeider utdyper: *“Jo i første rekke kanskje sykepleiere og leger på sykehuset hvis det er en pasient vi har gjort en god jobb med da, så hender det seg at vi får et lite klapp på skulderen. Og det samme fra AMK. “Bra utført oppdrag” for eksempel.”* Ved å se disse funnene i kombinasjon eksisterer det ulike oppfatninger på hvor mye tilbakemeldinger ambulanspersonellet får og hvilken type tilbakemeldinger de får. Dette viser at kunnskapen som finnes i helsetjenesten ikke alltid utnyttes slik at ambulansarbeidere kan utvikle seg. Tilbakemeldinger fra akuttmottaket er en vanlig fremgangsmåte for å få tak i informasjon, seksjonsleder bekrefter dette i følgende sitat: *“Vi er veldig åpen vi og mottak (henviser her til akuttmottak), men så lenge pasienter triller fra mottak og opp på avdelingen så er det veldig vanskelig å få informasjon ned til oss. Men vi prøver å hinte litt da.”* Når pasienter ikke er på akuttmottak lenger, er det derimot vanskelig for ambulanspersonellet å få informasjon om

pasientene. En annen ambulansesarbeider beskriver følgende fremgangsmåte for å få vite hvordan de gikk med pasienten: *“For å få innsyn om hvordan det har gått så må vi ta det gjennom legen vår. Forsåvidt kan jeg få det når jeg overleverer pasienten, om at det er godt levert. Men det er ikke noe system på det, det er mest sånn ja....”* Når dette er metoden for å få tilbakemelding på oppdrag oppstår det forskjeller mellom de ulike stasjonene på hvor mye tilbakemelding de får fra akuttmottaket. De stasjonene som er lokalisert nært mottaket kan i større grad få tilbakemelding ettersom de er hyppigere i kontakt med personell på akuttmottaket. Det oppstår derfor forskjeller på hvor mye tilbakemeldinger personell på de ulike stasjonene mottar alt etter hvor de er lokalisert i forhold til mottaket og følgelig hvor hyppig de er i kontakt med dem.

Ambulansesarbeidere har ikke tilgang til pasientjournalen, slik som flere andre helsearbeidere på sykehuset har. Ambulansesarbeidere har dermed ikke den samme muligheten til å oppdateres på sykdomsforløpet til pasienter de har behandlet, og på den måten svekkes også muligheten for evaluering av eget arbeid. Likevel kan ambulansesarbeiderne søke om å få vite hvordan det gikk med pasienter de har behandlet via en lege. En ansatt forteller hvordan systemet fungerer: *“Ja vi må sende inn til vår faglige leder, avdelingsoverlegen, så går han inn og ser. For det blir jo inn i pasientjournalen, så han må jo fysisk gå inn der da.”* Det fremkommer fra dataanalysen at dette er noe som benyttes i begrenset og svært varierende grad, og bare ved spesielle oppdrag. Ved spørsmål om intervjuobjektene benytter seg av denne muligheter svarer flere at det brukes i liten grad, noe som belyses gjennom følgende sitat: *“Nei, egentlig ikke. I scære tilfeller.”* Ved spørsmål om innsyn i pasientjournal svarer en ambulansesarbeider følgende: *“Nei, det er en lang prosess. Du må sende mail til vedkommende og så må du vente til vedkommende har tiden til å gå inn på journalen og se. Det kan ta tre måneder, og da har du jo glemt det oppdraget for lenge siden.”* Dataanalysen viser at dette i liten grad blir praktisert og blir sett på som en tungvint og langvarig prosess. Når det tar lang tid før svarene kommer vil også læringsutbytte begrenses.

Det at mulighetene for ekstern tilbakemelding er tungvint medfører at ambulansespersonell mister noe av muligheten for å lære av arbeidet sitt, noe Sommer (2014) påpeker er en forutsetning for å muliggjøre læring i situasjoner der man er usikker på arbeidet som utføres. Intervjuobjektene gir tydelig uttrykk for at de selv er interesserte i å utvikle seg faglig ved å få slike tilbakemeldinger, men systemet hindrer dem i å enkelt få denne tilbakemeldingen. De ser en tydelig potensiell gevinst dersom denne informasjonen hadde vært lettere tilgjengelig. Seksjonsleder utdyper:

“Ja, så tror jeg det å få tilgang til det, så kan de gå inn på en annen måte i journalen og se på hvilke funn de hadde på det her.... Det å få en bekreftelse i ettertid ved å se i journalen at “jo, vi gjorde alt rett her” eller at vi kommer og ser i journalen at “var det det han hadde”. Da gjør det noe med hodet vårt at “var det det han hadde, da kan han ha de symptomene der ved å ha det der.” Da lærer vi mye.”

Det er tydelig at ambulansepersonellet kunne ønske at det var lettere å få tilbakemelding og innsyn i hvordan det har gått med pasienter de har behandlet, fordi de ser dette som en mulig lærings situasjon hvor de kan forbedre seg. De er klar over, og benytter seg i noen grad av muligheten til å søke om informasjon via lege, men gir uttrykk for at de hadde brukt det i enda større grad om informasjonen var lettere tilgjengelig. I kapittel 3.2 ble det understreket at individet er et viktig ledd i organisasjonens læring. Når ambulansearbeiderne har begrensede muligheter til å se resultatet av egne handlinger eller få tilbakemelding på arbeidet, begrenses læringsutbyttet og den faglige utviklingen. Dermed blir det vanskeligere å justere egne handlinger for å løse problemene. I tillegg gjør den begrensede muligheten for tilbakemelding at man ikke utnytter kompetansen som finnes for å forbedre ambulansearbeidernes faglige nivå, og dermed ambulansetjenesten som organisasjon. Siden den enkelte ambulansearbeider har begrensede muligheter for å lære fra tidligere erfaringer, vil også organisasjonen ha reduserte muligheter for utvikling.

Mangel på tilbakemelding bidrar også til økt usikkerhet rundt egne ferdigheter og kunnskap. En ambulansearbeider beskriver hvordan mangel på tilbakemeldinger påvirker hvordan man tenker om seg selv som ambulansearbeider:

“ (...) jeg vet ikke om det er sånn i andre yrker, men i en periode føler du deg kjempeflink, og i en annen periode føler du at du er tidenes verste ambulansearbeider. Men der tror jeg det kommer inn igjen det at du aldri får feedback på arbeidet ditt. Du får aldri den, “Her kunne du gjort noe annerledes. Dette var bra jobba.” Så du må hele tiden gå med deg selv. Du må hele tiden evaluere deg selv. Har jeg gjort alt rett? Kunne jeg gjort noe annerledes? (...) Men har du en dårlig periode da så går ingen oppdrag bra. De gjør det utad, men inni hodet ditt er det ingen som går bra. Du føler deg som tidenes verste ambulansearbeider, uansett om du har gjort jobben etter prosedyrer og du har gjort alt du skal. Men det er ikke noe du kunne gjort annerledes for du har gjort alt du skal gjøre.”

Sitatet belyser at mangel på tilbakemelding på arbeidet ikke bare medfører tap av læringsutbytte, men også at usikkerhet under arbeidet preger de ansatte i tiden etter oppdragene, en usikkerhet som de også tar meg seg inn i nye oppdrag.

5.1.2 Egentrening for å kompensere for manglende mengdetrening

Dataanalysen avdekket varierende oppdragsmengde på de ulike stasjonene. For å kompensere for dette kan ambulansepersonell simulere ulike situasjoner på stasjonen for å vedlikeholde kunnskapen og ferdighetene, samt repetere de ulike prosedyrene. Oppdragene som ambulansepersonellet møter preges av stor variabilitet, og ambulansepersonell må derfor være i stand til å respondere raskt på eventuelle endringer hos både pasienten og omgivelsene. Ettersom disse variasjonene endres over tid og ferdighetene til ambulansepersonellet svekkes dersom de ikke vedlikeholdes, må trening være en kontinuerlig prosess for å kunne møte forberedt til hvert oppdrag (Perry og Lindell, 2003) Ferdighetene til ambulansearbeiderne kan

øves på ved simulering på stasjonen. Dette kan for eksempel være hjerte-lunge-redning på en dukke, eller andre simulerte situasjoner.

Det å være ute på oppdrag er som tidligere nevnt en viktig måte for ambulansarbeiderne å utvikle ferdighetene og kompetansen. Siden det på lavaktivitetsstasjonene er færre oppdrag enn på høyaktivitetsstasjonene er det desto viktigere med egentrening for å vedlikeholde kunnskapen og ferdighetene siden de får mindre mengdetrening med reelle oppdrag. Dataanalysen viste derimot at det er varierende hvor mye egentrening det var på de ulike stasjonene, samt innad på stasjonene. Noen av intervjuobjektene synes det er utfordrende å gjennomføre lærings situasjoner med innlevelse når det bare er en fiktiv situasjon, en ambulansarbeider forklarer: *“Vi kan kjøre mye caser, men jeg føler ikke det blir like reelt, for min egen del sliter jeg å sette meg inn (referer til oppgavene).”* For noen ansatte oppleves egentrening som lite motiverende og de sitter igjen med lite læringsutbytte i ettertid. I følge Murray (2004) vil et desto mer realistisk treningsmiljø gi desto mer relevant erfaring når man begynner å bruke tidligere erfaringer når avgjørelser skal tas under oppdrag. Mangelen på et realistisk læringsmiljø går følgelig utover læringsutbyttet. Det ble videre poengtert at dersom man skal heve kompetansenivået måtte man gå i seg selv for å gjøre dette. Ambulansetjenesten er sådan flinke til å tilrettelegge for egentrening, en ambulansarbeider forklarer:

“Jeg tror ikke det er noe annen måte å gjøre det på visst vi skal fortsette med den måten å trene på. Da må vi heller gå inn i oss selv og si at dette funker, og det gjør det jo, vi lærer, men det blir bare for urealistisk for meg å sette meg inn i det. Det er derfor jeg føler jeg ikke får noe ut av det. Jeg får ikke trene slik jeg ville ha gjort.”

Det ble også bekreftet fra andre ambulanspersonell at de har et stort forbedringspotensial når det kommer til å trene reelt med øvingsoppgavene. Dette blir belyst som et forbedringspotensial som ambulansarbeiderne har, noe en ambulansarbeider utdyper: *“Det er jo det å klare å øve reelt når man faktisk har casebasert trening. Øve som om det er reelt, og der ser jeg vi har en lang vei å gå sammenlignet med politiet for eksempel.”* Engasjement er én av de tre elementene som læring er avhengig av, og figur 5 viser at dersom det er lite engasjement tilstede vil også læringsutbyttet svekkes. Sitatet viser at det er en direkte sammenheng mellom engasjement og kontekst, slik som illustrert i figur 5. Når konteksten ikke oppleves som reell vil ikke innholdet forstås i like stor grad. Dette forbedres enten i form av et større engasjement hos de ansatte, ved mer reelt treningsmiljø eller en kombinasjon av disse.

Mangel på trening er ikke bare problematisk med hensyn til praktiske ferdigheter, men det gir også ambulanspersonellet svekket tiltro og tillit til egen kunnskap og ferdigheter. Dette medfører at ambulanspersonell unnviker å ta i bruk nytt utstyr og prosedyrer fordi de ikke føle de behersker det. En ambulansarbeider beskriver: *“Jeg glemmer det og da gjør jeg som jeg bestandig har gjort og det funker det, det er ikke noe galt med det men vi har et annet*

utstyr som kan gjøre det enklere for oss, men vi bruker ikke det og da blir det heller ikke med.” Eid og Johnsen (2006, s. 99) uttaler at en viktig prestasjonsøkende faktor er at personellet har tro på egne ferdigheter. Dess mindre individet preges av tvil omkring dette, dess bedre brukes ferdighetene. Det er derfor viktig med egentrening både for å vedlikeholde kunnskapene og ferdighetene til den enkelte ambulansarbeider, men også for å ha tiltro på egne ferdigheter slik at man møter mest mulig forberedt i møte med pasienter.

De store forskjellene på oppdrag mellom stasjonene kunne antas å utløse en større mengde med egentrening på lavaktivitetsstasjonene på grunn av mer frigjort tid og mindre mengdetrening med reelle pasienter. Dataanalysen belyste derimot at det ikke var så store forskjeller på mengde egentrening på de ulike stasjonene. En ambulansarbeider fra en lavaktivitetsstasjon forklarer: *“Det er forskjell å arbeide på en plass som denne, her vi har 250 oppdrag i året kontra X (Henviser til større stasjon) som har 4500. Vi har tiden til å sitte og gjøre ting, det har de ikke på X. Samtidig vet jeg ikke om vi bruker noe mer tid enn de på X.”* Dette kan tyde på at ansatte på høyaktivitetsstasjoner er vant til en arbeidshverdag med høyt tempo som kan gjøre at de blir mer rastløse og læringsivrige. De som derimot er på de mer rolige stasjonene benytter beredskapstiden i mindre grad selv om de har mer tid. En ambulansarbeider på lavaktivitetsstasjon bekrefter at det er opp til ambulansarbeiderne selv å bestemme hvordan de utnyttet beredsskapstiden, og at den ofte ikke ble utnyttet til det faglige, vedkommende beskriver: *“Det er klart at det er opp til oss selv hvor mye vi øver når vi sitter her tre døgn på helg og det ikke er en eneste utrykning. Da er det lett for at man sovner litt og man blir sittende og se på skirenn istedenfor.”*

En utfordring med mengdetrening som ble belyst under dataanalysen er at det på mange stasjoner bare er to ambulanspersonell tilstede samtidig. Det kan være problematisk å få til gode øvinger med to personer. Det kan i tillegg være utfordrende for ambulanspersonell å komme på hva de skal øve på, intervjuobjektet forklarer: *“Vi må ordne casene selv, alt må ordnes selv. Og på denne plassen er vi bare to så da må den ene sitte og være kreativ hvis vi skal gjøre det. Som regel går vi bare gjennom prosedyrene når vi holder på. Vi lager ikke noe caser ut av det.”* Det ble også belyst at det på lavaktivitetsstasjonene ikke eksisterer noe øvingsrom, noe som betyr at det er nødvendig å ta ut utstyr fra bilen for å gjennomføre en del av øvingene. En ambulansarbeider beskriver følgende problematikk: *“Når vi skal øve må vi flytte møblene og holde til på stuegulvet. På andre stasjoner har de øvingsrom med ditt og datt.”* Det oppleves for de ansatte som mye arbeid å gjennomføre øvingsoppgaver når man må ta utstyret ut av bilen. I tillegg til at man risikerer lenger utrykningstid ved oppdrag dersom utstyret ikke er på riktig sted i bilen, noe som medfører at ambulansen bruker lenger tid til å nå ut til pasienten og igangsette behandling.

Dataanalysen synliggjorde at øving på stasjon i stor grad er avhengig av hver enkelt ambulansarbeider. Funn fra høyaktivitetsstasjon viste at det ofte var erfaringer fra oppdrag som avdekket områder som krevde mer øving. Ved spørsmål til en ambulansarbeider om hvordan de finner ut hva de må øve mer på svarer vedkommende:

“Enten ved å evaluere et oppdrag og finne ut at dette behersket vi ikke så godt som vi skulle gjort, og så gjør vi det på eget initiativ og driller det. Eller så er det nye prosedyrer og retningslinjer på et tema. Eller at vi rett og slett har fått nytt utstyr eller byttet utstyr, da prøver enkelte av oss å bruke veldig mye tid på å trene med det og bli fortrolig med det.”

Ettersom det på de mindre stasjonene også er mindre oppdrag, synker også mulighetene for å avdekke forbedringspotensial blant de enkelte ambulansesarbeiderne. Dette kan medføre at de har kunnskapshull som de ikke er klar over før de står i situasjonen med pasienter. Til tross for de presenterte utfordringene med egentrening viser det seg at det likevel er et læringsutbytte når øvingene gjennomføres, og det er følgelig viktig at ambulansesarbeiderne ser nytten av egentrening. En ambulansesarbeider forklarer følgende læringsutbytte:

“Ja, de gangen vi gjør det så er det jo det (om de har læringsutbytte av øvingsoppgaver). For da er det noe vi er litt usikre på som vi må øve mer på, og da gjelder det nytt utstyr eller noe det er lenge siden vi har gjort. “Refresh” hvordan vi gjør det, det er tross alt en stor blokk med prosedyrer vi har. Så alt kan man ikke huske på.”

En kombinasjon av medisinsk kunnskap og praktisk erfaring er en forutsetning for å utvikle riktig kompetanse som ambulansesarbeider (Sommer, 2014), og begge former for kunnskap, teoretisk og praktisk, er fundamentale for å bli dyktig i yrket (Lum, 2009; Winch 2010). Ambulansesarbeiderne trenger å vite de ulike prosedyrene for å sikre at riktig behandling i tidskritiske og stressfulle situasjoner skjer automatisk, samtidig som de er trygge på gjennomføringen. En ambulansesarbeider forklarer: *“Vi har jo det på telefonene våre og nettbrett i bilen vi kan slå opp på når vi drar ut på tur selvfølgelig (om prosedyrene), men grunnkunnskapen bør du uansett ha tilstede.”*

5.1.3 Rullering

For å kompensere for færre oppdrag og følgelig mindre mengdetrening har ambulansetjenesten innført en ordning de kaller *rullering*. Det innebærer at ambulansespersonell på lavaktivitetsstasjoner bytter vakt med personell på høyaktivitetsstasjoner. Dette gjøres fordi det å faktisk jobbe med ekte pasienter er en viktig læringsarena og er en viktig ordning for å opprettholde et tilstrekkelig kompetansenivå. En ambulansesarbeider beskriver det som den viktigste kilden til læring: *“Det er å komme ut og treffe pasienter (hvordan man som ambulansesarbeider lærer mest). Å gjøre fysiske ting.”* Det er ikke tilstrekkelig nok med bare relevant innhold for at ambulansespersonellet skal tilegne seg kunnskap, de riktige omgivelsene må også være tilstede, se figur 5. Ettersom ambulansesarbeiderne på lavaktivitetsstasjoner sjeldnere har oppdrag og følgelig mindre relevante omgivelser, er rullering en viktig ordning for å kompensere dette. Seksjonsleder beskriver ordningen for å kompensere for mindre oppdrag:

“Det vi har gjort i Nord-Trøndelag er at vi har tatt stasjoner med lav aktivitet og byttet plasser enkelte helger. De fra X (henviser til lavaktivitetsstasjon) må bytte plass med de fra y (henviser til høyaktivitetsstasjon). Rullerer slik at de får kjenne på det å få lenger avstand til sykehus.”

Hovedgrunnen for rulling er å gi mer mengdetrening til personell på stasjoner med få oppdrag, men seksjonsleder understreker at det er en gevinst for begge partene. De med lite aktivitet på stasjon får mer mengdetrening og varierte oppdrag, mens de på stasjoner med høy aktivitet får erfaringer av å være lenger fra sykehus og ikke ha andre instanser i beredskap i umiddelbar nærhet. Selv om seksjonsleder mener det er en vinn-vinn situasjon, oppleves det nødvendigvis ikke slik for de ansatte på høyaktivitetsstasjonene. En ambulansarbeider beskriver følgende tanker rundt rulling:

“Det er et veldig bra tiltak, hvertfall for de andre. For oss reiser vi jo på “hyttetur” når vi reiser ut til X (henviser til lavaktivitetsstasjon) - en helg å slappe av på er fint. De andre får gjøre litt, arbeide litt og prøve litt. Det kan jo gå år mellom hver gang de er borti noe som vi er hver uke.”

En annen ambulansarbeider mente vedkommende selv ikke hadde noen gevinst ved denne ordningen: *“Jeg sier ja om jeg blir spurt om å rullere, men jeg ser ikke noe personlig gevinst i det. Sist jeg var der hadde jeg ingen oppdrag.”* Begge disse intervjuobjektene er stasjonært på stasjon med høy aktivitet. Ambulansepersonellet på lavaktivitetsstasjoner mener derimot at rulling er en vinn-vinn situasjon for personell på de ulike stasjonene uavhengig av aktivitetsnivå. De mener at personell ved lavaktivitetsstasjonene får større læringsutbytte ved flere og varierte oppdrag, mens ambulanspersonell fra høyaktivitetsstasjoner får mer erfaringer med å jobbe mer selvstendig og med lenger avstand til sykehuset. En ambulansarbeider fra lavaktivitetsstasjon beskriver følgende utbytte ved rulling:

“Mengdetrening for oss, men også for de i by. Oppdragene deres varer i én time mens våre varer i tre timer, så det går begge veier. Du må lære deg om den pasienten som er syk, du er alene og du får ikke noe hjelp. Du er nødt til å kjøre over én time til sykehuset, du er helt alene, du er ikke 10 minutter unna. Det er ikke fem biler til som kan komme og hjelpe deg hvis det er noe.”

En annen ambulansarbeider beskrev gevinsten med rulling som følger:

“Men det er litt viktig for de også, for de har veldig mange 20 minutters utrykninger inn til sykehus igjen, mens her kan det ta 3-4 timer før de er tilbake til stasjonen igjen. Så vi har mye lenger pasientkontakt for eksempel. Om du er i byen for eksempel og setter et medikament så er det ikke sikkert at det virker før de er på sykehuset, men her ser du virkningen av det du gjør fordi det er så lang tid inn til sykehuset.”

Når pasientene raskt leveres til sykehuset får ikke alltid ambulanspersonellet se hvordan pasientenes tilstand utvikler seg som en konsekvens av den behandlingen som gis. Følgelig blir ikke disse konsekvensene evaluert av ambulanspersonellet i etterkant av oppdraget, noe som kan medføre at et potensielt læringsutbytte ved evaluering uteblir.

Selv om funnene viser at det er enighet fra både ambulansarbeiderne og seksjonsleder at rullering er en viktig og bra ordning, viser det seg at det i liten grad praktiseres. En ambulansarbeider beskriver følgende utfordring med rullering:

“Jeg skulle gjerne tenkt meg at det kunne vært litt mer, egentlig. Men det er vanskelig å få det til å klaffe. Det kan ikke pålegges noen, så da må begge ha lyst. Begge som er på vakt her og begge som er på vakt i X (henviser til lavaktivitetsstasjon) må være villig til å flytte seg. Det er noe med logistikken for å få det til å gå opp.”

Dataanalysen viser at rullering er en god ordning som de ansatte på lavaktivitetsstasjoner ønsker, og de ansatte på høyaktivitetsstasjoner er villig til å bli med på. Tross dette er ordningen lite praktisert selv om det fra seksjonslederen sin side er en tydelig gevinst for ambulansetjenesten når dette gjennomføres.

5.1.4 Bruk av lærlinger

Fra dataanalysen kommer det frem at lærlinger på stasjonen bidrar til mer læring på jobb, en ambulansarbeider utdypet: *“Det tror jeg skjærer læringsmiljøet mye (om å ha lærlinger på stasjon).”* Simulering på stasjon blir spesielt trukket frem som en aktivitet der lærlingers tilstedeværelse øker læringsutbyttet også for ambulanspersonellet, da flere blir delaktige i øvingen. Selv om simuleringsoppgavene hovedsakelig er for å tilegne kunnskap og ferdigheter til lærlingene, sitter også de erfarne ambulansarbeiderne igjen med et læringsutbytte. Det å lære bort til uerfarne ansatte blir trukket frem i kapittel 3.1 som en viktig kilde til læring, både for den erfarne og for den uerfarne. En ambulansarbeider kunne fortelle om en økende oppslutning rundt aktiviteter ved lærlinger: *“Ja det er det, men ikke så ofte (om vedkommende gjennomførte øvinger). Det er mest i forbindelse med lærlinger som kanskje vil trene litt. Da blir jo flere med da.”* En annen ambulansarbeider kunne fortelle at lærlinger hadde mye å si for egentreningen på stasjonen: *“Det kan godt gå en uke på jobb at jeg ikke er der (henviser her til øvingsrom) og trener i det hele tatt. Så kan det være perioder, spesielt når vi har ekstra folk med oss som lærlinger, hospitanter og studenter, så kan vi være der oftere.”* Ettersom det har vist seg at personell ved lavaktivitetsstasjonene trener mindre vil lærlinger på disse stasjonene kunne bidra til mer mengdetrening, en ambulansarbeider forklarer:

“Nå er ikke jeg noe lærer så jeg liker ikke den delen, men samtidig så er det klart at om vi hadde hatt en lærling så hadde det også vært læring for oss. For har vi en lærling og det skjer lite med utviklingen så må vi finne på noen scenarioer eller ditt og datt og øve på noe. Det hadde dratt med seg mer læring og øving. Så har vi jo en som sitter og er ivrig lærling som sitter og maser, og da må vi finne svar. Sånn sett synes jeg det er fryktelig greit at vi hadde lærling her.”

Samtidig som lavaktivitetsstasjonene ser fordelene med en lærling, blir det også vist forståelse for at det er utfordrende å ha lærlinger fast på stasjonene på grunn av få oppdrag. En løsning kunne vært å ha lærlinger inne på stasjonen i en begrenset periode. Ambulansearbeideren forklarer følgende: *“Om det var rullering en og annen gangen så synes jeg det hadde vært bra for oss. Men en lærling kan ikke sitte her for lenge for da blir det for kjedelig. Det må være rullering og et løp som er både by og land.”* Det understrekes også at det ikke bare vil være et læringsutbytte for ambulanspersonellet stasjonært på de lavaktivitetsstasjonene, men det vil også være et læringsutbytte for lærlingene ved å tidvis jobbe på lavaktivitetsstasjoner. En ambulansarbeider forklarer: *“Jeg synes det er bra for lærlingene å få prøve lavaktivitetsstasjoner (intervjuobjektet ramser opp en rekke lavaktivitetsstasjoner). Få litt mer av hvordan ambulanshverdagen egentlig er, det er ikke alltid sånn som på høyaktivitetsstasjoner (intervjuobjektet oppgir to høyaktivitetsstasjoner).”*

Ambulansestasjoner med høy aktivitet har jevnlig lærlinger på stasjonen, mens lavaktivitetsstasjonene som undersøkes i denne studien har mistet sine lærlinger de siste årene grunnet et lavt aktivitetsnivå. Etersom læringsutbyttet er stort ved å veilede lærlinger under arbeid, rullerer man på hvem som skal veilede de enkelte lærlingene innad på stasjonen. En ambulansarbeider forklarer: *“Mine lærlinger gikk med meg på dag og natt. Nå går de bare dagtid og så rullerer de på vaktlag sånn at alle har en forpliktelse til å bedrive veiledning. Det tror jeg stort sett gjør folk litt ekstra skjerpa, håper jeg.”* Dette inntrykket bekreftes av flere andre ambulansarbeidere. En annen ambulansarbeider utdyper: *“Jo, jeg synes det er en bra ressurs. Det fører jo til at vi skjerper oss litt selv når vi har med lærling. Vi må jo tenke gjennom ting en ekstra gang og tenke litt på hva man lærer bort.”* Slik intervjuobjektet beskriver det, gjør lærlinger at de ansatte må tenke ekstra gjennom hvordan og hvorfor de gjør ulike ting i arbeidshverdagen. Lærlinger kan i mange tilfeller sette spørsmålsteget ved grunnpremissene ved arbeidet, noe som skaper rom for ettertanke og vurdering hos de andre. Det viser seg derfor at ved å ha lærlinger på stasjon lærer ambulansarbeiderne mer på jobb ved å selv engasjere seg mer i øvinger, men også tenke over det de lærer bort for å sikre at den riktige kunnskapen og ferdighetene blir overført til lærlingene.

5.2 Organisasjonslæring

Organisasjonslæring innebærer som nevnt i kapittel 3.2 at kunnskap lagres i organisasjonens minne, i tillegg til hos individene. Organisasjonslæring handler også om at organisasjonen lærer på ulike nivåer og at kunnskapen som er lagret i organisasjonen er den som brukes i praksis (Örtenblad, 2002).

Kunnskap i ambulansetjenesten lagres hovedsakelig i prosedyreverket. Dataanalysen viste at ambulansarbeiderne i stor grad jobber etter prosedyrene og disse oppfattes som både veiledende og betryggende. Dette vil si at den kunnskapen som er lagret i prosedyreverket også anvendes av ambulansarbeiderne. Prosedyreverket vil i større grad drøftes i kapittel 5.3.1. I kapittel 5.1.1 ble det belyst at ambulansarbeidere i begrenset grad får tilbakemelding på jobben som utføres, noe som reduserer det potensielle læringsutbytte som finnes for den enkelte ambulansarbeider. Dette gjør at man ikke utnytter kompetansen som finnes til å forbedre ambulansarbeidernes faglige nivå, og følgelig ambulansetjenesten som organisasjon. Siden den enkelte ambulansarbeider har begrensede muligheter for å lære fra tidligere erfaringer, vil også organisasjonen ha reduserte muligheter for utvikling. Dette reduserer organisasjonslæringen for ambulansetjenesten, og svekker dermed ambulansetjenesten som en lærende organisasjon. Siden dette er utdypet i kapittel 5.1.1 vil det ikke omtales videre her.

Dette kapitlet vil videre diskutere systemet for avviks- og forbedringsmeldinger. Systemet tilrettelegger for at ansatte kan melde om feil, mangler og forslag til forbedringer, men brukes i varierende grad av de ansatte. Deretter drøftes det hvor utbredt læring og erfaringsutveksling er mellom de ulike ambulansestasjonene. Disse elementene påvirker organisasjonslæringen i ambulansetjenesten og er derfor grunnlag for kapittel 5.2.1 og 5.2.2.

5.2.1 Avviks- og forbedringsmelding

Det forrige delkapitlet diskuterer hvordan hver enkelt ambulansarbeider, som et viktig ledd i organisasjonslæringen, kan lære på ulike nivåer ved å få tilbakemelding på arbeidet. Dette delkapitlet tar for seg hvordan ambulansetjenesten på organisasjonsnivå kan lære på ulike nivåer, se figur 7, gjennom sitt system for avviks- og forbedringsmeldinger.

Ambulansetjenestens avvikssystem skal sikre at feil blir rapportert og registrert i systemet. Dette kan være alt fra feil på utstyr til feil ansatte gjør i behandlingen av pasienter, enten utøvet av seg selv eller medarbeidere. En ambulansarbeider forteller: *“Nei altså vi har jo et avvikssystem som skal kontrollere om vi avviker i forhold til feilbehandling, feil på utstyr og sånne ting.”* Ambulansarbeiderne er pålagt å sende inn avvik, men funn fra dataanalysen viste derimot at det likevel ikke alltid praktiseres, og at ansatte vet lite om hva som skjer med avviksmeldingene som rapporteres. De avviksmeldingene som ikke er innenfor klinikken eller avdelingen sendes til avdelingslederen som igjen sender det videre til riktig avdeling på sykehus, kommune eller andre institusjoner. Seksjonsleder forteller at det derfor kan ta år før

de får svar på et avvik fordi det skal gjennom mange ulike ledd. Ved spørsmål om hva intervjuobjektene tenker om avviksmeldinger svarer de fleste at de sjeldent får svar eller merker noe endring etter å ha sendt dem inn. Et intervjuobjekt utdyper:

“Det vet ikke vi som sitter her så veldig mye om egentlig. Og det har vi veldig mye snakk om. Vi har gjerne kunne likt å vite mer gangen i det. Vi blir oppfordra til å skrive avvik, og vi skriver en del avvik. Disse blir mottatt så lukkes de. Deretter vet ikke vi noe mer. Og det har vært et irritasjonsmoment rundt det, og det har vært ønskelig å vite mer fra dem som sitter i rådet at dem kunne gitt mer informasjon om hva som skjer, hvor langt må vi belage oss på å vente.”

Det fremkommer fra intervjuene at dette skaper frustrasjon blant mange ambulansesarbeidere og at de ønsker mer innsikt og tilbakemelding på avvikene som blir sendt inn. Flere intervjuobjekt kunne bekrefte mangelen på tilbakemelding og oppfølging på avvikene. En ansatt forteller: *“Vi skriver avvik vi og, men vi får aldri svar på dem.”* En annen utdyper:

“Vi skal få det, men det er ikke bestandig vi gjør det. Det er ikke bestandig vi er tilfreds med det svaret vi får heller, det varierer litt med hvem som håndterer det respektive avviket tenker jeg. Stort sett er det greit, men noen ganger får vi rett og slett ikke svar og det holder ikke synes jeg. Det er en grunn til at vi sender det.”

Et annet intervjuobjekt forteller følgende om registrering av avvik: *“Effekten er svært liten. Det ender opp med at folk ikke skriver avvik for du får aldri tilbakemelding på dem. Du får aldri tilbakemelding om det var rett eller galt. Det blir ikke noe konsekvens av avviket.”*

Seksjonsleder er klar over at manglende oppfølging av avviksmeldinger er et tema blant de ansatte. Vedkommende utdyper: *“Ja, vi oppfordrer folk til å skrive avvik da. Men da er det enkelte som sier “Men det er jo ingenting som skjer”. Jo, det er noe som skjer, for jeg behandler avvikene og sender dem videre, og melder det videre til mine ledere.”*

Seksjonslederens oppfatning er at de ansatte sier at det ikke nytter å rapportere avvik fordi det ikke er noe som skjer, men selv avkrefter seksjonslederen dette. Feil bruk av ambulansebiler i form av rene transportoppdrag trekkes frem av seksjonslederen som et eksempel på noe det skrives mange avviksmeldinger på gjennom et år. For å få gjennomslag for endring hos ledelsen høyere opp på i helseforetaket er det derfor viktig at det faktisk skrives avviksmeldinger.

Til tross for at man er pliktig til å melde avvik er mange intervjuobjekter ærlige på at de ikke alltid gjennomføres. En ambulansesarbeider forteller: *“Jo man er jo pliktige til å gjøre det da, men man ser gjennom fingrene på hva man skriver avvik på da.”* Videre utdyper intervjuobjektet: *“Hvis det er noe som er galt som kunne ha ført til store skader, at liv går tapt, så skriver man dem. Selvfølgelig gjør man det. Men det er sjeldent man hører noe. Men er det skade på ansatt eller pasient så blir det jo utbedret.”* Dataanalysen synliggjorde en trend der de mest alvorlige avvikene registreres, mens øvrige uteblir. Det fremkommer at

dette i all hovedsak skyldes at ambulanspersonellet ikke ser noe effekt av å melde inn avvik, noe som medfører at kravene til registrering ikke følges.

Ambulansarbeiderne ser ikke noe læringseffekt eller forbedring av å melde inn avvik, og motivasjonen for å gjøre det blir liten. Et intervjuobjekt poengterer at systemet er til for å dra lærdom fra erfaringer, intervjuobjektet forklarer: *“Det er jo ikke for å ta noen at man skriver et avvik eller forbedringsforslag, det er jo for å gjøre hverandre bedre, å skape en dialog. Men der føler jeg nå vi har en vei å gå da, for det er ikke alle som gjør det.”* Garvin (1993) understreker at det er mer sannsynlig at kunnskap overføres effektivt i organisasjonen når de rette intensivene er tilstede. Dersom ansatte vet at deres ideer vil bli evaluert og implementert, er det betydelig større sannsynlighet for at kunnskap overføres. Det er derfor grunn til å tro at ansatte hadde brukt avvikssystemet mer dersom de selv opplevde at det hadde en effekt. I tillegg nevnes det at man ofte bare løser problemet selv uten å melde det inn som et avvik. Følgende intervjuobjekt belyser varierende bruk av systemet: *“Det ser jeg vi har litt å gå på (om registrering av avvik). Ja, er det noe som ikke fungerer så blir det ikke skrive avvik, det blir bare ordnet. Men man burde skrive et avvik og så ordne det.”* Ved at man ikke melder avvik inn i systemet mister organisasjonen muligheten til å fange opp feil. Dette kan være gjentakende feil som på sikt kan ha konsekvenser, selv om det i øyeblikket kan føles bagatellmessig for en ansatt. Ambulansetjenesten mister også viktig læring som kan være nyttig for andre stasjoner som kan møte de samme problemene.

Det fremkommer også fra intervjuene et ønske om at de ansatte skal få involveres mer i endringer som skjer som en konsekvens av avviksmeldinger. Ambulansarbeideren forklarer:

“Men enkelte ting skulle jeg ønske jeg kunne blitt involvert mer når man belyser et problem, og at det da kan komme en dialog tilbake og en involveres i hva som kan gjøres for å gjøre det bedre. De er ganske korte skjemaene, det står forslag til forbedring men det er vanskelig å få begrunne seg der på x antall begrensede ord. Så om vi belyser et problem at det kan gå tilbake til forslag til problemløsning eller forbedring. Dersom det blir gjort en endring uten at det blir rett så kommer det tilbake på oss igjen, da er det vi som står med et nytt problem eller en ny utfordring. At vi har et ønsket og trodd at det skulle endres til det og så blir det en litt annen løsning på det.”

Dette poenget ble nevnt av flere intervjuobjekter. De kunne oppleve at det ble gjort justeringer, men at disse skapte nye problemer fordi de ikke blir involvert i prosessen og at endringen ikke var i tråd med avvikene som registreres.

Selv om mange intervjuobjekter ikke benyttet avvikssystemet i like stor grad, var det to intervjuobjekter som skilte seg ut: *“Jeg og makkeren min skriver veldig mange (avvik), vi står sikkert for 50% av det som skrives på denne basen her. Men jeg tror det ligger litt i det: at folk ikke gjør det fordi de ser ikke noe resultat av det og det å bruke tid på det.”* Dersom to

ambulansearbeidere står for halvparten av de rapporterte avvikene tyder dette på at det er store variasjoner innad på stasjonene. Videre utdyper intervjuobjektet at det er viktig at de ansatte faktisk bruker systemet som finnes, selv om systemet har forbedringspotensial. Det utdypes:

“Mye av det jeg skriver på er ikke for å få et svar men å belyse hvordan ting er. Det tror jeg er en forutsetning for de som skal gjøre noe med det, det er den kommunikasjonsmåten vi har per i dag. Jeg skulle ønske den var bedre, men det er den vi har og da tror jeg det er viktig å bruke den. Den kartlegger hverdagen vår og utfordringene. Til tross for at vi ikke alltid får en telefon eller en mail rundt det så tenker jeg at det er det vi har og enn så lenge må vi bruke det.”

Dette er en beskrivelse som er representativt for mange av de andre intervjuobjektene. Det kan tyde på at det ikke tydelig formidles fra ledelsen at avvikene fører til justeringer i henhold til avvikene. Dette belyses i sitatet over der intervjuobjektet understreker at det er viktig at systemet som eksisterer i dag faktisk benyttes av de ansatte. Avviksmeldinger gir ledelsen, og dermed organisasjonen, tilbakemelding fra ansatte som er ute i arbeidshverdagen om hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Ved å registrere avvik lagres ikke bare erfaringene hos den enkelte, men også i organisasjonen. Når organisasjonen får tilbakemeldinger på avvik oppstår muligheten for både enkelt- og dobbeltkretslæring på organisasjonsnivå, slik at små og store endringer kan forbedre ambulansetjenestens ytelsesevne. For eksempel kan tilbakemeldinger på en avviksmelding angående feilbehandling av pasient gjøre at den aktuelle ambulansearbeideren justerer sine handlinger i neste lignende situasjon, såkalt enkelkretslæring. Det kan også føre til at prosedyrer blir endret slik andre ikke skal gjøre den samme feilen, og på den måten lagres kunnskapen i organisasjonen. Et annet eksempel kan være gjentatte alvorlige feil på utstyr, som dermed må byttes ut. Ved å endre grunnleggende forutsetninger for problemene på denne måten, er man i stand til å hindre at problemene ikke oppstår på nytt.

I det samme rapporteringssystemet, har ambulansearbeiderne også mulighet til å sende inn forbedringsmeldinger. Seksjonsleder forteller:

“Ja, også har vi noe som heter forbedringsmeldinger. Hvis vi merker at utstyr kunne vært litt annerledes, vi fikk ikke til å bruke utstyret, så blir det sendt inn som et avvik og en forbedringsmelding sånn at systemansvarlig kan ta tak i det og eventuelt melde inn behovet for annet type utstyr eller lignende.”

Seksjonslederen opplever at ambulansearbeiderne er søkende etter ny kunnskap og tar initiativ til forbedringer. Forbedringsmeldinger er ikke pålagt slik som avviksmeldinger, men seksjonsleder mener at det brukes av de ansatte. Seksjonsleder forteller: *“Her melder de fra ja. Hvis det kommer noe nytt vi kan gjøre på en annen måte. De som jobber i ambulansetjenesten er veldig på for å ha det som er best til enhver tid. Og det er bra.”* Noen

ansatte bekrefter dette, og kan fortelle om eksempler der de har sendt inn forbedringsmelding som har ført til endring. En ambulansarbeider beskriver forbedringen:

“Ja, det er ikke så lenge siden jeg fant en ting, på et utstyr. (...) Når jeg så at den lå i flere ambulanser og den ble tatt opp på den fagdag, kontaktet jeg med hun som skriver prosedyreverket og skrev en mail med begrunnelse med henvisninger. Det er et veldig flytende prosedyreverk, med en gang det blir oppdaget at “oi, kanskje det her funker bedre” så blir det gjort en endring”.

Flere ambulansarbeidere hadde lignende historier: *“Jeg fikk endret en prosedyre på det med bruk av kompresjonsmaskin som følge av forskning jeg fant på nettet, som viste at det var ikke gunstig å drive kompresjoner under den fasen man gir sjokk. Så det ble oversendt og endret i prosedyreverket.”* I likhet med avviksmeldinger er det imidlertid også stor individuell variasjon i hvor mye systemet for forbedringsmeldinger tas i bruk. Ansatte forteller: *“Det har jeg lite erfaring med (henviser til forbedringsmelding). Det vet jeg ikke hva jeg skal si.”*, *“Hvertfall for min egen del så er jeg ikke så god til å skrive, men jeg er veldig god til å ta det med sjefen min her, og da er det både min feil og hans feil at han er forferdelig glemsk og da skjer det ingenting. Jeg synes vi har litt forbedringspotensial der.”* Siden forbedringsmelding ikke er pålagt, er det naturlig nok de mest ivrige som tar initiativ til forbedringer, og det blir stor variasjon mellom de som gjør det og de som godtar ting slik de er.

Fagutvikler forteller videre at ambulansarbeidere i noen tilfeller har negative assosiasjoner tilknyttet systemet fordi man må inn på avviksmeldinger og registrere en forbedringsmelding, selv om de ikke er et avvik. Fagutvikler forteller: *“De fleste synes det er litt skummelt ut å skulle inn på avvik, selv om det er et forbedringspotensial så høres det så brutalt ut.”* Dette bekreftes av en ansatt:

“Ja, dem (henviser til andre ambulansarbeidere) føler at avvik det er et negativt lada ord, så.... Men det heter jo avvik og forbedring. Men det forbedringsforslaget tror jeg fort blir glemt. Det blir snakket inne på vaktlaget om at “sånn må vi gjøre neste gang”, også stopper det der.”

Sitatet illustrerer også at forbedringsforslag diskuteres med vaktlaget på stasjon, men at det ikke blir registrert i systemet. Dermed blir innspill bare fanget opp inne på den enkelte stasjonen, men ikke i organisasjonen sentralt slik at potensielt flere kan dra nytte av det.

På samme måte som for avviksmelding, er forbedringsmelding en mulighet for organisasjonen til å lære på både enkelt- og dobbeltkrets nivå. Ved å få tilbakemeldinger og gjøre justeringer, kan man korrigere for feil og uregelmessigheter slik at organisasjonen kan utføre tjenestene på en bedre måte. Dette kan for eksempel være en endring på en medisinsk prosedyre. Dermed resulterer læringen i en forbedret prosedyre. Dersom det derimot ikke

meldes inn forbedringsmeldinger mister man muligheten til å iverksette koordinerte tiltak for å sikre at visse handlinger gjentas i fremtiden.

5.2.2 Læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner

Det at kunnskapen som er lagret i organisasjonen faktisk blir brukt i praksis er ifølge Örtenblad (2002) en sentral del av organisasjonslæring. I arbeidshverdagen bygger hver enkelt ambulansarbeider seg opp erfaringer fra situasjoner som i noen tilfeller fører til avviks- eller forbedringsmeldinger. Gjennom innsendte avviks- og forbedringsmeldinger kan prosedyrer og retningslinjer bli oppdatert, og på den måten spres kunnskapen fra enkeltindivider til organisasjonen. Datagrunnlaget viste at mye kunnskap spres mellom ansatte på ambulansestasjonen, og at erfaringer på den måten deles internt på stasjonen, uten at det nødvendigvis meldes inn som avvik- eller forbedringsmelding. Av den grunn kan ulike ambulansestasjoner besitte verdifull kunnskap som andre stasjoner ikke drar nytte av.

Ifølge seksjonslederen blir avvik som sendes inn av ansatte i Helse Nord-Trøndelag behandlet og sendt videre til ledelsen høyere opp. Forbedringsmeldinger går til fagavdelingen, og fagutviklerne tar det med seg til forum. Helsetjenesten i Nord-Trøndelag er en del av Helse Midt-Norge, sammen med St.Olav og Møre og Romsdal. Alle de tre helseforetakene driftes av Helse Midt-Norge og har en fellesfunksjon på St.Olav som har oversikt og felles retningslinjer og prosedyrer for hele regionen (St.Olavs Hospital, u.å.). Det vil si at det er like prosedyrer og retningslinjer i alle de tre helseforetakene. Fagdirektørene i de tre helseforetakene danner et fagnettverk som utarbeider nye retningslinjer og ruter dette ut igjen til helseforetakene. Når det kommer nye retningslinjer får alle ansatte melding om nye eller oppdaterte prosedyrer. På den måten blir ansatte kontinuerlig oppdatert på nye endringer, og ledelsen har oversikt over hvem som har sett oppdateringene. Ifølge seksjonslederen deles erfaring på tvers av stasjonene:

“Det går som regel innom lederen da, så spørs det om lederen tar med seg dette til lærdom. Skal alle lære av dette? Og da blir det eventuelt tatt opp et avdelingsråd eller avdelingsmøte mellom oss ledere og så skal vi viderebringe det. Samtidig så har vi en kvalitetsgruppe som sitter og håndterer avvikene våre, der er vi 2-3 seksjonsledere, avdelingsleder, kvalitetsrådgiver som sitter sammen med oss. Da tar vi ut caser fra hver måned på avvik. Er det noe potensiell læring av de avvikene her, også tar vi ut det og ordnet en månedsoversikt som blir sendt ut til hver enkelt. Da ser de hvordan avvikene blir håndtert også.”

Fra sitatet ser det tilsynelatende ut til at de avviks- og forbedringsmeldinger som fører til endringer i retningslinjer og prosedyrer bidrar til kunnskapsdeling og utvikling av ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge. Imidlertid gir ikke de ansatte uttrykk for at det er mye erfaringsutveksling på tvers av stasjonene. Flere intervjuobjekter sier at det ikke er noe system for erfaringsutveksling med andre stasjoner, men tror at man har mye å lære av andre. En ambulansarbeider beskriver mangel på erfaringsutveksling som følger:

“Men vi får aldri høre om feiler som er blitt gjort på andre stasjoner eller noe sånt. Det er et klart forbedringspotensial der, det er klart at man lærer av feil og som du sier er det mange situasjonen du aldri har vært oppi. Og når du plutselig er oppi den og har noen andre har vært borti og enten gjør feil eller rett så er det veldig greit å få høre om det på forhånd og få vite noe om det. Det er mye som jeg ikke har vært borti.”

Det kan tyde på at ambulansearbeiderne ikke opplever den samme erfaringsdelingen mellom stasjoner som seksjonsleder gir uttrykk for eksisterer. Dette kan skyldes at ambulansearbeiderne ikke blir informert om at noen av oppgavene som presenteres gjennom e-læringssystemet er avvik. Ambulansepersonell lærer mye av både historier fra andre stasjoner og ambulanspersonells erfaringer og diskusjoner med kollegaer (Sommer, 2014), og når dette uteblir mister man verdifull læring. Historier fra andre blir en kompensasjon for individer som selv ikke har opplevd de samme tingene (Okray og Lubnau, 2001) og diskusjon blir en form for refleksjon (Sommer, 2014). Mangelen på systematisk deling av erfaringer er derfor en barriere for læring for ambulanspersonell (Sommer, 2014).

Til tross for at flere intervjuobjekter viser til liten erfaringsdeling mellom stasjonene i regionen er de tydelige på at de på fagdager møter ansatte på andre stasjoner, og at de da utveksler erfaringer. På spørsmål om hvor mye erfaringsutveksling de har med andre stasjoner, svarer en ansatt: *“Liten, det stort sett bare på fagsamlingene at vi treffer andre stasjoner.”* En annen svarer: *“Nei. Ikke noe annet enn når vi møtes på sykehus eller møtes på fagdager.”* Fagdager er kursdager som avholdes omkring fire ganger i året. Det er fagutviklerne som har ansvaret for å avvikle fagdage. Noen fagdager avholdes på hver enkelt stasjon, mens andre fagdager avholdes felles for flere stasjoner. Fagdage inneholder både undervisning og praktiske oppgaver. Dette kan være innføring i nytt utstyr og prosedyrer eller vedlikehold av annen kunnskap. I tillegg får ambulansarbeideren på de store fagdage mulighet til å diskutere og utveksle erfaringer med ansatte de til vanlig ikke arbeider sammen med. Et annet intervjuobjekt sier at det ikke er noe system for erfaringsutveksling med andre stasjoner, men tror at man har mye å lære fra andre. En ambulansarbeider beskriver følgende erfaringsutveksling på fagdager: *“Da blir det mer ut fra det temaet vi er der for å lære om. Er det noen som har vært borti det temaet så kan de fortelle ute fra det de opplevd. Da blir det veldig snevert, men vi får mye erfaringer om akkurat det temaet som vi er der for å lære om, og det er en positiv ting.”* Det ble også ytret ønske om flere fagdager, fordi intervjuobjektene så på dette som en viktig del av sin faglige utvikling. Funn fra intervjuene viser at de ansatte ikke opplever noe erfaringsutveksling med andre stasjoner utover fagdage.

For at ambulansetjenesten nasjonalt skal kunne utnytte erfaringene og kunnskapen som utvikles i de lokale helseforetakene må det være møtepunkter og plattformer der man kan møtes. Ved spørsmål om foretaket Helse Nord-Trøndelag har erfaringsutveksling med andre ambulansetjenester i Norge utenfor Helse Midt-Norge svarer seksjonslederen følgende:

“Ja vi har jo møtepunkter. Fagnettverket og ambulanse lederne har egne nettverk opp mot helse Midt-Norge og opp mot resten av Norge. Så de har møtetidspunkt og faste, slik at det blir utvekslet erfaringer. Sann som bilene vi har i dag, er felles innkjøp. Hele Norge kjøper de samme bilene, nasjonalt anbud. Så kravene blir formet av alle ansatte som er med i gruppa og former et krav.”

Det finnes altså nasjonale fagnettverk som utveksler erfaringer, men likevel savner seksjonslederen et felles nasjonalt fora. Helseminister Bent Høie uttalte i 2018 (NRK, 2018) i forbindelse med gjentakende feil på norske sykehus at de har satt i gang en rekke tiltak som går på å skape en åpenhetskultur, og hvordan man skal lære på tvers av sykehus og avdelinger. Han påpeker at dette er en av de store utfordringene i helsetjenesten, og man må lære av både feil og suksesser, og på tvers av avdelinger og sykehus. Seksjonslederen er enig at dette også er behov for i ambulansetjenesten, og forklarer: *“Det vi mangler er et felles fora for å dele informasjon. Og hvordan skal vi dele den informasjonen? Det er det ingen som har kommet opp med. Det er store ord.”* Det kan altså tyde på at det er forbedringspotensial for å dele kunnskap mellom ulike avdelinger både lokalt og nasjonalt i ambulansetjenesten.

5.3 Læringsstruktur

Ifølge Örtenblad (2002) er den optimale læringsstrukturen en fleksibel og organisk struktur med en desentralisert beslutningsmakt. Ambulansetjenesten kan identifiseres som en byråkratisk organisasjon der mye av arbeidet er formalisert. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 skal befolkningen ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ved å sette oppgavene i prosedyrer vil man i større grad sikre lik behandling til befolkningen (Mintzberg, 1983 s. 34) som er utformet etter mange års erfaring og medisinsk utvikling. Det er også en enighet i ambulansetjenesten om at dette er nødvendig. Dataanalysen viste at ambulansetjenesten også er en desentralisert organisasjon der ambulanspersonell sitter med mye av beslutningsmakten ute på oppdrag, og prosedyrene oppleves som veiledende og gir trygghet til ambulanspersonellet.

For at ambulansetjenesten skal yte den beste behandlingen til pasientene, må de også besitte den nødvendige beslutningsmakten slik at behandlingen raskt kan igangsettes. I tillegg må de til enhver tid vite hvem de skal oppsøke for hjelp og assistanse. Dette skal ideelt sett foregå på eget initiativ. Dataanalysen viste at ambulansarbeiderne mener at de har den nødvendige beslutningsmakten for å gjøre en så god jobb som mulig. Dersom de har behov for det kan de konsultere med lege som er lett tilgjengelig. Ved spørsmål til en ambulansarbeider om de hadde den beslutningsmakten som de hadde behov for, svarte vedkommende som følger: *“Ja, jeg har det. Må jeg ha backup av lege så er det bare å ringe på AMK, et tastetrykk unna.”* Dette viser at ambulansetjenesten blir ansett som tilstrekkelig god nok desentralisert organisasjon ute på oppdrag. De ansatte opplever også at de har den nødvendige hjelpen tilgjengelig ved behov, noe som er i overensstemmelse med Örtenblads lærende organisasjoner. Dataanalysen viste derimot at ambulansarbeiderne har liten beslutningsmakt utenfor oppdrag. En ambulansarbeider beskriver: *“Jeg kan ytre et ønske til seksjonsleder at*

dette burde vi kanskje ha litt om, og så må han sende det videre og så må de diskutere det i fagavdelingen, og så er det 2% for at det kommer gjennom.” Selv om de ansatte har liten beslutningsmakt utenom oppdrag viste datafunnene at de fleste beslutninger opplevdes i tråd med ambulansetjenestens samfunnsansvar. Likevel var det også beslutninger der dette ikke var oppfatningen blant ambulansearbeiderne. Dette dreide seg i stor grad om beslutninger som ble tatt på bakgrunn av økonomiske faktorer. Det blir likevel understreket at ambulanspersonellet har tillit til at de beslutningene som tas også er for det beste, selv om det ikke alltid er tydelig for ambulansarbeiderne. En ambulansarbeider forklarer: *“Så det er en del sånne ting (forteller om et eksempel på økonomiske beslutninger der ambulansestasjoner blir lagt ned), men jeg tenker at det har de bedre kontroll på de som sitter med tallene enn synsingen min. Man må bare ha tillit til at det blir gjort fornuftig.”* Dette tyder på at ambulansetjenesten er en desentralisert organisasjon når det kommer til arbeidet som gjennomføres under oppdrag, men er lite desentralisert ellers. I en henhold til en byråkratisk organisasjon tas beslutninger på et høyere nivå i organisasjonen, og ikke fra den enkelte ansatte. Beslutningene som tas har i stor grad oppslutning blant de ansatte, noe som er sentralt i en læringsstruktur.

5.3.1 Et prosedyreverk som skaper muliggjøring

For at ambulansetjenesten kan sikre at befolkning har lik tilgang til tjenester (ref. Pasient- og brukerrettighetsloven) er behandlingene som ambulanspersonellet gir formulert i prosedyrer. En ambulansarbeider beskriver graden av prosedyrer som følger: *“Det er litt begge deler, jeg vil si 50/50 (om hvor mye arbeidet er basert på erfaringer versus prosedyrer). Det er mye du kan gjøre og det er mye du ikke kan gjøre.”* Ettersom ambulansarbeiderne jobber med mennesker må det også være rom for tilpasninger i prosedyreverket siden hvert individ vil være forskjellig fra hverandre, og det følgelig kan være nødvendig med individuelle tilpasninger. Arbeidet til ambulansarbeiderne er uforutsigbart og det kan av den grunn ikke være fullstendig standardisert. En ambulansarbeider forklarer:

“Prosedylene er jo retningslinjer, de er ikke fastsatt. Det er jo forskjell fra pasient til pasient. Fordi at en har vondt i brystet er det ikke dermed sagt at fordi det står i prosedyren at morfin er smertestillende, er det ikke dermed sagt at du må gi det. Du skal ikke bare gi det fordi at han.. ja kanskje fungerer den mikroglyserinen vi gir.. kanskje blir han smertefri på det, og da skal du ikke gi morfin i tillegg. Da er det ikke behov for den igjen. Så de er jo ikke absolutt bare fordi at det står der.”

Ettersom pasientene er unike individ må det også være rom for tilpasning innenfor prosedyrene. En ambulansarbeider understreker hvor mye rom det er for fleksibilitet i prosedyrene vil variere for hvilken behandling som gis:

“Det varierer litt. (...) Dess lenger vi kommer ned i den fysiske behandlingen av pasienten, dess mer prosedyrer er der. Ellers er det mer retningslinjer. Tidligere var det mye mer prosedyrestyrt og da var egentlig alt prosedyrer, men da avviket vi veldig mye fra prosedyrene tror jeg. For det er ikke alt som kan settes i prosedyrer, og da er det mer retningslinjer.”

En annen ambulansarbeider kunne også beskrive en utvikling i ambulansetjenesten med mer rom og fleksibilitet i prosedyreverket. Ambulansarbeider beskriver følgende:

“Jeg tror ikke vi utøver jobben noe mer annerledes, men at prosedyrene er mer tilpasset jobben. Nå er det mer anbefalinger. Vi driver ikke og setter diagnoser, vi behandler symptomer og slike ting. Dess dårligere pasienten er dess mer prosedyrestyrt kan vi være, for da blir behandlingen likt hver gang.”

Dette illustrerer en utvikling som har gitt ambulansarbeiderne mer fleksibilitet i prosedyrene slik at de kan tilpasses den enkelte pasient. Ettersom arbeidet til ambulansarbeiderne er på mennesker, er det begrenset hvor mye av arbeidet som kan standardiseres.

I ambulansetjenesten er prosedyreverket noe de ansatte mener er nødvendig for å yte god kvalitet i behandling av pasienter. Ved spørsmål til en ambulansarbeider om hva som kunne forbedres i ambulansetjenesten dreide det seg hovedsakelig om å etablere prosedyrer på det utstyret og behandlingsmetodene som ikke hadde det. Ambulansarbeider beskriver mangel på prosedyreverk som følgende: *“Det er en CRP-maskin som det bare er vi i Nord-Trøndelag som har, og den er det ikke laget et prosedyreverk på. Det savner jeg, om ting skal innføres må det være prosedyrer først så kan utstyret komme etterpå.”* Dette sitatet belyser at ambulansarbeiderne opplever at prosedyreverket gir en trygghet og veiledning i arbeidet som utføres, og følgelig at prosedyreverket ikke oppleves som påtvunget. Dette kunne også bekreftes av seksjonsleder:

“Ja, altså prosedyrene er veileder for hvordan du skal komme frem til målet, men det er ikke en fasit for vi har aldri helt like situasjoner. Du må alltid ha noen andre vurderinger i bakhodet, så det er ikke sånn at man skyter noen om de ikke har gjort det helt etter boka. Han gjør det ut i fra de forutsetningene han har der og da, og han tar de vurderingene der og da. Da er det kanskje ikke helt etter prosedyrene, men han kommer frem til målet.”

Dataanalysen viste at det var lett å stille spørsmål om det var noen uoppklart med tanke på prosedyrene, og man fikk raskt de svarene man ønsket. Denne hjelpen kunne man søke hos kollegaer, fagutviklere og nærmeste leder. En ambulansarbeider hadde følgende å si om

prosedyrerne: *“Det er grei å forholde seg til de prosedyrene. Jeg tror de som sitter med dem er anestesileger som har jobbet ute.”* Til oppfølgings spørsmål om vedkommende så behovet for innspill på prosedyrene gjorde ikke vedkommende det og mente de som formulerte prosedyrene følger nye retningslinjer og forskning. Dette samsvarer med funn fra flere intervjuobjekter. Et slikt syn på prosedyreverket er i tråd med et byråkrati der formaliseringen skaper muliggjøring blant de ansatte. Dette er fordi prosedyreverket er organisert på en slik måte at de gir den nødvendige veiledningen og tydeliggjør ansvarsområdene til de ansatte.

5.3.2 Et grunnleggende kompetansenivå

Ettersom ambulansesarbeiderne arbeider med mennesker er det ikke tilstrekkelig å bare støtte seg på prosedyreverket. Ambulansesarbeiderne må også besitte kunnskap og ferdigheter til å finne og utøve de riktige tilpasningene innenfor de riktige prosedyrene. En ambulansesarbeider uttalte følgende: *“På en måte er alt styrt av prosedyrer og retningslinjer, så er det mer opp til meg å plassere pasienten i riktig prosedyre og retningslinjer på bakgrunn av kunnskap og erfaring.”* Ambulansepersonellet arbeidsoppgaver som krever at de både kan finne frem til riktige prosedyrer, gjennomføre disse og samtidig gjøre vurderinger og nødvendige tilpasninger. For at man i tillegg skal sikre at befolkningen har lik tilgang til tjenestene av den samme gode kvaliteten er det nødvendig at ambulansetjenesten sikrer at de ansatte har den samme spesifikke kompetansen og ferdighetene. Ved spørsmål til seksjonsleder om han visste hvilken kompetanse hver enkelt ambulansesarbeider besitter svarer vedkommende følgende:

“Nei, men grunnplattformen til alle ambulansesarbeidere er lik, det er derfor vi har ordnet samme opplæring på alle sammen og samme fagdager på alle sammen. Minimumskompetansen skal være der. Så har vi noen som er veldig gode i enkelte ting, men basisen her skal alle kunne. Så får det være en bonus det de andre kan, noen er kjempeflinke.”

Denne beskrivelsen viser at det er konkrete krav til hva ambulansepersonellet skal kunne, og at dette er likt for alle for å sikre lik grunnkunnskap blant ambulansepersonellet. For å opprettholde det ønskede kunnskapsnivået har ambulansetjenesten et e-læringssystem som må gjennomgås hver måned. Dette er utarbeidet i samarbeid med NAKOS (Nasjonal kompetansesenter for prehospital akuttmedisin) som har utviklet en portal der ambulansepersonell gjennomfører teoretisk kompetansekontroll (Ambulans Midt-Norge, 2013). E-læringssystemet består av ulike oppgaver som må løses med et minimumskrav på hvor mye du må ha riktig før du får godkjent månedens bolk. Hensikten er å dokumentere at personalet har tilstrekkelig teoretisk kunnskap og forståelse til å kunne utføre ambulansearbeid på en kompetent måte, etter gjeldende prosedyrer og retningslinjer (Ambulans Midt-Norge, 2013). I tillegg kan månedens bolk også inneholde praktiske caseoppgaver som ambulansesarbeiderne er pålagt å gjennomføre. Det varierer blant ambulansesarbeiderne hvor mye læringsutbytte de sitter igjen med etter at de har gjennomført bolken. Det er derimot en enighet om at e-læringssystemet ikke kan kompensere for læringsutbytte de har fra oppdrag med reelle pasienter. I tillegg har ambulansetjenesten to formelle kompetansenivåer som må resertifiseres ved jevne mellomrom. Dette er en skriftlig

teoretisk prøve og en praktisk utsjekk (Ambulanse Midt-Norge, 2013). Funn fra dataanalysen viste at flere ambulansesarbeidere opplever at oppgavene ikke var for å belyse kunnskapshull som hadde behov for mer trening. De mente at resertifiseringen praktiseres på en slik måte at de gir lite læringsutbytte for ambulansesarbeiderne. En ambulansesarbeider beskriver følgende om resertifiseringen i ambulansetjenesten: *“Jeg synes ikke jeg lærer noe av det. Jeg er bare glad når jeg kan reise derifra. Så vet jeg nesten ingenting etterpå.”* Resertifiseringen organiseres og gjennomføres på en slik måte at det hovedsakelig handler om å gi en oversikt til ledelsen slik at de vet hvilken minimumskompetanse den enkelte sitter på. Det skapes derimot ikke noe forbedringspotensial og læringsituasjon for den enkelte ambulansesarbeider. Dette vil i desto større grad problematiseres i kapittel 5.4.2.

Dataanalysen synliggjorde også en høy bruk av vikarer i ambulansetjenesten, og følgende funn synliggjør bruken:

“Totalt sett er det 50 faste ansatte (ambulansesarbeidere) også har vi cirka 50 vikarer”. For å sikre at også de sitter på den samme kunnskapen forklarer seksjonsleder følgende: De er pålagt den samme opplæringen som en fast ansatt. Så vi kvalitetssikrer det. (...) De blir også kalt inn til å være med på fagdager, og gjør de ikke det detter de ut av systemet. Har de ikke det faglige nivået som de andre faller de ut som vikar. Men vi prøver å minne dem på det.”

Intervjuene viste også at ambulansepersonell stilte seg positiv til bruk av vikarer og det ble ikke ansett som en ekstra belastning siden de vet hvilken grunnkompetanse de sitter på, en ambulansesarbeider svarer følgende til bruk av vikarer:

“Det er ikke bestandig at dette lar seg gjøre, men stort sett så har vi faste vikarer som vi går sammen med, og det er kjempefint. De har ofte vært lærlingen her eller at vi har noen kjennskap til dem jevnt over. Det er ikke noe negativt mot vikarer. Vi er godt vant med dem og vi synes det er veldig bra med vikarer.”

Dette er også representativt med funn fra andre ambulansesarbeidere. På bakgrunn av at vikarene sitter på den samme grunnkunnskapen som andre ambulansesarbeidere vil de også være trygge på at de yter den samme kvaliteten til pasientene. Ettersom ambulansepersonell har de samme arbeidsoppgavene og den samme grunnkunnskapen betyr det ambulansetjenesten ikke er avhengig av den enkelte ambulansesarbeider, men at de kan utfylle hverandres arbeidsoppgaver, noe som samsvarer med organiseringen av en læringsstruktur.

5.4 Læringsklima

Læringsklima er som nevnt i kapittel 3.4 tanken om at organisasjonen fasiliterer til hvert enkelt individs læring. Det innebærer en positiv atmosfære som gjør læring lett og naturlig (Örtenblad, 2002). I ambulansetjenesten ønsker seksjonslederen at det skal være et læringsklima som fasiliterer til åpenhet og der det legges til rette for at man lærer av egne og medarbeideres erfaringer. Seksjonslederen beskriver hvordan kulturen skal være på følgende måte: *“Kulturen skal være åpen. Du skal lære av både det du kunne gjort annerledes og det som er gjort bra. Så ha en åpen kultur, det at vi kan lære av hverandre og føle at vi er i samme båsen alle sammen, og ikke bli satt i en bås.”* Fagutvikleren forteller at de ansatte er engasjerte og lærevillige:

“Det er en fryktelig sterk stab. Det er fryktelig flinke folk som er engasjerte i jobben sin og som ikke bare er her fordi de er på arbeid, men de er genuint interessert i å hjelpe folk, og i faget generelt. De vil ha ny lærdom, de vil ha ny informasjon, ny input. Det er veldig godt, og det har vi veldig godt av at alle er sånn. Det finnes en og annet utskuddet som tenker “vi trenger ikke denne informasjonen”, det gjør det. Men jevnt over er det folk som er sultne på fag og det er godt.”

Fagutviklerens beskrivelse stemmer overens med det en ambulansarbeider beskriver. Til et spørsmål om hva som motiverer vedkommende i arbeidsdagen svarer intervjuobjektet som følger:

“Jeg tror interessen for faget er det som er sterkest og det som motiverer meg mest. Det at jeg vil gjøre en god jobb. Jeg synes vi er litt sånn “underdogs” egentlig blant mange av de vi samhandler med. At vi er et yrke under utvikling der vi før var mindre utdannet og vi har noe vi skal vise litt til. Det motiverer meg litt. Men mest faget rett og slett, jeg kan godt bruke fritiden min hjemme en formiddag på å lese fag.”

Flere intervjuobjekter hadde lignende svar. Videre forteller seksjonslederen at kulturen på ambulansstasjonene er ulik, og påpeker at de har forbedringspotensial i å dele erfaringer der ting ikke ble gjort helt etter boka. Seksjonsleder forklarer:

“Nei det er forskjellig fra ansatt til ansatt. Terskelen for å si at du ikke har gjort det helt etter boka eller kunne gjort det på en annen måte er veldig høy. Men det er jo veldig læringsutbytte med å dele det da. Men vi har kanskje blitt litt mer åpen den seneste tiden fordi noen har stått frem med at dette ikke gikk helt etter boka, men så har vi tatt en oppklaringsamtale.”

Dette samsvarer med det flere intervjuobjekter forteller. En ambulansarbeider utdyper:

“Også er det det å være tro mot seg selv og faktisk skrive hvis man har gjort en feil. Det er jo ikke for å ta noen at man skriver et avvik eller forbedringsforslag, det er jo for å gjøre hverandre bedre, å skape en dialog. Men der føler jeg nå vi har en vei å gå da, for det er ikke alle som gjør det.”

Disse funnene kan tyde på at ikke alle ser på slike situasjoner som en læringsmulighet, men heller har negative assosiasjoner knyttet til det. Pedler m.fl. (1989, s. 72) påpeker at en lærende organisasjon må skape et klima der man lærer av feil og uhell slik at de kan unngås i fremtiden. Funnene viser derimot at dette ikke nødvendigvis er tilstede på de enkelte stasjonene.

5.4.1 Et læringsklima som fremmer åpenhet og tillit

Seksjonslederen trekker frem åpenhet som en viktig del av kulturen på ambulansestasjonene. Samtlige intervjuobjekter er fornøyde med kulturen på stasjonen sin, enten om de er ansatt på en lavaktivitetsstasjon eller en høyaktivitetsstasjon. Ved spørsmål om de opplevde at det var en åpen kultur og tillit mellom de ansatte svarte et intervjuobjekt: *“Ja her er det det føler jeg. Men her har vi jo nesten alle sammen jobbet sammen i mange år så vi blir jo veldig samkjørt, som en familie liksom.”* Dette kunne også bekreftes av en vikar som ikke var tilknyttet en fast ambulansestasjon: *“Jeg går med mange forskjellige. På det faglige er det absolutt rom og åpenhet.”* Det kommer frem fra intervjuene at de fleste føler seg trygge på arbeidsplassen, hvor de har kollegaer de har tillit til og kan gi ærlige tilbakemeldinger. Flere intervjuobjekter påpeker at tillit mellom makkere er helt avgjørende for å gjøre en god jobb i yrket som ambulansarbeider. En slik kultur er et godt grunnlag for å være en lærende organisasjon.

Samtidig ser det ut til at man i større grad deler erfaring og kunnskap på høyaktivitetsstasjonene. På lavaktivitetsstasjonene er det kun to ansatte på jobb samtidig, noe som ifølge intervjuobjektene tydelig preger arbeidsmiljøet. En ambulansarbeider beskrivende erfaringsutveksling på en lavaktivitetsstasjon som følger: *“Jo, jeg synes vi er bra flinke til det. Men det er klart at her er jo vi to stykker som sitter, så da er det sikkert på andre stasjoner der de er flere der det kanskje er enda mer naturlig å dele.”* Med et mindre fagmiljø blir også den faglige diskusjonen mindre. Ambulansepersoneell fra høyaktivitetsstasjon beskriver følgende betydning av et forholdsvis stort fagmiljø: *“Jeg tror det er positivt at det er flere jeg da. For da er det flere med forskjellige erfaringer og bakgrunner, og en del har jobbet på forskjellige stasjoner før de endte opp her så de har jo mye erfaring fra andre plasser i landet også.”* Et intervjuobjekt fra en høyaktivitetsstasjon forteller at det hele tiden foregår fagprat på jobb: *“Jeg synes erfaringsutveksling her og fagpratet går stort sett hele dagen.”* Ansatte på lavaktivitetsstasjonene ga derimot ikke uttrykk for det samme.

Som tidligere nevnt er diskusjon og refleksjon med makker etter oppdrag en viktig læringssituasjon for ambulansarbeiderne. De fleste mente selv at de var flinke til å gjøre dette: *“Jeg tror det er en god kultur for at vi snakker om oppdragene etterpå.”*, *“Ja, det synes jeg absolutt. Og det er vi avhengig av fordi vi er bare to. For min egen del dersom jeg har*

gjort noe feil, så for guds skyld si ifra før jeg tar livet av den pasienten. Jeg hadde blitt sint om noen ikke hadde gitt beskjed.” Likevel kommer det frem at ikke alle er komfortable med å gi ærlige tilbakemeldinger på oppdrag. Dette gjelder særlig om man jobber med en ny makker. Et intervjuobjekt forteller:

“Sånn som jeg pleier å spørre alle sammen dersom jeg er usikker. “Hvordan synes vi dette gikk? Hva synes du?”. Men så er det veldig mange igjen som ikke tør da fordi de er redd for at hvis jeg har gjort noe galt at jeg skal bli sur, men jeg mener at det lærer vi ikke noe av. Man må jo fortelle, “her synes jeg vi kunne gjort sånn og sånn istedenfor eller kanskje vi skulle ha gjort sånn.””

Et annet intervjuobjekt hadde en lignende oppfatning: *“Nei noen er kanskje redd for å si ifra. Men jeg er en person som sier at hvis det er noe feil må du si ifra. Vi er et team, så hvis du ikke fungerer, fungerer ikke teamet heller.”* Som nevnt i kapittel 3.4 er dialog en viktig dimensjon ved lærende organisasjoner (Marsick og Watkins, 2003). Dette innebærer at ansatte uttrykker sine synspunkter og evner til å lytte og undersøke andres synspunkter. En lærende organisasjon bør derfor ha en kultur som har rom for spørsmål og tilbakemelding. Generelt gir intervjuobjektene uttrykk for at dette i all hovedsak er bra i ambulansetjenesten, samtidig som det alltid finnes forbedringspotensial.

5.4.2 Læringsutbytte fra kompetansekontroll

En dimensjon ved læringsklima omhandler hvorvidt læringen på arbeidsplassen skal være kontrollert eller opp til hver enkelt. Ambulansearbeiderne må som tidligere nevnt gjennomføre månedlige oppgaver gjennom e-læringssystemet, både teoretiske og praktiske. I tillegg har ambulansetjenesten to formelle kompetansenivåer som må resertifiseres ved jevne mellomrom for å sikre et minimum kompetansenivå. Dette er de ansatte pålagt å gjennomføre, og flere intervjuobjekter gir uttrykk for at de ser et lite læringsutbytte, og opplever det mer som krav fra ledelsen enn en læringsmulighet. En ambulansearbeider beskriver: *“Noe føles mer ut som byråkrati egentlig, altså for å få på plass godkjenninger og at vi liksom er på tiden med sertifiseringer og sånne type ting.”*

Flere intervjuobjekter påpeker at de opplever de obligatoriske e-læringsmodulene som lite motiverende og inspirerende: *“Nei. Dette skal du gjøre. Det er litt oppfordring da kanskje, “men dette skal du gjennomføre.””, “Da hadde det vært bedre med reell trening på det. Det kan vi gjøre her og, men det blir litt ovenfra og ned. “Dette skal dere gjøre” ferdig med det. Vi har ikke noe vi skulle ha sagt om hva vi skulle ønske vi kunne gjort.”* Flere mener læringsutbyttet fra e-læringsmodulene er minimalt, men at det bare er noe de må gjennomføre, en ambulansearbeider forklarer: *“Jeg tror ikke jeg har noe stort utbytte av det. Jeg forstår at bedriften har det som en kvalitetssikring på nivå og sånn, men jeg har ikke. Jeg utvikler meg ikke med det.”* En annen utdyper:

“Det er veldig lite synes jeg (om læringsutbytte fra e-læringsssystemet). Jeg tror det er mest for arbeidsgiver som kan si at nå har vi lagt til rette for at dere skal på et vis si at dere kan det. Så er det 70% som er bortkastet tid. Vi er pålagt å gjøre det så er det ingen som sjekker om vi gjør det. Det igjen er bedre enn ingenting, men vi kunne brukt tiden på så mye annet “vettugt” synes jeg.”

Det er likevel verdt å nevne at noen også ser et utbytte av e-læringsssystemet. *“Nei... litt utbyttet har man jo klart, man blir jo pålagt å gjennomføre noe praktisk og da må man det. Det er ikke bortkastet nei.”*

Det kommer også frem at mange ansatte føler at de må bevise at de behersker yrket sitt og at de har negative assosiasjoner tilknyttet vurderingssituasjonene. De omtaler også en situasjon der de ansatte fikk beskjed om at resultatene av en test ikke skulle få konsekvenser for den enkelte, men som likevel gjorde det. En ansatt mener dette viser mangel på tillit fra ledelsens side. Vedkommende forteller:

“De bare trer nedpå at “dette skal dere gjøre, at dette skal vi teste dere på.... Ja, og da er det mangel på tillit synes jeg. Likedan når de på et vis ikke evner å teste oss uten at det skal komme konsekvenser, og det er det som er litt synd at de ikke bare kan komme og si “nå skal vi se om vi kan det her, gjør vi det så er det bra, og gjør vi ikke det må vi se på hva vi skal gjøre med det.” Men at det bestandig skal testes for å se om vi er gode nok.”

Et annet intervjuobjekt mener at noen tester med fordel kunne vært læringsmoduler, og at læringsutbyttet hadde vært større. Vedkommende forklarer: *“Ikke bare en fagdag som er en full test liksom der du sitter med nervene langt utenpå deg og tror du holder på å dø. Men at de får det litt som en læringsmodul istedenfor. Kanskje det gjør oss bedre.”* Det poengteres under intervjurundene at mange opplever testene som uheldige. Særlig resertifiseringen blir trukket frem som noe mange gruer seg til. En ambulansarbeider beskriver konsekvensene fra resertifiseringen: *“Det blir en fryktkultur og så sitter folk og panikkleser 14 dager før og så går det sånn akkurat. Det er ikke noe heldig.”* Slik flere intervjuobjekter beskriver testene er det assosiert frykt til vurderingssituasjonene, noe som hemmer det potensielle læringsutbyttet.

Det ble også påpekt at obligatoriske oppgaver tok tiden fra å gjøre ting man selv mener man får et større læringsutbytte fra, en ambulansarbeider forklarer: *“Så blir jeg sittende å gjøre obligatoriske ting som jeg føler jeg har ingen utbytte av. Så kunne jeg ønske at det var kompensert i andre enden med at det blir mer avsatt tid på å bruke det på egenutvikling. Jeg føler det tar litt av den tiden som man selv vil bedrive.”* Likevel ble det understreket at kompetansenivået hadde vært lavere dersom disse kravene ikke hadde vært tilstede, men at de organiseres på en slik måte at ambulansarbeiderne mener de ikke får avdekket et forbedringspotensial som de kan trene mer på. En ambulansarbeider utdyper: *“Vi får jo*

avdekket noen hull her når vi kjører noen tester, men da kan de heller kjøre en test for å avdekke hullene, og ikke en test for å straffe.” Det ser ut til at de ansatte har forståelse for behovet for tester og resertifisering, men at mange skulle ønske at testene ble brukt mer for å kartlegge og tette kunnskapshull.

5.4.3 Makkersystemet

Ambulansearbeiderne jobber alltid to og to i par, men det varierer fra stasjon til stasjon om man jobber med en fast makker, såkalt fast-makker-system, eller med forskjellige medarbeidere. Begge variantene har ifølge intervjuobjektene fordeler og ulemper. Selv om man har et fast-makker-system, må man av og til jobbe med nye medarbeidere. Ansatte gir uttrykk for at det også fungerer bra, men at fordelene med et fast-makker-system er stor. En ansatt med fast makker beskriver følgende fordeler med ordningen:

“Men jeg tror det jevnt over åpenhet for det uansett hvem du går med. For vi er kjent innad i stasjonen, vi kjenner hverandre godt når vi er på samme vaktrom. Men de som er faste makker-par kjenner hverandre enda bedre, så det kan sikkert slå begge veier at de ikke tør å si like mye som for eksempel jeg hadde gjort viss jeg hadde gått sammen med en av dem. Jeg vet ikke nødvendig hva den personen blir fornærmet for, så det kan slå begge veier. Men jevnt over tror jeg stort sett folk er åpne.”

I denne studien viste det seg at høyaktivitetsstasjonen har et fast-makker-system.

Intervjuobjektene ga uttrykk for at de var tilfreds med dette, og så store fordeler med å arbeide med en fast makker. Dette begrunnes med at det skaper en trygghet mellom de to, som igjen gjør at de er tryggere på å gi ærlige og åpne tilbakemeldinger på jobben som gjøres, noe som gjør det lettere å lære av egne feil. Flere trekker frem at en fast makker senker terskelen for å gi ærlige og åpne tilbakemeldinger. Det blir også påpekt at en fast makker skaper bedre muligheter for å forbedre seg. En ambulansearbeider forklarer:

“Vi jobber så tett og jobber litt på klokken noen ganger sånn at ting helst skal skje litt fort og da tror jeg det at når jeg og min makker har hatt et oppdrag og evaluert det så kommer vi til å videreutvikle det og gjøre det bedre til neste gang forhåpentligvis. Jeg tror pasienten har veldig mye igjen for det, at det er et team.”

Tryggheten og tilliten som bygges opp mellom faste makkere er ifølge intervjuobjektene til stor fordel for tjenestene de skal yte overfor pasientene. Selv om mange foretrekker et fast-makker-system, ser de også fordelene med å ikke ha det. En ambulansearbeider forteller: *“Jeg ser gevinsten ved å ikke ha det også, å få spredd litt ulik læring og erfaring og sånne ting”*. Ved spørsmål om det er fare for at man blir fastlåst i samme rutiner med en fast makker, svarer intervjuobjektet:

“Ja, det tror jeg tildels. Jeg sier ikke at det er en dårlig ting da. Jeg tror sånn over alt at pasienten og vi gagnar mer på et fast makkersystem der man er godt samkjørt, at

ting går knirkefritt og effektivt, enn det å skulle gå med forskjellige for å ikke gro fast i rutiner og ting å gjøre ting på. Jeg er veldig for det makkersystemet. Jeg har prøvd begge deler.”

Det er verdt å merke seg at ansatte på høyaktivitetsstasjoner er på vaktlag med flere andre og sådan får variasjon i arbeidshverdag selv om de har samme makker på oppdrag. Dermed får de fordelene med en fast makker, samtidig som de får innspill og diskusjon med andre på stasjonen.

Lavaktivitetsstasjonene som ble undersøkt i denne studien hadde derimot ikke et fast-makkersystem. På disse stasjonene byttes det på vaktlagene. Mange av informantene er fornøyd med denne ordningen. En ambulansarbeider forteller: *“Nei. Vi hadde det i fjor og tidligere, men i år er det blanding. Det synes jeg er positivt med blanding. Visst ikke går man seg fort fast i samme “tralten”, det er lurt å rullere.”* Det kan derfor tyde på at ansatte på lavaktivitetsstasjoner med bare to ansatte, ser en større fordel med å bytte makker for å få litt variasjon i arbeidshverdagen. Likevel ble det påpekt av en ansatt på en lavaktivitetsstasjon at hyppig bytte av makker gjør at man ikke alltid er like trygg på makkeren man arbeider med. Vedkommende forklarer: *“(…) det er ikke alle makkere du har lyst til å prate med. Vi går jo ikke fast med noen (kun i helg) og da går vi ikke med samme som vi gikk i fjor. Så da blir vi aldri innkjørt.”* Siden man ikke får opparbeidet et like tett samarbeid som faste makkerpar, ser også ansatte på lavaktivitetsstasjonene ulempen med hyppig rulling for arbeider de yter på jobb.

5.4.4 Tid og rom for faglig utvikling

Ifølge Örtenblad (2004) innebærer læringsklima at det skal tilrettelegges for at den enkelte medarbeider har tid og rom for faglig utvikling. Dette kan være refleksjon over erfaringer eller tilegning av ny kunnskap. For ambulansarbeidere kan tilegning av ny kunnskap oppstå gjennom innføring av nye prosedyrer og retningslinjer, eller gjennomgang av faglitteratur. Siden arbeidshverdagen i ambulansetjenesten er preget av uforutsigbarhet kan det være vanskelig å planlegge når man har tid til slike aktiviteter. Samtidig gir hviletid på stasjonen mellom oppdrag tid for vedlikehold og kompetanseutvikling, en ambulansarbeider forklarer: *“Så det er jo egentlig ikke fri å sitte å vente på et oppdrag fordi du hele tiden er nødt til å holde deg oppdatert. For du vet det kommer nye ting snart, og alle sammen må gjennom kurs for å få lov til å bruke de nye tingene.”* Videre blir det poengtert av et intervjuobjekt at man aldri blir utlært i yrket: *“Det kommer stadig nye medikamenter, utstyr og oppdaterte prosedyrer.”* Dermed er tid for læring avgjørende for at ambulansarbeiderne skal holde seg faglig oppdatert. Imidlertid varierer det fra stasjon til stasjon hvor høyt aktivitetsnivået er, og følgelig hvor mye tid man har mellom oppdragene til slike aktiviteter.

Lavaktivitetsstasjonene har generelt færre oppdrag og mer hviletid enn høyaktivitetsstasjonene. Et intervjuobjekt fra en lavaktivitetsstasjon forteller at de har

tilstrekkelig med tid, men beskriver hvordan det høye tidspresset på høyaktivitetsstasjoner gir utfordringer:

“Sånn som her har vi tiden til det. Hva gjør de andre plasser der de ikke får overtidsbetaling for å sitte med all den undervisningen? Det er ikke fysisk tid i hverdagen deres fordi de kjører så mye. Det er ikke tatt høyde for at en ambulansarbeider må få tid til å slappe av hvis den har kjørt i 8 timer, så skal den slappe av og ikke sette seg på pc'en fordi tidsfristen går ut i morgen. Da blir det ikke noe artig å sitte med det heller. Da blir det ork, istedenfor “at her kan jeg lære noe nytt.”

Det ble poengtert tidligere i analysen at lavaktivitetsstasjoner har mer tid mellom oppdragene, men det ser ikke ut til at de bruker mer tid enn ansatte på høyaktivitetsstasjoner til egentrening og annen faglig utvikling. Det fremkommer fra intervjuene at det er opp til hver enkelt hvor mye man prioriterer dette i hviletiden og at ikke alle utnytter det. Dette bekreftes av følgende ambulansarbeider: *“Det er opp til hver enkel. Jeg føler det er stor forskjell på folk, fra person til person.”* I tillegg har det tidligere blitt belyst at motivasjonen til egentrening er noe mindre når man bare er to ansatte grunnet av reduserte muligheter.

Intervjuobjekter fra høyaktivitetsstasjonen bekrefter at det til tider kan være knapt med tid til faglig utvikling i arbeidshverdagen. En ambulansarbeider forklarer: *“Jobben min er 100% på jobb, jeg har ikke noe avsatt tid til noe annet, det er ved ledig tid på jobb. Det kan være litt vanskelig å finne når jeg er på arbeid noen ganger.”* Selv om det til tider kan være utfordrende å finne tid mener en ansatt at det er mulig dersom man er innstilt på å jobbe når mulighetene byr seg. Ambulansarbeideren forklarer:

“Tilstrekkelig med tid er det, men du må bruke alle ledige timene i løpet av døgnet. Det er ikke sikkert at du får satt deg med PC'en og gjort det du skal mellom 8-16, eller nede på fagrommet. Da må du akseptere at du er på jobb hele døgnet og det blir på kveldstid. Ting er ofte litt roligere hos oss på ettermiddagen og kveld når legekantoret har stengt og det er mindre flytting av pasienter. Men tilstrekkelig synes jeg det er. Ikke alle vaktene, men det finnes alltid vakter man kan disponere mer tid.”

En annen ansatt forteller:

“Jeg føler det er tilstrekkelig for å vedlikeholde det jeg har, men ikke så mye til utvikling. For kursing og alt ekstra enn det som jeg kan utvikle meg på jobb, egen studie, lesing og slike ting. Jeg tror det er tilstrekkelig for å holde nivået her det er i dag, men for utvikling så tror jeg det er heller mindre.”

Funnene viser at det er tid og rom for den enkelte medarbeider for faglig utvikling. Imidlertid har ansatte på høyaktivitetsstasjoner mindre tid til dette enn ansatte på lavaktivitetsstasjoner. Det ser ut til at ansatte på høyaktivitetsstasjoner er vant til og aksepterer den hektiske arbeidshverdagen. Samtidig ytres det et ønske om mer tid for å gjøre ting utover de obligatoriske øvelsene.

5.5 Identifiserte forbedringspotensialer i ambulansetjenesten

Funn i caseanalysen viser at flere områder ved ambulansetjenesten styrker den som en lærende organisasjon. For eksempel har ambulansarbeiderne den samme grunnkunnskapen som gjør at de til enhver tid kan hjelpe hverandre, og ambulansetjenesten blir følgelig ikke avhengig av enkeltpersoner. I tillegg anvendes den lagrede kunnskapen i form av prosedyreverket. Dette er eksempler på funn som er i overensstemmelse med ønskede egenskaper ved en lærende organisasjon. Likevel har caseanalysen også avdekket noen forbedringspotensialer. Som tidligere nevnt identifiserer man i denne studien et forbedringspotensial dersom analysen avdekker sider ved de fire aspektene i ambulansetjenesten som svekker eller hindrer ambulansetjenesten som lærende organisasjon. Dette identifiseres dersom funn fra empirien ikke er i overensstemmelse med de ønskede egenskapene ved aspektene i figur 6, figur 8, figur 10, og figur 12 i kapittel 3. Oppgaven identifiserer fire forbedringspotensialer som drøftes videre i oppgaven. Disse omhandler hvordan ambulansetjenesten kompenserer for lite oppdragsmengde på lavaktivitetsstasjonene, hvordan organisering og gjennomføringen av kontrollsystemene er, hvordan tilbakemelding på utførte oppdrag praktiseres, og til slutt identifiseres et forbedringspotensial i å utnytte eksisterende kunnskap i større grad gjennom læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansstasjoner. Kontrollsystemene vil videre i oppgaven være en samlebetegnelse for kompetansekontrollen i form av e-læringssystemet og resertifiseringen, samt systemet for avviks- og forbedringsmeldinger. Dette er systemer som henholdsvis skal gi ledelsen oversikt over om ambulanspersonellet har det grunnleggende kompetansenivået, og hvilke avvik som gjøres under arbeid.

5.5.1 Utilstrekkelig kompensasjon for varierende mengdetrening fra oppdrag

Caseanalysen viste at mye av jobben til ambulansarbeiderne i stor grad er formulert i prosedyrer. Det medfører at det er konkrete krav til hvilken kompetanse ambulansarbeiderne skal ha, og hvilke ferdigheter de skal beherske. Det faktum at ambulansarbeidere arbeider med mennesker som unike individ gjør at prosedyrene ikke fullstendig kan standardiseres. Ambulansarbeiderne er derfor nødt til å ha den kompetansen som gjør dem rustet til å kunne tilpasse prosedyrene. Caseanalysen viste at ambulansarbeiderne lærer mest av å være ute på oppdrag og jobbe med reelle pasienter. Det er derimot store variasjoner i mengden oppdrag den enkelte ambulansarbeider har. Dette medfører at noen ambulansarbeidere får mindre mengdetrening enn andre, og det kan være utfordrende å opprettholde det kunnskapsnivået som kreves av dem. I den forbindelse har ambulansetjenesten tilrettelagt for ulike ordninger som skal kompensere for lite

mengdetreningen ute på oppdrag. Imidlertid belyser caseanalysen et forbedringspotensial for å hente ut den potensielle gevinsten ved disse ordningene.

Caseanalysen presenterer to ordninger som hovedsakelig skal kompensere for lite oppdrag på stasjonene, disse er rullering og egentrening på stasjonen. Rullering blir ansett som en positiv ordning både av seksjonsleder, de ansatte på lavaktivitetsstasjoner og ansatte på høyaktivitetsstasjoner. Ambulansepersonell på høyaktivitetsstasjoner ser derimot lite læringsutbytte for dem selv, men er likevel positiv til ordningen. De ansatte på lavaktivitetsstasjonene mener derimot at det er et læringsutbytte for begge parter. De får selv mer mengdetrening og de andre får mer erfaringer med å arbeide langt fra sykehuset. Selv om rullering blir ansett som en viktig og nyttig ordning blir den i liten grad praktisert. Caseanalysen synliggjorde at dette er et initiativ som hovedsakelig kommer fra de ansatte på lavaktivitetsstasjonene, og ledelsen er lite delaktig i denne prosessen. Siden ansatte på høyaktivitetsstasjoner ikke mener at rullering har læringsutbytte for dem, er dette noe de heller ikke tar initiativ til. Dette er faktorer som medfører at de ansatte sitter igjen med et redusert læringsutbytte i forhold til den potensielle gevinsten ved en økt bruk av ordningen.

En annen ordning som skal sikre et tilstrekkelig kompetansenivå er egentrening på stasjon. Dette er noe som ambulanspersonellet selv tar initiativ til, og det er store variasjoner hvor mye den enkelte ambulansarbeider trener på stasjonen. Dette er avhengig av flere årsaker, for eksempel ambulansarbeidernes kapasitet og motivasjon. Noen opplever det som vanskelig å trene reelt på grunn av mangel på riktige omgivelser, og engasjementet under øving blir dermed fraværende. Fra caseanalysen fremkom det at ambulansarbeiderne selv må finne ut hva de skal trene på. Ofte er det erfaringer fra oppdrag som avdekker et forbedringspotensial som krever mer trening. Dette gjør det vanskeligere for personell på lavaktivitetsstasjoner å få avdekket hva som bør trenes mer på, selv om det samme kompetansenivået også kreves av dem. Dette kan medføre at kompetanseshull og svekkede ferdigheter ikke blir oppdaget før man står i situasjoner der disse skal anvendes. Mangel på trening gir også svekket tiltro og tillit til egne erfaringer, noe som medfører at noen unnviker å ta i bruk nytt utstyr og nye behandlingsmetoder. Det blir derfor praktisert eldre metoder som de er trygge på. Disse faktorene kan potensielt medføre at behandlingen som gis av ambulanspersonell ikke er av den kvaliteten som er forventet.

Caseanalysen synliggjør den positive effekten ved lærlinger på stasjonen. Det medfører at flere av ambulanspersonellet er med på å gjennomføre øvelser som også gir et læringsutbytte for personellet. I tillegg er ambulanspersonellet mer fokuserte og konsentrerte fordi de i større grad må tenke over hva de gjør og sier, siden dette læres bort til lærlingene. På stasjonene der det er mindre aktivitet og følgelig mer hviletid, må ambulanspersonellet ta et større initiativ til å skape situasjoner for lærlingene som gir læringsutbytte. Dette gjør at man får utnyttet hviletiden bedre på lavaktivitetsstasjonene. Caseanalysen viste derimot at lærlinger ikke er stasjonert på lavaktivitetsstasjonene. På høyaktivitetsstasjonen ruller vaktlagene på ansvaret for lærlingene slik at alle får fordelene med lærlinger på stasjonen.

Basert på den ovennevnte analysen identifiserer oppgaven et forbedringspotensial i hvordan ambulansetjenesten kompensere for lite oppdragsmengde på lavaktivitetsstasjonene. Dette betyr at læringsutbyttet fra ordningene reduseres. Når det er personell fra lavaktivitetsstasjonene som må ta initiativ til rulling medfører det at ordningen blir lite brukt. Egentrening på stasjonen har også et forbedringspotensial, hovedsakelig på lavaktivitetsstasjonene. Man kunne også identifisere et stort læringsutbytte ved å ha lærlinger stasjonært på stasjonene, men når lavaktivitetsstasjonene ikke har lærlinger medfører dette at de også mister fordelene med å ha de.

5.5.2 Dagens praktisering av kontrollsystemer reduserer læringsutbyttet

Ledelsen i ambulansetjenesten har hovedsakelig to kontrollsystem som gir oversikt over ambulansepersonellets kompetanse og deres gjennomføring av arbeidet. Det første kontrollsystemet har som formål å sikre at ambulansepersonellet har den tilstrekkelige teoretiske kunnskapen og forståelsen til å kunne utføre arbeidet på en kompetent måte. Dette gjøres gjennom e-læringssystemet og resertifisering som er en teoretisk og obligatorisk kompetansekontroll. Det gir ledelsen oversikt over om hver enkelt ambulansarbeider innfrir kompetansekravene. I tillegg er ambulansepersonellet også pålagt å registrere avvik slik at feil blir rapportert og registrert i systemet. Slik kan det følges opp og man kan unngå at samme feil blir gjort flere ganger. Ambulansarbeiderne oppfatter at disse kontrollsystemene utøves på en slik måte at det hovedsakelig gir en oversikt til ledelsen, men gir lite positive effekter for ambulansarbeiderne. Dermed reduseres de potensielle gevinstene man kan hente ut fra disse systemene.

For ledelsen gir e-læringssystemet og resertifiseringen en kontroll på hvilken kompetanse ambulansepersonellet besitter. Caseanalysen viste derimot at for ambulansepersonellet som må gjennomføre kontrollene, oppleves det som lite motiverende. Selv om e-læringssystemet kan avdekke forbedringspotensialer hos den enkelte, viste datagrunnlaget at læringsutbyttet var lite. De ansatte mener at e-læringssystemet i større grad handler om å gi ambulansetjenesten en kvalitetssikring fremfor å fremme individuell læring. For mange ansatte oppleves det derfor som bortkastet tid. Det ble poengtert at det er tidkrevende for ambulansepersonellet og gjennomføre testene, og når de bare oppfatter det som en gevinst for ledelsen ønsker de kompensasjon for tiden som brukes. Dette er i hovedsakelig i forbindelse med ansatte som har liten tid til å utvikle sin egen faglige kompetanse på grunn av store arbeidsmengder på stasjon. I caseanalysen ble det belyst flere negative assosiasjoner tilknyttet resertifiseringen. Flere ambulansarbeidere mener at de må bevise at de behersker yrker sitt i større grad enn andre yrker, og at testene brukes for å kartlegge de ansatte fremfor å belyse forbedringsområder. Dette blir av flere intervjuobjekter oppfattet som manglende tillit i organisasjonen, noe som fører til at læringsvilligheten og motivasjonen blant de ansatte dempes. Det viste seg derimot at de ansatte hadde en viss forståelse for at det var nødvendig med kontrollsystemer for å sikre at ambulansarbeiderne har den kompetansen som kreves av dem. Det ble derimot påpekt at det bør organiseres på en slik måte at det belyser områder som ambulansarbeiderne bør utvikles i, og ikke bare en test som oppleves som skremmende.

Det andre kontrollsystemet som eksisterer i ambulansetjenesten er registrering av avvik- og forbedringsmeldinger. Selv om dette er noe som ambulansarbeider er pålagt viste caseanalysen store variasjoner blant ambulanspersonellet om dette blir gjennomført. Dette gjelder registrering av avvik, men også forbedringsmeldinger som registreres i det samme systemet. Variasjonen skyldes blant annet at ambulansarbeiderne mener at denne prosessen er lite givende ettersom de sjeldent eller aldri får tilbakemeldinger på avvikene og forbedringsmeldingene som de registreres. Ledelsen, representert ved seksjonsleder, understreker at det er svært viktig at dette gjennomføres fordi det potensielt kan føre til forbedringer i ambulansetjenesten. Når ambulansarbeiderne ikke ser gevinsten prioriterer de heller ikke tiden det tar å registrere disse. Det fremkom også fra funnene at det er tilknyttet negative assosiasjoner til avvikssystemet. Siden registrering av forbedringsmeldinger er i samme system, overføres også de negative assosiasjonene til forbedringsmeldinger. Dette medfører at ambulanspersonellet heller ikke registrerer forbedringsmeldinger, og dermed fanger ikke ambulansetjenesten opp alle forbedringene som ambulanspersonellet ser. I tillegg ble det ytret et ønske fra ambulansarbeiderne om å være mer delaktige i prosessen etter at forbedringsmeldinger registreres. Det hadde vært flere tilfeller der justeringer ble gjort som følge av forbedringsmeldinger, men at disse justeringene ikke samsvarer med de som ble meldt inn. Dette gikk først og fremst utover ambulansarbeiderne og de mener derfor at de også burde være mer delaktig i prosessen slik at ikke det oppstår misforståelser.

Når ambulansarbeiderne har både negative assosiasjoner til systemet for avviks- og forbedringsmeldinger og de i tillegg ser liten gevinst av å bruke det, minsker sannsynlighet for at stasjonene lærer av de feilene som gjøres. Dette fører til at ambulansetjenesten ikke gjør de justeringene som ambulanspersonellet mener er nødvendig. Håndteringen av avvikene og forbedringsmeldingene gir en oppfatning om at formålet i større grad handler om å gi ledelsen oversikt over om handlingene til ambulanspersonellet utføres i samsvar med ambulansetjenestens ønsker, og ikke for å avdekke behov for forbedringer. Dette medfører at lærdom som ambulansarbeiderne gjør seg bare blir lagret hos individene, og ikke i organisasjonen.

Caseanalysen viste at kontrollsystemene er praktisert på en slik måte at den potensielle gevinsten ikke utnyttes. Ambulansarbeiderne oppfatter at disse kontrollsystemene utøves på en slik måte at det hovedsakelig gir en oversikt til ledelsen, men gir lite positive effekter for ambulansarbeiderne. På bakgrunn av dette identifiserer oppgaven et forbedringspotensial i organisering og gjennomføring av de nevnte kontrollsystemene i ambulansetjenesten. Dersom disse kontrollsystemene blir utøvet mer hensiktsmessig kan ambulanspersonellet få belyst kunnskapshull og ferdigheter som må bedres gjennom e-læringssystemet og resertifiseringen. I tillegg kan flere forslag til forbedringer bli belyst og denne kunnskapen kan i tillegg spres til flere i ambulansetjenesten.

5.5.3 Manglende tilbakemelding og refleksjon på eget arbeid

Caseanalysen synliggjorde en arbeidshverdag preget av lite tilbakemeldinger for ambulansarbeiderne, noe som begrenser deres mulighet til læring. Dette vil også begrense

organisasjonens utvikling, ettersom individet er det første leddet i den organisatoriske læringen. Det er hovedsakelig to måter ambulansesarbeiderne lærer fra eget arbeid. Den første er samtaler og evaluering med makker i ettertid av oppdraget, og den andre er ekstern tilbakemelding på hvordan oppdraget ble utført fra leger og sykepleiere. Ved ordinære oppdrag anser ambulansepersonellet samtaler og evaluering med makker som tilstrekkelig, men ved spesielle oppdrag ønsker ambulansesarbeiderne mer tilbakemelding for å lære av egne erfaringer og følgelig utvikle sin faglige kompetanse. Dette kapitlet vil belyse et forbedringspotensial ved å drøfte situasjoner hvor ambulansesarbeiderne får tilbakemelding på eget arbeid.

Diskusjon og refleksjon med makker etter utførte oppdrag er noe ambulansepersonellet gir uttrykk for er deres viktigste kilde for tilbakemelding, og noe de ofte praktiserer. Dette gjøres gjerne i ambulansebilen rett etter oppdraget, og er en uformell og ustrukturert samtale. Det er derfor opp til den enkelte å ta initiativ til refleksjon og på den måten kan de forbedre seg i yrket. Generelt mener ambulansesarbeiderne at de er flinke til å gjennomføre slike evalueringer, men caseanalysen synliggjorde variasjoner. Det kom frem at oppdrag i større grad diskuteres dersom noe går galt sammenlignet med når noe går bra. De fleste intervjuobjektene gir uttrykk for at de anser dette som en viktig mulighet for å lære og forbedre seg, og at de verdsetter en ærlig tilbakemelding fra makker. Caseanalysen avdekket et læringsklima som støtter spørsmål og ærlige tilbakemeldinger. Det kommer derimot frem at ikke alle er like komfortable med å gi ærlige tilbakemeldinger etter oppdrag. En uhøytidelig evalueringssamtale medfører at ansatte reflekterer over arbeidet i løpet av arbeidshverdagen. På den måten er dette en viktig læringssituasjon for å vurdere endringer i eget eller andres arbeid. Imidlertid blir ikke denne evaluering gjennomført systematisk eller registrert. Siden denne evalueringen ansees som den viktigste kilden for tilbakemelding og er en sentral del av individets utvikling, er det problematisk at den praktiseres i varierende grad. Det eksisterer av den grunn et forbedringspotensial i måten den gjennomføres på.

Ved de mer spesielle oppdragene gir imidlertid ambulansesarbeiderne uttrykk for at de ønsker en ytterligere tilbakemelding, men at dette er noe de sjeldent får. Dersom de er usikre og ikke får noe tilbakemelding på dette, mister de også muligheten til å lære av situasjonen. Det eksisterer ikke noe formelt system som automatisk gir en ekstern tilbakemelding på oppdragene, og det ser ut til at det er noe tilfeldig hvordan man får tilbakemelding. Noen intervjuobjekter fortalte at de ofte får tilbakemelding ved overlevering på akuttmottak og andre institusjoner, mens de fleste sier at dette sjeldent forekommer. Caseanalysen viste en tendens til at ansatte som var stasjonert på stasjon nærmt sykehus oftere opplever å få tilbakemelding, da de hyppigere er i kontakt med mottaket. Det ser dermed ut til at tilbakemelding ved overlevering av pasient er tilfeldig. Det ble også påpekt fra flere intervjuobjekter at tilbakemeldingene som gis oftere er forbundet med tilfeller når ambulansesarbeiderne har gjort noe feil, og sjeldent når de har gjort en god jobb. Intervjuobjektene uttrykte også et ønske om å få tilbakemelding på de oppdrag de løser bra. En tilbakemelding fra leger eller sykepleiere ved overlevering av pasient er en potensiell mulighet til å få vite hva man kunne gjort annerledes, eller få anerkjennelse for godt utført

oppdrag. En slik tilbakemelding vil komme som en direkte respons på arbeidet som utføres, og vil i tillegg gis av personell med høy medisinsk faglig kompetanse. Ambulansearbeiderne har til en viss grad mulighet til å følge opp situasjoner i ettertid gjennom en søknad til avdelingslegen. Noen synes prosessen fungerer, men de fleste intervjuobjektene synes prosessen er tungvint og tidkrevende. Flere påpeker at svaret kan komme så sent at man har glemt hvordan situasjonen var. Det er av den grunn sjeldent man søker om en slik type tilbakemelding. Dermed blir også læringsutbyttet redusert siden de ikke mottar informasjon som kunne vært viktig for deres faglige utvikling.

Som tidligere poengtert er refleksjon og gjennomgang av suksesser og feil sentralt for at ambulansetjenesten skal styrkes som lærende organisasjon. Når den eksterne tilbakemeldinger uteblir, mister ambulansepersonell verdifull kunnskap. Det er viktig å påpeke at dette er i spesielle situasjoner, og ikke et daglig behov. Likevel er det en faglig utviklingsmulighet for den enkelte ambulansearbeider ved at man kan justere eget arbeid til en annen lignende situasjon. Det finnes dermed et forbedringspotensial for faglig utvikling ved at ambulansearbeiderne får mer tilbakemeldinger på utførte oppdrag.

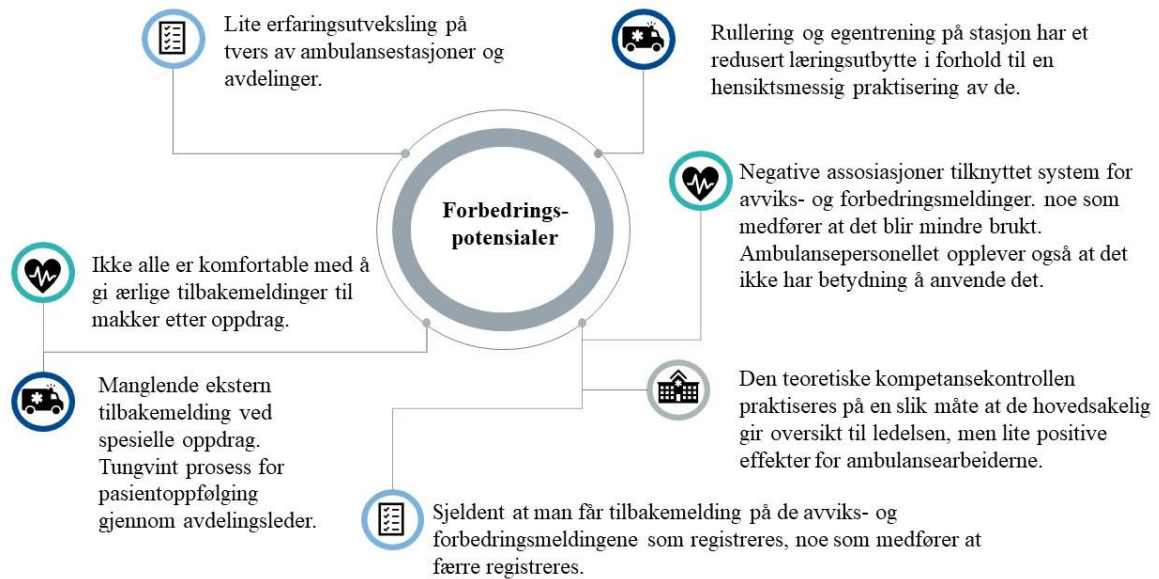
5.5.4 Begrenset læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner

Caseanalysen avdekker et forbedringspotensial for å dele kunnskap mellom de ulike ambulansestasjonene lokalt, og mellom de ulike ambulansetjenestene nasjonalt. Ambulansetjenesten er inndelt i flere ambulansestasjoner, og det vil derfor være viktig at den læringen som oppstår på de enkelte stasjonene også kan anvendes på de andre stasjonene for å styrke den organisatoriske læringen. Dette er en sentral del av å være en lærende organisasjon ettersom man vil få et større gevinstutbytte når hele organisasjonen anvender kunnskapen. Seksjonslederen beskriver en prosess der de velger ut avvik hver måned fra helseforetaket og utarbeider caseoppgaver av disse, slik at andre ambulansearbeidere i helseforetaket potensielt kan lære av avvikene. Ambulansearbeiderne forteller imidlertid at det ikke er noe erfaringsutveksling på tvers av ambulansestasjoner utenom fagdager, men understreker at læringsutbyttet hadde vært stort om man kunne utnyttet den eksisterende kunnskapen. Hvis aktuelle avvik brukes på den måten seksjonslederen forteller blir dette i så fall ikke formidlet godt nok til de ansatte, ettersom de ikke har den samme oppfatningen. Dersom det blir formidlet tydelig til de ansatte vil de også se effekten av avviksrapportering, noe funn i caseanalysen belyser at de ikke gjør. Når det gjelder samarbeid i ambulansetjenesten på nasjonal basis finnes det møtepunkter og fagnettverk, men seksjonslederen etterlyser likevel et felles fora for å dele informasjon.

Det eksisterende systemet for erfaringsutveksling lokalt og nasjonalt har et forbedringspotensial fordi det er begrensede muligheter til å utnytte kompetansen som finnes i organisasjonen. Dette er problematisk fordi man i større grad kan utnytte erfaringene som oppstår i flere deler av organisasjonen og følgelig løfte kompetansen til et organisatorisk nivå. Når erfaringer holdes isolert lagres kunnskap i enkeltindivider og på enkeltstasjoner, fremfor i systemer og følgelig større deler av organisasjonen. En ønsket egenskap ved organisasjonslæring er som tidligere nevnt at lærdommen registreres på en slik måte at den er

åpen og tilgjengelig for ansatte. Det er viktig å nevne at noen avvik fører til endringer i prosedyrer og retningslinjer, og på den måten sprer kunnskap i organisasjonen, men oppgaven identifiserer likevel et forbedringspotensial når det kommer til læring og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner.

De fire forbedringspotensialene som har blitt identifisert i kapittel 5.5 oppsummeres i følgende figur:



Figur 15 Identifiserte forbedringspotensialer i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag

6 Diskusjon

Denne studien har analysert ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon. Kapittel 5 analyserte ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag gjennom Örtenblads (2002, 2004) fire aspekter, og til slutt ble det pekt ut noen forbedringspotensialer. Kapittel 6.1 vil presentere hvordan ambulansetjenestens særegne karakteristikker påvirker den som en lærende organisasjon, sammenlignet med andre organisasjoner. Videre diskuteres oppgavens generaliseringsverdi for ambulansetjenester utover Helse Nord-Trøndelag. Til slutt vil det i kapittel 6.2 legges frem fire tiltak som kan styrke ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon.

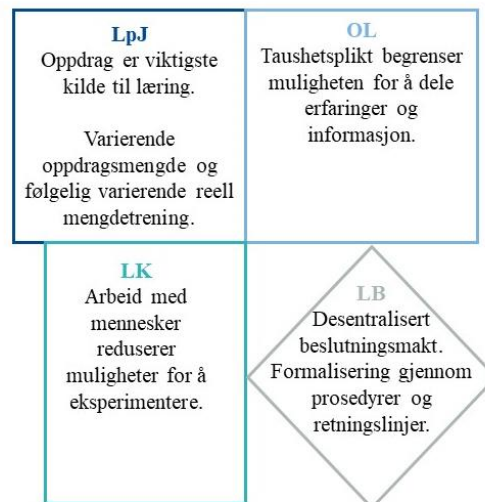
6.1 Ambulansetjenesten som en lærende organisasjon

Skal vi forstå ambulansetjenesten som en lærende organisasjon må man se organisasjonen i den konteksten den befinner seg i (Örtenblad, 2015). Arbeidshverdagen i ambulansetjenesten er uforutsigbar, og preges av til tider høyt tidspress under oppdrag dersom de er akutte. Oppdragene kan være risikofylte, både for ambulansearbeiderne selv og for pasientene. I tillegg består ambulansetjenesten av flere stasjoner som er geografisk spredt, der det er stasjonært få ansatte. Dette er eksempler på karakteristikker som skiller ambulansetjenesten fra mange andre organisasjoner. For eksempel vil produksjonsbedrifter og servicebedrifter ofte ha en mer forutsigbar og mindre risikofylt arbeidshverdag. Ambulansetjenestens særegne karakteristikker gjør at den derfor ikke kan være en lærende organisasjon på samme måte som andre organisasjoner.

Det fremkommer fra caseanalysen at erfaringer fra oppdrag er den viktigste kilden til læring i ambulansetjenesten. Siden det av naturlige årsaker ikke er mulig å styre mengden og hvilken type oppdrag som kommer får ambulansearbeidere ulik mengdetrening. Sammenlignet med andre organisasjoner som har forutsigbare arbeidsoppgaver har derfor ambulansetjenesten utfordringer med å gi alle ansatte tilstrekkelig med reelle arbeidsoppgaver for å opprettholde ferdighetsnivået. Dette forsøkes kompenseres for gjennom egentrening og simulering på ambulansestasjonen, samt jobbrotasjon i form av rullering. I tillegg belyste caseanalysen at diskusjon og erfaringsutveksling mellom ambulanspersonellet er en viktig kilde for læring. Det å evaluere suksesser og feil systematisk blir ansett som en viktig del av organisasjonslæring. I helsetjenesten er imidlertid mye informasjon taushetsbelagt, og det kan i tillegg være utfordrende å dele informasjon. Dette er et særegent trekk for helsetjenesten, derunder ambulansetjenesten, noe som reduserer muligheten for tilbakemelding på eget arbeid. Dette reduseres kvaliteten på de faglige diskusjonene og evalueringen siden man ikke har tilgang til sentral informasjon. Mye av arbeidsoppgavene i ambulansetjenesten er standardisert gjennom prosedyrer og retningslinjer, noe som sikrer en viss grad av formalisering. Samtidig er beslutningsmakten desentralisert under oppdrag slik at ambulansearbeidere har rom til å ta egne beslutninger og kan tilpasse behandlingen for den

enkelte pasient. Til sammenligning vil man i en produksjonsbedrift i større grad kunne standardisere arbeidsoppgaver da man jobber med homogene materialer. Dette gjør det mulig å kvalitetssikre arbeid underveis siden man har flere kvalitetsindikatorer som kan brukes til å vurdere eget og andres arbeid. Dette er muligheter som ambulansetjenesten ikke i like stor grad har, ettersom pasientene er unike individ som vil medføre at noen sammenligninger blir hensiktsløse. Videre kan ansatte i ambulansetjenesten i stor grad utføre hverandres jobb, noe som er unikt for organisasjonen fordi det grunnleggende kunnskapsnivået som kreves er likt for alle. Muligheten til å eksperimentere er som nevnt redusert i ambulansetjenesten ettersom eksperimentering bare kan finne sted innenfor medisinske og lovmessige rammer. Det vil for eksempel være uetisk med erfaringslæring der pasientens velvære og helse står på spill, og det følgelig er lite rom for feil ettersom konsekvensene kan være store. Alle de nevnte karakteristikkene ved ambulansetjenesten påvirker muligheten for å være en lærende organisasjon.

De viktigste karakteristikkene oppsummeres i figur 16:



Figur 16 Ambulansetjenestens særegne karakteristikk i den kontekst-tilpassede modellen

Som tidligere nevnt er oppgavens formål å kartlegge på hvilken måte ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er en lærende organisasjon. Siden ambulansetjenestens struktur og organisering i Norge varierer på tvers av helseforetak, vil flere av funnene som trekkes frem i caseanalysen bare kunne si noe om forholdene i Helse Nord-Trøndelag. Likevel er noen sentrale elementer fra caseanalysen generaliserbare og vil være gyldige for ambulansetjenesten i hele ambulanse-Norge. Generaliserbarhet er ifølge Tjora (2017) og Bryman (2016) knyttet til forskningens relevans utover de enheter som faktisk er undersøkt. Man kan spørre seg i hvilken grad funnene fra studien kan generaliseres utover det spesifikke forskningstemaet. I denne studien er derfor spørsmålet hvorvidt funnene fra ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag er relevante for andre ambulansetjenester i Norge. Det er grunn til å tro at utfordringen med varierende oppdrag og mengdetrening også gjelder for andre helseforetak i Norge, siden de fleste helseforetak vil bestå av både lav- og

høyaktivitetsstasjoner. I tillegg er problematikken knyttet til lite ekstern tilbakemelding også relevant utover Helse Nord-Trøndelag siden dette i stor grad skyldes taushetsplikt. Dette er begrenset av lover på nasjonalt nivå. Begrenset læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner vil også være aktuelt for andre helseforetak ettersom dette generelt er en utfordring i helsetjenesten. Studiens funn kan ikke uten videre generaliseres, men målet er at disse sentrale elementene belyser utfordringer som kan eksisterer i andre helseforetak og vil derfor ha nytteverdi for flere. Som tidligere nevnt vil man ved å styrke ambulansetjenesten som en lærende organisasjon være bedre rustet til å respondere raskt på endringer eller feil, og kontinuerlig forbedre og tilpasse seg etter disse. Dette er ønskelig for ambulansetjenester i alle helseforetak da det kan øke kvaliteten i behandlingen av pasienter. Denne studien kan derfor gi ambulansetjenester i andre helseforetak bedre forståelse av hvordan de kan styrkes som en lærende organisasjon og inspireres av tiltakene som presenteres for Helse Nord-Trøndelag i kapittel 6.2.

Ved å undersøke organisasjoner som har lignende karakteristikk og kontekst som ambulansetjenesten kan man få en mer generalisert modell for hvordan disse er lærende organisasjoner. Dette kan være organisasjoner som brannvesen og politi, eller andre beredskapstjenester som deler ambulansetjenestens karakteristikk. Disse organisasjonene er også preget av risikofylt arbeid med mennesker der man må handle raskt og der oppgaver ikke kan fullstendig standardiseres. Oppgaven presenterer en kontekst-tilpasset modell for ambulansetjenesten som lærende organisasjon, der det tas høyde for ambulansetjenesten karakteristikk. Begrensninger i organisasjonen og dens kontekst fører til endringer i den kontekst-tilpassede modellen for ambulansetjenesten. Dette innebærer et begrenset læringsklima og en radikalt endret læringsstruktur. Disse er et resultat av at ambulansetjenesten arbeider med mennesker og man kan følgelig ikke oppfordre til eksperimentering. I tillegg er ambulansetjenesten en offentlig, byråkratisk organisasjon, noe som medfører en viss grad av formalisering. Dette er karakteristikk som er felles for alle nødetater. Når det er de samme karakteristikkene som gir den kontekst-tilpassede modellen kan den anvendes for de aktuelle organisasjonene. I dette tilfelle vil det gjelde karakteristikk som er felles for beredskapstjenester. Dette kan gi en dypere forståelse av beredskapstjenester som lærende organisasjonen, og man kan konvergere mot en felles kontekst-tilpasset modell der felles karakteristikk ligger til grunn. Dette kan gi en beskrivelse av hva som er god og dårlig praksis i beredskapstjenesten ved at den enten styrkes eller svekkes som lærende organisasjon. Dermed kan organisasjoner som deler felles karakteristikk og kontekst-tilpasset modell sammenlignes, og la seg inspirere av hverandre som lærende organisasjoner. For eksempel kunne et intervjuobjekt belyse et større læringsutbytte fra trening dersom ambulanspersonellet i større grad klarte å trene reelt på den casebaserte treningen, noe intervjuobjektet mente politiet er flinke til. Ved å analysere politiet kan funn som styrker den som lærende organisasjon være til inspirasjon for andre nødetater. For eksempel funnet om reell trening. Dette kan belyse god praksis som kan styrke andre nødetater som lærende organisasjoner.

6.2 Forslag til forbedringer for ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag

Dette kapitlet vil legge frem noen tiltak som kan forbedre ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon, og på den måte forbedre tjenestens ytelsesevne. Tiltakene som trekkes frem er valgt ut fordi de ansees som realistiske og mulig å gjennomføre lokalt i Helse Nord-Trøndelag. Selv om det her legges frem tiltak som kan gjennomføres lokalt har oppgaven også avdekket større forbedringspotensialer som må løftes på et nasjonalt politisk nivå. Dette innebærer en mer brukervennlig prosess for å få informasjon om pasientforløpet, og bedre informasjonsflyt og erfaringsutveksling på tvers av avdelinger og institusjoner i helsetjenesten. Disse utfordringene er mer komplekse og krever myndighet utover Helse Nord-Trøndelags beslutningsmakt, men er likevel viktige forbedringspotensialer for å styrke ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som lærende organisasjon.

Dette kapitlet legger frem fire tiltak som skal styrke de utvalgte forbedringspotensialene i Helse Nord-Trøndelag: Øke nytteverdien av rulleringsordningen, tydeliggjøre gevinster ved avviks- og forbedringsmeldinger, forbedre dagens praksis av tilbakemeldinger ved å systematisere samtaler etter oppdrag og belyse behovet for ekstern tilbakemelding, og til slutt skape et økt læring- erfaringsutveksling på tvers av ambulansestasjoner gjennom et horisontalt meldesystem.

6.2.1 Tiltak 1: Økt bruk av rullering med initiativ fra ledelsen og inkludering av lærlinger

På grunn av de store variasjonene innen mengdetrening blant ambulansepersonellet har ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag iverksatt rullering som tiltak for at ambulansepersonell ved lavaktivitetsstasjoner skal få flere oppdrag. Caseanalysen viste at ved å rullere på ambulansepersonell får man et positivt læringsutbytte som samsvarer med tiltakets formål. I tillegg viste caseanalysen at både seksjonsleder og ambulansepersonell ved høy -og lavaktivitetsstasjoner stilte seg positiv til tiltaket selv om det eksisterer noe uenighet om hva læringsutbytte for den enkelte faktisk er. Basert på analysen gjort i kapittel 5.5 blir det derimot identifisert et forbedringspotensial når det kommer til hvordan tiltaket organiseres og praktiseres, og følgelig hvilket læringsutbytte man får fra rulleringen. Det vil derfor presenteres et forslag til hvordan rulleringen kan organiseres og på hvilken måte dette vil gi et større læringsutbytte for ambulansepersonellet.

Fra datagrunnlaget viste det seg at rullering organiseres ved at ambulansepersonell fra lavaktivitetsstasjoner må på eget initiativ ytre et ønske til seksjonsleder om å rullere med ambulansepersonell på en annen stasjon. Seksjonsleder må deretter ta kontakt med ambulansepersonell på høyaktivitetsstasjoner for å finne ambulansearbeidere som sier seg villig til å rullere. Selv om ambulansepersonell mente de hadde hatt et positivt læringsutbytte

ved å rullere, uteblir initiativet og ordningen blir lite brukt. Dette medfører at det potensielle læringsutbytte ikke utnyttes. Datagrunnlaget viste at ambulansetjenesten har statistikk på hver enkelt ambulansarbeider. Dette er for eksempel statistikk over hvor mange oppdrag man har kjørt, samt hvilken type oppdrag. Denne statistikken har også ambulansarbeiderne selv tilgang til. Oppgaven foreslår at ledelsen i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag mer aktivt tar i bruk dette systemet. Ettersom de har oversikt over hvilke ambulanspersonell som har hatt få oppdrag den siste tiden, kan ledelsen ta initiativ til at disse skal rullere til en stasjon med mer aktivitet. Caseanalysen viste at for å få ønsket effekt fra tiltaket må initiativet komme fra ledelsen. Ambulanspersonell fra høyaktivitetsstasjoner mente selv at de ikke hadde et læringsutbytte fra ordningen, men var villig til å rullere når de fikk spørsmål om dette. Det vil derfor ikke være realistisk å forvente at initiativet kommer fra personell fra en høyaktivitetsstasjon.

Ettersom det på høyaktivitetsstasjoner i perioder kan være svært mange oppdrag og følgelig lite hviletid, bør systemet også brukes for å finne hvilke personell som skal rullere. Ledelsen bør rullere personell som har hatt lite oppdrag med de som har hatt mange. Dette gir ambulanspersonell fra høyaktivitetsstasjoner mer hviletid på vakt som gjør at de har mulighet til å gjennom de obligatoriske kravene som blir beskrevet som en belastning i perioder med mye utrykning. De obligatoriske kravene godtas av ambulansarbeiderne, men de ønsker en kompensasjon i form av mer tid til egentrening og utvikling av faget. Det vil de få når de ruller til stasjoner med mindre aktivitet og følgelig mer hviletid på stasjonen.

Det ble også belyst en utfordring med lite egentrening på lavaktivitetsstasjonene. Siden egentrening i stor grad er opp til hver enkelt, viste funnene at det ofte er ved oppdrag det blir tydelig hva den enkelte ambulansarbeider må trene mer på. Dersom man ved rullering øker oppdragsmengden vil det også øke mulighetene til å få avdekket potensielle forbedringsområder som krever mer trening. Dette kan medføre at det blir mer egentrening på stasjonene fordi den enkelte ambulansarbeider ser hva som må trenes mer på og følgelig øker kompetanse- og ferdighetsnivået til den enkelte ambulansarbeider. Caseanalysen viste i tillegg at lærlinger hadde positive ringvirkninger for stasjoner. Oppgaven foreslår derfor at lærlingene også ruller mellom stasjoner. Dette vil være positivt for læringsklimaet på lavaktivitetsstasjonene da de i større grad må ta initiativ til aktiviteter på stasjonen for å aktivisere lærlingene. I tillegg stiller lærlinger spørsmål til etablerte handlingsmønstre, noe som medfører at ambulanspersonell i større grad tenker over hvorfor man handler som man gjør. Dette vil både styrke læringsklimaet, utnytte hviletiden bedre og man vil få mer læring i organisasjonen i form av dobbelkretslæring.

Ettersom ringvirkningene av rulleringsordningen har et potensielt stort læringsutbytte når riktig organisering ligger til grunn, bør ordningen raskt forbedres. Ved at ledelsen tar en aktiv rolle i hvordan det skal organiseres og hvilke ambulanspersonell som skal rullere, kan de ansatte raskt se hvilket læringsutbytte det gir. Etterhvert som tiltaket er forankret i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag kan det være naturlig at initiativet kommer fra ambulanspersonellet ved å selv ta i bruk statistikkene på hvor mange oppdrag man har hatt.

Dette kan gjøres gjennom et felles kommunikasjonssystem, for eksempel en app, der de ansatte selv kan ytre et ønske om rullering ved å registrere hvilke dager man ønsker å rullere og til hvilken stasjon. Ambulansepersonell vil da kunne få et varsel dersom det er ytret et ønske om rullering til deres stasjon. Ved å forenkle prosessen for ambulansepersonellet kan det medføre at en større andel av vaktlag rullerer hyppigere. Dette vil derimot kreve mer tid og ressurser å gjennomføre, og oppgaven foreslår av den grunn at det i første omgang kommer som et initiativ fra ledelsen.

6.2.2 Tiltak 2: Tydeliggjøre gevinster ved avviks- og forbedringsmeldinger

Det ble i kapittel 5.5.2 avdekket at systemet for avviks- og forbedringsmeldinger ikke alltid brukes av de ansatte. Til tross for at ambulansarbeidere er pålagt å melde inn avvik blir ikke dette alltid gjort, fordi ansatte ser liten effekt av det. Caseanalysen viste at det også er svært varierende hvor mye ansatte tar i bruk forbedringsmeldinger. Når de ansatte ikke ser gevinstene fra systemet er det lite insentiv til å ta de i bruk. Dette tyder på at ledelsen i større grad må sørge for at gevinstene ved systemet tydeliggjøres og formidles til ambulansepersonellet slik at systemet anvendes i større grad.

Læringen vil styrkes dersom ansatte ser effekten av arbeidet de gjør (Marsick og Watkins, 2003), og det er derfor avgjørende at ledelsen formidler at avviksmeldinger blant annet brukes i caseoppgaver, fører til endringer i prosedyrer, og at det lages statistikk som senere kan brukes. Som nevnt i kapittel 3.2.1 er det mer sannsynlig at kunnskap overføres effektivt når de rette intensivene er tilstede. Dersom ansatte vet at deres ideer vil bli evaluert og implementert, med andre ord at erfaringene de videreformidler vil anvendes, er det større sannsynlighet for at kunnskap også overføres (Garvin, 1993). Når de positive effektene ved avviks- og forbedringsmeldinger i større grad formidles til de ansatte, vil forståelsen for å anvende systemene øke. Samtidig vil trolig motivasjonen øke da de ansatte ser at egne innspill utgjør en forskjell. I tillegg viste funn fra caseanalysen at flere unngikk registrering av forbedringsmeldinger fordi det kan oppleves noe ubehagelig å bruke systemet til avviksrapportering, til tross for at man ikke skal registrere avvik. Det vil være sentralt å formidle det potensielle læringsutbytte fra feil, slik at det tydeliggjøres at innspill fra ansatte har stor gevinst for ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som organisasjon. En ansatt fortalte: *“Det er jo ikke for å ta noen at man skriver et avvik eller forbedringsforslag, det er jo for å gjøre hverandre bedre, å skape en dialog.”* En slik holdning er ønskelig at flere ansatte deler.

Det ble også ytret ønske om at ambulansepersonellet blir mer involvert i avviks- og forbedringsmeldinger som blir tatt videre. De ansatte viser forståelse for at ikke alt krever dialog, men i noen tilfeller er det ønske om at de involveres mer i endringsprosesser som er et resultat av innsendte avviks- og forbedringsmeldinger. Ansatte kunne fortelle at rapporteringsskjemaet ikke alltid er tilstrekkelig for å forklare problemer, og en dialog mellom ansatte og ledelse derfor er fordelaktig for å belyse hele situasjonen og mulige løsninger. På den måten skaper man en prosess der ansatte er mer delaktige. Ved å involvere

ansatte i å skape og gjennomføre mål, blir de motivert til å lære og utvikle organisasjonen de er en del av. Det å føle ansvar og eierskap for arbeidet og organisasjonen styrker dermed læringsvilligheten (Marsick og Watkins, 2003). Ved å skape en dialog vil ansatte involveres og dermed se gevinsten av å registrere avvik og forbedringsmeldinger. Dette vil øke insentivene for å ta i bruk systemene i større grad.

Fra den ovennevnte argumentasjonen kan det se ut til at dagens praksis av systemet for avviks- og forbedringsmeldinger i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag kan bedres ved at gevinstene i større grad tydeliggjøres overfor de ansatte. Dette innebærer at potensielt læringsutbytte formidles og at det skapes en dialog mellom ledelse og ansatte. Dette kan for eksempel gjøres gjennom seksjonsleder eller fagutvikler, da de er henholdsvis nærmeste leder og bindeleddet mellom fagavdelingen og ambulansearbeiderne. Det er samtidig viktig at ledelsen når ut til samtlige ansatte, og ikke bare enkelte. Dette kan for eksempel gjøres gjennom felles kommunikasjonskanaler. Ved at de ansatte øker bruken av systemet for avviks- og forbedringsmeldinger kan ambulansetjenesten kontinuerlig forbedre seg i større grad.

6.2.3 Tiltak 3: Forbedre dagens praksis av tilbakemeldinger: Systematisere og formalisere samtaler etter oppdrag, samt belyse behovet for ekstern tilbakemelding

Refleksjon og evaluering av suksesser og feil er en viktig kilde til læring. Caseanalysen viste at det hovedsakelig er gjennom samtaler med makker at ambulanspersonell evaluerer oppdragene og slik får tilbakemeldinger på arbeidet de utfører. Denne samtalen er en uformell og ustrukturert samtale som ambulansarbeiderne selv tar initiativ til. Dette gir den enkelte ambulansarbeider en umiddelbar tilbakemelding slik at ambulanspersonellet kan utføre enkeltkretslæring der den enkelte kan justere sine handlinger til neste lignende oppdrag dersom det var et uheldig utfall. I lys av manglende ekstern tilbakemelding er samtaler med makker en sentral del av læringen i arbeidshverdagen. Ambulansarbeiderne mener selv at dette er noe de er flinke til, men caseanalysen viste at det eksisterer variasjoner i hvor ofte dette gjøres, og at det hovedsakelig er når noe går galt det diskuteres, og ikke ved oppdrag hvor det gikk bra.

Caseanalysen viste at ekstern tilbakemelding som regel uteblir, og dermed blir jevnlig tilbakemelding og refleksjon med makker desto viktigere i mangel på annen tilbakemelding. For å sikre at en refleksjonssamtale finner sted foreslår oppgaven at det utarbeides refleksjonsskjemaer som finnes i ambulansbilene, og som ansatte oppfordres til å bruke. Ved å innføre slike skjemaer skaper man systemer og prosesser for læring som integreres i arbeidshverdagen. På den måten håndteres læringen mer effektivt i de daglige oppgavene (Garvin, 1993). Dette vil øke sannsynligheten for at makkerpar faktisk gjennomfører en samtale etter oppdrag der de diskuterer hvorfor ting gikk bra eller dårlig. I tillegg til at det varierer hvor mye ansatte gjennomfører slike samtaler kom det også frem at det eksisterer en

tendens til at man sjeldent reflekterer over oppdrag som går bra. Det å evaluere hvorfor ting går bra er vel så viktig som å evaluere feil (Garvin, 1993). En evaluering av ambulansarbeidernes suksesser kan medføre dobbelkretslæring ettersom de evaluerer hvorfor de utførte arbeidsoppgavene i utgangspunktet, og følgelig vil oppnå en større forståelse. Ettersom caseanalysen viste at aktivitetene som ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag pålegger ambulansarbeiderne i liten grad motiverer og skaper læringsutbytte, foreslår også oppgaven at ambulansarbeiderne selv er med på å utarbeide et slikt evalueringsskjema. Dette er for å skape et engasjement rundt skjemaene slik at de ansatte ikke opplever at det er et nytt kontrollsystem som pålegges dem. Ettersom det er variasjoner mellom stasjonene i form av hva som møter ambulanspersonellet under oppdrag, kan disse skjemaene utarbeides på de enkelte stasjonene slik at de også er tilpasset de elementene som ambulansarbeiderne mener er sentrale å evaluere. Dette kan medføre at etablerte handlingsmønstre brytes opp og man i større grad tenker over hvorfor de handler som de gjør. Dette vil skape et større læringsutbytte hos den enkelte.

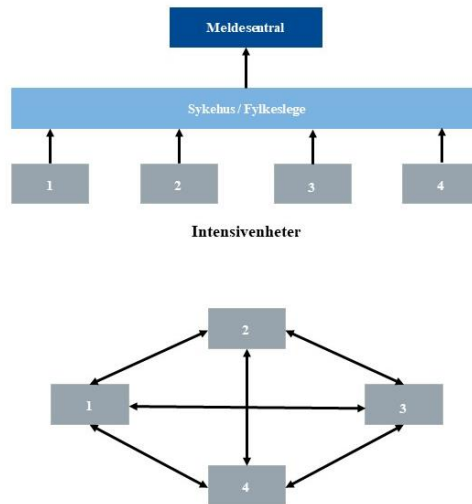
Det har i oppgaven blitt belyst at ambulansarbeidere sjeldent søker via en lege om å få vite hvordan det har gått med pasienter fordi prosessen oppfattes som tungvint og langvarig. Samtidig har det kommet frem at alle ser et stort læringsutbytte ved en slik type tilbakemelding og at de ønsker en mer forenklet prosess. På grunn av ambulansetjenestens særegne arbeidsforhold med kort pasientkontakt, vil et enklere system for faglig tilbakemelding gi hver enkelt ambulansarbeider bedre forutsetninger for å lære av tidligere erfaringer. Det bør derfor i større grad oppfordres fra ledelsens side at man bør søke om denne informasjonen i tilfeller der man er usikker på om man gav riktig behandling, og ser et potensielt læringsutbytte ved å få en faglig klinisk tilbakemelding. En nærliggende reaksjon fra ansatte vil være at dette ikke har noe verdi. Samtidig ble det påpekt fra seksjonslederen at avviksrapportering på unødvendig bruk av ambulanse er noe det blir sendt inn mange avvik på for å belyse problemet slik at det kan tas videre til et høyere nivå i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag. På samme måte kan man ved å øke etterspørselen på klinisk tilbakemelding på pasientbehandling legge mer press på systemet og synliggjøre behovet for at denne ordningen. Dermed blir problemet løftet på et høyere nivå og man får belyst at dette er en ønsket og viktig ordning for å styrke ambulansarbeideres ferdigheter og faglige utvikling. Dette kan medføre forbedringer i dagens praksis for ekstern tilbakemelding.

6.2.4 Tiltak 4: Økt læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag

Det ble i kapittel 5.5.4 identifisert et forbedringspotensial for lærings- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjonene i Helse Nord-Trøndelag. Mangel på utnyttelse av kompetanse på tvers av avdelinger og institusjoner er ikke unikt for ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag. Det viser seg at det norske helsevesenet mangler gode ordninger for å utnytte opparbeidet erfaring på tvers av institusjoner og avdelinger, for å unngå å gjøre samme feil flere ganger. Dette uttalte helseminister Bent Høie selv i 2018 (NRK, 2018a): *“I dag har vi en stor mengde informasjon om feil som skjer, gjennom en rekke ulike*

rapporteringsystemer og rapporter. Utfordringen er at de ikke i stor nok grad brukes til å lære og unngå feil.” Lege Hans Flaatten har reagert på at norske sykehussystemer ikke lærer av hverandres feil og lanserer derfor et nytt varslingsystem (NRK, 2018b). Flaatten mener at klinikker og avdelinger på norske sykehus som driver med lignende behandlingsprosedyrer må varsle hverandre om uheldige rutiner og behandlingsmetoder. Flaatten forklarer: *“Avvik som kan skade pasienter, er det nesten alltid noe å lære av. Da er det jo nesten utilgivelig at vi ikke melder fra om det på tvers.”* Videre utdyper han: *“I dag er systemet slik at en avviksmelding blir sendt fra for eksempel intensivavdelingen, gjennom helseforetaket og opp til Helsedirektoratet. Så får vi av og til melding tilbake: “Takk for at du meldte ifra, det var flott.”* Videre stiller Flaatten seg spørsmålet: *“Men hva med andre intensivavdelinger? Det er jo de som faktisk bør ha meldingen.”* Dette illustrerer hvordan opparbeidet klinisk erfaring på en institusjon i dag ikke deles med andre institusjoner på sykehuset, og er ikke ulikt det intervjuobjektene i denne studien forteller. Som Flaatten påpeker vil mange ha nytte av kunnskapen som oppstår ved feil, for å selv unngå den samme feilen. Intervjuobjektene kunne fortelle om at de aldri fikk tilbakemelding på avviksmeldinger, samtidig som de ikke opplever å få vite om feil og avvik på andre stasjoner.

I lys av disse utfordringene lanserer Flaatten det han kaller “Det horisontale meldesystemet”. Han mener at klinikker og avdelinger på norske sykehus som driver med lignende behandlingsprosedyrer må varsle hverandre om uheldige rutiner og behandlingsmetoder (NRK, 2018b). Flaatten utdyper: *“Det er kanskje ikke så lett å skjønne behovet når du ser et sykehus utenfra. Men når man ser det innenfra, vet man at det ikke er så lett å få informasjon til å flyte fra én avdeling til en annen.”* Man kan trekke paralleller til situasjonen i ambulansetjenesten. Slik intervjuobjektene beskriver situasjonen i ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag ligner det mest på informasjonsflyten øverst i figur 17, der avvik meldes oppover i organisasjonen, og der man sjeldent eller aldri får noe svar tilbake. Intervjuobjektene mente også at de ikke vet om hva som foregår på andre stasjoner, og hvilke feil som gjøres. For at ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag skal styrkes som en lærende organisasjon er det derimot ønskelig at informasjonen deles på tvers av relevante avdelinger slik det er vist nederst i figur 17. Med et slikt system vil kunnskapen som er lagret i organisasjonen anvendes i praksis og man unngår at feil gjøres flere ganger.



Figur 17 Det horisontale meldesystemet (NRK, 2018b)

For at erfaringer skal nå ut til flere ambulansestasjoner og ambulansesarbeidere foreslår denne oppgaven at man bør innføre et lignende horisontalt meldesystem innad i Helse Nord-Trøndelag. Dette systemet bør sikre at erfaringer og ny kunnskap også spres direkte mellom stasjonene, og ikke bare meldes inn i avvikssystemet til fylkeslege og helsedirektoratet. Ved å innføre et slikt system vil man kunne lære av hverandre i langt større grad, og dermed øke ambulansetjenestens ytelsesevne ved å gi pasientene en sikrere og bedre helsetjeneste. I tillegg vil man i større grad unngå at feil gjentas av andre ambulansespersonell, som sikrer en høyere kvalitet på behandlingen av pasientene.

7 Konklusjon

Denne masteroppgaven har som formål å undersøke ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon. Mer presist søker oppgaven å besvare følgende problemstilling: *“På hvilken måte er ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag en lærende organisasjon, og hvilke forbedringspotensialer eksisterer?”* Gjennom en kvalitativ casestudie av tre utvalgte ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag har vi sett nærmere på problemstillingen. Analysen ledet opp til flere hovedfunn som samsvarer med ønskede egenskaper ved en lærende organisasjon, men det ble også belyst noen forbedringspotensialer. For eksempel blir den styrket som en lærende organisasjon ved at prosedyreverket er veiledende og betryggende for ambulansarbeiderne, og de har beslutningsmakten som er nødvendig for å gjøre tilpasninger i prosedyrene. Ambulansetjenesten sikrer også at ambulanspersonellet besitter den kunnskapen som er nødvendig for at de til enhver tid kan hjelpe og erstatte hverandre. Dette er alle elementer som er viktig i en lærende organisasjon. Det blir derimot identifisert flere forbedringspotensialer. De ordningene som skal kompensere for varierende oppdragsmengde har et mindre læringsutbytte enn det som potensielt kan oppnås ved hensiktsmessig praktisering. I ambulansetjenesten finnes det også kontrollsystemer som skal sikre ønsket kompetansenivå og unngå at feil gjentas. Det blir derimot belyst at kontrollsystemene i større grad oppleves som verktøy som gir ledelsen oversikt, og gir lite positive effekter for ambulansarbeiderne. I tillegg kunne det identifiseres et forbedringspotensial for å dele eksisterende kunnskap i ambulansetjenesten, både lokalt og nasjonalt. Dette er alle forbedringspotensialer som svekker ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag som en lærende organisasjon.

Flere av de nevnte forbedringspotensialene kan håndteres på lokalt nivå i Helse Nord-Trøndelag, mens noen forbedringspotensialer krever endringer på nasjonalt nivå. Dette er blant annet en mer brukervennlig prosess for å få informasjon om pasientforløpet, og bedre informasjonsflyt og erfaringsutveksling på tvers av avdelinger og institusjoner i helsetjenesten. For de forbedringspotensialene som kan håndteres på lokalt nivå foreslår oppgaven fire tiltak. Tiltakene innebærer økt bruk av rullering med initiativ fra ledelsen som også inkluderer rullering av lærlinger, tydeliggjøre gevinster ved avviks- og forbedringsmeldinger, forbedre dagens praksis av tilbakemeldinger, samt å øke læring- og erfaringsoverføring på tvers av ambulansestasjoner i Helse Nord-Trøndelag. Kort oppsummert har studien bidratt med innsikt og kunnskap om ambulansetjenesten som en lærende organisasjon. Selv om oppgaven er en casestudie basert på Helse Nord-Trøndelag argumenteres det for at oppgaven også vil ha nytteverdi for andre ambulansetjenester i andre regioner. Ved å styrke ambulansetjenesten som en lærende organisasjon vil den offentlige nasjonale ambulansetjenesten være i bedre stand til å respondere raskt på endringer eller feil, kontinuerlig forbedre og tilpasse seg etter disse, samt imøtekomme samfunnets endrede behov og krav.

8 Referanseliste

Adler, P. og Boris, B. (1996) Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1) s. 61-89.

Adler, Paul S., Seok-Woo Kwon og Charles Heckscher (2007): "Professional Work: The emergence of collaborative community." I: *Organization science*.

Akuttmedisinforskriften (2015) Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231> (Hentet 20.11.2019)

Ambulanse Midt-Norge. (2013) Kompetanseplan AMN. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1012/Sakspapirer/Sak%2036-13%20Vedlegg%201%20-%20Kompetanseplan%20Ambulanse%20Midt-Norge%20HF.pdf> (Hentet: 30.04.2020)

Argyris, C., Schön, D. (1996) *Organizational Learning II. Theory, method, and Practice*. United States of America: Addison-wesley publishing company.

Armstrong, A., Foley, P. (2003) Foundations for a learning organization: organizational learning mechanism, *The learning organization*, Vol 10 (2), s. 74-82. Tilgjengelig fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09696470910462085/full/html> (Hentet: 05.02.2020)

Bryman, A. (2016) *Social research methods*. 5. utg. Oxford: Oxford University Press.

Delta (2016) Utdanning til ambulansesarbeider. Tilgjengelig fra: <https://delta.no/yrke/ambulanseforbundet/utdanning-til-ambulansesarbeider> (Hentet 20.11.2019)

Eid, J. og Johnsen, B. H. (2006). *Operativ psykologi*. Oslo: Fagbokforlaget.

Finnestrand, H. (2019) Organisasjonslæring og lærende organisasjoner. TIØ4547 Strategisk endringsledelse fordypningsemne. Tilgjengelig fra: https://ntnu.blackboard.com/webapps/blackboard/execute/content/file?cmd=view&content_id=_794227_1&course_id=_15366_1&framesetWrapped=true. (Hentet: 25.02.2020)

Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (2005) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-03-18-252> (Hentet 01.05.2020)

Garvin, D. (1993) Building a Learning Organization, Harvard Business Review, Vol.71(4), p.78(14). Tilgjengelig fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=4edd545d-6ea7-4f4e-9f89-93b5fcffac77%40pdc-v-sessmgr03> (Hentet: 25.03.2020).

Grimstad, G., Juvkam, P. C. (2016) Akuttkjeden - aller akuttnettverket - sett fra AMK og ambulansetjenesten Møre og Romsdal. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helsemidt.no/HMR/Akuttutvalet/Dokumenter/Akuttkjeden%20Akuttutvalget%20MR%20130616.pptx> (Hentet 20.11.2019)

Helsepersonelloven (2000) Lov om helsepersonell. Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#§39

(Hentet: 30.april 2020).

HNT (2020) Helse Nord-Trøndelag - Om oss. Tilgjengelig fra: <https://hnt.no/om-oss#om-helseforetaket> (Hentet: 1.mai 2020).

Infed (2013) Peter Senge and the learning organization. Tilgjengelig fra:

<https://infed.org/mobi/peter-senge-and-the-learning-organization/> (Hentet: 31.05.2020).

Kjøllestad, J. K., Steen-Hansen, J. E., (2016) Nasjonalt datasett for ambulansetjenesten. (Rapport IS-2476). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-datasett-for-ambulansetjenesten/Nasjonalt%20datasett%20for%20ambulansetjenesten.pdf/_/attachment/inline/3ccce608-81fc-4eda-a893-a43861e9793b:f3c4008c3f64f9f9683d95b109a5c5d2e91147d0/Nasjonalt%20datasett%20for%20ambulansetjenesten.pdf (Hentet 20.11.2019)

Lum, G. (2009) Vocational and professional capability: An epistemological and ontological study of occupational expertise. London: Continuum.

Marsick, V og Watkins (2003) Demonstrating the Value of an Organization's Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire, Advances in Developing Human Resources Vol. 5 (2), s.132-151. doi: 10.1177/1523422303251341

Meld. St. 7 (2019-2020) (2019) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 34 (2015-2016) (2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Mintzberg, H (1983) Structure in Fives: Designing effective organizations. Prentice-Hall International

Murray, K. R. (2004) Training at the speed of life: The definitive textbook for military and law enforcement reality based training. 1.utg. Armiger Publications.

NAKOS (2018) Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. (4.utg). Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nødhelp.pdf/_/attachment/inline/c9aa280e-3e84-4197-8743-36f5dd934b8b:f649297bce76e95aed934803c67384569b027d61/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nødhelp.pdf. (Hentet: 30.april 2020).

Nilsen, J. E., L. Wik, J. Kramer-Johansen, K. Styrkson, I. B. M. Tjelmeland, N. Seland, L. D. Flingtorp and J.-Å. Olsen (2014). Fremtidens prehospitale tjenester, Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.

Nonaka, I. (1994) A dynamic theory of Organizational Knowledge creation, Organization science, Vol 5 (1), s.14-37. Tilgjengelig fra: https://www.jstor.org/stable/2635068?seq=1#metadata_info_tab_contents (Hentet: 23.03.2020)

NOU 2015: 17 (2015) Først og fremt. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning

NRK (2018a) Høie etter NRK-avsløringer: Helse-Norge er for lite åpne om egne feil. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/vestland/hoie-etter-nrk-avsloringer_-helse-norge-er-for-lite-apne-om-egne-feil-1.14313198 (Hentet: 8.mai 2020)

NRK (2018b) Slik vil overlegen redde liv på norske sykehus: Lanserer nytt system for å varsle om feil. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/vestland/slik-vil-overlegen-redde-liv-pa-norske-sykehus_-lanserer-nytt-system-for-a-varsle-om-feil-1.14277481 (Hentet: 8.mai 2020)

Okray, R, Lubnau, T. (2004). Crew resource management for the fire service, Fire Engineering, Vol 154(8), p.99. Tilgjengelig fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5c625062-de82-4f0c-a204->

014e4c331dc5%40pdc-v-
sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=5114446&db=a9h
(Hentet: 16.05.2020).

Oslo universitetssykehus (2019) Prehospital klinikk. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk> (Hentet 20.11.2019)

Örtenblad, A (2002) A typology of the Idea of Learning Organization. *Management Learning*, Vol. 33 (2), s. 213-230. Tilgjengelig fra: (Hentet: 30.01.2020).
https://search.proquest.com/docview/215658947?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

Örtenblad, A (2004) The learning organization: towards an integrated model. *The Learning Organization*, Vol. 11 (2), s. 129-144. Tilgjengelig fra:
https://search.proquest.com/docview/215658947?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo.
(Hentet: 30.01.2020).

Örtenblad, A. (2013) *Handbook of Research on the Learning Organization. Adaptation and Context*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, Inc.

Örtenblad, A. og Koris, R. (2014) Is the learning organization idea relevant to higher educational institutions? A literature review and a “multi-stakeholder contingency approach” *International Journal of Educational Management*, Vol. 28 (2), s.173-214. Tilgjengelig fra: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJEM-01-2013-0010/full/html>
(Hentet: 30.01.2020)

Örtenblad, A. (2015) Towards increased relevance: context-adapted models of the learning organization, *The Learning Organization*, 22(3), s.163-181. Tilgjengelig fra:
<https://search.proquest.com/docview/1687541110/fulltextPDF/ACBB5636D4154F86PQ/1?accountid=12870> (Hentet: 30.01.2020).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 23.04.2020)

Pedler, M., Boydell, T. and Burgoyne, J. (1989) Towards the learning company, *Management Education and Development*, Vol. 20 No. 1, pp. 1-8.
<https://doi.org/10.1177/135050768902000101>

Perry, R. W. og Lindell, M. K. (2003) *Preparedness for Emergency Response: Guidelines for the Emergency Planning Process*. Blackwell Publishing 27(4) s. 336-350

Romme, G. & Dillen, R. (1997). Mapping the landscape of organizational learning. *European Management Journal*, Vol 15 (1), 68-78.

Sander, K. (2019) Enkeltkrets-, dobbeltkrets-, og deuterolæring. Tilgjengelig fra: <https://estudie.no/enkeltkrets-og-dobbeltkrets-laering/>. (Hentet: 17.05.2020)

Senge, P. M. (1990) *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York, Currency Doubleday.

Sommer, M. (2014) Professional Learning in the Ambulance Service, i Billett, S., Harteis C., Gruber H. (red) *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*. New York: Springer, s.857-886.

Spesialisthelsetjenesteloven (2001) Lov om spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#§3-4 (Hentet: 3.juni 2020). Stake, R. (2005) *Qualitative research*. 3. utg. London: Sage Publications

St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim (u.a.). Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/klinikk-for-akutt-og-mottaksmedisin/fellesfunksjonen-ambulansetjenesten-i-midt-norge> (Hentet: 3.juni 2020).

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Strugstad, J. og Nilsen, A.I. (2015) *Ledelse av kollektive læringsprosesser*. Hentet (18.02.2020) fra: <https://www.ntnu.no/documents/1021451972/1267714758/arnt-inge-nilsen-jannike-strugstad-2015.pdf/11764e05-323b-4536-bacb-8a089e0a8787>

Sæbø, Ø. (2012), *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20status%20og%20utfordringer.pdf/_/attachment/inline/87bf0b8a-6a3d-4ce3-a250-c1adfea4aa75:679b2cfe8180bff98d764175046fd9bb4d90d637/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20status%20og%20utfordringer.pdf (Hentet 20.09.2019)

Tjora, A. (2016) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Winch, C. (2010). *Dimensions of expertise: A conceptual exploration of vocational knowledge*. London: Continuum.

Yin, R. K. 2014. *Case study research: design and methods*, Los Angeles, Calif., SAGE.

