

Line Anette Sandvik

Organisatorisk læring etter uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

En kvalitativ studie av lederes rolle ved St. Olav hospital

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse. Spesialisering Innovasjon og endringsledelse

Veileder: Per Morten Schiefloe

August 2023

Line Anette Sandvik

Organisatorisk læring etter uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

En kvalitativ studie av lederes rolle ved St. Olav hospital

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse. Spesialisering Innovasjon og endringsledelse

Veileder: Per Morten Schiefloe

August 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Det humanistiske fakultet

Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne masteroppgaven markerer enden på min studie i organisasjon og ledelse ved NTNU høsten 2023.

Etter å ha tatt flere kurs innenfor organisasjon og ledelse har egen kompetanse og nysgjerrighet til stadighet blitt styrket. Det har vært noen krevende år der studier har vært en friplass fra andre krevende opplevelser for meg. Jeg sitter i dag igjen med masse ny lærdom og kunnskap. Jeg er takknemlig for å ha opplevd denne reisen og føler på en takknemlighet og stolthet når jeg nå leverer denne oppgaven. Jeg har kommet i mål med oppgaven, et mål jeg satte meg for mange år tilbake. Jeg har skrevet mange oppgaver i studietiden til de forskjellige emnene og lært mye mer enn jeg kunne forestille meg på forhånd. Alle disse oppgavene har gitt meg lærdom i ledelse og organisasjonsforståelse og nå har jeg skrevet en masteroppgave som bygger på all lærdommen jeg har tillagt meg gjennom flere år med studier.

Jeg vil takke informantene som velvillig stilte opp i en travel arbeidshverdag. En stor takk til min veileder, Per Morten Schiefloe, for mange gode og konstruktive tilbakemeldinger.

Til sist vil jeg rette en stor takk til min gode familie som har fulgt meg på reisen og bidratt både med tålmodighet, barnepass, motivasjon og korrekturlesing.

Tusen takk!

Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er organisatorisk læring. Denne masteroppgaven redegjør for hvordan ledere ved St. Olavs hospital forholder seg til læringsarenaer. I dette ligger bruk av internt meldesystem og hvordan ledere benytter innmeldte avvik til organisatorisk læring.

Oppgavens problemstilling fokuserer på hvilke suksessfaktorer og utfordringer ledere opplever i arbeidet for å skape organisatorisk læring. I den forbindelse er det valgt å gjennomføre en case studie med dybdeintervjuer. Tilbakemeldingene fra informantene utgjør empiri for hvordan ledere anvender meldesystemet.

I forhold til den innsamlede empirien kan det tyde på at sykehuset ikke oppnår maksimalt utbytte av sitt meldesystem. Informantene opplyser om at årsaker til dette handler om at kvaliteten på data er for dårlig og manglende tid og ressurser til arbeidet. Resultatene viser også at det er manglende bruk av hendelser til læring på tvers av yrkesgrupper og på tvers i organisasjonen.

Aktuelle forbedringsområder:

- Etablere strukturer for læring på tvers i organisasjonen
- Opplæring i kvalitetssystemets funksjonalitet og forbedringsmetodikk
- Avsette mer tid og ressurser for arbeidet med uønskede hendelser
- Mer fokus på uønskede hendelser fra linjeledelsen
- Gjennomføre aktuelle tiltak i nasjonal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019)

Summary

The topic of this master's is organizational learning. This master's thesis explains how managers at St. Olav's hospital relate to learning arenas. This includes the use of an internal reporting system and how managers use reported deviations for organizational learning.

The assignment's problem focuses on which success factors and challenges managers experience in their work to create organizational learning. In this connection, it has been chosen to carry out a case study with in-depth interviews. The feedback from the informants constitutes empirical evidence for how managers use the reporting system.

In relation to the collected empirical evidence, it may indicate that the hospital is not achieving maximum benefit for its reporting system. The informants state that the reason for this is that the quality of data is too poor and a lack of time and resources for the work. The results also show that there is a lack of use of events for learning across occupational groups and across the organization.

Current areas of improvement:

- Establish structures for learning across the organisation
- Training in the functionality of the quality system and improvement methodology
- Set aside more time and resources for the work with unwanted incidents
- More focus on unwanted incidents from line management
- Implement relevant measures in the national action plan for quality and patient safety 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019).

Innhold

Forord.....	0
Sammendrag	1
Summary	1
Figurer og tabeller	5
1.0 Introduksjon:	6
2.0 Bakgrunn:	9
2.1 Begrepsavklaringer og presentasjon av temaene til oppgaven	9
2.2 lover og forskrifter og Nasjonale føringer	10
2.3 Organisering av sykehuset og sykehusets meldesystem.	12
2.3.1 Om helseforetak	12
2.3.2 St. Olavs hospital	12
2.3.4 Sykehusets meldesystem og kvalitetsstyringsystem	14
2.4 Forekomst av uønskede hendelser	16
3.0 Teori og tidligere forskning	18
3.1 Læring etter hendelser og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.....	18
3.2 Hva er læring og organisatorisk læring	21
3.2.1 Læring og organisatorisk læring	21
3.2.2 Erfaringsbasert læring	22
3.3 Kunnskap og kunnskapsdeling.....	23
3.3.1 Taus og eksplisitt kunnskap – Nonaka og Takeuchi	23
3.3.2 Arenaer for læring	24
3.3.3 Enkelkrets og dobbelkretslæring, Argyris og Schøns handlingsteori	26
3.3.4 Systemtenkning, Senges femte disiplin.....	27
3.4 Teoretiske perspektiver og modeller	29
3.4.1 Organisasjonsutvikling.....	29
3.4.2 Trippel Heliks- Modellen	30
3.5 Faktorer for å lykkes med læring og endring i organisasjoner	31
3.6 Barrierer mot læring og endring i organisasjoner	32
Hierarki og læring, makt og læring	32
4.0 Problemstilling, forskningsspørsmål og metode.....	34
4.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	34
4.2 Begrensninger til oppgaven.....	34
4.3 Forskningsdesign – den kvalitative metoden, flercasestudie	35
4.4 Datainnsamling – kvalitativt. Flercasestudie med dybdeintervju og cross- case design	36
4.5 Analyse av data. Pentagonmodellen	39

4.6 Forskningens troverdighet og gyldighet.....	41
4.7 Forskningsetiske vurderinger	41
5.0 Resultater, empiri og analyse	43
5.1 Teknologi	43
5.1.1 Kvalitetssystemet (brukervennlighet):	43
5.1.2 Journalsystemet (opplæring, årsaks granskning):	44
5.1.3 Verktøy for formidling av læringspunkter:.....	44
5.2 Formell struktur, (styringssystemet)	45
5.2.1 Ledelsesstruktur:	45
5.2.2 Styringsdokumenter, formelle rutiner og prosedyrer:.....	45
5.2.3 Oversikt over hendelser:	46
5.2.4 Formelle Læringsarenaer:	47
5.2.5 Opplæring:.....	48
5.2.6 Rapportering og tilbakemelding fra leder:	49
5.3 Kultur – artefakter, innarbeidede selvfølgheter for organisasjonen.....	50
5.3.1 Meldekultur:.....	50
5.3.3 Verdier og holdninger:	52
5.3.4 Systemnivå eller enkeltindivid:.....	53
5.3.5 Etterlevelse og lojalitet til tiltak:	53
5.3.6 Sosialt hierarki, rangordning	54
5.4 Interaksjon – samhandling	55
5.4.1 Behandling av uønskede hendelser og tilbakemeldinger:	56
5.4.2 Erfaringstilbakeføring og formidling av læringspunkter.	56
5.4.3 Informasjonsutveksling og samarbeid på tvers.....	57
5.4.4 Alvorlighetsgrad:	58
5.5 Sosiale relasjoner- uformelle forhold.....	59
5.5.1 Involvering:	59
5.5.2 Uformelle fora:	59
5.5.3 Relasjoner	59
5.5.4 Arbeidsgrupper og nettverk på tvers i organisasjonen	60
5.5.5 Desentralisering og interessekonflikter	60
5.6 oppsummering	61
6.0 Diskusjon	62
6.1 Hvordan forholder ledere seg til meldesystemet og uønskede hendelser, og hvilket fokus har de?	62
6.1.1 Meldekultur- ledernes innstilling til meldesystemet og hva som skal meldes	62

6.1.2 Behandling av meldinger og tilbakemeldinger til de ansatte.....	64
6.1.3 Bruken av meldesystemet og dens funksjonalitet	66
6.2 Hvilke systemer/ modeller benytter ledere for læring av uønskede hendelser?	66
6.3 Hvordan legger ledere til rette for deling av kunnskap, og hvilke arenaer mener lederne er de viktigste?	71
6.3.1 kunnskapsdeling og arenaer for læring.....	71
6.3.2 Praksisfellesskap.....	73
6.3.3 Formelle møtefora og uformelle læringsarenaer.....	74
6.3.4 Refleksjon	75
6.4 Hvordan forholder ledere seg til læring etter uønskede hendelser?.....	77
6.5 Hva gjør ledere for å fremme organisatorisk læring?	80
7.0 Konklusjon	81
Referanser	83
Vedlegg.....	87
Vedlegg 1- Informasjonsskriv	87
Vedlegg 2 - Intervjuguide:	89
Vedlegg 3- Vurdering av behandling av personopplysninger	90

Figurer og tabeller

Figur 1. Nasjonale mål og tiltak (illustrasjon hentet fra nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring) (Helsedirektoratet, 2019)	11
Figur 2. Om helseforetak (illustrasjon laget av forfatter).....	12
Figur 3. Avdelinger involvert i oppgaven (illustrasjon laget av forfatter)	13
Figur 4. Meldingsflyt (illustrasjon laget av forfatter)	15
Figur 5. Demings kvalitets sirkel (illustrasjon hentet fra (Helsedirektoratet, 2018).	21
Figur 6. Illustrasjon hentet fra (Wikipedia, 2022).	23
Figur 7. Illustrasjon hentet fra (Thorsvik & Jacobsen, 2019) s. 348.	27
Figur 8. Illustrasjon hentet fra (Thorsvik & Jacobsen, 2019) s. 390.	30
Figur 9. Illustrasjon hentet fra (Aase, 2015) s. 104.	31
Figur 10. Oppgavens forskningsdesign (illustrasjon laget av forfatter)	35
Figur 11. Pentagonmodellen (illustrasjon hentet fra boken organisasjonsanalyse (Schiefløe, 2021) s. 135).....	40
Figur 12. Pentagonmodellen. Illustrasjon hentet fra (Schiefløe, 2021) s. 13	43
Figur 13. Illustrasjon laget av forfatter inspirert av Pentagonmodellen av (Schiefløe, 2021). s. 135 ...	61
Tabell 1. Sykehusopphold med forekomst av pasientskader målt med GTT	16
Tabell 2. Sykehusopphold med forekomst av pasientskader kategorisert etter kategorier i GTT. (Helsedirektoratet, 2022)	16
Tabell 3. Antall meldinger tilordnet oppgavens caser i internt meldesystem hos St. Olavs hospital. (Helsedirektoratet, 2022)	16
Tabell 4. Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) målt i nasjonal prevalensundersøkelse (NOIS-PIHA). (Folkehelseinstituttet, 2022)	17
Tabell 5. Nøkkelopplysninger om informantene i oppgaven	39

1.0 Introduksjon:

To err is human, but persist in error is diabolical, Lucius Annaeus Seneca (født ca. 4 f.kr.) Oversatt til norsk som «Å feile er menneskelig, men å vedvare i feilen er djevlesk». Et uttrykk av Senecas som kan tolkes som et budskap på at det er viktig å anerkjenne at menneskeheten ikke er perfekt og at vi må kunne innrømme feil for så å kunne lære av de. (Senca, 4 f.kr).

Det har vært økt fokus på pasientsikkerhet både i Norge og internasjonalt de siste årene. Pasientsikkerhet regnes som grunnleggende i helsetjenesten, allikevel ses sikkerhet i helsetjenesten som en global utfordring. Helsetjenester som er av lav kvalitet kan bidra til redusert helse og medføre skade hos pasientene. Men også når diagnostikk og behandling gjøres av godt kvalifisert personell kan pasienter påføres skader og komplikasjoner. Behovet for helsetjenester er også i stadig endring. Mennesker lever lengre, noe som medfører en økning i insidens og prevalens av sykdommer i forhold til tidligere. Det sees et generelt økt behov for helsetjenester. En av nåtidens største utfordringer er å tilby en trygg helsetjeneste i et miljø som er komplekst, under press og i rask utvikling (Helsepersonellkommissjonen, 2023).

Trygge og sikre tjenester er en av grunnsteinene ved god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Hver pasientskade er en for mye. Målet er en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste – uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt (Helsedirektoratet, 2022). I 2021 i en stor undersøkelse gjort av den amerikanske stiftelsen The Commonwealth Fund ble Norsk helsevesen kåret til verdens beste av 11 av de rikeste landene i verden. Det ble sett på kriteriene tilgang, behandling, effektivitet, rettferdighet og resultater (Schneider, et al., 2021). Til tross for denne kåringen oppsto det 2021 en pasientskade hos 12,8% av somatiske sykehusopphold i Norge målt med metoden Global Trigger Tool (GTT). Her fremkommer det at kirurgisk skadetype er en av de hyppigste forekomstene. En samlet opptelling av skadetyper knyttet til kirurgi viser at dette forekommer i 4.4% av alle sykehusopphold i 2021 mot 4.8% i 2020. Det konkluderes med at helseforetakene og sykehusene bør sette fokus på skadene som oppstår ved kirurgi, og vurdere om det finnes forbedringspotensialet (Helsedirektoratet, 2022).

I Norge måles sårinfeksjoner etter kirurgiske inngrep spesifikt gjennom eget program for kontinuerlig overvåking av utvalgte kirurgiske inngrep. Dette er kirurgiske inngrep som i stor grad er planlagt (aortakoronar bypass, keisersnitt, hofteprotese, kolecystektomi og kolonkirurgi), (NOIS posi, insidens) (Folkehelseinstituttet, 2019). Det måles også en prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner 4 ganger årlig av alle inneliggende pasienter i norske sykehus på en gitt dato (NOIS PIAH, prevalens) (Folkehelseinstituttet, 2022). Både ved insidensovervåkingen og prevalensovervåkingen er det for høy forekomst i forhold til målsetting for sykehusinfeksjoner knyttet til kirurgiske inngrep. Bolkan med flere skriver i sin artikkel at det har de siste årene vært gjort mye for å forbedre utfallet av planlagt kirurgi, mens det mangler tilsvarende utvikling på feltet akuttkirurgi (Bolkan, et al., 2023)

For å bidra til reduksjon av pasientskader og sikre trygge helsetjenester er systematisk arbeid med uønskede hendelser en viktig del av arbeidet. For å kunne arbeide med reduksjon av pasientskadene er det viktig å finne den utløsende årsaken for skaden. I det norske helsevesenet skjer det daglig uønskede hendelser av ulik alvorlighetsgrad og mange meldes i det interne meldesystemet til sykehusene. Det er viktig at feil og avvik rapporteres, meldingene gir muligheter til systematisk og organisatorisk fremtidig læring. Det er også viktig å sette søkelys på om rapporteringen fungerer slik den skal, samt om verktøyet slik det brukes utgjør et godt redskap for læring som igjen kan skape reduksjon i pasientskader. Det er en kausal sammenheng mellom læring og tilbakeføring og redusert forekomst av unøddig pasientskade (Aase, 2015).

I 2017 gjorde Riksrevisjonen en revisjon for å undersøke om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser bidrar til å sikre læring og forbedring. Et av hovedfunnene var at helseforetakene bruker i liten grad informasjonen fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet (Riksrevisjonen, 2017). Hos sykehuset jeg studerer i denne oppgaven ble det gjort en internrevisjon i 2020 om samme tematikk og funnene var mye av de samme. Det har også nå i mars 2023 kommet ut en rapport fra statens undersøkelseskommisjon for helse og omsorgstjenesten (UKOM) der de har undersøkt meldekultur og læring av uønskede hendelser. Funnene er sammenfallende med riksrevisjonens funn i 2017. Funnene til UKOM tyder på at mange alvorlige hendelser ikke blir meldt eller varslet og UKOM påpeker at helse- og omsorgstjenesten dermed kan gå glipp av viktig læring. UKOM beskriver at dagens system i liten grad ivaretar læring på tvers av avdelinger, sykehus og regioner. Andre funn fra UKOMs rapport er at kvalitetssystemene oppleves som lite brukervennlige, og det kommer lite konkrete tilbake i form av forbedringspunkter. Rapporten beskriver også at kvalitetssystemene overbelastes av mange unødvendige meldinger. UKOM beskriver også at ressursknapphet og tidspress fører til en negativ spiral der risiko øker for at pasienthendelser oppstår. Personalet opplever at de ikke har tid til å melde hendelsen, og ledere opplever at de ikke har tid eller ressurser til å behandle meldingen og iverksette tiltak. UKOM påpeker at en forutsetning for å kunne lære av en hendelse, er at helsepersonell makter å se at noe kunne vært gjort annerledes (UKOM, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester, 2023). En oppsummering av disse rapportene viser at håndtering av uønskede hendelser innen sykehusdrift er et område med forbedringspotensialet.

I denne masteroppgaven vil jeg på bakgrunn av det som er beskrevet ovenfor se nærmere på utfordringer knyttet til organisatorisk læring av pasientrelaterte uønskede hendelser i sykehusdrift knyttet til kirurgiske fag i behandlingsskjeden for akutt kirurgi og den hardt skadde pasienten (traumepasient). Oppgaven ser på hvordan lederes håndteringen av uønskede hendelser hos et av Norges universitetssykehus inngår i arbeid med organisatorisk læring, forbedring og økt pasientsikkerhet. Jeg vil i denne studien innhente data fra ledere fra utvalgte enheter på St. Olavs hospital som har ansvar for behandling av traumepasienter i behandlingsskjeden akuttkirurgi. Jeg vil studere dataene jeg samler inn og se på hemmere og fremmere til organisatorisk læring etter uønskede hendelser. Hovedtema til oppgaven er organisatorisk læring etter uønskede hendelser.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan dagens arbeid med uønskede hendelser foregår og se på hva som fremmer og hemmer arbeidet med systematisk forbedringsarbeid og organisatorisk læring knyttet til uønskede hendelser og pasientsikkerhet, særlig lederes rolle i dette arbeidet. Resultatene fra oppgaven skal bidra til å spre kunnskap om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Se på fremmere og hemmere til organisatorisk læring av uønskede hendelser som kan bidra til å løse noen av utfordringer vi står overfor i dag. Bidra til å nå mål i oppdragsdokumentet og handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet om å styrke evnen til læring og forbedring og forhindre at samme uønskede hendelse gjentar seg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023) og (Helsedirektoratet, 2019).

Min interesse for temaet har vært en naturlig utvikling i mitt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehuset. Jeg har jobbet både som sykepleier på sengepost, vært fagansvarlig sykepleier, assisterende seksjonsleder og jobbet i klinikk stab som kvalitetsrådgiver og i direktørens stab i tett samarbeid med forvaltning av kvalitetssystemet og utvikling av pasientsikkerhetsarbeid. I denne tiden har jeg blitt kjent med organisasjonens ledd fra det operative nivået til det strategiske og planmessige nivået. Jeg har merket meg og interesserer meg for hvordan en stor organisasjon kan dra nytte av hverandres erfaringer og kunnskap og jobbe mot å stadig forbedre kvalitet og

pasientsikkerhet. Jeg har observert og sett alvorlige hendelser finne sted i sykehusets hverdag. Flere av hendelsene har gjort store inntrykk på meg. Disse inntrykkene har bidratt til at jeg har fattet stor interesse for hvordan det kan jobbes systematisk med å bruke hendelsene til preventivt arbeid.

Jeg vil først gi noen begrepsavklaringer til oppgaven og beskrive noe av de krav til kvalitet og pasientsikkerhet som stilles til tjenesten. Deretter vil jeg beskrive kort om sykehusets organisering og litt om avdelingen som er med i denne oppgaven og sykehusets meldesystem, og hva vi vet om omfanget av pasientskader og uønskede hendelser i dag.

2.0 Bakgrunn:

2.1 Begrepsavklaringer og presentasjon av temaene til oppgaven

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet omfatter alle deler av helsetjenesten og handler om det helsepersonell gjør hver eneste dag. Pasientsikkerhetsbegrepet er sentralt for å forstå uønskede hendelser knyttet til pasienter. Det meldes uønskede hendelser som både kan være eller er truende for pasientsikkerheten (Aase, 2015). Den vanligste måten å beskrive sikkerhet på er som en del av et bredere kvalitetsbegrep som også inneholder andre dimensjoner eller egenskaper. Norske myndigheter bygger sin kvalitetsdefinisjon på den mest utbredte definisjonen av kvalitet utviklet av Institute of Medicine (2001) (Folkehelseinstituttet, 2019).

I den årlige meldingen fra stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet beskrives det at kvalitet i helse- og omsorgstjenester innebærer at tjenestene skal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), (Aase, 2015):

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukere og gi dem innflytelse
- være samordnet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Her finner vi pasientsikkerhet i det å være trygge og sikre og utgjør en av seks dimensjoner i kvalitetsbegrepet. Samtidig er det viktig at vi er bevisste på at vi ikke kan se sikkerhet isolert fra en bredere sammenheng der andre dimensjoner innen kvalitetsbegrepet har betydning (Aase, 2015).

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) definerer pasientsikkerhet som følgende:

Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (Aase, 2015).

Definisjonen er basert på forskning innen pasientsikkerhet og vektlegger sikkerhet som fravær av skade (Aase, 2015).

Pasientsikkerhet er den viktigste grunnen til at alle helsevirksomheter er pålagt å drive kvalitetsarbeid. Kravene er formulert i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kvalitetsarbeid er systematisk arbeid for å forbedre kvaliteten på et produkt, en tjeneste eller en virksomhet. Kvalitetsarbeid drives i alle slags bransjer, men stiller særlige strenge krav i bransjer der kvalitet kan være avgjørende for liv og helse som i helsetjenesten. Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess og beskrives ofte i fire trinn (Folkehelseinstituttet, 2019).

1. Planlegge: formulere mål og planlegge aktiviteter for å nå målene
2. Gjennomføre aktivitetene
3. Evaluere: har tiltakene blitt gjennomført slik de var planlagt? Hadde de den ønskede effekten?
4. Korrigere på bakgrunn av evalueringen, som fører til ny planlegging.

Denne sirkelen er kjent som Demings sirkel eller PDSA, og er en av de mest brukte modellene for forbedringsarbeid. God dokumentasjon er en forutsetning for kvalitetsarbeid (Helsedirektoratet, 2022).

Pasientsikkerhet er et bredt og komplekst kunnskapsområde. Det finnes ofte flere årsaker til uønskede hendelser. Pasientsikkerhet som fag betoner viktigheten av åpenhet om feil og utilsiktede hendelser. Uten åpenhet er det ikke mulig å forebygge og lære av feil. Gjennom åpenhet og systematisk identifisere og analysere årsaker til risiko og uønskede hendelser kan organisasjonens læring og det risikoforebyggende arbeidet styrkes (Helsedirektoratet, 2022).

Pasientrelaterte uønskede hendelser

Uønsket hendelse er definert som en hendelse som medfører at pasienten kunne blitt skadet, blir skadet eller dør, uten at dette skyldes pasientens sykdom, og som samtidig representerer et konkret forbedringspotensial for helsetjenesten (Aase, 2015). Uønskede hendelser varierer betydelig i alvorlighetsgrad. Et tilfelle av feilmedisinering vil være en uønsket hendelse, uavhengig av om pasienten tar skade av behandlingen. Dersom pasienten tar skade av feilmedisineringen, foreligger det også en pasientskade etter pasientskadeloven § 1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Uønskede hendelser kan både avsløre og skape oppmerksomhet om en underliggende praksis som viser seg å være uforsvarlig.

En uønsket hendelse innenfor pasientsikkerhet er de hendelsene vi ønsker fravær av i helsetjenesten. En uønsket hendelse kan beskrives på følgende måte:

En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjon ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter ved helsetjenester, inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere tjenestene. Uønsket hendelser kan være mulig å forebygge eller ikke (Aase, 2015).

Dersom den uønskede hendelsen er et uventet dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient som følge av tjenesteytelsen, skal sykehuset straks varsle Statens Helsetilsyn. Varslingspliktige hendelser er lovregulert i lov om spesialisthelsetjenesten §3-3a varsel om alvorlige hendelser. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001).

2.2 lover og forskrifter og Nasjonale føringer

Helse og omsorgstjenesten i Norge er sterkt lovregulert. Den omfattende helselovgivningen skal bidra til å ivareta pasientsikkerheten. Helse- og omsorgstjenesten i Norge har en lovpålagt plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjennom blant annet spesialisthelsetjenesteloven §3-4a og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar i alle nivå i helsetjenesten. Kvalitetsarbeid krever at alle involverte spiller på lag og at ansvar og roller er tydelig avklart. Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid handler i stor grad om å skape en lærende kultur i organisasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

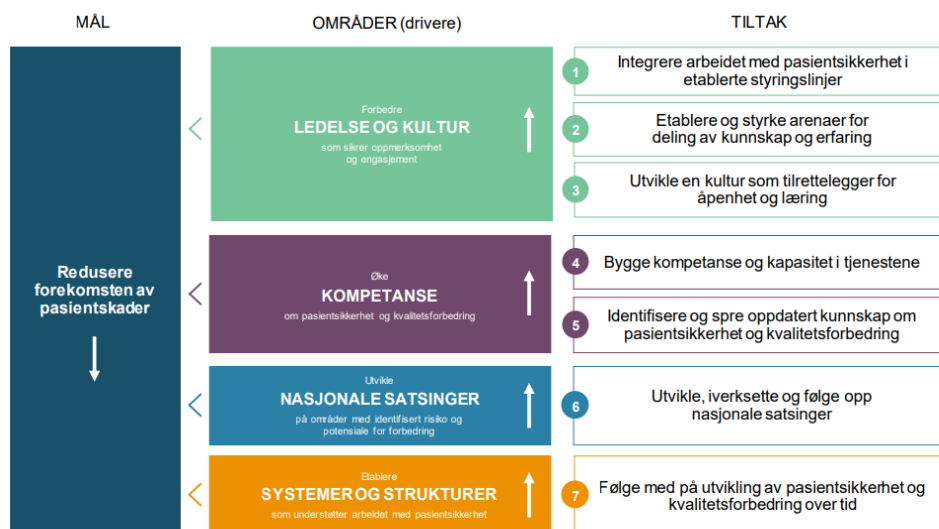
Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 har som mål å redusere omfanget av pasientskader. Her beskrives det at for å forebygge og redusere pasientskader, må det jobbes mer systematisk og sammen på tvers av profesjoner og tjenestenivå. Noen av

tiltakene som er spesifisert er å etablere og styrke arenaer for deling av kunnskap og erfaring, og utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring (Helsedirektoratet, 2019).

I årets sykehustale ble forbedring av kvaliteten og pasientsikkerheten også presentert som et av de tre hovedmålene til helseforetakene. Helseministeren formidlet at dette krever systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Fagfolk skal oppleve at det er trygt å si fra om forhold som svekker pasientsikkerheten, og de skal bli ivaretatt og fulgt opp. Helseministeren påpekte at helsetjenesten må jobbe for å ha en god delekultur. Helseministeren formidlet også at åpenhet om det som går galt og det som går bra forutsetter psykologisk trygghet. Dette arbeidet er en lederoppgave som må prioriteres, det kommer både ansatte og pasienter til gode, sier helseministeren (Kjerkol, 2023).

Det er helseforetakene som har ansvaret for å beslutte hvordan meldingen om uønskede hendelser håndteres internt. Som ledd i internkontrollen skal helseforetakene sørge for kontinuerlig forbedringsarbeid i helsetjenesten, gjennomgå og analysere hendelser som har eller kunne ha medført betydelige pasientskader, og iverksette korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Det er et sentralt element i virksomhetens systematiske arbeid med pasientsikkerhet å utrede uønskede hendelser som har medført eller som kunne ha medført en pasientskade, herunder klarlegge hendelsesforløpet og gjennomføre nødvendige tiltak (Riksrevisjonen, 2017)

I de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og sykehusenes årlige styringskrav har det nasjonale arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet gjennom flere år vært sentralt. Kravene og oppdragene har beskrevet at den norske helsetjenesten skal være preget av åpenhet og tillit og sykehusene skal arbeide med å redusere og forebygge omfanget av pasientskader i sykehusene i tråd med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og WHO's globale handlingsplan (Helsedirektoratet, 2019) og (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Figuren nedenfor viser nasjonale mål og tiltak fra nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

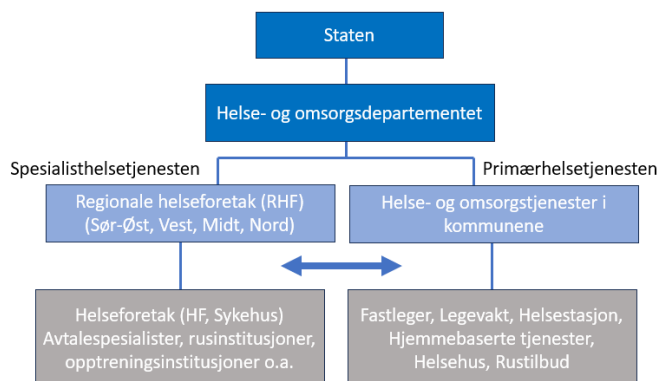


Figur 1. Nasjonale mål og tiltak (illustrasjon hentet fra nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring) (Helsedirektoratet, 2019)

2.3 Organisering av sykehuset og sykehusets meldesystem.

2.3.1 Om helseforetak

Den offentlige helsetjenesten i Norge er styrt av staten og regjeringens sittende helse og omsorgsminister. Den er inndelt i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er inndelt i 4 regionale helseforetak, Helse Sør-øst, Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord. De regionale helseforetakene eier de offentlige sykehusene i sin region. De offentlige sykehusene i Norge er organisert i helseforetak, som er styrt fra de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene fastsetter hvordan de ønsker å fordele tjenesteytelsene mellom sine underliggende helseforetak. Vi har i dag 32 helseforetak i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001).



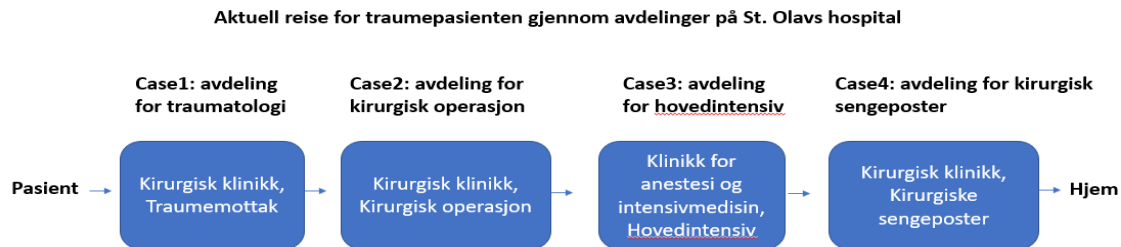
Figur 2. Om helseforetak (illustrasjon laget av forfatter)

2.3.2 St. Olavs hospital

I denne oppgaven har jeg sett på St. Olavs hospital universitetssykehus som er et av Helse Midt Norges 3 helseforetak. Sykehuset er integrert og samlokalisert med Fakultetet for medisin og helsevitenskap, Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Sykehuset er lokalsykehus for ca. 330 000 innbyggere og har regionale funksjoner for ca. 730 000 innbyggere. Sykehuset er inndelt i 20 klinikker/ divisjoner. Sykehuset har en 4 delt linjeledelse, med administrerende direktør på topp, klinikkjefer, avdelingssjefer og seksjonsledere. St. Olavs hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner (St. Olavs hospital, 2023).

Jeg har i denne oppgaven sett nærmere på avdelinger som behandler den hardt skadde pasienten injisert av et traume (traumepasienten) der avdelinger er i behandlingsskjeden for akuttkirurgi. Traumatologi er den delen av helsetjenesten som innbefatter diagnostikk og behandling av alvorlige kroppsskader som for eksempel skader hos pasient etter alvorlige trafikkulykker. På St. Olavs hospital er det traumeteam organisert av avdeling for traumatologi som mottar disse pasientene i akuttmottaket. Ut fra ulikt skadeomfang blir pasienten behandlet videre i sykehuset på ulike avdelinger (St. Olavs hospital, 2023). De hardest skadde pasientene blir ofte behandlet på kirurgisk operasjonsavdeling og kommer på hovedintensiv for overvåking i etterkant av operasjonen. Etter at pasienten er ferdig med intensivbehandling kommer de kirurgiske pasientene ofte på gastrokirurgiske sengeposter før de kan reise hjem eller til et rehabiliteringstilbud. Jeg har valgt å benytte denne pasientgruppen som utgangspunkt for utvalg av informanter da statistiske tall som referert til i oppgavens innledning viser for høy forekomst av uønskede hendelser hos den kirurgiske pasientgruppen. Jeg gir under en kort beskrivelse av avdelingene som informantene i denne oppgaven er leder for og avdelingenes organisatoriske plassering. Avdelingene som er representert i

oppgaven hører til under ulike klinikker/ enheter i sykehuset i organisasjonskartet og er ulikt plassert, men alle avdelingen samhandler om traumepasienten. Først en illustrasjon over en variant av en traumepasients reise gjennom sykehuset, inklusive oppgavens caser og de avdelingene som er representert i denne oppgaven.



Figur 3. Avdelinger involvert i oppgaven (illustrasjon laget av forfatter)

Kirurgisk klinikk, Avdeling for traumatologi

Avdeling for traumatologi er organisert under kirurgisk klinikk, men har sin utøvende tjeneste i akuttmottaket og er en av casene som det samles data fra i denne oppgaven. Avdelingen er Helse-Midt Norges regionale traumesenter og tar imot pasienter både fra lokalt nedslagsfelt for St. Olavs hospital og regionens pasienter fra de to andre helseforetakene (HNT og HMR). Avdelingen har ansvar for diagnostikk og behandling av pasienter med alvorlige kroppsskader (traumepasienter). Avdeling for traumatologi er sykehusets dedikerte redskap for å sikre systematisk og kvalitetssikret traumebehandling for pasienter i Helse- Midt Norge, i tillegg til å ha spesialkompetanse innenfor generell traumatologi. Avdelingen jobber for å sikre et system for best mulig initial traumebehandling og kontinuitet i videre tverrfaglig behandling og oppfølging av traumepasienter ved sykehuset. Avdelingen bemannes av spesialopplærte sykepleiere (traumekoordinatorer). Avdelingen drives av en avdelingssjef lokalt for traumatologiavdelingen for St. Olavs samt en medisinsk ansvarlig lege. Avdelingen har 11 antall ansatte deriblant traumekoordinatorer og datainnsamlingen i denne avdelingen vil omfatte blant annet deres arbeidsområde. Avdelingens utøvende virksomhet i akuttmottaket består i tillegg til traumekoordinatorer av traumeteam som sammensettes av flere profesjoner som er organisert fra andre avdelinger på sykehuset, disse profesjonene berøres indirekte i innsamling av data fra denne avdelingen (St. Olavs hospital, 2023).

Kirurgisk klinikk, avdeling for Kirurgisk operasjonsavdeling

Kirurgisk operasjonsavdeling er organisert under kirurgisk klinikk og er en av casene som det samles data fra i denne oppgaven. Avdelingen utfører både akutt og planlagt kirurgi. Personalet i kirurgisk operasjonsavdeling er spesialsykepleiere med videreutdanning i operasjonssykepleie, samt teknikere og spesialassistenter. Kirurgiske inngrep utføres av operasjonsteam og består også av kirurger og anestesipersonell, men disse er organisert under andre avdelinger i sykehuset. Målsetningen til avdelingen er å oppnå optimal kvalitet på behandling, pleie og service til alle pasienter ved kirurgisk operasjonsavdeling innenfor de ressursene som disponeres. Avdelingen drives av avdelingsleder operasjon og har ca. 81 ansatte. Datainnsamlingen i denne avdelingen vil omfatte blant annet arbeidsområdet til avdelingens ansatte. I tillegg vil Kirurgene og anestesipersonell som ikke er ansatt i denne avdelingen bli indirekte berørt i innsamling av data fra denne avdelingen (St. Olavs hospital, 2023).

Kirurgisk klinikk, gastrokirurgiske sengeposter

Gastro kirurgiske sengeposter er organisert under kirurgisk klinikk og avdeling for sengepost og poliklinikk og avdeling for leger og er en av casene som det samles data fra i denne oppgaven. Seksjonene har 2 delt ledelse, med seksjonsledere for leger og seksjonsledere for sykepleie. Det er tre ulike gastro seksjoner. Avdelingene spesialisere seg på utredning og kirurgiske inngrep i forhold til pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet og mage/tarm kanalen som kommer til sykehuset som øyeblikkelig hjelp og for planlagte operasjoner. Personalet på sengepostene består av kirurger, sykepleiere, hjelpepleiere, postvert og sekretærer. Avdelingene er organisert etter prinsippet pasientnær sykepleie- der hver sykepleier har helhetlig ansvar for det sykepleiefaglige for sin pasient. Avdelingene drives av seksjonsleder sykepleie og seksjonsleder lege og har 50 – 80 ansatte sykepleiere på hver sengepost og ca. 11 fast ansatte leger på hver post. Datainnsamlingen i denne avdelingen omfatter blant annet arbeidsområdet til avdelingens ansatte (St. Olavs hospital, 2023).

Klinikk for anestesi og intensivmedisin, avdeling for Hovedintensiv

Hovedintensiv er organisert under klinikk for anestesi og intensivmedisin og er en av casene som det samles data fra i denne oppgaven. Hovedintensiv ved St. Olavs hospital HF er den største intensivavdelingen i Helse Midt-Norge, og en av de mest moderne i Europa. Avdelingen består av to seksjoner; Generell intensiv og Thoraxintensiv. Generell intensiv er en seksjon med akutt og kritisk syke medisinske og kirurgiske intensivpasienter, samt postoperative pasienter. Thoraxintensiv er en kombinert postoperativ og intensivavdeling for pasienter som har gjennomgått hjerte- og lungekirurgi. Avdelingen ledes av avdelingsleder sykepleie og avdelingsleder leger. Avdelingen har ca. 140 sykepleiere og 8 leger og datainnsamlingen i denne avdelingen omfatter blant annet deres arbeidsområde (St. Olavs hospital, 2023).

2.3.4 Sykehusets meldesystem og kvalitetsstyringssystem

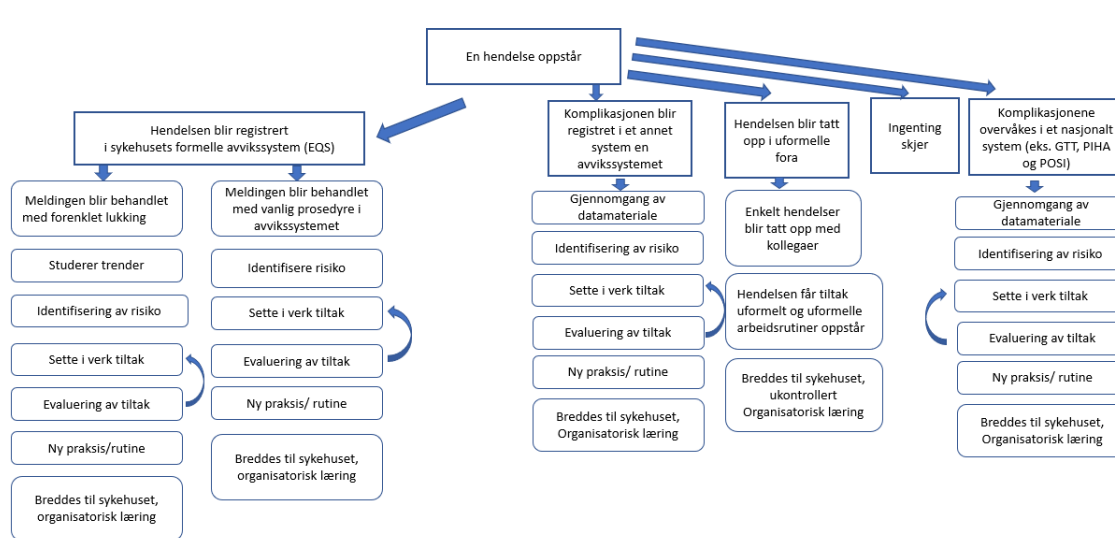
Hos St. Olavs hospital er ledernes ansvar for å holde oversikt over uønskede hendelser og områder med risiko tydelig forankret i ledelsesavtaler. Sykehusets interne meldesystem er beskrevet i sykehusets prosedyrer som en del av det helhetlige styringssystemet hos sykehuset og er tuftet på planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende.

Administrerende direktør rapporterer fortløpende risiko for pasientsikkerhet til styret. Her benyttes datamateriale fra det interne meldesystemet. Datamateriale fra det interne meldesystemet brukes også på direktørnivå som resultatmål i dialog med avtaleleverandører (eks. Helseplattformen og Epic) om tiltakene i feilretting- og optimalisering av systemene har tilstrekkelig risikoreducerende effekt. Det er derfor viktig at klinikkene melder uønskede hendelser i internt meldesystem og at meldingen behandles og kategoriseres fortløpende.

I sykehusets prosedyrer beskrives det at Kontinuerlig forbedring har en sentral rolle i kvalitetsarbeidet. Evnen til kontinuerlig forbedring er satt i sammenheng med både helseforetakets visjon om fremragende behandling og oppfølging av det lovpålagte arbeidet innen helse, miljø og sikkerhetsarbeid, kvalitet og pasientsikkerhetsutvikling, utvikling av gode arbeidsprosesser og dokumentasjon av resultater. I sykehusets utviklingsplan legges det vekt på helseforetakets evne til selv læring og det er fastslått at meldinger og god meldekultur er viktig grunnlag for forbedringsarbeid (St. Olavs hospital, 2023).

Meldeprosessen hos sykehuset jeg har studert er beskrevet i egen prosedyre. Det kommer her frem at alle risikoforhold og uønskede hendelser skal meldes og behandles i virksomhetens kvalitetssystem. Ansvar for å melde ligger hos den enkelte ansatte. Meldesystemet er bygd opp med et digitalt interaktivt meldeskjema som etterspør ulike data alt etter hvilke valg som gjøres underveis i registreringen. I meldeskjemaet skal melder både beskrive hendelsen og umiddelbare tiltak som er iverksatt, registrere årsaks vurdering og forslag til læringspunkter som kan/ bør operasjonaliseres for å forebygge lignende hendelser. Melder blir spurt om å beskrive umiddelbar konsekvens, plassere alvorlighetsgrad ut fra 6 ulike variabler, hvordan hendelsen ble oppdaget og hvor ofte slike hendelser forekommer. Melder må også ta stilling til type uhell, her skiller det mellom nesten uhell med potensiell skade for pasient og uhell med pasientskade. Melder må også ta stilling til hvorvidt hendelsen er pasientrelatert, valget er avgjørende for hvilke skjemafelt og hvilken veiledning melder får videre i registreringen og også hvilken kategori meldingene kommer i rapporter.

Når meldingen er ferdig registrert fra melder overføres den videre til behandling til meldingsansvarlig. Meldingsansvarlig for de ulike seksjonene, avdelingen, klinikkene er satt opp i systemet og genereres automatisk. Hvem som er meldingsansvarlig hos de ulike avdelingene er varierende, men som hovedregel er dette leder. Behandling av meldingen kan skje på to ulike måter. Behandler av meldingen vurderer fullstendig behandling eller forenklet behandling. Forenklet behandling kan utføres ved hendelser med mindre alvorlig konsekvens og lavt risikopotensiale og skal følges opp med trendanalyser ifølge prosedyre. Ved forenklet behandling er det kun kategorisering av hendelsestype og medvirkerne faktorer og klassifisering av alvorlighetsgrad som gjøres (både faktisk og potensiell). Fullstendig behandling av meldingen krever kategorisering av hendelsestype og medvirkende faktorer, beskrivelse av utløsende årsak og klassifisering av alvorlighetsgrad (både faktisk og potensiell). Oppfølging av pasient skal beskrives og man skal angi om hvor ofte hendelsen har inntruffet tidligere. Man skal også vurdere om det er aktuelt med risikovurdering for hendelsen, og eventuelt utføre dette, med sannsynlighet og konsekvensvurdering. Man vil få automatisk opp en status for risikovurderingen i fargekode, grønn, gul eller rød. Behandler skal så beskrive hvordan hendelsen er gjennomgått i enheten, hvilke tiltak som er planlagt for å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen og på hvilken måte tiltakene skal gjennomføres og til hvilken tid. For de mest alvorlige hendelsene er det flere delskjema som skal tildeles etter organisasjonsstruktur. I Figur nedenfor visualiseres ulike veier en uønsket hendelse eller elementer av en hendelse kan gå.



Figur 4. Meldingsflyt (illustrasjon laget av forfatter)

2.4 Forekomst av uønskede hendelser

Tall fra både internasjonale og nasjonale målinger og studier viser dessverre at uforholdsmessig mange pasienter blir skadet under behandling. I Norge har tallene ligget stabilt mellom 10-15 prosent de siste årene, hvor det for St. Olavs hospital i 2021 var 13,3 prosent målt i GTT. Det betyr at mer enn 1 av 10 pasienter påføres minst en skade under sykehusoppholdet. Alvorlighetsgraden av disse varierer, og volumet av skade ligger blant de minst alvorlige (Helsedirektoratet, 2022).

Tabellene nedenfor gir en pekepinn på forekomst, status, trender og utvikling for sykehusopphold med skade målt med GTT, meldte hendelser i sykehusets interne meldesystem og en tabell for trender av prevalenshendelser av målinger for helsetjenesteassosierte infeksjoner. Dette som et utgangspunkt for oppgavens relevans i forhold til hendelser å skape læring av. Når man skal benytte tall fra internt meldesystem må man hensynta sted og tid og kontekst for organisasjonen på daværende tidspunkt tallene er tatt ut fra. Tallene gir kun en pekepinn på en status for tidspunktet tallene er tatt ut i og må ses i lys av både organisasjonens kontekst på det øyeblikket og andre påvirkninger. Meldekultur og alle endringer, både store og små i organisasjonen vil påvirke tallene og må tas med i betraktningen.

Tabell for GTT tall:

	2019	2020	2021
Antall sykehusopphold med minst en skade (Nasjonalt)	12,4%	13,1%	12.8%
St. Olavs hospital	11,7%	10,8%	13.3%

Tabell 1. Sykehusopphold med forekomst av pasientskader målt med GTT

Kategorisering av skadetyper	2019	2020	2021
Legemiddelrelaterte skader	2,1%	1,9 %	2,3%
Annen Infeksjon	1,0%	1,5%	1,9%
Postoperativ sårinfeksjon	1,2%	1,6%	1,5%
Urinveisinfeksjon	1,6%	1,8%	1,5%
Nedre luftveisinfeksjon	1,3%	1,2%	1,2%
Trykksår	0,9%	1,1%	1,1%
Annen kirurgisk komplikasjon	1,7%	1,6%	1,1%

Tabell 2. Sykehusopphold med forekomst av pasientskader kategorisert etter kategorier i GTT. (Helsedirektoratet, 2022)

Tabell med antall meldinger tilordnet oppgavens caser i internt meldesystem på St. Olavs hospital de 3 foregående år:

	2020	2021	2022
Antall hos avdeling for traumatologi, leger og sykepleiere (Case 1)	6	4	5
Antall hos kirurgisk operasjon, sykepleiere (Case 2)	26	45	29
Antall hos hoved intensiv, leger og sykepleiere (Case 3)	108	87	119
Antall hos gastroenterologiske sengeposter, leger og sykepleiere (Case 4)	132	177	201

Tabell 3. Antall meldinger tilordnet oppgavens caser i internt meldesystem hos St. Olavs hospital. (Helsedirektoratet, 2022)

Tabell med norsk overvåkning for helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) oppgitt i andel for St. Olavs hospital. Målet for total forekomster av HAI på St. Olavs hospital er < 4.2 %.

	2019	2020	2021	2022
Postoperative sårinfeksjoner, blant opererte	8,8	6,5	10,3	3,3
Blodbaneinfeksjoner	1,3	1,3	0,7	1,4
Luftveisinfeksjoner	2,1	2,8	1,4	1,5
UVI	2	2,5	1,8	0,6
HAI St. Olavs hospital	8,2	9	6,5	4,4
HAI Norge	5,7	5,9	5,7	6

Tabell 4. Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) målt i nasjonal prevalensundersøkelse (NOIS-PIHA). (Folkehelseinstituttet, 2022)

3.0 Teori og tidligere forskning

Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres teori og tidligere forskning som til sammen danner det teoretiske rammeverket for oppgaven. Hensikten er å gi et innblikk i tidligere empiriske og teoretiske bidrag som er relevante for oppgavens tema. Dette danner også utgangspunktet for oppgavens diskusjonskapittel.

For å belyse teori knyttet til organisatorisk læring av uønskede hendelser vil jeg først presentere hva som ligger i læring etter hendelser og hva systematisk forbedringsarbeid er og sammenhengen mellom disse. Denne teorien skal være med å gi en beskrivelse av verktøy sykehuset beskriver i sine prosedyrer i forbindelse med arbeid med uønskede hendelser.

Deretter vil jeg presentere hva læring og organisatorisk læring er og sammenhengen mellom læring, endring og organisasjonsutvikling. Jeg vil også belyse hvordan kunnskap og kunnskapsdeling skjer i organisasjoner og ulike læringsarenaer. Deretter presenteres Senges fem disipliner som er en beskrivelse for hva som må til for å få til en felles læringsprosess ved uønskede hendelser (Senge, 2004). Læring vil i denne sammenheng ha hovedfokus på organisatorisk læring og ikke individuell læring.

Jeg vil så presentere organisasjonsutvikling som perspektiv (Thorsvik & Jacobsen, 2019), med fokus på selve endringsprosessen og faktorene som påvirker dette. Dette for å belyse hvilke faktorer som kan bidra til læring i de ulike fasene etter at en uønsket hendelse er meldt til endring er implementert. Jeg vil også presentere Trippel heliks-modellen (Aase, 2015). Perspektivet for organisasjonsutvikling og Trippel Heliks modellen vil til dels være overlappende med de andre modellene og perspektivene som er presentert tidligere i teorikapitlet, og vil være med og underbygge hvordan den organisatoriske prosessen kan skapes for organisatorisk læring.

Jeg vil til slutt presentere og gjøre en oppsummering av fremmere og barrierer på området.

Teorien som blir presentert i dette kapitlet sammen med empirien og bakgrunns kapitlets innhold danner grunnlaget for diskusjonen rundt problemstillingen.

3.1 Læring etter hendelser og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid

Jacobsen og Thorsvik omtaler læring etter hendelser som organisasjonens evne til å hente erfaringer fra hendelser som har skjedd, og omdanne kunnskapen til tiltak og aktiviteter som vil bidra til å forhindre fremtidige hendelser (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Aase beskriver at læring av erfaring utgjør selve grunnlaget for å rapportere uønskede hendelser og at den ideelle tilnærmingen til å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg er å se på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker, og hvordan konkrete arbeidsoppgaver fungerer (Aase, 2015). Presis informasjon, refleksjon og diskusjon bør vektlegges i arbeid med uønskede hendelser (Aase, 2015). Aase skriver at Leipzig & Schiøler (2003) hevder at læringspotensialet knyttet til uønskede hendelser uten særlig konsekvens er like stort som det er for hendelser som er av alvorlig karakter. Argumentene for å konsentrere seg om læring av nesten hendelser forsterkes ytterligere av at man da kan bruke ufarlige hendelser som læringsmateriale for å unngå de hendelsene som er alvorlig og innebærer pasientskade. Det er også lettere å snakke om hendelser som ikke har medført skade, enn en situasjon der en pasient ble skadet (Aase, 2015).

Kongsvik med flere skriver at det tradisjonelt sett er rettet mest fokus på læring av hendelser som har gått galt (Safety 1), men beskrivelser av hendelser som har gått bra (Safety 2) er også et godt utgangspunkt for læring knyttet til sikkerhet og et supplement til læring av feil og hendelser (Kongsvik, et al., 2018).

Reason sier at synet på en uønsket hendelse kan ses på fra to ulike tilnærminger, det individorientert og det systemorientert. Å forstå forskjellen på de ulike perspektivene har viktig praktiske implikasjoner for å håndtere den alltid tilstedeværende risikoen for uhell i medisinsk praksis. Reason beskriver at den individorienterte tilnærmingen har vært dominerende innen det medisinske fagfeltet og understreker betydningen av at alle feil og uønskede hendelser må sees i et systemperspektiv. En alvorlig svakhet ved det individorienterte fokuset er at ved å fokusere på feilens individuelle opprinnelse, isoleres handlinger fra deres systemkontekst. Reason sier at det ofte er de beste som gjør de verste feilene. Feil faller også ofte inn i et tilbakevendende mønster og er ofte ikke tilfeldigheter. De samme settene av omstendigheter kan trigge lignende feil, uavhengig av de involverte. Ved at man ikke oppsøker og fjerner de feilprovoserende egenskapene i systemet vil mest sannsynlig lignende hendelser oppstå. De senere årene har systemperspektivet vært mer fremtredende. Den systemorienterte tilnærmingen tar høyde for at mennesker er feilbarlige, og at feil vil skje selv i veldrevne organisasjoner. Feil blir ikke tilskrevet svikt hos enkeltpersoner, men som en konsekvens av uheldige systemforhold. Slik som f.eks. lokaliteter, bemanningsfaktorer og mangelfulle retningslinjer og prosedyrer. Når man skal forsøke å rette opp feilen, leter man etter hvilke systemer som ikke virker etter hensikten, og hvordan man i fortsettelsen kan styrke disse for å unngå tilsvarende uønskede hendelser. Dersom systemperspektivet og den miljømessige konteksten ikke hensyntas, risikerer manglende avdekking av viktige forbedringsområder. Ved ensidig vektlegging av den individorienterte tilnærmingen, risikerer man utvikling av frykt, manglende tillit og en dårlig meldekultur (Reason, 2000).

Målet med læring etter hendelser er å unngå gjentagelse av tilsvarende hendelser, derfor inngår læring som et viktig element i det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet til organisasjoner. Læring etter hendelser utgjør en del av den erfaringsbaserte læring ved at man tar i bruk historiske data (Aase, 2015).

Læring av uønskede hendelser fremstilles ofte som en rasjonell, lineær prosess der man kan tilegne seg og produsere kunnskap som kan omsettes til praksisforbedringer i helsetjenesten. Den mest vanlige tilnærmingen kan ses som en trestegs prosess (Aase, 2015) og (Stubberud, 2019).

1. Etablere system og prosedyrer for innsamling av informasjon om uønskede hendelser og nesten- hendelser (hva skjedde, hvem var involvert, når og hvor, årsaker og bidragsyttende faktorer).
2. Analysere informasjonen for å finne underliggende årsaksforhold (betydningen av hendelsen, årsaksanalyse- forstå underliggende faktorer og direkte årsaksmekanismer som kan ligge til grunn for organisasjonsendring og sikkerhetsforbedring)
3. Ledere benytter denne informasjonen og initiere tiltak (organisering og styring av ressurser, tverrfaglig samarbeid, ergonomi og design)

I tillegg vektlegges det å benytte en systemtilnærming i forebygging, analyse og læring og åpen kultur for rapportering og diskusjon av uønskede hendelser. Systemtilnærmingen innebærer at man analyserer underliggende årsaker til hendelsen, og at man har systemer som fanger opp uønskede hendelser før de får alvorlige konsekvenser. Denne strukturen preges av relativt teknisk syn på læring der en tenker at læring kan styres gjennom kunnskapsinnsamling, lagring, analyse og påvirkning.

Dette kan vi relatere til det interne rapporteringssystemet i virksomheter som en del av internkontrollen og det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet (Aase, 2015).

Som beskrevet i bakgrunns kapitlet 2.2 har Helse- og omsorgstjenesten en lovfestet plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten handler om å finne måter man kan gjøre ting annerledes for å oppnå en forbedring. Rapportering og læring av uønskede hendelser er et av de mest utbredte virkemidlene for pasientsikkerhet (Aase, 2015). Likevel finnes det både i forskningslitteraturen og i praksisfeltet dokumentasjon på at dette er et utfordrende område som for eksempel Riksrevisjonens rapport fra 2017 (Riksrevisjonen, 2017) og Ukoms rapport fra mars 2023 (UKOM, Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenester, 2023) som vist til i oppgavens innledning. Mange helseorganisasjoner har i dag gode mål, læringsrutiner og praksis knyttet til håndtering av uønskede hendelser. Likevel mener Aase at prosessen vanskeligjøres av ulik forståelse knyttet til betydningen av dette arbeidet, ulike kulturelle og strukturelle læringsbarrierer og mangel på hensiktsmessige læringsarenaer (Aase, 2015).

Læring av uønskede hendelser i helsetjenesten og kontinuerlig forbedring har en sentral rolle i det lovpålagte pasientsikkerhetsarbeidet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten som beskrevet i oppgavens innledning er bygget på W. Edvard Demings forbedringsmodell. Veilederen til forskriften sier at Demings fordringsmodell er en anerkjent metode for å planlegge og gjennomføre systematisk forbedringsarbeid. Veilederen påpeker at nøkkelen til å lukke avvik og forebygge uønskede hendelser er gode planer og systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2020).

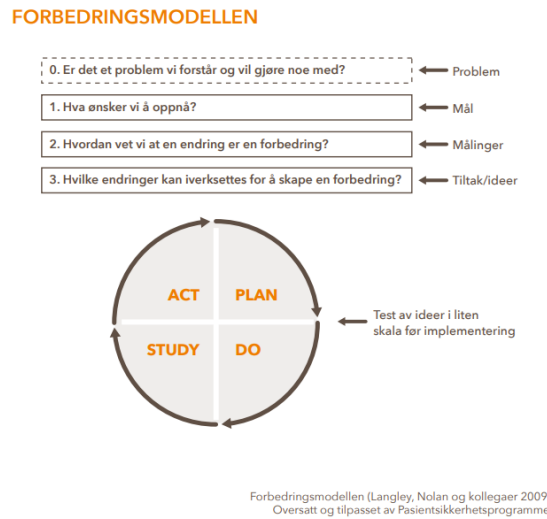
Stubberud sier at manglende forankring og ledelse av kvalitetsarbeid er en viktig årsak til uønskede hendelser og feil. Problemet kan være at ledere i for liten grad etterspør og er kjent med hvilken risiko pasienter og brukere utsettes for. Leder i helsetjenesten må se på arbeidet med forbedring som en sentral og nødvendig del av sitt arbeid og ikke bare noe som gjøres i tillegg. Ledere må også se på kvalitetsarbeid som en integrert del av daglig drift og ikke noe som skal komme i tillegg til de daglige oppgavene. Ledere må være opptatt av å ta ansvar for helhet og samhandling. Det omfatter blant annet å legge til rette for forbedring av prosesser, ikke bare i sin egen virksomhet, men også på tvers av tjenester (Stubberud, 2019).

W. Edward Deming (1900-1993) har vært en sentral person i forbedringsarbeidet. Forbedringsarbeid handler om småstegs (inkrementelle) endringer som skapes gjennom læring av erfaring. Demings forbedringsmodell er todelt. Først planlegges forbedringsarbeidet gjennom tre grunnleggende spørsmål for å sette et klart mål for arbeidet og bestemme hvilke målinger som skal gjøres for å vite om endringen faktisk fører til forbedring og finne tiltakene til forbedringen. Deretter testes ideer til endring gjennom en kvalitetssirkel bestående av de fire elementene PDSA. P står for «plan» og beskriver at man må planlegge det man ønsker å oppnå og hvordan man skal komme dit. D står for «do» og beskriver at planlagte tiltak iverksettes. S står for study, det betyr å kontrollere og om nødvendig justere tiltak med tanke på om de fungerer i tråd med vedtatte mål. A, står for «act» og betyr å korrigere ved avvik, det vil si å korrigere planer eller justere målene. Testingen gjennomføres helt til det er en høy tiltro til at ideene fungerer (Moen, et al., 2009).

Demings Kvalitetssirkelen viser hvordan systematisk styring og forbedringsarbeid inngår i en sammenhengende prosess. Systematisk bruk av Demings sirkel danner grunnlag for kontinuerlig forbedring av det daglige arbeidet.

Demings kvalitetssirkel:

1. Planlegge
2. Gjennomføre
3. Evaluere
4. Korrigere



Figur 5. Demings kvalitetssirkel (illustrasjon hentet fra (Helsedirektoratet, 2018).

3.2 Hva er læring og organisatorisk læring

3.2.1 Læring og organisatorisk læring

Læring er et fagfelt som er bredt studert og definisjoner av læring finnes det mange av i litteraturen. Hvordan forskere definerer læring avhenger både av hvilken skole og paradigme de tilhører, samt hvilket verdenssyn de har (Margaryan, Littlejohn, & Stanton, 2017). I det meste av litteraturen om læring i organisasjoner viser begrepet læring til at det er en prosess som fører til at praksis endres og at læring både omhandler å tilegne seg ny kunnskap og evnen til å bruke kunnskapen til endring av adferd. Generelt kan vi forstå læring som en prosess som bygger på tidligere erfaring, og som leder til endring av noe. Denne prosessen kan være kognitiv på individuelt nivå, ved organisatorisk læring er man opptatt av at denne prosessen og endringene skjer i organisasjonen (Thorsvik & Jacobsen, 2019). I denne oppgaven vil jeg i hovedsak ta for meg læring på organisasjonsnivå.

Noen av de mest kjente definisjonene på organisatorisk læring er:

Fiol og Lyles (1985) definerer læring som prosessen med å forbedre handlinger gjennom bedre kunnskap og forståelse (Sander, 2023).

Argyris og Schön (1978) definerte organisatorisk læring som deteksjon og korrigering av feil (Sander, 2023).

Huber (1991) sier at læring skjer i organisasjonen hvis gjennom sin behandling av informasjon, er utvalget av sin (organisasjonens) potensielle atferd endret (Sander, 2023).

Pedler, Boydell og Burgoyne (1989:91) sier at en lærende organisasjon er en organisasjon som tilrettelegger for læring hos alle sine medarbeidere, samtidig som den hele tiden utvikler seg selv for å nå sine strategiske mål (Schiefloe, 2021).

Dodgson (1993) beskriver organisasjonslæring som måten bedrifter bygger, supplement, og organiserer kunnskap og rutiner rundt sine aktiviteter og innenfor deres kulturer og tilpasse og utvikle organisasjonens effektivitet ved å forbedre bruken av de brede ferdigheter av arbeidsstokken (Sander, 2023).

Thorsvik og Jacobsen definerer læring som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Felles for alle disse definisjonen er at å studere læring betyr at fokus settes på dynamikken som finnes i organisasjonen, det vil si hvordan organisasjonen stadig justeres, endres og forhåpentligvis forbedres. Organisatorisk læring bidrar til tilpasning i omgivelsene, langsiktig konkurransefortrinn, innovasjon, effektivisering og endring (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Forholdet mellom læring og endring er omdiskutert. Jacobsen og Thorsvik argumenterer at læring og endring kan forstås som to sider av samme sak ved at å studere læring naturlig også omfatter å studere hvilke endringer læringsprosessen har resultert i (Thorsvik & Jacobsen, 2019). I denne oppgaven støttes denne påstanden og tar utgangspunkt i at endringer og læringsprosesser i organisasjonen er to sider av samme sak. Den enkle forklaringen er fra Klev og Levins resonnementet at all etablert hverdagspraksis i organisasjoner i bunn og grunn er lært, og at all ny praksis vil og må være resultat av læringsprosesser (Levin & Klev, 2018).

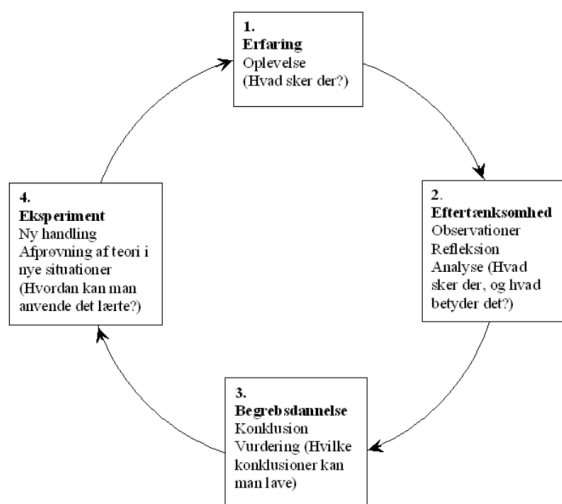
Jacobsen og Thorsvik legger vekt på at læring finner sted i organisasjonen når organisasjonen erfarer noe den mener det bør gjøres noe med, når organisasjonen forsøker å analysere hvorfor dette har skjedd, når organisasjonen forsøker å finne ut hva den må gjøre for å oppnå et bedre resultat og når organisasjonen iverksetter tiltak for å løse problemet og faktisk endrer atferden (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Organisasjonslæring omhandler endringer i organisasjonens formelle rutiner, de uformelle, kulturelle spillereglene og den tause kunnskapen som er i bruk i arbeids- og beslutningsprosesser (Kongsvik, et al., 2018).

Enkelt forklart kan man si at organisatorisk læring innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner og på tvers av organisasjonsgrenser (Aase, 2015). Nedenfor vil jeg forklare noen prosesser for erfaringsbasert læring og deling av kunnskap.

3.2.2 Erfaringsbasert læring

For å forstå hvordan vi lærer av erfaringer er Kolb sin lærings sirkel en nyttig modell. Kolbs lærings sirkel er en metode for å forstå de prosesser som ligger til grunn for læring. Han har inndelt denne prosessen i fire faser: erfaring, refleksjon, konseptualisering og eksperiment. Det første steget handler om en erfaring eller en handling og gir en konkret opplevelse. Steg to handler om å reflektere over handlingen/ erfaringen man har opplevd. Man prøver og forstå hva som skjedde så nøyaktig som mulig. I den tredje fasen forsøker man å lage en teori basert på de konkrete erfaringene. I den siste fasen prøver man ut denne teorien og lærings sirkelen starter på nytt (Tveiten, 2008). Læring etter uønskede hendelser er eksempel på erfaringsbasert læring, sirkelen har mye til felles med Demings PDSA sirkel.



Figur 6. Illustrasjon hentet fra (Wikipedia, 2022).

For at Kolbs læringsringsel og utøvelse av Demings kvalitetsringsel skal føre til organisatorisk læring er det avgjørende at den ikke bare benyttes på individuelt nivå, men at erfaringene og kunnskapen man opparbeider seg deles på tvers i organisasjonen (Thorsvik & Jacobsen, 2019), jeg vil i neste delkapittel beskrive hvordan deling av kunnskap kan foregå i organisasjoner.

3.3 Kunnskap og kunnskapsdeling

3.3.1 Taus og eksplisitt kunnskap – Nonaka og Takeuchi

Nonaka og Takeuchi skiller mellom det som litteraturen omtaler som eksplisitt og taus kunnskap. Taus kunnskap er læring som finner sted hos det enkelte individ i organisasjoner uten at det enkelte individ nødvendigvis er klar over det selv. Taus kunnskap er i hovedsak erfaring som den enkelte har utviklet over tid, ting som man bare vet fungerer, men som man har vanskelig for å sette ord på. Svært mye av læring som finner sted i organisasjoner skjer kun hos det enkelte individ (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Eksplisitt kunnskap er erfaringer og forhold som man kan sette ord på, og som ofte preger samtaler og diskusjoner blant ansatte omkring arbeidsoppgaver, utfordringer og muligheter i organisasjonen. Eksplisitt kunnskap nedfelles ofte skriftlig og settes i system i form av strukturer, rutiner og prosedyrer. Slik mange ser det, er den viktigste forutsetningen for å utvikle lærende organisasjoner at man klarer å avdekke og få artikulert den tause kunnskap som ansatte i organisasjonen har ervervet seg gjennom egne erfaringer. Derneft må denne informasjonen gjøres tilgjengelig for flere i organisasjonen, slik at den kan testes ut og bli til praktisk nytte for hele organisasjonen (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Nonaka belyser hva forholdet mellom taus og eksplisitt kunnskap i organisasjoner kan bety for læring i organisasjoner. Han beskriver fire former for læring som i varierende grad kan prege organisasjonen (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

1. Sosialisering – fra taus til taus kunnskap. Kunnskap som spres mellom mennesker uten at de nødvendigvis snakker sammen eller bevisst forsøker å overføre kunnskap. Eksempel: to kollegaer som jobber sammen vil observere hverandre og lære hva den andre gjør. Lite effektiv læringsform

2. Eksternalisering- fra taus til eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap hos den enkelte blir artikulert enten skriftlig eller muntlig, og blir gjort tilgjengelig for andre.
3. Kombinering – fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap. Her spres kunnskap ved at man setter sammen åpne informasjonskilder som i sin helhet gir et nytt bilde av situasjonen. Dreier seg om å systematisere kunnskap som allerede er tilgjengelig for organisasjonen. Lite effektiv læringsform.
4. Internalisering – fra eksplisitt til taus kunnskap. Her tas eksplisitt kunnskap i bruk av flere ansatte i organisasjonen, som tilpasser denne kunnskapen til egen taus kunnskap.

Nonaka mener at grunnlaget for å utvikle en lærende organisasjon er knyttet til eksternalisering og formidling av taus kunnskap, og til at eksplisitt kunnskap internaliseres slik at den tas i bruk i organisasjonen. Klarer man å fremme disse formene for læring, vil man oppnå en læringspiral i organisasjonen der taus og eksplisitt kunnskap forsterker hverandre. For at organisasjoner skal fremme gode læringsprosesser blant ansatte, må de både lage systemer som bidrar til at taus kunnskap blir artikulert og gjort eksplisitt, og systemer som bidrar til at eksplisitt kunnskap blir tatt i bruk og blir en integrert del av de ansattes tause kunnskap (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Schiefloe beskriver at de grunnleggende sosiale prosessene som driver denne kunnskapsspiralen er dialog, kobling mellom eksplisitte kunnskapselementer, læring gjennom erfaring og utvikling av arenaer for interaksjon. Disse prosessene sier noe om hva slags organisatoriske kvaliteter som må utvikles i en virksomhet som vil legge til rette for kunnskapsutvikling (Schiefloe, 2021).

Thorsvik beskriver at en lærende organisasjon/ Kunnskapsproduserende systemer er spesielt opptatt av hvordan organisasjonen klarer å utnytte taus kunnskap. Organisatorisk kunnskapsproduksjon kan ses på som «prosessen der individuell kunnskap blir tilgjengeliggjort og forsterket, samtidig som kunnskapen knyttes til det organisatoriske kunnskapssystemet». Målet for denne typen teori er å skape en organisasjon der medlemmene systematisk utveksler både taus og eksplisitt kunnskap, og på denne måten øker organisasjonens evne til å se nye ting og oppfatte gamle ting på nye måter. I praksis dreier dette seg om de fire prosessene; å gjøre taus kunnskap til eksplisitt (eksternalisering), å sette sammen kunnskap fra flere deler av organisasjonen (kombinering), å ta i bruk den eksplisitte kunnskapen og gjøre den til dagligdags praksis (internalisering), og spre den tause kunnskapen videre (sosialisering). Et viktig utgangspunkt er at kunnskap er sterkt knyttet til den organisatoriske konteksten den oppstår i å ha et bevisst forhold til arenaer for læring er viktig for å lykkes (Thorsvik & Jacobsen, 2019). I neste delkapittel vil ulike arenaer for læring presenteres.

3.3.2 Arenaer for læring

Jacobsen og Thorsvik sier at forskning innen organisasjonslæring har de siste årene hatt økt oppmerksomhet på betydning av praksis, kollektiv refleksjon og dialog. Læring anses som en sosial prosess og det pekes på at læring skjer i komplekse organisatoriske og profesjonelle settinger og ikke kan styres eller kontrolleres på en enkel måte (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

I sosiale læringsprosesser inngår både taus og eksplisitt kunnskap, og læring skjer i mellommenneskelige relasjoner. Studier av Waring & Currie (2011) av sosiale læringsprosesser viser at det er vanskelig å fange opp, kode og dele kunnskap fra hendelser gjennom sentrale systemer, fordi disse systemene er bygd opp rundt eksplisitt og håndgripelig informasjon. Deler av kunnskapen om hendelsen vil være taus- det vi si at helsepersonell ikke nødvendigvis kan gjenfortelle den skriftlige slik at andre kan forstå den. Informasjonsrikheten kan også være for lav til å vurdere forbedringspunkter for enkelthendelser (Waring & Currie, 2011). Utvalg for å utrede hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten av Stoltenberg II 2013 har pekt på at det er behov for ulike typer aktiviteter, møtesteder og

systemer- utover meldesystemet og avvikshåndteringssystem– i prosessen med å fremme læring av uønskede hendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

For å få til gode læringsprosesser er organisasjoner avhengige av ulike typer læringsarenaer (Aase, 2015). Jacobsen og Thorsvik peker på at forskning viser at praksisfellesskap betyr mye for læring (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Praksisfellesskap i organisasjoner er mennesker som jobber med samme type oppgaver og knytter bånd og deler og samsnakker om sine kunnskaper. Det utvikles også fellesskap mellom personer i ulike organisasjoner som jobber med samme type oppgaver, dette omtales ofte som praksisnettverk. Praksisnettverk er relasjoner som ofte er betydelig løsere enn mellom personer som jobber i samme organisasjon. Studier av praksisfellesskap i organisasjoner viser at kolleger betyr mye for hvordan man jobber, at praksis er bestemmende for hva man lærer om, og at fellesskap preger hvordan man lærer om det man jobber med. Praksisfellesskap påvirker hvordan ansatte skaffer seg informasjon, systematiserer og analyserer informasjon, og hvordan man formidler informasjon til andre og diskuterer erfaringer og ideer. Det er innenfor slike sammenhenger at ansatte utvikler felles identitet og former seg bilder av hva man gjør og hvordan man bidrar til å realisere organisasjonsmessige mål. Det er i slike fellesskap at man utvikler tette relasjoner som gjør det lett å fortelle andre om hva man opplever og tenker på jobben. Praksisfellesskap kan bidra til å forklare hvorfor kommunikasjons- og læringsproblemer gjør at organisasjoner fremstår som fragmenterte (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Praksisfellesskap dreier seg om grunnleggende epistemiske forskjeller mellom grupper av ansatte i organisasjoner. Praksisfellesskap fremmer læring blant medlemmer i fellesskapet, men skaper også læringsproblemer og barrierer i organisasjoner. Dette fordi det er vanskelig å formidle informasjon på tvers av praksisfellesskap. Sett i perspektivet om praksisfellesskap er det de epistemiske barrierene mellom ulike praksisfellesskap som gir kommunikasjonsutfordringer og ikke trekk ved informasjonen som gjør at den er vanskelig å formidle. Det kan være lettere å formidle informasjon til personer i andre organisasjoner som man er knyttet til gjennom praksisnettverk, enn å formidle informasjon og diskutere problemer internt i egen organisasjon (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Samarbeidsnettverk og praksisfellesskap er læringsarenaer vi finner i helsetjenesten. Aase og Lie (2008) viser fra sin forskning til at læring fra uønskede hendelser i helsetjenesten mellom leger i de fleste tilfeller karakteriseres av uformelle og spontane en-til-en samtaler mellom leger. Alvorlige hendelser blir til en viss grad diskutert på formelle møtearenaer som avdelingsmøter, komplikasjonsmøter, kvalitetsmøter, traumemøter og ulike spesialistfora, men de uformelle diskusjonene blant kollegaer i praksisfellesskap blir vektlagt av flere som den viktigste læringsarenaen. Aase viser til at det er blandede holdninger til hvordan de formelle foraene fungerer når det gjelder muligheten til å ta opp uønskede hendelser. Det er også ulike oppfatninger for hvor tilstrekkelige de uformelle diskusjonene er for å diskutere slike hendelser (Aase, 2015).

Fordi læring preges av det praksisfellesskapet man er en del av, og fordi det er epistemiske forskjeller mellom ulike praksisfellesskap, er det vanskelig å få sammenheng mellom læring som finner sted i ulike grupper selv om de er gjensidige avhengig av hverandre. For å få en lærende organisasjon som omfatter helheter og sammenhenger i organisasjonen, er det nødvendig å utvikle tiltak som synkroniserer læring lokalt hvor det er gjensidig avhengighet mellom grupper i organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik viser til at ny forskning viser at slike tiltak kan forankres i hierarkiske strukturer (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

En litteraturstudie om helseprofesjoners samhandling gjort i 2018 av Vik viser til at man kan stille spørsmål ved samhandlingstiltak som fremhever standardisering og effektivisering av oppgavefordelingen uten sosial interaksjon mellom aktørene. Tiltak som skaper

gjensidighetskunnskap og møteplasser på tvers av helsetjenestens mange grenser virker å ha større potensiale for å fremme samhandling. Vik argumenterer for at dette er tiltak som ikke er realiserbare handlingsvalg i en kompleks helsetjeneste. Likevel er dette sentrale funn som bør vektlegges innenfor de geografiske og medisinske områdene hvor samhandling tilknyttet bestemte pasientgrupper er avgjørende. (Vik, 2018).

En annen læringsarena i helsetjenesten er veiledningsgrupper og en til en veiledning når nye ansatte går sammen med mer erfarne ansatte. Digitale og nettbaserte verktøy er også voksende verktøy for kommunikasjon og utdanning i helsetjenesten (Aase, 2015).

Neste delkapittel belyser jeg hvordan læring i samhandling med andre foregår ved å sette spørsmålstegn ved de mål og verdier som man setter seg, gjennom åpen diskusjon med andre i ulike arenaer med refleksjon.

3.3.3 Enkelkrets og dobbelkretslæring, Argyris og Schøns handlingsteori

Når vi ser på læring knyttet til uønskede hendelser, er det sentralt å se på skillet mellom enkel- og dobbelkretslæring.

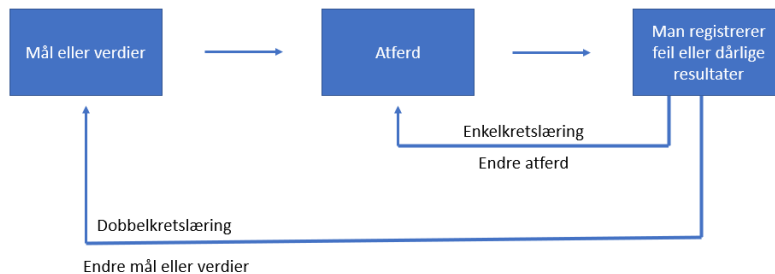
Tradisjonell tenkning omkring læring er at vi motiveres av mål, og at læring innebærer at vi ut fra erfaring forsøker å endre atferd slik at vi blir flinkere til å realisere våre mål. I Argyris' teori er det også et premiss at all intenderende atferd er motivert av noe vi ønsker å oppnå. Argyris ser på utfordringen med at vi egentlig ønsker noe annet enn det vi tror vi ønsker oss. Læring som finner sted når man etter hvert begynner å tvile på at det man blir flinkere til å gjøre, gir de resultatene man egentlig ønsker. Dermed blir spørsmålet om læring ikke lengre bare knyttet til hvordan man kan gjøre ting bedre, men også knyttet til det mer grunnleggende spørsmål: hvorfor skal man gjøre ting bedre? Med det forskyves fokuset fra at man er opptatt av hvordan man kan gjøre ting bedre, til at man begynner å stille spørsmål knyttet til selve målene og vurderer hele situasjonen på nytt. I enkelkretslæring er målene eller verdiene som styrer atferden, tatt for gitt. Man stiller ikke spørsmål om hvorvidt det er dette man egentlig ønsker, men er bare opptatt av å forbedre atferden. Det ligger også implisitt i denne typen læring at moralske og etiske spørsmål ikke blir stilt. Man tar for gitt at det man streber etter å oppnå, er både riktig og viktig. Dobbeltkretslæring er kjennetegnet av at man erfarer over tid at resultatene som man oppnår, ikke innfrir det man ønsker, slik at man begynner å stille spørsmål om hvorfor det man gjør, virker mot sin hensikt. Kan det være at de mål og verdier som ligger til grunn for måten man handler på, ikke er de mål og verdier man egentlig ønsker å oppnå? Den viktigste forskjellen mellom enkelkretslæring og dobbelkretslæring er viljen til konstant å vurdere og sette spørsmålstegn ved de mål og verdier som man setter seg, gjerne gjennom åpen diskusjon med andre (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Argyris argumenterer for at man bør etterstrebe tre ting for å utvikle evnen til å lære:

- Man bør legge stor vekt på å få så sann informasjon som mulig
- Man bør legge stor vekt på at valg av handlingsalternativ skal være basert på kunnskap
- Man bør kontinuerlig vurdere konsekvensene av de handlinger man gjør, og stille spørsmålet om det er dette man egentlig ønsker

Begrepet lærende organisasjon er knyttet til en ide om at organisasjoner må kunne lære og tilpasse seg endringer i eksisterende handlingsbetingelser, på samme måte som en levende organisme. Begrepet organisatorisk kunnskap er noe mer og noe annet enn summen av organisasjonsmedlemmenes individuelle bevissthet. For å forstå læring i organisasjoner er det nødvendig å forstå både læringsprosessen, det vil si hvordan organisasjoner lærer, og læringsinnholdet, det vil si hva organisasjonen lærer (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Organisatorisk kunnskap innebærer at flere mennesker i organisasjonen lærer, og at organisasjonen handler som en enhet på grunnlag av den nye kunnskapen som er tilegnet. Det vil si at det er flere individer som skal lære (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Under viser jeg en figur som fremstiller Argyris og Schøns handlingsteori.



Figur 7. Illustrasjon hentet fra (Thorsvik & Jacobsen, 2019) s. 348.

Jeg vil nå beskrive Senges 5 disipliner for å tilnærme seg organisatorisk læring.

3.3.4 Systemtenkning, Senges femte disiplin

Peter Senges teori om den femte disiplin er sentral når det kommer til lærende organisasjoner og systemtenkning. Han mener at å dele opp problemer i små biter og fragmentere verden kan tilsynelatende bidra til at det er lettere å mestre komplekse oppgaver og forstå innviklede spørsmål, men på en annen siden kan dette svekke evnen til å se en større sammenheng og evnen til å se konsekvensene av våre handlinger. Senge mener at å bygge lærende organisasjoner krever å se verden som en helhet og sammenhengende krefter (Senge, 2004).

Senge mener at de organisasjoner som skal lykkes i fremtiden, må være organisasjoner som oppdager hvordan de skal vekke til live menneskers motivasjon og fremme deres evne til å lære på alle nivåer i organisasjonen. Å lære er i utgangspunktet både lystbetont og en del av vår natur. Men først må man overvinne de barrierene som hindrer organisasjonen i å samles om en felles visjon og bli i stand til å lære (Senge, 2004).

Senge mener at forutsetningen ligger i at det på ledelsesnivå utvikles en bevisst læringsstrategi for hele organisasjonen som er forankret i systemtenkning. Utfordringene er både knyttet til å forløse læring blant medarbeidere i alle funksjoner og på alle nivåer i organisasjonen og å kanalisere den enkeltes læring på en slik måte at alle bidrar til å ivareta og fremme overordnede helhetsinteresser i organisasjonen. En lærende organisasjon i dette perspektivet er en organisasjon der alle medlemmer tenker på en spesiell måte som kan kalles systemtenkning. Dette er i stor grad et kulturelt aspekt i organisasjonen. Systemtenkningskulturen innebærer at man ser helheten og sammenhenger i egen organisasjon og den situasjon organisasjonen befinner seg i. Dermed kan man se sammenhenger mellom ulike hendelser og aktiviteter slik at man kan avdekke årsaker bak de effekter man observerer. Først når den enkelte medarbeider gjennom systemtenkning forstår helheten og sammenhengene mellom alt som foregår i organisasjonen, kan man tilpasse eget arbeid og læring til de øvrige aktivitetene til organisasjonen, slik at man unngår tendenser til suboptimalisering av delmål (Senge, 2004).

Peter M. Senge beskriver 5 ulike disipliner (kunnskaper og ferdigheter) organisasjonene må beherske for å skape en lærende organisasjon. Hver disiplin har i seg en vesentlig dimensjon når det gjelder å skape organisasjoner som virkelig kan lære og som stadig kan forbedre sin evne til å realisere sine

høyeste mål. Med en disiplin mener Senge et sett av teorier og teknikker som må studeres og mestres før de kan tas i bruk. En disiplin er en utviklingsvei der man kan tilegne seg visse ferdigheter eller kompetanse. Å praktisere en disiplin innebærer livslang læring og man kommer aldri til målet. En bedrift kan ikke være fremragende, i den forstand at den har nådd en permanent tilstand av fremragende virksomhet. Bedriften befinner seg alltid i en tilstand der den praktiserer læredisiplinene og der den enten blir bedre eller dårligere. De fem læredisiplinene skiller seg fra tradisjonelle disipliner innen bedriftsledelse ved at de er personlige disipliner. Hver av dem dreier seg om hvordan vi tenker, hva vi virkelig ønsker, og hvordan vi samhandler og lærer sammen med andre. Det er av helt vesentlig betydning at de fem disiplinene utvikles parallelt. Dette er en stor utfordring, for det er mye vanskeligere å integrere nye verktøy enn å anvende dem hver for seg. Men gevinsten er enorm ifølge Senge (Senge, 2004).

Personlig mestring: Personlig mestring handler om individuell utvikling. Å mestre noe betyr at individet har kunnskap og kan utøve bestemte ferdigheter. Personlig mestring innebærer individets evne og vilje til å lære og ha personlig selvdisciplin til å utvikle seg gjennom å lære ny kunnskap og nye ferdigheter. For at individer i organisasjonen skal kunne utvikle seg må ledelsen legge til rette for læring og personlig vekst. På sitt beste blir personlig mestring og vekst utgangspunktet for organisasjonslæring. En organisasjons evne til å lære kan ikke være større enn det den er hos organisasjonens medlemmer. Legger ikke ledelsen til rette for en personlig vekst hos de ansatte vil det resultere i at ressurser ligger ubrukt. Personlig mestring handler om at individet kontinuerlig klarlegger og utdypet en personlig visjon, konsentrerer sine krefter, utvikler tålmodighet og oppfatter virkeligheten på en objektiv måte. Det handler om at man forsøker å leve opp til det høyeste ambisjonsnivået sitt. De gjensidige forpliktelsene mellom individ og organisasjon og det spesielle miljøet man finner i en bedrift med lærende mennesker skaper en sammenheng mellom personlig og organisasjonsmessig læring (Senge, 2004).

Mentale modeller: Mentale modeller tar utgangspunkt i refleksjoner og individets undersøkende egenskaper og modenhet for endring. Disiplinen handler om bevissthet rundt egne inngrodde antagelser, generaliseringer eller tankebilder som påvirker hvordan vi oppfatter verden og hvordan vi handler. Vår ubeviste tenkemåte kan ha en gjennomtrengende påvirkning på våre handlinger. Disiplinen mentale modeller handler om å snu speilet innover- å lære å oppdage våre indre bilder av verden, bringe dem opp på overflaten og underkaste dem en streng granskning. Dette innebærer også evnen til å gjennomføre lærende samtaler, der mennesker både blottstiller sin egen tankegang og åpner seg for påvirkning fra andre (Senge, 2004).

Å skape felles visjoner: Denne visjonen handler om evnen til å skape et felles bilde av den fremtiden vi ønsker. For å lykkes må man ha et felles mål, verdier og visjoner som organisasjonens mennesker har sluttet opp om. Dette knytter mennesker sammen om en felles identitet og felles skjebne. Der det finnes en ekte visjon vil mennesker skape og lære, ikke fordi de blir fortalt hva de skal gjøre, men fordi de har lyst. Individet må lære å utvikle en følelse av forpliktelse overfor organisasjonen. Å skape en felles visjon omfatter evnen til å avdekke de felles bildene av fremtiden som fremmer ekte innsatsvilje og deltagelse, snarere enn lydighet. Når de mestrer denne disiplinen, lærer ledere hvor uproduktivt det er å prøve å diktere en visjon, uansett hvor mye de selv brenner for den (Senge, 2004).

Gruppelæring: En gruppes intelligens kan overstige summen av intelligensen til gruppens medlemmer, og gruppen kan utvikle en usedvanlig evne til å stå sammen. Disiplinen starter med dialog og handler om interaksjoner i gruppen. Det handler om gruppemedlemmenes evne til å sette tidligere overbevisninger til side og på en genuin måte å engasjere seg i å tenke fellesskap. For de gamle grekerne betydde dia-logos at tanker og ideer skulle få flyte fritt i gruppen, slik at den kunne

oppnå innsikt som medlemmene ikke kunne finne frem til hver for seg. Å forstå hva en dialog innebærer betyr også å lære å kjenne igjen hva som undergraver læring i gruppens samhandling. Folks behov for selvforsvar virker sterkt inn på hvordan en gruppe fungerer. Hvis man ikke er seg selv bevisst, vil det undergrave læring. Hvis man derimot tar dette opp på en kreativ måte, kan det fremme læring. Og hvis ikke grupper kan lære, vil heller ikke organisasjoner lære. Når grupper virkelig lærer, oppnår de ikke bare glimrende resultater, men de enkelte medlemmene av gruppen opplever en langt raskere personlig vekst enn de ellers kunne ha fått (Senge, 2004).

Systemtenkning: Systemtenkning er den femte disiplinen og utgjør et begrepsmessig skjelett. Systemtenkningen integrerer og smelter sammen alle disiplinene til en enhet av teori og praksis og består av å forstå helheten og sammenhengen i organisasjonen og hvilken situasjon man befinner seg i. Med en systemorientering har man mulighet for å se hvordan de enkelte disiplinene henger sammen og griper inn i hverandre og hvilken situasjon uønskede hendelser befinner seg i. Det igjen betyr å se sammenhenger mellom ulike hendelser og aktiviteter, slik at årsakene kan avdekkes. I dag er systemtenkningen viktigere enn noensinne fordi vi overveldes av kompleksitet (Senge, 2004).

Jeg har til nå beskrevet hva læring og organisatorisk læring er gjennom blant annet kjente definisjoner i litteraturen. Jeg har beskrevet prosesser som leder til organisatorisk læring gjennom Demings sirkel, Kolbs læringssirkel og tre stegs modellen. Jeg har beskrevet hvordan læring oppstår og skapes gjennom taus og eksplisitt kunnskap og målet for læring av uønskede hendelser gjennom blant annet Aases beskrivelse av å unngå gjentakelser. Jeg har beskrevet hvordan læring skjer i samspill i organisasjoner gjennom enkelrets og dobbelkretslæring. Jeg har beskrevet noen arenaer for hvor læring skapes gjennom blant annet praksisfellesskap. Jeg har også beskrevet organisatoriske forutsetninger/ egenskaper for å skape læring gjennom Senges fem disipliner. Jeg vil i neste delkapittel beskrive perspektivet organisasjonsutvikling som en prosess der læring skapes, dette som en komplementering av Demings forbedringssirkel, Kolbs læringssirkel og tre stegs modellen. Også vil jeg beskrive Trippel Heliks modellen, dette som en komplementering til Senges 5 disipliner.

Denne teorien sammen mener jeg gir en forståelse for prosesser, elementer og forutsetninger for å skape organisatorisk læring etter uønskede hendelser og bidrar til å gi teoretiske svar samens med data fra intervjuer på hvorfor man ikke lykkes med arbeidet som vist til i innledningen på rapport fra riksrevisjonen og UKOM og tall fra pasientskader. Jeg vil i siste del av dette teorikapitlet komme med en oppsummering av hemmere og fremmere knyttet til organisatorisk læring.

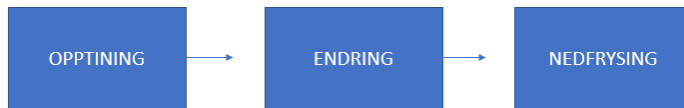
3.4 Teoretiske perspektiver og modeller

3.4.1 Organisasjonsutvikling

Organisasjonsutvikling handler om forbedring, utvikling, demokratisering, læring og effektivisering. Det handler om planlagte endringsprosesser i organisasjoner der det ligger en viss faglig analyse til grunn for det som gjennomføres. Det er basert på å få frem data om tilstanden i en organisasjon, gjøre en form for analyse og iverksette tiltak (Levin & Klev, 2018).

Organisasjonsutvikling omfatter metoder for planlagt endring som legger vekt på demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeidere i endringsprosesser. Fokuset i organisasjonsutvikling settes først på kulturendring (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Kurt Lewin har vært sentral i utvikling av det teoretiske perspektivet. Han skisserte tre faser alle organisasjonsendringer må igjennom. Opptiningsfasen; en fase som skal skape motivasjon for endring. I denne fasen må det skapes en holdning om at dagens situasjon er gal, og at det vil gå galt hvis man fortsetter på samme måte. Opptiningsfasen må også skape en psykologisk trygghet der man enten forsøker å redusere redsel og

uvilje mot endring, eller påpeker hva som ikke skal endres og hva som forblir stabilt. Endringsfasen; er fasen hvor tiltak iverksettes. Her skapes nye holdninger og ny atferd gjennom forskjellige tiltak, for eksempel opplæring, kommunikasjonstrening, endret formell struktur, ny lederstil osv. Til slutt kommer Nedfrysingsfasen; i denne fasen skal nye tiltak stabiliseres og rutineres. Her må tiltak evalueres, og man må undersøke om det er samsvar mellom nye holdninger (kultur) og faktisk adferd (struktur) (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Nedenfor en illustrasjon av Lewins trestegsmodell for endring.



Figur 8. Illustrasjon hentet fra (Thorsvik & Jacobsen, 2019) s. 390.

Helt sentralt i organisasjonsutvikling er deltagelse. Ansatte og ledelse skal sammen foreta en analyse av dagens situasjon, de skal sammen komme frem til forslag til løsninger og hva som skal endres, og det er et fellesprosjekt å bli enige om hvordan gjennomføring av endring skal gjennomføres i praksis. Organisasjonsutviklingsprosesser vil etter denne modellen ofte oppleves som tidkrevende og langsom, men enkelte påpeker at selve prosessen fører ofte til at partene bruker god tid på å bli enige i forkant, til at selve implementeringen går fort og uten store konflikter (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Organisasjonsutviklingsprosessen baserer seg på at det er et grunnleggende positivt menneskesyn og at mennesket har lyst til å utvikle seg og lære. Den baserer seg på at organisasjonen består av sosiale grupper med en fri og åpen dialog mellom mennesker og grupper der man kommer frem til omforente løsninger. Den baserer seg også på at endring er en kontinuerlig prosess, tett knyttet til læring. Endring blir ikke betraktet som noe tidsavgrenset, men mer som en måte å organisere virksomheten på. Relativt flate strukturer er sentralt, med stor vekt på bred deltagelse fra flere grupper og nivåer i organisasjonen. Bred deltagelse øker muligheten for at mange synspunkter kommer frem slik at man får god kvalitet på de beslutninger som tas. Gjennom deltagelse kan man også oppnå et «eierforhold» til endringsforslagene, noe som øker muligheten for å lykkes med endringen (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Denne prosessen har paralleller knyttet til Demings PDSA sirkel og Kolbs lærings sirkel. Opptining har parallell med P, endring med D, og nedfrysning med S og A.

Jeg vil supplere teorien jeg har beskrevet til nå med Trippel heliks- modellen. Denne modellen viser betydningen av å ha fokus på selve hendelsen sammen med kreativ dialog og kollektiv praksis.

3.4.2 Trippel Heliks- Modellen

Trippel heliks-modellen er utarbeidet av Swart & Pye (2002) og oversatt til norsk av Karina Aase (Aase, 2015). Aase har tatt til orde for at denne modellen bør legges til grunn for læring etter uønskede hendelser i helsevesenet. Modellen legger vekt på det kollektive, i stedet for individuell kunnskap. Modellen viser til læring og endring i organisasjoner og kan brukes til å få forståelsen av hvordan sykehus kan lære av uønskede hendelser. Trippel heliks-modellen består av tre tråder som er avhengig av hverandre. Trådene i modellen representerer henholdsvis individuell kunnskap omkring en hendelse, refleksjon omkring dette både på et individuelt og kollektivt nivå, som skal føre til oppfølging og endring av praksis på bakgrunn av en hendelse og refleksjon.



Figur 9. Illustrasjon hentet fra (Aase, 2015) s. 104.

Trippel heliks-modellen består av følgende tre tråder som er flettet inn i hverandre, og som er avhengig av hverandre:

- Hendelse erfaring, uttrykker individuell kunnskap knyttet til bestemte hendelser eller erfaringer. Det finnes et utall forskjellige beskrivelser knyttet til en enkelt hendelse eller erfaring, som ofte varierer fra person til person.
- Kreativ dialog, innebærer aktiv refleksjon over de ulike beskrivelsene av hendelser/ erfaringer, individuelt eller kollektivt. I de kollektive prosessene er det viktig at representanter fra ulike perspektiver samles.
- Kollektiv praksis, handler om å følge opp aspekter fra den kreative dialogen og endre sin egen eller fellesskapets praksis relatert til de ulike hendelsene/ erfaringene.

Modellen viser at læringsaktiviteter bør utvikles med alle de tre trådene inkludert. Tilnærminger som eksempelvis bare vektlegger dialog uten å knytte denne til spesifikke hendelser/ erfaringer, eller som bare vektlegger endring av praksis uten at endringen er knyttet til en kreativ dialog, har liten sjanse for å lykkes. Forskning viser at organisasjoner har en tendens til å utvikle læringsprosesser som er basert på bare ett eller to av elementene i trippel heliks-modellen (Aase, 2015).

Jeg vil nedenfor gi en oppsummering om hva teori og forskning sier om faktorer som er med på å fremme og hemme organisatorisk læring. Listen er ikke uttømmende, men er essensielle/ viktige elementer i prosessen for organisatorisk læring etter uønskede hendelser.

3.5 Faktorer for å lykkes med læring og endring i organisasjoner

Jacobsen og Thorsvik beskriver følgende trekk som ser ut til å kjennetegne vellykkede, planlagte endringsprosesser (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

- Det er skapt en følelse av at noe må gjøres, det vil si at det er en utbredt oppfatning i organisasjonen at det er behov for endring. Endring oppleves som nødvendig og rasjonelt av de fleste medlemmer i organisasjonen
- Organisasjonen har kapasitet til å gjennomføre endring, noe som innebærer at organisasjonen har erfaring med tidligere, vellykkede endringer. I tillegg må det finnes ledige ressurser for å arbeide med endring, samt at organisasjonen må ha ledere som har erfaring med å lede endringsprosesser.
- Tiltak som iverksettes for å gjennomføre endringene, er forskningsbasert i den forståelse at de har vist seg å virke positivt i andre endringsprosesser. Spesielt vekt bør legges på tiltak som medvirker til å muliggjøre endring blant organisasjonens medlemmer. Slike tiltak knytter seg blant annet til deltakelse, medvirkning i å sette mål, samt utvikling av den enkelte og grupper for å kunne håndtere endringer.

I tillegg beskriver både Aase og Jacobsen og Thorsvik flere organisatoriske tiltak som bidrar til organisatorisk læring (Aase, 2015) og (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

- Overlappende møteplasser på tvers av hierarkiske nivåer og funksjonell spesialisering.
- Samarbeid med mentorer. Nyansatte settes sammen med erfarne, slik at de kan observere og lære. I praksis betyr dette at det arbeides svært mye i team sammensatt av både erfarne og nyansatte.
- Desentralisering som oppmuntrer til horisontal kommunikasjon mellom individer og grupper, noe som fører til at kunnskap spres raskere, og at flere ulike perspektiver møtes og brytes mot hverandre.
- Utstrakt bruk av digitale databaser der kunnskap kan knyttes til den erfaring som finnes i organisatoriske regler, rutiner og prosedyrer. Ny kunnskap legges ut i databaser og gjøres tilgjengelig for alle andre.
- Systematisk trening og opplæring der ny kunnskap blir gjort om til konkret atferd.
- En kultur preget av tillit og omtanke for hverandre, noe som gjør formidling av informasjon lettere.
- Kunnskapsaktivister som har en spesiell rolle ved å samle inn informasjon fra andre og videreformidle informasjon til andre, de står ofte mellom ulike måter og ser problemer på og kan bidra til nye vinklinger og perspektiver.
- Organisasjonen utarbeider en kunnskapsvisjon, knyttet til hva slags kunnskap man ser for seg at organisasjonen skal utvikle ideelt sett.

3.6 Barrierer mot læring og endring i organisasjoner

Aase skriver at det finnes et flertall forskningsstudier som bekrefter at ideelle læringsforhold knyttet til uønskede hendelser ikke fullt ut er til stede i helsetjenesten per i dag. Aase beskriver at hovedårsaken kan tilskrives strukturelle og kulturelle trekk (Aase, 2015). Aase beskriver blant annet disse trekkene:

- Tid
- Frykt for negative reaksjoner fra ledelsen og kollegaer
- Komplisert registreringssystem
- Rapporteringen oppleves som verdiløs
- Byråkratiske rapporteringsrutiner som skaper ekstra administrasjon
- Manglende respons på meldinger

Læring i organisasjoner er ofte komplekse sammensatt og det finnes flere grunnleggende organisatoriske forhold som kan fungere som barrierer mot organisatorisk læring. Jacobsen og Thorsvik beskriver noen (Thorsvik & Jacobsen, 2019);

- Tillit
- Informasjonsutveksling
- Maktforhold
- Kultur
- Kompleksitet i beslutningstaking

Hierarki og læring, makt og læring

Thorsvik og Jacobsen skriver at hierarkiet er vurdert som det organisasjonsstrukturelle trekket som hemmer mest kommunikasjon, koordinering, og læring i organisasjoner. Hierarkiske strukturer gjør at informasjon som kommuniseres vertikalt oppover til ledere, selekteres og filtreres, slik at problemer, feil, svikt og mangler underkommuniseres. En underordnet vil ikke frivillig formidle informasjon som stiller en selv i et dårlig lys, og spesielt ikke hvis det kan skape problemer i form av

uteblivelse av belønning og karrieremuligheter. Derfor hevder mange at ledere i store organisasjoner aldri kan ha sikker kunnskap om hva som skjer i egen organisasjon, og hva som er situasjonen lokalt (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Hierarki finner man i den lagdelte strukturen med beslutningsrettigheter forankret i organisasjonens formelle struktur, men det er også et hierarki i den sosiale rangering som er forankret i organisasjonens kultur. I grupper med kunnskapsarbeidere utvikles det ofte en rangordning som gjør at noen personer får mer oppmerksomhet og tillit enn andre. Forskning viser at sosiale hierarkier er viktig for læring, men at også denne form for hierarki stort sett hemmer læring. Personer som opplever seg selv som lavt i hierarkiet er ofte redd for å si noe, slik at mye informasjon aldri blir formidlet. Effekten av sosialt hierarki og læring i organisasjoner er at det betyr mer hvem som har sagt noe, enn innholdet i det som blir sagt (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Aase skriver at nyere forskning viser imidlertid at hierarkiske løsninger kan fungere positivt og være viktig for å synkronisere læring innenfor ulike praksisfellesskap. De kan fremme sammenhengende organisasjonsmessig læring mellom autonome enheter og grupper i organisasjoner, knyttet til organisasjonens overordnede mål. Men det forutsetter at hierarki ikke bare er trekk ved organisasjonen som fordeler beslutningsrettigheter og myndighet mellom ansatte, men et system av forpliktelser som kan forhandles og endres etter hvert som situasjoner lokalt i ulike grupper endres (Aase, 2015).

Jacobsen og Thorsvik skriver at forskning viser at praksisfellesskap hvor ulike grupper i organisasjonen er gjensidig avhengig av hverandres arbeid kan gjøre det vanskelig å fremme helhet og sammenheng i læringsprosesser. For å tilpasse praksis og læring mellom grupper som er gjensidig avhengig av hverandre, må man for det første forstå konsekvensene for hverandre av hva man gjør lokalt. Dessuten må man forstå hvilke felles overordnede mål man skal bidra til å realisere, og hva det krever av tilpasninger og endringer lokalt i hva man gjør og hvordan man løser oppgavene. Ledere i ulike enheter og grupper kan spille en viktig rolle for å skape sammenhengende og helhetlige læringsprosesser. Tidligere forskning som Thorsvik og Jacobsen viser til har utviklet en prosessmodell for synkronisert læring på tvers av grupper som er gjensidig avhengig av hverandre. Der begynte man med å kartlegge hva de ulike gruppene måtte gjøre for å realisere overordnede mål. I løpet av prosessen møttes lederne fra alle berørte parter for å forhandle og reforhandle forpliktelsene til hver enkelt leder, inntil de var enige om et nytt sett av forpliktelser som lederne var villig til å være ansvarlige for. Lederne var i stand til å bidra til å synkronisere endringene fordi hver enkelt forstod hva deres gruppe skulle gjøre for å realisere de nye målene. Dette viser hvordan forpliktelser og ansvarsforhold knyttet til hierarki kan forhandles og reforhandles på måter som gjør at fokus rettes mot forhold som fremmer læring på tvers av ulike grupper og interesser i organisasjonen (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

4.0 Problemstilling, forskningsspørsmål og metode

Dette kapitlet starter med å presentere oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 4.2 beskrives oppgavens avgrensninger. Deretter gir kapitlet en beskrivelse av oppgavens metodevalg. I kapitlet 4.3 gis en beskrivelse av oppgavens forskningsdesign. I kapittel 4.4 orienteres det om hvordan data til oppgaven ble samlet inn. Hvordan dataene er analysert beskrives i kapittel 4.5. kapittel 4.6 inneholder noen betraktninger jeg har gjort meg omkring kvaliteten på studien. Til slutt redegjøres det for forskningsetiske vurderinger i kapittel 4.7.

4.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgavens innledning og teori beskriver at organisatorisk læring er et tema som er bredt studert. Samtidig er temaet også høyaktuelt i dag, spesielt er det knyttet oppmerksomhet i sentrale dokumenter om krav til å skape organisatorisk læring som et virkemiddel for å unngå uønskede hendelser som vist til i oppgavens innledning. Som vist i teorikapitlet, er temaet stort og sammensatt. Forskning og nye rapporter viser at det fortsatt i dag er utfordringer knyttet til læring av uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Dette gjør temaet aktuelt å studere. Teorien som er presentert forteller at læring etter hendelser preges av både formelle og uformelle prosesser og forholdet mellom disse prosessene er sentralt når vi snakker om organisatorisk læring. Oppgaven ser på strukturer og formelle og uformelle læringsarenaer som påvirker den organisatoriske læringen. Jeg ser på hvordan ledere forholder seg til formelle retningslinjer (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring) og om de har en systematisk tilnærming til arbeidet med organisatorisk læring. Jeg har valgt å studere nærmere hva som er hemmere og fremmere for organisatorisk læring av uønskede hendelser ut fra et lederperspektiv. Problemstillingen til oppgaven er som følger:

Hvordan arbeider ledere med organisatorisk læring etter uønskede hendelser og hva er suksessfaktorer og utfordringer?

Basert på teorien og tidligere forskning som er presentert og for å underbygge oppgavens problemstilling har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål.

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan forholder ledere seg til meldesystemet og uønskede hendelser, og hvilket fokus har de?
2. Hvilke systemer/ modeller benytter ledere for læring av uønskede hendelser?
3. Hvordan legger ledere til rette for deling av kunnskap, og hvilke arenaer mener lederne er de viktigste?
4. Hvordan forholder ledere seg til læring etter uønskede hendelser?
5. Hva gjør ledere for å fremme organisatorisk læring?

4.2 Begrensninger til oppgaven

Det er mange typer uønskede hendelser i helsevesenet. Oppgaven omhandler organisatorisk læring knyttet til pasientrelaterte uønskede hendelser. Det vil si at oppgaven ser på de formelle og uformelle sidene i organisatorisk læring. Oppgaven ser på prosessene som skjer i arbeid med uønskede hendelser fra etter at de er meldt. Det vil si at rapportering av hendelser ikke inngår i denne oppgaven, se figur 4. Omfang av meldinger er presentert som bakgrunnsmateriale, men ikke diskutert videre. Oppgaven ser på den organisatoriske læringen og den individuelle læringen vil i liten grad bli omtalt. Hovedfokus til oppgaven er hvordan ledere praktiserer, iverksetter og

implementerer tiltak knyttet til uønskede hendelser. Dette for å skape organisatorisk læring. Pasientsikkerhet er omtalt som tema i oppgavens bakgrunnskapittel da målet med organisatorisk læring er økt pasientsikkerhet. Det er en kausal sammenheng mellom læring og tilbakeføring og redusert forekomst av unødig pasientskade (Aase, 2015). Ut over dette er ikke pasientsikkerhet drøftet som eget tema i oppgaven.

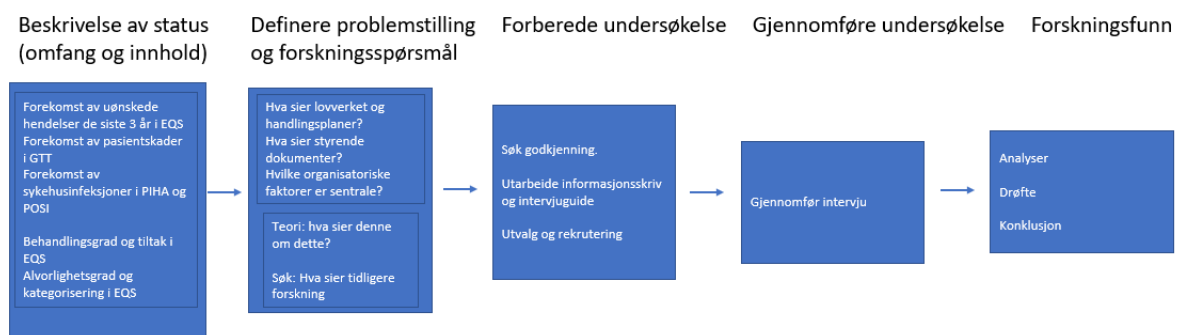
4.3 Forskningsdesign – den kvalitative metoden, flercasestudie

Forskningsdesign beskriver hvordan en undersøkelse skal gjennomføres. Hvilke metoder man velger er avhengig av hva man ønsker å finne ut av. En velger metode ifra hvilket formål prosjektet har, og hvilke forskningsspørsmål man velger å stille. Kvalitativ metode er særlig hensiktsmessig når man ønsker å undersøke fenomener i dybden. Eller å se på fenomener som det er lite forsket på. Ut fra metodevalget finnes det en rekke forskjellige forskningsdesign å velge mellom (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). For å kunne svare på min problemstilling og mine forskningsspørsmål, har jeg benyttet meg av en kvalitativ metode.

Det er mange forhold som kjennetegner den kvalitative metoden. Noen av disse er ifølge (Tjoara, 2021) vektlegging av forståelse, nærhet til den man forsker på og en åpen interaksjon mellom forsker og informant, data i form av tekst og en induktiv (eksplorerende og empiridrevet) fremgangsmåte. Kvalitative studier forholder seg gjerne til et fortolkende paradigme, ofte med fokus på informantenes opplevelser og meningsdannelse, og hva slags konsekvenser meningene har. Tjora beskriver at den kvalitative forskningen preges av innlevelse og kreativitet, men også struktur og systematikk. Forskingen kan være drevet frem av både empiri og teori, men som regel i samspill mellom disse. Den kan være avgrenset av miljø, fenomen, type informanter eller perspektiver og teorier. Tjora vektlegger de sosiale situasjonene, ofte på detaljnivå, og hvordan disse situasjonene oppstår og danner utgangspunkt for videre interaksjon, sosialisering og utvikling av normer, kulturer og samfunn. Den kvalitative forskningen går i dybden og vektlegger observasjon og forskeren er åpen og nysgjerrig etter å finne ut hva respondentene mener og synes. Kvalitativ metode er opptatt av å forstå eller beskrive hvordan vi mennesker oppfatter verden og hvilke relasjoner som betyr noe for oss. Kvalitative metoder benyttes til å uttale oss spesifikt om sosiale mønster innenfor et avgrenset område, gjerne gjennom intervjuer eller observasjoner (Tjoara, 2021).

Jeg har gjennomført dybdeintervjuer med enkeltindivider og hatt fokus på en åpen interaksjon mellom meg som forsker og informantene. Jeg har intervjuet informantene ut fra flere caser og sett på det samme fenomenet og gjennomført en flercasestudie med et cross- case design (samsvarsdesign). Grunnlagsinformasjon til oppgaven er hentet ut av kvantitativt materiale gjennom tilgjengelig statistikk fra sykehusets kvalitetssystem.

I prosesskartet nedenfor illustreres oppgavens forskningsdesign.



Figur 10. Oppgavens forskningsdesign (illustrasjon laget av forfatter)

4.4 Datainnsamling – kvalitativt. Flercasestudie med dybdeintervju og cross- case design

Jeg har gjennomført en flercasestudie som en kvalitativ forskningsmetode. Casestudier kjennetegnes av få analyseenheter. Enhetene kan for eksempel være enkeltstående personer, grupper eller organisasjoner. Casedesign har avgrenset oppmerksomhet mot den spesielle casen og har en mest mulig detaljert beskrivelse. Forskerne henter inn mye informasjon fra noen få caser gjennom detaljerte og omfattende datainnsamling. Casestudier gjennomføres ofte ved hjelp av kvalitative tilnæringer, som for eksempel intervjuer, men det kan også anvendes kvantitative data og metoder som eksisterende statistikk og strukturerte spørreskjema. Caseundersøkelser kan med fordel gjennomføres ved å kombinere forskjellige metoder for å skaffe seg mye og detaljert data. Casestudier er en god metode å bruke når man ønsker svar på spørsmål som handler om hvordan noe skjer og hvordan noe oppleves. En casestudie kan bestå av både enkeltcase design og flercase design. Både enkeltcasestudier og flercasestudier ønsker å undersøke og forstå fenomener i dybden. I flercasestudier observeres flere caser som et uttrykk for det samme fenomenet. I slike studier kan man se variasjon innenfor den rammen av fenomen man undersøker. Når en casestudie består av flere caser gir det grunnlag for å kontrollere caser med hverandre. En replikasjonslogikk gir grunnlag for å finne ut om forskjeller og likheter. Flercasestudier åpner for sammenlikning mellom casene, og studier av et bestemt fenomen i ulike kontekster – såkalt cross-case studier (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

Jeg har i denne studien brukt et Cross- case design (samsvarsdesign) med replikasjon. For å danne meg et utgangspunkt av status og omfang av uønskede hendelser har jeg sett på sykehusets meldesystem, sykehusets førende prosedyrer og organisering.

Utvalgsstrategi:

Å velge hvem som skal være med i en undersøkelse er en viktig del av forskningen. Både utvalgsstørrelse, utvalgsstrategi og rekruttering er sentralt. Når det benyttes kvalitative metoder, ønsker man å komme nær innpå personer i den målgruppen man er interessert i å vite noe om. Hensikten med kvalitative intervjuer er fylldige beskrivelser, slik at problemstillingen kan belyses fra flere sider. Rekruttering av informanter i kvalitative studier handler om å finne informantene som er mest relevante og interessante ut fra formålet med studien. Det er ofte vanskelig å avgjøre på forhånd hva som vil være nok intervjuer eller observasjoner i en kvalitativ studie. En tommelfingerregel er at utvalget skal være stort nok til å belyse problemstillingen. Det vil si at antallet vil være avhengig av kvaliteten på intervjuene som gjennomføres. Enkelte forskere hevder at det bør gjennomføres datainnsamling helt til forskeren ikke lengre får noen ny informasjon og oppnår et metningspunkt der det ikke lengre har noen hensikt å intervjuer eller observere flere informanter. I teorien er det ingen øvre eller nedre grense. Det er allikevel viktigere å skaffe et relevant utvalg av informanter fremfor mange. En kvalitativ dataanalyse fungerer best når datamaterialet inneholder rikelig med informasjon om det som skal undersøkes, gjerne med flere variasjoner, uten at datamaterialet er for omfattende. Rekruttering av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål og kalles for strategisk utvelgelse. Det vil si at forskeren først bestemmer seg for hvilken målgruppe som må delta for å få samlet nødvendig data for så å velge ut personer fra målgruppen som skal delta. Utgangspunktet er hensiktsmessig og ikke representativt (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

Utvalg av målgruppe

Min utvalgsstrategi i denne oppgaven har vært å finne målgruppe og rekruttere informantene som er relevante for å besvare min problemstilling.

St. Olavs hospital er et stort sykehus og er inndelt i 20 klinikker, som igjen er delt opp i avdelinger og seksjoner. For å velge ut hvilke klinikker og avdelinger jeg skulle studere valgte jeg å ta utgangspunkt i forekomst av pasientskader da disse ofte har utspring fra en uønsket hendelse og at det da er dokumenterte hendelser å lære av, dette for å begrense utvalget mitt. Jeg valgte å se på nasjonale målinger på forekomst av pasientskader (GTT) og så at kirurgiske skader var en av skadetyperne med høyest forekomst (Helsedirektoratet, 2022). Dette var også sammenfallende med nasjonal prevalens og insidensmålinger som vist til i oppgavens kapittel 2.4, der trenden av kirurgiske infeksjoner har høyest forekomst av infeksjonstypene som blir målt. På bakgrunn av disse målingene sammen med at jeg så på forekomst av uønskede hendelser registrert i sykehusets interne meldesystem valgte jeg å se nærmere på avdelinger i den kirurgiske aksen. Jeg ønsket å se på hele behandlingsskjeden for å se på sammenhenger og samhandling. Jeg valgte da å se på avdelinger som driver med mottak og behandling av traumepasienten. Derfor ble casene:

- Case1: Traumemottak
- Case2: Kirurgisk operasjon
- Case3: Hovedintensiv
- Case4: kirurgiske sengeposter

Dette er avdelinger som driver med pasientbehandling som karakteriseres med relativt høy risiko. Jeg mener at jo høyere risiko en driver virksomhet innenfor, jo viktigere er det at systemene rundt fanger opp uønskede hendelser og feil. I disse tilfellene er det meget viktig å lære av de feilene. Dette gjør de utvalgte avdelingen til aktuelle caser for denne oppgaven. Tidsrommet jeg har sett på for datagrunnlag er de tre siste årene (2020, 2021, 2022). I oppgavens bakgrunnskapittel, har jeg gjort en nærmere beskrivelse av de ulike avdelingene.

Utvalg av informanter

Ledere ved St. Olavs hospital har en stor del av ansvaret for arbeidet med håndtering av uønskede hendelser. Dette fremkommer av St. Olavs hospital sine prosedyrer og styrende dokumenter. Det ble derfor naturlig at ledere ble min målgruppe. Sykehuset har en 4-delt linjeledelse, med administrerende direktør på toppen, under denne er det kliniksjefer og underlagt disse er det avdelingsledere og under disse er det seksjonsledere. Jeg valgte å intervju avdelingsledere og seksjonsledere for å komme nært den operative driften der de uønskede hendelsene finner sted. Jeg har samlet inn dataene gjennom 9 intervju med enkeltindivider i lederroller fra de utvalgte casene. Jeg har intervjuet avdelingsledere som behandler pasienten både før, under og etter den kirurgiske behandlingen for å se på hele behandlingsskjeden. Jeg har valgt å intervju ledere både på sykepleie og lege siden for å få et helhetlig inntrykk. På bakgrunn av at jeg selv har et stort nettverk på sykehuset er det vanskelig å ta ut informanter utenom mitt eget kontaktnett. Jeg har derfor intervjuet informanter som jeg samhandler mye med, men også informanter som jeg ikke har samhandlet med før. Dette betyr at jeg må være spesielt oppmerksom på min forforståelse, både under intervjuene og i min analyse.

Gjennomføring av intervjuer:

Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale med struktur og et formål og egner seg godt når man ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer. Gjennom samtaler kan jeg som forsker og informantene forstå hverandre, svare på hverandres spørsmål, kommentere hverandres utsagn eller handlinger, beskrive intensjoner jeg har, hva vi tenker, føler og mener (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Samtalene jeg har hatt har gitt meg et innblikk i verden sett fra informantens synspunkt. Formålet med intervjuene har vært å forstå og danne meg en beskrivelse av hvordan ulike avdelinger i sykehuset håndterer uønskede hendelser og bruker informasjonen til å lære og dele erfaringer med andre og bruker denne informasjonen i pasientsikkerhetsarbeid. Jeg har gjennomført intervjuene mer som en dialog enn rene spørsmål og svar. Registreringer av svar fra informantene utgjør dataen/empirien. Intervjuene er tatt opp digitalt og slettes når oppgaven er avsluttet.

Kvalitative intervjuer gjør det mulig å få frem kompleksitet og nyanser (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Intervjuene jeg har gjennomført har vært knyttet opp mot informantene som et subjekt, der jeg som forsker har forsøkt å avdekke hva informantene subjektivt mener om arbeidet med uønskede hendelser. Jeg har benyttet en til en intervju for å legge til rette for å få fylldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til området.

Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, mens spørsmålene, temaer og rekkefølgen kan variere. Intervjuer kan bevege seg frem og tilbake. Spørsmålene i kvalitative intervju er åpne, og det er ikke formulert svaralternativer på forhånd. Informanten formulerer svarene med egne ord. Selv om jeg som forsker bruker åpne spørsmål kan jeg ha en struktur ved at for eksempel alle informanten får samme spørsmål. En intervjuguide er ikke det samme som et spørreskjema, men en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås. De ulike temaene springer ut av de problemstillingene og forskningsspørsmålene som skal undersøkes og belyses. Ved utarbeidelse av intervjuguiden har jeg som forsker først identifisert sentrale deltemaer som inngår i den overordnede problemstillingen og forskningsspørsmålene. I tillegg har jeg utarbeide underpunkter eller underspørsmål for å dekke eller utdype de ulike temaene. Det er vanlig å starte med introduksjonsspørsmål for å rette oppmerksomheten mot temaet for så å benytte et overgangsspørsmål for å gå fra generelle betraktninger til personlige erfaringer og informantens forståelse for så å gå til nøkkelspørsmålene. Nøkkelspørsmålene er kjernen i intervjuet. Det er viktig og runde av intervjuet på en rolig og ryddig måte og avsette tid til avsluttende kommentarer. Det er viktig å formulere spørsmålene i intervjuet som meningsfulle og at de kan bidra til svar på problemstillingen (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

Jeg har benyttet delvis strukturert intervju basert på en intervjuguide. Jeg tenker at delvis strukturerte intervjuer gir en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet. Intervjuene er utført med intervjuguide som ble utlevert til alle informanter i forkant av intervjuet sammen med informasjonsskriv. Samtykke til å delta i forskningsprosjektet ble foretatt ved intervjuenes start. Utvikling av intervjuguiden er gjort på bakgrunn av oppgavens teori og problemstilling. Intervjuene er gjennomført metodisk likt.

Jeg har under intervjuene og analysen av dataene vært oppmerksom på at et intervju er en relasjon mellom deltakeren og at informasjonene som kommer ut av intervjuet er avhengig av relasjonene. Det er mange forhold som kan påvirke disse relasjonene og dette er det viktig å være bevisst på som forsker og at det kan påvirke svarene jeg får.

Nedenfor er en oversikt over informantene og svar på spørsmål jeg stilte alle informantene i intervjuets innledning for å få en oversikt over lederspenn, lederpraksis og lederens egen oppfatning av omfang av avvik.

Informant	Tidsbruk i intervju	Opptak av intervju	Lederspenn	Ledertid	Omfang av meldinger
Informant 1	55 min	Ja	Ca. 11 ansatte	3 år	15- 20 i året
Informant 2	58 min	Ja	Ca. 81	15 år	Ikke oversikt
Informant 3	49 min	Ja	Ca. 12	4 år	30 – 40 i året
Informant 4	50 min	Ja	Ca. 75	5 år	Ca. 50 i året
Informant 5	43 min	Ja	Ca. 11	1 år	Ca. 120 i året
Informant 6	44 min	Ja	Ca. 45	8 år	Ca. 60
Informant 7	57 min	Ja	Ca. 8	18 år	Ca. 150
Informant 8	59 min	Ja	Ca. 11	11 år	Ca. 80-100
Informant 9	50 min	Ja	Ca. 8	7 år	Usikker

Tabell 5. Nøkkelopplysninger om informantene i oppgaven

4.5 Analyse av data. Pentagonmodellen

Innholdsanalyse:

Før man starter analysearbeidet må man redusere mengden data som er samlet inn så den blir håndterlig å jobbe med og lage et rammeverk for å formidle innholdet på en forståelig måte. Når man samler inn kvalitativ data er det en stor fordel at det også er den som samler inn som analyserer, dette for å få med seg alle elementene i det et intervju inneholder. Kvalitativ data taler ikke for seg selv, de må tolkes. Når man analyserer, betyr det å dele opp data i biter. Det forskeren undersøker betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler, og målet er å avdekke et budskap eller en mening, å finne et mønster i datamaterialet (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2019).

Analysen av flercasestudie er gjerne enklere enn ved en enkeltcasestudie og funnene er mer robuste. Hvis det er gjennomført mange casestudier kan analysen innlemme kvantitative teknikker og forskeren kan kvantifisere funnene gjennom å sette opp tabeller. Hvis det er et mindre antall caser er det andre teknikker som for eksempel å sortere og systematisere datamaterialet for å finne fellestrekk, poenger, konsistente og eventuelt inkonsistente funn på tvers av materialet. Cross- case-analyser er gjerne temasentrerte på tvers av datamaterialet. Det er temaene som er sentral i analysen. En viktig del av analysejobben er å lete etter felles temaer, erfaringer og strategier som svarene kan sorteres under. Ofte gir intervjuguide hjelp til å sortere. Det finnes ulike praktiske løsninger for sorteringsarbeidet (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2019).

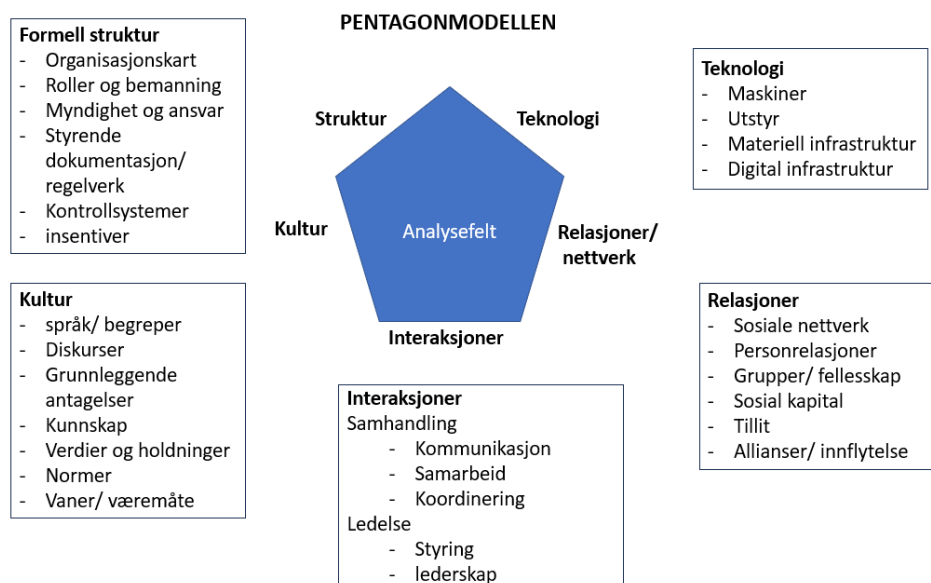
Alle intervjuene ble gjennomført av meg som intervjuer, tatt opp digitalt og transkribert av meg. Intervjuene ble etter transkriberingen bearbeidet og analysert ved å benytte en kvalitativ

innholdsanalyse. Metoden innebære å velge ut tekstsitater på en systematisk måte som belyser problemstillingen og forskningsspørsmålene. Dette ble gjennomført ved å utvikle relevante koder som var mest fremtredende i forhold til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Kodene ble videre analysert og kategorisert til temaer. Tekstsitater og innhold fra transkripsjonene av intervjuene som hadde koder ble sortert under de ulike temaene.

Det ble tatt stilling til følgende spørsmål for å få en oversikt over innholdet og koble sammen de ulike tekstsitatene og kodene til tema:

- Hva virker å være sentralt og hva er perifert?
- Hvilke koder (og tekster) ser ut til å beskrive det samme?
- Er noen tekster veldig forskjellige i form og innhold?
- Hvilke koder og tekstutdrag gir et enhetlig bilde?
- Hvilke koder og tekstutdrag virker motstridende?

Pentagonmodellen er en analytisk modell som blir brukt for å forstå organisasjoner. Modellen er basert på sosiologiske perspektiver som fokuserer på at organisasjoner er sosiokulturelle systemer med meningsfulle, sosiale handlinger (Schiefløe, 2021). I denne oppgaven benyttes pentagonmodellen som et analyseverktøy og rammeverk for å sortere og presentere det innsamlede datamaterialet på en forståelig måte. Nedenfor vises modellen:



Figur 11. Pentagonmodellen (illustrasjon hentet fra boken organisasjonsanalyse (Schiefløe, 2021) s. 135)

Hver kant i modellen representerer de viktigste komponentene som kjennetegner en organisasjon. De fem komponentene, som er vist i figur 11. brukes til å identifisere viktige momenter i analysen: teknologi, formell struktur, kultur, interaksjoner og sosiale relasjoner. I midten av pentagonmodellen plasseres temaet som skal analyseres (Schiefløe, 2021), som i denne oppgaven er organisatorisk læring av uønskede hendelser.

I resultatkapitlet har jeg sortert informasjonen fra intervjuene under de ulike komponentene i pentagonmodellen. Deretter har jeg i diskusjonskapitlet analysert funnene med henblikk mot teori, forskningsspørsmål og problemstilling. Jeg har i utvelgelsen av resultatene benyttet et cross-case design og sammenliknet de ulike funnene med hverandre opp mot forskningsspørsmål og problemstilling. Jeg har sett på om det var elementer mellom informantene som var ulike og hva som

fremsto som likt. En av fordelene med cross- case analyser er at de styrker relevansen og overføringsvegene til andre settinger og bidrar til høyere grad av generaliserbarhet. Det øker også graden av forståelse og forklaringskraft, og muligheten for å identifisere mer generelle kategorier med egenskaper og verdier.

4.6 Forskningens troverdighet og gyldighet.

I forskning er ikke dataen som samles inn selve virkeligheten, men representasjoner av den. Det er da viktig å se på hvor god og relevant de innsamlete dataene er for å representere fenomenet jeg ser på. I forskningen benyttes kvalitetskriterier gyldighet (validitet), pålitelighet (reliabilitet) og generaliserbarhet som indikatorer på kvaliteten. Gyldighet handler om logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn, og de spørsmål jeg søker å finne svar på, altså om forhold mellom selve undersøkelsen og den verden jeg undersøker. Det handler om hvorvidt de svarene jeg finner i forskningen faktisk er svar på de spørsmål jeg forsøker å stille. Pålitelighet handler om sammenheng i forskningsprosjektet. Generaliserbarhet er knyttet til forskningens relevans ut over de enhetene som faktisk er undersøkt (Tjoara, 2021).

Jeg har i oppgaven vært bevisst på at min forståelse som forsker er blant annet formet av personlig bakgrunn, erfaring og politisk syn. Dette påvirker hvordan jeg har formet forskningen med hensyn til tema, metode, valg av teori og analyse. Jeg har reflektert over at det er viktig at jeg som forsker er klar over at min egen forutinntatte forståelse kan ha stor betydning for gjennomføringen av forskningsprosjektet. At forforståelsen kan ha preget min måte å formulere spørsmål på, og også preget min analyse og tolkning av materialet.

Jeg har igjennom hele prosessen være oppmerksom på at min bakgrunns forståelse kan være med på å prege oppgaven. Dette på grunn av mitt store personlige engasjement i emnet og egne arbeidsoppgaver og rolle knyttet til arbeidet. For å unngå at dette skal gjøre oppgaven mindre valid, har jeg vært strukturert og metodisk korrekt og forankre mine funn til teori og forskning. Å bekrefte de empiriske funnene i forskning og litteratur og ikke kun i min og andres opplevelse gjør at validiteten til oppgaven forsterkes. Jeg er oppmerksom på validitetsutfordringer ved at jeg har måtte benytte meg av eget kontaktnett for å fremskaffe informanter. Jeg har intervjuet en miks av nære samarbeidspartnere og partnere som jeg ikke har et arbeidsforhold til i dag. Jeg mener dette er med på å styrke validitet til oppgaven.

Resultatene jeg har kommet frem til kan være med på å beskrive utfordringer i deler av organisasjonen. Man kan diskutere om mitt materiale vil være for lite for å kunne generalisere, men jeg tror det helt klart er viktige momenter som kan gjelde hele organisasjonen. Jeg mener også at det er momenter som kan være gjeldende for andre organisasjoner i slikt arbeidet.

4.7 Forskningsetiske vurderinger

All virksomhet som har en konsekvens for andre mennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder. Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale. Etikk dreier seg først og fremst om forholdet mellom mennesker, det vil si spørsmål om hva vi kan gjøre og ikke gjøre mot hverandre, men det dreier seg også om hvordan vi mennesker direkte eller indirekte påvirker hverandre. Forskning må forholde seg til etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, spesielt ved datainnsamlingen, dette er ofte gjeldende for samfunnsforskning. Det er viktig å ha fokus på at informantene etter intervju ikke skal sitte igjen med en vanskelig følelse, som at de har dummet seg ut eller føler på at de har utlevert for mye informasjon. Som forsker er det viktig å tenke på hvordan et tema kan belyses uten at det får etiske uforutsiktlige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper av

mennesker eller hele samfunn. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora har vedtatt forskningsetiske retningslinjer. De viktigste prinsippene og ta hensyn til er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade. Samler man inn data som kan identifisere enkeltpersoner må dette avklares i forhold til personopplysningsloven. Personopplysninger kan være direkte identifiserbare opplysninger eller indirekte opplysninger ved en kombinasjon av flere opplysninger satt sammen kan knyttes til en person (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

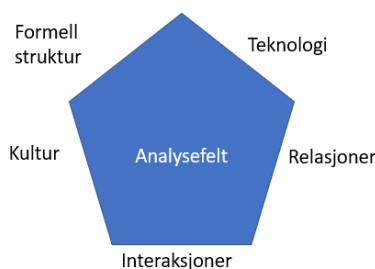
Jeg har innhentet samtykke av alle informantene før oppstart av intervju. Jeg har vært åpen på at alle informantene bestemmer selv over sin deltagelse og har på hvilken som helst tidspunkt mulighet til å trekke seg. Jeg har levert inn søknad for å se på om min forskning berører personsensitive opplysninger og har utarbeidet et informasjonsskriv før intervjuene med informantene der jeg opplyser informantene om at de til enhver tid har fri tilgang til å trekke seg uten at dette på noen som helst måte skal påvirke de i negativ retning. For at forskningen min skal inneholde mest mulig informasjon som jeg samler inn, har jeg vært bevisst på gode intervjuer med gjennomtenkte tema og spørsmål som i størst mulig grad ivaretar informantenes trygghet.

5.0 Resultater, empiri og analyse

I dette kapitlet er resultatene fra intervjuene presentert. Datamaterialet er organisert i kategorier fra pentagonmodellen, dette for å systematisere funnene og for å se på organisatoriske faktorer mot problemstillingen. Under hvert tema fra pentagonmodellen oppsummeres de sentrale funnene. De sentrale funnene presenteres til slutt i en oppsummering av hemmer og fremmere til arbeidet i en pentagonmodell. Her er det gitt farger til faktorene som virker negativt for læring- rødt. De faktorene som virker positivt for læring er farget grønn og de nøytrale står uten farge og som vanlig tekst i svart.

Funnene som presenteres skal bidra sammen med drøfting å besvare problemstillingen; **Hvordan arbeider ledere med organisatorisk læring etter uønskede hendelser og hva er suksessfaktorer og utfordringer?**

Alle informantene er blitt anonymisert og vil i den forbindelse bli omtalt som informanter. Sykehusets kvalitetssystem og meldesystem heter Extend Quality system og blir delvis omtalt som EQS. Det er ikke gjort noe skille på avvik og uønsket hendelse ved innsamling av datamaterialet og de omtales som likeverdige.



Figur 12. Pentagonmodellen. Illustrasjon hentet fra (Schiefløe, 2021) s. 13

5.1 Teknologi

I dette kapitlet presenteres resultater tilknyttet komponenten teknologi i pentagonmodellen, som refererer til de ulike verktøyene organisasjonen bruker og er avhengig av for å kunne utføre sine oppgaver. Disse kan i en større sammenheng ses på som organisasjonens materielle infrastruktur. Denne komponenten omfatter blant annet maskiner, utstyr, og datasystemer. Uten innsikt i det teknologiske aspektet er det umulig å forstå hvordan en organisasjon fungerer. Teknologi spiller også en sentral rolle når det kommer til individuell atferd og ytelse (Schiefløe, 2021).

5.1.1 Kvalitetssystemet (brukervennlighet):

Ingen informanter opplever at det er vanskelig tilgang til meldesystemet, vanskelig å melde om hendelser eller å behandle meldinger. Men informantene sier at de må bruke en del tid for å pleie systemet, og alle oppgir at tid er utfordrende i en hektisk hverdag med prioriteringer. Tre av informantene synes at kvalitetssystemet er gammeldags og har begrensninger når det gjelder å dekke alle behov. De forteller at det er flere nyanser av en melding og at dette ikke er så enkelt å håndtere i kvalitetssystemet. Kategoriene som kategoriserer meldingene oppleves av enkelte informanter som for romme. Noen opplyser om at kvalitetssystemet blir brukt av enkelte for uttrykk av frustrasjon og bagateller som går på individ og lager støy i systemet og oppleves ikke som produktivt. Noen sier at det puttes mye inn og hentes lite ut. Flere sier de synes det er vanskelig å ta ut statistikk og har aldri gjort dette, men har fått statistikk via kvalitetsrådgiver.

Kun en av informantene forteller at den har god erfaring med å benytte meldesystemet knyttet til ressursutfordringer. Denne informanten forteller at det ikke hjelper å snakke om avvik muntlig, men at de må registrere det i meldesystemet for at noe skal skje.

Alle informantene sier de stort sett er selvlært i å behandle avvik. Flere opplyser om at de har hatt gjennomgang med kvalitetsrådgiver og også bistand ved selve behandlingen.

5.1.2 Journalsystemet (opplæring, årsaks granskning):

Informantene forteller at de nylig har innført nytt journalsystem for 6 måneder siden. Nesten alle forteller at avviksbehandling og det å finne årsaksforhold har blitt mye vanskeligere i det nye journalsystemet. Informantene forteller:

«man i dag kan bruke 4 timer på å granske en sak kontra 1 time som ble brukt tidligere i gammelt journalsystem».

«man er helt avhengig av fagekspert for å få læring fra hendelser knyttet til nytt journalsystem og disse meldingene er det mange av».

«nytt journalsystem gjør at vi ikke får behandlet alle avvikene like godt for vi finner ikke ut av årsakene, det blir antagelser og jeg ser til det som er beskrevet i avviket».

«man må opprette tiltak for å bøte på med interne og enge kontrollsystemer i forhold til nytt journalsystem og at tiltakene som kommer ikke er tilstrekkelig og at de må benytte lapper for å holde orden og oversikt».

Til tross for utfordringene med nytt journalsystem opplyser informantene at de har god læring etter uønskede hendelser, men flere sier at det var lettere før, da var det ikke så mange plasser å lete.

To av informantene sier at å finne årsaker i nytt journalsystem går greit. Disse informantene jobber også klinisk i sin hverdag i tillegg til å ha lederfunksjon.

Ingen informanter opplyser om at de har hatt spesifikk opplæring i journalgranskning eller å lete etter årsaksforhold i nytt journalsystem.

5.1.3 Verktøy for formidling av læringspunkter:

Flere informanter gir uttrykk for at de kunne ønske seg mer tilgang til filmutstyr og bistand fra medieavdelingen for å formidle læringspunkter. De opplyser om at mail blir brukt til formidling, men at det er utfordringer med at det ikke leses av de ansatte. Avvikshåndteringen går også via mail, både varsel til meldingsansvarlig og mail til melder om svar.

Oppsummering:

- **Kvalitetssystemet oppleves som lett tilgjengelig**
- **Utfordrende med tid til å pleie systemet**
- **Funksjonaliteten i selve kvalitetssystemet oppleves ikke som godt nok**
- **Årsaksforhold vanskelig å finne i nytt journalsystem og tidkrevende**

- **Ingen opplæring i bruk av de teknologiske verktøyene (kvalitetssystemet og journalsystemet). Utfordrende og lage oversikter**
- **Utfordringer i forhold til formidling av læringspunkter, ansatte leser ikke mail**

5.2 Formell struktur, (styringssystemet)

I dette delkapitlet presenteres resultatene knyttet til komponenten formell struktur i pentagonmodellen. Formell struktur inkluderer de fastsatte rammene til organisasjonen. Et organisasjonskart ligger ofte til grunn for den formelle strukturen i en organisasjon, som illustrerer hvordan ansvar fordeles mellom roller og avdelinger, samt fordeling av maktforhold (Schiefløe, 2021).

5.2.1 Ledelsesstruktur:

4 av informantene opplyser om et ledelsesproblem og at nærmeste leder for tiden ikke er til stede. Dette oppleves som utfordrende. Det er lite drahjelp og det blir for mye oppgaver på for få folk. En av informantene sier at

«det er en følelse av at man drukner i avvik og at man ikke klarer å se alt og det enkelte alltid».

Flere av informantene savner struktur og mer tilbakemelding fra ledere. Mens noen informanter sier at de har god struktur og kontakt med sin leder og at nærmeste leder er engasjert i arbeidet og har godt fokus på avviksarbeid.

Det fremkommer ved alle intervjuene at det er problemer med utfordringer som går på tvers. Informantene forteller at utfordringene ikke går videre. Dette er noe som fremkommer fra samtlige informanter. En av informantene opplyser også om at man ikke synes det kommer så mye ut av å sende hendelser inn til Helsetilsynet eller statsforvalteren.

Alle informanter sier at mange av avvikene inneholder strukturelle utfordringer og kapasitetsproblemer. Dette er utfordringer som alle er klar over og er meldt i lang tid. Men det skjer ingenting. Informant sier at det er en stor utfordring og skulle «gå i kamp» om strukturelle utfordringer.

5.2.2 Styringsdokumenter, formelle rutiner og prosedyrer:

Arbeid med uønskede hendelser er sentrale i sykehusets styringsdokumenter. Her fremkommer det at kontinuerlig forbedring er et viktig element i læring og det vises til at bruk av kontinuerlig forbedringsmetodikk skal inngå som en del av sykehusets praksis i arbeidet. Alle informantene sier at kontinuerlig forbedring er at vi endrer oss litt hele tiden og stadig jobber for å bli bedre og at det er en del av hverdagen. Informantene sier:

«kontinuerlig forbedring handler om at vi må være oppdaterte på behandlingen pasienten skal ha til enhver tid, også må vi være sikre på at pasienten får den behandlingen. Og at vi gjør ting på en trygg måte, og at det er noe vi hele tiden må følge med på. Vi må hele tiden utvikle oss sånn at vi tilbyr den behandlingen pasienten skal ha. Det å være doktor på avdelingen betyr at man hele tiden må forbedre. Forbedre seg selv, men også forbedre avdelingen med tanke på behandlingen vi tilbyr».

«kontinuerlig forbedring er en prosess som er i hele yrkeslivet. Det går på alle på alle tingene som vi snakker om. Og ikke minst i å ta ting som kommer nytt og rette opp i ting som burde vært bedre. Jeg har jo alltid tenkt hvorfor gjør vi sånn som dette her? Jo, sånn har vi alltid

gjort det. Det er det verste svaret uansett hva det er snakk om. Det er jo ingenting som skal være sånn som vi alltid har gjort det egentlig.»

Alle informanter forteller at de har hatt eller har forbedringsprosjekt pågående i sin avdeling på bakgrunn av avvik og uønskede hendelser. Flere av informantene forteller at forbedringsmetodikk ikke er benyttet strukturert i disse prosjektene, men de forteller om vellykkede resultater.

En av informantene sier at

«vi er ikke så gode på prosjekt med å lage lange prosesser for å implementere ting. Vi setter oss bare ned også har vi noen tanker så gjør vi det og så korrigerer vi underveis. Men ser jo at det er viktig med gode prosesser for at det skal bli vellykket. Synes det er en god kultur at vi bare prøver ting og er ivrig. Vi bare kommer med noen ideer rundt omkring på morgenmøte og refleksjon og plukker opp ting også foreslår vi, også har vi ikke vært gode nok på involvering av partene. Men jobber med å få mer struktur nå. Vi endrer nesten av og til over natta, skjer litt fort. Vi har hatt ordentlige prosesser også, men da vil ting ta for lang tid da i forhold til det tempoet som egentlig ting bør gå i. Lykkes ofte med endringen fordi om det ikke er svære prosesser også er vi veldig slik at hvis det ikke funker så går vi tilbake til det gamle. Vi er raske på å prøve. Skorter litt på å få til de større endringene kontra de små. Føler at vi har folk med på de små endringene, men det krever at vi følger opp. Vi kan jo ikke bare endre ting og så ikke følge opp, de ansatte trenger å se at vi følger opp.»

Kun en av informantene har kurs i forbedringsmetodikk.

5.2.3 Oversikt over hendelser:

Alle informantene forteller at de har oversikt over avvik og uønskede hendelser i EQS. Det kommer mail om nye hendelser og alle forteller at de leser disse fortløpende. Noen informanter forteller at ikke alle meldinger som blir meldt kommer frem til de, da de blir meldt til forskjellige plasser og de ikke nødvendigvis har leserett. Flere forteller om meldinger som gjelder traumemottak, men også på operasjonsstuen. Dette har blitt bedre, men er fortsatt en utfordring.

Mye av de uønskede hendelsene plukkes opp i uformelle fora, via snakk i avdelingen, direkte kontakt med leder eller via telefon. Noen informanter forteller om kvalitetsregister. Den ene uttrykte spesielt at

«vi har i disse registrene god oversikt over komplikasjoner, selv om det nødvendigvis ikke er meldt i EQS. Det er forskjellig syn på hva som skal meldes i EQS. Noen mener at vi skal registrere alt, da hadde vi druknet og jeg tror mye ville vært helt uten betydning. Men våre egne registre de stoler jeg på».

En annen informantene sier at

«det er bra at jeg som leder har den oppgaven å få behandle avvikene for å få oversikt over hvor skoen trykker, og får oppdatert meg selv, for her må jeg jo vite hva avviket er og hva skal vi gjøre noe med, og ha fokus på. Vi har mange oppgaver, men jeg tenker at dette er en bra en. Så tror jeg ikke at jeg har fått med meg meldingen og involvert meg i like stor grad hvis ikke jeg skulle ha behandlet avvikene selv. Jeg synes det er veldig lærerikt å jobbe med avvik og se hva som rører seg i avdelingen, hva som mangler og se på hendelser, synes det er gøy å oppdatere meg. Det er min mulighet til å oppdatere meg litt på prosedyrene og sjekke litt nasjonalt. Og ja, det er faglig påfyll».

5.2.4 Formelle Læringsarenaer:

Alle informanter forteller om formelle strukturer for læring etter uønskede hendelser og avvik. Det refereres til møtestrukturer som; Morbidity and Mortality (MM) møter hos traume. Intensivvisitten. Morgenmøter hos legene. Røntgen møter hos legene. Komplikasjonsmøter hos legene. Leder møter. Månedlig samarbeidsmøte med legetjenesten. Tirsdagsmøter for leger. Avdelingsmøter både på lege siden og på sykepleiersiden. Internundervisning. Midtrapport på sengepostene. Egen avviksmøter på sengepostene. Fagdag utsjekk for sykepleiere. Systemsjekk. Fredagsmøte for operasjon. Seksjonsledermøter. Personalmøter. Månedlige HMS møter på klinikk. Enkelte av møtene er egne møter for avvik og uønskede hendelser mens andre møter har avvik og uønskede hendelser som en del av møtene.

Informantene opplyser om godt engasjement i møtene. Flere sier at det ofte er de samme som engasjerer seg som går igjen. Men at noen engasjerer seg gjør at de som er til stede lærer. De forteller at det er vanskelig å engasjere hele gruppen. Informantene sier at årsaksforhold blir diskutert og at læringspunkter og tiltak blir opprettet fra møtene. Det fremkommer at det ikke er alle ansatte som er like enige i problemstillingene som blir rettet mot seg i diskusjonene. Informantene forteller at de diskuterer i møtene om avvik skal meldes på flere plasser hvis det ikke er gjort. For eksempel Helsedirektoratet. Noen av møtene har faste referater, andre møter har ikke referat. Det skrives nyhetsbrev og månedens avis med de siste avvikene der årsaksforhold og tiltak kommer frem, disse blir sendt ut på mail, og noen har de liggende fremme i avdelingen.

En av informantene forteller om at de har en egen liste på hvilke avvik som er viktig å melde og hvilke avvik det alltid skal meldes på i forhold til pasientsikkerhet. Informanten forteller at denne listen kom til for noen år tilbake på bakgrunn av hendelser. Listen er ikke evaluert.

Det er få informanter som forteller om tverrfaglige forum å diskutere i. De fleste forteller at det savnes. Flere forteller at behovet for tverrfaglige møter sees forskjellig fra de ulike yrkesgruppene imellom og at det må være et ønske fra alle parter for at det skal fungere. En av informantene forteller at senterstrukturen gjør det vanskelig. Da noen er plassert i et senter, mens andre jobber på alle senter, det er da vanskelig å samles.

Flere av informantene refererer til at komplikasjonsmøtene til legene er gode arenaer for læring. Her tas komplikasjoner opp, men også av og til avviksmeldinger, eller det diskuteres om noe skal meldes i kvalitetssystemet. Årsaksforhold diskuteres og det er en bred gjennomgang. Det er varierende oppmøte grunnet bemanning og vakt. Det er bra engasjement i møtene. Det er en god arena med live diskusjon og når ut til alle som er i møtene. Det er mange i møtene og kan se på caser med forskjellige blikk og finner tiltak sammen. Informanter sier at de ser mer verdi i disse møtene fremfor behandlingen av avviksmeldingen i kvalitetssystemet.

En av informantene tar også frem røntgenmøtene mellom legen som en viktig diskusjonsarena. Informanten sier at

«vi har vernet veldig om denne diskusjonsplassen, vi har blitt spurt om å ha det sjeldnere, men vi har blåholdt på det. Nettopp for å ha et sted som vi har felles om ting. Hvis vi hadde gått bort fra disse fellese møtene, tror jeg det hadde vært pasientsikkerhetsmessig en dårlig løsning at noen få bare skal vite om ting. Møtene krever litt tid, men noen ting tror jeg ikke skal effektiviseres bort, og spesielt den felles diskusjonen. Det er slike ting jeg tror er veldig

viktig. Det er faktisk godt engasjement. Ikke noe farlig forum, men det er jo litt slik at de ferskeste observerer og har litt høyere terskel for å komme med ting, samtidig er det jo slik at basiskunnskapen forandrer seg jo. De som har den ferskeste utdannelsen har jo lært ting som ikke nødvendigvis var i pannebrasken på de som har lært for lenge siden. Så jeg håper at terskelen kan være lav for å komme med ting, og det tror jeg det er. I disse møtene diskuteres for eksempel hvilken behandling som er mest gunstig og gi og om for eksempel operasjon er mulig.»

Det er kun MM møtet til traume som går på tvers i organisasjonen over flere fagområder. Men dette møtet har bare aktører fra legesiden. En av informantene forteller at dette er et bevisst valg og at møtene skal ha et høyt faglig nivå på diskusjon rundt behandlingen til pasientene. Det går systematisk igjennom hva som kunne vært gjort annerledes med pasientene. MM møtene er faste møter internt på St. Olavs hospital med ledere fra de ulike fagene som er delaktig i et traumeteam. Det tas opp avvik spesielt og alvorlige skadde og nødkirurgi. Det skrives alltid referat fra disse møtene og i referatene skrives det opp læringspunkter som blir tatt opp på neste møte. Det er også regionale MM møter der det er med leger fra de forskjellige sykehusene rundt om i regionen og prehospitaletjeneste, disse er faste møter og har eksistert i ca. 5 år. Det er formøter før de regionale møtene med leger både fra ortopedi, kirurgi og anestesi på St. Olavs hospital som forbereder saker til det regionale møte og tilsvarende i de andre sykehusene. I møtet legges casene frem og alle kan komme med innspill. Det skrives også referat fra de regionale møtene med læringspunkter. Møtereferatene spres via mail også til klinikkledelse. Utfordringen er hvordan informasjonen kommer ned til de på gulvet. Disse møtene gjør at miljøet har god dialog i regionen på traumebehandlingen. Det er bra engasjement i møtene og stor interesse. Det er stort sett enighet om hvordan ting burde vært. Veldig lærerikt og fungerer fint. En av informantene refererer til ny struktur som har kommet på plass på bakgrunn av hendelser som er diskutert i disse møtene.

Månedlige HMS møter på klinikk er satt sammen tverrfaglig med ulike yrkesgrupper. Her er det kun avdelingsledere og klinikkleder sammen med verneombud og tillitsvalgte som er med. En del av informantene opplyste om disse møtene som velfungerende møter. Mens flesteparten av informantene refererte ikke til dette møte som en struktur for å lære av uønskede hendelser, noen savner involvering og møtereferat. En av informantene sier at

«vi i for liten grad er flink til å informere nedover i organisasjonen om disse møtene.»

En annen informantene sier at

«før covid hadde vi faste møter med anestesi, det har smuldret bort i covid og nytt journalsystem.»

5.2.5 Opplæring:

Alle informantene forteller om strukturert opplæringsprogram til nyansatte. Flere har sjekklister som blir nøye fulgt opp. Her er det flere informanter som forteller at hvordan man melder avvik inngår i opplæringen.

Informantene på sykepleiersiden forteller at de har krav som de ansatte må gjennomgå for å få lov til å utføre enkelte prosedyrer. Flere forteller at de også har utsjekk dager årlig lagt i turnus. Noen av kravene og sertifiseringene er utarbeidet på bakgrunn av alvorlige uønskede hendelser som et tiltak for at de ikke skal oppstå igjen.

Informantene forteller at ved nyansettelser så setter de sammen erfaren og ny sammen, men ikke i alle tilfeller at dette lar seg gjøre på grunn av bemanning. Det er i legegruppen et mester- svenn forhold. De yngre blir lært opp av de eldre og informantene forteller at de har åpne dører for spørsmål og at de nyansatte får større og større oppgaver etter hvert. I sykepleiergruppen fortelles det om mentorarbeid.

En av informantene forteller at

«alle hos oss har gått kurs i temaarbeid, kommunikasjon og ledelse. Om hvordan man prater sammen i sitt team. Kursene er basert på caser på bakgrunn av erfaringer. Her er fokus på kommunikasjon, samarbeid og ledelse og ikke så stort fokus på om ting blir utført i riktig rekkefølge. Men fokus på hvordan jobbe i team. Her brukes kjente fasilitatorer som er godt trent. Dette er kurs spesielt for de som er med på traumemottak og et minimum for å få lov til å delta i traumemottak. De har også teamtrening avsatt i turnus».

Alle informantene forteller at de har internundervisning. Denne undervisningen har de jevnlig, men det er hver gruppe for seg. En sjelden gang kan legene ha en undervisning for sykepleiergruppen.

Et par av informantene forteller at de er veldig liberale til kurs og konferanser. En sier spesielt at

«jeg er tilhenger av at folk drar og lærer ting. Tenker at det også lønner seg økonomisk, for å ikke gjøre ting må man ha greie på ting. Informantene forteller at læring bygger hele tiden på hvordan ting burde bli bra, med prosedyrer og opplæring og kursvirksomhet og kompetansekrav og slike ting. Det har ikke direkte noe med avvik, men det er jo arbeid systematisk på forhånd for å hindre at det blir uønskede hendelser. Selvfølgelig kan det jo være på erfaring og bakgrunn av avvik».

Kun en av informantene forteller at den har kurs i forbedringsmetodikk. Alle de andre informantene svarte at de ikke hadde dette.

5.2.6 Rapportering og tilbakemelding fra leder:

Ingen av informantene sier de rapporterer noe systematisk fra kvalitetssystemet på avvik og de sier også at dette ikke er etterspurt. Enkelte av informantene sier at det savnes at det etterspørres og at det savnes større engasjement fra ledelsen på kvalitetsarbeid, samt tid og ressurser for å jobbe med det. De fleste informantene opplever og få svar fra leder hvis man har spørsmål. Noen av informantene sier at hvis det er noe som skal skje, må det følges opp selv.

Oppsummering:

- **Langtidsfravær av ledere**
- **Strukturelle utfordringer som går på tvers og kapasitetsutfordringer er utfordrende**
- **Forbedringsmetodikk er beskrevet i formelle prosedyrer og rutiner, men er ikke strukturert benyttet. Kontinuerlig forbedring er i fokus i daglig arbeid**
- **Lederne har oversikt over hendelser som meldes i meldesystemet, bortsett fra en del hendelser som går på tvers i team. Legene benytter komplikasjonsregister for helhetlig oversikt over komplikasjoner og læring.**
- **Godt etablerte formelle læringsarenaer på alle avdelingene, med godt engasjement, diskusjon av årsaksforhold og tiltak. Ulik praksis i forhold til referat fra møtene og informasjonsutveksling. Felles diskusjon i møtene vektlegges.**
- **Tverrfaglig forum savnes.**

- Systematisk opplæring til sine ansatte og noe av opplæringen er utarbeidet på bakgrunn av læring fra uønskede hendelser
- Ingen har opplæring i behandling av meldinger eller årsaks granskning fra journalsystemet. En har kurs i forbedringsmetodikk.
- Det savnes at det etterspørres og større engasjement fra ledelsen på kvalitetsarbeid, samt tid og ressurser for å jobbe med det. De fleste informantene opplever å få svar fra leder hvis man har spørsmål. Noen av informantene sier at hvis det er noe som skal skje, må det følges opp selv.

5.3 Kultur – artefakter, innarbeidede selvfølgeligheter for organisasjonen

I dette delkapitlet presenteres resultater knyttet til komponenten kultur i pentagonmodellen, som omhandler de felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som oppstår når mennesker samhandler med hverandre, og omgivelsene. Kultur vises i normer og forventninger omkring atferd, arbeidsmetoder og beslutningstaking. Organisasjonskultur kan forstås som måten oppgaver og arbeid utføres på og består av elementer som språk, verdier, holdninger og praksis (Schiefløe, 2021).

5.3.1 Meldekultur:

Alle informantene sier det er viktig at hendelser blir meldt. Viktig at de melder for å få frem utfordringer og at det ikke bare blir med ord og tilbakemeldinger, men at det kommer mer strukturert frem. Alle sier også noe om at de ikke er for å registrere alt i avvikssystemet. Det er ulikt hva man forstår med avvik. Kollegiale snakker seg imellom og man behøver ikke å ta opp alt formelt. Informantene synes de får ganske mye meldt som de tenker ikke er avvik som går mere på dårlig oppførsel eller individuelle ting.

Alle informantene sier at de har oppfatning av at det er stort sett trygt å melde, men noen forteller at de tror det kan være en frykktkultur til en viss grad. Enkelte har opplevelser ved at noen synes at ledere har vært skarpe, men de har da jobbet med hendelsen og enkeltpersonen slik at den blir meldt. Noen av informantene sier at det ikke alltid er lett å si ifra.

«Sånn er det nok og det vil det alltid være. Hadde alle vært likestilte som på et nivå så ville det kanskje vært annerledes, men det er jo slik at noen er ganske ferske, noen er midt mellom og noen har veldig lang erfaring. Jeg tror nok at det som terskelen fra lavest til høyest kan være et hinder for å ta ting så nær i alle systemer. Men vi prøver å være veldig åpne for innspill og oppfordrer til å komme med innspill».

Informantene opplever meldetrenden som god, men varierende og de forteller alle at de oppfordrer til å melde. Alle sier at det ble en økning i meldetrend når nytt journalsystem ble innført. Det er stor variasjon mellom faggruppene på hvem som melder mest. Sykepleiergruppen melder tydelig mer enn legegruppen. Antallet gir et bilde, men det er ikke hele bildet. Informantene forteller:

«det kunne sikkert ha vært flere meldinger, prioritering på grunn av tid og vurderinger i forhold til hvor mange ganger man skal melde ting, spesielt i forhold til samarbeid og drift. Mange like ting som blir meldt og som blir tatt opp i avdelingen uansett».

«jeg tror at de melder de alvorlige avvikene og så er det mye som går på det organisatoriske som ikke blir meldt. Og det er fordi man ikke har tid eller troen på at noe skjer med det».

«jeg har inntrykk av at man melder litt mindre pasientrelaterte ting. Da er det egentlig helsetilsynet man melder til. EQS brukes mer til systemmeldinger. Mange av komplikasjonene blir ikke meldt og mener at dette ikke skal meldes heller. Det er en del av påregneligheten, vi legene er sånn sett forskjellige fra sykepleier siden. Dør pasienter meldes det, men da i større grad til Helsetilsynet. Det skal jo egentlig meldes også i EQS, men i hvor stor grad det gjøres er jeg usikker på».

«det er mye som oppstår som ikke blir meldt i EQS, det er en del av hverdagen og dokumenteres i pasientens journal og inngår som en del av den påregnelige risikoen».

Ved oppgaver der flere fag samarbeider er det en oppfatning av at det er den som er medisinsk ansvarlig som skal melde ifra om noe oppstår. Informantene sier:

«EQS i legemiljøet er ansett som støy og ikke veldig høyt prioritert. Det er for lett å skyld på at vi har så dårlig tid, men det er noe med kultur å gjøre. Opplevs som at tingen forsvinner inn i en tåke, så mange har ikke noe forhold til det. Er opptatt av å gjøre beste praksis, så vi diskuterer på faste runder med det vi oppfatter som ikke optimal behandling, eller at det er komplikasjoner på komplikasjonsmøter. Selv om det kan regnes som eneste måten å unngå det på er å ikke operere. De som er best har flest komplikasjoner fordi de gjør de vanskeligste tingene og er dermed mest beheftet med komplikasjoner og det tror jeg vi har et ganske edruelig system på og ta opp og gå gjennom, men det skulle jo egentlig ikke hindre at avvik kommer inn. Hvis noe begynner å lugge litt etter en operasjon, så må den som har gjort feil få litt hjelp til å sette fingeren på».

«vi har hatt en periode nå der vi har hatt fokus på hvordan melde, hvilket språk man bruker, hva man omtaler og hva man ikke omtaler, hva er det jeg ønsker med avviket, skal jeg tenke litt på det når jeg er veldig frustrert, eller skal jeg be om samtale med min leder først, spesielt hvis det handler om kommunikasjon og samhandling. Alle har et forhold til avvikssystemet. Det har vært litt medlingstretthet med tanke på nytt journalsystem. Spesielt når man kjenner at det skjer veldig lite uansett hvor mye jeg melder. Også er det noen som melder masse, og noen som melder lite».

«EQS systemet er ikke godt nok til å dekke/ håndtere alle behov. Enkelte ting må man ta med en gang og si høyr her sånn, og sånn var det, burde vært løst sånn. Da er lupen du skal tette igjen og lukke effekten av veldig enkel. Mens er det noe noen flere har gjort eller at man har misforstått noe ting, så må det på et nivå hvor tilbakemeldingen må nå ut til flere. Så da er det kanskje at prosedyrene må endres eller noe sånt. Men de som bruker EQS for sånn individuelle ting hvor kanskje tilbakemeldingen eller at det blir lagt inn et avvik som egentlig er en bagatell som utløser litt frustrasjon mer enn at det er noe du trenger å rydde opp i, så er det feil bruk av systemet. Det blir støy i systemet som ikke er noe produktivt tenker jeg».

«kanskje man ikke melder alt som har potensial for læring. Kanskje fordi noen blir irritert over enkelte meldinger og ikke ser nytten i det, også mener man at man bare skulle ha snakket sammen og ikke skrevet avvik på det. Tenker ikke at det er fryktkultur, men manglende forståelse på hvordan EQS systemet og meldesystemet kan bidra til kvalitetsforbedring. Mer en kultur som handler om at vi driver ikke og melder på hverandre. Vi snakker i lag».

5.3.3 Verdier og holdninger:

Alle informantene forteller om åpenhet og verdien av å ha en delekultur. De er veldig opptatt av at alt skal kunne tas opp og diskuteres i kollegiale om det er noe vi burde gått videre med, eller at det faktisk ble håndtert greit. Flere av informantene sier at betydningen med å jobbe med avvik ser de på som læring for å bedre praksisen og grunnlag for endring og opplæring av nyansatte.

Det er kultur for at det er greit å spørre og at ingen spørsmål er for dumme og at man føler seg trygg, spør heller en gang for mye er viktig. Folk blir usikker om noen nye spør lite. Informantene forteller:

«de som er nye sier det er greit å være her, fordi man får hjelp på spørsmål og at det er en god kultur. De er flinke til å diskutere på vakt».

«meldte avvik er en god motivasjon for å lære av avviket. De ansatte er aller mest interessert i å lære hvis de selv har vært involvert direkte i hendelsen, da er de enda mer mottakelig for å lære. Folk liker ikke å få meldt avvik på seg eller sine vurderinger. Så det er en god anledning og den prøver jeg å benytte meg av. Tenker at vi sånn generelt har gode holdninger for å drive med læring. Prøver å være bevisst på å ikke ha en skyld- skyld på kultur».

En av informantene snakket også om holdninger til arbeidsplassen.

«Det er alltid rom for normal folkeskikk, men det å gi støtte og god veiledning kan være vanskelig. Men prøver å ha et aktivt forhold til at nye føler seg trygg og ivaretatt, selv om vi ikke har kapasitet til doble sjikt. Jeg prøver, men jeg tror det er mange som ikke føler seg trygg og ivaretatt, men mange gjør det også så at vi klarer å levere på noe. Det er nok for noen og for lite for andre. For å bli trygge blir de eksponert og så må de snakkes med å få veiledning og prøve å få tydelige tilbakemeldinger som de kan gjøre noe med, men ingen system rundt dette».

En del hendelser går under radaren på helg og kveld og natt er det en av informantene som sier.

«Opplever at de ansatte har en forventning om at ledelsen skal vite om alt uten at de skal fortelle oss det. Holdninger til de ansatte ved alvorlige hendelser er at de ikke skal melde behovet selv og at ledelsen skal forstå at de har stått i noe tøft. De melder ikke i EQS fordi de synes ikke systemet er godt for slike hendelser. De er ikke opptatt av å melde avvik på slike ting, men er opptatt av debriefing for å høre med de andre om de har samme virkelighetsbilde og hva som skjedde og om de gjorde det rette, det er mer det som er behovet enn å melde det i EQS».

Informantene forteller videre:

«de ansatte har lett for å gå i forsvar. Mange nye i avdelingen og det å ta ansvar er en kultur man må lære en plass. Hvis det er mange nye og usikre så er det kanskje ikke den tryggheten da i forhold til å være reflektert og komme med forslag og tiltak og engasjere seg like mye fordi at den er ny og det kan være litt hemmende».

«vi er raske med å presentere, men setter lite tid til å snakke om det, for det er jo kanskje da man får mest inn under huden når vi får snakket om det eller jobbe litt med det selv, så det kan vi bli enda bedre til å ta opp tingene før vi behandler det for å få inn mer. Involvere de ansatte. Synes det er en god kultur at vi bare prøver ting og er ivrig».

«visjonen er å bli bedre hver dag. Det er derfor vi har så stor kursvirksomhet og høye krav. Men effekten av arbeidet er vanskelig å måle. Større og større fokus vil berge liv».

«vi er opptatt av det å være en god kollega å stille opp for hverandre på vakt og det å være med å dra lasset sånn at man tilbyr seg og at det blir en kultur».

Informantene opplever at kulturen er god for endring. Men noen forteller at det er alltid er motkrefter til noen tiltak, og det er litt av prosessen.

5.3.4 Systemnivå eller enkeltindivid:

Informantene forteller at de har både et systemfokus og individfokus når de behandler avvik. Men alle forteller at de skiller på hva som tas opp i plenum og hva som tas opp med den enkelte. Flere forteller at de tar enkeltpersoner inn til samtale. Disse sakene tas sjeldent opp i felles fora. Det er aldri personfokus i felles fora.

Informantene forteller at:

«når jeg tar opp ting så prøver jeg å nedtone det som går på individ. Folk tar inn til seg allikevel. Så prøver jeg heller å fokusere på hva er det. Hva er det i rundt rammebetingelsene som gjør at du ikke har gjort riktige vurderinger. En del prøver å forsvare seg og snakke litt om systemet, men så vil de jo tenke hva det er de kunne ha gjort annerledes, så jeg tror bare samtalen i seg selv er en veldig god læring».

«Jeg er veldig tydelig på at det er avdelingen som behandler og ikke enkeltindivider. Den personlige stilen kan være ulike, men hvis du ser på behandlingen så skal den være lik på hva vi gjør med pasientene».

«hvis det er mange som gjør den samme feilen er det systemfeil og den må håndteres litt annerledes enn når man gir tilbakemeldinger til enkeltindivid. På systemnivå må man endre prosedyrer osv».

«jeg er veldig opptatt av å lære og ikke på hvem som har gjort hva. Det er viktig at man går mer på systemet og at vi har åpen og ærlig dialog hvis man har gjort gale vurderinger. Kommer litt an på hvilken type feil, men synes det er viktig å sette av tid til de alvorlige feilene, spesielt de med feil behandling, så er det viktig å rette de feilene. Å jobbe med avvik er litt nedprioritert. Det er en tidsklemme her som gjør at man ikke er i nærheten av å komme over alt. Eller å gå igjennom alt ordentlig, men de mest alvorlige tas opp. Men når man først har et slikt avvikssystem burde man ha muligheten til å ikke bare se på de mest alvorlige komplikasjonene, men også om det er andre ting på systemfeil som kanskje i seg selv er mindre alvorlig, men summen kan gjøre de alvorlige».

5.3.5 Etterlevelse og lojalitet til tiltak:

Flere av informantene forteller at de opplever at tiltak og læringsmålene blir implementert. Enkelte hendelser gjentar seg og må jevnlig tas opp, men tas med en gang det oppstår.

«Opplever ansattes vilje til å lære av læringspunktene som bra. Men noen ting kan man være uenig om. Man er opptatt av å gjøre en best mulig jobb, så hvis det kommer noe som gjør at vi bør endre praksis så gjør vi det».

Flere av informantene sier at det er ingen strukturert oppfølging av spesifikke tiltaka og læringsmål, så endring er litt ansvar for den enkelte å få med seg. Men det kommer nye avvik som fanger opp at bestemmelser ikke er fulgt. Informantene opplever at ansatte er lojale mot endringer. Det kan være enkelte ganger at de ikke har fått med seg endringene. Det er mange av avvikene hvor det handler om bevisstgjøring av alle ansatte på viktigheten av å gjøre det som skal gjøres fremfor å lage nye.

En informant forteller at

«der det er en god forankring og en god diskusjon og representasjon i møtene, er det også vilje til å følge bestemmelsene. Ansattes vilje til å lære er høy. Vi gjør vårt beste for å få til best faglig resultat. Vi er interessert i å gi bra behandling og rette opp i ting som går dårlig. Hvis vi endrer på retningslinjer eller prosedyrer så kan folk være uenige, men det blir fulgt. I den grad det ikke blir fulgt handler det ikke om motvilje, men at man glemmer og følger gammel vane».

En annen informantene opplever variert vilje fra de ansatte til å følge tiltakene.

«Folk vil stort sett gjøre som de har gjort og vi er ikke så gode på det. Det krever ekstrem oppfølging for å sjekke det og spørre så nesten en sjekklister og gå rundt å spørre ansatte om de har gjort det de skal, og om de har tenkt på det de skal også videre. Man skylder ofte på tiden, men det er jo ikke alltid like god unnskyldning, vi har godt med ressurser på dagtid til å gjøre ting ordentlig stort sett, så er helg mer utfordrende. Så av og til er ikke tiltakene helt tilstrekkelig. Prøver å endre rutinene våre, men det er jo ikke alltid god nok, for det er så mye ting å holde fokus på samtidig, og mange ting å følge opp for leder».

De fleste informantene opplever at tiltak som settes inn er tilstrekkelig. En av informantene forteller at man tenker på at tiltakene skal være smarte og at de er med og bidrar til at sannsynligheten for nytt avvik reduseres.

«Oppslutningen til store endringer kan ha mye motstand. Jobber med motstand med å prøve å tenke gjennom gode prosesser, levere godt resultater, snakke med enkeltindivider, følge linjeledelsen opp og ned og involvere folk».

5.3.6 Sosialt hierarki, rangordning

Noen av informantene sier at det ikke alltid er lett å si ifra. En uttrykker spesielt at

«sånn er det nok og det vil det alltid være. Hadde alle vært likestilte som på et nivå så ville det kanskje vært annerledes, men det er jo slik at noen er ganske ferske, noen er midt imellom og noen har veldig lang erfaring. Jeg tror nok at det som terskelen fra lavest til høyest kan være et hinder for å ta ting så nær i alle systemer. Men vi prøver å være veldig åpne for innspill og oppfordrer til å komme med innspill».

«De ferskeste observerer og har litt høyere terskel for å komme med ting, samtidig er det jo slik at basiskunnskapen forandrer seg jo. De som har den ferskeste utdannelsen har jo lært ting som ikke nødvendigvis var i pannebrasken på de som har lært for lenge siden. Så jeg håper at terskelen kan være lav for å komme med ting, og det tror jeg det er».

En annen informantene legger vekt på at

«det vi påpeker som svikt er organisatorisk læring, men det må komme ut fra beslutningstakerne som er med i prosessen for å få det til. Det må være noen som har legitimitet i egen organisasjon som kommer med de vurderingene, så er det å bygge hele

tiden på hvordan ting burde bli bra, med prosedyrer og opplæring og kursvirksomhet og kompetansekrav og slike ting».

Oppsummering:

- **Forskjellig syn på hva som skal meldes i meldesystemet.** En kultur for at kollegiale snakker seg imellom og at man ikke behøver å ta opp alt formelt. Hadde alt blitt meldt hadde man druknet og det er ikke realistisk. Informantene synes de får ganske mye meldt som de tenker ikke er avvik og oppleves som støy som går mere på dårlig oppførsel eller individuelle ting. Det er mye som oppstår som ikke blir meldt i EQS det er en del av hverdagen og kulturen er et det dokumenteres i pasients journal og inngår som en del av den påregnelige risikoen. Ved oppgaver der flere fag samarbeider er det en oppfatning og kultur av at det er den som er medisinsk ansvarlig som skal melde hvis noe oppstår.
- **Opplever meldekulturen som god, men varierende, og at det er stor forskjell på yrkesgruppen og at det ble en merkbar økning ved innføring av nytt journalsystem.**
- **Opplever at det stort sett er en kultur for at det er trygt å melde, men at det kan forekomme en fryktkultur til en viss grad da enkelte ledere kan være kvasse i sine tilbakemeldinger.**
- **Det meldes ikke alt som har potensial for læring.** Kanskje fordi noen blir irritert over enkelte meldinger og ikke ser nytten i det, også mener man at man bare skulle ha snakket sammen og ikke skrevet avvik på det. Det Kan bunne i manglende forståelse på hvordan EQS systemet og meldesystemet kan bidra til kvalitetsforbedring.
- **Utfordringer med meldinger som går på samarbeid og drift, og mye likt som blir meldt.**
- **En del ting blir ikke meldt fordi man ikke har tid eller troen på at det skjer noe.**
- **Gode holdninger for å drive med læring.** Bevisst på å ikke ha en skyld- skyld på kultur.
- **Ansattes vilje til å lære er høy.** Det er en kultur for at ansatte gjøre sitt beste for å få til best faglig resultat.
- **Det er ingen strukturert oppfølging av spesifikke tiltaka og læringsmål, så endring er ansvar til den enkelte og få med seg.** Men det kommer nye avvik som fanger opp at bestemmelser ikke er fulgt. Informantene opplever stort sett at ansatte er lojale mot endringer, kan være enkelte ganger at de ikke har fått med seg endringene.
- **Informantene forteller at de har både et systemfokus og individfokus når de behandler avvik og at det er nødvendig å skille på innholdet i sakene som blir meldt.**
- **Kultur og rangordning på de som har vært lengst i forhold til å komme med tiltak og være delaktig i diskusjon.**

5.4 Interaksjon – samhandling

I dette delkapitlet presenteres resultater knyttet til komponenten interaksjon i pentagonmodellen, som omhandler koordinering av ansvar og arbeidsfordeling mellom menneskene i en organisasjon for å oppnå spesifikke mål. Samhandling mellom ulike aktører er den fundamentale komponenten i arbeidsprosesser. Interaksjon er nødvendig for å kunne videreutvikle og opprettholde sosiale relasjoner i organisasjonen. I tillegg danner det grunnlaget for kultur, erfaringstilbakeføring og læring (Schiefløe, 2021).

5.4.1 Behandling av uønskede hendelser og tilbakemeldinger:

Informantene forteller om ganske lik praksis ved å behandle avvik og uønskede hendelser. De leser meldingen, gjør seg opp en formening og eventuelt ruter meldingen videre. De leser i pasientens journal for å selv få en oversikt over hva som har skjedd og hører med de ansatte for å få deres versjon av historien. Snakker litt med de ansatte om hva som gjorde at det ble slik og hvordan det opplevdes. Akutte utfordringer tas med en gang. Alle refererer til flere fora der de tar opp hendelser.

Informantene forteller at årsaksforhold diskuteres både med individer og i plenum, men det er varierende grad av dette, en del av meldingene sier seg selv hva årsaksforholdet var. En av informantene sier at

«det er veldig sånn detektivarbeid som foregår på daglig basis der man ettergår, hva har skjedd og hvorfor har det skjedd og hva er årsaken?»

Flere informanter forteller at det ble store utfordringer når vi startet med nytt journalsystem. Vanskelig å finne årsaksforhold og flere sier de er helt avhengig av fagekspert.

Alle benytter skjemaet i kvalitetssystemet til formel behandling. Flere informanter forteller at da er det ofte gjennomgått på møte i forkant og snakket med i avdelingen og også snakket om tiltak. En av informantene forteller at den ikke skriver veldig mye i behandlinger, men legger godt merke til hvis det kommer flere som ligner på hverandre og er opptatt av trender. Alle de andre informantene forteller at de stort sett behandler avvikene hver for seg og sjeldent ser på trender.

Flere av informantene forteller at avvik som munner ut i ressursmangel har de mange av og at de ikke gjør så mye med de.

«Alle er klar over dette, men gir beskjed til ledere over seg for en påminner».

Flere av informantene savner mer tilbakemelding fra ledere. Mens noen informanter sier de har god kontakt med sin leder og at nærmeste leder er engasjert i arbeidet og har godt fokus på avviksarbeid.

Informanten forteller at de finner tiltak og læringspunkter i diskusjon både uformelt og i felles møtefora når avvik og uønskede hendelser diskuteres. En informant sier at

«i mange av avvikene kommer det frem ganske tydelig at det er manglende bruk av og forståelse av rutiner og retningslinjer, der det ikke er rutiner og retningslinjer lages nye».

Flere informanter sier at tiltak kan ofte være opplæring.

«Mange av avvikene kan ofte være på grunn av manglende opplæring, at vi har hatt for lite fokus og fokus har vært på andre ting. Ofte tiltak som å minne om prosedyrer».

Flere av informantene forteller om større organisatoriske tiltak som har kommet på plass etter uønskede hendelser og har hatt god effekt.

5.4.2 Erfaringstilbakeføring og formidling av læringspunkter.

Informantene forteller at de formidler kunnskap både skriftlig og muntlig, både formelt og uformelt. Flere forteller at kunnskap som må ut til alle starter vi dagen med, med en muntlig gjennomgang.

Informantene forteller om formidling av kunnskap på bakgrunn av avvik og uønskede hendelser med læringspunkter og tiltak. De skriver referat fra møter, lager læringsnotat, lager månedens avis og lager læringsbrev. Noen av informantene forteller at de får tilbakemelding på at de ansatte leser mail, de fleste av informantene forteller at mail ofte ikke leses av de ansatte og at de også skriver det ut skriftlig og legger det rundt om på avdelingen og at dette fungerer for de.

Flere informanter forteller at det er utfordringer med hvordan informasjon formidles og kommer ned til gulvet. Flere informanter sier at de i for liten grad er flink til å informere nedover i organisasjonen fra enkelte møter og at møtereferat som spres via mail er utfordrende da mail ikke leses av alle. Det er også utfordrende med avvikshåndtering som går via mail.

En av informantene forteller at

«utsjekkene de har fast er gode arenaer for kunnskapsdeling. Teamene samles for å diskutere og det tas opp tema som noen har vært borti og andre ikke. Ingen tverrfaglig arena».

En annen informant sier at

«ut fra diskusjoner i felles fora kommer det forståelse for hendelsen. Jeg tror det er diskusjonen i seg selv som er den viktigste biten av det. Det fører til bevisstgjøring og at det blir litt engasjement. Så det i seg selv tror jeg er veldig god læring. Det informeres via mail, eller stort oppmøte i møtene og via jungeltelegraf».

Internundervisning er også en arena hvor informantene forteller om formidling og organisatorisk læring.

En av informantene sier at

«den har veldig tro på muntlige fremstillinger. Dialog. Vi lever i et informasjonssamfunn, det er noe med hva man synes er interessant og hva de prioriterer å lese. Ved lønn leser alle, og lese gjennom nye rutiner er det mindre oppslutning om. Men tror at de ansatte i utgangspunktet er veldig ansvarsbevisste. Man har mange måter å ta inn og tilegne seg informasjon og det må vi respektere».

En annen informant sier at

«organisatorisk læring tror jeg kan være vanskeligere enn på individnivå. Men jeg tror vi er ganske bevisst på det likevel. Store og små ting, men det vi bygger organisasjonen på, så at det er summen av det. Tror at organisatorisk læring er bra og veien og gå».

Flere informanter forteller om viktigheten av at flere ansatte får dra sammen på kurs og konferanser.

En snakker spesifikt om at

«ved formidling etter kurs og konferanser nytter det ikke at det er en som har vært og hørt noe spektakulært nytt og fint og som skal komme hjem og si noen ting om det, det faller ofte på stengrunn. Det må være flere stykker av gårde til samme møte for å ta opp nye ting. Da blir det en helt annen måte å bringe tingene hjem. Det er plutselig flere i miljøet som kan det. Det må være tid og rom for dette med kontinuerlig endring. Det tror jeg betyr at man ikke bare kan sitte hjemme og lese og sånn, men at det må være rom for å kunne dra på og se hva andre gjør, kongresser og slikt. Og at det er flere tror jeg øker sjansen for at endringen kommer. Er for lite midler til dette».

5.4.3 Informasjonsutveksling og samarbeid på tvers

De fleste informantene savner læring på tvers. Informantene forteller kun om et møtepunkt for en yrkesgruppe som formell struktur for læring på tvers i organisasjonen, denne strukturen omfatter behandling av en pasientgruppe i et bestemt område (traumemottaket) med samhandling av flere yrkesgrupper. Det er ingen formelle strukturer for diskusjon og samhandling av læring på tvers av samarbeidende avdelinger. Her forteller en av informantene at det er en kultur for å sende avvik på

hverandre fremfor å samles og diskutere. Flere forteller at de har forsøkt på noen møter før pandemien og innføring av nytt journalsystem, men at dette har smuldret bort.

Flere informanter savner læringsnotatene fra helsedirektoratet som ble delt på sykehusets intranettside tidligere. Flere synes spesielt vi bør lære mer av hverandre på klinikken.

Flere informanter savner diskusjon på tvers spesielt mellom lege og sykepleiergruppen. Sykepleierne har ikke innsikt i hva legene tar opp på komplikasjonsmøtene noe de gjerne kunne tenkt seg og hatt.

En av informantene sier at

«organisatorisk læring handler om at det som vi erfarer som er en risiko i vår virksomhet må vi dele med flere. Dele både internt, men også i hele organisasjonen». En av informantene sier at «vi har jo en etisk plikt til å både gjøre andre og alle andre som skal vite om det oppmerksom på det da. Men den organisatoriske læringen skulle også ha bestått av mer diskusjon i samhandling, det synes jeg er ganske fraværende. Jeg tror det har fremmet organisatorisk læring hvis man har hatt forum hvor man har diskutert avvik på tvers».

5.4.4 Alvorlighetsgrad:

Alle informantene forteller at alvorlige hendelser som uventet dødsfall meldes til helsedirektoratet. Er det usikkerhet om hvem som skal melde, diskuterer de seg imellom og blir enige om hvem som skal holde i saken.

Informantene forteller ikke om noe annen struktur rundt det å behandle alvorlige meldinger. Tar opp alvorlige avvik på lik linje som avvik med mindre konsekvens. Informantene forteller at de alvorlige avvikene tas tak i umiddelbart og blir prioritert og gås igjennom på avdelingen. Informantene sier at det er vanskelig med tiltak på tvers i organisasjonen.

Informantene forteller om debrifing, men at det er ulikt hvem som tar initiativet til dette og at det ikke er noen systematikk.

Oppsummering:

- **Årsaksforhold diskuteres i varierende grad med de ansatte, har blitt et detektivarbeid etter nytt journalsystem**
- **Dialog med de ansatte om meldinger både en til en og i grupper**
- **Tiltak og læringspunkter diskuteres både i formelle og uformelle fora med de ansatte. En del tiltak er opplagt og diskuteres ikke.**
- **Enkelte savner mer dialog og etterspørsel av ledere i arbeidet**
- **Kunnskap og læring formidles både muntlig og skriftlig. utfordringer med skriftlig formidling av at ikke alle leser**
- **Utfordringer med å få informasjon spredt ned på gulvet**
- **Det legges stor verdi i muntlige fremstillinger, diskusjoner og dialoger**
- **Savnes diskusjoner på tvers av avdelinger og profesjoner**
- **Alvorlige hendelser diskuteres på lik linje som andre hendelser i tillegg til at de meldes til Helsetilsynet**
- **Flere deltagere for legitimitet til formidling etter kurs og kongresser**

5.5 Sosiale relasjoner- uformelle forhold

I dette delkapitlet presenteres resultater knyttet til komponenten sosiale relasjoner, som omhandler forholdet mellom organisasjonsmedlemmene; enkeltindivider, arbeidsgrupper, avdelinger og hele organisasjonen. Viktige faktorer er i dette domenet tillit, sosial kapital, makt og allianser, samt konkurranse og konflikt. Dette kapitlet vil derfor ta for seg samhandlingen mellom ansatte i forbindelse med avvikssystemet (Schiefloer, 2021).

5.5.1 Involvering:

Alle informantene forteller om at involvering av de ansatte ved behandling av avvik er viktig. En av informantene forteller at de har slitt litt med engasjementet i enkelte saker, men etter hvert som det har blitt flere som er involvert har det blitt mye enklere. Det er mange ansatte som har tatt opp at de ønsker å få mer tilbakemeldinger i det daglige arbeidet mellom de ansatte, men det er veldig få som tørr å gjøre dette direkte. En informant forteller at de jobber med tiltak til dette nå og forteller at *«hvis vi blir flinkere kan det redusere avvik som går på rutiner og slikt. Snakkes mye mellom sykepleierne som er på vakt. Og de spør hverandre».*

5.5.2 Uformelle fora:

Alle informantene forteller at det er mange avvik som blir tatt opp muntlig og diskutert, mest litt mindre saker, det oppfordres til å skrive avvik på det, spesielt det som gjentar seg slik at de får tatt det opp på avviksmøtene. En del hendelser diskuteres i uformelle fora uten at det blir meldt. En informant sier at de ansatte ikke kommer og melder til informanten nødvendigvis hvis de har meldt noe, men forventer at de blir kontaktet. Andre informanter forteller at de opplever at de ansatte kommer og snakker om hendelser og diskuterer med kollegiale eller leder før de melder i meldesystemet, spesielt alvorlige hendelser er oftest diskutert på forhånd før de er meldt i meldesystemet.

Alle informantene forteller at det er mye uformell snakk på avdelingen om hendelser og tiltak og hvordan ting skal være.

«Det er veldig mye snakk, men samtidig så etterlyses det hele tiden både mer kunnskap og oppdateringer og involvering, så det er hele tiden er potensial for å bli bedre».

Noen informanter forteller om at de har en kultur at de sender avvik på hverandre på tvers og ikke samles og snakker om utfordringer.

5.5.3 Relasjoner

Informantene forteller at de har åpne dører for spørsmål og at de har gode relasjoner til sine ansatte. De forteller om kort vei til sine ansatte og tett dialog og at de snakker med de som har meldt hendelser for å bekrefte eller oppklare årsaker. Lederen opplever at det er stor takhøyde for å ta opp ting og at de ansatte snakker om det de har på hjertet på godt og vondt. Til tider opplever informanten at det blir en del snakk om oppførsel og samarbeid mellom yrkesgrupper og avdelinger og at en del av meldingene omhandler vanskelig samarbeid og dårlig- oppførsel, språk og relasjoner.

Informantene forteller at det er viktig med gode relasjoner ved nyansettelser og at de setter sammen erfaren og ny sammen, men ikke i alle tilfeller at dette lar seg gjøre på grunn av bemanning. Det er i legegruppen et mester- svenn forhold. De yngre blir lært opp av de eldre. Hos sykepleiergruppen tilstrebes mentorordning, der den nyansatte får en erfaren ansatt å forholde seg til.

En av informantene forteller om at det har vært en kultur for teamarbeid, men at det med tiden har blitt mer behov for tilrettelagte turnuser og at effekten av team ikke er like stor i dag som tidligere.

5.5.4 Arbeidsgrupper og nettverk på tvers i organisasjonen

Alle avdelingene er satt sammen med ulike yrkesgrupper med hver sin ledelse. De ulike yrkesgruppene er satt opp i «team /arbeidsgrupper» og jobber tett sammen hele vakter eller i enkelte oppgaver i løpet av vekten sin. Det er ulik oppfatning av informantene i forhold til hvor godt de opplever samarbeidet mellom yrkesgruppene. Spesielt når det kommer til avvikshåndtering er det ingen felles nettverk eller fora for diskusjon, hverken innad i hver avdeling mellom de ulike yrkesgruppene eller på tvers i organisasjonene, bortsett fra møtene til traumemottaket og månedlig HMS møte på klinikknivå med avdelingsledere til stede sammen med tillitsvalgte og verneombud. Struktur på tvers av klinikk er det ingen informanter som refererer til noe. Noen informanter forteller at de tar opp hendelser med hverandre og diskuterer på et ledelsesnivå innad i samme avdeling, men det er ingen systematikk i dette og de ansatte er ikke involvert i disse diskusjonene. På tvers av avdelinger er det ingen kultur for dette, da forteller informantene at det meldes på hverandre i meldesystemet. En av informantene opplever en av avdelingene som en smeltedigel av veldig mange interessenter og at det er vanskelig å fatte beslutninger i forhold til tiltak.

«Mye må løftes til klinikkjef og så til fagdirektør, så har det stoppet der».

Det er ingen nettverk eller struktur på at de ulike lederne snakker og blir enige seg imellom.

Hos traumemottak forteller en informant om at

«det har vært en endring de siste årene i forhold til tidligere. Tidligere var det flere som var uenige i at traumatologien tok mye fokus, men etter hvert som det har blitt flere som har blitt involvert særlig i MM møter, der de ser at det er faktisk sånn det fungerer og det er komplekse ting kanskje så har det vært holdningsendringer. I et traumemottak er det ca. 12-15 personer som tar imot en pasient fra ulike yrkesgrupper. Enkelte traumemottak kan det være litt diskusjoner innimellom, men der viser de igjen til flere hendelser av lignende karakter og viktigheten og behovet for mottak og nasjonale kriterier som skal følges, men det er stadig diskusjoner i tvilstilfeller, eller i tilfeller der enkelte tar egne beslutninger på tvers av kriterier. Det er spesielt vanskelig i situasjoner der det er knapt med ressurser og prioritering av oppgaver».

5.5.5 Desentralisering og interessekonflikter

Det er en kultur for at det tas faglige beslutninger nederst i organisasjonen hos de medisinskfaglige ansvarlige. Komplikasjonsmøtene til legene er en møtестruktur som gjennomføres på legenes initiativ uten stor involvering av øvrig ledelse. Informantene forteller at det fattes faglige beslutninger om behandling i disse møtene etter gode diskusjoner med personer som har legitimitet i egen organisasjon. Informanter forteller at legitimiteten kommer med erfaring og resultater. Ved godt oppmøte spres beslutningene relativt kjapt gjennom jungeltelegrafene. Ved endring av medisinskfaglige prosedyrer samles de medisinskfaglige ansvarlige og oppretter eller reviderer på bakgrunn av avvik. En del av de medisinskfaglige prosedyrene er hver for seg for hver yrkesgruppe og noen prosedyrer er samarbeid mellom flere yrkesgrupper. Ved endring i prosedyrer ligger initiativet på den som har meldingsansvarlig og initierer endringsbehov som et tiltak. Ingen informanter forteller om utfordringer knyttet til dette arbeidet. Når det kommer til strukturelle beslutninger løftes de opp lederlinjen. Alle informantene forteller at behov for strukturelle endringer er svært vanskelig og bunner ofte i ressursmangel og interessekonflikter i forhold til prioriteringer og at

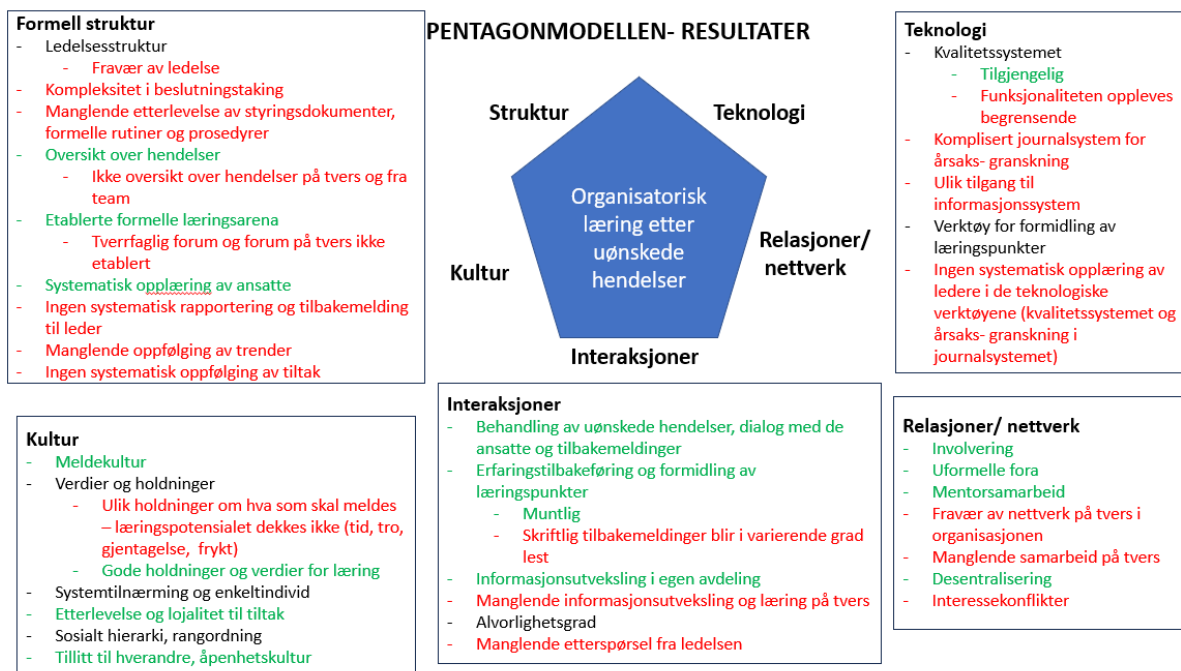
utfordringene blir vedvarende i årevis, med en vurdering av at det er mulig å leve med selv om det ikke er optimalt. En av informantene eksemplifiserer mangelfull intensivkapasitet, en annen informant forteller om mangel på akutt operasjonsstue kapasitet, mens andre informanter forteller om mangel på tilstedeværende leger i sengepost.

Oppsummering:

- **God involvering av de ansatte innad i egen avdeling**
- **Liten eller ingen involvering av de ansatte på tvers av yrkesgrupper eller avdelinger**
- **Hendelser snakkes mye om i uformelle fora**
- **Åpne og tette relasjoner innad i ansatte grupper**
- **Et del dårlig samarbeid på tvers**
- **Mester svenn forhold og mentorarbeid ved nyansettelser**
- **Interessekonflikter ved behov for strukturelle endringer**

5.6 oppsummering

Nedenfor er en illustrasjon for å oppsummere temaene som er gjennomgått i resultatene lagt inn i pentagonmodellen. Grønt symboliserer fremmere til læring. Rødt symboliserer hemmere til læring. Svart symboliserer nøytralt.



Figur 13. Illustrasjon laget av forfatter inspirert av Pentagonmodellen av (Schiefløe, 2021). s. 135

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil resultatene og bakgrunnsinformasjonen fra oppgavens innledning diskuteres sett i lys av teori. På grunn av stor mengde innsamlet data er det plukket ut de resultatene som har mest relevans i forhold til oppgavens forskningsspørsmål og problemstilling fra diskusjonskapitlet. Disse funnene er presentert i figur 13, som belyser flere organisatoriske faktorer som påvirker den organisatoriske læringen av uønskede hendelser hos sykehuset. Oppgaven tar for seg lederens perspektiv. Alle informantene jeg har intervjuet er ledere. I praksis betyr det at der jeg har skrevet informanter betyr det at de også er ledere. Diskusjonen er strukturert med hensyn til forskningsspørsmålene for å kunne besvare problemstillingen. Gjentar her forskningsspørsmålene som er presentert i kapittel 4.1:

1. Hvordan forholder ledere seg til meldesystemet og uønskede hendelser, og hvilket fokus har de?
2. Hvilke systemer/ modeller benytter ledere for læring av uønskede hendelser?
3. Hvordan legger ledere til rette for deling av kunnskap, og hvilke arenaer mener lederne er de viktigste?
4. Hvordan forholder ledere seg til læring etter uønskede hendelser?
5. Hva gjør ledere for å fremme organisatorisk læring?

Sammen skal forskningsspørsmålene besvare oppgavens problemstilling: **Hvordan arbeider ledere med organisatorisk læring etter uønskede hendelser og hva er suksessfaktorer og utfordringer?**

6.1 Hvordan forholder ledere seg til meldesystemet og uønskede hendelser, og hvilket fokus har de?

6.1.1 Meldekultur- lederens innstilling til meldesystemet og hva som skal meldes

Resultatene fra empirien viser at lederne har fokus på åpenhet og delekultur. De har en kultur der lederne oppfordrer sine ansatte til å melde avvik. Empirien viser også at betydningen av å jobbe med avvik blir sett på av ledere som læring for å bedre praksis og grunnlag for endring og opplæring av nyansatte. Det ses i empirien gode holdninger og verdier for organisatorisk læring. Empirien viser imidlertid at meldesystemet ikke dekker lederens behov for å se på komplikasjoner og pasientskader. De benytter derfor også andre systemer for arbeid knyttet til organisatorisk læring. Kulturen som finner sted ved at avvik blir sett på som læring for å bedre praksis og lederens fokus på å melde avvik kan ses i sammenheng med Aases beskrivelse av at læring av erfaring utgjør selve grunnlaget for å rapportere uønskede hendelser. Aase beskriver at den ideelle tilnærmingen for å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg er å se på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker, og hvordan konkrete arbeidsoppgaver fungerer (Aase, 2015). Det vil si at man må se på hendelser i et systemperspektiv (Reason, 2000). Likevel om resultatene viser stort fokus på læring hos lederne viser også empirien at lederen ikke undersøker alle hendelsene som symptom på bakenforliggende årsaker. Dette beskriver at den ideelle tilnærmingen som Aase beskriver ikke dekkes fullt ut.

Stubberud beskriver at for å oppnå læring etter hendelser må de ansatte melde hendelser i meldesystemet og de som har ansvar for å behandle meldingen må finne årsaksforhold og behandle meldingene slik at læring kan hentes ut fra hendelsene og formidles til de ansatte. For å oppnå dette må lederne ha fokus på viktigheten av arbeidet og viktigheten av å melde hendelser i meldesystemet. Stubberud legger vekt på at leder må se på arbeidet som en sentral nødvendig del av arbeidet og ikke bare noe i tillegg (Stubberud, 2019). Funnene i denne studien avdekker at det er konflikter mellom ressurser og tid til å arbeide med avvik og operativ drift. Empirien forteller også at det er manglende tro på at noe skjer med de meldte avvikene. Lederne forholder seg til avvik som de ikke får løst selv

med å videreformidle beskjed til ledelse i linjen. De forventer ingen svar tilbake da erfaringer er at problemene ikke løses da de ofte er komplekse og involverer parter på tvers i organisasjonen. Resultatene viser også at arbeidet med uønskede hendelser ikke nødvendigvis har førsteprioritet, men kommer i tillegg til drift og andre oppgaver. Empirien understreker allikevel at alvorlige hendelser alltid har høy prioritet. Stubberud argumenterer for at manglende forankring og ledelse er en av årsakene til at flere uønskede hendelser oppstår. Stubberud skriver at det er avgjørende at ledere ser på arbeidet som en sentral del av arbeidet sitt (Stubberud, 2019). Ledernes nedprioritering kan medføre en negativ spiral av uønskede hendelser og er hemmende for organisatorisk læring. I en artikkel av Ingrid Høie om legekultur og kollegialitet under press skriver hun at krav om kvalitet kommer i konflikt med krav om effektivitet (Høie, 2002). Artikkelen er fra ca. 20 år tilbake i tid, men ser ikke ut til å være mindre aktuell i dag. Funnene fra empirien viser til at avvik som skyldes ressursmangel er det mange av, men de blir ikke prioritert. Både empirien, tidligere forskning og teori belyser problematikken rundt viktigheten og prioritering av arbeidet.

Flertallet av informantene forteller at de ser på meldesystemet som et avvikssystem. Noen informanter forteller at de vektlegger at de alvorlige hendelsene skal meldes, mens andre informanter vektlegger at det er systemsvikt som meldes, mens uønskede hendelser som er pasientrettet er det flere som forteller at de inngår som en del av en påregnelig risiko i en kirurgisk behandling. Dette dokumenteres i pasientens journal og gjenfinnes i egne komplikasjonsregister når de jobber med læring. Det vil si at lege-lederne forholder seg til flere systemer når de arbeider med organisatorisk læring etter uønskede hendelser. Waring & Currie støtter opp under viktigheten av å ha flere systemer en bare meldesystemet for å fange opp avvik og uønskede hendelser som ikke blir meldt. De viser til at meldesystemet er et eksplisitt system der det krever at melder kan sette ord på sine opplevelser. De skriver videre i sin forskning at det er vanskelig å fange opp, kode og dele ansattes tause kunnskap gjennom sentrale systemer. Informasjonssikkerheten kan i enkelte tilfeller være for lav til å vurdere forbedringspunkter for enkelthendelser. Deler av kunnskapen om hendelsen vil være taus- det vil si at helsepersonell ikke nødvendigvis kan gjenfortelle den skriftlige slik at andre kan forstå den (Waring & Currie, 2011). Forskningen til Waring & Currie støtter derfor opp under at det er behov for ulike typer aktiviteter, møtesteder og systemer- utover meldesystemet og avvikshåndteringssystemet i prosessen med å fremme læring av uønskede hendelser slik som funnene fra empirien også avdekker. Dette påpekes også av utvalg for å utrede hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten av Stoltenberg II 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette vil si at man må se på læring av uønskede hendelser i et større perspektiv enn bare hendelser fra meldesystemet for å utnytte læringspotensialet i alle hendelser. Simulering, veiledning og opplæring kan være eksempler på slike strukturer. Resultatene fra empirien viser etablerte strukturer for dette i sykehuset. Andre eksempler på dette kan være komplikasjonsregistre som blir benyttet av legene. Utfordringene med dette systemet er at registrene ikke deles med andre yrkesgrupper og kan derfor føre til at den organisatoriske læringen på tvers i organisasjonen blir mangelfull. Empirien viser også at lederne opplever at meldesystemet blir fylt med mange meldinger som ikke hører hjemme i meldesystemet. De forteller at mange meldinger går mer på oppfølging og bør tas opp i andre fora eller at det er hendelser som er en del av behandlingen. Det brukes mye tid og ressurser på å pleie systemet, noe som er en mangelvare i prioritering av oppgaver. Disse beskrevne funnene viser til at ledere har ulike holdninger til meldesystemet. Resultatene viser at hendelser ikke nødvendigvis blir meldt i meldesystemet noe som fører til at sykehuset går glipp av viktig læring. At yrkesgruppene ikke har lik tilgang til informasjonssystem kan ses på som manglende informasjonsutveksling. Dette beskriver Thorsvik og Jacobsen som en hemmer for organisatorisk læring (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Empirien viser at lederne har ulik oppfatning av hva meldesystemet bør fylles med og hva som skal prioriteres. Det fremkommer at det farger svarene og tilbakemeldingene de gir til de ansatte, også prioriteten av hvordan meldingene behandles. Meldingsansvarlig og de ansatte har ikke en omforent oppfatning av hvilke hendelser som skal meldes. Informantene erfarer at svar som er kvasse bidrar til en frykttkultur for å melde. Dette er en hemmer i forhold til læring. Dette samsvarer med teorien som Thorsvik og Jacobsen beskriver om at både tillit, informasjonsutveksling og maktforhold er grunnleggende organisatoriske forhold som kan fungere som barrierer mot organisatorisk læring (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Aase mener at læringsprosessen vanskeliggjøres av ulik forståelse knyttet til betydningen av dette arbeidet, med ulike kulturelle og strukturelle læringsbarrierer (Aase, 2015). At informantene påpeker forskjellig oppfatning av hvordan systemet skal utnyttes samsvarer også med det Aase mener.

Empirien viser at informantenes oppfatning av hvilke hendelser som skal meldes gjenspeiler ikke hva sykehuset har beskrevet i sine prosedyrer, der det fremkommer at alle uønskede hendelser skal meldes. Pasientrelaterte- og systemrelaterte meldinger skal meldes på lik linje og blir kategorisert i kategorier ved behandling av meldingen, her er det også kategorier som går på samarbeid som flere opplever som unødvendig støy i systemet. Funnene fra empirien viser at det kun er en av informantene som har egen liste over kategorier som skal meldes. Denne listen er laget for en del år tilbake på bakgrunn av hendelser. Listen er ikke evaluert og det er ikke sett på om det er andre kategorier som er aktuelle i dag. Ingen andre av informantene forteller at de har hatt diskusjoner i sine ansattegrupper om kategorier for hva som skal meldes. Ledernes opplevelse at unødvendige meldinger tar tid og plass viser til at lederne har en ulik oppfatning i forhold til sykehusets prosedyrer. Denne holdningen kan medføre at man går glipp av læringspotensialet fra hendelser. Denne ulike forståelsen kan også, som Aase beskriver, bidra til kulturelle og strukturelle læringsbarrierer (Aase, 2015). Disse funnene kan bidra til lite motivasjon for arbeidet.

Leipzig & Schiøler (2003) forteller om læringspotensialet knyttet til hendelser uten særlig konsekvens. De argumenterer med at når man konsentrerer seg om læring av nesten hendelser, kan man bruke ufarlige hendelser som læringsmateriale for å unngå de hendelsene som er alvorlig og innebærer pasientskade. Det er også lettere å snakke om hendelser som ikke har medført skade, enn en situasjon der en pasient ble skadet (Aase, 2015). Resultatene viser at det ikke er en kultur for dette. Slikt arbeid krever også tid og ressurser, det understrekes at dette er en knapphet. Empirien understreker at mangelen på ressurser gir stadig interessekonflikter i forhold til ulike andre oppgaver i hverdagen.

Resultatene fra UKOMs rapport samsvarer med disse funnene (UKOM, Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenester, 2023). Her pekes det også på at hendelser ikke blir meldt og at helsetjenesten dermed kan gå glipp av viktig læring. De beskriver også informantenes opplevelse av at kvalitetssystemet overbelastes av mange unødvendige meldinger, samt at ressursknapphet og tidspress fører til en negativ spiral.

6.1.2 Behandling av meldinger og tilbakemeldinger til de ansatte

Når det gjelder hvordan ledere forholder seg til de enkelte meldingene, viser funnene at alle avvik blir lest og vurdert av leder. Empirien viser at lederne har både et systemfokus og individfokus. Enkelte meldinger blir tatt opp med individer og har et individorientert fokus slik som Reason (2000) beskriver at den individorienterte tilnærmingen har vært dominerende innen det medisinske fagfeltet (Reason, 2000). Resultatene fra empirien viser at det skilles på hva som tas opp i plenum og hva som tas opp med den enkelte. Reason understreker betydningen av at alle feil og uønskede hendelser må sees i et systemperspektiv. Informantene opplever at meldinger som går på spesifikk oppfølging må og skal tas med den enkelte. Noen informanter forteller også om medisinske

vrderinger som tas opp med den enkelte for veiledning. Denne praksisen er motstridende av hva Reason beskriver som viktig for å unngå at hendelser skal oppstå igjen. Reason mener at en alvorlig svakhet ved det individorienterte fokuset er at ved å fokusere på feilens individuelle opprinnelse, isoleres handlinger fra deres systemkontekst. Reason beskriver at feil faller ofte inn i et tilbakevendende mønster og er ofte ikke tilfældigheter. De samme settene av omstendigheter kan trigge lignende feil, uavhengig av de involverte. Ved at man ikke oppsøker og fjerner de feilprovoserende egenskapene i systemet vil mest sannsynlig lignende hendelser oppstå (Reason, 2000). Dette tyder på at funnene om det individrettede fokuset bidrar til å hemme den organisatoriske læringen og skaper en fare for at lignende hendelser kan oppstå. Empirien viser også at det er utfordringer med å få ut ny informasjon til alle ansatte. Av og til får lederne avvik på nye rutiner som ikke er fulgt. Dette tas da opp med den enkelte for å minne på, dette forteller at systemet for informasjonsutveksling ikke er tilstrekkelig. Ved og kun ta det opp med den enkelte vil det stadig bli tilbakevendende meldinger på personer som ikke har fått med seg ny informasjon slik som Reason beskriver at hendelser isoleres fra systemkontekst og faller i et tilbakevendende mønster. Å sette inn tiltak for slikt arbeid kan være ressurskrevende og vanskelig og prioritere i en hverdag full av prioriteringer og krever å løfte blikket i et systemperspektiv slik som Reason og Senge (Senge, 2004) beskriver (Reason, 2000). Det er ingen av informantene som opplever at individuelle tilbakemeldinger gir negative effekter på meldekultur.

Reason beskriver at de senere årene har systemperspektivet vært mer fremtredende. Den systemorienterte tilnærmingen tar høyde for at mennesker er feilbarlige, og at feil vil skje selv i veldrevne organisasjoner. Feil blir ikke tilskrevet svikt hos enkeltpersoner, men som en konsekvens av uheldige systemforhold. Slik som f.eks. lokaliteter, bemanningsfaktorer og mangelfulle retningslinjer og prosedyrer. Når man skal forsøke å rette opp feilen, leter man etter hvilke systemer som ikke virker etter hensikten, og hvordan man i fortsettelsen kan styrke disse for å unngå tilsvarende uønskede hendelser. Dersom systemperspektivet og den miljømessige konteksten ikke hensyntas, risikerer man manglende avdekking av viktige forbedringsområder. Ved ensidig vektlegging av den individorienterte tilnærmingen, risikerer man utvikling av frykt, manglende tillit og en dårlig meldekultur (Reason, 2000). Senge beskriver også viktigheten av systemperspektiv. Han mener at man må se verden som en helhet og sammenhengende krefter. Senge mener at man må vekke til live menneskers motivasjon og fremme deres evne til å lære på alle nivåer i organisasjonen. Senge mener at med en systemorientering har man mulighet for å se hvilken situasjon uønskede hendelser befinner seg i. Det igjen betyr å se sammenhenger mellom ulike hendelser og aktiviteter, slik at årsakene kan avdekkes. I dag er systemtenkningen viktigere enn noensinne fordi vi overveldes av kompleksitet (Senge, 2004).

Empirien viser at lederne har en systemtilnærming når de tar opp meldinger i felles fora. Alle informantene er tydelig på at det ikke skal være et individfokus, men at man legger vekt på hva man kan gjøre bedre i form av rutiner og strukturer. Flertallet av informantene forteller at de er tydelig på at det er avdelingen som behandler og ikke enkeltindivider. Noen forteller at selv om de har et systemfokus og hendelser tas opp i felles fora, vil den enkelte ta til seg læring, selv om fokuset ikke er på enkeltindivider. Da er fokuset på rammebetingelser og man er opptatt av å lære og ikke på hvem som har gjort hva. Funnene viser at lederne forholder seg til meldingene med åpen og ærlig dialog sammen med de ansatte. Dette samsvarer med Reasons beskrivelser at mennesket er feilbarlige og at feil blir tilskrevet systemforhold. Dette støtter også opp under Senges teori om å se avviket som en helhet av sammenhengende krefter. Aase beskriver også dette med at presis informasjon, refleksjon og diskusjon bør vektlegges i arbeid med uønskede hendelser (Aase, 2015).

En kan stille seg spørsmålet om å kunne benytte et individfokus i en stor organisasjon kanskje av og til er riktig, selv om et systemperspektiv er å ettertrakte? I en tid med prioriteringer påpeker informantene at det ikke er rom for å ta opp alle saker i felles fora. Det er da viktig å være klar over at man kan ha manglende avdekning av viktige forbedringspunkter som Reason beskriver (Reason, 2000). Dette beskriver også UKOM i sin rapport om læring av hendelser som ikke er benyttet. Flere av informantene forteller at hvis hendelsene gjentar seg må de ses på i et systemperspektiv og eventuelt se på endring av prosedyrer o.l. Dette viser et systemfokus hos informantene, men systemfokuset er ikke alltid det første de tenker på i alle saker.

6.1.3 Bruken av meldesystemet og dens funksjonalitet

Empirien viser at ingen av informantene har fått opplæring i bruken av kvalitetssystemet eller årsaksanalyse i nytt journalsystem. De forholder seg til kvalitetssystemet som selvlært og veiledning fra kvalitetsrådgiver. Resultatene viser at ingen tar ut egne statistikker, men de har fått presentert dette fra kvalitetsrådgiver. Empirien avdekker at statistikkene ikke brukes av ledere.

Aase beskriver at målet med læring etter hendelser er å unngå gjentakelse av tilsvarende hendelser, derfor inngår læring som et viktig element i det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet til organisasjoner. Læring etter hendelser utgjør en del av den erfaringsbaserte læring ved at man tar i bruk historiske data (Aase, 2015). Det vil si at å gjenfinne historiske data er en nøkkel for å lykkes. De fleste informantene forteller at det er utfordrende og tidkrevende med nytt journalsystem. Informantenes dårlige opplevelse av nytt journalsystem og økt tidsbruk for å finne opplysninger som kan knyttes til årsaksforklaringer, hemmer det å gjenfinne presis informasjon som Aase beskriver er viktig i dette arbeidet, dette hemmer den organisatorisk læring.

Oppsummering:

Gjennom pentagonanalysen og diskusjon kan jeg tydelig se at både teknologi, kultur, formell struktur, interaksjoner og relasjoner har påvirkninger i forhold til hvordan ledere forholder seg til meldesystemet og de uønskede hendelsene. Her finner jeg faktorer som både hemmer og fremmer læring. Både kvalitetssystemets funksjonalitet, mangelfull opplæring, og komplisert journalsystem for årsaks-granskning er hemmere for organisatorisk læring. Også ulike holdninger om hva som skal meldes hemmer den organisatoriske læringen. Pasientsikkerhet har høy prioritet hos informantene, men på bakgrunn av ledernes opplevelse av meldesystemet har ledere flere systemer og henter læring fra og meldesystemet gir ikke det totale bildet. Det er ulik tilgang mellom yrkesgruppene til systemene utenfor meldesystemet noe som fører til variert mulighet for informasjons og mulighet for læring. Lederne veksler mellom et individrettet fokus og et systemperspektiv i arbeidet.

6.2 Hvilke systemer/ modeller benytter ledere for læring av uønskede hendelser?

I sykehusets formelle prosedyrer og styringsdokumenter fremkommer det at forbedringsmetodikk med å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere skal være gjennomgående praksis i kvalitet og forbedringsarbeidet, deriblant avvikshåndteringen. Empirien viser at lederne har kunnskap om hva kontinuerlig forbedring er og hva forbedringsmetodikk er. Empirien viser også at kontinuerlig forbedring er en del av hverdagen i sykehusets avdelinger, men metodikken brukes ikke systematisk av lederne. Teorien viser til at det finnes flere modeller for læring. Funnene fra intervjuene gjenfinner elementer fra alle modellene, selv om ingen av informantene forteller om systematisk bruk av noen.

Den lineære tre stegs modellen som Aase og Stubberud forteller at er den mest vanlige tilnærmingen til læring av uønskede hendelser i helsevesenet (Aase, 2015) (Stubberud, 2019) er gjenkjennende i

informantenes fremstilling av hvordan de behandler avvik. Empirien viser at alle informantene har oversikt over sine hendelser i kvalitetssystemet. De gjennomgår hva som skjedde, hvem som var involvert, når og hvor hendelsen fant sted og ser på årsaksforhold. Empirien viser også at hendelsene blir tatt opp i felles fora og det diskuteres årsaker og tiltak. Empirien understrekes viktigheten av åpne diskusjoner i felles fora for å skape læring. Funnene viser at de åpne felles foraene er basert på tillit mellom de ansatte. Både Aase, Thorsvik og Jacobsen viser til at tillit er en fremmer for den organisatoriske læringen (Aase, 2015) (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Funnene fra empirien viser også at det gjøres lite av trendanalyser og at de i all hovedsak behandles enkeltmeldinger for seg. Som Reason og Senge uttrykker bidra dette til å hemme systemtilnærmingen og systemer for å fange opp flere hendelser før de får alvorlige konsekvenser (Reason, 2000) (Senge, 2004). Dette er også noe av kravet til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Empirien viser også at prosessen med behandling av avvik er sammenfallende med Kolbs (1984) lærings sirkel som Tveiten beskriver om (Tveiten, 2008). Kolbs lærings sirkel dannes på bakgrunn av erfaringsbaserte hendelser slik som en meldt hendelse i et avvikssystem. Funnene viser at praksisen i behandlingen av avvik inneholder prosessene erfaring, refleksjon, konseptualisering og eksperiment. Avvikene i meldesystemet inneholder hendelser som er beskrevet på bakgrunn av en hendelse melder har opplevd. Meldingsansvarlig reflektere over hendelsen for å forstå hva som har skjedd, både en individuell refleksjon, men også i samhandling med innmelder eller fora med flere ansatte. Læringsmål eller tiltak opprettes basert på årsak og teori knyttet til den enkelte meldingen og tiltakene testes ut. Slik dannes Kolbs lærings sirkel. Thorsvik og Jacobsen skriver at erfaring fra avvikene i seg selv er ikke noen garanti for læring, men man lærer av den erfaringen som forstås, og gjennom andres respons på egen erfaring (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Kolbs lærings sirkel viser prosessen i kompetanseutvikling og læring ved å synliggjøre hvordan en konkret erfaring reflekteres over og analyseres i ulike faser. Ved å dele erfaringer, stille spørsmål som utfordrer handlingen og erfaringen, forsterkes det dynamiske synet på læring dette beskriver også Argyris i sin dobbelkretslæring. Dette beskriver viktighetene av elementet refleksjon i sirkelen. Refleksjon og åpne diskusjoner i behandling av avvik blir understreket som viktig i empirien. Funnene fra empirien avdekker også frustrasjon av at enkelte saker som løftes videre til høyere ledelse ikke har et svar, avslutning eller konklusjon med tanke på videre håndtering av aktuell sak. Dette kan ses i lys av Kolbs lærings sirkel og mangel på konseptualiseringsprosessen. I Konseptualiseringsprosessen trekkes det konklusjoner og oppsummeres ut fra erfaringer og kobler inn relevant teori før ny handling planlegges (Tveiten, 2008). Disse funnene beskriver at lærings sirkelen ikke sluttet og sykehuset går glipp av organisatorisk læring.

Helsedirektoratet sier at nøkkelen til å lukke avvik og forebygge uønskede hendelser er gode planer og systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2020). De viser til Demings fordringsmodell som en anerkjent metode. At empirien viser til lite systematikk og planlagte prosesser utover å behandle de enkelte avvikene, hemmer det systematiske forbedringsarbeidet. Helsedirektoratet påpeker også at for å kunne bruke forbedringsmodellen trenger helsepersonell både klinisk kunnskap og kunnskap om forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2020). Dette fremkommer også i handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring der et av tiltakene er å bygge forbedringskompetanse i tjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Funnene fra empirien viser at det kun er en av informantene som har kurs i forbedringsmetodikk. Thorsvik og Jacobsen fremhever også at for å skape vellykkede organisasjonsendringer så er kompetanse og erfaring viktig for å lykkes med endringsprosesser (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette viser til at organisasjonen har ubrukt potensial og bør legge til rette for opplæring av ledere i den anbefalte systematiske forbedringsmetodikken for å fremme organisatorisk læring.

Empirien viser imidlertid at det finnes flere vellykkede inkrementelle endringsprosesser i sykehuset. Der er det tydelig spor etter å ha brukt elementer fra PDSA sirkelen til Deming (Moen, et al., 2009). Resultater fra empirien viser at det både er testing av tiltak og justeringer før målene nås. Funnene avdekker likevel at det ikke er en systematisk tilnærming til arbeidet, men at det blir til av seg selv i en prosess med høy involvering av de ansatte. Helsedirektoratet beskriver at systematisk bruk av Demings sirkel danner grunnlag for kontinuerlig forbedring av det daglige arbeidet (Helsedirektoratet, 2020). Selv om empirien viser at lederne ikke har et bevisst forhold til metodikken, ser det ut til at deler av den er infiltrert i en del av arbeidsmetodene med avvikhåndtering og med vellykkede resultater. Eller at kulturen for stadig forbedring henger sammen og er knyttet til profesjonskulturen som finner sted hos helsepersonell (Aase, 2015). Dette kan vise til et behov for opplæring av lederne i forbedringsmetodikk for å kunne utføre den systematiske tilnærmingen som ligger til grunne i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Flertallet av informantene forteller at det er de små endringene som er lavhengende frukter man lykkes med. Empirien viser at det er de større organisatoriske endringene som stopper opp. Dette gjelder da ofte organisatoriske prosesser som går på tvers av organisasjonen eller yrkesgrupper. Her hemmes det av kompliserte beslutningsprosesser, samarbeid på tvers i organisasjonen, ressurser, tid og prioriteringer. Thorsvik og Jacobsen beskriver at kompleksitet i beslutningstaking er et grunnleggende organisatorisk forhold som fungerer som barrierer mot organisatorisk læring (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Informantene beskriver interne tiltak som bøter på problemene eller en aksept for risikoen og at rotårsaken er vanskelig å gjøre noe med. Selv om rotårsaken ikke løses, er en bevisstgjøring av hva man må forholde seg til også en del av læring. Empirien viser til at prosedyrer er opprettet for å tilpasse situasjonen. Men ved og kun opprette individuelle tiltak internt mister man læring på tvers i organisasjonen. UKOMs rapport påpeker også at dagens systemer i liten grad ivaretar læring på tvers av avdelinger, sykehus og regioner (UKOM, Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenester, 2023).

Som beskrevet i teorikapitlet handler Kurt Lewins utviklingssteori om metoder for planlagt endring som legger vekt på demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeidere i endringsprosesser (Levin & Klev, 2018). Dette kan ses i sammenheng med læring etter uønskede hendelser. Alle informantene forteller at de er opptatt av involvering av sine ansatte i arbeid med uønskede hendelser. Involvering bidrar til å skape en forståelse av situasjonene som kan ses i en opptiningsfase som Lewin beskriver (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Lewin beskriver at opptiningsfasen er en fase som skal skape motivasjon for endring. I denne fasen må det skapes en holdning om at dagens situasjon er gal, og at det vil gå galt hvis man fortsetter på samme måte. Opptiningsfasen må også skape en psykologisk trygghet der man enten forsøker å redusere redsel og uvilje mot endring, eller påpeker hva som ikke skal endres og hva som forblir stabilt (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Empirien viser til at det er stor takhøyde for å stille spørsmål og for deling av erfaringer. Funnene av at det legges vekt på at ansatte med legitimitet, med stor faglig tyngde og lang erfaring er med i prosessene for læring etter uønskede hendelser og avvik bidrar til psykologisk trygghet og kan redusere uvilje og redsel mot endring. Dette da disse personene ofte er kulturbærere som de ansatte støtter seg til, som beskrives av Aase, Thorsvik og Jacobsen som en fremmer til organisatorisk læring. Når nye tiltak skal iverksettes og man ser Lewins endringsfase, viser empirien at den muntlige diskusjonen i grupper og møtefora er viktig. Her forteller informantene at det forankres lik forståelse og aksept for tiltakene og refleksjoner skaper tilhørighet og motivasjon for endring. Informantene beskriver også at eierskap til avviket bidrar til motivasjon for læring. Lewin beskriver til slutt en nedfrysingsfase der nye tiltak stabiliseres og rutineres. Her må tiltak evalueres, og man må undersøke om det er samsvar mellom nye holdninger (kultur) og faktisk adferd (struktur) (Thorsvik &

Jacobsen, 2019). Empirien viser at det er ingen strukturert oppfølging av spesifikke tiltak og læringsmål. Funnene viser at det er den enkelte selv som har ansvar for å få med seg endringer. Det at den ansatte ikke følger nye prosedyrer medfører at det kommer nye avvik. Empirien viser at nye avvik er ledernes oppfølgingsstrategi. Disse resultatene viser en manglende evaluering av læringsmål og tiltak som både i Lewins modell og i Demings forbedringsmetodikk er et viktig element for å gjennomføre systematisk forbedringsarbeid. Å ikke ha en systematisk evaluering av tiltak og læringsmål vanskeliggjør å sette inn korrigerende tiltak. Lærings sirkelen til Deming sluttet ikke og samsvar mellom nye holdninger og faktisk adferd avdekkes nødvendigvis ikke (Moen, et al., 2009). Argyris sier også at man bør kontinuerlig vurdere konsekvensene av de handlinger man gjør, og stille spørsmålet om det er dette man egentlig ønsker for å skape dobbelkretslæring (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Helt sentralt i organisasjonsutvikling er deltagelse. Thorsvik og Jacobsen beskriver at de ansatte og ledelse må sammen foreta en analyse av dagens situasjon, de må sammen komme frem til forslag til løsninger og hva som skal endres, og det er et fellesprosjekt å bli enige om hvordan gjennomføring av endring skal gjennomføres i praksis. De skriver at organisasjonsutviklingsprosesser vil etter denne modellen ofte oppleves som tidkrevende og langsom, men selve prosessen fører ofte til at partene bruker god tid på å bli enige i forkant, slik at selve implementeringen går fort og uten store konflikter (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Et funn fra empirien viser til at avdelinger ikke er så gode på å lage lange prosesser for å implementere ting. En av informantene forteller at de setter seg bare ned også har de noen tanker og så gjør de eventuelt endringer og korrigerer disse endringene underveis. Informanten forteller at de har hatt ordentlige prosesser også, men da vil ting ta for lang tid i forhold til tilgjengelige ressurser. Disse funnene beskriver tidsutfordringene med organisasjonsutviklingsprosesser. Empirien viser allikevel til at avdelinger lykkes ofte med de små endringen uten store prosesser. Informanten beskriver etablerte fora med behandling av avvik der årsaker undersøkes, diskusjon av tiltak skjer og beslutninger om gjennomføring av tiltak i praksis blir tatt i fellesskap. Her vises det til fellesprosjekt og deltagelse som Organisasjonsutviklingsprosessen vektlegger som viktig. Disse foraene kan være noe av grunnen til at lederen opplever at de lykkes med de små endringen, uten at de klarer å sette ord på denne prosessen selv. Empirien viser at de større endringene er det vanskelig å prioritere.

Levin skriver at organisasjonsutviklingsprosessen baserer seg på at det er et grunnleggende positivt menneskesyn og at mennesket har lyst til å utvikle seg å lære (Levin & Klev, 2018). Slik som Senge beskriver i sin systemteori. Senge skriver at prosessene baserer seg på at organisasjonen består av sosiale grupper med en fri og åpen dialog mellom mennesker og grupper der man kommer frem til omforente løsninger (Senge, 2004). Empirien viser til en fri og åpen dialog som en kultur som er godt forankret i organisasjonen. Thorsvik og Jacobsen skriver at organisasjonsutviklingsprosessen baserer seg også på at endring er en kontinuerlig prosess, tett knyttet til læring. Endring blir ikke betraktet som noe tidsavgrenset, men mer som en måte å organisere virksomheten på (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette beskriver også informantene om sin praksis, at forbedringsarbeid er en del av kulturen og at de hele tiden ser etter forbedringer. Som Thorsvik og Jacobsen skriver påpeker Lewin at relativt flate strukturer er sentralt, med stor vekt på bred deltagelse fra flere grupper og nivåer i organisasjonen ved organisasjonsutviklingsprosesser. Bred deltagelse øker muligheten for at mange synspunkter kommer frem slik at man får god kvalitet på de beslutninger som tas. Gjennom deltagelse kan man også oppnå et «eierforhold» til endringsforslagene, noe som øker muligheten for å lykkes med endringen (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Funnene fra empirien viser også at bred deltagelse og flere synspunkter vektlegges som en viktig faktor for å skape læring i organisasjonen. Det beskrives viktigheten av at alle synspunkter blir belyst både fra de erfarne, men også at det er verdifullt med synspunktene fra de ferskeste som kanskje har med seg ny kunnskap inn som bør tas

med i betraktningene. Strukturen som befinner seg i sykehuset ved at de medisinske beslutningene skjer hos legene og at det ikke er behov for deltagelse av formell ledelse lengre opp skaper muligheten for å opprette tiltak der og da i diskusjonen og en bred deltagelse bidrar til at de som er deltakende får tiltakene med seg. Sykepleierne beskriver også strukturer som fremmer for å kunne lære av organisatoriske hendelser. Informantene som er seksjonsledere og avdelingsledere forteller at de oftest finner ut av interne tiltak som settes i verk selv, uten behov for involvering av ledelse lengre opp i systemet. Det savnes likevel bredere strukturer på tvers for å løse de tverrgående og felles utfordringene. Her beskriver Aase at læring innebærer deling og kunnskap både innad og på tvers i organisasjoner (Aase, 2015). Empirien viser at deling på tvers er det lite av.

Aase har tatt til orde for at Trippel Heliks modellen bør legges til grunn for læring etter uønskede hendelser i helsevesenet (Aase, 2015). Modellen legger vekt på det kollektive, i stedet for individuell kunnskap. Modellen viser til læring og endring i organisasjoner og kan brukes til å forstå hvordan sykehus kan lære av uønskede hendelser (Aase, 2015). Empirien viser at det heller ikke er noen bevisst bruk av denne modellen, men når informantene beskriver hvordan de arbeider med læring etter uønskede hendelser, ses det at trådene i modellen benyttes. Individuell kunnskap omkring en hendelse, refleksjon omkring dette både på et individuelt og kollektivt nivå, som skal føre til oppfølging og endring av praksis på bakgrunn av en hendelse og refleksjon. Dette finner vi i informantens beskrivelse av involvering av de ansatte i årsaksanalysen, der de kontakter den som melder hendelsen for å finne ut av hva som har skjedd og snakker med andre involverte. Informantene beskriver betydningen av felles refleksjon i møtefora, men også i uformelle fora, både for å komme frem til tiltak og læringspunkter, men også for å spre og implementere den nye kunnskapen til de ansatte. Aase beskriver at i de kollektive prosessene er det viktig at representanter fra ulike perspektiv samles (Aase, 2015) slik som Lewin beskriver om bred deltagelse i organisasjonsutviklingsprosesser. Funnene som beskrevet tidligere viser at det er mangelfull samhandlingen på tvers i organisasjonen og mellom yrkesgrupper. Det vil si at bred deltagelse på tvers er ofte fraværende i arbeid med avvik. Modellen viser at læringsaktiviteter bør utvikles med alle de tre trådene inkludert. Tilnærminger som eksempelvis bare vektlegger dialog uten å knytte denne til spesifikke hendelser/ erfaringer, eller som bare vektlegger endring av praksis uten at endringen er knyttet til en kreativ dialog, har liten sjanse for å lykkes (Aase, 2015). Dette kan beskrive noe av utfordringen som empirien viser knyttet til læring på tvers i organisasjonene der det mangler bred deltagelse i den kreative dialogen. Aase beskriver at forskning viser at organisasjoner har en tendens til å utvikle læringsprosesser som er basert på bare ett eller to av elementene i trippel heliks-modellen (Aase, 2015). Informantene forteller om hendelser på tvers, der den kreative dialogen om hendelsene beskrives som noe som skjer i interne fora og at det ikke nødvendigvis samles representanter fra ulike perspektiver eller på tvers av yrkesgrupper eller avdelinger. Dette hemmer den organisatoriske læringen i forhold til Trippel Heliks modellen. Stubberud tar til orde for at ledere må være opptatt av å ta ansvar for helhet og samhandling og legge til rette for forbedring av prosesser i egen virksomhet og på tvers (Stubberud, 2019).

Oppsummering:

Gjennom pentagonanalysen og diskusjon belyses det at det er ingen systematisk bruk av modeller eller systemer som benyttes av lederne. Vi kan se at det er benyttet elementer fra alle modellene, men at flere av modellene ikke blir benyttet fullt ut. Dette kan være med på å gi en beskrivelse av hvorfor organisasjonene ikke lykkes i læring på tvers og de større organisatoriske utfordringene. Involvering av ansatte på tvers og evaluering av læringsmål og tiltak er fremtredende som manglende elementer. Her mangler både opplæring, systemforståelse, kultur, etterspørsel fra ledelse, tid og ressurser.

6.3 Hvordan legger ledere til rette for deling av kunnskap, og hvilke arenaer mener lederne er de viktigste?

6.3.1 kunnskapsdeling og arenaer for læring

Empirien understreker at muntlige refleksjoner er sentralt ved deling av kunnskap. Muntlig refleksjon kan bidra til internalisering som Nonaka mener er grunnlaget for å utvikle en lærende organisasjon (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Alle informantene beskriver at det lages skriftlig informasjon om læring fra uønskede hendelser og avvik som blir levert til de ansatte. Utfordringen er at det ikke er alle ansatte som leser, og informasjonen fungerer som en orientering. Empirien viser til at verdien ligger i diskusjonene og refleksjonene mellom de ansatte der eksternalisering og formidling av taus kunnskap skjer og bidrar til at eksplisitt kunnskap internaliseres. Dette samsvarer med Nonaka sin teori som sier at klarer man å fremme eksternalisering og internalisering vil man oppnå en læringsspiral i organisasjonen der taus og eksplisitt kunnskap forsterker hverandre (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dialog er også sentralt i organisasjonsutviklingsprosessen som Lewin og i Trippel Heliks modellen som Aase beskriver (Aase, 2015) og (Levin & Klev, 2018).

Funnene fra empirien viser til at deling av taus kunnskap skjer gjennom teamarbeid, mentorarbeid og mester-svenn arbeid. Det tilstrebes å sette nyansatte sammen med erfarne og det skjer deling av kunnskap både fra de erfarne, men det er også en bevissthet om at nye kan ha med seg ny kunnskap inn som deles. Denne praksisen viser til det Thorsvik og Jacobsen beskriver som sosialisering. Thorsvik og Jacobsen skriver at ved arbeid i team der flere er med i samme arbeidsoppgave spres kunnskap gjennom sosialisering. Ikke nødvendigvis at man snakker sammen, men observerer hverandres arbeid, da går taus kunnskap til taus kunnskap (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Empirien viser til at eksternalisering skjer i refleksjon ved uønskede hendelser. Det vektlegges åpne diskusjoner og i selve diskusjonene skjer det læringen. Taus kunnskap blir til eksplisitt kunnskap når de ansatte reflekterer over hendelser. Eksplisitt kunnskap blir også til taus kunnskap og det skapes internalisering ved godt oppmøte i gode diskusjonsfora i for eksempel komplikasjonsmøtene til legene eller avviksmøtene til sykepleierne. Denne praksisen fremmer organisatorisk læring og samsvarer med det Thorsvik og Jacobsen beskriver som en lærende organisasjon. En lærende organisasjon er spesielt opptatt av hvordan organisasjonen klarer å utnytte taus kunnskap. Organisatorisk kunnskapsproduksjon kan ses på som «prosessen der individuell kunnskap blir tilgjengeliggjort og forsterket, samtidig som kunnskapen knyttes til det organisatoriske kunnskapssystemet». Målet for denne typen teori er å skape en organisasjon der medlemmene systematisk utveksler både taus og eksplisitt kunnskap, og på denne måten øker organisasjonens evne til å se nye ting og oppfatte gamle ting på nye måter. Denne måten å praktisere læring finner vi igjen i empiriens beskrivelser av hvordan avvik blir håndtert i avdelinger. Der hendelser kan ses på som gamle ting som blir håndtert og tiltak er ny ting som skal bedre situasjonen. Refleksjonen som skjer i møtene og gruppene både ved å finne de bakenforliggende årsakene, men også å finne tiltak bidrar til at individuell kunnskap blir tilgjengeliggjort og sosialisering skjer. Thorsvik og Jacobsen beskriver at i praksis dreier dette seg om de fire prosessene; å gjøre taus kunnskap til eksplisitt (eksternalisering), å sette sammen kunnskap fra flere deler av organisasjonen (kombinering), å ta i bruk den eksplisitte kunnskapen og gjøre den til dagligdags praksis (internalisering), og spre den tause kunnskapen videre (sosialisering) (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Thorsvik og Jacobsen skriver at et viktig utgangspunkt er at kunnskap er sterkt knyttet til den organisatoriske konteksten den oppstår i, videre å ha et bevisst forhold til arenaer for læring er viktig for å lykkes (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Disse arenaene finner vi i sykehusets etablerte formelle læringsarenaer som empirien beskriver som velfungerende for læring etter uønskede hendelser.

Empirien beskriver viktigheten av legitimitet i gruppen ved formidling av individuell kunnskap i organisasjonen. Informantene er opptatt av at flere drar på kurs samtidig for å ta med seg læring hjem. Ved at flere drar på kurs sammen skapes refleksjoner mellom de som drar, om det de opplever. Sammen tar de med seg ny læring hjem som spres til de andre ansatte og det utveksles både taus og eksplisitt læring. Flere av informantene opplyser om at det skapes tillit til ny kunnskap når flere ansatte har vært sammen på kurs og det er da enklere å spre kunnskap til de andre ansatte enn om bare en person drar. Empirien viser imidlertid at det er utfordringer med tid og rom for kvalitetsarbeid og kontinuerlig forbedring. Informantene forteller at det ikke er tilfredsstillende å bare sitte hjemme å lese. For å ha motivasjon å oppnå organisatorisk læring må det være rom for å kunne dra og se hva andre gjør. Dette øker sjansen for at endring oppnås, men empirien viser til at det er for lite midler til slikt arbeid og dette hemmer den organisatoriske læringen. Empiriens funn om viktigheten lederne ser på ny læring kan ses i lys med Senges disiplin, personlig mestring. Senges disiplin om personlig mestring beskriver viktigheten av individuell utvikling i forhold til organisatorisk læring. Senge beskriver at personlig mestring innebærer individets evne og vilje til å lære og ha personlig selvdisciplin til å utvikle seg gjennom å lære ny kunnskap og nye ferdigheter. For at individer i organisasjonen skal kunne utvikle seg må ledelsen legge til rette for læring og personlig vekst slik som det blir beskrevet i empirien. Senge beskriver at på sitt beste blir personlig mestring og vekst utgangspunktet for organisasjonslæring. En organisasjons evne til å lære kan ikke være større enn det den er hos organisasjonens medlemmer. Senge mener at hvis ikke ledelsen legger til rette for en personlig vekst hos de ansatte vil det resultere i at ressurser ligger ubrukt hos organisasjonen. De gjensidige forpliktelsene mellom individ og organisasjonen og det spesielle miljøet man finner i en bedrift med lærende mennesker skaper en sammenheng mellom personlig og organisasjonsmessig læring (Senge, 2004). Senges teori støtter opp under lederens innstilling til at flere ansatte må dra på kurs slik at læringsutbyttet i organisasjonen oppnås.

Funnene fra empirien viser viktigheten av at beslutningstakere og erfarne ansatte som jobber med områdene i det daglige i forhold til de uønskede hendelsene er med i møteteforma når det diskuteres for å lykkes. Bevissthet rundt hvilken kontekst hendelsen har oppstått i og inkludering av de ansatte bidrar til å skape en felles tro på at endring må til og fremmer læringsprosesser slik som beskrevet i Lewins organisasjonsutviklingsprosess tidligere (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Fokus på å ha med erfarne medarbeidere og beslutningstakere i diskusjoner støtter også opp under Senges forhold til systemtenkningskulturen. Den innebærer at man ser helheten og sammenhenger i egen organisasjon og den situasjonen organisasjonen befinner seg i. Dermed kan man se sammenhenger mellom ulike hendelser og aktiviteter slik at man kan avdekke årsaker bak de effekter man observerer. For å kunne se disse sammenhengene må personer med erfaring og forståelse for organisasjonen være delaktig. Senge mener at først når den enkelte medarbeider gjennom systemtenkning forstår helheten og sammenhengene mellom alt som foregår i organisasjonen, kan man tilpasse eget arbeid og læring til de øvrige aktivitetene til organisasjonen, slik at man unngår tendenser til suboptimalisering av delmål (Senge, 2004). Ved å inkludere de mest erfarne i diskusjoner fra alle aktører knyttet til hendelsen slik som fokuset i MM møtene til traume vil man oppnå en felles forståelse av hvilke tiltak som vil være mulig å gjennomføre for alle interessentene. Dette fora med inkludering av erfarne medarbeidere på tvers i organisasjonene virker som et godt tiltak for å skape organisatorisk læring og utvikling. Empirien viser til at det bør opprettes flere fora av liknende art.

Thorsvik og Jacobsen påpeker at for å få til gode læringsprosesser er organisasjoner avhengige av ulike typer læringsarenaer (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Empirien har avdekket etablerte møtearenaer med godt engasjement og oppmøte og det legges til rette for åpne diskusjoner i avdelingene. Funnene fra empirien viser at godt oppmøte og engasjement er sentralt for å skape organisatorisk læring. Oppmøtet og gjennomføring av møtene er avhengig av

bemannings situasjonene og samtidighets oppgaver. Empirien viser også til en åpen kultur inne på avdelingen mellom de ansatte som kan ses på som praksis fellesskap.

6.3.2 Praksis fellesskap

Empirien viser at avdelingene som er studert er satt sammen med ulike yrkes grupper med hver sin ledelse. De ulike yrkes gruppene er enten satt opp i «team / arbeids grupper» og jobber tett sammen store deler av vekten eller de jobber hver for seg, men samarbeider i enkelte oppgaver i løpet av vekten sin. Funnene fra empirien viser at det oppstår praksis fellesskapet innenfor yrkes gruppen man tilhører. Det vil si at selv om ulike yrkes grupper samarbeider om oppgaver og er gjensidig avhengig av hverandre, befinner de ansatte seg i ulike praksis fellesskap. Jacobsen og Thorsvik beskriver at praksis fellesskap dreier seg om grunnleggende epistemiske forskjeller mellom grupper av ansatte i organisasjoner. De beskriver at praksis fellesskap fremmer læring blant medlemmer i fellesskapet, men skaper også lærings problemer og barrierer i organisasjoner. Dette fordi det er vanskelig å formidle informasjon på tvers av praksis fellesskap. Sett i perspektivet om praksis fellesskap er det de epistemiske barrierene mellom ulike praksis fellesskap som gir kommunikasjons utfordringer og ikke trekk ved informasjonen som gjør at den er vanskelig å formidle. Det kan være lettere å formidle informasjon til personer i andre organisasjoner som man er knyttet til gjennom praksis nettverk, enn å formidle informasjon og diskutere problemer internt i egen organisasjon (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette kan forklare noe av utfordringene informantene beskriver når det gjelder å diskutere avvik og hendelser på tvers der de ansatte tilhører ulike praksis fellesskap.

Forskning viser at praksis fellesskap betyr mye for læring. Studier av praksis fellesskap i organisasjoner viser at kolleger betyr mye for hvordan man jobber, at praksis er bestemmende for hva man lærer om, og at fellesskap preger hvordan man lærer om det man jobber med (Vik, 2018). Thorsvik og Jacobsen skriver at det i praksis fellesskap knyttes bånd, deles informasjon og samsnakkes om kunnskaper. De beskriver også at praksis fellesskap påvirker hvordan ansatte skaffer seg informasjon, systematiserer og analyserer informasjon, og hvordan man formidler informasjon til andre og diskuterer erfaringer og ideer. Innenfor praksis fellesskap utvikler ansatte felles identitet og former seg bilder av hva man gjør og hvordan man bidrar til å realisere organisasjonsmessige mål. I praksis fellesskap utvikler man tette relasjoner som gjør det lett å fortelle andre om hva man opplever og tenker på jobben (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette beskriver at praksis fellesskap bidrar til både taus og eksplisitt deling av kunnskap. Denne felles identiteten som skapes i praksis fellesskap understøtter Senges disiplin om å skape felles visjoner for å fremme læring (Senge, 2004). Senge peker på at felles visjoner er en nøkkelfaktor som knytter mennesker sammen om en felles identitet og felles skjebne. Der det finnes en ekte visjon vil mennesker skape og lære, ikke fordi de blir fortalt hva de skal gjøre, men fordi de har lyst. Å skape en felles visjon omfatter evnen til å avdekke de felles bildene av fremtiden som fremmer ekte innsatsvilje og deltagelse, snarere enn lydighet (Senge, 2004). Dette understøtter praksis fellesskapets evne til organisatorisk læring. Noen av informantene forteller at de har etablert visjoner om læring om å stadig bli bedre hver dag.

Funnene fra empirien spriker i forhold til hvor godt ledere opplever samarbeidet mellom yrkes gruppene, selv om de jobber tett sammen. Noen av yrkes gruppen mener at samarbeidet er bra. Mens andre yrkes grupper mener at samarbeidet ikke er like bra. Her viser empirien spesielt ulike oppfatninger når det kommer til avvikshåndtering. Det er ingen felles nettverk eller fora for diskusjon, hverken innad i hver avdeling mellom de ulike yrkes gruppene eller på tvers i organisasjonen knyttet til avvik. Dette bortsett fra i møtene til traumemottaket og månedlig HMS møte på klinikk nivå med avdelingsledere (nivå 3 ledere) til stede sammen med tillitsvalgte, verneombud og representanter fra seksjonsledelsen. Empirien viser at det savnes felles fora for diskusjon og informantene på seksjonsnivå (nivå 4 ledere) savner involvering og referat fra klinikkens

HMS møter. Funn fra empirien avdekker mange felles utfordringer og avvik som går på tvers. Kulturen er at man løser utfordringene hver for seg og sender avviket videre. Teori om praksisfellesskap kan bidra til å forklare hvorfor kommunikasjons- og læringsproblemer gjør at organisasjonen fremstår som fragmentert. Fordi læring preges av det praksisfellesskapet man er en del av, og fordi det er epistemiske forskjeller mellom ulike praksisfellesskap, er det vanskelig å få sammenheng mellom læring som finner sted i ulike grupper selv om de er gjensidige avhengig av hverandre. Læring anses som en sosial prosess og det pekes på at læring skjer i komplekse organisatoriske og profesjonelle settinger og ikke kan styres eller kontrolleres på en enkel måte (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Jacobsen og Thorsvik beskriver at for å få en lærende organisasjon som omfatter helheter og sammenhenger i organisasjonen, er det nødvendig å utvikle tiltak som synkroniserer læring lokalt hvor det er gjensidig avhengighet mellom grupper i organisasjonen (Thorsvik & Jacobsen, 2019). De skriver at nyere forskning viser til at slike tiltak kan forankres i hierarkiske strukturer. Dette kan forklare noe av utfordringene for å skape læring på tvers av yrkesgrupper og i organisasjonen. Et funn fra empirien er at en av avdelingene oppleves som en smeltedigel av veldig mange interessenter og at det er vanskelig å fatte beslutninger i forhold til tiltak. Mye må løftes til klinikkjef og så til fagdirektør, så stopper det ofte der. Empirien viser at det er ingen nettverk eller struktur på at de ulike lederne snakker og blir enige seg imellom når det gjelder avvikshåndtering. Hos traumemottak kan det se ut til at det er gjort strukturelle tiltak som har bidratt i riktig retning. Empirien viser til at det har vært en endring de siste årene i forhold til tidligere. Etter at det har blitt opprettet et tverrfaglig møteforum har det blitt flere som har blitt involvert, dette har medført positive holdningsendringer og deling av kunnskap på tvers.

6.3.3 Formelle møtefora og uformelle læringsarenaer

Aase og Lie (2008) viser fra sin forskning til at læring fra uønskede hendelser i helsetjenesten mellom leger i de fleste tilfeller karakteriseres av uformelle og spontane en-til-en samtaler mellom leger (Aase, 2015). De skriver at alvorlige hendelser blir til en viss grad diskutert på formelle møtearenaer som avdelingsmøter, komplikasjonsmøter, kvalitetsmøter, traumemøter og ulike spesialistfora, men de uformelle diskusjonene blant kollegaer blir vektlagt av flere som den viktigste læringsarenaen. Aase viser til at det er blandede holdninger til hvordan de formelle foraene fungerer når det gjelder muligheten til å ta opp uønskede hendelser. Det er også ulike oppfatninger for hvor tilstrekkelige de uformelle diskusjonene er for å diskutere slike hendelser (Aase, 2015). Dette støttes delvis av empirien. Det legges stor verdi i samtalene som skjer mellom legene i de daglige arbeidsoppgavene og det er en god kultur for å snakke sammen i avdelingene. Men funnene fra empirien viser også til velfungerende møtefora, der avvik og komplikasjoner blir nøye gjennomgått. Informantene forteller at det er god kultur for å ta opp de uønskede hendelsene og at de forsøker å legge til rette for at det ikke skapes en frykttkultur, men at man har fokus på systemsvikt foran individ i møtefora. Både komplikasjonsmøtene til legene og MM møtene til traume viser velfungerende møtefora, men er avhengig av godt oppmøte. Informantene forteller at møtene blir prioritert av de ansatte, men kommer an på samtidighetskonflikter på det avsatte tidspunktet på hvor mange som får til å delta. Pasientbehandling og operasjon blir naturligvis alltid prioritert først. Både legene og sykepleierne forteller også om verdien av de uformelle foraene for læring der de snakker seg imellom på avdelingene. Empirien viser at de små endringene er verdifulle å snakke om i uformelle fora, mens de mer alvorlige hendelsene blir tatt opp i formelle fora. Lederne opplever at delekulturen er god og at det er stor takhøyde for å ta opp uønskede hendelser innad i yrkesgruppene, men at deling på tvers er utfordrende.

Aase beskriver at en annen læringsarena i helsetjenesten er veiledningsgrupper og en til en veiledning når nye ansatte går sammen med mer erfarne ansatte (Aase, 2015). En av informantene forteller om at teamarbeid skaper tette bånd mellom de ansatte og de erfarne ansatte har oversikt

over hva de nye ikke har vært igjennom og de gir veiledning og støtte i nye situasjoner. En av informantene forteller at teamarbeidet oppleves som et trygt forum for å diskutere i. Samtidig er det en annen av informantene som peker på at de hadde en del tettere team tidligere, men at det skapte barrierer for å arbeide på tvers, de har løst opp i de små teamene og jobber nå med bedre samarbeid i hele avdelingen.

Senge beskriver at gruppelæring er en av de avgjørende faktorene for å skape organisatorisk læring. Han beskriver at en gruppes intelligens overstiger summen av intelligensen til gruppens medlemmer. Disiplinene starter med dialog og handler om interaksjoner i gruppen. Det handler om gruppemedlemmenes evne til å sette tidligere overbevisninger til side og på en genuin måte å engasjere seg i å tenke fellesskap. For de gamle grekerne betydde dia-logos at tanker og ideer skulle få flyte fritt i gruppen, slik at den kunne oppnå innsikt som medlemmene ikke kunne finne frem til hver for seg. Å forstå hva en dialog innebærer betyr også å lære å kjenne igjen hva som undergraver læring i gruppens samhandling. Folks behov for selvforsvar virker sterkt inn på hvordan en gruppe fungerer (Senge, 2004). Empirien beskriver at selvforsvar ses i enkelte møtefora. Senge beskriver at hvis man ikke er seg selv bevisst, vil det undergrave læring. Hvis man derimot tar dette opp på en kreativ måte, kan det fremme læring. Når grupper virkelig lærer, oppnår de ikke bare glimrende resultater, men de enkelte medlemmene av gruppen opplever en langt raskere personlig vekst enn de ellers kunne ha fått (Senge, 2004). Dette viser til viktigheten av ledernes fokus for å legge til rette for samhandling mellom de ansatte og i grupper for å skape organisatorisk læring. Felles møtefora som informantene viser til internt hos seg, er eksempel på fungerende grupper for læring. Gruppelæring på tvers er lite til stede.

Aase skriver at forskning viser at digitale og nettbaserte verktøy er voksende verktøy for kommunikasjon og utdanning i helsetjenesten (Aase, 2015). Her viser empirien at digitale verktøy ikke er det som fungerer best, lederne vektlegger fortsatt diskusjon og refleksjon i arbeidet.

6.3.4 Refleksjon

I Argyri's teori er det et premiss at all intenderende atferd er motivert av noe vi ønsker å oppnå. Argyris ser på utfordringen med at vi egentlig ønsker noe annet enn det vi tror vi ønsker oss. Læring som finner sted når man etter hvert begynner å tvile på det man gjør og at det gir de resultatene man egentlig ønsker. Dermed blir spørsmålet om læring ikke lengre bare knyttet til hvordan man kan gjøre ting bedre, men også knyttet til det mer grunnleggende spørsmål: hvorfor skal man gjøre ting bedre (Thorsvik & Jacobsen, 2019)? Dette perspektivet beskriver en av informantene med at han tenker

«hvorfor gjør vi sånn som dette? Jo, sånn har vi alltid gjort det, det er det verste svaret uansett hva det er snakk om. Det er ingenting som skal være sånn som vi alltid har gjort det».

Dette beskriver informantens refleksjoner av Argyri's teori om enkel og dobbelkretslæring. Empirien viser at det reflekteres over behandlingen som gis i felles fora. Men hvor bevisst de er på å reflektere over det de lykkes med, kom ikke frem i intervjuene med informantene. Flere av informantene forteller at de hele tiden har fokus på utvikling for å tilby den beste behandlingen til pasientene. Dette henger sammen med arbeid med kontinuerlig forbedring og flertallet av informantene forteller at dette er en del av kulturen i avdelingen og hele tiden forbedre seg og strekke seg etter nye mål. En av informantene forteller om forbedringsarbeid der målene ikke alltid er like realistiske og at de evaluerer underveis og finner kanskje andre mål som er bedre egnet i prosessen, men det er ingen struktur på dette. Her beskrives at målene i seg selv blir evaluert og justert som i en dobbelkretslæring.

Beslutninger om muligheten til å operere pasienter innbefatter også en vurdering av hvorvidt målet er ønskelig eller oppnåelig. Her beskriver informantene påregnelige risikoer og komplikasjoner som

oppstår postoperativt hos pasienter som kan være svært utfordrende både for pasient, men også kapasitetsmessig og kostnadsmessig for sykehuset. Noen ganger er det ikke mulig å gi en behandling som gjør at pasienten blir helt frisk, og av og til er det å avstå fra operasjon den beste beslutningen. Dette er diskusjoner informantene forteller at de tar sammen i kollegiale om den enkelte pasient og behandlingsform. Dette diskuteres med pasient og pårørende hvis det er mulig (i traumemottak er slike vurderinger med pasient og pårørende ofte ikke mulig på grunn av tid og tilstand til pasient). Empirien viser til retrospektive gjennomganger av alle traumemottak der behandlingen som gis evalueres i faste møtefora. I perioder med flere komplikasjoner på rad og diskusjoner om behandlingsform er riktig og gjennom erfaringer justeres behandlingsformer og målsetninger. Slike evalueringer knyttes til dobbelkretslæring og fremmer organisatorisk læring. Informanten forteller at dette er komplikasjoner som ikke systematisk meldes i meldesystemet, men at det er systematisk og grundig læring fra andre systemer som komplikasjonsregister som overvåker og gir spesifikk informasjon som informantene stoler på. Dette beskriver andre etablerte læringsarenaer utover meldesystemet for læring slik som beskrevet tidligere i drøftingskapitlet og av utvalg for å utrede hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten av Stoltenberg II 2013 har pekt på at det er behov for ulike typer aktiviteter, møtesteder og systemer- utover meldesystemet og avvikshåndteringssystem- i prosessen med å fremme læring av uønskede hendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Meldesystemet er en samling av subjektive vurderinger for hva som meldes som en uønsket hendelse eller avvik. Funnene fra empirien avdekker at meldesystemet ikke benyttes til statistiske sammenhenger ved komplikasjonsarbeid, men at enkelthendelser tas opp fra meldesystemet i komplikasjonsmøtene. Argyri beskriver også at man må legge vekt på å fremstille så sann informasjon som mulig og legge vekt på at valg av handlingsalternativer skal være basert på kunnskap (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette beskriver også informantene som viktig i arbeidet med læring. Informantene opplyser om at det er spesielt utfordrende med funksjonaliteten i nytt journalsystem og at de har utfordringer med å finne informasjon som er knyttet til de uønskede hendelsene. Dette kan bidra til å bremse dobbelkretslæring og organisatorisk læring.

I en tid der prioritering av helsetjenesten er tøff forteller informantene at det drøftes kapasitetsutfordringer. Flere av avvikene omhandler tøffe prioriteringer i sykehuset og mangel på tid og ressurser. Kapasitetsutfordringer og strukturelle endringer er det informantene opplyser som de vanskeligste utfordringene og at det ofte medfører at mål ikke kan oppnås. I diskusjon rundt kapasitetsutfordringer diskuteres hvorvidt enkelte behandlingsformer skal fortsette i den form den har gjort eller om det finnes bedre alternativer. Det diskuteres også hvorvidt hvilke behandlinger som skal prioriteres foran andre og hvilke mål man skal sette seg for resultater. Det kom frem i samtalen med informantene at slike diskusjoner ofte er etisk vanskelig. Helsetjenesten i Norge har kultur for å strekke seg etter stadig bedre behandlingstilbud for pasientene, dette forteller informantene om. Med et samfunn der mennesker lever lengre enn tidligere og mangel på helsepersonell blir dette aktuelle diskusjoner fremover. Som Helsepersonellkommissjonen har påpekt er en av nåtidens største utfordringer å tilby en trygg helsetjeneste i et miljø som er komplekst, under press og i rask utvikling (Helsepersonellkommissjonen, 2023).

Argyri beskriver at begrepet lærende organisasjon er knyttet til en ide om at organisasjoner må kunne lære og tilpasse seg endringer i eksisterende handlingsbetingelser, på samme måte som en levende organisme. Organisatorisk kunnskap innebærer at flere mennesker i organisasjonen lærer, og at organisasjonen handler som en enhet på grunnlag av den nye kunnskapen som er tilegnet (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Det vil si at diskusjoner om fremtidige endringer i eksisterende

betingelser og helsetjenestens kapasitetsutfordringer er viktige diskusjoner også for den organisatoriske læring. Og vil som empirien viser bidra til å lukke noen av avvikene.

Senges mentale modeller tar utgangspunkt i refleksjoner og individets undersøkende egenskaper og modenhet for endring (Senge, 2004). Lykkes man med denne disiplinen oppnår man Argyris dobbelkretslæring og forholdene ligger til rette for organisatorisk læring (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Informantenes beskrivelse av god meldekultur og delekultur kan skrives til at det er kultur for å åpne seg for påvirkning av andre, noe som bidrar i riktig retning for organisatorisk læring og samsvarer med Senges disiplin om mentale modeller.

Oppsummering:

Gjennom pentagonanalysen og diskusjon er det diskusjon og refleksjon som står sentralt i arbeid med deling av læring etter uønskede hendelser hos lederne. De fem organisatoriske faktorene i pentagonmodellen påvirker deling av kunnskap både med positive og negative faktorer. Deling av kunnskap og organisatorisk læring internt under egen ledelse fremstår som god. Den største utfordringen som peker seg ut er deling på tvers av organisasjonen og yrkesgrupper mellom praksisfellesskap som ser ut til å være noe fraværende. Her mangler det både struktur, kultur, interaksjoner, nettverk og teknologisk støtte.

6.4 Hvordan forholder ledere seg til læring etter uønskede hendelser?

Empirien viser at lederne forholder seg til uønskede hendelser som en mulighet for organisatorisk læring og at meldinger tas opp i felles fora for gjennomgang. Lederne forteller at når noen erfarer en risiko i virksomheten må denne risikoen deles både internt, men også i hele organisasjonen slik at organisatorisk læring kan finne sted. Dette skjer blant annet gjennom meldesystemet. Informantene sier at de har en etisk plikt til å gjøre alle andre som skal vite om svikt oppmerksom på dette. Den organisatoriske læringen som finner sted internt på avdelingen. Lederne påpeker at den også skulle ha bestått av mer diskusjon i samhandling med andre avdelinger. Både teori og forskning viser til at samhandling på tvers fremmer organisatorisk læring. Empirien viser til fravær av strukturer og læringsarenaer på tvers, dette kan ses i sammenheng med Vik sin litteraturstudie som beskriver at det er viktig å skape møteplasser på tvers av helsetjenesten for samhandling. Vik peker på at det er utfordrende å få til dette i en kompleks helsetjeneste (Vik, 2018). Dette er i likhet med funnene fra empirien, der lederen ser at dette bør på plass, men at det ikke er en enkel løsning for å etablere disse foraene.

Empirien viser at lederne ser på organisatorisk læring som summen av små og store endringer som driver organisasjonen fremover. Det er en felles oppfatning av at organisatorisk læring er viktig. Dette støtter opp under Senges disiplin om felles visjoner (Senge, 2004). Felles oppfatning og felles visjon bygger opp under en lærende kultur og fremmer organisatorisk læring. Aase, Thorsvik og Jacobsen beskriver også at en felles kunnskapsvisjon er et tiltak for å fremme organisatorisk læring (Aase, 2015) (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Ingen av informantene var kjent med en felles kunnskapsvisjon som etablert i organisasjonen. Men empirien viser til at lederne forholder seg til uønskede hendelser som arena for læring og pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring står sterkt i fokus.

Alle informantene synes det er viktig å jobbe med avvik og lære av hendelser. Lederne henter ut informasjon fra hva som har skjedd i forhold til det meldte avviket. De prøver å forstå helheten i hva som har skjedd og både går inn i pasientens journal for å selv få en oversikt over hva som har skjedd, og snakker med de ansatte for å få deres versjon av historien. De snakker med de ansatte om hva som gjorde at det ble slik og hvordan det opplevdes. Alle refererer til flere fora der de tar opp

hendelser i. Årsaksforhold diskuteres både med individer og i plenum, men det er varierende grad av dette. En del tilfeller sier meldingen i seg selv hva årsaksforholdene er. Empirien understreker at muligheten til å hente opplysninger om avviket etter innføring av nytt journalsystem har blitt betydelig vanskeligere og mer tidkrevende. Det beskrives at det kan være et detektivarbeid for å finne ut av hva som har skjedd og hva årsaken var. Argyri sier at man bør legge stor vekt på å få så sann informasjon som mulig (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette viser at vanskeligheter med å hente opplysninger fra nytt journalsystem hemmer forutsetningen for den organisatoriske læringen slik som Argyris beskriver.

Å omdanne erfaringene og kunnskapen til tiltak og læringspunkter beskriver empirien at skjer i felles fora med de ansatte eller at meldingens innhold er opplagt og melder har et forslag til tiltak som iverksettes. Tiltakene kommer på bakgrunn av hendelsen og erfaringer fra tidligere. Denne praksisen støtter opp under hva Aase beskriver at læring av erfaring utgjør selve grunnlaget og at den ideelle tilnærmingen til å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg er å se på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker, og hvordan konkrete arbeidsoppgaver fungerer (Aase, 2015). En av informantene forteller at de benytter en del tid på å lese seg opp faglig ved behandling av enkelte avvik og at det er en læringsprosess også for de som ledere.

Empirien viser at det er utfordringene med å formidle læringspunkter til alle ansatte og på tvers i organisasjonen. Flere informanter sier at de i for liten grad er flink til å informere nedover i organisasjonen fra enkelte møter og at møtereferat som spres via mail er utfordrende da mail ikke leses av alle. Det er også utfordrende med avvikshåndtering som går via mail. Thorsvik og Jacobsen sier at det er nødvendig å utvikle tiltak som synkroniserer læring lokalt hvor det er gjensidig avhengighet mellom grupper i organisasjonen for å få en lærende organisasjon som omfatter helheter og sammenhenger (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Dette støttes også opp under Senges syn på systemforståelse for å skape læring (Senge, 2004). Dette viser til at det er behov for at organisatoriske strukturer kommer på plass.

Funnene fra empirien som viser til at det er utfordringer med å nå frem til alle ansatte med informasjon, er spesielt fremtredende hos ledere med stort lederspenn. Det sendes ut skriftlig informasjon, men lederne føler seg ikke trygg på at denne informasjonen er lest og forstått av de ansatte. Dette skaper utfordringer med at ikke alle ansatte får med seg ny informasjon og lærer. Det er heller ikke mulig å samle alle ansatte i møtene som avholdes grunnet turnus og arbeidstid. Informantene beskriver at de til tider mottar avvik på hendelser som allerede har fått tiltak, men at de må minne på de ansatte og at de til tider bruker en del tid for å få implementert endringer. Denne utfordringen knyttet til informasjonsutveksling er en av barrierene Thorsvik og Jacobsen beskriver for organisatorisk læring (Thorsvik & Jacobsen, 2019).

Kongsvik beskriver at tradisjonelt sett er det rettet mest fokus på læring av hendelser som har gått galt (Safety 1), men beskrivelser av hendelser som har gått bra (Safety 2) er også et godt utgangspunkt for læring knyttet til sikkerhet og et supplement til læring av feil og hendelser (Kongsvik, et al., 2018). Alle informantene beskriver en kultur for å lære av avvik og det som ikke har gått bra. Informantene forteller at de i hovedsak forholder seg til læring av de hendelsene som blir meldt i meldesystemet eller på bakgrunn av komplikasjoner o.l. Det vil si læring av hendelser som har gått galt (Safety 1).

Noen av informantene forteller at å jobbe med avvik er nedprioritert. Det er en tidsklemme som gjør at man ikke er i nærheten av å komme over alt. Eller å gå igjennom alt ordentlig, men de mest alvorlige tas opp. Informanten sier at når man først har et slikt avvikssystem burde man ha

muligheten til å ikke bare se på de mest alvorlige komplikasjonene, men også om det er andre ting på systemfeil som kanskje i seg selv er mindre alvorlig, men summen kan gjøre de alvorlige. Denne beskrivelsen viser til at ressurser og tid er en mangelvare for å arbeide med systematisk organisatorisk læring. Selv om dette er et krav i forskrifter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) og er tydelig beskrevet i sykehusets prosedyrer ser ikke enkelte av informantene seg tid til å prioritere det slik som ønsket. En informant sier at EQS i legemiljøet er ansett som støy og ikke veldig høyt prioritert. Dette medfører at læringspotensialet ikke blir utnyttet og er i samsvar med UKOMs rapport (UKOM, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester, 2023).

Senge beskriver at å lære i utgangspunktet er lystbetont og en del av vår natur. Men først må man overvinne de barrierer som hindrer organisasjonen i å samles om en felles visjon å bli i stand til å lære (Senge, 2004). Informantene forteller at organisatorisk læring er en del av hverdagen. Å skape læringspunkter er en del av deres jobb. Men den organisatoriske læringen kommer ikke nødvendigvis fra meldesystemet. Som beskrevet tidligere er meldesystemet et subjektivt system og det fremkommer i empirien at det er større tillit til komplikasjonsregister hos legene. Registrene gir et mer korrekt bilde av hvordan utvikling og tilstander er. Denne oppfatningen er i likhet med Argyris beskrivelse der han beskriver at for å jobbe med læring er det viktig at informasjonen fremstilles så sann som mulig (Thorsvik & Jacobsen, 2019). Oppfattelsen av så sann som mulig informasjon fremstilles av legen i empirien som objektive fremstillinger som de finner i komplikasjonsregistrene. Dette viser også til elementer ved komplikasjonsmøtene som gode læringsarenaer, men kan også føre til en holdning der meldesystemet blir nedprioritert. Komplikasjonsregistrene tar for seg gitte parameter og inneholder ikke samme informasjonsrikheten som et avvik i meldesystemet nødvendigvis gjør. Det er derfor viktig at begge systemene vedlikeholdes for å kunne utnytte læringspotensialet fullt ut.

Senge mener at forutsetningen for læring ligger i at det på ledelsesnivå utvikles en bevisst læringsstrategi for hele organisasjonen som er forankret i systemtenkning. Utfordringene er både knyttet til å forløse læring blant medarbeidere i alle funksjoner og på alle nivåer i organisasjonen og å kanalisere den enkeltes læring på en slik måte at alle bidrar til å ivareta og fremme overordnede helhetsinteresser i organisasjonen (Senge, 2004). De kravene som stilles til systematisk forbedringsarbeid knyttet til uønskede hendelser ser ikke ut til at er en prioritert praksis hos alle informantene i konflikt med andre prioriteringer. Empirien beskriver imidlertid at flere elementer er ivaretatt. Som beskrevet tidligere har ikke informanten noe klar formening om en felles kunnskapsvisjon, men informantene deler visjonen om å stadig bli bedre og lære av feil og denne ser ut til å være godt forankret både i de uformelle og formelle fora og beskrives i empirien som noe iboende hos både leger og sykepleiere. Dette samsvarer med Senges beskrivelse at alle må bidra til å ivareta og fremme overordnede helhetsinteresser i organisasjonen og bidrar til organisatorisk læring.

Senge beskriver også at en lærende organisasjon er en organisasjon der alle medlemmer har et systemperspektiv. Dette er i stor grad et kulturelt aspekt i organisasjonen. Systemtenkningskulturen innebærer at man ser helheten og sammenhenger i egen organisasjon og den situasjonen organisasjonen befinner seg i. Dermed kan man se sammenhenger mellom ulike hendelser og aktiviteter slik at man kan avdekke årsaker bak de effekter man observerer (Senge, 2004). Basert på Senges teori og resultatene fra empirien viser manglende samhandling på tvers når det gjelder avvikshåndtering til å være en sentral bidragsyter til utfordringene som blir presentert av informantene i forhold til organisatorisk læring.

Oppsummering:

Gjennom diskusjonen og pentagonanalysen ser det ut til at ledernes tilnærming til læring etter uønskede hendelser handler om ressursprioriteringer og tid. Det ser ut til at lederne ser viktigheten og potensialet med arbeidet og at det jobbes med enkeltavvik og læring fra andre systemer, men at tid og ressurser i en travel hverdag ikke strekker til i forhold til krav og ønsker. Alle de organisatoriske forhold i pentagonmodellen som struktur, kultur, nettverk, teknologi og interaksjoner er med på å påvirke ledernes handlingsrom for å jobbe med organisatorisk læring. Det ideelle arbeidet for å skape en lærende organisasjon mangler spesielt i den tverrfaglige samhandlingen.

6.5 Hva gjør ledere for å fremme organisatorisk læring?

Litteraturen beskriver flere faktorer som bidrar til å fremme organisatorisk læring. Etter intervjuer med alle informantene trekker informanten frem flere suksessfaktorer og hva de har fokus på for å fremme læring:

- Involvering av personalet
- Kompetansen i avdelingen
- Ressurser
- Dedikerte ansatte, stor faglig interesse og lojalitet til pasientbehandling
- Strukturert opplæringsprogram
- Rotasjon
- Åpne diskusjoner og samtaler
- Oppfølging av avvik og tilbakemelding til de ansatte
- Oppfølging etter endringer.
- Rom for å snakke om feil, kultur for å spørre og at ingen spørsmål er for dumme
- Tett samarbeid, daglig kommunikasjon og åpen avdeling

Faktorene informanten trekker frem som suksesskriterier for organisatorisk læring hos seg gjenspeiler en del av det teorien beskriver. Det er allikevel ingen av informantene som forteller om arbeid og suksesskriterier for læring på tvers, dette kan gjenspeile utfordringene med at de ikke lykkes i dette arbeidet og ikke har noen suksesskriterier og referer til. Ved pentagonanalysen ser det ut til at det mangler formelle strukturer for denne læringen og at det ikke finnes en kultur for læring på tvers, eller interaksjoner om informasjonsutveksling på et systematisk plan. Det mangler også nettverk for læring på tvers og informantene forteller at teknologien og kvalitetssystemet er tungvint og tidkrevende i forhold til deling av hendelser på tvers.

7.0 Konklusjon

Målet med oppgaven har vært å belyse problemstillingen:

Hvordan arbeider ledere med organisatorisk læring etter uønskede hendelser og hva er suksessfaktorer og utfordringer?

Gjennom bakgrunnsdata, intervjuer og analyse med pentagonmodellen har det blitt belyst at lederne i varierende grad utnytter muligheten til å ta læring av de uønskede hendelser som er meldt i meldesystemet.

For å bidra til reduksjon av pasientskader og sikre trygge helsetjenester er systematisk arbeid med uønskede hendelser en viktig del av arbeidet. Det er satt søkelys på om meldesystemet slik det brukes i dag utgjør et godt redskap for læring og om praksisen blant lederne utnytter innmeldte hendelser på en systematisk måte til å skape organisatorisk læring som igjen kan skape reduksjon i pasientskader. Til tross for flere rapporter og handlingsplan for kvilaitet og pasientsikkerhet ser det ikke ut til at det har oppstått noen betydelig endring i forhold til læring av uønskede hendelser. Tallene for pasientskader har også ligget relativt stabilt de siste årene og den kausale sammenhengen mellom læring og redusert forekomst av unødig pasientskade kan ikke observeres. Det kan se ut til at tid og resurser ikke strekker til i en presset hverdag og at kulturen for stadig forbedring knyttet til profesjonskultur i større grad bidrar til læring foran bruk av forbedringsstrukturer og andre teorier om læring.

Det kan konkluderes med at lederne gjør veldig mye bra arbeid for å oppnå organisatorisk læring, men i mindre grad benytter den systematikk som er lovpålagt for den type arbeid. Lederen legger til rette for en kultur for åpenhet og læring innad i ansattegruppene. Det fremkommer at det er lav terskel for å melde hendelser og en åpen kultur for å snakke om feil og mangler. Likevel kan det konkluderes med at sykehuset og lederen bør arbeide for å bedre kvaliteten på rapporteringen og av læringsutbytte ytterligere ved å gjennomføre enkelte organisatoriske endringer, som kan knyttes til:

- Strukturer på tvers av organisasjonen
- Skape felles holdninger om hva som skal meldes
- Skape struktur for hvordan benytte ulikt innhold i de innmeldte meldingen til læring
- Informasjonsutveksling på tvers
- Større engasjement og involvering fra linjeorganisasjonene i arbeidet med uønskede hendelser
- Opplæring i bruk av kvalitetssystemets funksjonalitet
- Øke ressurser til arbeidet med organisatorisk læring etter uønskede hendelser

Resultatene viser at åpenhet og muntlig refleksjon og diskusjoner mellom de ansatte er en suksessfaktor for å oppnå god kvalitet og læringsutbytte. Når det gjelder samhandling og kommunikasjon på tvers i sykehuset i forhold til uønskede hendelser er ikke potensialet utnyttet.

Mangel på opplæring i bruk av meldesystemet har resultert i at sykehuset ikke oppnår optimalt utbytte av systemet, samt at informantene ikke opplever systemet som dekkende for deres behov. Det er også en manglende systemforståelse av hvordan meldinger kan bidra til læring. Mangel på opplæring av årsaksgranskning i nytt journalsystem har også resultert i manglende læringsutbytte. Det fremkommer også at informantene savner større engasjement på arbeidet fra øvre ledelse som er en essensiell faktor for motivasjon for læring. Det viktigste poenget er mangelen på tid og ressurser og samtidighetskonflikter informantene forteller at de står i hver dag. På bakgrunn av dette

kan det konkluderes med at funnene samsvarer med flere av UKOMs resultater i rapport fra mars 2023 (UKOM, Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester, 2023).

- Dagens system ivaretar i liten grad læring på tvers
- Kvalitetssystemet oppleves som lite brukervennlig
- Kvalitetssystemet overbelastes av mange unødvendige meldinger
- Ressursknapphet og tidspress fører til en negativ spiral der risiko øker for at pasienthendelser oppstår
- Ledere opplever at de ikke har tid eller ressurser til å behandle meldinger og iverksette tiltak

Nasjonal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet fra 2019 til 2023 har et mål om å bedre kunnskap og kompetanse om forbedringsarbeid til ledere. Noen av tiltakene som er spesifisert er å etablere og styrke arenaer for deling av kunnskap og erfaring, og utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring. Mine funn vedrørende lite systematisk arbeid og læring på tvers i organisasjonen gjenspeiler behovet for at tiltakene i handlingsplanen blir gjennomført (Helsedirektoratet, 2019).

Referanser

- Bolkan, H. A., Wangen, E., Gillund, E. W., Reinholdtsen, E. M., Henriksveen, K. J., Duinen, A. J., . . . Ystgaard, B. (2023, April 25). *Akutte laparotomier ved St. Olavs hospital*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2023/04/originalartikkel/akutte-laparotomier-ved-st-olavs-hospital>.
- Folkehelseinstituttet. (2019, Desember 11). *Kontinuerlig overvåkning av infeksjoner i operasjonsområder, NOIS-POSI*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/sm/overvaking/nois/insidens-nois-posi/-om-overvakingen-av-infeksjoner-i-o/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, Desember 10). *Kvalitetsforbedring*. Hentet fra Helsebiblioteket.no : <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#om-kvalitetsforbedring-hva-er-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseinstituttet. (2022, September 7). *Sykehus: Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, NOIS-PIAH*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/sm/overvaking/nois/prevalens-nois-piah/om-prevalensundersokelsene-av-helse/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, Januar 1). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Hentet fra Lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_2#%C2%A77
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, Januar 1). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra Lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-3a
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, Januar 1). *Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *NOU 2015: 11. Med åpne kort- Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten* . Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/?ch=3>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, Oktober 2). *NOU 2016:25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover? .* Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/?ch=2>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, Januar 1). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, Desember 11). *Meld. St. 11 (2020-2021)*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, Januar 17). *Oppdragsdokument 2023. Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-midt-norge-rhf.pdf>

- Helsedirektoratet. (2018). *Forbedringsguiden*. Hentet fra I trygge hender 24-7:
<file:///C:/Users/Eier/Downloads/forbedringsguiden-juli-2018-lavoppl.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019, Februar). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a
- Helsedirektoratet. (2020, April 30). *Forbedringsarbeid*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/kom-i-gang-forbedringsarbeid-i-praksis>
- Helsedirektoratet. (2022, April 28). *Hva er kvalitetsforbedring?* Hentet fra I trygge hender 24-7:
<https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/systematisk-forbedringsarbeid>
- Helsedirektoratet. (2022, Mars 3). *Om i trygge hender 24-7*. Hentet fra I trygge hender 24-7:
<https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7>
- Helsedirektoratet. (2022, Mars 24). *Om pasientsikkerhet*. Hentet fra I trygge hender 24-7:
<https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Helsedirektoratet. (2022, August). *Pasientskader i Norge 2021. målt med Global Trigger Tool*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2021-malt-med-global-trigger-tool/vedlegg/Pasientskader%20i%20Norge%202021%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf/_/attachment/inline/84602bb9-e12f-4360-8edb-6c1105f915f0:d71e07
- Helsepersonellkommisjonen. (2023). *Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Hentet fra Tid for handling:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Høie, I. (2002, Desember 10). *Legekultur og kollegialitet under press*. Hentet fra Tidsskriftet.no:
<https://tidsskriftet.no/2002/12/hovedreportasje/legekultur-og-kollegialitet-under-press>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kjerkol, H. o. (2023, Januar 17). *Sykehustalen 2023*. Hentet fra Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/>
- Kongsvik, T., Albrechtsen, E., Antonsen, S., Herrera, I. A., Hovden, J., & Schiefloe, P. M. (2018). *Sikkerhet i arbeidslivet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Levin, R., & Klev, M. (2018). *Forandring som praksis. Endringsledelse gjennom læring og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Margaryan, A., Littlejohn, A., & Stanton, N. A. (2017, August 17). *Research and development agenda for Learning from Incidents*. Hentet fra ScienceDirect.com:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753516302041>

- Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., Provost, L. P., & Gerald, L. J. (2009). *The Improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: HB printing.
- Reason, J. (2000, Mars 18). *Human error: models and management - PMC- NCBI*. Hentet fra NIH. National Library of medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
- Riksrevisjonen. (2017). *Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*. Hentet fra Riksrevisjonen.no: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf>
- Sander, K. (2023, Januar 14). *Aksjonsvitenskap ("action Science") og organisasjonslæring*. Hentet fra studie.no: <https://studie.no/aksjonsvitenskap-organisasjonslaering/#:~:text=Chris%20Argyris%20og%20Donald%20Sch%3B6n%20%281978%29%20definert%20organisatorisk,handlinger%20gjennom%20bedre%20kunnskap%20og%20forst%3%A5else%20%E2%80%9D%20%281985%29>
- Schiefloe, P. M. (2021). *Organisasjonsanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams II, R. D. (2021, August 4). *Area of focus. Improving Health Care Quality*. Hentet fra The Commonwealth fund: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- Senca, L. A. (4 f.kr). *Gale.com* . Hentet fra Gale: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=googlescholar&id=GALE|A303474455&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=07d88254>
- Senge, P. M. (2004). *Den Femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Kopinor Pensum.
- St. Olavs hospital. (2023). *Avdelinger*. Hentet fra stolav.no: <https://stolav.no/avdelinger>
- St. Olavs hospital. (2023, Mai 3). *Utviklingsplan 2023-2026*. Hentet fra stolav.no: <https://stolav.no/om-oss/utviklingsplan>
- Stubberud, D.-G. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo: Gyldendal.
- Thorsvik, J., & Jacobsen, D. I. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjoara, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning- mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- UKOM, Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester. (2023, Mars 23). *Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser*. Hentet fra Ukom.no: <https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser/sammendrag>
- Vik, E. (2018, Juni 26). *Helseprofesjoners samhandling- en litteraturstudie*. Hentet fra Idunn.no: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Waring, J., & Currie, G. (2011). *The Politics of Learning: The Dilemma for patient Safety*. Farnham: Ashgate Publishing Company.

Wikipedia. (2022, Februar 4). *Kolbs læringssyklus* . Hentet fra Wikipedia.org:
https://da.wikipedia.org/wiki/Kolbs_l%C3%A6ringscyklus

Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet. Teori og Praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1- Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Organisatorisk læring etter uønskede hendelser»

«Hva er suksessfaktorer og utfordringer med organisatorisk læring etter uønskede hendelser?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan dagens arbeid med uønskede hendelser foregår og se på hva som fremmer og hemmer arbeidet med systematisk forbedringsarbeid i forbindelse med organisatorisk læring knyttet til uønskede hendelser og pasientsikkerhet.

Jeg er masterstudent i organisasjon og ledelse med spesialisering i innovasjon og endringsledelse ved NTNU. Jeg jobber til daglig som kvalitetsrådgiver ved kirurgisk klinikk ved St. Olavs hospital. Formålet med prosjektet mitt er som nevnt ovenfor å se på hva som bidrar eller bremser læring etter uønskede hendelser. Fra både nasjonale prevalenser, kvalitetsindikatorer, insidensmålinger og GTT granskninger for pasientskader ses det en høyere forekomst av uønskede hendelser en ønsket. Jeg ønsker i den forbindelse å se på faktorer som fremmer og hemmer arbeidet med organisatorisk læring etter uønskede hendelser. Hovedfokuset til forskningen er å se på hva som bidrar til å lykkes i dette arbeidet. Resultatene fra oppgaven skal bidra til å spre kunnskap om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Se på fremmere til organisatorisk læring av uønskede hendelser som kan bidra til å løse noen av utfordringer sykehusene står overfor i dag.

Oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål er:

Hvordan arbeider ledere med organisatorisk læring etter uønskede hendelser og hva er suksessfaktorer og utfordringer?

1. Hvordan forholder ledere seg til meldesystemet og uønskede hendelser, og hvilket fokus har de?
2. Hvilke systemer/ modeller benytter ledere for læring av uønskede hendelser?
3. Hvordan legger ledere til rette for deling av kunnskap, og hvilke arenaer mener lederne er de viktigste?
4. Hvordan forholder ledere seg til læring etter uønskede hendelser?
5. Hva gjør ledere for å fremme organisatorisk læring?

Ansvarlig for forskningsprosjektet

Prosjektansvarlig og veileder:

Per Morten Schiefloe

Mail: per.morten.schiefloe@ntnu.no

Tlf: 73596323

Behandlingsansvarlig institusjon: NTNU. Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi jeg ønsker å intervjuere ledere som er i behandlingsskjeden for akutt kirurgi. Jeg ønsker og se på organisatorisk læring og hvordan det arbeides med uønskede hendelser i

AMK sentralen som mottar meldinger, hos traumeavdelingen som har pasientmottak i akkutmottaket, hos kirurgisk operasjon, hos hovdintensiv og hos kirurgisk sengepost. Jeg planlegger og intervjuer 8-9 ledere fordelt på de ulike avdelingene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å be om å få dine opplysninger slettet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil gjennomføres et intervju med varighet på ca. 60 min. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer og refleksjoner omkring arbeidet med uønskede hendelser.

Intervjuet vil bli gjennomført på Teams med opptak. Opptakene vil slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av september 2023.

Det blir ikke registrert eksplisitt informasjon om deg, verken ditt navn eller navnet på din arbeidsplass. Indirekte mulig gjenkjennerbar informasjon vil bli slettet, slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Ditt personvern- hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å protestere, be om innsyn, og til retting og sletting av opplysninger jeg behandler om deg. Du vil da høre fra meg innen en måned. Jeg vil gi deg en god begrunnelse hvis jeg mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves. Du har også rett til å klage til Datatilsynet om hvordan jeg behandler dine opplysninger.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysningene om deg for formål knyttet til vitenskapelig forskning, og fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse.

På oppdrag fra NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i slutten av september 2023, da vil alle opplysninger bli slettet.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

Prosjektansvarlig og veileder:

Per Morten Schiefloe
Mail: per.morten.schiefloe@ntnu.no
Tlf: 73596323

NTNUs personvernombud:
Thomas Helgesen.
Mail: thomas.helgesen@ntnu.no
Tlf: 93079038

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på epost: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Med Vennlig hilsen
Line Anette Grannes Sandvik
Line.annette.grannes.sandvik@stolav.no
47292305

Vedlegg 2 - Intervjuguide:

Sted:

Navn på informant (initialer):

Bakgrunn og målsetning for undersøkelsen

Jeg foretar en undersøkelse blant flere ledere fra sykehuset for å få mer informasjon om prosessen rundt læring av uønskede hendelser i den enkelte avdelingen og på tvers av avdelinger. Målet er et ønske om å få informasjon om hvilke faktorer som fører til læring.

Innledning

Presentasjon av min rolle som intervjuer og forsker, hensikt med intervjuet, tidsramme, anonymitet osv.

Understreke at informanten blir intervjuet som en leder og ikke som enkeltperson. Informanten anonymiseres og holdes konfidensielt. Oppfordrer til å snakke fritt og ikke redd for å spore av.

Tema som skal dekkes i intervjuet

Organisatorisk læring som i denne oppgaven ses på som: en prosess som fører til at praksis endres og at læring både omhandler å tilegne seg ny kunnskap og evnen til å bruke kunnskapen til endring av adferd.

Forbedringsarbeid som i denne oppgaven ser på systematisk kontinuerlig forbedring i form av å planlegge, gjennomføre, studere og korrigere.

Innledningsvis

Hvor mange ansatte er det hos dere?

Hvor mange år har du vært i denne lederrollen?

Hvem behandler avvik hos dere?

Intervjuet

- Har dere mange uønskede hendelser, og hvordan har du som leder oversikt over disse?
- Hvordan behandler dere avvik hos dere? Er det individrettet mot den enkelte ansatte eller ses det på i et systemperspektiv? Gjør dere årsaksanalyser?
- Hvordan behandles alvorlige hendelser i forhold til hendelser av liten konsekvens?
- Har dere hatt alvorlige hendelser de siste tre årene og hvordan ble disse behandlet?
- Ser dere på trender og benytter dette til læring?
- Opplever du at de ansatte er aktiv i diskusjonen rundt den uønskede hendelsen og er de delaktige i utvikling av tiltak?
- Når det arbeides med læring etter en uønsket hendelse erfarer du at det er problem knyttet til forståelse av selve hendelsesforløpet og årsak? Er det store diskusjoner?
- Hvilke tanker gjør du deg omkring begrepet organisatorisk læring? Hvordan mener du at avdelingen best kan få til kunnskapsdeling?
- Hvilke formelle eller uformelle arenaer har dere for kunnskapsdeling?
- Hvordan legger du opp arbeidet for at organisasjonen skal lære av uønskede hendelser? Utdyp svaret.
- Opplever du at det er vanskelig og få til nødvendige endringer på bakgrunn av uønskede hendelser? Utdyp svaret.
- Hva opplever du som leder som det største problemet ved læring etter uønskede hendelser/ endring av praksis? Praktiserer du noen metoder som kan gjøre det enklere? Utdyp svaret.
- Hvordan opplever du de ansattes vilje til å lære noe nytt fra uønskede hendelser? Har dere bra oppmøte i kurs og møter?
- Hvor lojal opplever du at de ansatte er for å følge opp ny praksis? Hva kan årsaken til det være?
- Hvor ofte opplever du at tiltak ikke var tilstrekkelig? Og hva gjør du da?
- Hva legger du i kontinuerlig forbedring? Har du noen erfaring med slikt arbeid og har du noen opplæring knyttet til forbedringsarbeid?
- Hvordan opplever du støtten fra de over deg knyttet til arbeidet med læring av uønskede hendelser? Har du vært på noen kurs, opplæring, må du rapportere noe?
- Har dere forbedringsprosjekt knyttet til uønskede hendelser?
- Kan du forklare prosessen rundt en typisk forbedring?
- Har dere de verktøyene som trengs for å skape læring?
- Hva bidrar i positiv forstand til å skape læring? Suksesskriterier? Har du noen suksesshistorier?
- Har dere en læringsstrategi? I hvilken grad har avdelingen fokus på sykehusets visjon og verdigrunnlag? Hvor ofte er de tema i faste møter?

Avslutning

Har du noen spørsmål til slutt, noe du lurer på?

Takker for intervjuet og tiden som er satt av og de svarene som er gitt.

Vedlegg 3- Vurdering av behandling av personopplysninger

09.07.2023

Referansenummer

799337

Vurderingstype

Automatisk

Dato

09.07.2023

Tittel

Organisatorisk læring etter uønskede hendelser

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektansvarlig

Per Morten Schiefloe

Student

Line Anette Sandvik

Prosjektperiode

01.05.2023 - 30.09.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.09.2023.

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ

- Helseopplysninger
- Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

