

MASTEROPPGAVE

Emnekode: HR301S

Navn: Hilde Karen Ofte

Læring og åpenhet i sykehuset

De somatiske kvalitetsutvalgene – arenaer for læring?

Dato: 18. mai 2021

Totalt antall sider: 56

Innhold

.....	0
Vedlegg: Intervjuguide.....	2
Forord.....	3
Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	5
1.1 Krav om kvalitetsforbedring i helsesektoren	6
1.2 Helseforetakenes kvalitetsutvalg.....	7
1.3 Åpenhet som forutsetning for læring	8
1.4 Åpenhet og læring som symboler.....	8
1.5 Oppgavens disposisjon.....	9
2 Empirisk kontekst.....	10
2.1. Kvalitet og pasientsikkerhet: safety 1 og 2	10
2.2 Kvalitetsindikatorer.....	11
2.3 Å melde uønskede hendelser.....	12
Meldeordningen.....	12
Pasient og brukerombudet.....	13
Avvikssystem	13
2.4 Global trigger tool (GTT).....	14
2.5 Påregnelig komplikasjon eller feilbehandling?	14
3 Teori	15
3.1 Organisatorisk læring	15
Læring på individnivå	15
Læring på kollektivt nivå.....	18
Peter Senges fem disipliner for organisasjonslæring:.....	19
3.2 Offentlige institusjoner og åpenhet	21
3.3 Ny-institusjonell teori – prat og praksis	22
3.4 Oppsummering	25
4 Metode	26
4.1 Valg av metode.....	26
4.2 Datainnsamling.....	27
Del 1: Hjemmesidene	27
Del 2: Intervju med medlemmer i helseforetakenes kvalitetsutvalg	28
4.3 Studiens troverdighet.....	29
4.4 Ulike modeller for KU	30
5 Analyse.....	32
5.1 Syn på læring i kvalitetsutvalgene	32
Individuelle læringsteorier.....	33
Kollektiv læring – Nonaka og Takeuchi	34
Kollektiv læring - Senge.....	35
Oppsummering	38
5.2 Åpenhet	39
Åpenhet på helseforetakenes hjemmesider.....	39
Åpenhet i kvalitetsutvalget.....	42

Åpenhet vs. Taushetsplikt	44
Oppsummering	44
5.3 Er helseforetakene dekkoblede institusjoner?	45
Kvalitetsutvalget som symbol	45
En dekkoblet institusjon?	47
Oppsummering	48
6 Konklusjon	49
Litteraturliste	51

Vedlegg: Intervjuguide

Forord

Det er alltid spennende å lære noe nytt. Denne oppgaven har gitt meg muligheten til å stikke hodet opp fra hverdagen som lege på sykehus, og studere min egen bransje fra en litt annen synsvinkel enn jeg vanligvis gjør. Det har vært utrolig lærerikt, og jeg håper jeg har gjort meg noen erfaringer og refleksjoner som kan være interessante også for andre.

Jeg vil gjerne takke mine tidligere ledere Rolf Salvesen og Tony Bakkejord for at de ga meg muligheten og oppmuntret meg til å starte på dette masterløpet. Videre vil jeg takke Hilde Normann i Helse Nord for gode råd til problemstillingen, og hjelp til å få en veldig vag idé omgjort til et gjennomførbart prosjekt. Takk til Ida Bakke for ditt alltid brennende engasjement og Ellinor Haukland for din kompetanse på og gode innspill om pasientsikkerhet.

En stor takk går til min fantastiske veileder Turid Moldenæs, som med sine kloke innspill og tilbakemeldinger på magisk vis alltid ga meg det jeg trengte for å komme meg videre fra hvert steg på veien. Etter å ha jobbet med kvantitativ metode og medisin som fag i mange år har det vært en utfordring å «åpne» hodet opp for kvalitativ analyse og teori, men det har vært veldig givende. Turid har støttet meg hele veien.

Til slutt vil jeg takke familien og min livspartner Dag, som alltid stiller opp når jeg trenger det og støtter meg i alle mine nye prosjekter.

Tusen takk!

Hilde Karen Ofte

Bodø

Sammendrag

Fram til ordningen ble omorganisert i 2019, ble det hvert år meldt over 10.000 uønskede hendelser i norske sykehus til den såkalte «meldeordninga» i Helsedirektoratet. Noen av disse medførte alvorlig skade eller død for pasienten. Helse og omsorgsdepartementet krever at helsetjenesten driver et systematisk arbeid for pasient- og brukersikkerhet, og de siste årene har man innført omfattende systemer for overvåking av kvalitet og oppfølging av uønskede hendelser i norske sykehus. Jeg ønsket å studere hvordan den somatiske spesialisthelsetjenesten selv ser på det å lære av egne «feil» og kvalitetsmål, og hvor åpne de er om disse temaene.

Alle helseforetak er ifølge Spesialisthelsetjenesteloven pålagt å ha et kvalitetsutvalg, som har som oppgave å følge opp kvalitetsmålene og uønskede hendelser i sin organisasjon. Jeg valgte derfor de somatiske kvalitetsutvalgene som utgangspunkt for studien. I tillegg ønsket jeg å se hvor mye informasjon om kvalitet og uønskede hendelser som fantes på helseforetakenes hjemmesider. Jeg inviterte medlemmer fra kvalitetsutvalgene fra fem foretak i to ulike helseregioner, og gjennomførte 15 semistrukturerte intervjuer i fire av dem. Alle informantene signerte informert samtykke, og både de og deres helseforetak får være anonyme i oppgaven. Jeg valgte å analysere datamaterialet ut fra to sentrale teorier om organisasjonslæring, i tillegg til ny-institusjonell teori om dekkede institusjoner og organisatorisk hykleri.

Kvalitetsutvalgenes medlemmer er svært usikre på sin egen rolle i organisasjonslæringen, og mener i stor grad at læring er noe som foregår et annet sted i organisasjonen. Det mangler en systemtenkning for læring som omfatter hele organisasjonen. Kvalitetsutvalgets rolle er å sette kvalitet på dagsorden og å spre informasjon, og er til en viss grad et symbolsk organ. Arbeidet anses likevel som viktig. Åpenhet er høyt verdsatt og ønsket i kvalitetsutvalget. Denne åpenheten har sine begrensninger, men informantene oppfatter ikke at dette hindrer læring. Åpenhet om kvalitet er imidlertid ikke like tydelig på helseforetakenes hjemmesider, noe som tyder på at det er en viss avstand mellom prat og praksis. Helseforetakene framstår som dekkede organisasjoner i denne studien, og dette kan være et hinder for å bli en lærende organisasjon. Helseforetakene kan ha et uutnyttet potensiale både til å bruke kvalitetsutvalgene bedre i organisasjonslæring, og i å eksponere åpenhet om kvalitet utad til befolkningen.

1 Innledning

I 2019 publiserte Helsetilsynet en rapport fra et tilsyn på et norsk sykehus der en pasient døde etter å ha fått feil medisin. Pasienten var kritisk syk med tarmslyng og måtte opereres akutt (Bergsagel, 2019). Hun hadde store forstyrrelser i saltbalansen med høyt kalium- og lavt kalsiumnivå i blodet, og legen ba sykepleieren om å gi henne 10 mmol kalsiumklorid. Sykepleieren hørte 10 mmol *kalium*klorid, og fant derfor fram og injiserte dette. Pasienten fikk hjertestans og døde. Helsetilsynet konkluderer i rapporten med at sykehuset ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp (Helsetilsynet, 2019). De hadde ikke gode nok rutiner for legemiddelhåndtering, deriblant for dobbeltkontroll og såkalt «closed-loop»-kommunikasjon. Ifølge rapporten har det aktuelle sykehuset iverksatt flere tiltak for å hindre at en så fatal feil skal skje igjen. De har blant annet forbedret rutinen for medikamenthåndtering ved operasjoner, fjernet kaliumklorid fra medisinskuffen på operasjonsavdelingen og gjennomført internundervisning om hvordan dobbeltkontroll og kommunikasjon rundt legemidler skal foregå. Det ble også avholdt en generell gjennomgang av hendelsen for alle ansatte i avdelingen.

Dette er bare en av mange uønskede hendelser som skjer ved norske sykehus hvert år. Heldigvis er ikke alle like alvorlige som denne. Tall fra helsedirektoratet viser at rett over 10% av alle sykehusinnleggelse ender med en form for pasientskade, de fleste i form av urinveisinfeksjoner eller sårinfeksjoner (Helsedirektoratet, 2019). Fram til 2019 ble over 10.000 uønskede hendelser meldt inn hvert år fra norske sykehus til den nå avviklede meldeordningen (Helsedirektoratet, 2017). Dette var hendelser som hadde, eller kunne ha, ført til betydelig skade på pasienten. Man kaller det gjerne «uønsket hendelse» fordi det ikke nødvendigvis er slik at det har skjedd en «feil». I 2017 var det meldt inn 10126 hendelser, hvorav rundt 5% omhandlet dødsfall, 44% omhandlet avvik i kliniske prosedyrer og 17% var feil i legemiddelhåndtering.

«Helsetjenesten er ikke en risikofri sone» uttalte direktør i Helsetilsynet, Jan Fredrik Andresen, til Sykepleien i 2019 (Helmers, 2019). Likevel er det slik at fokuset på bedret pasientsikkerhet og å lære av uønskede hendelser har økt betraktelig de siste årene. Norske sykehus har innført en rekke systemer for å overvåke og forebygge feil og pasientskader. Det finnes avvikssystem der de ansatte blir bedt både om å melde inn både uønskede hendelser som *har* skjedd og nesten-episoder hvor ting *kunne* ha gått galt. Man gjennomfører

hendelsesanalyser og –gjennomganger i etterkant av alvorlige hendelser, og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt med en rekke tiltakspakker på områder hvor man vet at det er høy forekomst av uhell og skade. Alle helseforetak er pålagt å ha et kvalitetsutvalg, som skal sørge for at uønskede hendelser blir fulgt opp og at tiltak blir gjort for å forbedre kvaliteten. Alt dette gjøres i håp om å lære av sine feil og gjøre det bedre neste gang.

I den nevnte rapporten fra Helsetilsynet nevnes det nærmest i en bisetning at den samme forvekslingen av legemidler hadde skjedd en gang tidligere ved sykehuset, på en annen avdeling. Heldigvis endte det den gangen uten alvorlig skade for pasienten. Hvordan kan samme feil skje på samme sykehus to ganger? Er tiltakene sykehuset gjennomførte gode nok til å sørge for at dette ikke skjer en tredje gang? Vi vet at det er en underrapportering av uheldige hendelser i sykehusenes avvikssystem, og at samme feil har en tendens til å gjenta seg (Sujan, 2015). Hvordan sørger vi for at ikke bare individene som står nær og rundt en pasientskade lærer, men også *organisasjonen*? Dette er sentrale spørsmål jeg stiller meg i denne masteroppgaven.

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan helseforetakene forholder seg til feil og egne prestasjoner, både med tanke på hvordan man legger til rette for å lære av dem, og hvor åpen man er om disse temaene. Siden kvalitetsutvalget er et lovpålagt organ med et formelt ansvar for kvaliteten i sykehusene har jeg valgt dette utvalget som fokus for studien. Følgende spørsmål vil bli drøftet: Bidrar kvalitetsutvalgene til å fremme organisatorisk læring i helseforetakene eller har de kun en symbolsk funksjon? Kan kravet om åpenhet være til hinder for organisatorisk læring? Jeg vil understreke at jeg her fokuserer på den somatiske spesialisthelsetjenesten og ikke den psykiatriske.

1.1 Krav om kvalitetsforbedring i helsesektoren

I 2016 fikk Norge en forskrift om kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Den er kalt «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» (HOD, 2016), og den slår fast at helsetjenesten har plikt til å evaluere sin aktivitet og korrigere den ved behov. Dette inkluderer krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring i pasient- og brukersikkerhet. Ordet «Pasientsikkerhet» har blitt et honnørord i sektoren. Selv om sikre og trygge helsetjenester nær sagt alltid har vært det overordnede målet for helsetjenester, er det relativt nytt at man tenker sikkerhet som et lederansvar og på systemnivå slik forskriften

legger opp til. Mange av helsearbeiderne selv tenker nok fortsatt på det som et rent individuelt ansvar. I følge stortingsmeldingen «Kvalitet og pasientsikkerhet 2018» (HOD, 2019) ønsker regjeringen at hele sektoren skal jobbe sammen for å oppnå «pasientens helsetjeneste» gjennom åpenhet, læring og forbedring. Det skal gjøres en «målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet» (HOD, 2019, s. 37). Helsevesenet har altså et lovpålagt krav om være åpen, lære av sine feil og ha evne til å forbedre seg. Om dette etterleves dette i praksis, har man ifølge Stortingsmeldingen lite kunnskap om.

1.2 Helseforetakenes kvalitetsutvalg

Allerede i 1994 innførte den tidligere Sykehusloven et krav om at alle sykehus skulle opprette et kvalitetsutvalg (KU) som ledd i sitt internkontrollsystem. Da Lov om spesialisthelsetjenesten overtok for Sykehusloven i 2001, ble denne bestemmelsen videreført som §3-4. I vedlegget «Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning» som ble sendt ut sammen med rundskrivet i 1994 kan man lese at

«Kvalitetsutvalget skal ha som ansvar å se til at de meldinger og hendelser som meldes også alltid er blitt/blir vurdert og følges opp med henblikk på om det er behov for raskt å iverksette tiltak lokalt, uavhengig av meldeinstansens vurderinger og konklusjon. Tiltak kan være nødvendig for å unngå at liknende hendelser gjentar seg» (Statens helsetilsyn, 1994, s. 6).

I denne retningslinjen beskrives kvalitetsutvalget som et organ for direkte bistand til de ansatte i situasjoner hvor feil eller skader oppstår, blant annet ved å sørge for at melderutiner blir korrekt fulgt opp. I årenes løp har organiseringen rundt avvikssystem og kravene til internkontroll endret seg mye. I rapporten «Pasientsikkerhet i Norske Sykehus» i 2009 fant man at mange helseforetak var i ferd med å omorganisere kvalitetsutvalgene, blant annet for å få pasientsikkerhetsarbeidet mer forpliktende inn i linjeledelsen (Krogstad & Saunes, 2009). På denne måten er kvalitetsutvalgene flere steder blitt flyttet høyere opp i «næringskjeden» i organisasjonen.

Kvalitetsutvalget har altså et sentralt ansvar for å følge opp og legge til rette for kvalitetsforbedring og læring i organisasjonen. Jeg har derfor valgt å fokusere på kvalitetsutvalgene i denne studien. Jeg er spesielt opptatt av hvilket syn på læring vi finner i

kvalitetsutvalget, hva dette i så fall kan si oss om synet på læring i organisasjonen, og om utvalgene er arenaer eller fasilitatorer for læring i helseforetakene.

1.3 Åpenhet som forutsetning for læring

Åpenhet og transparens har vært et tydelig ideal i offentligheten de siste 20 årene. Organisasjoner generelt, og offentlige organisasjoner spesielt, forventes å være åpne om sine aktiviteter. I 2004 ble offentlighetsprinsippet innført i grunnloven, og to år senere ble offentlighetsloven revidert ved at man innførte åpenhet som et bærende prinsipp i offentlig forvaltning. Åpenhet skaper tillit, og har stor symbolsk verdi (Wæraas, Byrkjeflot & Angell, 2011). Man kan også argumentere for at åpenhet er en forutsetning for læring. Helt konkret kan det dreie seg om åpenhet for å melde fra at det er skjedd uhell eller at noe ikke fungerer. Men det kan også gjelde på et mer overordnet plan der åpenhet er viktig for å kunne dele erfaringer og metoder for læring mellom ulike deler av organisasjonen. Man kan ikke rette opp en feil man ikke vet om, og kollegaer kan heller ikke lære av hverandre dersom det ikke eksisterer et praksisfellesskap der man åpent deler kunnskap og erfaringer (Wenger, 1998). Jeg vil derfor også undersøke hvor åpen man er om uønskede hendelser og kvalitet i helseforetakene, både hvordan man oppmuntrer man denne åpenheten, hva slags begrensninger den har, og om taushetsplikt kan være en hemsko for åpenhet eller for læring.

1.4 Åpenhet og læring som symboler

Alle organisasjoner må forholde seg til, og er i stor grad priggitt, sine omgivelser. Samfunnet har til enhver tid visse krav og forventinger til hvordan en organisasjon skal fungere og hvilke idealer den skal leve etter. Dette gjelder ikke minst offentlige institusjoner som for eksempel helseforetakene. Disse idealene vil kunne endres over tid, ettersom samfunnet også endrer seg. For å beholde sin legitimitet må da også organisasjonene endres i takt med samfunnet. Noen ganger oppstår det en konflikt mellom organisasjonens formål og metoder på den ene siden, og samfunnets forventninger og krav på den andre. En løsning på denne konflikten kan være at man innfører symbolske endringer og strukturer i organisasjonen som samsvarer med samfunnets krav, men som ikke endrer den faktiske aktiviteten eller måten ting blir gjort på (Meyer og Rowan, 1977). Man får altså en «skinnløsning» som ser godt ut på papiret, men som ikke har betydning for den daglige driften av organisasjonen. Denne «dekoblingen» kan virke hyklersk, men kan også være nødvendig for organisasjonens overlevelse (Brunsson, 1989). Jeg spør meg om helseforetakenes arbeid med kvalitetsforbedring og åpenhet kan ha

en slik symbolsk betydning, om kvalitetsutvalget kun er et symbolske organ, og om det er avstand mellom prat og praksis når helseforetakene snakker om åpenhet og læring.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er disponert på følgende vis:

I kapittel 2 presenterer jeg den empiriske konteksten for oppgaven. Her vil jeg kort redegjøre for hva som inngår i begrepet «kvalitet» i helsetjenesten. Det finnes flere systemer for å måle kvalitet og rapportere uønskede hendelser og feil i spesialisthelsetjenesten. En god del av disse er regulert ved lov. Dette er et viktig bakteppe for å forstå funnene i studien.

I kapittel 3 presenterer jeg det teoretiske rammeverket jeg vil bruke for å tilnærme meg problemstillingen. Jeg starter med å introdusere noen begreper innen individuell læring og organisasjonslæring, før jeg går litt mer i dybden på teoriene til Nonaka, Takeuchi og Peter Senge. Deretter vil jeg presentere noen betraktninger rundt åpenhet som idè og ideal i offentlige organisasjoner. Til slutt vil jeg redegjøre for to viktige begreper innen nyinstitusjonell teori, nemlig *organisasjonell hykleri* og *dekobling*. Disse to begrepene gir oss en forståelsesramme for hvorfor det kan synes å være langt mellom teori og praksis i store organisasjoner.

I kapittel 4 presenterer jeg oppgavens forskningsmetode og framgangsmåte for å innhente datagrunnlaget. Deretter diskuterer jeg oppgavens troverdighet.

I kapittel 5 presenterer jeg oppgavens datamateriale og forsøker å analysere forskningsspørsmålene jeg har satt ut fra dette.

I kapittel 6 forsøker jeg å besvare problemstillingen og oppsummerer oppgavens funn.

2 Empirisk kontekst

I dette kapitlet vil jeg presentere hvordan kvalitet og pasientsikkerhet forstås og håndteres i helsevesenet, og hvilke systemer som finnes for å håndtere feil og mangler. Dette gir en viktig kontekst for å forstå funnene i studien. Det finnes flere systemer som fanger opp kvalitetsnivået på norske sykehus, og det produseres en god del statistikk som forsøker å presentere både hvordan det står til med kvaliteten på tjenesten som leveres og hvordan uønskede hendelser håndteres. For enkelhets skyld vil jeg i det følgende omtale disse samlet som *kvalitetsdata*.

2.1. Kvalitet og pasientsikkerhet: safety 1 og 2

Ifølge Wikipedia kommer ordet kvalitet av det latinske ordet *qualis* som betyr hvordan, eller av hvilket slag. Kvalitet beskriver hvilken grad av gode egenskaper noe har. Når det brukes om en vare eller en tjeneste, sier kvaliteten noe om helheten av egenskaper som utgjør en tjeneste eller et produkts evne til å tilfredsstillende visse behov. Noen ganger er kravene til en vare eller en tjeneste ganske enkle å forstå og måle, som for eksempel kvaliteten på en sko. Andre ganger er kravene til kvalitet mer komplekse og diffuse. Hva er egentlig god kvalitet i helsetjenesten? Hvilke krav stilles, og hvordan kan vi måle at disse kravene er oppfylt?

Kvalitet i helsevesenet er uløselig knyttet til sikkerhet (safety). Helsevesenet har over flere år vært inspirert av safety-tankegangen blant annet innen flyindustri og HMS for å bedre pasientsikkerheten. Den tradisjonelle måten å beskrive sikkerhet på innen sikkerhetsteori er fravær av uhell og uønskede hendelser (Hollnagel, Wear & Braithwaite, 2015). I dette perspektivet responderer man når noe har gått galt, analyserer systemet og situasjonen som førte til hendelsen, og setter inn tiltak for å minimere risikoen for at det samme skjer igjen. Man kaller dette perspektivet for safety-1. I safety-1 har man en bimodal tilnærming til systemer: de fungerer enten riktig eller galt. De siste årene har det imidlertid vokst fram en ny tilnærming, kalt safety-2. Safety-2 vokste ut fra erkjennelsen om at selv om uønskede hendelser ikke oppstår, betyr det ikke at systemet fungerer perfekt. Som regel betyr det bare at menneskene som jobber i systemet kompenserer for manglene og sørger for at ting fungerer *på tross av* et ikke perfekt system. Moderne medisin er svært kompleks, og sikkerhetsforståelsen må ta høyde for de variasjonene, uforutsigbarheten og motsetningene som finnes i komplekse systemer. I safety-2 perspektivet retter man altså oppmerksomheten

ikke bare mot det som går galt, men også mot hvorfor ting vanligvis går bra. Både i Norge og internasjonalt er det flere som har tatt til orde for at helsevesenet bør ta i bruk både safety-1 og safety-2 perspektivene (Helsedirektoratet, 2016).

I pasientsikkerhetsarbeid skiller man mellom feil (error), pasientskade (patient harm), og uønsket hendelse (adverse event) (Runciman et al., 2009). En feil er en hendelse hvor man har feilet i å utføre en planlagt aktivitet på riktig eller planlagt måte. Ikke alle feil medfører pasientskade, og ikke alle pasientskader skyldes at det er gjort en feil. En pasientskade er et utkomme som påvirker en pasients helse eller livskvalitet negativt. Dette begrepet skiller ikke mellom skader som oppstår som resultat av behandlingen som er gitt, av uhell eller av pasientens sykdom i seg selv. En uønsket hendelse er en uventet fysisk skade som oppstår som et resultat av medisinsk behandling, og som resulterer i ekstra overvåking, behandling, død eller sykehusinnleggelse. I dagligtale går disse begrepene inn i hverandre, og de kan variere voldsomt i alvorlighetsgrad.

2.2 Kvalitetsindikatorer

En av de vanligste måtene å måle kvalitet i helsetjenesten på er å bruke såkalte kvalitetsindikatorer. I Norge har vi over 50 nasjonale kvalitetsregistre innen ulike medisinske fagfelt som sykehusene rapporterer til. I tillegg har Norge sluttet seg til OECD's Health care quality indicators project som rapporterer internasjonalt på 112 ulike indikatorer innen somatisk helse. På Helsedirektoratet sine nettsider kan man finne statistikk på dette både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå (<http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>). Sammenlignet med andre land ligger Norge svært godt an på disse statistikkene. Vi har altså jevnt over god kvalitet på helsetjenesten her til lands.

Det er vanlig å dele inn i tre typer kvalitetsindikatorer:

- Strukturindikatorer: omhandler rammer og ressurser. For eksempel tilgjengelig kompetanse, personell og utstyr.
- Prosessindikatorer: omhandler aktiviteter i pasientforløpet. For eksempel ventetider til utredning, diagnostikk og behandling.
- Resultatindikatorer: omhandler resultatene av aktiviteten. For eksempel overlevelse, komplikasjoner, helsegevinst og pasienttilfredshet.

Av disse tre er det kanskje resultatindikatorerne som rent intuitivt framstår som det mest direkte målet på kvalitet. Dersom for eksempel dødeligheten etter en type kirurgiske inngrep er uvanlig høy, sier det seg selv at noe må være galt. Samtidig er de andre indikatorerne viktige forutsetninger for at kvaliteten totalt sett skal være god. Det hjelper lite å ha verdens dyktigste kirurger på plass dersom den administrative organiseringen av tjenesten er så langsam at pasienten kommer for sent til operasjon, eller at man mangler utstyr for å overvåke pasienten riktig.

Et eksempel på et indirekte mål er strukturindikatoren *epikrisetid*, som sier hvor lang tid det går fra en pasient skrives ut fra sykehuset til utskrivingsbrevet er sendt ut fra sykehuset til fastlegen eller pleie- og omsorgstjenesten. Dette er et svært viktig dokument som absolutt bør komme kommunehelsetjenesten raskt i hende. Samtidig sier tiden det tar å sende ut dette papiret i seg selv ingenting om kvaliteten på den tjenesten pasienten fikk mens han eller hun var innlagt. Lang epikrisetid kan skyldes at legen har hatt det for travelt til å skrive den, at legen legger liten vekt på å kommunisere med samarbeidspartnere utenfor sykehuset eller at den merkantile tjenesten på sykehuset er dårlig organisert. Uansett årsak er det viktig for pasienten at epikrisetiden er lav slik at han får god og riktig oppfølging etter utskrivelse.

Utfordringen med å bruke denne typen statistikk for å vurdere det enkelte sykehus er at det krever en del kunnskap både om statistikk og om helsevesenet for å tolke tallene riktig. Hvis et sykehus har lavere overlevelse på en type kreftbehandling enn et annet, trenger det ikke bety at kvaliteten er dårligere, det kan også bety at befolkningen i denne delen av landet er eldre eller sykere og derfor har større risiko for å dø, eller at kreft av ulike grunner oppdages seinere i denne regionen og pasientene derfor kommer seinere til behandling. Andre ganger kan tallene virke skeive fordi enkelte sykehus har sentraliserte funksjoner i en region som gjør at de behandler de sykeste pasientene, med det resultat at dødeligheten på denne tilstanden er høyere på dette sykehuset enn på andre. Kvalitetsindikatorer kan derfor være gode, men krevende mål på kvalitet.

2.3 Å melde uønskede hendelser

Meldeordningen

Det finnes ulike nivåer og systemer for melding av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. De mest alvorlige tilfellene skal meldes til Helsetilsynet via den såkalte *meldeordningen* (tidligere §3.3). Dette er et lovpålagt krav til helsepersonell i

forbindelse med hendelser som medfører dødsfall eller skade på liv og helse. Meldingen kan medføre stedlig tilsyn fra Helsetilsynet eller en såkalt hendelsesanalyse/hendelsesgjennomgang. Helsetilsynet har myndighet til å sanksjonere både helseforetaket og helsepersonellet som var involvert i hendelsen. Fram til mai 2019 skulle både hendelser som hadde ført til, eller kunne ha ført til, alvorlig skade eller død meldes i denne ordningen. Helsetilsynet brukte denne statistikken til å lage læringsnotater på hendelser som man anså hadde et spesielt læringspotensial. Fra 2019 skal bare de hendelsene som faktisk har ført til alvorlig skade eller død meldes.

Pasient og brukerombudet

Et annet system for å melde feil er klager til *Pasient og brukerombudet*. Her er det pasienten selv som melder. Pasient og brukerombudet håndterte i 2018 rundt 15.000 henvendelser, hvorav 47% dreide seg om spesialisthelsetjenesten (HOD, 2019). Over halvparten av disse dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten, som feil eller lite omsorgsfull behandling, direkte pasientskader og dårlig kommunikasjon. Rundt en tredjedel dreide seg om manglende oppfylte rettigheter, mens resten omhandlet organisering, rot i rutiner, dårlig saksbehandling eller lang saksbehandlingstid. Pasienten kan også søke om erstatning etter feilbehandling til *Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)*. Medholdsprosenten er ca. 25% i saker fra det offentlige helsevesenet og 45% i det private. I det offentlige er det oftest ortopediske inngrep det søkes erstatning for, etterfulgt av kreftbehandling.

Avvikssystem

Internt i sykehusene er man pålagt å ha en eller annen form for kvalitets- og avvikshåndteringssystem. Slike systemer baserer seg på antakelsen om at man kan lære noe av uønskede hendelser og «nesten-hendelser». Målet er å analysere uheldige episoder og påvise svakheter i systemet som kan rettes opp før de store feilene skjer. Som ansatt oppfordres man til å melde uønskede hendelser i avvikssystemet, men en nylig gjennomgang i tre helseregioner viste at kun 1/3 av medholdssakene i NPE var meldt i det interne avvikssystemet (HOD, 2019). Det er store forskjeller i meldekultur mellom ulike helseforetak og fagområder. Dette gjelder ikke bare i Norge. Også i utlandet er det godt dokumentert at det er uttalt underreportering av uønskede hendelser, særlig blant leger (Sujan, 2015). Årsakene til dette er flere, og overraskende like mellom ulike land. Helsearbeiderne oppgir blant annet at de mangler kunnskap om hvordan avvikssystemet fungerer og hvordan man melder, at de sjelden får feedback på meldingene og at de opplever at det å melde ikke fører til verken

læring eller endring. Frykt for represalier, tidsnød og tilgang til datamaskiner er også hyppig nevnt. Dette påvirker hva som faktisk blir meldt i avvikssystemet, og flere forskere har stilt spørsmål ved om avvikssystem virkelig er et egnet verktøy for læring og bedret pasientsikkerhet (Braithwaite et al., 2010).

2.4 Global trigger tool (GTT)

Global trigger tool (GTT) er et relativt nytt system som flere sykehus har tatt i bruk de siste årene. Det innebærer en aktiv leiting etter pasientskader i form av stikkprøver i elektronisk pasientjournal. Et team av opplært personell leter da igjennom tilfeldig utvalgte journaler etter stikkord som kan tyde på en pasientskade – for eksempel «infeksjon», «blødning» eller «delir».

2.5 Påregnelig komplikasjon eller feilbehandling?

Et siste poeng er distinksjonen mellom en påregnelig komplikasjon av et inngrep eller behandling og en uønsket hendelse som resultat av uforsvarlig håndtering eller direkte feilbehandling. Denne forskjellen er et gjentakende tema i erstatningssaker, og kan være vanskelig å forholde seg til for den som er rammet. All medisinsk behandling medfører en viss risiko for uønskede hendelser, og selv om sannsynligheten for at komplikasjoner skal oppstå er liten, vil det til syvende og sist dukke opp noen tilfeller bare man behandler mange nok pasienter. Dette er altså komplikasjoner som vil kunne oppstå uansett hvor god kvalitet det er på tjenesten og utløser dermed ikke nødvendigvis behov for endring av rutiner. De vil heller ikke utløse noen rettigheter til erstatning eller kompensasjon, siden det egentlig ikke har foregått en feilbehandling. Det omtales likevel ofte som en *pasientskade*, og kan være et aktuelt tema for kvalitetsforbedring, ettersom målet er å påføre pasienten minst mulig skade.

3 Teori

3.1 Organisatorisk læring

Jeg ønsker altså å studere om helseforetak lærer av feil, og det er da naturlig å se på hva man vet om hvordan organisasjoner generelt lærer. Begrepet «lærende organisasjoner» ble først introdusert av Cyert og March i 1963 (Filstad, 2016). De mente at organisasjoner har en «organisatorisk hukommelse» og lærer ved å oppleve avbrytelser og problemer. Grunnlaget for læring ligger i reaksjonen på disse problemene, ved at man finner nye løsninger som standardiseres og operasjonaliseres. På denne måten er det selve organisasjonen som lærer, og ikke bare individene i den. Dette skiller begrepet «lærende organisasjoner» fra «læring i organisasjoner», som omhandler hvordan individene lærer. Denne distinksjonen er viktig for å forstå de ulike teoriene innen organisasjonslæring.

Læring kan defineres som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer adferd på grunn av denne kunnskapen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Læring består altså av to deler: *kunnskap*, som handler om å vite hvorfor noe fungerer som det gjør eller hvorfor noe skjer, og *ferdigheter*, som handler om å ha evnen til å bruke denne kunnskapen for å få noe til å fungere eller skje. Et viktig aspekt ved organisasjonslæring er derfor om man evner å sette ny kunnskap om til ny praksis. Et annet aspekt er evnen til å gå fra individuell læring til kollektiv læring og kollektivt endret praksis. En svakhet ved litteraturen om organisasjonslæring er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) at teoriene om læring tar utgangspunkt i den psykologiske kunnskapen om hvordan individer lærer, og i for liten grad tar innover seg den sosiale konteksten og forutsetningene organisasjonen utgjør. Jeg vil i de følgende avsnittene presentere noen av de viktigste teoriene for læring på individnivå og på organisasjonsnivå.

Læring på individnivå

Behaviourismen er en hovedretning innen læringspsykologi som legger vekt på at kunnskap er objektiv og empirisk erfart (Dysthe, 1996). Læring foregår ved stimulus-respons øvelser, og kunnskap bygges opp stein for stein ved at oppgavene får stadig økende vanskegrad.

Motivasjonen for læring er i stor grad basert på ytre faktorer. Man kan derfor bruke positiv og negativ forsterking for å fremme eller hemme visse typer adferd. Dette kalles *betinging*.

Klassisk betinging innebærer at en viss type stimuli fra omgivelsene medfører en viss type

respons fra individet. Denne responsen er gjerne tillært etter tidligere erfaringer, hvor individet har opplevd det samme stimuli som positivt eller negativt. *Operant betinging* innebærer at vi har erfart at en viss type adferd har gitt oss en viss type belønning, og at vi derfor gjentar denne adferden.

Behaviorismen ble etter hvert kritisert for å være for «maskinell» og formelmessig. Det var også problematisk at man i stor grad brukte resultater fra dyreforsøk til å forklare læring og adferd hos mennesker. På 70-tallet vokste *kognitiv læringsteori* fram, som i større grad er basert på hvordan man tenker seg at den menneskelige hjernen tilegner seg ny kunnskap. Mennesket har en *selektert* oppmerksomhet og hukommelse. Vi bombarderes av informasjon hele tiden, og hjernen har derfor utviklet «filter» som selekterer den informasjonen som synes mest interessant eller viktig. Dette filteret påvirkes av vår oppmerksomhet, motivasjon og situasjonen vi befinner oss i når vi lærer. I tillegg vil vår kunnskap og adferd organiseres i *mentale modeller* eller *kognitive kart* som forteller oss hvordan verden henger sammen. Vi selekterer dermed ofte den informasjonen som passer inn i allerede eksisterende mentale modeller (assimilasjon), og overser den som ikke passer inn. Helt ny kunnskap medfører dermed ofte at vi må modifisere eller avlære gamle mentale modeller og konstruere nye (akkomodasjon). Dette kan være både vanskelig og opprivende. I den kognitive læringsteorien er det hvert enkelt individs evner, tanker og refleksjoner som danner grunnlaget for læringen, og den drives av indre motivasjon. Utvikling av kunnskap foregår i stadier, og kan ses i sammenheng med utvikling av individet. I kognitiv læringsteori er aktiv deltakelse mer verdsatt enn passiv innlæring, og det sosiale miljøet anses som viktig i den grad det støtter opp under den enkeltes læring.

Det kognitive synet på læring har blitt kritisert for å være for individfokusert, og at det ikke tar høyde for den sosiale konteksten læringen foregår i. I nyere tid har det derfor vokst fram et mer *sosiokulturelt* perspektiv på læring, der kunnskap blir konstruert gjennom aktivitet i praktiske og kulturelle fellesskap (Dysthe, 1996). Denne retningen legger vekt på kollektive læreprosesser, interaksjon mellom individer og deling av kunnskap i grupper. Motivasjonen dannes gjennom å legge til rette for gode læringsmiljø og et ønske om å lære det som anses som viktig i fellesskapet. Dette handler altså i stor grad om kultur. Læring er en sosial relasjon, og det å legge til rette for felles møtesteder og gode relasjoner mellom individer i organisasjonen fremmer kunnskapsutviklingen. I denne sammenhengen er også språk viktig –

det språket man bruker i organisasjonen vil påvirke og forme livet og kulturen i organisasjonen.

Det sosiokulturelle synet på læring gir et godt rammeverk for hvordan man kan forstå læring i organisasjoner. Alle som har startet som nyansatt i en organisasjon har opplevd de ulike fasene man gjennomgår når man sosialiseres inn på en ny arbeidsplass. Man skal selvsagt lære seg nye arbeidsoppgaver, rutiner og organisasjonens infrastruktur, men også organisasjonens stammespråk, uuttalte koder og generelle «know-how». Man skal finne sin rolle og sin plass i organisasjonen. I denne rolle-læringen søker man seg gjerne mot personer man kan få råd av og identifisere seg med. Slike «mentorer» kan både være en del av en formell opplæring i organisasjonen, eller en uformell læring som foregår ad hoc når man støter på utfordringer underveis i arbeidet som man ikke klarer å håndtere. Da må man be om hjelp, og det oppstår en uformell læresituasjon. Vi kan også lære av å observere andre eller høre om det andre har erfart eller gjort, uten å erfare det selv. Vi kopierer gjerne de vi stoler på og har tillit til. Dette kan kalles sosial læring eller modell-læring.

Individer i organisasjoner som jobber med samme oppgaver danner såkalte *praksisfellesskap* (community of practice) (Wenger, 1998), som har sine egne teorier, verdier og måter å forstå omverden på. Disse fellesskapene gjenspeiler at felles praksis skaper en gjensidig avhengighet mellom ansatte, som er sterkere enn for eksempel felles verdier eller visjoner. Slike praksisfellesskap er svært viktige for den nyansattes utvikling av identitet og kompetanse, særlig innenfor profesjoner som for eksempel i helsevesenet med leger og sykepleiere. Praksisfellesskapene kan eksistere på tvers av formelle organisasjonsstrukturer og de utvikler gjerne sitt eget språk og subkultur. De er i stor grad selvorganiserende og fungerer uavhengig av organisasjonen. Dette er altså viktige arenaer for læring, men de kan også hemme læring ved at de hindrer fri flyt av informasjon og kunnskap mellom ulike praksisfellesskap. Faktisk kan det være lettere å spre kunnskap på tvers av praksisfellesskap mellom organisasjoner, altså mellom individer som jobber med det samme i ulike organisasjoner, enn å spre kunnskap på tvers av ulike praksisfellesskap innad i en organisasjon. Man kan altså tenke seg at praksisfellesskap i en organisasjon står i motsetning til målet om en felles organisasjonslæring. Wenger (1998) mener likevel at forsøk på å bryte profesjonsnormene faktisk er til hinder for læring, fordi behovet for å fastholde en identitet er så viktig for profesjonsmedlemmene at det er overordnet læring.

Læring på kollektivt nivå

Organisatorisk læring forutsetter at flere individer i organisasjonen lærer og at organisasjonen handler som en enhet på grunn av den nye kunnskapen som er tilegnet. På mange måter kan man si at den organisatoriske kunnskapen skal omfatte et større hele enn summen av hvert enkelt individs kunnskap. Hver enkelt ansatt innehar både *taus* og *eksplisitt kunnskap* (Nonaka og Takeuchi, 1995). Taus kunnskap er den kunnskapen du ikke er klar over at du har, som kan være vanskelig å sette ord på eller formidle til andre. Dette er gjerne kunnskap man har utviklet over tid gjennom egne erfaringer. Man ser kanskje ikke på dette som kunnskap, men bare «noe man gjør». Eksplisitt kunnskap er forhold man kan sette ord på, som blir diskutert og tematisert i organisasjonen. En stor utfordring i organisasjonslæring er å avdekke og artikulere den tause kunnskapen. Nonaka og Takeuchi (1995) har foreslått fire former for overføring av kunnskap i organisasjoner:

1. Sosialisering: Fra taus kunnskap til taus kunnskap. Kollegaer observerer hverandre og lærer av andres adferd og erfaringer.
2. Eksternalisering: Fra taus til eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap blir skrevet ned eller formidlet til andre.
3. Kombinering: Fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap. Man setter sammen flere former for eksplisitt kunnskap fra ulike kilder som allerede er åpne og tilgjengelige.
4. Internalisering: Fra eksplisitt til taus kunnskap. Eksplisitt kunnskap tas i bruk av flere i organisasjonen som gjør det om til taus kunnskap. Ofte skjer det da en syntese med allerede eksisterende taus kunnskap som utvikler og tilpasser den nye tause kunnskapen.

Ved å sørge for eksternalisering av taus kunnskap og internalisering av eksplisitt kunnskap, skaper man en læringsspiral der taus og eksplisitt kunnskap forsterker hverandre. For å få til dette trenger man for det første *møteplasser*, slik at man får muligheten til å eksternalisere den tause kunnskapen og observere andre i arbeid. For det andre krever det åpenhet for å dele erfaringer. Et typisk trekk ved organisasjoner som ser ut til å klare å eksternalisere og spre taus kunnskap er for eksempel at det finnes overlappende møteplasser hvor individer fra ulike fagområder og på ulike hierarkiske nivåer møtes. Andre typiske trekk er at man har formelle mentorordninger, desentraliserte maktstrukturer, en kultur preget av omtanke og tillit, og at ny kunnskap blir gjort tilgjengelig for de ansatte ved hjelp av systematisk trening og opplæring.

Peter Senges fem disipliner for organisasjonslæring:

Peter Senge er en av nestorene innen organisasjonslæring. I hans bok «The fifth Discipline» (Senge, 1990) påpeker Senge at det å være en lærende organisasjon er noe mer enn å stadig tilegne seg ny kunnskap. Alle organisasjoner har masse kunnskap, og de skaper også ny kunnskap gjennom sin aktivitet. Utfordringen er å ta vare på denne kunnskapen på rett måte, slik at man kan bruke den til å utvikle seg og bli en bedre organisasjon. Senge peker på fem områder som alle organisasjoner bør jobbe med for å kunne kalle seg en lærende organisasjon. Han kaller dette for de fem disipliner for læring. Senges fem disipliner består av: personlig mestring, mentale modeller, felles visjoner, mentale modeller, gruppelæring og systemtenkning.

Personlig mestring (personal mastery): Å øke den enkeltes kunnskaper er selvsagt, men kompetanse handler også om å ha selvinnsett, være selvbevisst og å forstå hvordan egen adferd, meninger og overbevisninger har betydning for og påvirker andre. Organisasjonens evne til å lære og vokse er ikke større enn evnen til hver enkelt ansatt. Å ha fokus på vekst, kreativitet og trivsel hos den enkelte vil skape energi og entusiasme som er en viktig drivkraft for at organisasjonen som helhet skal lære. Personlig mestring handler om å få fram det beste i folk, og å dyrke fram en gjensidig forpliktende relasjon.

Mentale modeller: Som tidligere nevnt har alle mennesker sine mentale modeller som er dypt rotfestet i oss og som påvirker hvordan vi tenker, hva vi tror på og hvordan vi oppfører oss. Ofte er disse modellene ubevisste og vi er ikke klar over hvor mye vi påvirkes av dem. For å skape grobunn for endring og fellesskap er det viktig å få disse modellene fram i lyset slik at man kan klargjøre antakelser, misforståelser og eventuelt motstand mot endring. Dette forutsetter at det lages møteplasser for samtaler der individer føler seg trygge og er villige til å være åpne og blottstille seg og tankene sine. På samme måte må man også klare å møte andres mentale modeller med et åpent sinn.

Felles visjoner: Å ha en felles visjon eller et felles mål som alle i organisasjonen jobber mot, på alle nivåer, vil kunne hjelpe til at alle drar i samme retning. Hva er det vi ønsker å skape sammen? Når den personlige visjonen faller sammen med organisasjonens visjon, genererer den kraft. Felles visjoner vil skape en felles forståelse for prioriteringer og beslutninger. Senge snakker ikke her om «visjoner» av den sorten som har bredt om seg både i private og offentlige organisasjoner de siste årene, der visjonen består av et tomt slagord, ofte utviklet av

innleide «eksperter», som i større eller mindre grad gjenspeiler bedriftens vedtatte «kjerneverdier». Denne formen for visjoner kan tvert imot være kontraproduktive, sier Senge, fordi de er diktert ovenfra og ned og ikke gjenspeiler de ansattes faktiske motivasjoner eller ønsker for arbeidet. Senge mener man må legge til rette for å utvikle en «nedenfra-og-opp» visjon, der man evner å oversette individuelle visjoner til en felles visjon. Ledelsen spiller en sentral rolle i det å skape felles visjoner.

Gruppelæring: Å lære i grupper bygger fellesskap og lager synergieffekter som gir større læringseffekt i organisasjonen enn man får ved ren individuell læring. Det å dele erfaringer, innsikter og refleksjoner mellom flere ansatte kan skape felles enighet om og forståelse for løsninger som også legger til rette for å endre adferd. Senge sier at det er grupper, og ikke individer, som er den grunnleggende læringsenheten i moderne organisasjoner. Hvis ikke grupper lærer, kan heller ikke organisasjonen lære. Gruppelæring bygger på balansen mellom dialog og diskusjon. I dialog legger man tidligere overbevisninger og egne synspunkter til side og utforsker vanskelige og komplekse tema på en fri og kreativ måte. I diskusjon kommer hver og en sine synspunkter fram og forsvares. I vår vestlige, moderne verden er vi godt vant med diskusjoner, men ikke så mye med dialoger. I en gruppe vil hvert enkelt individs behov for selvforsvar i større eller mindre grad kunne hemme felles læring. I gruppelæring er det derfor vesentlig at man lærer å gjenkjenne uheldige interaksjonsmønstre som kan være til hinder for læring. Det krever tillit og åpenhet i gruppa for at medlemmene skal tørre å legge dette selvforsvaret til side. En gruppe som mestrer balansen mellom dialog og diskusjon, har et godt grunnlag for å lære i fellesskap.

Systemtenkning: Lærende organisasjoner evner å se *systemet* på alle nivå av organisasjonen. Lederne i disse organisasjonene har en bevisst læringsstrategi for hele organisasjonen, som ikke bare sørger for at hvert enkelt individ i organisasjonen lærer, men at denne kunnskapen bidrar til å ivareta og fremme de overordnede helhetsinteressene til organisasjonen. Forutsetningen er at de ansatte tenker på en spesiell måte som Senge kaller *systemtenkning*, og det er denne tankegangen som gjør helheten større enn summen av delene. Hver enkelt ansatt må se sin egen situasjon og den komplekse helheten den inngår i, og de må tilpasse eget arbeid og læring inn i de andre aktivitetene i organisasjonen. Senge kaller denne formen for kollektiv tenking «den femte disiplin», og dette er langt på vei et kulturelt aspekt ved organisasjonen.

3.2 Offentlige institusjoner og åpenhet

Som vi har sett ovenfor, blir *åpenhet* satt som en forutsetning for flere av teoriene om organisasjonslæring. Senges tanker om gruppelæring, arbeid med mentale modeller og Nonakas eksternalisering av taus kunnskap, vil ikke være mulig uten at det eksisterer en åpenhet i organisasjonen der man evner å stå opp og snakke om viktige tema for læring. Generelt sett kan man si at kravet om åpenhet har vært en tydelig trend i organisasjonsteorien på 2000-tallet (Wæraas, Byrkjeflot & Angell, 2011). En moderne organisasjon må være åpen og transparent. Åpenhet skaper tillit, og har en symbolsk verdi i seg selv. I privat sektor har åpenhet vært en viktig del av *omdømmeoppskriften* som skal sikre organisasjonene et best mulig omdømme (Fombrun & Van Riel, 2003). Denne «oppskriften» baserer seg på studier av hva som kjennetegner organisasjoner og bedrifter med et godt omdømme og hvilke verdier man bør fokusere på om man ønsker å bygge eller forbedre sitt eget omdømme.

Omdømmeoppskriften ble i utgangspunktet laget for privat sektor, men etter hvert spredte disse idèene seg også til offentlig sektor, og man begynte å bruke de samme modellene også her. Denne overføringen av idèer og begreper fra det private til det offentlige har vært en tydelig trend de siste 40 årene. Man kan si at vi har fått en profesjonalisering og formalisering av hva en organisasjon skal være som også offentlige organisasjoner strekker seg etter. Innføringen av New Public Management i sykehusene på 90-tallet er et eksempel på dette, som også resulterte i vår norske foretaksmodell. På noen områder har denne overføringen fungert fint, men andre ganger bryter «oppskriften» med de grunnleggende verdiene og oppgavene offentlige organisasjoner har. Konkurransen og differensiering er for eksempel ikke nødvendigvis begreper som gir mening i det offentlige slik som i det private. Offentlige organisasjoner er grunnlagt på verdier som demokrati, deltagelse, medbestemmelse, nøytralitet, forutsigbarhet og fellesskapets beste. De har et samfunnsoppdrag og de skal ta seg av oppgaver som det private ikke er i stand til eller egnet til å løse. Målkomplesiteten er høy. Noen offentlige organisasjoner har til og med myndighet til å sanksjonere individer. De kan ha monopol på sin virksomhet og de kan være bundet av en omfattende taushetsplikt. Dette betyr at *tillit* og *legitimitet* kan være en riktigere målestokk for suksess enn omdømme. Det betyr også at full åpenhet kan være problematisk eller til og med umulig å oppnå.

Det offentlige forvalter fellesskapets ressurser, og plikter dermed å være åpen om hvordan disse ressursene blir forvaltet. Samtidig har offentlige organisasjoner et ansvar for å verne den

enkelte borger og privatlivets fred. Sykehusene er pålagt taushetsplikt, og dersom de bryter denne vil de miste tillit. Det er også slik at det å få informasjon ikke er det samme som å forstå den. Mange norske pasienter har nå fått tilgang til sin egen journal på internett via helsenorge.no. Dette har ført til mange henvendelser til sykehusene med spørsmål om hva som står i journalen, og hvorfor det står der. Dersom det foreligger et kunnskapsgap mellom de som lager informasjonen og de som skal lese den, kan det medføre misforståelser og mistillit, heller enn økt forståelse og tillit. Åpenheten har altså sine begrensninger i en offentlig institusjon.

Offentlige institusjoner skal både opptre som formelle organisasjoner med åpenhet som et bærende prinsipp, og samtidig begrense denne åpenheten for ikke å bryte sin samfunnskontrakt med den enkelte borger og offentligheten. Disse motstridende idealene kan ha betydning for hvordan organisasjonene håndterer ny kunnskap og lærer av feil.

3.3 Ny-institusjonell teori – prat og praksis

Moderne organisasjoner befinner seg i en verden der internasjonalisering av markeder, stadig sterkere konkurranse og en rivende teknologisk utvikling gjør at kravene til omstillingsevne og innovasjon er skyhøye. Samtidig har organisasjoner de siste tiårene blitt stadig mer avhengig av omgivelsenes aksept og tillit for å overleve. I utgangspunktet er hovedmålsettingen for en bedrift alltid å produsere mest mulig effektivt og sørge for god økonomisk avkastning. Likevel er tiden da industrier kunne konsentrere seg fullt og helt om dette målet uten tanke på miljø, etikk og samtidens normer over – hvis den noen gang eksisterte. Studiet av interaksjonen mellom organisasjoner og deres omgivelser, og hvordan formelle og uformelle regler for adferd påvirker individer og grupper i et slikt perspektiv kalles ny-institusjonalisme (Meyer & Rowan, 1977). Et hovedpoeng i ny-institusjonalismen er at etterlevelse av samfunnets normer og regler danner grunnlaget for organisasjonens *legitimitet* og *tillit* fra omgivelsene. Dette har gjort det nødvendig for organisasjoner å ha en aktiv strategi for å samhandle med og kommunisere med omgivelsene, men også evnen til å omstille seg etter samfunnets skiftende krav.

Dette byr på flere utfordringer. Ofte stilles det mange ulike krav samtidig, som kan være innbyrdes motstridende eller til og med i strid med bedriftens eget formål. I klesbransjen har

for eksempel storaktører som H&M markedsført seg som produsenter av billige moteklær. For å kunne selge klærne billig må de få ned produksjonskostnadene, og store deler av produksjonen er derfor flyttet til lavkostland som Kina og Bangladesh. Samtidig har samfunnets oppmerksomhet rundt barnearbeid og arbeidsforhold i utviklingsland økt, og H&M må derfor kunne dokumentere at fabrikkene de bruker behandler arbeiderne ordentlig og at arbeidsforholdene er akseptable. I tillegg kommer kravene til miljøvern som gjør at de må ha kontroll på produksjonen av tekstiler, farging og transport. Alt dette fordyrer og kompliserer bedriftens produksjon og gjør det grunnleggende målet om å produsere billige moteklær vanskeligere å nå. Samtidig er de helt avhengig av kundenes støtte for å overleve og vokse.

Selv om det er langt større fokus på slik «corporate social responsibility» i våre dager (Brønn, 2019), forventes det fortsatt at bedrifter organiserer sin aktivitet for å levere sine tjenester med hovedfokus på effektivitet. De samme kravene vil også stilles til organisasjoner som ikke produserer varer i tradisjonell forstand, sånn som sykehus, utdanningsinstitusjoner og offentlige etater. I deres tilfelle er det imidlertid vanskelig å måle hvor effektive de egentlig er, blant annet fordi det er uklart hva det egentlig er de produserer. Dermed vil støtten fra omgivelsene i stor grad være knyttet til de verdiene, organisatoriske strukturene og prosessene organisasjonen står for. For et sykehus må for eksempel verdien om menneskeverd og at alle har rett på lik tilgang til helsehjelp reflekteres i organisasjonens aktiviteter. Dermed må strukturen i sykehuset bygges opp etter gjeldende forventninger og lovgiving: helsepersonell må ha nødvendig kompetanse, utstyr og lokaler må ha korrekt sertifisering og utforming, og organisasjonskartet må tilfredsstillende samfunnets forventninger til hvordan en rettferdig, rasjonell og effektiv organisasjon skal se ut. Til sist må også prosessene for produksjonen av helsehjelp tilfredsstillende de aksepterte kravene for god og forsvarlig medisinsk behandling. Uten alle disse betingelsene på plass, vil sykehuset miste omgivelsenes tillit. Dette vil være et alvorlig problem for alle bedrifter, men for et offentlig sykehus som driftes av skattebetalernes penger vil man i tillegg feile i å oppfylle sin samfunnskontrakt.

Meyer og Scott (1983) sier at organisasjoner har både tekniske og institusjonelle omgivelser. De tekniske omgivelsene vil vurdere organisasjonen ut fra de produktene og resultatene organisasjonen leverer, mens de institusjonelle omgivelsene vil vurdere ut fra de strukturene, prosessene og verdiene organisasjoner innehar. Moderne organisasjoner må forholde seg til begge disse i større eller mindre grad. Det oppstår ofte konflikt mellom kravene som stilles fra

de to omgivelsene. De institusjonelle omgivelsene kan stille krav som hemmer effektivitet i den tekniske, produserende delen, eller de tekniske omgivelsene kan kreve effektivitet som ikke lar seg kombinere med de institusjonelle kravene. Når dette skjer, vil organisasjoner ofte utvikle to ulike sett med strukturer og prosesser som kan tilfredsstille hver sine omgivelser (Meyer og Rowan 1977). Den ene er den formelle eller politiske organisasjonen, som tilfredsstillter de institusjonelle kravene. Denne kan lett endres og omstruktureres etter de skriftende trendene, normene og ikke minst lovgivningen i omgivelsene. Denne formelle organisasjonen er i stor grad preget av ritualer, byråkratiske aktiviteter og symboler. Den andre strukturen er den handlende eller produserende delen av organisasjonen, som er konsentrert om den faktiske produksjonen. Denne todelingen presenterer en *dekobling* mellom den formelle og den handlende delen av organisasjonen.

Meyer og Scott nevner følgende elementer som kjennetegner organisasjoner med en slik dekkoblet struktur: Produksjonen foregår utenfor ledernes rekkevidde og utføres gjerne av ansatte med definerte profesjoner. Det er høy grad av profesjonalisme i organisasjonen. Målene for aktiviteten er uklare eller tvetydige, og output måles gjerne i andre kategorier enn det man egentlig ønsker å oppnå. Sykehus skal behandle pasienter, ikke kurere dem. Skoler produserer elever, ikke læring. Data om tekniske prestasjoner er vanskelige å få tak i eller finnes ikke. Nye programmer, prosedyrer og tiltak vedtas, men implementeres ikke, og inspeksjoner og evalueringer har et klart seremonielt preg. Siden organisasjonen ikke formelt kan koordinere sine aktiviteter slik de er vedtatt fordi ulike formelle regler er innbyrdes motstridende og ville kommet i konflikt med hverandre, må de ansatte koordinere og løse sine oppgaver uformelt. Dette krever god evne til å samarbeide på tvers av formelle strukturer. Gode mellommenneskelige evner blir dermed høyt verdsatt.

Dekoblede organisasjoner er likevel ikke anarkier. For å opprettholde de strukturelle elementene kreves det en viss grad av diskresjon, at man unngår eller overser åpenbare problemer og selvmotsigelser og at man «holde fasaden». For at dette skal fungere, må alle involverte parter stole på at alle andre handler ut fra høy kompetanse og i god tro. Inspeksjon, kontroll og evaluering kolliderer med denne antakelsen, og vil kunne underminere moralen og tilliten blant de ansatte.

Den svenske organisasjonsteoretikeren Nils Brunsson (1989) kaller slike dekkoblede organisasjoner for «hyklerske organisasjoner». Brunsson mener ikke dette som noe negativt.

Han påpeker at organisasjoner er langt mindre rasjonelle enn vi tror, og at en viss grad av hykleri kan være nødvendig for å klare både å tilfredsstille kravene som stilles fra omgivelsene, og samtidig opprettholde kontinuitet og forutsigbarhet i den handlende delen av organisasjonen. For å si det litt forenklet må organisasjoner gjøre tre ting for å oppnå legitimitet: de må snakke om hva de skal gjøre, de må beslutte hva de skal gjøre, og de må gjennomføre det de har besluttet. I dekkoblede organisasjoner kan man snakke om en ting, beslutte noe annet og gjennomføre det tredje. Det kan altså være stor avstand mellom prat og praksis i offentlige institusjoner, og ifølge Brunsson kan dette paradoksalt nok være med på å gi organisasjonen økt legitimitet.

3.4 Oppsummering

Jeg har tre fokus for analysen i denne oppgaven:

For det første ønsker jeg å undersøke hva slags syn på læring i organisasjonen som gjenspeiles i Kvalitetsutvalgenes arbeid. Hvordan ser man for seg at læring foregår i helseforetakene, og hva er KUs rolle i dette? For å belyse dette vil jeg se om jeg kan gjenfinne elementer av Nonakas teori om forholdet mellom taus og eksplisitt kunnskap, og Senges teori om de fem disipliner som kjennetegner lærende organisasjoner.

Videre vil jeg bruke Wæraas sine tanker om åpenhet og begrensningene i disse for å studere hvor åpen man er om uønskede hendelser og kvalitet i helseforetakene. Åpenhet er en forutsetning for læring, men åpenhet i offentlige institusjoner har samtidig sine begrensninger. To eksempler på disse begrensningene er hensynet til taushetsplikten og hensynet til omdømmet. Hindrer disse begrensningene muligheten til å lære av feil i helsevesenet?

Til sist vil jeg bruke Meyer og Rowans teorier om dekkoblede organisasjoner og Brunssons teori om organisatorisk hykleri for å analysere om kvalitetsutvalgene fremstår som rituelle eller symbolske organ. Er det avstand mellom prat og praksis i helseforetakene, og kan dette hjelpe oss å forstå hvorfor det i så fall er en avstand mellom det organisasjonen ønsker å oppnå, og det den faktisk gjør? Er dette i så fall til hinder for læring i organisasjonene?

4 Metode

4.1 Valg av metode

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen i denne oppgaven. Dette fordi jeg er interessert i å hente ut de erfaringer og refleksjoner de ulike aktørene i organisasjonen har gjort seg ved å jobbe med disse temaene. Et vesentlig spørsmål er hvor langt det er fra prat til praksis i helseforetakenes arbeid med avvik og kvalitetsforbedring. Sier de noe og gjør noe annet? Har det de gjør noen effekt? Med andre ord, foreligger det en dekopling mellom organisasjonens formelle strukturer, i form av kvalitetsutvalget, og den produserende delen av organisasjonen, i form av helsepersonellet?

Jeg kunne ha forsøkt å finne ut hvordan helseforetakene faktisk legger til rette for læring i praksis, og prøvd å måle om tiltakene oppnår de resultatene man ønsker. Dette vil imidlertid kreve langt mer ressurser og mye større tilgang til informasjon om organisasjonenes aktiviteter enn jeg har tilgjengelig i denne masteroppgaven. Det ville også være vanskelig å finne de rette målene for effekt. Jeg vil derfor heller undersøke de erfaringene kvalitetsutvalgene har med dette og hvor de opplever utfordringer.

Jeg har valgt en todelt metode der jeg først undersøkte hjemmesidene til et utvalg helseforetak, og deretter intervjuet medlemmer av noen av de samme foretakenes kvalitetsutvalg. På denne måten håper jeg å finne ut noe om hvordan helseforetakene fremstiller disse fenomenene når de presenterer seg selv utad, og hvordan de tenker og snakker om det same innad.

Kvalitativ metode er egnet til å få fram livsnære refleksjoner og tolke disse i en kontekst (Harboe, 2006). Det er en fleksibel forskningsmetode, som tillater at datatilfanget utvikles og endres underveis ettersom forskeren får større forståelse for feltet som undersøkes. Fokuset er på nyanser og dybde i stedet for mengde og standardiserte enheter, som ofte kjennetegner kvantitativ metode. Målet er ikke nødvendigvis å finne noe representativt som kan generaliseres til større populasjoner, men å utforske et avgrenset empirisk felt i dybden for å lære noe om det.

De to teoriene jeg har valgt for organisasjonslæring baserer seg i stor grad på empiriske studier av s kalt  «vellykkede» bedrifter, det vil si private (industri)bedrifter som ser ut til å lykkes med læring. Det betyr at de representerer en assosiasjon mellom visse organisasjonsmodeller og aktiviteter i en organisasjon, og det å lære. Vi kan imidlertid ikke si sikkert at det å innføre disse modellene og tiltakene i en hvilken som helst organisasjon, vil gjøre den til en lærende organisasjon. Dette er et viktig forbehold å ta med seg i den videre lesingen.

4.2 Datainnsamling

Del 1: Hjemmesidene

Jeg gjorde høsten 2020 en gjennomgang av hjemmesidene til de fem helseforetakene jeg inviterte til å delta i intervjuene. I tillegg inkluderte jeg en av de to helseregionene disse helseforetakene befant seg i. Dette siste gjorde jeg fordi helseregionene eier helseforetakene og det vil være interessant å se hvordan eller om dette eierskapet gjenspeiler seg i hvilke temaer de fokuserer på sine nettsider. Jeg lette etter informasjon om følgende tema:

- Generell informasjon om kvalitetssystem/avvikssystem
- Informasjon om GTT eller andre kvalitetsoverv kingssystem
- Informasjon om saker fra meldeordninga (§3.3)
- Informasjon om NPE-saker eller pasientombudet
- Strukturindikatorer
- Prosessindikatorer
- Resultatindikatorer
- Publiserte rutiner eller prosedyrer

Jeg vurderte om det i det hele tatt fantes informasjon om disse temaene, og i så fall hvor og hvilken form denne informasjonen ble presentert i. Tanken var at det man publiserer på hjemmesidene både sier noe om hvor åpen man er, og hva slags forståelse man har av hva det betyr å være  pen.

Del 2: Intervju med medlemmer i helseforetakenes kvalitetsutvalg

Jeg sendte ut invitasjoner til alle medlemmer i kvalitetsutvalgene i fem ulike helseforetak i to ulike helseregioner. Jeg valgte med hensikt to ulike helseregioner og helseforetak av ulik størrelse, for om mulig å få fram eventuelle variasjoner mellom regioner og størrelse på organisasjonene. Kan det være sånn at små helseforetak har bedre betingelser for læring fordi det er kortere avstander mellom folk og færre individer å forholde seg til i organisasjonen? Eller kan store helseforetak ha bedre forutsetninger ved at de har større ressurser og økt fokus på formelle rutiner? For å få kontaktinformasjon til de ulike kvalitetsutvalgene var jeg avhengig av å få en kontaktperson i det enkelte foretaket som kunne sette meg i forbindelse med de riktige personene. Dette var ikke alltid like enkelt, og det var derfor litt tilfeldig hvilke foretak jeg endte opp med i det endelige utvalget.

I ett av foretakene var det ingen av medlemmene som responderte. Jeg gjennomførte derfor totalt 15 intervjuer med medlemmer av kvalitetsutvalget i fire ulike helseforetak i to ulike helseregioner. Jeg intervjuet fem personer i den ene regionen og ti personer i den andre, hvorav alle fem i den første helseregionen tilhørte samme helseforetak. Hvert intervju varte i rundt 45 minutter, og foregikk på Skype da medlemmene befant seg i ulike deler av landet og det ikke var mulig å treffe alle personlig. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert av meg i etterkant.

Alle deltakerne signerte et informert samtykke og hadde når som helst muligheten til å trekke sitt samtykke. Studien var i forkant godkjent av NSD. Alle personopplysninger ble anonymisert, og verken deltakernes navn eller arbeidssted ble dokumentert. Siden deltakerne ble bedt om å komme med personlige vurderinger av sitt arbeidssteds håndtering av lovpålagte, sensitive problemstillinger, var det viktig å overholde deres anonymitet. Jeg vil derfor utelate eller tildekke enhver opplysning som kan identifisere hvem som deltok i intervjuene. Av samme grunn vil jeg ikke oppgi hvilke helseforetak eller helseregioner som deltok, og dekke over geografisk lokalisasjon. Alle informantene vil bli omtalt som «hen» for å dekke over kjønn.

Informantene hadde ulike roller i helseforetakene, og var i stor grad valgt inn i kvalitetsutvalgene på grunn av disse rollene. Tre av informantene var medlem i kvalitetsutvalget fordi de var klinikksjef. Sju var ansatt som leder eller rådgiver i en kvalitetsavdeling eller som fagsjef i foretaket. Andre igjen var valgt inn som pasientombud,

verneombud, tillitsvalgt eller ansattrepresentant. 12 av de 15 informantene hadde helsefaglig bakgrunn.

Intervjuene var semistrukturerte i den forstand at det forelå en intervjuguide som utgangspunkt for samtalen. Likevel fikk deltakerne stor frihet til selv å ta opp de temaene de mente var vesentlige. Samtalen tok derfor ulike retninger hver gang og kan sies å være eksplorative. Den originale intervjuguiden ligger som vedlegg til oppgaven. Spørsmålene endret seg noe underveis, etter hvert som jeg selv fikk større forståelse for problemstillingen og nye temaer dukket opp som ble interessante å utforske. Dette er en del av den kvalitative metoden. Deltakerne ble blant annet spurt om hvordan kvalitetsutvalgets oppgaver var organisert i deres helseforetak, om kvalitetsutvalgets rolle i å legge til rette for læring i organisasjonen, hva de så på som hemmere og fremmere for læring i organisasjonen og om de mente at deres helseforetak er åpne om kvalitet. Et sentralt tema var om de opplevde at kvalitetsutvalget hadde noen reell betydning for håndteringen av avvik og kvalitetsforbedring i sin organisasjon, det vil si om kvalitetsutvalget kun fungerte som et symbolsk organ, eller hadde det en reell funksjon for at organisasjonen skal lære.

4.3 Studiens troverdighet

I kvalitativ forskning vurderes troverdighet ut fra om forskeren har frambragt resultater som er gyldige, pålitelige og overførbare. I dette avsnittet vil jeg vurdere disse tre elementene i oppgaven.

Oppgavens gyldighet handler om man har klart å undersøke det man ønsket å undersøke (Thagaard, 2013). Representerer det jeg kommer fram til, den virkeligheten jeg forsøker å beskrive? Har jeg forstått informantene korrekt? I det kvalitative intervjuet står man i en unik posisjon til å undersøke det siste, da man har muligheten til å spørre opp igjen for å være sikker på at man har forstått meningen rett. Jeg har i denne oppgaven forsøkt å redegjøre åpent for hvordan datainnsamlingen foregikk, det teoretiske rammeverket og hvordan dette er brukt til å analysere funnene på en slik måte at gyldigheten er sikret. Når kontekst, intensjon og perspektiv er tydeliggjort på denne måten kan leseren selv evaluere gyldigheten.

Pålitelighet relaterer seg til konsistens og nøyaktighet. En del av dette sikres gjennom en grundig redegjørelse for hvordan datamaterialet ble samlet inn, som i det foregående kapitlet. I tillegg har det betydning at man har vært grundig og redelig i håndteringen av disse dataene. Lydkvaliteten på skype-samtalene var overraskende god, og det var ingen problemer å forstå hva som ble sagt på lydopptakene i etterkant. Innsamlingen av data fra hjemmesidene ble gjort i et avgrenset tidsrom høsten 2020. Denne typen informasjon kan endre seg over tid, og det var derfor et poeng å se igjennom alt på en gang, før jeg startet intervjuene. Noen av informantene har delvis ansvar for materialet på hjemmesidene og jeg ønsket derfor ikke å påvirke deres syn på hva som bør publiseres på hjemmesiden før jeg undersøkte det som lå der.

Forskningens overførbarhet er knyttet til i hvilken grad funnene og analysene i dette prosjektet kan overføres til andre organisasjoner og andre sammenhenger. Denne studien var ikke designet for å være «representativ». Antall og utvalg av helseforetak som deltok var i stor grad bestemt av kapasitet til å håndtere datamengden og hvilke kontakter jeg hadde tilgjengelig. Jeg mener likevel at resultatene er relevante og overførbare til andre helseforetak. Dette blant annet fordi det viste seg å være stor enighet og likhet innad i utvalget, det vil si at alle foretakene ga uttrykk for mange av de samme synspunktene, uavhengig av størrelse og geografisk plassering. Organiseringen av kvalitetssystem og kvalitetsutvalg er svært lik mellom helseforetak i Norge, og mange av de samme erfaringene vil derfor være relevante og gyldige også for sykehus som ikke deltok i denne studien. Betraktningene rundt det organisasjonsteoretiske og dekoblingen mellom administrasjon og den produserende delen av organisasjonen er dessuten relevant for bransjer også utover helsevesenet.

4.4 Ulike modeller for KU

Før selve analysen vil jeg klargjøre noen forskjeller i de ulike kvalitetsutvalgene. Helseforetakene der jeg intervjuet mine informanter hadde organisert sine kvalitetsutvalg på ulike vis. I tre av foretakene hadde utvalget en svært overordnet rolle. Medlemmene i disse utvalgene satt der i kraft av sin posisjon som klinikkleder eller avdelingsleder, og aktiviteten til utvalget var i stor grad å få forelagt statistikk på kvalitetsindikatorer og rapporter fra diverse gjennomganger og noen få enkeltsaker der større feil var gjort. Disse utvalgene hadde ingen aktiv rolle i enkeltsaker. Det fjerde kvalitetsutvalget hadde en mer direkte rolle i

sakshåndteringen av avvik og pasientskadesaker. Dette utvalget var sammensatt av klinikere med variert erfaring og spesialiteter som til sammen kunne forstå og kontrollere at adekvate tiltak var besluttet i de enkelte sakene. Når et avvik var ferdig saksbehandlet i foretaket sitt kvalitetssystem, ble det forelagt kvalitetsutvalget som tok stilling til om det var gjort et godt nok arbeid med oppfølgingen av avviket.

Denne masteroppgaven var ikke designet for å sammenligne disse ulike modellene, og det er nok fordeler og ulemper med dem begge. Fordelene med «saksbehandler»-modellen der kvalitetsutvalget griper direkte inn i avvikshåndteringen, er blant annet at utvalget her kan gi mer konkrete råd til avdelingene om hvordan saker bør følges opp og hvilke tiltak som bør settes i verk. Samtidig kan denne modellen være en ulempe med tanke på deling på tvers av klinikker. Medlemmene i dette utvalget representerer i stor grad seg selv som menig ansatt, og kunnskapen de opparbeider seg gjennom arbeidet i kvalitetsutvalget blir dermed ikke nødvendigvis gjort tilgjengelig for klinikkledelsen. Den overordnede modellen kan dermed være bedre egnet til å spre kunnskapen på tvers og ansvarliggjøre ledelsen i de ulike klinikkene. Samtidig ga flere av informantene i foretakene med den overordnede modellen uttrykk for at de opplevde det som smått forvirrende at sammensetningen av kvalitetsutvalget og direktørens ledergruppe var så lik. Dette medførte ikke sjelden dobbel saksgang, ettersom kvalitetsutvalget ikke har beslutningsmyndighet. Siden modellen med et overordnet KU ser ut til å være mest utbredt i utvalget, vil jeg i det følgende hovedsakelig diskutere effektene av denne modellen.

5 Analyse

5.1 Syn på læring i kvalitetsutvalgene

Mange av informantene uttrykker et syn på læring i organisasjonen der det i stor grad dreier seg om overføring av informasjon. De anser kvalitetsutvalgets rolle som overordnet og med et ansvar for å overvåke nivået på kvaliteten i helseforetaket. Dette gjelder også det kvalitetsutvalget som har en mer direkte rolle i avvikssaker. De understreker at KU ikke har beslutningsmyndighet, men kan legge press på ledere nedover i systemet og anbefale tiltak for å forbedre eventuelle svake områder. En av informantene beskrev KUs overordnede rolle slik:

«Vi sitter jo litt i helikopterperspektiv da så vi kan ofte oppdage trender som den enkelte klinikk ikke ser for de har kanskje bare en hendelse og så ser vi typisk at det er et mønster. Så vi er et viktig verktøy for ledelsen til å hele tiden følge med på hva som skjer av ting rundt i klinikkene (..).»

Dersom noen klinikker eller avdelinger har fått dårlige skår på enkelte kvalitetsindikatorer, kan KU be om tilbakemelding fra klinikken om hvilke tiltak de vil iverksette for å forbedre disse skårene. Dersom KU ikke er fornøyd med disse tiltakene, kan de sende saken tilbake og be om mer konkrete eller utfyllende svar. Det at klinikkjefene selv sitter i utvalget kan være med på å ansvarliggjøre ledelsen i den aktuelle klinikken. Samtidig er informantene klare på at dette systemet har sine begrensninger:

«Nei (..) det er ikke alltid at klinikkene bryr seg så veldig mye. Så det er i varierende grad, men når direktøren er til stede og det terpes på gang på gang så—ja, klinikkjefene vet jo det at de må levere.»

På spørsmål om hva som fremmer læring i organisasjonen, oppga flere personlige og kulturelle fremmere, som engasjement, entusiasme, nysgjerrighet, åpenhet og trygghet. Mange trakk fram ledelse som vesentlig, at det må være en vilje til kvalitet som kommer fra toppen og setter kvalitet på agendaen i alle nivåer av organisasjonen. Det må være en

kombinasjon av «*Faglig engasjement i bunnen og organisatorisk lederskap som gjør fagfolkene i stand til å gå i den retningen de og ledelsen vil*».

Nøyaktig hvordan læringen foregår i organisasjonen er imidlertid mer uklart for informantene. De uttrykker stor usikkerhet om de sakene som diskuteres i KU når ut til det kliniske personellet i organisasjonen, og de har få eller ingen muligheter for feedback. De har liten oversikt over hva som skjer på nivåene under seg i organisasjonen. De må for det meste stole på at lederne sender sakene videre til lederne under seg igjen, og at det til slutt når ut til de som skal lære av det. På denne måten «*sildrer kunnskapen ned i organisasjonen*». Flere peker på «linja» som ansvarlig for at dette skjer, der ledere lenger ned «i linja» må konkretisere læringspunktene og oversette informasjonen til endret praksis. Dette kan fungere på ulike måter i ulike klinikker, og flere av informantene stiller seg tvilende til om alle lederne i foretaket har den kompetansen som skal til for å kunne utføre denne oppgaven. De peker på at ledere som tar del i det faglige i stor grad er borte fra sykehusene, at de «spises opp» av administrativt arbeid og til dels også fysisk er plassert i egne bygg, vekk fra klinikerne.

Dette blir også nevnt som en hemmer for læring av informantene. Videre peker de på mangel på møteplasser og bedre plattformer for å kunne spre informasjon, mangel på åpenhet, ressurser, tidspress og lite tid til refleksjon. En informant pekte på at informasjonsflyten i «linja» i seg selv er et problem. Informasjonen her går gjerne digitalt i form av e-post eller intranett, der hvert ledernivå sender informasjonen videre til de under seg. En sykepleier på sengepost har ikke eget kontor og deler gjerne PC med 4-5 andre pleiere. Disse fellesmaskinene brukes først og fremst til registrering og lesing av pasientjournaler, og ikke til administrativt arbeid. Risikoen for at informasjon sendt via linja ikke når ut til helsearbeiderne er dermed stor.

Individuelle læringsteorier

På mange måter uttrykkes et behaviouristisk syn på læring i intervjuene. Bare de ansatte mottar informasjonen de trenger, vil de kunne lære av den og endre sin praksis. KUs rolle er å sørge for at informasjonen sendes nedover i det organisatoriske hierarkiet slik at den blir tilgjengelig for dem som skal lære av den. Samtidig er man også opptatt av at en

åpenhetskultur der man tør snakke om og melde fra om feil er viktig for å få trygge ansatte som kan lære i et trygt og positivt læringsmiljø. Dette er mer et uttrykk for en kognitiv læringsmodell, hvor et støttende miljø og det å utfordre eksisterende mentale modeller er sentrale elementer. I begge tilfeller spiller KU selv en marginal rolle i selve læringsprosessen. KU skal sørge for at aktuelle læringstema settes på dagsorden i lederlinja og at informasjon sendes videre i systemet. Utover dette synes det ikke som at medlemmene mener det foregår noen læring i KU eller at KU er en del av læringssyklusen. Læring er noe som foregår et annet sted i organisasjonen.

Kollektiv læring – Nonaka og Takeuchi

Som vi husker fra teorikapitlet forutsetter Nonaka og Takeuchis teorier om eksternalisering av taus kunnskap og internalisering av eksplisitt kunnskap at det for det første finnes møteplasser på tvers av hierarkiske nivåer (vertikalt) og fagområder (horisontalt) som sørger for at kommunikasjonen flyter mellom «glavalagene» i organisasjonen. Slike møteplasser ser ut til å mangle og etterlyses av informantene. For det andre forutsetter det en åpenhet for å utveksle erfaringer. Informantene er også opptatt av at åpenhet er en forutsetning for læring. Hvor åpne de faktisk er kommer jeg tilbake til i kapittel 6.2.

Dette at læring foregår et annet sted i organisasjonen, utenfor kvalitetsutvalget, kan ses som et uttrykk for en desentralisert organisasjonsstruktur, der man har overlatt ansvaret for opplæringen av de ansatte til ledernivåene ute på avdelingene, eller til de ansatte selv. Dette vil i så fall være i overensstemmelse med Nonakas kjennetegn på en organisasjon som evner å eksternalisere taus kunnskap. En annen måte å se kvalitetsutvalgenes manglende deltakelse i læringen på er at det er et uttrykk for en dekoblet organisasjonsstruktur, som jeg skal komme tilbake til i kapittel 6.3. De siste elementene Nonaka og Takeuchi oppgir som vesentlig i en lærende organisasjon er mentorordninger, systematisk trening og opplæring av personell. Jeg har ikke undersøkt dette spesifikt i forbindelse med denne studien, men sykehusene har generelt sett flere og til dels omfattende systemer for opplæring og veiledning av de ulike helseprofesjonene som jobber der. Rolf Horne skrev i 2009 en mastergrad om veiledningsordningen for turnusleger i norske sykehus, og hvilke syn på læring denne ordningen er uttrykk for. Han intervjuet både veiledere og turnusleger om deres erfaringer. Han fant blant annet at den uformelle læringen, som foregår i praktisk arbeid sammen med mer erfarne kollegaer, ble ansett som den beste måten å lære på. Modell-læring var det synet

på læring som kom mest tydelig fram i intervjuene, og man la stor vekt på turnuslegens eget ansvar for å lære (Horne, 2009). Dette finner jeg igjen hos mine informanter:

«Det jo sånn at den beste læringa, den skjer ansikt til ansikt i direkte kommunikasjon mellom folk og det skjer igjen i kraft av det arbeidet man gjør.»

Kollektiv læring - Senge

Jeg vil nå undersøke om vi kan finne noen av Senges fem læringsdisipliner i kvalitetsutvalgenes syn på læring.

Personlig mestring:

Med unntak av fokuset på trygge ansatte som tør å melde fra om feil og et godt ytringsklima var det ingen av intervjuobjektene som tok opp de ansattes personlige utvikling og velvære som et tema for å fremme læring. Dette var kanskje heller ikke så naturlig i intervjusettingen – temaet var tross alt et overordnet utvalg i organisasjonen med en klar plassering høyt oppe i organisasjonshierakiet. Flere nevnte individuelle egenskaper som interesse, engasjement og entusiasme som viktige for læring, men ingen nevnte KUs eller organisasjonens eventuelle rolle i å dyrke fram eller legge til rette for denne interessen og engasjementet. Man får også et klart inntrykk av at læring i stor grad anses som en enveis-prosess, der det som skal læres kommer ovenfra og de som skal lære befinner seg lenger ned i organisasjonen. Et par av informantene påpekte at kvalitet må dyrkes fram nedenfra, og tok fram episoder hvor klinikerne ble invitert til møter for å presentere forbedringsprosjekter fra sine avdelinger som spesielt fruktbare. Likevel var idèen om at KU også kan ha noe å lære av de ansatte, utover å melde avvik og produsere kvalitetsresultater, i liten grad fremme i intervjuene.

Mentale modeller:

Å jobbe med mentale modeller betyr å aktivt klargjøre og utfordre sine antagelser og forestillinger om hvordan verden fungerer, slik at man kan korrigere og utvikle dem. På ett vis er dette kjent landskap for personer som jobber innen medisin og helsefeltet. I naturvitenskapen er det å utfordre mentale modeller og hele tiden stille spørsmål ved vedtatte sannheter selve kjernen i vitenskapelig framgang og utvikling. Om dette gjør helsearbeidere bedre rustet til å utfordre mentale modeller for mellommenneskelige, praktiske og organisatoriske forhold, er et annet spørsmål. Det å utfordre mentale modeller krever en åpen og tillitsbasert kultur der de ansatte tør å eksponere seg. Det krever også møteplasser der slike

samtaler kan skje. Som nevnt tidligere var informantene opptatt av at det bør være åpenhet for å tørre å melde og å snakke om feil, og flere påpekte også at det er viktig å gå i dybden for å analysere og forstå problemene. Dette gjør man jo også i praksis, blant annet i de såkalte hendelsesanalysene. Samtidig etterlyser informantene flere møteplasser der denne typen samhandling kan skje.

Felles visjoner:

Ingen nevnte noe om viktigheten av felles visjoner i intervjuene. En deltaker sa riktignok at det å ha et mål og en retning å gå i er en fremmer for læring. I Senges teori er et mål noe annet enn en visjon. Fraværet av visjoner kan godt skyldes at man anser det som innforstått – det er selvsagt at alle ønsker og jobber for god kvalitet og en trygg og sikker helsetjeneste. Siden jeg som intervjuer også er helsearbeider, er det mulig at de inkluderte meg i den samme forutsatte visjonen, og derfor ikke tenkte på å nevne den. På den annen side kan det også være et uttrykk for at man ikke har tradisjon for å tenke at hver enkelt ansatt kan ha personlige visjoner for sitt arbeid, som har betydning for hvordan han eller hun presterer og bidrar i fellesskapet. I helsevesenet er det sterke profesjonsfellesskap som kan sette et tydelig preg på hvilke mål og visjoner nye medarbeidere streber etter, idet de sosialiseres inn i sin nye rolle. Visjonen om å gi pasienten en best mulig behandling er en selvsagt del av dette. Utover dette er nok den enkeltes individuelle mål og visjoner et lite diskutert tema. Dette ble også tematisert i Hornes masterstudie, der tanken om at turnuslegene selv hadde målsetninger eller kompetanse som kunne være til lærdom for sykehuset var helt fraværende (Horne, 2009).

Gruppelæring:

Det var ikke spesielt fokus på gruppelæring i intervjuene. En av informantene hadde riktignok selv jobbet mye med team og mente at det var en mangel i helsevesenet at man ikke satset mer på å bygge gode team. Kvalitetsutvalget selv kan imidlertid forstås som en gruppe der det foregår gruppelæring. Flere påpekte at det var stor grad av åpenhet i utvalget og at det foregikk friske diskusjoner der. Dermed virker som at det foregår læring i kvalitetsutvalget, men flere ga uttrykk for at denne læringen i stor grad er bortkastet ettersom det er de ute i klinikkene som skal lære. Hvor mye dialog som foregår i KU og hvordan gruppedynamikken er, ble ikke spurt om direkte. Det vil sannsynligvis variere mellom de fire foretakene jeg foretok intervjuer i. Et par informanter sa at tonen i utvalget er veldig formell og at det var lite rom på møtene for å ta ordet og gå i dybden på problemstillingene. Hvor mye læring som kom ut av de enkelte sakene blir dermed i stor grad opp til møteleder og hvor «kritisk» deltakerne

velger å være. En ansattrepresentant påpekte at det kan oppleves som utfordrende for en menig ansatt når utvalget i stor grad består av direktører og klinikksjefer. En informant uttalte:

«For meg er det ikke et organ der man kan diskutere åpent, komme med innspill – ikke mye i alle fall. Litt er det rom for. Men ikke mye.»

Dette tyder på en gruppe med dårlig balanse mellom diskusjon og dialog, og kanskje også en maktbalanse som er til hinder for utvikling og læring.

Systemtenkning:

Et vesentlig punkt for Senge når det gjelder systemtenkning er at ledere i en lærende organisasjon må ha en bevisst læringsstrategi for alle nivåer av organisasjonen. Denne tanken er fraværende i kvalitetsutvalget. Man har enkeltvis en del overordnede tanker om hvordan man kan lære i en organisasjon, men i praksis har medlemmene få tanker eller kunnskap om hvordan nivåene under dem i organisasjonen faktisk lærer. Det synes å være et fravær av helhetlig tenking om dette som er påfallende, særlig siden flertallet av intervjuobjektene sitter i KU nettopp fordi de har ledende stillinger i sine organisasjoner. De er klinikksjefer, fagsjefer og kvalitetssjefer som i de fleste tilfeller sorterer direkte under direktøren. Dette tyder først og fremst på at man oppfatter KU sin rolle som mer av et kontrollorgan, og at læringen foregår et annet sted. Når de blir bedt om å peke på hvor det foregår læring, peker de på de laveste nivåene av «linja» og gir samtidig uttrykk for at de selv føler at de er for høyt oppe i denne linja til at de kan bidra. Dette er altså i strid med det Senge setter som en forutsetning for å være en lærende organisasjon, der også lederne høyt oppe i systemet skal se seg som en del av fellesskapet og ha en bevisst læringsstrategi.

Det må legges til at et mindretall av informantene hadde et mer dynamisk syn på læringsprosessen, som var tydelig påvirket av Lean-metodikken. Dette er en metodikk for fremstilling av varer og tjenester som har bredt om seg i helsevesenet de siste 20 årene. Metoden er hentet fra bilindustrien og fokuserer på å eliminere sløsing (waste) i produksjonslinjen samt bedre kundens opplevelse av produktet, og har i helsevesenet inspirert et fokus på praksisnært forbedringsarbeid (Marsilio & Pisarra, 2020). Informantene som hadde erfaring med denne metodikken trakk fram viktigheten at å nå ut direkte til de som skal lære, og sørge for at de virkelig forstår problemstillingen, får et eierforhold til læringsprosessen og kunnskap om hvordan de selv kan bidra til forbedring.

Oppsummering

I denne delen har jeg undersøkt synet på læring hos personer som sitter i små utvalg i store organisasjoner med mange tusen ansatte. Jeg kan derfor ikke ut fra dette si noe sikkert om helseforetakene er lærende organisasjoner eller ikke. Men tatt i betraktning at medlemmene i disse utvalgene i mange tilfeller har fremtredende lederposisjoner i sine respektive organisasjoner, er det viktig å forstå deres syn på læring. Både Senge og Nonaka peker på ledelse som en viktig del av det å skape en lærende organisasjon. Hver enkelt informant i denne studien har uttalt seg som enkeltpersoner og ikke som representanter for det sykehuset de arbeider i, og har naturlig nok til dels ganske ulike syn på læring i organisasjonen. Likevel mener jeg å ha avdekket noen forhold som synes felles. For det første anser alle informantene læring i organisasjonen som svært viktig å få til. For det andre uttrykker alle en viss frustrasjon over at det er utfordrende og at de ikke har oversikt over hvordan læring egentlig foregår i egen organisasjon. De er enige om at åpenhet og tillit er svært viktig, og at ledelsen har en viktig rolle i å legge til rette for læring. Utover dette virker de usikre på KUs rolle i forhold til læring i organisasjonen. Til dels virker de også usikre på sin egen rolle i læring, til tross for den lederstillingen mange av dem har. Dette i seg selv gjør at helseforetakene de jobber i ikke kan kalles lærende organisasjoner i Senges forstand, der en bevisst læringsstrategi på alle nivåer er det bærende punktet. De ligger nærmere Nonakas definisjon av lærende organisasjoner, men det vesentlige punktet her er mangel på møteplasser der læring og utveksling av taus og eksplisitt kunnskap kan foregå. Dette er det også bred enighet om at er en mangel. Informasjonsflyten går gjerne elektronisk i form av e-post langs «linja» i organisasjonen, mens utveksling på tvers av fagområder, klinikker og ikke minst organisasjoner, er en mangel og etterlyses.

Oppsummert kan man si at systemtenkningen hos Senge ser ut til å mangle, da informantene ikke ser seg selv eller kvalitetsutvalget som en del av læringssyklusen. Dette kan tyde på at kvalitetsutvalget i liten grad fungerer som en arena eller fasilitator for læring i organisasjonen, utover å sette ting på dagsorden og spre informasjon. Det er ikke dermed sagt at kvalitetsutvalget ikke bidrar til læring, men man kan tenke seg at det ligger et uutnyttet potensial i kvalitetsutvalget som helseforetakene kunne dratt bedre nytte av.

5.2 Åpenhet

Åpenhet på helseforetakenes hjemmesider

Hvordan en organisasjon velger å presentere seg selv på sine hjemmesider kan si noe om hvilken selvforståelse organisasjonen har eller ønsker å fremheve for omverdenen. Dette gjør hjemmesider til en interessant kilde til informasjon når man studerer organisasjoner. Under ses en tabell av funnene i de fem helseforetakene (HF1-5) og den ene helseregionen (HR) sine hjemmesider med fokus på temaene som er beskrevet i kapittel 3.1:

Tema	HF 1	HF2	HF3	HF4	HF5	HR
<i>Generell info om kvalitets-system</i>	Nei	Nei	Ja, delvis (Avvik og §3-3 hendelser)	Ja, delvis (Kvalitets-utvalg)	Ja	Ja
<i>Avviks-system</i>	Nei	Nei	Ja (Pasient-hendelser i avviks-systemet siste 2 år)	Nei	Ja (Antall hendelser, tema, alvorlighetsgrad)	Nei
<i>GTT eller lignende</i>	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja (Forklaring av systemet og resultater)	Nei
<i>Saker fra meldeordninga (§3.3)</i>	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
<i>NPE-saker eller pasient-ombudet</i>	Ja, info om klage-muligheter	Ja, info om klage-muligheter	Ja, info om klage-muligheter	Ja, info om klage-muligheter	Ja, info om klage-muligheter	Ja, info om klage-muligheter
<i>Struktur-indikatorer</i>	Ja, avdelinger og info om behandling	Ja, avdelinger og info om behandling	Nei	Nei	Ja, avdelinger og info om behandling	Nei
<i>Prosess-indikatorer</i>	Ventetider	Ventetider	Ventetider Epikrisetid Fristbrudd	Forklaring av begreper,	Link til ventetider på helsenorge.no	Nei

				men ingen statistikk		
<i>Resultat-indikatorer</i>	Nei	Nei	Link til nasjonale sider	Link til nasjonale sider	Link til nasjonale sider	Link til nasjonale sider
<i>Publiserte rutiner prosedyrer</i>	Nei	Ja, Men kun om samhandling	Nei	Nei	Nei	Nei

Hjemmesidene til landets helseforetak er svært like. Dette skyldes den felles nettløsningen for spesialisthelsetjenesten som ble etablert som et samarbeidsprosjekt mellom de fire helseregionene og helsedirektoratet i 2014 (<https://www.helsenorgebeta.net/wp-content/uploads/2014/03/Mandat.pdf>). Målet for dette prosjektet var at det skal finnes en felles helseportal for landets innbyggere, hvor de kan finne alt de trenger av helseinformasjon. Dermed har alle landets helseforetak og –regioner samme menystruktur og design på sine hjemmesider. Helseforetakene kan selv fylle sidene med innhold, men også mye av innholdet er laget sentralt og gjenbrukt lokalt. Dette gjør det vanskelig å finne noen særskilt *lokal identitet* på helseforetakene sine hjemmesider. Om noe, så gjenspeiler hjemmesidene kanskje mer hvordan helsedirektoratet ønsker at spesialisthelsetjenesten skal framstå og presenteres. Noen forskjeller er det likevel når man ser nøyer etter.

Det første som slår en når man forsøker å finne informasjon om kvalitetssystem og kvalitetsdata på disse hjemmesidene, er at de er vanskelige å finne. For fire av de fem helseforetakene er informasjonen om kvalitetssystem plassert under overskriften *Fag og Forskning* i menyvalget på hjemmesidens forside. Denne siden er presentert som et område for ansatte og fagfolk – med andre ord, ikke ment for publikum eller folk flest. Siden inneholder en undermeny med valg som leder deg til informasjonen jeg var ute etter. Disse sidene har litt ulike navn i de ulike foretakene, som: «Kvalitet», «Fag og kvalitet», «Kvalitetsregistre» og «Pasientsikkerhet». Generelt vil jeg si at dette er en kronglete vei inn til denne informasjonen, og man skal helst vite hva man leter etter for å finne den.

Ingen av helseforetakene har en generell beskrivelse av hvordan kvalitetsarbeidet i organisasjonen er organisert på systemnivå. Ett foretak har en kort innføring i avvikssystemet

og forklarer meldeordningen til helsetilsynet, mens et annet nevner at det finnes et kvalitetsutvalg og at de har kvalitetskoordinatorer. En helhetlig framstilling av hvordan de ulike delene av kvalitetssystemet fungerer sammen, finnes ikke. De samme to foretakene har også en kort presentasjon av antall avvik i organisasjonen de siste par årene, delt inn i type og alvorlighetsgrad. Kun ett foretak sier noe om GTT-systemet på sine hjemmesider, på tross av at alle landets foretak har innført dette kvalitetsovervåkingssystemet. Flere av foretakene har presentert saker fra meldeordninga på sine nettsider. Dette er de mest alvorlige pasientskadesakene. Disse sakene er presentert som korte resyme av hva som skjedde og resultatet av hendelsen. Det står også hvilke tiltak sykehuset har gjort for å hindre at det skjer igjen.

Alle foretakene og helseregionen har informasjon på sine hjemmesider om hvordan du skal gå fram hvis du ønsker å klage på behandlingen du har fått til pasientombudet. Noen har også informasjon om Norsk pasientskadeerstatning. Likevel har ingen publisert noen form for informasjon eller oversikt over antall saker meldt inn til pasientombudet/NPE ved deres foretak, eller resultater av saksbehandling i disse systemene. Hva gjelder kvalitetsindikatorer er det ingen som publiserer resultater fra noen av de nasjonale kvalitetsregistrene på sine hjemmesider. To av de fem helseforetakene har imidlertid en link til den nasjonale nettsiden hvor man kan finne resultater fra alle registrene (www.kvalitetsregistre.no), og de tre andre pluss helseregionen har link til den nasjonale nettsiden hvor man finner oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer (<https://www.helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/hvordan-tolke-resultater/>).

Mens nettsiden for kvalitetsregistre i stor grad er laget for fagfolk og krever litt forkunnskaper for å kunne søke opp og finne informasjon, er nettsiden for kvalitetsindikatorer laget spesielt for publikum og pasienter som ønsker å finne ut «hvor de er flinkest». Denne siden har en startside som forklarer begrensningene i å bruke kvalitetsindikatorer som mål på «hvor man er flinkest», og som veileder brukerne i hvordan de kan søke. Fordelen med en slik «outsourcing» av oppgaven er at man slipper å bruke tid og ressurser i foretakene selv på denne typen komplisert statistikk og å fremstille det på en brukervennlig, forståelig og objektiv måte. Ulempene er for det første at informasjonen befinner seg bak flere lag av menyer, undermenyer og nettløker og må virke vanskelig tilgjengelig for den gjengse bruker. For det andre får man heller ikke presentert denne informasjonen sammen med annen type

kvalitetsinformasjon, slik at ingen av foretakene har en helhetlig presentasjon av hvordan alle delene av kvalitetssystemet ser ut og fungerer. Det hele fremstår som fragmentert og utydelig.

Ingen av foretakene jeg undersøkte har publisert interne rutiner og prosedyrer på sine hjemmesider. Ett av foretakene har publisert en overordnet rutine for samhandling og overflytting av pasienter til kommunehelsetjenesten. Et annet har ifølge en av informantene planer om å publisere alle sine rutiner på hjemmesidene. Endring av rutiner og prosedyrer er et av de hyppigst brukte tiltakene som nevnes i forbindelse med pasientskader og avvik. Det ville derfor kanskje vært naturlig å la disse rutinene være offentlig tilgjengelig, dersom man skal følge logikken om åpenhet rundt disse tingene. Flere helseforetak har publisert deler av sine prosedyreverk offentlig, blant annet OUS (www.e-handboken.ous-hf.no). Det skal imidlertid sies at det aller meste som ligger i OUS sin e-håndbok er overordnede prosedyrer som beredskapsplaner, registreringssystemer og pasientinformasjon om ulike behandlingsforløp. Det er mindre å finne om legemiddelhåndtering og rene praktiske prosedyrer.

Åpenhet i kvalitetsutvalget

Alle informantene fikk spørsmål om de mente at deres foretak var åpne om kvalitetsdata, og hvordan i så fall hjemmesidene ble brukt i denne sammenhengen. Alle svarte at deres foretak i hovedsak var åpne om kvalitet, men de færreste hadde tenkt på foretakets hjemmeside som et sted å annonsere denne åpenheten. Det vil si at de var svært usikre på hva som egentlig lå der av informasjon, og om det kunne finnes et større potensial for åpenhet på hjemmesidene. Flere påpekte at det kan være uheldig at organisasjonene selv legger ut slike data, og at det kan føre til en skeiv framstilling av kvaliteten dersom man i større grad publiserer gode enn dårlige resultater.

«Jeg tenker at man kan godt være åpen for det med data, men det bør være organisert, litt mer valid og ikke bare internt da. Det er ikke alt som kan forstås rett. Det bør være et system på det.»

En informant påpekte det paradoksale i at pasientene er mer interessert i hvor lang ventetid det er på en operasjon ved et sykehus, enn hvor stor infeksjonsfare det er etter operasjonen. Dette kan jo skyldes at heller ikke pasientene er vant med at det finnes slik type informasjon tilgjengelig om norske sykehus. Alternativt kan det skyldes at pasienter tar for gitt at

kvaliteten er like god over alt, eller at man rett og slett ikke er klar over hvilken risiko en operasjon medfører. En av informantene som var pasientombud kommenterte at hen aldri hadde opplevd at pasienter eller pårørende etterlyste slik informasjon.

Generelt uttrykte informantene større forståelse for at meldesaker til helsetilsynet og avvikssaker skulle publiseres til publikum, enn at kvalitetsindikatorer og resultater fra kvalitetsregistrene skulle presenteres. Dette er et interessant skille mellom to ulike former for kvalitetsdata. Det ene handler om å gjøre kjent at det har skjedd uønskede hendelser, hvordan dette er håndtert og hvilke tiltak som er satt i verk. Sykehusene er vant med å bli sett i kortene på dette både fra tilsynsmyndigheter og media, og har etter hvert nokså lang erfaring med åpenhet om «feil» som allerede er begått. Det andre er å publisere indikatorer på hvordan det står til med den faglige aktiviteten som foregår ellers. Denne tanken virker uvant for informantene. En grunn til dette kan være at det er ganske nytt at man produserer slike kvalitetsindikatorer. De medisinske kvalitetsregistrene ble i utgangspunktet opprettet av klinikerne selv, for å samle inn data til forskning og evaluere pasientbehandling. Gjennom årene har registrene blitt langt mer profesjonalisert, og brukes i dag både til forskning og av helsemyndighetene for å evaluere det faglige nivået i helsetjenesten. En annen grunn kan være at man i liten grad har tatt inn over seg safety-2 tilnærmingen til pasientsikkerhet, og dermed har en mer *reaktiv* enn *proaktiv* holdning til det å lære. Et tredje alternativ kan være at man er redd for å miste kontrollen over hva som publiseres utad.

En annen merkbar distinksjon var forskjellen mellom å være åpen utad mot publikum og innad i organisasjonen. Informantene var langt mer uforbeholdne om å vise åpenhet innad og mot helseforetakets styre. Dette så de som en forutsetning for å kunne korrigere uheldig praksis og rette opp feil. Samtidig hadde noen erfaring med at det kanskje ikke var alt man var like åpen med innad heller. Noen opplevde at man kunne pakke inn det som er dårlig eller at de negative sakene ikke ble formidlet til styret «*for å framstå litt bedre enn det man er*». I dette tilfellet så man en sammenheng mellom denne adferden og en direktør som hadde et uttalt ønske om å fokusere på det positive. Når det gjaldt saker utad mot media, var de langt mer selektive og valgte gjerne «gladsakene». Medieoppslag med dårlige skår på kvalitetsindikatorer kunne i verste fall «*bryte ned omdømmet, respekten og tilliten*».

En slik gradering av åpenhet og strategisk tilnærming til hva som presenteres når og hvordan er kanskje uunngåelig, eller til og med nødvendig, i en større organisasjon. Styrene har lange

sakslistene og mange tunge saker på sine bord, og det vil ikke være mulig for dem å forholde seg til absolutt alle fakta fra alle deler av organisasjonen til enhver tid. Sykehusene er også avhengige av befolkningens tillit for å utøve sitt samfunnsoppdrag. Samtidig er dette en krevende balansegang dersom man skal unngå å manipulere virkelighetsforståelsen foretakets øverste ledelse og myndighetene styrer ut fra.

Åpenhet vs. Taushetsplikt

Ingen av informantene så taushetsplikten som et direkte hinder for åpenhet, men flere uttrykte at den gjorde det mer komplisert og ressurskrevende. Som nevnt over hadde mange delt informasjon om alvorlige pasienthendelser fra meldeordninga på sine hjemmesider (§3-3). Dette ble omtalt som en svært ressurskrevende ordning fordi sakene må omskrives og anonymiseres tilstrekkelig til at taushetsplikten blir overholdt. Særlig de små helseforetakene kunne fortelle om utfordringer i forbindelse med dette, fordi små forhold gjør hendelser og omstendigheter lett gjenkjennelig. Konsekvensene av å ikke overholde taushetsplikten vil ikke bare kunne gå utover pasient og pårørende, men også de ansatte som var involvert i hendelsen. Flere hadde opplevd saker der de ansatte ble utsatt for angrep og hets fordi de hadde vært involvert i en skadesak. Hensynet til taushetsplikt må selvsagt veies opp mot behovet for åpenhet og muligheten for å lære av den aktuelle hendelsen. Både kvalitetsutvalg og styreverker kan ha brukerrepresentanter eller åpne møter og møtereferater som gjør at saksgang og diskusjoner ikke kan foregå på det ønskede detaljnivået, dersom målet er å være åpen og å lære. Ingen av deltakerne opplevde dette som et stort problem, men heller som en litt kompliserende faktor som gjorde det mer omstendelig å være så åpen som man ønsker.

Oppsummering

De sentrale helsemyndighetene har altså laget en sentral løsning for nettbasert informasjon ved landets helseforetak, hvor rammeverket og store deler av innholdet i foretakenes egne hjemmesider ikke lages av foretaket selv. Helseforetakene kan selv redigere og legge til innhold på hjemmesidene. Denne oppgaven er stort sett tildelt kommunikasjonsavdelingene. Disse har som hovedoppgave å fremme foretakenes omdømme, ikke nødvendigvis å informere publikum om det faglige nivået på hvert enkelt sted. Man kan spørre seg om denne arbeidsfordelingen kan være til hinder for reell åpenhet utad, og resulterer i at åpenhet på hjemmesidene får en mer symbolsk enn reell karakter.

Uansett er helseforetakenes hjemmesider til forveksling like hverandre. De fungerer nok greit som et sted hvor du som pasient kan finne praktisk informasjon rundt en utredning eller innleggelse, men dersom du ønsker å benytte deg av ordningen Fritt sykehusvalg er det lite her som kan hjelpe deg til å velge ett sykehus framfor et annet. Dersom man virkelig ønsker å være åpen om kvalitet i helsevesenet, synes det derfor som at man har en vei å gå i å gjøre denne type informasjon tilgjengelig for publikum, i en form som gjør den forståelig og brukbar for den enkeltes behov. Man kan si at det er en viss avstand mellom prat og praksis når det gjelder åpenhet om kvalitet på helseforetakenes hjemmesider.

Alle som ble intervjuet var enige om at åpenhet er en forutsetning for å lære av feil, og nødvendig for å bli en lærende organisasjon. Åpenhet utad mot omgivelsene er imidlertid langt mer komplisert enn åpenhet innad i organisasjonen. Denne distinksjonen er kanskje naturlig i alle organisasjoner. Hvordan vi snakker på kammerset er ikke det samme som hvordan vi snakker med naboer. Samtidig kan det også være et uttrykk for konflikten mellom det å være en åpen og moderne organisasjon som legger alle kortene på bordet, og det å framstå som en trygg og solid offentlig institusjon som befolkningen har tillit til. I kognitiv terapi snakker man gjerne om «behandlingsalliansen» mellom pasient og terapeut, som et tillitsforhold der begge parter stoler på hverandre og vet hva som forventes av dem. Denne alliansen er en forutsetning for å oppnå et godt resultat av samtaleterapi. Begrepet har bredt om seg og brukes nå generelt om forholdet mellom pasienten og helsevesenet. Dersom helsevesenet mister tillit og behandlingsalliansen brytes, er det langt mindre sannsynlig at behandlingen man tilbyr vil lykkes. Både taushetsplikt, personalansvar, omdømme og tillit kan sette begrensninger for åpenheten utad. Det virker likevel ikke som at informantene oppfatter disse begrensningene som et hinder for å lære.

5.3 Er helseforetakene dekkede institusjoner?

Kvalitetsutvalget som symbol

Som nevnt tidligere uttrykte mange av informantene stor usikkerhet om hvor stor rolle KU spiller i å lære av feil, og ikke minst om KU lykkes med å nå ut i organisasjonen med sitt arbeid. De ga inntrykk av stor ydmykhet for om metodene man bruker for å lære av feil i helsetjenesten, er de riktige. Det at KU ikke har noen beslutningsmyndighet ble framholdt som tidvis problematisk, og medfører en del dobbeltarbeid fordi saker som krever at det tas beslutninger må til ny saksbehandling i direktørens ledergruppe.

«Det er en kvalitetsgjennomgang (..) så blir det gjort noen vurderinger og så kan du si at når det er de samme som sitter i ledermøtene som sitter i KU, pluss noen flere da, så blir det jo i hodene litt vanskelig å skille mellom de ene møtene og de andre. Og så er det direktøren som leder begge, så da blir det liksom: hvilken hatt har jeg på meg i dag? (..) Som regel så ender det i at man ikke tar noen beslutning, men at man må ta det videre da. Og da ber vi om at direktøren må ta det videre, eller at KU må ta det videre eller noen andre. Så går nå saksgangen på nytt da, en runde til og så kommer den tilbake etter et halvt år eller.. Ja, så du kan si at dette her er saksbehandling som du kan lure på – er det effektivt eller er det hensiktsmessig, får vi noe ut av det?»

De fleste sakene i kvalitetsutvalgene referatføres som at «*KU tar informasjonen til orientering*». KU blir dermed et organ som skal være orientert om det som skjer i organisasjonen, setter ting på dagsorden, og som kan stille krav tilbake eller motspørsmål til de aktuelle klinikksjefene, men som selv ikke kan fatte vedtak. Myer og Rowan (1977) har påpekt at stabsorganer uten beslutningsmyndighet kan være et uttrykk for at saker som plasseres i slike organer har en særlig symbolsk funksjon, og at formålet er å sikre ekstern legitimitet heller enn å påvirke intern praksis.

De fleste foretakene har et arbeidsutvalg eller en kvalitetsavdeling som bestemmer agenda og forbereder sakene til KU. Informantene var usikre på om det var de riktige sakene som ble tatt opp i KU, eller om helsearbeiderne nødvendigvis ville kjenne seg igjen i det som tas opp der. Sakene kommer ofte ferdig utredet og med forslag til løsning, og en av informantene pekte på at en reell behandling av sakene forutsetter våkne møtedeltakere som tør å pirke i overflaten og ikke bare godta at alt er ok. Dette skjer nok i varierende grad. Alle var imidlertid enige om at det er viktige saker som tas opp i KU, og ingen mente at det kun er et symbolsk organ:

«Nei, jeg synes ikke vi er et sandpåstrøingsorgan, jeg synes ikke vi er bare en formalitet. Jeg synes at vi tar opp spennende og gode saker».

Informantene er altså svært usikre på om KU spiller noen vesentlig rolle i organisasjonslæringen, men de mener samtidig at det de gjør er viktig. Noe kan altså være viktig selv om det ikke har noen konkret betydning for hvordan ting gjøres. Her er vi inne på

noe som gir gjenklang i Meyers dekoklede institusjoner og Brunssons avstand mellom prat og praksis. Det KU gjør er viktig, men ikke nødvendigvis fordi det påvirker læring eller praksis i stor grad. Det er viktig fordi de tar opp gode og spennende saker, og fordi de setter viktige tema på dagsorden. De opprettholder et fokus på kvalitet høyt oppe i organisasjonshierarkiet som er viktig i seg selv. Det er uklart hvor mye ledere egentlig kan påvirke kultur, men ledere er likevel viktige både fordi de kan fungere som rollemodeller og fordi de har definisjonsmakt innad i organisasjonen (Strand, 2007). I tillegg representerer de organisasjonen utad.

Publikum registrerer at sykehusene har kvalitetsutvalg og direktører og ledere som sier at de tar kvalitet på alvor og jobber systematisk med å forbedre seg. Dette er viktig for sykehusenes tillit og troverdighet.

Samtidig er informantene altså svært bevisste på at de kanskje ikke makter å påvirke det de egentlig ønsker å forbedre, og at det i systemet foregår en rekke aktiviteter som først og fremst har symbolsk verdi. Noen pekte på at en del av kvalitetsindikatorerne som pålegges fra myndighetene mer bærer preg av behov for styring eller å vise at man kontrollerer, enn at de beskriver hva kvalitet er i forhold til pasientbehandling. Flere uttrykte stor skepsis mot GTT-systemet, som de mener ikke gir noen reell gevinst i form av økt pasientsikkerhet. I stedet har det *«en menighet som tror på det i helsedirektoratet, helsedepartementet og blant politikerne»*.

En dekoklet institusjon?

Informantene er altså åpne om at det gjøres ting i organisasjonene fordi det er pålagt og ikke fordi det har noen praktisk verdi. I det hele tatt har helseforetakene flere av kjennetegnene på en dekoklet institusjon, slik den er beskrevet av Meyer og Scott (1983). Det er høy grad av profesjonalisme i helseforetakene, og selve kjerneproduksjonen foregår utenfor ledernes rekkevidde. Det er ikke direktørene eller klinikklederne selv som utreder og behandler pasientene. Siden det er vanskelig å finne gode mål for aktivitet og output, måles de gjerne i andre kategorier enn man ønsker å oppnå, for eksempel epikrisetid i stedet for kvaliteten på behandlingen. Nye prosedyrer skrives stadig vekk, men man sliter ofte med å implementere dem i praksis. Evalueringer ender opp i rapporter som ikke får praktiske konsekvenser, og har et seremonielt eller symbolsk preg. Alt dette lyder kjent for sykehusansatte. Det er altså mye som tyder på at helseforetakene er dekoklede institusjoner.

Fordi formelle og uformelle regler om hvordan ting skal foregå kommer i konflikt med hverandre, må de ansatte koordinere og løse sine oppgaver uformelt, noe som forutsetter gode evner til å samarbeide uformelt på tvers av formelle strukturer. Digital informasjon langs «linja» er uhensiktsmessig i den kliniske hverdagen og foregår utenfor den faktiske produksjonen helsearbeiderne står i. Som nevnt er tilgangen på datamaskiner ofte vanskelig for helsearbeiderne og kommunikasjonen og samarbeidet mellom de ansatte foregår derfor i stor grad muntlig, på tvers av de formelle strukturene foretaket har organisert seg i.

Oppsummering

De studerte helseforetakene fremstår altså som dekkoblede institusjoner, og kvalitetsutvalgene kan sies å ha både en symbolsk og en praktisk funksjon. Brunsson sier at det kan være positivt at organisasjonen har en formell/politisk og en uformell/handlende del, fordi disse kan opptre uavhengig av hverandre og dermed både legge til rette for og tilpasse seg skiftende omgivelser i den politiske delen, og holde stø kurs og kontinuitet i den handlende delen av organisasjonen. Han mener sågar at dette kan være en forutsetning for å opprettholde tillit og troverdighet i omgivelsene. Problemet for helseforetakene når det gjelder å lære av uønskede hendelser, er at en hendelse som oppstår i den produserende delen organisasjonen skal meldes inn og saksbehandles i den politiske delen, som deretter skal foreslå tiltak og endringer som skal iverksettes og resultere i endret praksis i den produserende delen. I denne prosessen er det uklart hvor møtepunktene mellom den produserende og den politiske delen er, og barrierene for kommunikasjon mellom de to delene virker i stor grad å være undervurdert og underkommunisert innad i organisasjonen.

Man kan spørre seg om det å være en dekkoblet institusjon i seg selv står i motsetning til det å være en lærende organisasjon. Lærende organisasjoner forutsetter en gjennomgripende filosofi om læring, dialog og samhandling fra topp til bunn i organisasjonen som er svært vanskelig å få til når en del av organisasjonen kobles av og opererer med en annen virkelighetsforståelse enn resten. Det forutsetter også en systemforståelse der man ser sin egen rolle i en større helhet, noe som er vanskelig når man ikke kjenner til eller har kunnskap om «den andre delen» av organisasjonen. Et første steg for å motvirke dette ville være å erkjenne at begge disse «virkelighetene» har sin funksjon, og at en økt felles forståelse vil være et gode for hele organisasjonen. For å oppnå dette kunne helseforetakene i større grad verdsette og legge til rette for de uformelle møteplassene og tverrgående nettverkene der læringen faktisk foregår, og sørge for at også ledelsen deltar.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse om helseforetakene lærer av uønskede hendelser og egne prestasjoner, ved å intervjuer medlemmer av de lovpålagte kvalitetsutvalgene. Jeg ønsket å studere hva slags syn på læring vi finner i disse utvalgene, og hvordan dette kan gjenspeile faktisk læring i organisasjonen. Framstår kvalitetsutvalgene som en arena eller fasilitator for læring i organisasjonen, eller kun som et symbolsk organ? Hvor åpne er man om kvalitet i helseforetakene, og hvilken betydning har denne åpenheten for læring? Jeg intervjuet 15 medlemmer i fire ulike kvalitetsutvalg i to helseregioner. Datamaterialet ga ikke mulighet for å sammenligne foretak, regioner eller ulike måter å organisere kvalitetsutvalget på. Jeg har imidlertid funnet flere fellestrekk som kan si noe om forskningsspørsmålene.

Alle informantene hadde et oppriktig ønske om å få til læring i organisasjonen. De hadde flere tanker om hva som legger til rette for individuell læring, men færre hadde en helhetlig forestilling om hva som kreves for å få til kollektiv læring. De var også svært usikre på hvor mye læring som foregår i KU og hvilken rolle utvalget egentlig spiller for læring i organisasjonen. Alt i alt synes det som at de mangler en helhetlig forståelse, både av organisasjonslæring og av sin egen rolle i det. Man mangler altså det Senge ville kalt *systemtenkning*. KU blir dermed i liten grad en arena for læring i organisasjonen. Det kan også se ut til at safety-2 perspektivet på kvalitet og pasientsikkerhet var lite til stede hos informantene, da de var langt mer opptatt av å lære av uønskede hendelser og feil som var begått, enn av kvalitetsindikatorer og gjeldende praksis.

Åpenhet var høyt verdsatt blant informantene. De var svært opptatt av at åpenhet er nødvendig for å kunne lære og at man også har en plikt å være åpen utad mot publikum. Også i dette spørsmålet var det imidlertid en tendens til mindre åpenhet om kvalitetsindikatorer og gjeldende praksis, enn om uønskede hendelser og feil. Den samme distinksjonen er synlig på helseforetakenes hjemmesider, der avvik og uønskede hendelser er langt mer synlig og tilgjengelig enn andre kvalitetsdata. Generelt har helseforetakene mye å gå på når det gjelder reell åpenhet om kvalitet via sine hjemmesider, og hjemmesidene avslører en viss avstand mellom prat og praksis på dette området. Informantene innrømte at åpenheten har sine begrensninger, både med tanke på taushetsplikt, personalansvar, omdømme og tillit i befolkningen. De mente likevel at dette kun var en kompliserende faktor, og ikke til hinder for læring.

Helseforetakene jeg har studert framstår som dekkoblede organisasjoner. Kvalitetsutvalgene ser ut til å ha både en praktisk og en symbolsk funksjon, kanskje i størst grad det siste. Hovedfunksjonen til kvalitetsutvalgene er å sette kvalitet på dagsorden og spre informasjon i organisasjonen. De setter fokus på kvalitetsarbeid som en viktig del av foretakets arbeid, noe som i seg selv er viktig for å opprettholde tilliten i befolkningen. Dette er kanskje nok. Men dersom håndtering av uønskede hendelser og læring av feil kun foregår via byråkratisk sakshåndtering i den politiske delen av organisasjonen, kan det bli til hinder for læring, fordi den produserende delen av organisasjonen ikke får ta del i læringsprosessen. Dermed mister man den helhetlige samhandlingen som både Nonaka, Takouchi og Senge mener er sentral for reell læring. En større bevissthet rundt og plan for kvalitetsutvalgets og ledelsens rolle i organisasjonslæringen ville kunne bedret dette.

En viss grad av symbolikk og seremonielle øvelser er kanskje ikke til å unngå i en moderne, offentlig institusjon. Som tidligere vist til er det kanskje heller ikke ønskelig å unngå. Likevel tror jeg at en dekkoblet organisasjon som ønsker å utvikle seg og lære må erkjenne dette som en potensiell trussel mot reell læring, og søke å veie opp for en del av de splittende strukturene som dekkoblingen presenterer. Dette innebærer å legge bedre til rette for kommunikasjon og møtepunkter på tvers av organisasjonsstrukturer og verdsette de sosiale nettverkene og samhandlingen som foregår også utenfor «linja».

Litteraturliste

- Bergsagel, I. (2019, 12. februar). Legen sa kalsiumklorid, sykepleieren hørte kaliumklorid – pasient døde. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no>
- Braithwaite, J., Westbrook, M. T., Travaglia J. F. & Hughes C. (2010). Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incidents reporting. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 229-233.
- Brunsson, N. (1989). *The organization of Hypocrisy: Talk Decisions and Actions in Organizations*. John Wiley & sons. ISBN: 0471920746.
- Brønn, P. (2019). Åpen eller innadventd: Omdømmebygging for organisasjoner. (2. Utg.). Gyldendal. ISBN: 9788205483958.
- Dysthe, O. (1996). *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Cappelen Damm. ISBN: 9788245601459.
- Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring: fra kunnskap til kompetanse*. (2. utg.). Fagbokforlaget. ISBN: 978-82-450-1992-6.
- Fombrun, C. J. & Van Riel, C. (2003). *Fame & Fortune: How Successful Companies Build Winning Reputations*. FT Press. ISBN: 978-0137144419.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Harboe, T. (2006). *Indføring i Samfundsvitenskaplig metode*. (4. utg.). Forlaget Samfundslitteratur. ISBN: 9788759312155.
- Helmers, A. B. (2019, 28. oktober). Direktør i Statens Helsetilsyn: Helsetjenesten er ikke en risikofri sone. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no>
- Helsedirektoratet. (2016). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*. (Revisjon 2019). IS-0583. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Årsrapport 2017: Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. 05/2018. IS-2729. Helsedirektoratet. ISBN 978-82-8081-524-8
- Helsedirektoratet. (2020). *Pasientskader i Norge 2019: Målt med Global Trigger Tool*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. (St. mel. Nr. 9 (2019-2020)). Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Helsetilsynet. (2001). *Internkontroll i sykehus: med hovedvekt på kvalitetsutvalgenes funksjon i virksomhetens interne avviksbehandling*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/landsomfattende-tilsyn/internkontroll-kvalitetsutvalget/>

Helsetilsynet. (2019). *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse: Dødsfall etter feilmedisinering ved XXXXXX*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no>

Hollnagel, E., Wears, R. & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A white paper*. Hentet fra <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (5. Utg.). Fagbokforlaget. ISBN: 978-82-450-2524-8.

Krogstad, U. & Saunes, I.S. (2009). *Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus*. Nr. 28/2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. ISBN 978-82-8121-303-6

Marsilio, M. & Pisarra, M. (2020). Lean management in health care: a review of reviews of socio-technical components for effective impact. *Journal of Health Organization and Management*, ahead-of-print. DOI: <https://doi.org/10.1108/jhom-06-2020-0241>

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.

Meyer J. W. & Scott, W. Richard. (1983). *Organizational environments: Rituals and Rationality*. SAGE publications. ISBN: 0803920914.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese Companies create the Dynamics of Innovation*. Oxford University Press. ISBN: 0-19-509269-4.

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H. & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal of Quality in Health Care*, 21(1), 18–26.

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership*. (4. Utg.) John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 9780470190609.

Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday. ISBN: 0-385-51782-3.

Statens Helsetilsyn. (1994). *Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning. Vedlegg til statens helsetilsyns rundskriv av 4. februar 1994. (IK-7/94)*. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no>

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. (2.utg.). Fagbokforlaget. ISBN: 978-82-450-0424-3.

Sujan, M. (2015). An organisation without memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering and System Safety*, 144, 45-52.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.) Fagbokforlaget. ISBN: 9788245014938

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, meaning and identity*. Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-66363-2.

Wæraas, A., Byrkjeflot, H. & Angell, S. I. (2011). *Substans og framturen: Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Universitetsforlaget. ISBN 978-82-15-01602-3.

Vedlegg

Intervjuguide

Åpenhet: Tanker om og organisering av å synliggjøre kvalitetsdata i helseforetaket, for omverden og de ansatte. (Transparens)

Læring: Tanker om og organisering av å lære av kvalitetsdata (organisasjonslæring)

Innledning og informasjon

Jeg viser til tidligere informasjon som er gitt tidligere i mailinvitasjonen og informasjonsskrivet. Jeg skal først gjenta noe av informasjonen om hensikten med intervjuet og hvordan informasjonen vil bli brukt.

Jeg jobber med en masteroppgave i Human Resource Management, og er opptatt av åpenhet rundt kvalitetsmål i helsevesenet og hvordan man som organisasjon kan legge til rette for læring av slike kvalitetsmål. I den sammenhengen har jeg valgt ut noen helseforetak som eksempel, blant annet ditt. Jeg ønsker i denne sammenhengen å intervju medlemmer i kvalitetsutvalgene på de ulike helseforetakene, og de som følger opp avvikssystemet på enhetsnivå.

Målet er både å få fram hva slags rolle de ulike kvalitetsutvalgene har i dette arbeidet, og hvordan helseforetakene håndterer informasjon om kvalitetsindikatorer, feil og avvik, men først og fremst ønsker jeg å få fram hvilke erfaringene og refleksjoner de ansatte som jobber med dette har med tanke på hva som fremmer eller hindrer læring i organisasjonen.

Jeg vil understreke at dette ikke er noen test på hvor god eller dårlig man er på å lære eller være åpen. Ingen foretak skal graderes på noe vis. Jeg ønsker heller ikke at du skal komme med taushetsbelagt informasjon her, så hvis du kommer med eksempler bør de være mest mulig anonymisert. Men for å få et riktig bilde av dine erfaringer, må jeg få vite litt om hvordan ditt kvalitetsutvalg jobber.

Intervjuet vil ha en maksimal lengde på ca. 45 minutter.

Informasjonen vil bli behandlet konfidensielt og den vil ikke bli koblet til navn på intervjuobjektet.

Verken du eller ditt helseforetak vil bli nevnt med navn i rapporten, men det vil fremgå hvilken type rolle du har i kvalitetsutvalget.

Har du noen spørsmål eller kommentarer til dette?

1. Informasjon om deltaker og hva slags stilling vedkommende har.

<p>Organisering av kvalitetsarbeidet</p> <p><i>Det er mange type statistikk som brukes for å si noe om kvaliteten på tjenesten i helsevesenet.</i></p> <p><i>-Prosessindikatorer som epikrisetid, ventelister, strykningsgrad på operasjon osv.</i></p> <p><i>-Nasjonale kvalitetsindikatorer med mortalitetsrater, komplikasjonsrater</i></p> <p><i>-Systemer for å fange opp feil: Avviksystem, GTT, 3-3 saker</i></p> <p><i>For enkelhets skyld kan vi kalle dette samlet for kvalitetsdata.</i></p>	<p>Hvor mange sitter i kvalitetsutvalget på ditt sykehus? Hvor ofte møtes dere? Hvor lenge varer møtene? Hvem bestemmer hvilke saker som tas opp? Hvordan er saksgangen? Får dere sakspapirer? Referater?</p> <p>Hvilke type <i>kvalitetsdata</i> er det dere i kvalitetsutvalget befatter dere med?</p> <p>Hvordan formidles resultatene av saksgangen i kvalitetsutvalget til de som «eier» sakene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gir dere tilbakemelding til enhetene/ansatte? • Sprer dere kunnskap mellom avdelinger? • Oppsøker dere avdelinger med mye avvik? • Sprer dere kunnskapen mellom sykehus? • Har du noen forslag eller ønsker om hvordan dere kan gjøre det annerledes? <p>Mener du at det er de «riktige» sakene som tas opp i kvalitetsutvalget?</p>
<p>Læring i organisasjonen</p> <p>Hvordan måle læring</p> <p>Hva fremmer læring</p> <p>Hva hindrer læring</p> <p>Hvem har ansvar for læring</p>	<p>Hvordan legger dere /ditt HF til rette for at man kan lære av kvalitetsdata?</p> <p>Hva ser du som KUs rolle i dette?</p> <p>Hvem lærer noe? Hva lærer de? Er det individer eller kollektivet som lærer? Hvordan kan man vite om noen har lært noe? Individuelt? Kollektivt? (Nye retningslinjer, prosedyrer, kontroller/stikkprøver)</p> <p>Hvilke forutsetninger opplever du for læring? <i>Hva tenker du fremmer læring i helsevesenet?</i></p> <p>Hvilke hindre opplever du at står i veien for å lære av feil i helsevesenet? <i>Opplever du at taushetsplikten hindrer læring?</i> <i>Opplever du at saksgangen i disse sakene hindrer læring?</i> <i>Opplever du at noe i systemet / organiseringen hindrer læring?</i></p> <p>Hvem har ansvaret for at kvalitetsmålene omsettes til læring? Hvordan kan organisasjonen legge til rette for det?</p>

Åpenhet om kvalitet	<p>I hvor stor grad vil du si at ditt HF er åpne om kvalitetsdata?</p> <p>På hvilken måte er dere åpne? Kan du si noe om dilemmaet mellom åpenhet og taushetsplikt?</p> <p>Hvordan blir disse dataene gjort tilgjengelige? For publikum? For ansatte? Hva er kvalitetsutvalget sin rolle i dette?</p> <p>Ser du en sammenheng mellom åpenhet og læring? På hvilken måte?</p>
----------------------------	--