

# Å lære av feil: En kvalitativ studie av læringsmøter i en psykiatrisk klinikk

Hvordan påvirker gjennomføring av faste læringsmøter etter alvorlige og/eller uønskede hendelser kommunikasjon, samhandling og håndtering av risiko?

Urd Hege Loftesnes

Masteroppgave i  
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og  
helseøkonomi



Universitetet i Bergen  
Det medisinske fakultet  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Høst 2023

1. SAMMENDRAG .....	4
1.1. Norsk.....	4
1.2. English.....	6
2. INNLEDNING/BAKGRUNN .....	8
3. UØNSKEDE HENDELSER .....	11
4. HELSEPOLITISKE FØRINGER.....	13
5. AKUTTPSYKIATRI .....	15
5.1. Læring av uønskede hendelser.....	16
5.2. Uønskede variasjoner i akuttpsykiatrisk behandling? .....	20
6. TEORETISK RAMMEVERK OG LITTERATUR .....	25
6.1. Kommunikasjon .....	25
6.2. Læring/ Organisasjonslæring .....	26
6.3. Faktorer som påvirker individuelle læringsprosesser .....	29
6.3.1. Tillit.....	30
6.3.2. Psykologisk trygghet.....	31
7. ORGANISASJONEN.....	32
7.1. Organisasjons- og ledelsesstruktur og betydning for læring av uønskede hendelser.....	33
7.2. Tverrprofesjonell samhandling .....	34
8. METODE .....	35
8.1 Kvalitativ metode.....	35
8.2. Observasjoner .....	35
8.3. Intervjuer .....	36
8.4. Analyse.....	38
8.5. Etikk.....	40
8.6. Metodediskusjon .....	40
8.6.1. Min posisjon .....	40
8.6.2. Validitet .....	41
8.6.3. Overførbarhet .....	41

9. RESULTATER .....	42
<b>9.1. Rammene rundt læringsmøtene</b> .....	<b>42</b>
<b>9.2. Kommunikasjon</b> .....	<b>43</b>
9.2.1. Ledere ble ansett som ansvarlige for å skape trygghet .....	43
9.2.2. Den vanskelige åpenheten .....	45
9.2.3. Rom for uenighet og kritikk .....	48
<b>9.3. Samhandling</b> .....	<b>49</b>
9.3.1. Synliggjøring av ulike perspektiver .....	49
9.3.2. Identifisering av risiko i samhandlingen .....	55
9.3.3. Økt samhandling mellom profesjoner .....	55
9.3.4. Skyldfølelse og/eller økt ansvarsfølelse? .....	59
<b>9.4. Håndtering av risiko</b> .....	<b>62</b>
9.4.1. Retningslinjer som verktøy for læring .....	63
9.4.2. Rolleforståelse .....	67
9.4.3. Gir fokus på ansvarlighet uønskede konsekvenser? .....	68
10. SAMMENFATNING AV RESULTATER/KONKLUSJON .....	70
11. LITTERATURLISTE .....	72
VEDLEGG .....	82

# 1. Sammendrag

## 1.1. Norsk

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel				
Å lære av feil: en kvalitativ studie av læringsmøter ved en psykiatrisk klinikk				
Problemstilling: Hvordan påvirker gjennomføring av faste læringsmøter etter alvorlige og/eller uønskede hendelser kommunikasjon, samhandling og håndtering av risiko?				
Forfatter				
Urd Hege Loftesnes				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Seksjonsleder, PAM 2, Helse-Bergen				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder		
		Inger Lise Teig og Andrea Melberg		
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
83	Norsk	Norsk		

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ledelsen ved en psykiatrisk klinikk innførte faste læringsmøter etter uønskede og/eller alvorlige hendelser for å møte nasjonale myndigheters krav om å lære av hendelsene og evaluere og korrigere virksomheten. Studien belyser hvordan læringsmøtene påvirket deltakernes kommunikasjon, samhandling, og håndtering av risiko.

**Hensikt:** Å studere opplevelser, erfaringer og konsekvenser av læringsmøtene, kan gi kunnskap om hvordan innføring av faste læringsmøter påvirker pasientsikkerheten.

**Materiale/metode:** Datainnsamlingen ble gjort ved observasjon av 4 læringsmøter ved ulike avdelinger og ved intervju av 9 deltakere med ulik profesjonsbakgrunn, stilling og erfaring. Analysen ble gjort som en tematisk analyse, inspirert av Braun & Clarke. Funn blir drøftet opp mot nasjonale føringer, lovverk, aktuell litteratur og tidligere forskning.

**Resultat:** Læringsmøtene bidro til økt kommunikasjon, psykologisk trygghet og utvidet forståelse av årsakssammenhenger i tilknytning til uønskede hendelser. Tverrprofesjonelle drøftinger, bidro til at viktig informasjon ble videreformidlet og at risikofaktorer i økt grad ble fanget opp. Møtene påvirket deltakernes rolleforståelse, bidro til økt engasjement, og tverrprofesjonell samhandling. Møtene ble holdt avdelingsvis, og informantene var usikre på om endringene som skjedde ble begrenset innenfor aktuelle avdelinger. Enkelte mente fokus på ansvarlighet ved læringsmøtene, kunne påvirke utfordringer med prioriteringer og overbelegg.

**Konklusjon:** Deltakerne av de ulike læringsmøtene fikk en mer felles forståelse av nasjonale styringsverktøy og en utvidet forståelse av risiko. Ved å vise tillit i den grad at de også viste sårbarhet, økte forståelsen for andres roller. Det ble en åpnere dialog mellom profesjoner og deltakerne fikk økt ansvarsfølelse for pasientsikkerhetsarbeid, på tvers av profesjoner og oppgaver.

## Nøkkelord

Kommunikasjon, tillit, psykologisk trygghet, uønskede hendelser, pasientsikkerhet, læring, samhandling.

## 1.2. English

Dissertation submitted for the degree of

Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation				
Learning from adverse events: A qualitative study of dialogue meetings in an acute psychiatric hospital.				
How does dialogue meetings influence participant's communication, cooperation and risk management?				
Author				
Urd Hege Loftesnes				
Author's position and address				
Department manager, PAM 2, Helse-Bergen.				
Date of approval		Supervisor		
		Inger Lise Teig and Andrea Melberg		
Number of pages	Language	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
83	dissertation Norwegian	English		
<b>Abstract</b>				
<b>Introduction:</b> In order to meet the national demand to learn from, evaluate and implement precautions as needed after adverse events, leaders from an acute psychiatric hospital initiated				

dialogue meetings. This study investigates how dialogue meetings influence participant's communication, cooperation, and risk management.

**Goals:** To study the consequences the participants experienced one can obtain important knowledge as to how implementing dialogue meetings can influence patient security.

**Methods:** Data was obtained by observing four dialogue meetings in different wards and by interviewing 9 participants from different professions, positions and experience. The analysis was a thematic analysis inspired by Braun & Clarke. Findings are then discussed in regard to national norms/demands, national legislation, literature and scientific results.

**Results and discussion:** Dialogue meetings facilitated more communication, increased psychological safety and better understanding of factors related to adverse events. The meetings resulted in more open and constructive discussion. As a result, valuable information was obtained, and more warning signs were noted and noticed. The meetings influenced the employees view of their own role, increased engagement and cooperation across different professional groups. Meetings were held within individual wards and participants were uncertain as to how changes were implemented within the hospital as a whole. Some employees meant that focus on accountability withing the dialogue meetings could influence difficulties with prioritizing amidst overcrowding in the wards.

**Conclusion:** Participants had better communal understanding of national demands and legislation as well as better understand of risk factors for adverse events. Participants also got better incite in other roles by showing trust and vulnerability during the meetings. There was more open dialog between the professional groups and participants showed more responsibility for patient security, also across professional groups and associated tasks.

**Key word:** Communication, trust, psychological safety, adverse events, patient security, learning, cooperation.

## 2. Innledning/bakgrunn

I denne studien ønsket jeg å se på innføring av faste evaluerings- og læringsmøter etter uønskede/alvorlige hendelser ved en psykiatrisk klinikk. Jeg ønsket å forske på hvordan møtene påvirket kommunikasjon, tverrprofesjonell samhandling og håndtering av risiko. Jeg brukte kvalitativ metode med observasjon av læringsmøter og intervjuer av deltakere etter møtene. Med utgangspunkt i datamaterialet fra observasjoner og intervjuer har jeg gjort en tematisk analyse hvor jeg drøfter resultatene opp mot relevant litteratur.

Klinikken som omhandles, tilbyr spesialisert utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering på sykehusnivå. Totalt har klinikken 127 sengeplasser, og har et opptaksområde med ca 450 000 innbyggere. Klinikken er delt inn i seks avdelinger: psykiatrisk akuttmottak, stemningslidelser, spesialisert psykosebehandling, alderspsykiatri, spiseforstyrrelser og psykosomatisk medisin. Ledelsen består av klinikkdirektør, klinikkoverlege, avdelingssjefer og seksjonsledere. De ulike avdelingene er organisert i tverrfaglige team sammensatt av helsefagarbeidere, sykepleier, vernepleiere, sosionomer, psykologer/psykologer med spesialisering og leger/overleger. Klinikken tar imot pasienter til både frivillig innleggelse og til innleggelse på tvang i medhold av § 3 i lov om psykisk helsevern. I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016), har klinikken plikt til å gjennomgå alvorlige hendelser som ledd i sin interne avvikshåndtering. Det vises også til spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-4 a og helsetilsynsloven (2017) § 5 som pålegger enhver som yter helsetjenester etter denne lov å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Ifølge Batalden & Davidoff (2007) skapes sikkerhet, pålitelighet, effektivitet og forbedring i mikrosystemene, det vi si på avdelingene. Det er i mikrosystemet, der pasienten behandles, at feilene oppstår, og tiltak for å forbedre pasientbehandling bør derfor hovedsakelig utformes og iverksettes i mikrosystemet (Batalden & Davidoff, 2007). Innføring av strukturerte evaluerings- og læringsmøter kan sees som et strategisk virkemiddel initiert av toppledelsen med den hensikt å fremme et miljø med god læringskultur hvor ledelsen og de ansatte jobber sammen for å lære av uønskede hendelser. Å analysere årsaker til hendelsene vil kunne fremme læring og gjøre det mulig å innføre tiltak for å forebygge lignende hendelser. De



ansatte bør kunne stille spørsmål, og åpent fortelle om uønskede hendelser uten å være redd for at det får uheldige følger (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016).

For å møte de nevnte krav, innførte klinikken i 2021 faste evaluerings- og læringsmøter etter alvorlige/uønskede hendelser, og det ble laget interne retningslinjer for gjennomføring av møtene. I de interne retningslinjene står det:

*Evaluerings- og læringsmøter skal avtales og gjennomføres når berørte har fått hendelsen litt på avstand. Gjennomgangen skal avdekke: hva som skjedde – ved å oppnå forståelse og ikke fordele skyld, hvorfor det skjedde – ved å analysere sammenheng mellom årsak og virkning, og hvordan gjentakelse kan forebygges – ved hjelp av systemforbedring. For å kunne arbeide med konstruktive forbedringstiltak, er det nødvendig å løfte blikket fra evt. personlig skyld for uønskede hendelser, og flytte fokus over på hvordan forbedring kan skje ved å tilrettelegge teknologi og organisering slik at den enkelte ansatte kan yte tryggest mulige helsetjenester. Utgangsspørsmålet for å avgjøre om en hendelse først og fremst er en personfeil eller en systemfeil, kan være: «Kunne dette skjedd med en annen kollega av den / de involverte, dersom de hadde kommet i den samme situasjonen?» Det skal skrives et kort læringsnotat fra møtet som sendes til involverte deltakere med kopi til avdelingssjef, Klinikkdirktør og Klinikkooverlege (leder av KPU). (Henter fra lokale retningslinjer med referanse til Dyregrov A. Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget, 2002).*

I den videre fremstilling bruker jeg betegnelsen læringsmøter, da det er dette begrepet ansatte har brukt om møtene. Det har blitt gjennomført læringsmøter etter uventede dødsfall i avdeling eller kort tid etter utskrivelse, selvmord, alvorlig selvmordsforsøk eller alvorlig selvskade. Det har også blitt gjennomført læringsmøter som følge av klage fra pasient, pårørende, ansatte eller samarbeidspartnere, og/eller etter hendelser som er meldt inn til Statsforvalteren. Klagene har vært rettet mot feil eller mangler ved diagnostikk og behandling og/eller feil eller mangler ved lokaler eller utstyr. I oppgaven bruker jeg benevnelsen uønskede hendelser eller alvorlige hendelser om hendelsene. Selvmord ved akuttinnleggelser eller kort tid etter utskrivelse, var den alvorlige hendelsen informantene var mest opptatt av, og jeg går derfor nærmere inn på temaet. Videre presenterer jeg aktuell litteratur jeg anser som relevant for å belyse temaet, litteratur relatert til kommunikasjon, samhandling og læring

av uønskede hendelser. Jeg vil også beskrive organisasjonen og nasjonale føringer som regulerer virksomheten.

Helsetjenestene skal bygges på fundamentet forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet (NOU, 2023). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) tydeliggjør krav til ledelse. I forskriften fastsettes leders plikt til å planlegge, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. Dette innebærer å ha oversikt over, og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Forskriften vektlegger behovet for en klargjøring av fordeling og plassering av ansvar, oppgaver og myndighet, og en plan for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Plikten til å korrigere innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold og sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

### **Omfanget av psykiske lidelser i Norge**

Psykiske lidelser er blant tilstandene der sykdomsbyrden økte prosentvis mest i Norge i perioden 2014–2017 (Folkehelseinstituttet, 2017). Begrepet psykiske lidelser blir brukt når symptombelastningen er stor, varer over tid og når kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt (Folkehelse rapporten.no). I 2020 var omtrent 5 % av alle menn og 7 % av kvinner i kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser, enten ved innleggelse eller poliklinisk. Osloundersøkelsen fra 1994-1997 viste at halvparten av de som hadde en psykisk lidelse, også hadde andre psykiske lidelser. Ruslidelser forekommer hyppig, også sammen med psykiske lidelser (Folkehelse rapporten.no).

Selv mord og overdoser er de viktigste årsakene til død blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år. I 2021 ble det registrert 658 selvmord i Norge, hvor 482 var menn (FHI, 2022). Rapporten Psykisk helse i Norge anslår at rundt 16-22 % av befolkningen over 18 år oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder (FHI, 2018). Omtrent 1-3,5 % vil få en psykoselidelse i løpet av livet. Under psykose kan en ha realitetsbrist, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, sosial tilbaketrekking og påvirkning av kognitive funksjoner. Noen får et forløp med stort funksjonsfall og omfattende hjelpebehov, mens andre

kan bli friske etter et psykotisk gjennombrudd, for eksempel etter kraftig stress eller inntak av rusmidler

### 3. Uønskede hendelser

Med alvorlige uønskede hendelser menes dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker har skadet en annen og hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko (Helsetilsynsloven § 6). Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3-a varsles ved dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient. I 2021 mottok og behandlet Statens helsetilsyn 1077 varsler om alvorlige hendelser. Dette er relativt likt antall som året før (Årsrapport 2021, Statens helsetilsyn).

Arntzen (2015) skriver at det skjer uønskede hendelser i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Hun henviser til at internasjonale undersøkelser viser at opptil 40-50 % av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten kan forebygges. Institute of Medicine i USA sin rapport fra 1999 «To err is human», har hatt stor betydning for arbeidet for å forebygge uønskede hendelser. Rapporten konkluderer med at pasientsikkerhetsproblemet er stort. De fleste skader som påføres pasienter skyldes systemsvikt, og ansvaret kan vanligvis ikke tillegges den enkelte helsearbeider (Arntzen, 2015).

Helsedirektoratet slår fast i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 at pasientskader er et stort problem globalt og nasjonalt. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) oppgir pasientskader som nummer 14 av verdens globale sykdomsbyrde (Helsedirektoratet, 2018 a). Informasjonskilder som Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning (NPE), Pasient- og brukerombud, Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, nasjonale kvalitetsindikatorer og den nasjonale PasOpp-undersøkelsen gir indikasjon på det totale omfanget av disse.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har etablert et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hensikten er beskrevet i regjeringens handlingsplan for selvmord 2020-2025; å sikre oversikt over alle selvmord under og inntil 12 måneder etter behandling i disse tjenestene, beskrive omstendigheter rundt hendelsene og identifisere risikopasienter. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Målet er å identifisere nye områder for forebygging av selvmord på systemnivå og å evaluere effekten av ulike tiltak. Nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med PHV (psykisk helsevern) eller TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) siste leveår (Walby et al., 2018). Liv Mellesdal (2017) viste i SIPEA-studien at over halvparten av alle innleggelser ved Psykiatrisk akuttmottak i Helse-Bergen, er begrunnet med selvmordsrisiko. Av 7000 pasienter tok ca 2 % livet sitt i løpet av noen få år etter siste innleggelse. Halvparten av de som tok livet sitt døde i løpet av det første halve året. Tre av ti pasienter som gjorde selvmord hadde ikke presentert selvmordstanker ved innkomst (Mellesdal, 2017). En amerikansk undersøkelse hvor Busch og medarbeidere undersøkte selvmord ved, eller kort tid etter innleggelse, viste at 78 % av pasientene som tok livet sitt, hadde benektet selvmordstanker i den siste kommunikasjonen de hadde om dette temaet før selvmordet (Busch et al., 2003).

Nær halvparten av alle personer som dør i selvmord har vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste leveår (Helsedirektoratet, 2018 a). Dette viser viktigheten og potensialet ved selvmordsforebyggende. Tre elementer er sentrale ved selvmordsfare: Vurdering, behandling og beskyttelse (Helsedirektoratet, 2018 a). I kronikken "kan vi redde flere liv?" i tidsskriftet til den norske legeforening, skriver forfatterne Ness, et.al (2020) om selvmordsforebyggende arbeid, med bakgrunn i kunnskap om saker som har blitt meldt inn til Statens helsetilsyn etter at varselordningen ble etablert i 2010. Ness (et al., 2020) henviser til at av 4505 varsler som Statens helsetilsynet har mottatt siden varselordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a ble etablert i 2010, har 2113 kommet fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De fleste av disse gjelder selvmord eller selvmordsforsøk. Ifølge Ness (et al., 2020) er det god dokumentasjon for at behandling av psykiske lidelser, spesielt psykotisk depresjon, og gode behandlingsforløp i helsetjenesten har selvmordsforebyggende effekt. I artikkelen vektlegger Ness et.al viktigheten av å benytte kunnskapsbaserte intervensjoner i det selvmordsforebyggende arbeidet. De skriver at det kan se ut som at det foreligger varierende kompetanse på psykotisk

depresjon, og at denne diagnosen i dag ikke i tilstrekkelig grad fanges opp og behandles (Ness et al., 2020).

Forebygging av selvmord ble et av innsatsområdene i den Nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7» fra 2012. Ved nasjonale samlinger fikk et bredt utvalg av akuttavdelinger opplæring i innføring av en tiltakspakke for å forebygge selvmord. Tiltakene gikk på rask spesialistvurdering etter innkomst (innen et døgn) og iverksetting av beskyttelsestiltak, som ordinerer av observasjon og sikring av rom og omgivelser. Selvmordsrisikovurderinger skulle utføres ved innleggelse, men også før permisjoner, ved overføring til annen avdeling eller ved utskrivelse. Permisjonene skulle planlegges og før utskrivelse skulle det sammen med pasienten utarbeides en kriseplan, og evt time for poliklinisk oppfølging skulle gis skriftlig. Pårørende og samarbeidspartnere skulle også involveres i utskrivningsprosessen (pasientsikkerhetsprogrammet.no).

I regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025), med undertittelen «ingen å miste» fremmer regjeringen en nullvisjon for selvmord. Visjonen blir beskrevet som noe å strekke seg etter, og et signal til helsetjenestene om å prioritere det selvmordsforebyggende arbeidet. Regjeringen fastslår i handlingsplanen at selvmord fortsatt ikke fanges opp og forebygges i tilstrekkelig grad i spesialisthelsetjenesten. I planen står det at kunnskap om selvmord indikerer forskjeller mellom behandlingsstedene i vurdering og oppfølging av selvmordsrisiko, både institusjonelt og på individnivå. Planen definerer tiden etter utskrivelse fra døgnopphold som høyrisikoperiode for selvmord og poengterer viktigheten av at pasienter får riktig behandling for underliggende psykiske lidelser. Videre settes fokus på helhetlige pasientforløp, god kommunikasjon mellom tjenestenivåene, og at pårørende involveres og får tilstrekkelig informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

#### 4. Helsepolitiske føringer

Spesialisthelsetjenesten i Norge har gjennomgått store endringer etter sykehusreformen i 2002, hvor det ble innført statlig eierstyring og opprettelse av regionale helseforetak.

Helseforetakene drives i dag etter statlig eierskapsmodell og får føringer via lovgivning,

oppdragsdokumentet og ved de regionale foretaksmøtene (Arntzen, 2015). Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 (1999) definerer enhetlig ansvar, med en ansvarlig leder på alle nivåer, som ideal for sykehusledelse. Loven tydeliggjør leders ansvarsområde, kvalitetsnivået på helsetjenestene og retter oppmerksomhet på systematisk kvalitetsforbedring. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) vektlegger pasientens rettigheter. Helsepersonelloven (1999) stiller krav til at helsepersonell skal yte faglig forsvarlige tjenester og gi omsorgsfull hjelp. Helsepersonellet skal innhente nødvendig bistand og henvide pasienter videre, der egne kvalifikasjoner ikke strekker til. Helsetilsynsloven (1984) regulerer helsemyndighetenes muligheter til å gjennomføre tilsyn for å kontrollere om sykehusene driftes i henhold til lovverk og forskrifter (Helsedirektoratet, 2018 a).

Internasjonalt er man opptatt av å balansere mellom individuell og organisatorisk ansvarlighet (Wachter & Gupta, 2012). Ifølge denne tenkningen skal personer holdes ansvarlig for sine handlinger, når disse er utført på tvers av faglige standarder og prosedyrer. I Norge i dag representerer dette en gjeldende tenkning og praksis, og Statens helsetilsyn kan etter helsepersonelloven § 11 ilegge administrative reaksjoner overfor helsepersonell og helseorganisasjoner dersom de bryter lovpålagte plikter. Helsepersonell kan gis skriftlig advarsel, suspensjon og tilbakekallelse eller begrensning av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Statsforvalteren kan gi virksomheten frist til å utbedre uforsvarlig eller skadelige forhold. Om ikke forholdene utbedres innen fristen, kan Statsforvalteren sende saken over til Statens helsetilsyn, som kan gi pålegg om å rette på forholdene etter helsetilsynsloven § 8 eller pålegg om stengning, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1. Sykehus kan i henhold til straffeloven §27 ilegges foretaksstraff.

Helsetjenesten skal ha oversikt over områder med risiko for svikt, mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig kvalitetsforbedring. Dette fremgår av § 6d i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. I dette ligger en plikt til å ha rutiner for systematisk gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater.

Gjennomgangen skal identifisere aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd

på regelverk. Risikovurderingen skal skje som en kontinuerlig prosess og anbefales å følge en kjent standard. Målet med kartleggingen er å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, eller områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre og å forebygge svikt og uønskede hendelser.

I veilederen til Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017 a) står det at det å ha en klar organisasjons- og lederstruktur og god oversikt over oppgavene er en forutsetning for å nå mål og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet. Det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Medarbeiderne må i tillegg til å ha kunnskap om egne oppgaver også ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante oppgaver og ansvar. Øverste leder av virksomheten må sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres. Etter alvorlige hendelser bør det gjøres hendelsesanalyser hvor en stiller spørsmål om hva som skjedde, hvordan det skjedde og hvordan forhindre gjentakelse. Hensikten er å oppdage svakheter i organisasjonen, bla innen kommunikasjon, kompetanse, arbeidsmiljø, utstyr, rutiner og retningslinjer, for å kunne iverksette nødvendige tiltak for å forebygge tilsvarende hendelser. Det skal særlig legges vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. I en hendelsesanalyse inngår plan for oppfølging av resultater og videreformidling. Informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Viktighet av å ha kultur for åpenhet og læring av feil er beskrevet i § 8 e i forskriften (Helsedirektoratet, 2017 a). Pasienter, brukere og pårørende har ofte relevant og viktig informasjon om uønskede hendelser og virksomhetens håndtering, og bør ifølge helsemyndighetene involveres i analysene. Ved systematisk forbedringsarbeid er det viktig å forstå årsakene til avvik og uønskede hendelser, bruke informasjonen til å utvikle hensiktsmessige tiltak, og inkorporere læringspunkter i rutiner og prosedyrer (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

## 5. Akuttpsykiatri

De regionale helseforetakene har ansvar for å utpeke institusjoner eller avdelinger som skal ta imot og vurdere pasienter som er i behov av øyeblikkelig hjelp, dvs som har akutte psykiatriske tilstander. Det har vært en politisk målsetting at flere skal få behandling og oppfølging nært eget bosted, og at hovedvekten av behandlingen gis poliklinisk. Antall

døgnplasser i psykisk helsevern for voksne er de senere årene blitt redusert. I 1998 var det 5980 sengeplasser mens det var 3604 i 2021 (SAMDATA spesialisthelsetjenesten, 2018).

Akuttpsykiatri som fagfelt kjennetegnes ved øyeblikkelig hjelp-plikten, jfr. Psykisk helsevernforskriften (2011) § 1 og lov om spesialisthelsetjenester (1999) § 3-1.

Helsevernforskriften § 1 regulerer plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og regulerer også mottakelse av pasienter til undersøkelse eller behandling i helseinstitusjoner eller avdeling som i medhold av spesialisthelsetjenesteloven har plikt til å motta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet (Psykisk helsevernlov, 1999, § 3.3). Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreer når dette er «påtrengende nødvendig», jfr.

spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første og annet ledd. Plikten tar sikte på å fange opp situasjoner som krever øyeblikkelig innsats for å avverge alvorlig helseskade. En pasient som har behov for øyeblikkelig hjelp skal uten opphold mottas i institusjon for nærmere undersøkelse (Helsevernforskriften, 2011).

Når det gjelder behandling av psykiske lidelser, reguleres tvungen behandling i psykisk helsevernlovens kapittel 3. Psykisk helsevernloven § 3.3 første ledd nr 3 inneholder det såkalte hovedvilkåret for tvungen psykisk helsevern, nemlig at det må foreligge en «alvorlig sinnslidelse». Begrepet er et rettslig uttrykk som ikke er identisk med noen klar psykiatrisk diagnose. I utgangspunktet har hovedvilkåret nær tilknytning til psykosene, men også enkelte andre tilstander som for eksempel misbruk av rusmidler kan medføre bevissthemtsmessige endringer av en grad som gjør at tilstanden faller inn under betegnelsen «alvorlig sinnslidelse». (Nasjonale retningslinjer, ROP-lidelser, 2022). Avgjørelsen må foretas etter en helhetsvurdering, hvor ikke bare sykdomstilstanden, men også mulige konsekvenser må tillegges vekt. Ved dette vil avgjørelsen om en pasient kan tas imot etter hjemmel av tvungen psykisk helsevern i stor grad baseres på skønnsvurderinger som gjøres i det enkelte pasientforløp.

### 5.1. Læring av uønskede hendelser

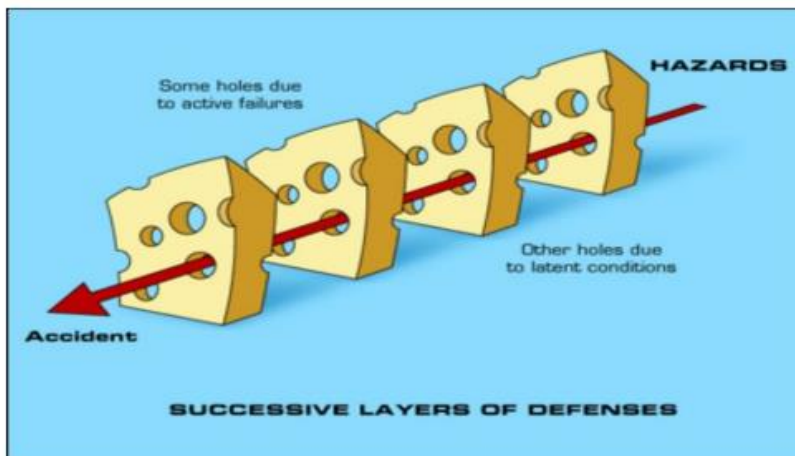
De siste 15-20 årene har kvalitet og pasientsikkerhet fått stadig økende oppmerksomhet i Norge. Det er satt i gang nasjonale, regionale og lokale satsinger, samt forbedringsprosjekter. Nasjonale tiltak er blant annet pasientsikkerhetsprogrammet, etablering av nasjonale



kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer, nasjonale retningslinjer, pakkeforløp og økt fokus på kvalitetsforbedringsarbeid i helsefaglige utdanninger (Helsedirektoratet, 2018 a).

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 –2023, peker på at helseforetakene fortsatt i for liten grad lærer av feil. Handlingsplanen tar opp flere avvik og forbedringsområder som mangler i utredning/behandling, varierende kvalitet på selvmordsrisikovurderinger, svikt i samhandling og mangel på behandlingsplaner/kriseplaner (Helsedirektoratet, 2018 a). Ness et al. (2020) argumenterer for at tilsynssaker viser manglende diagnostisering av psykotisk depresjon. Også praksis for vurdering av samtykkekompetanse ved denne pasientgruppen problematiseres, da grad av samtykkekompetanse kan være varierende og skifte raskt (Ness et al. 2020).

Ifølge Aase (2015) er det å se på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker og arbeidsprosesser, en ideell tilnærming til å forebygge uønskede hendelser. Reason (2000) beskrev det komplekse samspillet mellom organisasjon, arbeidsforhold, organisering av arbeidet og den menneskelige evnen til å oppfatte og reagere på faktorer som påvirker pasientsikkerheten i en modell, «Sveiserostmodellen»:



Bilde 3.1: James Reason sin modell av hvordan en uønsket hendelse oppstår ved å trenge gjennom alle forsvarslagene. Hentet fra: [whatsthepont.blog](http://whatsthepont.blog)

I modellen representerer hver osteskive forsvar, barrierer og sikkerhetstiltak som skal hindre at uønskede hendelser skjer. Dersom hullene legger seg på samme linje, baner dette vei for en uønsket hendelse. Store og små hull i osten illustrerer at skade oppstår når en uønsket hendelse eller feil ikke stoppes på vei gjennom systemet. En uønsket hendelse involverer

oftest ifølge Reason, både aktive og latente feil. Aktive feil viser til glipper, forglemmelser, feil og brudd på rutiner som gjøres av ansatte og som er unngåelige. Latente feil omhandler forhold eller utstyr på arbeidsplassen. Forhold på arbeidsplassen kan være tidspress, underbemanning, utilstrekkelig utstyr, tretthet og uerfarenhet. Utstyr på arbeidsplassen kan være feil ved alarmsystemet, utdaterte og mangelfulle prosedyrer og bygningsmessige svakheter. Latente feil kan ligge i dvale i mange år før de blir oppdaget. Ved å fokusere på latente feil, kan organisasjonen jobbe forebyggende for å minimere sannsynligheten for at en uønsket hendelse skjer (Reason, 2000). Uønskede hendelser som følge av feil kan ifølge Reason sees fra en systemorientert eller en individorientert tilnærming. Den systemorienterte tilnærmingen tar utgangspunkt i at alle mennesker gjør feil, og at feil vil skje, selv i veldrevne organisasjoner. En fokuserer her ikke på feil som en følge av svikt hos enkeltpersoner, men som en konsekvens av uheldige systemforhold som f.eks. mangelfulle eller dårlige lokaliteter, for lav bemanning, mangelfull opplæring og mangelfulle retningslinjer og prosedyrer. Den individorienterte tilnærmingen forklarer feil som følge av enkeltpersoners uoppmerksomhet, dårlig motivasjon, uforsiktighet eller manglende kunnskap. Dersom det ikke tas hensyn til systemperspektivet og den miljømessige konteksten, risikeres ifølge Reason manglende avdekking av viktige forbedringsområder. Ved ensidig vektlegging av den individorienterte tilnærmingen, risikerer man utvikling av frykt, manglende tillit og en dårlig meldekultur (Reason, 2000). Vincent et al. (1998) har videreutviklet modellen til Reason og tilpasset den til helsesektoren. Denne modellen omhandler syv faktorer som påvirker klinisk praksis og pasientsikkerhet og hver av disse faktorene kan forstås som en forsvarsmur og barriere:

<b>Faktor</b>	<b>Eksempler</b>
1. Institusjonell kontekst	Nasjonale føringer
2. Organisasjons- og ledelsesfaktorer	Økonomiske ressurser og organisasjonsstruktur, politiske standarder og mål Sikkerhetskultur og prioriteringer
3. Arbeidsmiljø	Bemanning og ferdigheter Arbeidsmengde Tilgjengelighet av utstyr Administrativ og lederstøtte
4. Teamfaktorer	Verbal kommunikasjon, skriftlig kommunikasjon, tilsyn og behov for hjelp, lagstruktur
5. Individuelle faktorer	Kunnskap og ferdigheter Motivasjon Fysisk og psykisk helse
6. Oppgavefaktorer	Opppgavedesign og tydelighet Tilgjengelighet og bruk av rutiner Tilgjengelighet og nøyaktighet av testresultater
7. Pasientens egenskaper	Tilstand, språk, kommunikasjon, personlighet og sosiale forhold

Tabell 3.1: oversatt fra Vincent et al. 2018

Figuren viser syv faktorer en bør fokusere på når en leter etter mulige årsaker til uønskede hendelser, og kan brukes som et hjelpemiddel for å gjennomføre en bred kartlegging av disse. Ofte kan det finnes feil eller risiko ved flere av de syv faktorene, og sammen bidrar disse til at uønskede eller alvorlige hendelser inntreffer (Vincent et al., 2018).

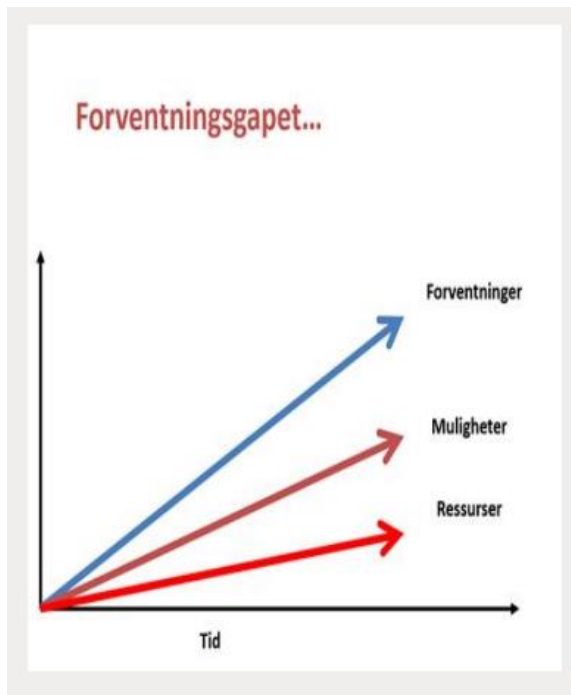
Organisasjoner med høy grad av pålitelighet ser ifølge Reason (2000) mennesker som feilbarlige og forventer at feil gjøres. De er opptatt av å kartlegge risiko og er stadig på søken etter fremtidige feil. Selv om Reason (2000) beskriver at den individorienterte tilnærmingen har vært dominerende innen det medisinske fagfeltet viser nyere nasjonale retningslinjer og veiledere at systemperspektivet har blitt mer fremtredende de siste årene. Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie har også støttet systemperspektivet (Dagens Medisin, 2019).

## 5.2. Uønskede variasjoner i akuttpsykiatrisk behandling?

Å prioritere kan forstås som å rangere, eller sette noe foran noe annet. I helsetjenestekontekst innebærer dette vanligvis å rangere ulike helsetiltak ut fra hvilke som skal få ressurser til å bli gjennomført (NOU, 2014: 12). Den norske helsetjenesten har ulike styrings- eller reguleringsinstrumenter, som direkte eller indirekte påvirker fordelingen av helsetjenester og fordelingen av ressurser. Disse inkluderer blant annet juridiske (lover og forskrifter), økonomiske (budsjetter, aktivitetsbasert finansiering), kliniske anbefalinger og retningslinjer, kontrollsystemer (rapporteringskrav og tilsyn) og strukturell eller organisatorisk styring (funksjons og oppgavefordeling, reformer). Prioriteringer av helsetjenester er en nødvendig, men ofte vanskelig og kompleks utfordring. Mange klinikere opplever det vanskelig å akseptere prioritering når det gjelder eget fagområde og egne pasienter (Teig & Wester i Aasen et al., 2018).

Helsedirektoratet fastsetter strategiske mål for helsetjenesten i veileder IS- 1502, «og bedre skal det bli!»: hvordan kommer vi fra visjoner til handlinger?: praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten» (2007): Tjenestene skal ha god kvalitet, være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, og være tilgjengelige og rettferdig fordelt. Befolkningen skal ha lik tilgang til tjenester av god kvalitet uavhengig av bosted, inntekt, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Politisk målsetting er å oppnå mest mulig helse for pengene, lik tilgang for like behov og å redusere ulikhet i helse. Behov for helsetjenester bygger på flere forhold enn hvilken sykdom pasientene har, blant annet alder, sosioøkonomiske forhold, helsesrelaterte forhold og bolig (Olsen, 2017).

Mange av pasientene som innlegges akuttpsykiatriske avdelinger har sammensatte og komplekse lidelser, som kan kreve utredning og behandling over tid, samt mulighet til samarbeid med andre behandlingsinstanser både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunal helsetjeneste. Pasienter, pårørende, helsepersonell og samarbeidspartnere kan ha ulike forventninger til behandlingen. Ifølge Olsen (2017) vil mulighetene som den medisinske-tekniske utviklingen gir, alltid overstige de ressursene som helsetjenesten disponerer, her vist:



Figuren illustrerer at forventninger til helsetjenestene og mulighetene innen helsetjenestene alltid overstiger de ressursene helsetjenestene har tilgjengelig. Dette gapet påvirkes bla av demografi, sykkelighet i befolkningen og pasientenes forventninger (Olsen, 2017).

Prioriteringer er forskriftsfestet ved prioriteringsforskriften (2000), og føringer for prioriteringer er fastsatt blant annet i Stortingsmelding 34, «Verdier i pasientens helsetjeneste» (2015-2016). Prioriteringsveilederen er en faglig veileder, og ikke bindende for tjenesteyteren. Den beskriver helsemyndighetenes fortolkning av regelverk og oppfatning av god faglig praksis i prioriteringsarbeidet. Det spesifiseres i veilederen at tjenesten bør basere evt avvik fra anbefalinger på en konkret og begrunnet vurdering (Meld.St.34, 2015-2016).

Helsepersonell har en avgjørende rolle i prioriteringer på klinisk nivå, og har et stort handlingsrom i utøvelse av faglig og etisk skjønn. Ifølge Stortingsmelding 34 er skjønnsutøvelse, med de forskjeller dette vil medføre i behandlingen, argumenter for å utarbeide klarere og fastere retningslinjer for prioriteringer innen psykisk helsevern. Kompleksiteten i pasientgruppen gjør det derimot vanskelig å utarbeide spesifikke faglige retningslinjer. For faste retningslinjer vil kunne være et hinder for bruk av skjønn der dette er hensiktsmessig eller nødvendig (Meld.St.34, 2015-2016).

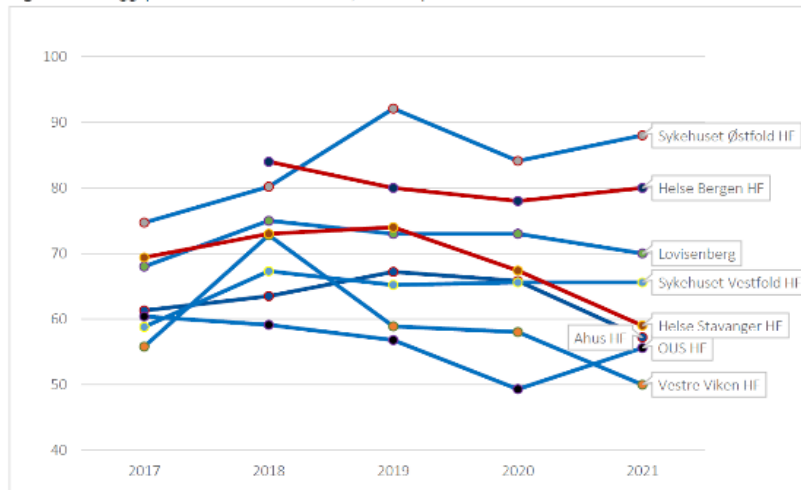
Morten Magelssen ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, har pekt på at selv om de fleste leger i prinsippet aksepterer prioritering i helsetjenestene, er prioritering likevel omdiskutert (Meld. St 34, 2015-2016). Magelssen hevder at hvordan prioriteringsspørsmål fremstilles kan ha betydning for helsepersonells respons. En bekymring er om eksplisitt prioritering på klinisk /faglig nivå skader tilliten i relasjonen mellom helsepersonell og pasient/bruker. Ifølge Magelssen er det på klinisk nivå risiko for målkonflikter dersom samfunnets, politikernes eller ledernes føringer ikke i tilstrekkelig grad gir plass til skjønnsutøvelse og nærhetsetiske intuisjoner. Magelssen stiller spørsmål om myndighetenes prioriteringer strider mot helsepersonells profesjonsetikk, og argumenterer for at helseinstitusjonene bør øke fokus på prioriteringsarbeid for læring og erfaringsdeling (Meld. St 34, 2015-2016).

Statusrapport for akuttpsykiatri 2021 utarbeidet av Akershus Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus og Akuttnettverket viser en oversikt over belegget ved ulike akuttpsykiatriske avdelinger. Det er en opplevelse i fagområdet at en del av pasientene som innlegges i dag har et høyere symptomtrykk enn for noen år tilbake og at det er mangel både på akuttpsykiatriske plasser og døgnplasser for behandling over tid, særlig for pasientene med de alvorligste lidelsene. (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021).

Rammene fagfeltet jobber innenfor er under stadig endring, både knyttet til endring i lovverk, politiske føringer og bevilgninger. I 2017 ble lov om Psykisk helsevern endret ved at det ble innført begrepet manglende samtykkekompetanse som vilkår for å kunne underlegge personer tvungen psykisk helsevern. Det ble også innført utvidet undersøkelsestid før eventuell tvungen medisinerings. Hensikten med endringene har vært å styrke pasientenes rettigheter og gi økt frivillighet i behandlingen. Det har de senere årene blitt diskutert hvilke konsekvenser de ulike endringene har medført for de alvorligst syke pasientene som trenger akutte innleggelser, deres pårørende og for ansatte som ivaretar denne pasientgruppen (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021).

Statusrapport Akuttpsykiatri 2021 gir oversikt over belegg og liggetid ved ulike Psykiatriske sykehus i Norge. Rapporten viser store variasjoner i belegg og liggetid:

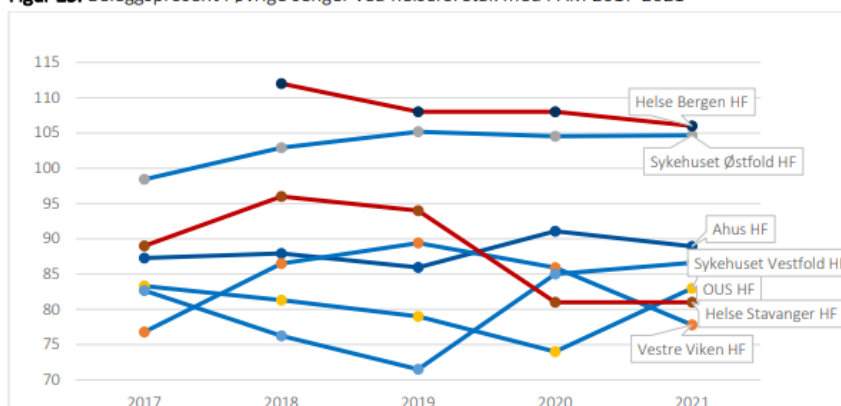
Figur 22. Beleggsprosent i PAM 2017-2021, fordelt på helseforetak\*



\*Helse Bergen HF har ikke levert tall for 2017.

Figur 22 viser beleggsprosent i Psykiatriske akuttmottak ved ulike helseforetak i perioden 2017-2021 (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021).

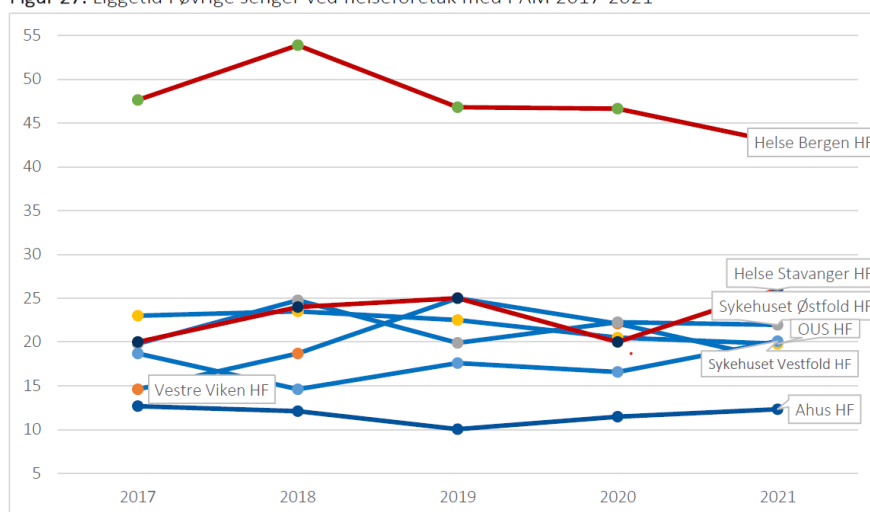
Figur 25. Beleggsprosent i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021\*



\*Lovisenberg er ikke med da sengene fyller både en akutt- og intermedisærfunksjon.

Figur 25 viser beleggsprosent i øvrige senger ved helseforetak med Psykiatriske akuttmottak. (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021).

Figur 27. Liggetid i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021



Figur 27 viser gjennomsnittlig liggetid i øvrige akuttavdelinger ved sykehus som har Psykiatriske akuttmottak i perioden 2017-2021 (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021).

Det finnes ingen klart definert norm for anbefalt prosentbelegg eller anbefalt liggetid innen psykisk helsevern, verken ved psykiatriske akuttmottak eller ved øvrige seksjoner/enheter (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021). Rapporten viser stor variasjon i liggetid. Den systematiske variasjonen i liggetid som ikke kan forklares ut fra tilfeldigheter eller kjennetegn ved pasientene, regnes som uønsket, og indikerer at tjenestene ikke er likeverdig fordelt (Olsen, 2017). Ifølge Olsen kan uønskede variasjoner bety både at det er underforbruk og overforbruk av tjenester. Kunnskap om variasjoner er viktig for å kunne se nærmere på forholdet mellom helsepolitiske vedtak og kliniske beslutninger (Helseatlas, 2020). Kunnskapen reiser spørsmål knyttet til uønsket variasjon, ulik målforståelse, prioriteringer og effektivitet (Olsen, 2017).

Overfylte avdelinger utgjør en trussel mot pasientsikkerheten og mot trygge arbeidsforhold for ansatte (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021). Høyt belegg kan gå utover behandlingen av pasientene, da ressurser og personell spres på flere og fordi oppmerksomheten på å frigjøre senger for nye pasienter påvirker behandlingen.

Akuttpsykiatriske avdelinger erfarer utfordringen med høy sosial tetthet mellom pasienter og



den risikoen det utgjør for uønskede hendelser i seksjonene/enhetene (Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus, 2021).

Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie foreslo i 2020 en nullvisjon for selvmord. Høie begrunnet nullvisjon med at samfunnet og hjelpeapparatet er pliktige til å lære av det som skjer og hele tiden strekke seg etter bedre forebygging av selvmord. Høie uttalte at en må se grundig på hvert eneste selvmord for å finne ut hva som skjedde og hvordan det kunne blitt forhindret (Hafstad, 2019).

Ness et al. (2020) skriver at for å unngå urealistiske forventninger om at alle selvmord kan forhindres, er det viktig å erkjenne at pasienter som behandles i psykisk helsevern, vil kunne ta livet sitt uten at dette alltid skyldes svikt i helsetjenesten. Malkomsen & Solberg (2022) argumenterer i kronikken «Psykiatriens forventningskrise» at nullvisjoner bør unngås, da ikke alle psykiatriske dødsfall kan forhindres. De argumenterer for at psykiatrien mangler føringer for når behandling bør avsluttes, spesielt i de mest alvorlige tilfellene. Hovedproblemet med en nullvisjon er at den ikke vektlegger kostnadene, både de økonomiske og moralske. Mengden av tvang og overbehandling som må til for å kunne innfri en nullvisjon er ifølge Malkomsen & Solberg, trolig langt over det samfunnet ønsker og psykiatrien trenger en intern forventningsavklaring.

## 6. Teoretisk rammeverk og litteratur

### 6.1. Kommunikasjon

Ved å utforske hvilken betydning og mening samhandling har for de enkelte, kan en bedre forstå kommunikasjon som kulturelle møter (Orvik, 2015). Uttrykket semiotikk kommer fra det greske ordet semion, som betyr tegn og forklarer hvordan mening oppstår og blir utvekslet med andre. Tegn kan være et ord, en tekst, en gjenstand en handling eller en hendelse. Tegn blir sosialt konstruert av mennesker og kan bare forstås i lys av hvordan mennesker bruker dem. Medlemmer av en kultur kommunisere i koder, hvor ulike koder gir ulikt meningsinnhold. Ulike koder i ulike kulturer kan gi utfordringer i kommunikasjonen (Fuglestad & Mørkeseth, 1992 i Orvik, 2015).

Bakhtin (1895-1975) har påvirket forskningsfeltet rundt dialog og organisasjonsstudier.

Ifølge Bakhtin påvirkes dialogen av skillet mellom det faglige, utøvende og ledende diskurs.

Han mente skillet kunne skyldes mangel på et felles språk. Bakhtin skilte mellom dialogisk og dialektisk interaksjon for å belyse og forstå hvordan anvendelse av føringer kan være problematiske i helseinstitusjoner. Han så dialekter som to monologer (teser og antiteser) som skilte seg fra den genuine dialogen. I en monologisk verden blir en tanke enten bekreftet eller forkastet. Dialektisk kommunikasjon produserer og forsterker distanse mellom gruppene.

Bakhtin så på dialog i en sosial konstruksjon, som oppstår via interaksjon og fremspring av identiteter. Dialog kan bidra til å utfordre og endre lederens selv-identitet og praksis.

Deltagere i dialogen kan påvirke konstruksjonen av virkelighet som kan være omstridt og differensiert. Dialog er ifølge Bakhtin en felles, gjensidig, grunnleggende bygging av konsensus, hvor dialogen, rammene og forutsetninger endres over tid. For Bakhtin er språk dialogisk når de krysser og influerer hverandre. Effektiv dialog er basert på en intensjon om å bygge en felles/gjensidig interesse. Ved denne intensjonen er det et tilstrekkelig likeverd mellom partene til å starte en dialog. Likeverdet er forventet å øke gjennom den dialogiske prosess (Bakhtin, 1986). For Bakhtin er dialog alltid uavsluttet, i prosess, og innebærer alltid mulighet for endring. Dette samsvarer med hans syn på selvet og fellesskap som stadig tar form og aldri slutter å ta form. Ekte forståelse gjennom dialog er ifølge Bakhtin kun mulig om det er en gjensidig moralsk forpliktelse. Det krever at det er vilje til å lytte, og vilje til å ta den andres følelser og verdier innover seg (Dysthe & Igland, 2001). Genuin dialog kan bli brukt som et mål for å utvikle en mer likeverdig interaksjon, og i den betydning er det både en metode og et resultat. For å oppnå genuin dialog bør en begynne med å etablere en lokal setting for dialog (Orvik, 2015).

## 6.2. Læring/ Organisasjonslæring

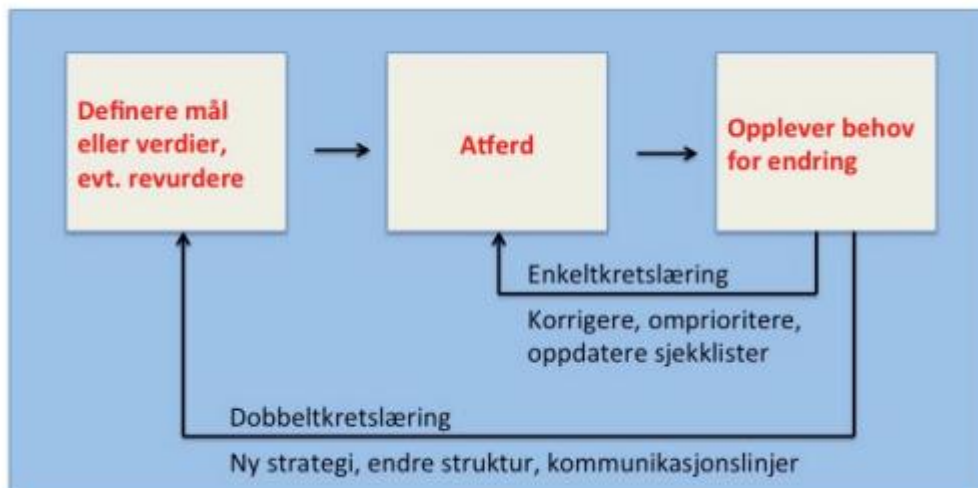
Filosofen John Dewey (1938) definerte forestillingen om læring som en prosess, og skrev om læring som undersøkelse/granskning og refleksjon. Deweys arbeid har hatt stor betydning for senere læringsteorier. Levitt og March (1988) definerte organisasjonslæring som utfallet av en prosess i organisasjoner, en kodifikasjon av tidligere handlinger og erfaringer til nye rutiner som leder til adferd. James March (1991) introduserte skillet mellom utnytting og utforskning innenfor organisasjonslæring. Ifølge March handler utnytting om at organisasjoner fortsetter å arbeide slik de har gjort, og at de systematisk iverksetter inkrementelle forbedringer basert på eksisterende kunnskap. I motsetning til dette handler utforskning om å søke etter ny kunnskap

og mer radikale forbedringer (Levinthal & March, 1993). Albert Bandura har vært viktig i utviklingen av teorien om sosial kognitiv læringsteori (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Ifølge Bandura er læring i en sosial kontekst er en aktiv kognitiv prosess hos den enkelte, hvor informasjon blir selektert, silt, tilpasset og organisert. Sosial kognitiv læringsteori kan derfor tolkes som en dynamisk prosess hvor medlemmene lærer fra hverandre i et samspill og hvor kommunikasjon har en sentral rolle.

Organisasjonslæring er en forutsetning for organisatorisk kompetanse og dermed kompetente ledere og medarbeidere (Filstad, 2016). Organisasjonslæring skjer i praktisk arbeid, gjennom kunnskapsdeling, kunnskapsutvikling og endring. Strategisk organisasjonslæring viser til organisasjonslæring i henhold til organisasjonens overordnede visjoner, strategier og mål.

Amy C Edmondson (2019) ser på læring som den kontinuerlige prosessen av refleksjon og handling, karakterisert ved å stille spørsmål, søke tilbakemeldinger, eksperimentere, reflektere over resultat, diskutere feil eller uventede utfall av handlinger. For at team skal oppdage gaps i planer eller målsettinger og gjøre dertil ønskede endringer, må teammedlemmene teste antagelser og forutsetninger og diskutere ulikheter i meninger åpent i gruppen. Det å spørre om hjelp, innrømme feil og be om tilbakemeldinger (feedback) øker muligheter for å rette opp i feil og skape forbedring. Det kan oppleves truende eller skremmende, da det kan blottlegge personen, teamet eller organisasjonen, og sette fokus på feil, mangler eller forbedringsområder.

Argyris & Schön (1978) definerer læring som en prosess for identifisering og korrigerende av feil. De anså at en ideell tilnærming til forebygging av uønskede hendelser er å se på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker og arbeidsprosesser. Argyris & Schön utviklet en modell for læring hvor de skilte mellom enkeltkretslæring og dobbelkretslæring. Ved enkeltkretslæring oppdages og korrigeres en uønsket hendelse, slik at det ikke skjer igjen i den samme type arbeidsoperasjon. Ved dobbelkretslæring stilles spørsmål ved selve måten å utføre arbeidsoperasjonen på, og det vurderes om den bør endres:



### Enkelkretslæring og dobbelkretslæring

Figuren viser at uønskede hendelser danner grunnlag for både enkel- og dobbelkretslæring. Dobbelkretslæring er mer krevende og krever møteplasser og rom for felles refleksjon. Læring av uønskede hendelser kan sees som en trestegs prosess: 1. etablere system og prosedyrer for innsamling av informasjon om avvik, 2. analysere informasjonen for å finne underliggende årsaksforhold, 3. ledere bruker informasjonen og initierer sikkerhetsforbedringer. Det vektlegges at det skal benyttes en systemtilnærming i forebygging, analyse og læring, og en åpen kultur for rapportering og diskusjon av uønskede hendelser. Ved systemtilnærming forsøker en å fange opp uønskede hendelser før de får alvorlige konsekvenser (Argyris & Schön i Bolman & Deal, 2018).

Lovgivningen krever risiko- og sårbarhetsanalyser- i helsesektoren. Dette betyr at en må avklare sannsynligheten for at uønskede hendelser skal skje, hvilke konsekvenser det kan få, om hendelsene kan forebygges, og hvilke beredskap man bør ha om det likevel skjer (Arntzen, 2015). Arntzen skriver at risikoområder innen psykisk helsevern kan være utskrivelse av potensielt farlige pasienter eller pasienter som kan komme til å skade seg selv. Ifølge Arntzen må risikoområder sikres gjennom planlagte oppfølgingspunkter og ved å melde avvik om ikke planlagte rutiner er fulgt. Dersom det viser seg at rutinene ikke er gode nok, må disse forbedres.

### 6.3. Faktorer som påvirker individuelle læringsprosesser

Forskning har vist at det å åpent diskutere problemer er avhengig av i hvilken grad individene i organisasjonen anser identifikasjon av feil eller mangler som en trussel (Argyris, 1982).

Opplevelsen av trussel kan begrense problemløsende aktiviteter eller diskusjoner. Trussel bidrar til reduksjon av både kognitiv og atferdsmessig fleksibilitet og muligheter til å respondere. En har en tendens til å handle på måter som begrenser læring når en står overfor en potensiell trussel eller blamering.

Læring kan forbindes med usikkerhet fordi man går fra noe som er kjent til noe som i utgangspunktet er ukjent. Jean Piaget brukte begrepet «disequilibrium» i sin teori om utvikling og læring. Begrepet beskriver tilstanden hvor et individ opplever manglende forståelse av observerte fenomener. Konsekvenser av å erkjenne manglende forståelse, er videre opplevelse av nyhet, som igjen er forbundet med usikkerhet. Mennesker reagerer forskjellig på opplevelse av nyhet og usikkerhet. Enkelte kan reagere med nysgjerrighet, andre kan oppleve det ubehagelig (Martinsen, 2020).

Kunnskap fører ikke automatisk til læring og endring av praksis. Noe av årsaken kan skyldes kompleksiteten av årsaksforhold, og at man ikke involverer alle involverte aktører eller enheter (Aase, 2015). Selv om det finnes mye litteratur om læring på individ og organisasjonsnivå, samt mye detaljert informasjon fra uønskede hendelser og mulige årsaksforklaringer, viser forskning at læring etter uønskede hendelser er begrenset (Drupsteen & Guldenmund, 2014). Årsaker kan ifølge Drupsteen & Guldenmund være underrapportering av hendelser, manglende evne til å identifisere latente forhold, søken etter en syndebukk eller politiske eller organisatoriske avgjørelsesprosesser. Noen av utfordringene ved manglende læring er knyttet til struktur og kommunikasjon i organisasjonen. Ensidig fokus på de største, alvorlige hendelsene, hvor de i mindre grad fanger opp mindre hendelser, som gjerne ved tilfeldigheter ble fanget opp, hindrer læring. I beste fall oppnås det læring for å forebygge tilsvarende hendelser. Mangelfull kartlegging av årsakssammenhenger, medfører feil andre steder eller ved andre prosesser i organisasjonen. For å lære av hendelser, må organisasjonen erkjenne problemet, og ha en klar forståelse av prosessen som kreves for å etablere endringer (Drupsteen & Guldenmund, 2014). Ifølge Senge (2006) må aktørene kunne se seg selv som både en del av problemet og en del av svaret for å utvikle seg til en lærende organisasjon. Aktørene må se seg selv som en del av utviklingen av organisasjonen fremfor å fordele skyld utenfor seg selv. God læring i organisasjoner synes betinget av en tilstrekkelig flat struktur

(Jacobsen & Thorsvik, 2007) med lite innslag av byråkrati (Hatch, 2001). Viktigheten av ledelsesforankring og mobilisering av forbedringsinitiativ i personalgruppen har vært førende i forbedringsmetodikken i sykehusene de siste årene, blant annet forankret ved den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det er økte forventninger til mellomledernes rolle som agenter i forbedringsarbeid (Rydland, 2018). Åpenhet hos leder gjør at ansatte tør å stå frem med feil, og bidrar til engasjement (Edmondson, 2019). Forbedringsarbeid krever at det settes av tid og ressurser, og at ansatte får nødvendig opplæring i forbedringsmetodikk (Ogrinc et al, 2012).

### 6.3.1. Tillit

Tillit kan defineres som forventningen om at andres fremtidige handlinger vil være gunstig i forhold til egne interesser, i den grad at en er villig til å være sårbar ift disse handlingene. (Mayer, Davis and Schoorman, 1995; Robinson, 1996 i Edmondson, 1999). Grimen (2001) skriver om sammenhenger mellom tillit og makt. Han tar utgangspunkt i statsviteren Mark Warrens (1999, s. 311) definisjon av tillit (trust): *«a judgement, however tacit or habitual, to accept vulnerability to potential ill will of others by granting them discretionary power over some good»*. Ved tillit til en annen person, åpnes et handlingsrom som man forventer den andre vil bruke i samsvar med ens egne ønsker, interesser og vilje. Tillit har en retning som er definert av det tillitsgiveren forventer seg. Avsender er sårbar overfor andres mulige vonde vilje, men forventer at viljen er god. Tillit er ofte definert i kontrast til makt, men en som inngir tillit skaper en relasjon som også åpner for makt. Ifølge Grimen kan det å ha makt overfor en annen person defineres som å ha kontroll over noe den andre er interessert i, mens den andre ikke kontrollerer noe den første har interesse i. De to kan da ikke bytte kontroll og interesse. En slik asymmetri kan skape makt (Grimen, 2001).

Grimen (2001) skriver at Warrens definisjon viser at å gi tillit kan skje både ovenfra eller nedenfra. Å trekke inn makt kan gi et rikere analyseapparat for å skjønne utviklingen av tillitsrelasjoner. I en del maktdefinisjoner kan makt bygge på tillit, blant annet Webers (1976) klassiske definisjon, der en persons makt er sjansen eller evnen til å sette viljen sin igjennom i en sosial relasjon, også om han møter motstand, uavhengig av hva denne sjansen eller evnen bygger på. Da kan makt hvile på tillit, fordi tillit kan la en person få viljen sin uten motstand.

Mange definisjoner av tillit knytter sammen tillit, makt og det å være sårbar: Tillit er selvutlevering, idet der ligger en forventning om at den andre tar imot den viste tillit og dermed foretar seg noe. I det ligger en etisk fordring om at makten i relasjonen forvaltes på en måte som øker den andres handlingsrom. Denne koblingen fins fordi en type maktrelasjon og en type tillitsrelasjon har lik indre struktur (Grimen, 2001).

Legitim autoritet kan også skape tillit. Autoriteten bygger på at man godtar grunnlaget makten bygger på. Dette vises typisk der en person kan sette viljen sin igjennom i sosiale relasjoner uten å møte motstand. Graden av tillit kan variere med grunnlaget for legitimiteten. Det finnes tre mulige årsaker til at makt kan skape tillit: tvang til lojalitet, aksept av legitimitet og tro på effektivitet. Har en person ingen alternativ, eller godtar en annens makt som legitim, eller tror en annen person er effektiv, kan dette være grunner til å overføre makt til vedkommende. Det kan være dette en person bygger på, når han vurderer å bli mer sårbar overfor en annen person sin mulige vonde vilje. Forvitret dette kan tilliten forvitte. Årsaker til forvitring kan være gjenvinning av valgfrihet, avvisning av legitimitet og manglende effektivitet. Når tidligere grunnlag for tillit svikter, må tillit bygges og pleies i hvert unike møte (Grimen, 2001). Videre sier Grimen at tillitsgiveren også kan være sårbar overfor god vilje med blandede motiv. Blandede motiv kan være mer utbrett hos mellompersoner, som mellomledere. Mellomledere må ta hensyn til flere ulike og kanskje motstridende ønsker, og møter dermed krysspress i forhold til valg eller handling. Tillitsgiveren er sårbar når han mangler garanti mot at mottakeren vil misbruke det han får kontroll over. En slik garanti mangler ifølge Grimen i de fleste tillitsrelasjoner.

### 6.3.2. Psykologisk trygghet

Amy C. Edmondson introduserte begrepet psykologisk trygghet. Hun har forsket på psykologisk trygghet og sammenfattet funnene i boken «The Fearless Organization» utgitt i 2019. Ifølge Edmondson starter læring, innovasjon og teameffektivitet med psykologisk trygghet. Hennes forskning viser at psykologisk trygghet er selve fundamentet for organisasjonens prestasjoner. Edmondson skriver at arbeidet må skape mening, de ansatte må påminnes egen betydning for å nå mål, og de må påminnes risikoene for at det gjøres feil. Lederen må videre invitere til deltagelse ved å kommunisere at man som leder trenger hjelp i form av innspill fra de ansatte. Til slutt må lederen respondere produktivt ved å omfavne,

anerkjenne og takke for innspill. Spesielt viktig er det å respondere på innspill som skiller seg ut fra allmenn oppfatning. Psykologisk trygghet handler ifølge Edmondson om å tåle og håndtere ulike meninger og motsetninger. Edmondson viser til et forskningsprosjekt innen sykehussektoren, hvor teamet som rapporterte flest feil hadde den største psykologiske tryggheten. Tryggheten bidro således til at feilene kunne rettes og organisasjonen kunne lære av det. Hun trekker frem den personlige risikoen hver enkelt tar når de fremmer forslag som avviker fra det resten mener. Frykten for negative reaksjoner fra kollegaer eller ledelse medfører at en ofte ikke bidrar med alle tanker og ideer.

Edmondson sier det er et ledelsesansvar å sikre at den nødvendige tryggheten er til stede og åpne opp for produktive diskusjoner, hvor alle synspunkter og ideer kommer frem. Det er ifølge Edmondson viktig at hensikten og meningen med arbeidet er godt forankret og at alle forstår viktigheten av dette. I tillegg må det etableres en kultur for åpenhet. Når ansatte er frie til å ytre seg, spørre om hjelp og er åpne om egne feil, bidrar dette til både personlig og organisatorisk læring og forbedring. At risikoen ved pasientbehandlingen åpent diskuteres i teamet rundt pasienten skaper også psykologisk trygghet. Innovasjon vil også bli styrket under slike forhold, typisk som et utkomme av idemyldring (Edmondson, 2019).

## 7. Organisasjonen

De psykiatriske sykehus har gjennomgått ulike endringsprosesser, blant annet ved å gå fra faglig ledelse til profesjonell ledelse (Bolman & Deal, 2018). Organisasjonsstrukturen har blitt endret med påfølgende endring i stillingsinstrukser, ansvarsområder og myndighet. Der behandlerne tidligere i stor grad hadde makt til å fastsette og definere pasientbehandling i egen avdeling, blir det nå i større grad styrt av lovverk, fastsatte standarder og føringer fra ledelse og tilsynsmyndigheter. Skjønne må anvendes der det ikke er helt klare regler og adekvat behandling krever tilpasning til den enkelte pasient. Hvor spesifikke og faste behandlingsretningslinjene er, påvirker profesjonenes makt til å fastsette individuelle behandlingsforløp. Som leder balanserer en mellom det å bruke makt for å påvirke behandlingsforløp, og det å vise tillit til skjønnsvurderingene som gjøres (Grund, 2006).



All reorganisering betyr endring i maktforhold. Ansatte kan oppleve redusert autonomi eller mulighet til å gjøre individuelle skjønnsvurderinger. Dette kan bidra til motstand mot endringer. Lederes forarbeid og fokus på relasjonsbygging og nettverk kan påvirke resultatet. Konflikter kan skyldes motsetningsfylte krav og forventninger, uklare roller eller stress. Det kan være konflikter knyttet til sak eller person, lederskap eller organisasjonskultur. Konflikter kan ha ulike tema, som uenighet om mål, relevante midler og hensiktsmessige arbeidsmåter. Det kan være uenighet om hvem som skal gjøre hva, når og i hvilken rolle. Gjensidig avhengighet mellom nivåer i helsetjenesten, avdelinger, grupper eller enkeltpersoner kan gjøre at noen ikke får gjort mer eller bedre arbeid enn det andres innsats tillater (Grund, 2006).

### 7.1. Organisasjons- og ledelsesstruktur og betydning for læring av uønskede hendelser

Moderne organisasjonsstruktur har sitt utspring i Fredrik W. Taylors teori om vitenskapelig ledelse (scientific management) og Max Weber sin strukturteori om organisasjon (Grund, 2006). Offentlig ledelse har vært preget av en hierarkisk linje og kan beskrives som et byråkrati av regler, prosedyrer, dokumentasjon og overvåking. Byråkratisk kontroll er avhengig at det finnes et autoritetshierarki (Grund, 2006). Endringer av organisasjonsform, kunnskapsform og standardisering bidrar til nye og endrede krav til profesjonelle, pasienter og pårørende. Videre medfører dette nye etiske utfordringer og endringer av prioriteringer. Ifølge Larsen (et al., 2017) er det ofte tilfeldig hvem som erobrer retten til å definere og utvikle nye institusjonelle løsninger. Det hersker dermed en form for vilkårlighet, og prosessen kunne fått et annet utkomme under andre betingelser. Dagens maktfordeling er et produkt av en lang historisk sosial prosess (Larsen, et al., 2017)

Ifølge Yukl (2019) kan ledelsesbegrepet vanskelig skilles fra begreper som makt og autoritet. Både Weber og Foucault har drøftet at begrepene makt og autoritet går over i hverandre. Den effektive og aksepterte makt fremtrer nettopp som autoritet, det å bli adlydt uten at det stilles spørsmål. Dette er kjernen i Foucaults utlegning om hvordan makt fremtrer i moderne institusjoner. Gjennom ordninger som disiplinerer individene, internaliseres disse (Grund, 2006). I et ledelsesperspektiv er makt og tillit internt avhengige av hverandre. Foucault beskriver makt som produktiv (Grue, 2015).

Klinisk arbeid krever samhandling. Innslaget av ulike profesjoner på arbeidsplasser, i grupper eller team kan være resultatet av konkurranse og kamp mellom profesjoner om domenyndighet over tid. Helsepersonell har et flerdimensjonalt ansvar som i tillegg til faglig, etisk og juridisk ansvar også bidrar til organisasjonens eller enhetens videre utvikling (Orvik, 2015). Alle oppgaver som utføres har konsekvenser for organisasjonens verdier og mål. Ifølge Orvik kan man dermed si at alle ansatte har et generelt ledelsesansvar. En trenger i tillegg kliniske ledere med et tydelig mandat, myndighet og systemansvar. Det generelle og det spesifikke ledelsesansvaret utfyller hverandre. Kompetanse i ledelse, organisering og samarbeid er nødvendig for å sikre at pasientene får koordinerte og trygge helsetjenester (Bolman & Deal, 2018).

## 7.2. Tverrprofesjonell samhandling

Forskjellen på flerfaglighet og tverrfaglighet er blant annet graden av forpliktelse og involvering i hverandres arbeid (Orvik, 2015). Innen psykisk helsevern er ofte samhandlingen med andre faggrupper mer forpliktende og involverende, med en arbeidsform preget av felles målsetting og tilnærming som team. Orvik skriver at en fleksibel og dynamisk oppgavefordeling mellom ulike profesjoner, kan gjøre arbeidet mer effektivt. Han viser til blant annet økt pasientsikkerhet og reduksjon av forsinkelser i behandlingen ved enkeltansattes fravær. Orvik bruker begrepet interdisciplinarity og transdisciplinarity om interaktivt samarbeid. Interdisciplinarity innebærer en interaktiv anstrengelse, et forpliktende arbeid der involverte parter bidrar aktivt i arbeidsgrupper eller team. Arbeidet kan gi synergieffekter over tid, da gruppen utvikler en ny og felles kompetanse som er større enn summen av de enkeltes bidrag. Behandlingsplan og overflytting av pasienter til andre tjenesteledd baseres på felles beslutninger mellom involverte faggrupper. Transdisciplinarity er en avansert form for tverrfaglighet, kjennetegnet av felles teamtilnærming og kompetanseutvikling, hvor helsepersonell overlapper hverandre i forhold til arbeidsoppgaver. Det forutsetter at helsepersonell i tillegg til å være spesialister på sine avgrensede felt også er generalister og ledere. En slik avansert arbeidsform kan være nødvendig for å skape tjenesteinnovasjon, eller i møte med pasienter med svært komplekse og uavklarte hjelpebehov. (Orvik, 2015). Teammedlemmer og ledere kan være skviset mellom ivaretagelse av kvalitet i pasientbehandlingen, økende krav til kostnadseffektivitet, og tid og muligheter til å ivareta faglig og personlig integritet (Orvik, 2015). Dette kan resultere i verdikonflikter og vurderingskonflikter. En verdikonflikt kan innebære at ulike ansatte vektlegger verdier ulikt.

En vurderingskonflikt kan oppstå når ulike ansatte gjør ulike vurderinger av samme fakta. Dersom konflikten i tillegg omhandler bruk av teamets knappe ressurser, kan det ifølge Orvik oppstå en prioriteringskonflikt eller en ressursfordelingskonflikt.

Psykologisk sikkerhet i team er definert som en delt oppfatning av trygghet i forhold til individuell risiko. Psykologisk sikkerhet er nødvendig for å føle seg trygg og i stand til endring (Mayer et al., 1995; Robinson, 1996 i Edmondson, 1999). Psykologisk sikkerhet i team går lengre enn mellompersonlig tillit da det også innebærer gjensidig respekt som gjør at ansatte kan være seg selv. For at psykologisk sikkerhet i team skal være gjeldende på gruppenivå må det karakterisere teamet som helhet, og ikke kun de individuelle medlemmene (Edmondson, 2019).

Kritisk refleksjon er en undersøkende og spørrende tilnærming som er drivende i sosiale, institusjonelle og individuelle forandringsprosesser (Larsen, et.al., 2017). Ifølge Larsen et al. innebærer kritikk at man ønsker utvikling. Kritiske tilnærminger innebærer ikke nødvendigvis å kunne foreslå løsninger, men å vise sammenhenger og kompleksitet.

## 8. Metode

### 8.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er valgt med utgangspunkt i at problemstillingen søker å beskrive karaktertrekk ved opplevelsene ved et sosialt fenomen. Kvalitativ forskning har som formål å klargjøre et fenomens karakter eller egenskaper, og ved kvalitative intervjuer kan man følge opp det intervjupersonene tar opp, og belyse deres forståelse av det aktuelle tema (Widerberg & Bolstad, 2001). Ved kvalitativ metode kan forskeren gå i dybden på meninger og mønstre av mening. Masterprosjektet søker ikke å avkrefte eller bekrefte med målbare størrelser om en hypotese er sann eller falsk, slik kvantitativ metode søker (Thagaard, 2013).

### 8.2. Observasjoner

For å etablere arena for observasjon, informerte jeg pr mail klinikkdirektør og aktuelle avdelingssjefer vår 2021 om tema for masteroppgaven og formidlet ønske om å bli invitert med på aktuelle læringsmøter i rollen som observatør. I perioden september 2021 til januar

2023 observerte jeg 4 læringsmøter ved ulike avdelinger. Det var på forhånd avtalt tidspunkt og deltakerne var innkalt til møtene per mail minst en uke i forveien. Varighet av møtene var avtalt på forhånd innen tidsrammen 1 -1,5 time, og antall møtedeltagere varierte fra 3-10 sammensatt av ulike yrkesgrupper/profesjoner. Ofte var det ansatte som hadde vært på jobb i forkant og ved den aktuelle hendelsen, eller vært involvert i form av det å være leder eller faglig ansvarlig for vurderinger. Møtene ble ledet av avdelingssjef eller klinikkdirektør. Leder av møtet informerte deltakerne i begynnelsen av møtet om min rolle som masterstudent og observatør. Jeg informerte kort om prosjektet og om at jeg også ønsker å intervju enkelte deltakere på et senere tidspunkt. Det at jeg jobber i samme organisasjon, gjorde rollen som observatør, i perioder utfordrende. Jeg kjenner de fleste deltakerne godt, og de kjenner mitt engasjement og ståsted. Ved to av læringsmøtene ble jeg, mot slutten av møtet, bedt om å gå ut av observasjonsrollen, for å komme med innspill utfra rollen som ansatt i organisasjonen. Jeg opplevde at observasjonene ga et godt bilde av ulike læringsmøter. Under møtet noterte jeg mye, som jeg i etterkant renskrev, samt at jeg skrev ned umiddelbare tanker og refleksjoner. Pasient eller pårørende deltok ikke på læringsmøtene jeg observerte. Ofte hadde leder av møtet evt annet personale hatt samtale med pårørende før møtene, og videreformidlet pårørendes synspunkt og perspektiver ved møtene. Læringsmøtene jeg observerte ble alle gjennomført som følge av alvorlige hendelser i sykehus, under permisjoner eller kort tid etter overføring til annen avdeling. Hendelsene som var foranledningen til gjennomføring av læringsmøtene omhandlet alvorlig selvskading, selvmord, dødsfall av andre årsaker og at pasient rømte fra sykehuset.

### 8.3. Intervjuer

Intervjuene ble gjort fortløpende, ca 2-4 uker etter observasjon av de enkelte læringsmøtene. For å belyse problemstillingen ble det gjort et strategisk utvalg (jfr. Malterud, 2011) av deltakere fra ulike læringsmøter, med ulik bakgrunn, både når det gjaldt erfaring og utdanning, samt at det både skulle være kvinner og menn blant deltakerne. Ingen deltagere ble ekskludert fra studiet, men utvalget ble gjort for å rekruttere ansatte i ulike roller fra forskjellige avdelinger. Dette for å få en bredde på svarene. De aktuelle ansatte ble forespurt om å la seg intervju, ved at jeg sendte mail ca 2 uker etter læringsmøtene. Alle forespurte takket ja, og totalt intervjuet jeg 9 deltagere, hvorav 2 sykepleiere, 3 psykologspesialister/overleger og 4 seksjonsledere/ assisterende seksjonsledere.

Intervjuene var semistrukturerte, med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg). Jeg begynte alle intervjuene med å presentere problemstillingen ved studien, samt at selv om intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide, var det ønskelig at de snakket om det de synes var viktig. Intervjuene var hermeneutisk i form av en åpen og reflektert samtale (jfr. Kvale et.al, 2009). Hermeneutikk handler ifølge Nortvedt og Grimen (2004) om forståelse, og vektlegger at all forståelse er dannet i en historisk og kulturell sammenheng. Prinsippet blir da at man kun kan forstå mening i lys av den sammenhengen vi studerer innenfor, delene forstås i lys av helheten (Thagaard, 2013). Ved dette snakket vi en del om de aktuelle hendelsene og hva intervjupersonene anså som viktig ved kommunikasjon, samhandling og håndtering av risiko. Dette ga en bakgrunn og bedre forståelse for temaene de tok opp vedrørende læringsmøtene. Jeg tilstrebet å være åpen og lyttende, for å fange opp det intervjupersonene formidlet for å kartlegge deres forståelse av de aktuelle tema (jfr. Widerberg & Bolstad, 2001). Ved at jeg fulgte opp uttalelser, ble også spørsmålene jeg stilte varierende utfra det som kom frem under intervjuet. Jeg holdt meg likevel til malen for å sikre at jeg kom innom temaene: åpenhet, kommunikasjon, psykologisk trygghet, tverrprofesjonell samhandling, opplevelse av ansvar og prioriteringer, se vedlegg.

De tre første intervjuene ble gjennomført med to deltagere til stede. Dette fungerte godt ved at det ble en dialog og drøfting mellom deltakerne, og de bygde videre på det den andre sa. Ulempen var at deltakerne fikk mindre taletid, og jeg var av og til usikker på om deltakerne alltid sa ifra dersom de hadde et annet synspunkt enn det kollegaen formidlet. De tre neste intervjuene ble holdt som individuelle intervjuer. Dette skyldes hovedsakelig vansker med å samle de ulike deltakerne. Videre refereres deltakerne som informanter, når det henvises til intervjuer. Spørsmålene ble rettet mot den samlede erfaringen de ulike informantene hadde med læringsmøter, også møter hvor jeg ikke hadde vært til stede som observatør. Intervjuene ble holdt på et avtalt rom utenfor avdelingene, og varte i ca 60 minutter. Jeg holdt intervjuene alene og brukte båndopptaker under hele intervjuet. Ved å bruke båndopptaker, kunne jeg bedre rette oppmerksomheten mot informantene og fokusere på nyanser, endringer i dialogen, og fokusere på oppfølgingsspørsmål for å klargjøre der jeg var usikker på meningsinnhold.

Samtlige ansatte jeg inviterte til intervju takket ja til å delta, og jeg opplevde stor grad av åpenhet i intervjusituasjonene. Temaet jeg tok opp var sensitive og ansatte kan ha opplevd

intervjuene belastende. Informantene var rolig og samlet ved intervjuene, men enkelte formidlet at de ble følelsesmessig berørt av å snakke om de aktuelle hendelsene.

#### 8.4. Analyse

For å analysere datamaterialet har jeg anvendt tematisk analyse inspirert av Braun & Clarke (2006). Analysemodellen er ifølge Braun & Clarke en tilgjengelig og fleksibel tilnærming til analyse av kvalitative data. Tematisk analyse er en metode for identifisering, analyse og rapportering av mønstre i det innsamlede datamaterialet. Den krever lite detaljert teoretisk og teknisk kunnskap. I denne studien var det sentralt å få fram tema på tvers av datamaterialet for å finne meningsinnhold knyttet til opplevelser, erfaringer og påvirkning av innføring av strukturerte læringsmøter. Dette skulle ikke gjøres ved å telle antallet utsagn, men heller handle om å finne fram til innhold som kunne gi svar på forskningsspørsmålet jfr. Braun & Clarke (2006). Utgangspunktet var å benytte semantisk tilnærming, slik at temaene identifiseres innenfor de uttalte og beskrevne meninger av dataene. Imidlertid kunne forskningsspørsmålet opplevelser fra læringsmøter belyse en ikke verbalisert holdning i praksis, noe som medførte at det derfor også kunne tolkes underliggende og latente temaer. Det latente nivået går bak det uttalte innholdet i dataene, undersøker de underliggende ideer, antakelser og konsepter som kommer fram jfr. Braun & Clarke (2006).

Jeg fulgte den tematiske analyseprosessen til Braun og Clarke (2006) som består av seks faser:

##### Fase 1: Bli kjent med det skriftlige datamaterialet

Jeg transkriberte alle intervjuene selv, og skrev fylldige referat fra læringsmøtene jeg observerte. I etterkant av hvert læringsmøte skrev jeg også ned egne tanker vedrørende møtet jeg hadde observert. Datamaterialet ble deretter lest gjennom flere ganger. I denne fasen var det vesentlig at materialet ble lest aktivt og åpent, for å se etter mening og mønstre i dataene jfr. Braun & Clarke (2006).

##### Fase 2: Generere de innledende kodene

Jeg begynte å sette opp en liste over tema jeg hadde sett i rådataen. I dette brukte jeg ulike fargekoder for å markere de ulike temaene i intervjuteksten og notater fra observasjonene. Dette var en omfattende og tidkrevende jobb, da materialet inneholdt vel 100 sider referat fra intervju. Jeg fant først koder under de enkelte temaene jeg hadde i informasjonsguiden.

Kommunikasjon ble for eks: vanskelig å være åpen, viktig å tørre å komme med innspill, formelt fora, ulike yrkesgrupper, ulike perspektiver, tillit og usikkerhet. Deretter gikk jeg gjennom alle intervjuene på nytt og forsøkte å kode datamaterialet under disse kodene. Kodene identifiserte trekk fra dataene som viste seg interessante for analysen og som kunne referere til det mest grunnleggende segmentet i rådataene jfr. Braun & Clarke (2006).

#### Fase 3: Let etter tema

Denne fasen besto av å sortere de forskjellige kodene under overordna tema. Jeg startet med å analysere kodene og bestemte hvordan de forskjellige kodene kunne kombineres for å danne overordnede temaer jfr. Braun & Clarke (2006). Jeg valgte å dele temaene opp i undertemaer, men så at de ulike temaene overlappet hverandre og brukte mye tid for å systematisere materialet i tema.

#### Fase 4: Gå kritisk igjennom tema

Denne fasen involverte to nivåer av gjennomgang og raffinering av temaene. Det første nivået involverte å gjennomgå de kodede utdrag av dataene. Det betydde at det var nødvendig å lese alle utdrag for hvert tema, og bestemme om de så ut til å forme et sammenhengende mønster jfr. Braun & Clarke (2006). Temaene overlappet hverandre, og jeg hadde fokus på å bryte temaene opp i undertema. Jeg gjennomgikk rådataen på nytt, for å se om utvalget av tema ga et godt bilde av helheten i datamaterialet.

#### Fase 5: I denne fasen definerte jeg de ulike temaene, og ga dem navn.

I denne fasen tilstrebet jeg å finne passende navn på de ulike temaene, som fanget essensen i materialet.

#### Fase 6: skrive rapport.

Her analyserte jeg datamaterialet opp mot aktuell litteratur. Prosessen tok lang tid, og jeg måtte flere ganger gå tilbake til råmaterialet for å sjekke om jeg fanget opp essensen av det som ble formidlet. Tolkning av intervjutekster og observasjonsnotater kan ses som en samtale mellom forsker og tekst, hvor forskeren studerer meningen teksten formidler (Thagaard, 2013). Etter hvert opplevde jeg at delene sto i sammenheng med helheten, og kunne tolkes og settes i sammenheng med helheten.

## 8.5. Etikk

Da dette er en intervjuundersøkelse kan den ses på som en moralsk undersøkelse, i og med at det er knyttet moralske spørsmål både til undersøkelsens midler og mål (Kvale et al., 2009).

Forskningsprosjektet ble meldt inn til Rette, og deltagerne ble på forhånd tilsendt skriftlig informasjon pr mail, hvor de ble spurt om de ønsket å delta i forskningsprosjektet.

Observasjonene og intervjuene var menneskelig samspill og det kunne derfor påvirke deltakerne både under og i etterkant. Det å beskrive deltakernes handlinger, opplevelser og refleksjoner og senere legge det ut offentlig, kan ses på som en inngripen i deres privatliv. Det er derfor viktig å ha med seg det etiske perspektivet gjennom hele forskningsprosessen (Kvale et al., 2009). Deltakernes konfidensialitet ble ivaretatt ved anonymisering. Ved referanser til informanter bruker jeg konsekvent «han», uavhengig av informantens kjønn. Intervjuene foregikk på eget rom og ble tatt opp på bånd som ble oppbevart innelåst. Da læringsmøtene omhandlet faktiske hendelser, valgte jeg også å anonymisere organisasjonen. Deltagerne viste tillit til min rolle som forsker, og på tross av at forskningsprosjektet berørte krevende og vanskelige tema, opplevde jeg åpenhet både ved observasjon og intervjuer.

## 8.6. Metodediskusjon

### 8.6.1. Min posisjon

På bakgrunn av hermeneutikkens vektlegging av forskerens forståelseshorisont vil jeg belyse min forforståelse, da dette har preget forskningsprosessen. Jeg er sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har jobbet ved psykiatriske akuttavdelinger siden 1997, som psykiatrisk sykepleier og assisterende seksjonsleder, og de siste 11 årene som seksjonsleder. Som leder har jeg hatt ansvar for å følge opp alvorlige hendelser ved avdelingen jeg har ledet. Dette har bidratt til et økende engasjement for hvordan organisasjonen lærer av alvorlige hendelser. Med dette utgangspunktet, var det utfordrende å etablere en tilstrekkelig analytisk avstand til det jeg ønsker å studere. Dette bidro til at jeg har brukt relativt lang tid på prosjektet, da det var behov for å etablere en tilstrekkelig avstand til å kunne se resultatene fra de ulike perspektivene. Da jeg samtidig har gjennomgått egne læringsprosesser etter innføring av læringsmøter ved egen avdeling, har jeg brukt mye energi og fokusert på å forsøke å se hvordan læringsmøter påvirker deltagerne ulikt. Jeg var oppmerksom på at min rolle i organisasjonen samt min forforståelse, påvirket observasjoner, intervjuer og min tolkning av teksten. Ved å ta utgangspunkt i en fast intervjuguide, fokusere



på å stille klare spørsmål, brukte lydopptak, og transkribere alt, kunne jeg bruke god tid til å lytte til informantenes svar.

#### 8.6.2. Validitet

Validitet dreier seg blant annet om den valgte metoden er egnet til å undersøke det en ønsker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Studiens pålitelighet er knyttet til hvilke data som brukes, innsamling og bearbeiding av disse. Datasamlingen er gjort ved intervjuer og observasjon og er derfor avhengig av kontekst (Johannessen et al., 2016). Både innsamling av data, valg av teorier og fortolkning av studiets funn er preget av min forforståelse. I studien forsket jeg på innføring av læringsmøter ved en psykiatrisk klinikk. Konteksten fenomenet forekommer i bidrar til en forståelse av fenomenet. Ved å flytte fenomenet over i en annen kontekst, vil det kunne legges en annen mening inn i fenomenet (Johannessen et al., 2016). Dette utfordrer ifølge Johannessen et al. generaliserbarheten og de hevder en bare kan snakke om sannsynligheter med tanke på funn i andre tilsvarende studier. Ved masterprosjektet forsøkte jeg å gripe informantenes subjektive og dypere mening, opplevelser og erfaringer fra læringsmøtene. Ved analyseprosessen var jeg ikke opptatt av å referere alle like mye, men gikk på tvers av informantene på leting etter fellestrekk og mønstre av mening.

#### 8.6.3. Overførbarhet

Studiens overførbarhet handler om funnene i studien er overførbare utover den konteksten man har kartlagt de i (Malterud, 2011). Utvalget som studien baserer seg på er sentralt i argumentasjonen for om studiets funn kan overføres til lignende organisasjoner (Thagaard, 2013). Det er også ifølge Thagaard sentralt at andre helsearbeidere kan kjenne seg igjen i tolkningene av teksten, og at tolkningene gir en dypere mening til tidligere kunnskap. Utvalget besto av ulike yrkesgrupper og profesjoner, med ulik ansiennitet og erfaring. Dette for å skape bredde på svar, og belyse ulike perspektiv. Da studien ble gjennomført innenfor en og samme klinikk, vil resultater være påvirket av at det er en relativt sett ensartet gruppe, integrert i den samme organisasjons- og læringskultur. Likevel vil jeg anta at temaanalysen og tolkningene av datamaterialet vil være gjenkjennbart for andre helsearbeidere. I studien har jeg gjennom observasjon og intervjusamtaler, min forforståelse og det teoretiske perspektivet kommet til en forståelse av hvordan læringsmøter påvirket kommunikasjon, økt samhandling og håndtering av risiko.

## 9. RESULTATER

Jeg vil følgende presentere funn av observasjoner og intervjuer og drøfte disse opp mot teori og praksis i fagfeltet.

### 9.1. Rammene rundt læringsmøtene

Læringsmøtene ble holdt etter alvorlige hendelser. Ved å etablere læringsmøter har klinikkdirektør etablert en arena for drøfting av hvordan de utfører arbeidet i henhold til lovverk, retningslinjer og gitte målsettinger. Innføring av læringsmøter ble utført som et tiltak for å sikre at helsepersonell analyserte årsaker til uønskede hendelser med konsekvens. Klinikkdirektør eller avdelingssjef inntok en tydelig rolle som ordstyrer og startet møtet med å presentere den aktuelle hendelsen, samt informerte om at hensikten med læringsmøtet var å se på den uønskede hendelsen i systemperspektiv. Det ble her vist til at det ble sett etter læringspunkter på systemnivå og det ikke skulle fordeles skyld. Det ble deretter tatt en presentasjonsrunde, før leder valgte ut en av deltakerne, oftest den som hadde ledet avdelingen eller situasjonen i forkant av en hendelse, til å fortelle om sin rolle og sine vurderinger i/av situasjonen. Det ble deretter tatt en ny runde rundt bordet, hvor alle fikk uttale seg. Alle deltakerne snakket på møtene jeg observerte, men i varierende grad. Ved enkelte møter kommenterte andre deltagere underveis ved å ta ordet eller rekke opp hånden. Ordstyrer grep av og til inn og styrte hvem som fikk snakke, hvem som måtte vente, og tiden den enkelte fikk til rådighet. Etter en runde rundt bordet, kom deltakerne ofte raskt frem til forbedringspunkter. Ved enkelte møter ble det tid til en felles drøfting av de ulike innspillene og perspektivene. Varigheten av møtet var fastsatt på forhånd, og de ble sjelden forlenget, selv om det var behov for det. I flere av observasjonene var møtene preget av tidspress og de ansatte fikk begrenset tid til å fortelle sine versjoner av hendelsen. Flere informanter beskrev i intervjuene at det ikke alltid var tilstrekkelig tid til å belyse alle sider ved hendelsen eller komme med innspill til andres perspektiver, noe de opplevde var et hinder for at all viktig informasjon kom frem. Informantene ønsket lengre møter og/eller en klarere agenda ved møter med mange deltagere. For å oppnå tilstrekkelig kartlegging av årsaksforhold slik Reason (2000) og Vincent et al. (1998) beskriver, må det settes av tilstrekkelig tid til årsaksanalyse. For å få dobbelkretslæring, som beskrevet ved modellen til Argyris & Schön i kapittel 6.2. må det både settes av tid både til å forstå hvorfor hendelsen skjedde, samt kunne

kartlegge evt nye strategier. Observasjoner og intervjuer indikerer at det ble satt av for liten tid. Sykepleierne tok også opp at det ofte ikke var tatt inn ekstra personell i avdelingene, når noen forlot avdelingene for å delta på læringsmøtene. De uttrykte at dette påvirket fokuset de hadde ved møtene, da de under møtene bekymret seg for om det var tilstrekkelig bemanning ved avdelingen. Informantene opplevde imidlertid at lederne av møtene klarte å få til en trygg ramme rundt disse. Mange beskrev at de opplevde en god atmosfære under læringsmøtet og at det var et fellesskap hvor intensjonen var felles læring og ikke det å avdekke individuelle feil eller mangler.

## 9.2. Kommunikasjon

### 9.2.1. Ledere ble ansett som ansvarlige for å skape trygghet

Læringsmøtene jeg observerte ble gjennomført etter alvorlige hendelser. Informantene var opptatt av at gode hendelsesanalyser var betinget av at deltakerne åpent kommuniserte tanker og innspill. Kommunikasjon betyr ifølge Arntzen (2015) «å gjøre felles eller «å dele». Deltakerne opplevde at det at «toppledelsen» deltok og engasjerte seg var viktig for å skape endring, noe som samsvarer med anerkjent litteratur om forbedringsmetodikk (Aase, 2015, Ogrinc et al., 2012). Informantene vektla det Bakhtin (1895-1975) beskrev som en effektiv dialog, det vil si at lederne klarte å etablere en symmetrisk dialog, hvor alle stemmer er viktige, der de krysser og influerer hverandre. Informantene opplevde at det ble bygget en felles/gjensidig interesse. De fleste informantene opplevde at møtelederne klarte å skape en trygg arena. Min observasjon var at deltakerne tilkjennega ulik grad av trygghet. Enkelte fremsto avslappet og spontane, og snakket fritt, tilsynelatende uten forberedelse. Det virket som de reflekterte høyt og formidlet tanker om årsaksforklaringer eller forslag til endringer umiddelbart og uten filter. Spesielt viste dette seg ved læringsmøter hvor deltakerne kjente hverandre godt på forhånd og hadde deltatt på tidligere møter. Deltakerne uttrykte her stor toleranse og åpenhet for hverandres innspill. Andre ganger var deltakerne mer tilbakeholdne og snakket ikke uten at de ble oppfordret til å ta ordet, for eksempel ved direkte spørsmål. Det at det var avdelingssjef eller klinikkdirektør som ledet møtet ga, ifølge enkelte informanter, møtene et preg av kontroll eller tilsyn. Kommunikativ ledelse bygger på filosofen Jürgen Habermas (1989) teorier om en «herredømmefri dialog», en «symmetrisk dialog» der maktforhold viskes ut. Habermas skilte mellom strategisk kommunikasjon og ekte «communicative action» rettet mot forståelse. Habermas hevder at dersom en undersøger en

sak lenge nok sammen, og setter personlige verdier, motiver og interesser til side, vil en få en felles rasjonell innsikt i det en diskuterer. (Nordby, 2017).

Informantene sa det var sjeldent uønskede hendelser kunne tilskrives individuelle feil hos enkeltansatte. Som informanten under vektlegger, var det viktig at lederne tydelig kommuniserte at man ikke var ute etter dette, da de anså lederne som ansvarlige for å etablere en trygg nok arena:

*Det viktigste er at de ansatte føler støtte og trygghet fra ledelsen, at vi ikke er ute etter å finne en syndebukk, men at vi er ute etter å lære. At de ansatte får denne støtten både før og etter et læringsmøte». (Informant 1)*

At leder ikke fordeler skyld, men vektlegger hva man kollektivet kan lære etter en hendelse oppleves som støttende, slik informantene over beskriver. Å få støtte fra leder, ble beskrevet som essensielt for å kunne snakke åpent. Flere uttrykte ved læringsmøtene at de hadde tenkt mye på hendelsene, og grublet over egne vurderinger eller prioriteringer og om de kunne ha gjort noe annerledes. Helsepersonell står kontinuerlig overfor valg, prioriteringer og håndtering av risiko (Haug et al., 2015), og må kunne håndtere usikkerhet og ta avveininger og rasjonelle beslutninger selv om det ikke finnes klare svar. Det å ta avgjørelser og foreta prioriteringer er et økende krav, og en forutsetning for å kunne yte gode og forsvarlige helsetjenester. Flere understrekte at det var positivt med en individuell samtale mellom berørt personell og leder i forkant av læringsmøtene:

*«at den som leder møtet, klinikkdirektør snakker med den som har hatt saken før læringsmøtet. Det er viktig for å forberede de og senke garden før en går inn» (Informant 1).*

Informanten uttrykte et behov for å «senke garden», noe som tyder på at stressnivået kan oppleves uhensiktsmessig høyt for refleksjon og det å ta inn andres perspektiver. Stress påvirker både kognitive prosesser og læring (Argyris, 1982). Den individuelle gjennomgangen i forkant, hvor de ble orientert om hvordan leder av møtet ville legge frem

saken, gjorde informantene tryggere. Økt trygghet bidro ifølge informantene til at de i større grad kunne fokusere på det som var viktig å få frem ved møtene. Informantene sa også at tilstrekkelig ivaretagelse og tid til å bearbeide hendelsen i forkant av læringsmøtene var avgjørende for å kunne delta aktivt. Det at læringsmøtet etter retningslinjene skulle holdes ca en mnd etter hendelsen og etter gjennomføring av debriefing er ment å legge til rette for tilstrekkelig distanse og at involverte er innenfor toleransevinduet, hvor de opplever fokus og tilstedeværelse i situasjonen. Dette kan være en forutsetning for konsentrasjon, refleksjon og læring (Siegel, 2012). Når deltakerne er innenfor toleransevinduet kan de være til stede i seg selv og i møte med andre mennesker (Nordanger, 2014). Mangelfull bearbeidelse i forkant av læringsmøtene, vil kunne medføre at deltagere blir hyperaktivert eller hypoaktivert. Ved hyperaktivisering kan deltakerne befinne seg i en tilstand hvor kroppen går i alarmberedskap (fight/flight). Deltakerne kan bli overveldet av følelser, en tilstand hvor mentaliseringsevnen svekkes og de hovedsakelig handler på impuls og instinkt. Ved hypoaktivisering, kan deltakerne oppleve en tomhet og en følelse av å være avstengt fra omverdenen (Nordanger 2014 i Hoffard og Malmo, 2021).

### 9.2.2. Den vanskelige åpenheten

Observasjonene i studien ble gjennomført relativt kort tid etter innføring av strukturerte læringsmøter. Enkelte deltok på sitt første læringsmøte, andre avdelinger hadde innført månedlige møter, og derfor deltatt på flere. Selv om lederne av møtene innledet med at de så etter forbedringspunkter ved organisasjonen og ikke etter feil hos enkeltpersoner, fortalte flere informanter at det var vanskelig å snakke fritt ved analyse av en konkret hendelse i egen avdeling. De beskrev at de kunne føle seg usikre når de skulle diskutere tiltak og vurderinger de hadde gjort i forkant av en alvorlig hendelse eller en klagesak. Enkelte sa de var usikre på om lederne og de andre møtedeltakerne skulle mene at de hadde gjort noe feil, eller burde ha håndtert situasjonen annerledes. En av informantene beskrev at en slik usikkerhet gjorde at han inntok en passiv, tilbaketrukket rolle:

*«Ja, hver gang det er et læringsmøte som omhandler min post. Da vil jeg automatisk begynne å tenke. Selvfølgelig er denne ansvarsfølelsen der i utgangspunktet, men da vil jeg gjerne gå i den der «er det noe her», litt tilbake til å trekke seg litt tilbake. Ikke nødvendigvis at en er*

*redd for å ha gjort noe feil, men en begynner å tenke, er det noe en skulle gjort annerledes. Jeg går litt inn i møtet på en annen måte hvis jeg vet at det gjelder min post» (Informant 5).*

Vi ser her at informanten ventet med å komme med egne innspill og lot andre først fremme sine synspunkt og vurderinger. Han ville først høre hva andre tenkte om saken, og var usikker på om de ville kommunisere at noe burde vært gjort annerledes. Usikkerheten informanten beskrev, har preg av en mangel på det Edmondson (2019) beskriver som psykologisk trygghet til åpent å kommunisere feil eller mangler.

Etablering av læringsmøter åpner opp muligheten for det Bakhtin (1895-1975) beskriver som en genuin dialog hvor en åpent kan rapportere og diskutere uønskede hendelser. Edmondson beskriver viktigheten av tilstrekkelig psykologisk trygghet og åpen kommunikasjon for å kunne lære av feil eller mangler. En genuin dialog er ifølge Bakhtin en pågående prosess og innebærer alltid mulighet for endring. Også Edmondsen fokuserer på at dialogen kan endres, da psykologisk trygghet kan bli forsterket, men også bli forringet ved tillitsbrudd. Tillitsbrudd kan ifølge Grimen (2001) være at åpenhet blir møtt med sanksjoner eller senere blir brukt mot den ansatte.

For å få til den nødvendige åpenheten var det, ifølge informantene viktig å anerkjenne at den alvorlige hendelsen kunne skjedd flere. Ved dette, flyttes fokus fra den ansatte som hadde vært ansvarlig i situasjonen eller vurderingen:

*Og gi hverandre anerkjennelse –dette kunne like godt vært meg, dette kjenner jeg meg igjen i, jeg har også hatt et lignende tilfelle, men der ble utfallet annerledes. Og en formidler at det en gjør er ikke unikt for en ansatt, det er veldig sjeldent uønskede hendelser er det, og at en kan se at en har gjort feil» (Informant1).*

Ved å kommunisere at «det like godt kunne vært meg», formidlet han at denne saken er like aktuell for han, da han har hatt lignende pasientforløp eller stått i lignende vurderinger, uten at det fikk alvorlige konsekvenser. Erfaringsdeling i læringsmøtene identifiserte lignende

hendelser som ikke hadde fått konsekvens. Deltagerne fikk dermed en økt innsikt i risikoforhold i arbeidsprosesser som hittil ikke hadde fått alvorlige konsekvenser. Erfaringsdelingen gjorde det lettere å snakke om de alvorlige hendelsene, da det ga informasjon om latente risikoforhold og bakenforliggende årsaker, og dermed fjernet fokuset fra enkeltansatte (jfr. Reason, 2000, Aase, 2015). Årsaker til uønskede hendelser kan sees fra et individperspektiv og/eller et systemperspektiv. I et individperspektiv søker en etter årsaker hos enkeltindivider, for eksempel at behandleren som gjorde vurderingen i forkant av en uønsket hendelse, har gjort en feil. I et systemperspektiv identifiseres årsaker som svakheter i blant annet arbeidsmiljø, bemanning, kompetanse og organisasjon. (Reason, 2000, Vincent et al., 1998). Ved å sette de ulike hendelsene i sammenheng, som informantene gjorde, klarte de i større grad å se på hendelsen i et systemperspektiv, og få en bredere kartlegging av risikoforholdene.

De alvorlige hendelsene informantene hyppigst henviste til, var pasienter som gjorde selvmord, eller skadet seg selv eller andre etter utskrivelser. Ved læringsmøtene jeg observerte, viste deltakerne alvor og at de var preget mens de redegjorde for hendelsene. Enkelte informanter formidlet en hektisk arbeidshverdag, hvor det var for liten tid til å bearbeide egne reaksjoner eller inntrykk. De beskrev at det kunne være svært krevende å delta i læringsmøter og snakke åpent om hendelsene, når en var fylt opp med egne følelser og reaksjoner. Alle informanter beskrev at de hadde fokus på å støtte kollegaer som var berørt av de alvorlige hendelsene. Dette kunne være sykepleieren som var til stede i situasjonen, ansvarsvakt i avdeling eller behandleren som hadde vurdert pasienten. Informantene var opptatt av å formidle til involverte kollegaer at de ikke skulle føle skyld for det inntrufne:

*«I vår avdeling er det fokus på at det aldri er din feil at en pasient har et suicid forsøk.. Vi er veldig flinke til å passe på hverandre og hvis det er noen som skulle føle på skyldfølelse. Det er jo ikke din skyld om noe skulle skje» (Informant 9).*

Ved observasjon av læringsmøter uttrykte deltakerne usikkerhet i forhold til om hendelsene kunne vært unngått. De vekslet mellom å holde fast ved vurderinger og tiltak som var gjort i forkant av hendelsene, til å stille spørsmål ved egne vurderinger. Når ansatte uttrykte

usikkerhet i forhold til egne vurderinger, fikk de raskt støtte og bekreftelse fra kollegaer. De stoppet dermed i liten grad opp og utforsket usikkerheten som ble formidlet. Å tåle å stå i ubehaget og utforske hva usikkerheten skyldes, kan muligens gi viktige innspill til hendelsesanalysene. Det at trangen til å gi støtte var så dominerende ved læringsmøtene, kan være et hinder for en åpen hendelsesanalyse. Også annen litteratur og publiserte rapporter viser vansker med å gjennomføre gode hendelsesanalyser, da helsepersonell har trukket seg fra å bidra åpent (Moen og Iden, 2023). Moen og Iden begrunner mangel på åpenhet blant annet med at interne hendelsesanalyser i ettertid har blitt brukt i tilsynsoppfølging av virksomheten og involvert personell. Informantene i min studie begrunnet ikke tilbakeholdelse av informasjon med frykt for å komme frem med opplysninger som kunne slå tilbake på dem eller en kollega ved tilsyn- eller personalsak. Flere sa likevel de opplevde det vanskelig å kommunisere uenighet når dette kunne oppfattes som kritikk.

### 9.2.3. Rom for uenighet og kritikk

Det å komme med kritiske innspill eller formilde uenighet overfor en kollega som allerede viste at han var berørt av hendelsen, ble forbundet med ubehag og usikkerhet. En informant formidlet at han av og til var usikker på om tillitsforholdet deltakerne imellom var tilstrekkelig til at eventuell kritikk ble oppfattet som gitt med gode hensikter:

*«Og av og til tenker jeg at dette er ikke jeg enig i- og av og til tenker jeg at det ikke er på sin plass å si det. Kanskje da kommer den frykten for at jeg skal kritisere en kollega, og kanskje det er vanskelig å finne de rette formuleringene for at det ikke skal bli oppfatta som kritikk. Men det er veldig avhengig av hvem det er i kollegiet som jeg er uenig i» (Informant 1).*

Å uttrykke uenighet kan sees som å tørre å gjøre seg sårbar og fordrer tilstrekkelig tillit, hvor de ulike deltakerne forventer at også uenighet og kritikk blir akseptert og tatt imot av de andre (Grimen, 2001). For å oppnå psykologisk trygghet i team, må ifølge Edmondson (2019), alle medlemmene av teamet oppleve at teamklimaet er karakterisert av mellommenneskelig tillit. Er en eller to deltagere i teamet usikre på hverandre, kan dette være et hinder for å oppnå psykologisk trygghet i teamet. Manglende psykologisk trygghet kan føre til at ansatte binder seg, noe som kan påvirke hendelsesanalysen og være et hinder for å identifisere viktige



læringspunkter. Ved intervjuene reflekterte informantene over viktigheten av åpenhet, og så åpenhet som essensielt for kartlegging av årsaksforklaringer. Dette fordrer at ledere av møtene og de øvrige deltakerne, som Edmondson vektlegger, gir plass til og oppfordrer ansatte til å åpent kommunisere kritiske innspill. Ved observasjon av læringsmøter ble det i en viss grad fremmet kritiske innspill, men jeg opplevde at hovedfokuset ble rettet mot de temaer hvor det oppsto enighet. Kanskje gikk de litt raskt til å konkludere om læringspunkter på områder hvor det oppsto enighet. Innspill som gikk på tvers av den førende normen, ble i mindre grad fanget opp og belyst.

### 9.3. Samhandling

#### 9.3.1. Synliggjøring av ulike perspektiver

Ved etablering av læringsmøter muliggjorde ledelsen synliggjøring av ulike perspektiver. Deltakerne gjennomgikk hendelsene retrospektivt, og drøftet vurderinger og hva de ulike deltakerne hadde vektlagt i de aktuelle situasjonene. Ved observasjoner kom det frem ulike oppfatninger av hva deltakerne vurderte som forsvarlig behandling, og i hvilken grad de vurderte den aktuelle situasjonen som forsvarlig. Dette åpnet opp for en diskusjon vedrørende deltakernes syn på hva som burde være førende i pasientforløp, og identifiserte ulike og kanskje motstridende krav. Avgjørelser i pasientbehandlingen handler ikke bare om kunnskap om sykdom, behandling og pleie, men også om etikk, menneskesyn, samt politiske og økonomiske føringer (Larsen et al., 2017). Utfordringer ved blant annet krav til skjønnsvurderinger og krav til prioriteringer ble belyst og satt i sammenheng. Ethiske problemstillinger ble drøftet, som det å fortsette med behandling som behandlere og pårørende vurderte effektiv, men hvor pasienten rapporterte plagsomme bivirkninger, - eller prøve ut nye medikament med usikker effekt, og risiko for forverring. Videre drøftet de grenseganger vedrørende når rett til helsehjelp foreligger, grenseganger for bruk av tvang og hvor stor medvirkning pasienter eller pårørende skal ha i enkeltsaker.

Det at deltakerne fikk økt innsikt i ulike perspektiver påvirket, ifølge informantene, at de begynte å si ifra når de var uenige. En informant sa læringsmøtene hadde endret hans måte å samhandle med andre profesjoner, og at han nå i større grad kom med innspill på tvers av

profesjoner. Informanten opplevde også at det gradvis hadde blitt større aksept for å komme med innspill mellom profesjoner:

*«Behandlerne er jo avhengig av rapporteringen de får fra øvrige personale og her kan det glippe. Behandlerne har jo et øyeblikksbilde. Og jeg opplever også at det har blitt større åpenhet i behandlergruppen at en kommer med slike innspill. Når jeg har kommet med innspill har behandlere både valgt å justere tilsynet opp og de har valgt å beholde det, men det har i alle fall blitt en diskusjon rundt det, som både er nyttig og som har gitt meg en større forståelse for hvorfor behandleren evt holder fast ved det opprinnelige tilsynet» (Informant 5).*

Det at informanten her tidligere ikke har opplevd (like stor) aksept for å komme med innspill, var ifølge informanten en pasientrisiko, da behandleren trengte innspill for å se hele bildet. Nasjonale føringer om klare ansvars og oppgavefordelinger (jfr. Kap 4) kan ha påvirket til at ansatte har vært forsiktige med å blande seg inn i andres domener. Informanten over anså at læringsmøtet hadde påvirket samhandlingen mellom profesjoner, både i forhold til at ansatte kom med innspill og at det var større toleranse for å ta imot innspill. Åpenhet for innspill og ideer blir ofte trukket frem som viktig for sikkerhetskultur i organisasjoner (jfr. Edmondson, 2019). Informantene opplevde at læringsmøtene påvirker dialog og samhandling mellom profesjoner. De opplevde at de i større grad gav og etterspurte vurderinger og innspill på tvers av profesjoner også i det daglige arbeidet. Miljøpersonalet begynte blant annet å gi beskjed dersom de var uenige i behandlernes behandlingsplaner eller planer for utskrivningstidspunkt:

*«Vi får jo av og til tilbakemeldinger på noen, eller kanskje vi reagerer selv.. at vi syns at her hoppet de fryktelig raskt og at vi syns at vi kanskje burde vært med på den diskusjonen før den beslutningen ble tatt. At en ikke baserer eller lener seg på en kort øyeblikks samtale hvor pasienten fremstår annerledes, og hvor observasjonene tilsier at det har vært stor variasjon, da er det noen ganger vi har gitt noen tilbakemeldinger på det.. dette syns vi blir vanskelig, og det blir vanskelig for personale å gjennomføre det som er besluttet og trygget på det. Her tror jeg det blir viktig at vi evt ser på det en gang til» (Informant 6).*

Informanten som var mellomleder ønsket en bredere diskusjon i personalgruppen i de tilfeller han opplevde at det var uenighet mellom profesjonene. Han vektla ansvaret miljøpersonalet og han som leder hadde til å gi beskjed til behandlerne om at de var uenige i vurderingene eller avgjørelsene behandlerne tok. Om enkelte opplevde at vurderinger eller avgjørelsene ikke gav mening, var det viktig å stoppe opp, da årsaken kunne skyldes at behandler ikke hadde etterspurt eller fått videreformidlet viktige observasjoner. Ved observasjon poengterte også deltakerne at ulike profesjoner brakte inn ny og viktig informasjon om hendelsesforløpet. En behandler sa for eksempel at helgeassistenter brakte inn viktig informasjon. Assistentene tilbringer mye tid sammen med pasientene, og da de ikke er ansvarlige for føringer eller tiltak i behandlingen, får de gjerne et uforpliktende og kanskje åpnere relasjon til pasientene.

Å kommunisere uenighet er viktig for å komme frem til enighet og samle ansatte mot et felles mål. Norby (2017) bruker begrepet “å legge til rette for medarbeiderskap”, om det å få medarbeidere til å føle eierskap til arbeidsoppgaver. Dette fordrer ifølge Norby at kommunikasjonen er god, at ansatte får informasjon, opplever at de alle er drivkrefter i et felles lagarbeid og får delta i beslutningsprosesser. Medarbeiderskap bidrar til å gjøre medarbeidere bevisst virksomhetens mål, får dem til å anerkjenne målene som viktige, og skape interesse og engasjement for at virksomheten når dem. Ved å åpne opp for drøftinger ved uenighet, bidro den refererte informanten til medarbeiderskap. Videre sa informanten at åpenhet for innspill mellom profesjoner, i tillegg til å være viktig for pasientsikkerheten, også ga behandlerne støtte i vanskelige vurderinger:

*«Ja, og at det går i at om det er jeg som skal beslutte dette, og skrive i notat, har vi trygghet i mine beslutninger, trygghet i synspunktene på det en nå skal vurdere, har vi en sammenfallende vurdering, det vil også gi meg trygghet i det jeg nå skal vurdere. Det å få støtte, ok en har støtte i min vurdering, som nå blir kikket på, samtidig er det gjerne noe som en som avdeling kan stå inne for fordi vi har hatt en brei diskusjon i forkant og at det også kan være med å gi en trygghet til den enkeltpersonen. Den som sitter med fagansvaret»*  
(Informant 6).

Det å skrive ut pasienter fra lukkede akuttpsykiatriske avdelinger innebar, ifølge informanten, alltid en viss risiko. Ved å vite at øvrige ansatte var enige i prosessen ble det lettere også for behandlerne å stå i denne risikoen. Informanten poengterte støtten behandlerne kan få av øvrige helsepersonell, ved å i større grad drøfte ulike vurderinger i forkant, og komme frem til avgjørelser de ulike profesjonene kunne enes om. Informanten la vekt på samhandling mellom ulike profesjoner og at avgjørelser i pasientforløp bør basere seg på enighet. Som leder inntok han en tydelig lederrolle, ved å legge til rette for diskusjoner. Informanten her refererte blant annet til avgjørelser om endring i behandlingsplan, som å redusere tilsyn eller gi økt utgang eller overganger som utskrivelse til lavere omsorgsnivå. Som informanten påpeker, viser også annen litteratur til viktigheten av god samhandling og kommunikasjon mellom ulike profesjoner for å redusere risiko, spesielt ved pasientoverganger (Aase, 2015).

Ulik kompetanse, ulike roller og ulik kommunikasjon og relasjon til pasientene gjorde at ansatte vurderte hendelsesforløpene ulikt. Det å gjennomgå pasientforløpet og hendelsen på nytt, synliggjorde at de ulike ansatte hadde gjort ulike observasjoner. Læringsmøtet bidro til å øke forståelsen av viktigheten av å dele observasjoner videre, samt drøfte observasjoner i felleskap for å kartlegge risiko. Informantene opplevde at de kom nærmere en felles forståelse av i hvilke situasjoner de burde være ekstra på vakt. Forbedringspunkter gikk blant annet på å sikre at ansatte videreformidlet og dokumenterte observasjoner. Et av tiltakene etter et læringsmøte var blant annet gjennomgang og oppdatering av retningslinjer for hvordan ansatte innhenter opplysninger fra pårørende. Dette for å kvalitetssikre at behandlere har tilstrekkelig informasjon i forkant av vurderinger. Informantene sa de fikk ny eller utvidet forståelse, en mer felles forståelse, ved at læringsmøtene synliggjorde ulike perspektiver på hendelsesforløp og årsaksforklaring.

*«Det gir i alle fall mulighet til å få en felles forståelse, det at en hører på flere perspektiver. Jeg har fått aha opplevelser ved gjennomgang av de forskjellige perspektivene. Det er lett å se ting kun fra sitt eget perspektiv. Jeg synes det er kjempenyttig» (Informant 5).*

Informanten sa at drøftingene kunne gi en ny innsikt i andres vurderinger, opplevelse av handlingsrom, muligheter og begrensninger. Ved møtene gjennomgikk deltakerne i fellesskap

risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer de hadde observert i forkant av de alvorlige hendelsene og hvordan de hadde tolket disse. Ofte ble det belyst at pasientene både hadde risikofaktorer for selvmord, men også beskyttende faktorer, som hadde hindret dem fra å begå selvmord. Læringsmøtene synliggjorde at ulike ansatte tolket og vektla risikofaktorer og beskyttende faktorer ulikt. Å drøfte ulike tolkninger og vurderinger ved læringsmøtene bidro, ifølge informantene, til økt kunnskap og en likere forståelse, blant annet ved grenseoppgangene mellom muligheten til å anvende tvang og tilfeller hvor dette ikke ble ansett mulig. Ved observasjon ble for eksempel muligheten til å holde pasienten tilbake på tvang ved selvmordsrisiko drøftet. Læringsmøtene synliggjorde at vurderinger, som selvmordsrisikovurderinger, i stor grad baseres på skjønn, og ulike behandlere gjør ulike skjønnsvurderinger. Ofte ble det åpnet opp for diskusjon og innspill til skjønnsvurderingene som hadde blitt gjort, andre ganger fokuserte lederne på begrunnelsen til skjønnsvurderingene. Den engelske statsviteren og filosofen Robert Goodin (1986) har identifisert fire fallgruver ved utstrakt bruk av skjønn blant offentlige ansatte. Ifølge Goodin innebærer skjønn det å ha makt over noe andre trenger. Dette gir mulighet til å kontrollere pasientenes handlinger og verdivalg. Videre gir mangel på begrunnelsesplikt ved skjønnsvurderinger, vilkårlige avgjørelser. Skjønnsbaserte avgjørelser er uforutsigbare og fører til usikkerhet og mangel på trygghet. Til sist fører, ifølge Goodin, skjønnsbaserte avgjørelser til illegitim innblanding i folks privatliv da det ikke finnes grenser for innblanding i pasientenes sfære. Ved å sette fokus på skjønnsvurderinger ved læringsmøtene åpnet de opp for en bredere drøfting og dermed muligheten til å etablere en likere praksis for skjønnsutøvelse. Informantene sa dette ga en ny innsikt som synliggjorde eventuelle behov for fastere retningslinjer.

Informantene la vekt på at avgjørelser i pasientforløp baserte seg på den samlede informasjonen/kunnskapen til alle ansatte som var involvert i pasientforløpene. Ved en hendelsesanalyse var enkelte informanter opptatt av hva deltakerne kollektivt hadde gått glipp av i pasientforløpet:

*«Vi gikk igjennom alle de risikofaktorene som i utgangspunktet var utløsende for denne tilstanden, de var jo egentlig til stede, også ved utskrivelse, Kanskje vi hadde latt oss presse litt for mye av pårørende, litt summen gjorde at vi slapp for tidlig. I ettertid tenker jeg at vi*

*kunne gjort noe annerledes, vi kunne holdt litt igjen, eller sikret utgangen litt bedre, det var slik at min oppfatning var at her har vi kollektivt gått glipp av noe i dette forløpet»*

(Informant 7).

Her understreker informanten at læringsmøtet gav dem bedre innsikt i hva som kunne vært alternative måter å håndtere en situasjon eller hendelse på og at denne diskusjonen får dem til å lære hvordan de sammen kan løse lignende hendelser fremover. Informanten sa de ved hendelsesanalysen, så at de kollektivt hadde oversett risikofaktorer. Ved gjennomgang av hendelsen, ble de mer oppmerksomme på hva som påvirket vurderinger og tiltak, og kunne derfor kollektivt lære hvordan de fremover kunne sikre at avgjørelser ble tatt på et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag.

Ved observasjon av enkelte læringsmøter ble det identifisert at all tilgjengelig informasjon ikke var gjort kjent for behandler som foretok vurderingen. Det viste seg at deltagere ved læringsmøtet satt inne med ny informasjon, som av ulike årsaker ikke hadde blitt kommunisert videre. Viktigheten av at informasjon ble dokumentert og videreformidlet, ble flere ganger drøftet. Ved enkelte drøftinger kom det frem at deltakerne hadde tolket dokumenterte observasjoner ulikt, og at ulike tolkninger og evt misforståelser ikke hadde blitt oppklart. Andre ganger rettet de fokus på mangelfull dokumentasjon av observasjoner og innhenting av informasjon, blant annet fra samarbeidspartnere og pårørende.

Forbedringspunkter gikk blant annet på endringer av retningslinjer for innhenting av informasjon og å sikre dokumentasjon. Læringsmøtene viste hvor avhengig de ulike yrkesgruppene er av å kommunisere entydig, og de er avhengig av å gi beskjed til hverandre om vurderinger eller avgjørelser ikke gir mening. Dette for å styrke barrierene for alvorlige hendelser. En undersøkelse utført av Kvilhaugsvik & Husøy (2017) viser at ulike profesjoner bygger på ulike kunnskapstradisjoner og ser derfor forskjellig på problemer. Selv om man ser på det samme, ser man ulike ting. De ulike yrkesgruppene overtar profesjonenes kunnskapssyn, verdier og språk, og derfor opprettholdes forskjellene. Sosiale språk, for eksempel en epoke, en profesjon eller en institusjon bærer med seg verdier og synsmåter som virker inn på hvordan vi tenker, handler og uttrykker oss på, og dermed den meningen vi bidrar til å skape i dialog med andre (Dysthe & Igland, 2001). Etablering av læringsmøter

med deltagere fra ulike profesjoner kan sees som et forsøk på å få de ulike yrkesgruppene til å etablere et felles språk og likere forståelse av risiko ved pasientbehandlingen.

### 9.3.2. Identifisering av risiko i samhandlingen

Ved læringsmøtene kartla deltakerne ulike og medvirkende årsaker til de alvorlige hendelsene, som blant annet opplæring, personalressurser og mulighet for rådføring, veiledning og bistand i vurderinger. Av og til kom det frem svikt i flere ledd, som at det hadde vært travelt (selv om dette ikke ble vektlagt som årsaksforklaring), nyansatte på jobb (manglende erfaring og kompetanse) samt uklar kommunikasjon. Det at det hadde vært ny forvakt som ikke hadde tilstrekkelig opplæring, og at det hadde oppstått uklarhet i forhold til hvem som gjorde hva, ble tatt opp ved enkelte møter. På helg og kveld er retningslinjene at ansvarlig sykepleier konfererer med forvakt, som igjen drøfter problemstillingen med bakvakt, for deretter å gi tilbakemelding til ansvarlig sykepleier. Forvaktene er lege med lisens, altså under utdanning og ofte med begrenset klinisk erfaring, samt begrenset erfaring og kunnskap om den internaliserte dialogen mellom medlemmene i organisasjonen. Det at ansvarlig sykepleier ikke direkte drøfter med bakvakt, men kommuniserer via forvakt, en uerfaren tredjepart, ble ved et møte identifisert som et risikoområde. Læringsmøtet belyste at dette kunne bidra til misforståelser eller uklar kommunikasjon hvor viktige momenter og nyanser i dialogen ikke tilstrekkelig bli fanget opp (jfr. kap 6.1.). Sykepleiere og leger overlapper hverandre i oppgaver, og foretar en kontinuerlig oppgavefordeling seg imellom. Ofte skjer det en forskyvning i arbeidsoppgaver i form av delegering. Dette er nødvendig og hensiktsmessig på grunn av kompleksiteten i arbeidet, er ofte en styrke når kommunikasjonen er klar, og samhandlingen god. Når samhandlingen eller kommunikasjonen svikter, kan det medføre risiko (Orvik, 2015). Læringsmøtene belyste risikoområder i samhandlingen og bidro til økt refleksjon over egen og andres kommunikasjon.

### 9.3.3. Økt samhandling mellom profesjoner

Informantene sa at det å drøfte alvorlige hendelser systematisk ved læringsmøtene forsterket fellesskapsfølelsen. Det å høre andres opplevelser og versjoner og ha en felles drøfting, hvor alle stemmer var viktige gjorde, ifølge informantene, noe med deltakerne. Spesielt lederne var opptatt av at det førte til at ansatte fra ulike profesjoner fikk økt forståelse for hverandre, og ble trukket nærmere hverandre:

*«Jeg tenker at så lenge vi har en psykologisk trygghet og folk tør å være åpne og tør å tenke litt høyt, så gjør det noe.. det trekker folk litt nærmere, altså relasjonelt litt nærmere, forutsatt at folk tør å bidra inn i noe sånt, man får sett at de erfarne kjenner på usikkerhet, at det er en normal ting, det er ikke bare jeg, eller at erfarne får se at de nye har gode refleksjoner, egenskaper, i tillegg til selve læringen» (Informant 7).*

Informanten sa at deltagerne av læringsmøtet, ved å tørre å være åpne, i den grad de også formidlet usikkerhet, påvirket de andre deltakerne. Ved at også erfarne formidlet usikkerhet, eller at de erfarne så at nyansatte hadde gode refleksjoner, påvirket samhandlingen. I dette ligger det også en erkjennelse av viktigheten av å kommunisere og dele observasjoner, vurderinger og meninger. Informantene sa at ved å se at alle deltagerne hadde viktige innspill til hendelsesanalysen, erkjente de behovet for tettere samhandling.

Behandlere og ledere har ofte en rolle hvor de legger føringer og gir svar, ved valg eller usikkerhet (Bolman & Deal, 2018). Det at de erfarne lederne og behandlerne viste usikkerhet og sårbarhet ved læringsmøtene, samt at de nye ble invitert inn i drøftinger av utfordringer, påvirket deltakerne. Ved observasjon viste dette seg ved at dialogen endret seg til å bli mer likestilt, hvor de ulike deltakerne drøftet hendelsen eller situasjonen med en større grad av ydmykhet og med likevektige stemmer. Det oppsto en åpnere og mer likevektig dialog mellom erfarne og nyansatte, og mellom ledere og ansatte. Dialogen ble, som Bakhtin beskriver, endret og mer effektiv. De klarte i økt grad å bygge en felles og gjensidig interesse, hvor de ulike stemmene krysset og influerte hverandre. De nyansatte så at de erfarne kunne være usikre, og at den totale kunnskapen i teamet eller gruppen, kun kom frem om de også deltok. Ved at de erfarne så at de nyansatte hadde gode innspill, bidro til at de i økt grad etterspurte og lyttet til innspill.

Dialogen er som tidligere nevnt i kontinuerlig endring, og likeverdet er ifølge Bakhtin forventet å øke gjennom den dialogiske prosess. Det at ansatte ble trukket nærmere hverandre ved læringsmøtene påvirket, ifølge informantene, videre samhandling og kommunikasjon. Økt fellesskapsfølelse kan engasjere og samle ansatte om felles mål og forbedringsområder og



mobilisere til endring (Bolmann & Deal, 2018). Informantene sa de fikk økt engasjement for å identifisere bakenforliggende årsaker til alvorlige hendelser, og finne tiltak og nye måter å samhandle på for å forebygge nye hendelser. Ved observasjon ble blant annet avklaring og fordeling av oppgaver, personalressurser og samhandling drøftet og fokuset ble rettet mot hvordan styrke disse for å unngå tilsvarende feil. Ved et møte ble oppgave- og ansvarsfordeling mellom ansvarsvakt i avdeling, forvakt og bakvakt drøftet. De gjennomgikk på detaljnivå hvilke tiltak som hadde blitt iverksatt, og hvordan samhandlingen mellom yrkesgruppene hadde ledet frem til beslutninger. Dette gav nye perspektiver på muligheter, begrensninger og risiko i samhandlingen. Informantene sa de opplevde dette nyttig og at det bidro til å avklare føringer for samspillet. Det ble vektlagt at det var viktig at innspill mellom profesjoner, ved læringsmøtene, ble gitt på en konstruktiv måte, hvor hensikten var å belyse saken og formidle viktig informasjon, ikke fordele skyld:

*«Jeg tenker at på møtene jeg har deltatt, ble det tatt opp interaksjon mellom profesjoner. Ikke at en forsøkte å beskyldte hverandre, men på en god måte. Viktig å ta opp disse tingene ved disse møtene, hvis en har innspill mellom profesjoner, ift lege eller personalet» (Informant 3).*

Læringsmøtene synliggjorde at ulike profesjoner hadde ulike syn på profesjonenes oppgaver, ansvar og rolle i å forebygge risiko. Ved å åpent analysere dialogen og samhandlingen i forkant av uønskede hendelser, uten å fordele skyld, belyste de hvordan dialogen hadde påvirket samspillet mellom profesjonene. Det ble klarere hvordan de ulike profesjoner er gjensidig avhengig av hverandre, for å gjøre gode og forsvarlige vurderinger og prioriteringer. Dialogen endret seg fra å omhandle de enkelte profesjoners ansvarsområder, til å se dynamikken og verdien i samhandlingen. Orvik (2015) definerer tverrprofesjonalitet som en sammenhengende prosess der de i fellesskap reflekterer over og utvikler praksisformer som gir et integrert og sammenhengende svar på behov. Tverrprofesjonalitet er opptatt av å forene ulikheter og eventuelle motstridende synspunkter, og innebærer kontinuerlig interaksjon og kunnskapsdeling for å løse eller utforske utfordringer (Orvik, 2015).

Flere informanter tok opp at sykepleiere og behandlere i psykiatrien jobber tett og overlapper hverandre ift oppgaver. Er pasienter innlagt på § 3.1 etter Lov om Psykisk helsevern, til

tvungen legeundersøkelse, kan de holdes tilbake i avdelingen i inntil 24 timer. Innen den tid må behandler vurdere om det er grunnlag for å ta imot pasienten til videre observasjon § 3.2. eller til behandling § 3.3. etter Lov om Psykisk helsevern. Miljøpersonalet tilbringer mye tid sammen med pasienter det første døgnet, før behandler vurderer pasienten. Miljøpersonalets dokumenterte observasjoner er vesentlig i den totale vurderingen behandlerne gjør av pasientens sykdomsbilde og hjelpebehov. Informantene la vekt på at selv om behandlerne tok de endelige avgjørelsene i pasientforløp, baserte disse seg i stor grad på tverrprofesjonell samhandling mellom behandlere og miljøpersonell og miljøobservasjoner. Informantene vektla det ansvaret alle ansatte har til å videreformidle observasjoner og risikovurderinger og ansvar og plikt til å gi beskjed om de har en annen oppfatning eller vurdering enn det behandler konkluderer med:

*«Det som er spesielt i psykiatrien er at behandlerne er i mye større grad avhengig av observasjonen til sykepleierne. I somatikken er det i større grad behandlerne som bestemmer og sykepleierne utfører. I psykiatrien er behandlerne i større grad avhengig av informasjon fra sykepleierne. Det er de som jobber ute i avdelingene som er gull verdt i forhold til at behandlerne skal få inn informasjonen de trenger» (Informant 9).*

Informanten tar opp det Orvik (2015) beskriver som interaktivt samarbeid. I Psykiatrien har enkelte pasienter komplekse og uavklarte hjelpebehov, som krever tett samhandling, med kontinuerlig utveksling av informasjon og at helsepersonell overlapper hverandre i forhold til arbeidsoppgaver. Behovet for tett samhandling kan være utfordrende og undersøkelser viser at det i helseinstitusjoner hvor en er avhengig av tett samhandling er områder hvor en bør være spesielt oppmerksom på pasientrisiko (Ogrinc et al., 2012). Læringsmøtene bidro til å belyse muligheter, risiko og begrensninger i samhandlingen. Feil eller mangler ble blant annet identifisert i gråsoner mellom ansvarsfordelingen, der kommunikasjonen hadde vært uklar eller mangelfull. Sykepleierne sa de hadde fått økt forståelse av at behandlerne var avhengige av at de videreformidlet observasjoner til behandlerne, og at de sikret seg at behandlerne hadde forstått informasjonen. Ved dette kommuniserte de at læringsmøtene hadde bidratt til at de i økt grad så seg selv, som Senge (2006) beskriver, både som en del av problemet og som en del av løsningen. Informantene sa de av og til hadde fått et helt nytt perspektiv på hvordan de ulike rollene er avhengige av hverandre og hvordan kommunikasjonen mellom ulike

profesjoner påvirker pasientsikkerheten. Som informanten under uttrykker, er de helt avhengig av å ha trygghet til å stille spørsmål og til å komme med egne synspunkter:

*«I dette yrket er vi helt avhengig av at vi har den tryggheten til å stille spørsmål, til å komme med egne synspunkter, og at alle kjenner at de har en rolle, uansett om de er ansatt i en liten eller stor stilling. Selv om ansvaret er plassert på de nivåene de skal være, har alle et ansvar for å bidra inn i det, for å sikre gode vurderinger og gode beslutninger. Og ansvar for å melde ifra når de har en tanke eller innspill. Og vi som ledere må fasilitere og etterspørre, at folk kjenner på det ansvaret, den muligheten og tryggheten til å komme med innspill»*  
(Informant 7).

Informanten over fokuserte på nødvendigheten av samhandling. Han sa han som leder måtte tilrettelegge for økt refleksjon og kommunikasjon mellom ansatte, for å kunne identifisere den enkelte pasients behov. Dette kan sees som det Orvik (2015) beskriver som et transdisciplinært samarbeid. Et slikt samarbeid fordrer, ifølge Orvik, at ansatte i tillegg til å være spesialister på egne felt, også har kunnskap om andre profesjoners oppgaver. I dette tilfellet, trenger sykepleierne innsikt i hvilken informasjon behandlerne baserer vurderingene på, og dermed hvilken informasjon behandlerne trenger, for å kunne foreta psykiatriske vurderinger. Observasjon og intervjuer indikerte at læringsmøtene bidro til økt kunnskap om andres oppgaver og -økt engasjement for pasientsikkerhet, også utover egne arbeidsoppgaver eller vakter. Av dette kan læringsmøter bidra til økt transdisciplinært samarbeid.

#### 9.3.4. Skyldfølelse og/eller økt ansvarsfølelse?

På tross av stadige gjentakelser om at leder har vurdert at det ikke var personfeil som var årsak til hendelsene, beskrev enkelte at skyldfølelsen de kunne få etter alvorlige hendelser, var vanskelig å håndtere og kunne gjøre dem usikre på egne vurderinger i etterkant.

*«Skyldfølelse er vanskelig, tar det med seg hjem, tenker på hvordan en skal gripe fatt i ting»*  
(Informant 8).

Informanten anså skyldfølelse som uønsket og destruktivt, da det gjorde ansatte usikre på hvordan de skulle handle eller løse oppgaver fremover. Skyldfølelse kan defineres som følelsen av å ha overtrådt en norm /gjort noe galt (Teigen, 2020). Ifølge informantene kunne selve hendelsene utløse skyldfølelse hos ansatte som følte seg ansvarlige. Læringsmøtene kunne påvirke opplevelsen av skyld på ulike måter. Enkelte sa det kunne forsterke opplevelsen av skyld, dersom det avdekket feil eller mangler ved behandlingen eller ved samhandlingen, hvor de følte seg ansvarlige. De fleste opplevde at læringsmøtene bidro til å justere opplevelsen av skyld, ved at hendelsen ble satt i en større sammenheng, og det ble tydeligere under møtene at hendelsene ikke kunne tilskrives individuelle feil hos enkeltansatte. Læringsmøtene bidro også til å identifisere enkeltansattes opplevelse av skyld, og bidro til at lederne dermed kunne sikre nødvendig oppfølging av de berørte. Selv om alle informantene var opptatt av å ikke fordele skyld ble det kommunisert at alvorlige hendelser ofte gjorde ansatte usikre på egne vurderinger. En alvorlig hendelse kan påvirke en hel avdeling slik at de ansatte blir handlingslammet eller at de vegrer seg fra å ta nødvendige avgjørelser, slik en informant beskriver:

*«Så kan det jo også være styrt av den forutgående hendelsen, på våren, der det var en alvorlig hendelse i avdeling. Alltid i ettertid av sånne hendelser, øker den frykten, og den vil også kanskje påvirke de valgene vi tar over en lengre periode til vi får en litt avstand til det igjen som gjør at vi, jeg skal ikke si at vi sikrer oss mer i en periode, men det er ikke unaturlig at, at en blir mer forsiktig i enkelte perioder. Og det kan være riktig, men det kan også hende at frykten blir for styrende i forhold til beslutningene vi tar, og at vi blir litt for kontrollerende i hva vi skal gjøre» (Informant 6).*

Informanten sa den alvorlige hendelsen påvirket hele personalgruppen, både miljøpersonell og behandlere. Han beskriver at frykten for at en lignende hendelse skulle skje igjen, påvirket valgene de tok i andre pasientforløp i lang tid. Frykten kunne gi et økt kontrollbehov som gjorde det vanskelig å ta rasjonelle beslutninger. Informanten belyser viktigheten av å analysere hendelsene for at de ikke skal påvirke i uønsket retning. Klinikken høye belegg krever bevisste prioriteringer, og er avhengig av at det tas rasjonelle avgjørelser (jfr. kap 5.2.). Som leder så han at det er viktig å legge til rette for nødvendige diskusjoner og refleksjoner

for at alvorlige hendelser ikke skal påvirke fremtidige vurderinger i uønsket retning. Etablering av læringsmøtet ble ansett som et viktig bidrag.

Informantene formidlet at det å delta på læringsmøter bidro til at de følte mer ansvar både for aktuelle hendelser og for å forbygge nye hendelser. Forbedringspunktene de kom frem til gikk blant annet på mangelfull opplæring og kommunikasjon. Den ansvarlige lederen i avdelingen eller den ansvarlige sykepleieren for opplæringen kunne føle en økt ansvarsfølelse dersom forbedringspunkter viste direkte tilbake til oppgaver de hadde ansvaret for.

*« Er det noe vi har sviktet på i det grunnleggende, om det kan vises direkte tilbake til en selv, ved tilsyn for eksempel, om en ikke har vært tydelig nok i forhold til opplæring eller er det noe en har hørt i en rapport, noe en har tenkt på, men ikke sagt videre eller den type ting. Der tenker jeg et læringsmøte kan påvirke opplevelsen av ansvar, og gjerne gjøre den enda sterkere»* (Informant 6).

Som sitatet viser, uttrykte informantene at dersom læringsmøtet pekte på svikt i oppgaver han eller teamet direkte var ansvarlig for, kunne dette forsterke opplevelsen av ansvar for hendelsen. Han sier at det kan være *“noe en har tenkt på, men ikke sagt videre”*. Dette var noe som kom opp flere ganger ved læringsmøtene jeg observerte. Deltagere formidlet blant annet at de hadde hatt en oppfatning, en observasjon eller informasjon som ikke tydelig hadde blitt dokumentert, eller kommunisert videre. Enkelte formidlet en uro, eller en opplevelse av at det var noe de hadde oversett i pasientforløpet. Det at de erkjente ved læringsmøtet at de hadde hatt informasjon som de ikke klart hadde formidlet videre i forkant av hendelsen, påvirket dem. Også andre studier vedrørende pasientrisiko, har vist forhøyet risiko tilknyttet manglende eller uklar kommunikasjon i pasientbehandlingen (Drupsteen & Guldenmund, 2014, Aase, 2015). Informantene formidlet en økt ansvarsfølelse for å videreformidle viktig informasjon for å forebygge at de kom opp i en lignende situasjon. Informantene sa de ble mer bevisst betydningen av det å kommunisere tydelig, samt sikre at mottaker forstår budskapet.

Ved økt kunnskap om mulige årsaksforklaringer og årsakssammenhenger i samhandlingen, mente informantene at læringsmøter generelt kunne bidra til en sterkere ansvarsfølelse for å forebygge lignende hendelser. De beskrev det som nyttig å kartlegge alternative måter å samhandle eller løse en situasjon eller oppgave på. Økt ansvarsfølelse ble her ansett positivt da det mobiliserte energi, og mobiliserte til endring og forbedring. Som denne studien har illustrert er økt ansvarsfølelse med en kultur for åpenhet, hvor alle føler ansvar for fremdrift og resultater, viktig for å skape trivsel, engasjement og prestasjoner. Dette samsvarer med Svendsen (2021) som refererer til Edmondson og skriver om viktigheten av økt ansvarsfølelse og åpenhetskultur for å etablere effektive team.

Ansvarlighet kan defineres som å vurdere konsekvensene av handlingene og gjøre en avveining av hva som er moralsk riktig (Ørnes, 2012). Informantene reflekterte over begrepet ansvarlighet og satte ansvarlighet opp mot eller i sammenheng med det krysspresset de ofte sto i ved å måtte prioritere oppgaver på krevende dager. Spesielt sykepleiere og ledere fokuserte på at økt ansvarsfølelse ble ansett konstruktiv når de opplevde rom og mulighet til å iverksette nødvendige prioriteringer, tiltak eller endringer. Dersom de ut fra tildelte ressurser og føringer, ikke så mulighet til å utføre det de opplevde som nødvendige endringer, kunne ansvarsfølelsen bli vanskelig å håndtere, og bidra til stress og usikkerhet. Manglende tid og rom til å avklare evt ulike tolkninger av symptomer eller risikofaktorer, og manglende handlingsrom til å øke bemanningen når de anså dette nødvendig, ble blant annet trukket frem som en stressfaktor.

#### 9.4. Håndtering av risiko

Informanter som jobbet ved avdelinger som hadde innført faste læringsmøter, sa faste møter bidro til et kontinuerlig fokus på risikoområder. Det at de hadde mulighet til å melde inn saker, gjorde at de kontinuerlig drøftet risikoområder. De identifiserte risikoområder som tidligere ikke hadde blitt fanget opp, som “nesten-ulykker” eller hendelser som ikke hadde fått konsekvens da de mer eller mindre tilfeldig hadde blitt avverget. Andre informanter formidlet en hektisk hverdag, med nesten kontinuerlig overbelegg på korttidsavdelingene. Dette medførte at mye tid og fokus ble rettet mot pasientadministrasjon for å frigjøre plasser til nye pasienter som ble innlagt. Dette gjorde at flere opplevde at det ikke var tilstrekkelig tid og

mulighet til å stoppe opp ved alvorlige hendelser eller hendelser og avvik som tilfeldig hadde blitt fanget opp og avverget.

#### 9.4.1. Retningslinjer som verktøy for læring

Informantene var opptatt av interne retningslinjer og retningslinjer ble gjennomgått ved alle læringsmøtene jeg observerte. På spørsmål om hvordan læringsmøtene bidrar til læring nevnte alle at interne retningslinjer hadde blitt endret. Etter enkelte hendelser, opplevde informantene at interne retningslinjer hadde blitt endret og implementert ved alle avdelinger:

*«Slik jeg opplever det, fra hver av disse møtene, fremkom det systematiske forbedringer, at systemet har lært, det skjer læring på tvers, som oppdateringer av EK, prosedyrer, som for eksempel innføring av voldsrisikovurderinger. Det ble gjort en stor gjennomgang av voldsrisikovurderinger og hvordan vi jobber med voldsrisikovurderinger. Det ble ikke bare gjennomgang ved vår avdeling, men ved hele sykehuset» (Informant 3).*

Informanten opplevde at hele organisasjonen lærte av den aktuelle hendelsen, som resulterte i at nye retningslinjer og prosedyrer for voldsrisikovurderinger ble implementert ved alle avdelinger. Aase (2015) og Ogrinc et al., (2012) viser til at det er utfordrende å etablere læring på tvers av avdelinger og organisasjoner innen helsetjenestene. Selv om informantene opplevde at de lyktes i å få til læring på tvers, tok andre opp at dette var vanskelig. Læringsmøtene resulterte ofte med læringspunkter som innbefattet endringer i klinikkens retningslinjer og prosedyrer som endringer i retningslinjer for selvmordsrisikovurdering og voldsrisikovurdering, rutinemessige somatiske undersøkelser, ansvarsvakts rolle, og retningslinjer for samhandling. Informantene anså retningslinjene som hensiktsmessige for å spre læring i hele personalgruppen, og ved andre avdelinger. De var likevel usikre på om det lyktes å spre endringer på tvers av avdelinger. Andre avdelinger fikk gjerne ikke med seg at det hadde blitt gjort endringer i retningslinjer etter en uønsket hendelse ved en annen avdeling. Det at de ikke kjente til årsakene til endringer, kunne også påvirke implementeringen. Informanten over sa det var vanskelig å holde seg oppdatert på læring av hendelser fra andre avdelinger, og at læringspunktene ble ikke tilstrekkelig spredt til øvrige avdelinger:

*«Ved andre læringsmøter har jeg ikke alltid fått med meg konsekvensene/endringene etter læringsmøtet, da dette ikke oversettes eller formidles til alle andre avdelinger. Det har nok kommet frem gode ting ved andre læringsmøter hvor jeg ikke har deltatt, men som ikke har kommet ut til andre enn de som deltok på det aktuelle læringsmøtet» (Informant 3).*

Informanten sa det var viktig at informasjon kommer ut til øvrige ansatte ved klinikken, for å unngå at samme hendelse eller feil skjer ved andre avdelinger. Han sa at avdelinger som hadde bidratt til å endre retningslinjer etter en alvorlig hendelse, i større grad gjennomførte endringer, mens andre avdelinger ikke fikk med seg endringene. Også andre studier har vist at endring i retningslinjer ikke er tilstrekkelig for å endre praksis (Aase, 2015). En annen informant sa at selv om den alvorlige hendelsen og læringsmøtet påvirket en tidsperiode etter hendelsen, tenkte han etter hvert mindre på hendelsen, når han vurderte pasienter. Endringene som ble innført ble ikke tilstrekkelig implementert, og endring i praksis vedvarte ikke. De holdt fokus på det de hadde lært en periode, men falt etter hvert tilbake til gamle mønstre:

*«Jeg tenker gjerne hva vi har gjennomgått på læringsmøter når jeg kommer opp i en tilsvarende problemstilling, så det øker bevisstheten på det. Spesielt etter et suicid øker det bevisstheten, i alle fall en stund. Men jeg vet ikke om vi får det inn som en rutine. Jeg tror vi fort etter en tid kan falle tilbake til gamle mønstre» (Informant 1).*

Informanten var dermed usikker på om det de lærte ved læringsmøtene førte til varige endringer av praksis. Han savnet en oppfølging av endringene som hadde blitt gjort etter de ulike læringsmøtene, og at «noen» holdt fast i endringene over tid. Det å få til varige endringer av praksis er krevende og er avhengig av om ledelsen følger opp og endringene over tid og at endringene implementeres i avdelingene og personalgruppen (Ogrinc et al., 2012, Mainz et al., 2011). For å få til endringer må de ansatte se mening med endringene. Informantene vektla at de som hadde blitt berørt av en alvorlig hendelse, så hensikten og nødvendigheten av endringer, altså mening, og derfor i større grad gjennomførte endringene i videre arbeid. Det å delta på drøftinger ved læringsmøtet, spredte forståelsen av mening tilknyttet endringene til de involverte deltakerne, men informantene så fortsatt utfordringer med å spre forståelsen til andre avdelinger eller ansatte.



Ved enkelte læringsmøter kom det frem at interne retningslinjer ikke hadde blitt fulgt, men det ble i liten grad drøftet hvorfor ansatte ikke hadde fulgt retningslinjer. En informant argumenterte for at de i større grad burde kartlegge hvorfor ansatte ikke hadde fulgt interne retningslinjer i enkeltsaker:

*«Jeg er ikke den som rir alle EK rutiner for enhver pris, det gjør jeg ikke. Jeg tenker jo det en kan lære av ved læringsmøter er at ved å gjennomgå EK rutiner, og en ser at Ek rutiner ikke er fulgt, kan en lære av å se på hva var grunnen til at en ikke fulgte Ek rutinen i denne saken. Det kan være en god grunn til at EK rutinen ikke ble fulgt i en slik sak og hva kan vi lære av det på systemnivå, som gjør at den ansatte kan følge rutiner som er gjennomførbare. Ek rutiner er bra, men de er ikke hugget i stein» (Informant 1).*

EK rutiner, som informanten referer til, er interne rutiner, nedfelt i Elektronisk Kvalitetshåndbok.

Informanten sa retningslinjer ikke alltid kunne følges, og at det av og til var gode grunner til at retningslinjene ikke var fulgt. Han etterlyste i større grad en drøfting når de opplevde at retningslinjene ikke var gjennomførbare, og at de i felleskap så på nødvendige endringer for å gjøre det mulig å følge retningslinjene. Flere undersøkelser viser at alvorlige hendelser og avvik i helsevesenet ikke i tilstrekkelig grad blir fulgt opp med årsaksanalyse og læring (Drupsteen & Guldenmund, 2014, Ogrinc, 2012). Ensidig fokus på retningslinjer, der de i mindre grad kartlegger struktur, som for eksempel kompetanse og personalets kapasitet til å følge opp retningslinjer, kan være et hinder for tilstrekkelig kartlegging av årsak og årsakssammenhenger til alvorlige hendelser (Donabedian, 1992). En manglende undersøkelse og forståelse av hvorfor ansatte ikke følger retningslinjer kan være et hinder for å identifisere latente forhold for å oppnå dobbelkretslæring (Argyris & Schön, 1978).

Selv om informanten over etterlyste drøftinger om hvorfor retningslinjer evt ikke var fulgt, ble retningslinjer hyppig drøftet under møtene jeg observerte. Deltakerne drøftet om lovverket kunne sette begrensninger for muligheten til å holde pasienten som ønsket å reise, tilbake, for å gjøre undersøkelser og vurderinger i henhold til interne retningslinjer. Videre drøftet de

retningslinjer for overføring av pasienter mellom avdelinger, og retningslinjer for ansvarsvakt sin rolle og - ansvar for å sikre forsvarlig bemanning.

Ved enkelte læringsmøter ble det diskutert i hvilken grad styringsverktøy som interne retningslinjer, faglige retningslinjer og nasjonale veiledere er førende og hvordan de kan tolkes. Deltakerne kommuniserte ulik forståelse av styringsverktøyene og ulike syn på hvilken nytte de opplevde disse har. Enkelte ønsket klare retningslinjer, og så retningslinjer som nødvendige for å gi retning, samle ansatte og etablere lik praksis. De formidlet at de opplevde trygghet i å ha klare føringer. Andre mente for mange retningslinjer kunne være begrensende for individuelle skjønnsvurderinger, og argumenterte for at de påvirket makten behandlere hadde til å ta selvstendige, individuelle og faglig forankrede avgjørelser i pasientforløp. Det ble kommunisert at hver pasient var unik og trengte individuelle faglige vurderinger og tiltak. Informantene sa de vek fra faglige retningslinjer, når de vurderte dette som det beste faglige avgjørelsen. Også tidligere forskning viser at helsepersonell ikke forholder seg til helsepolitiske føringer (Evenstad et al., 2020). På individnivå vil helsepersonell ofte strekke seg langt for å gi den behandlingen de vurderer er best, og beslutninger vil påvirkes av blant annet personlige moralske og ideologiske verdier (Orvik, 2015). Økt fokus på standardisering og helsepolitiske føringer, der behandlerne i økt grad blir styrt og overvåket, kan bidra til motstand. Hvordan ledere velger å møte utfordringer ved uønskede variasjoner, vil kunne påvirke grad av samhandling og motstand (Orvik, 2015).

Ved læringsmøtene diskuterte deltakerne skjønnsvurderinger. Selv om enkelte ved observasjon var reserverte i begynnelsen av læringsmøtene, spesielt de som hadde gjort skjønnsvurderingen, ble skjønnsvurderingene drøftet. Diskusjonene bidro ifølge informantene til økt kunnskap og en mer felles forståelse av interne og faglige retningslinjer. Diskusjon og refleksjon synes å bidra til økt bevissthet og enighet om hva som er, og bør være, styrende i pasientforløp. Det kan være vanskelig å få ansatte til å følge retningslinjer de ikke opplever logiske, relevante, faglig begrunnet eller i samsvar med kliniske erfaringer (Evenstad et al., 2020). Læringsmøtene avdekket av og til behov for å endre interne retningslinjer. Ved at deltakerne medvirker til endringer, øker forståelsen for retningslinjer og dermed sannsynligheten for at de vil følge de nye retningslinjene (Bolmann og Deal, 2018). Enighet bidro til at ansatte så mening i, og aksepterte forbedringstiltak, og fikk vilje og motivasjon til

å endre, når dette ble ansett hensiktsmessig og/eller nødvendig. Dette muliggjør og legger til rette for implementering av forbedringstiltak og evt nye retningslinjer (Aase, 2015).

#### 9.4.2. Rolleforståelse

De av informantene som var ledere sa at læringsmøtene synliggjorde mellomledernes ansvar for å forbedre tjenestene. De anså at de som ledere var ansvarlige for å bidra til nødvendig samhandling mellom ulike profesjoner og gjennomføre nødvendige endringer for å forebygge risiko. Ved observasjon skilte enkelte deltagere seg ut ved å vise særskilt engasjement i forhold til hvordan de kunne bidra til endring og forbedringsarbeid. Ved identifisering av risiko fokuserte de på hva de kunne gjøre. De var opptatt av hvordan kvalitetssikre at ønsket praksis alltid ble fulgt, også når de ikke var på jobb. De var opptatt av å spre læring også til andre avdelinger. Det kunne se ut som at læringsmøtene og økt innsikt i risikoområder ga dem en drivkraft til å jobbe med forbedring. Andre inntok en mer avventende rolle, fokuserte på egen avdeling og etterspurte endringsinitiativ fra ledelsen.

Monica Rydland (2018) har forsket på mellomledernes rolleforståelse og refererer til at forskning viser at strategi ikke bare er formet av topplederne, men også av ledere i ulike nivå i organisasjonen (Balogun & Johnson, 2005; Rouleau 2005, i Rydland, 2018). Mellomlederne spiller dermed ifølge Rydland en vesentlig rolle i strategiske endringsprosesser. Hvordan mellomlederne forholder seg til rollen som endringsagenter er, ifølge Rydland, essensielt for å få til endring. Det er forventet at de implementerer endringsinitiativ fra toppledelsen, også endringer de ikke ønsker. Mellomlederne trenger derfor å fortolke endringer og konsekvensene og være i stand til å endre seg selv i tillegg til å hjelpe ansatte gjennom endringer. De må kunne balansere og håndtere ulike og kanskje motstridende hensyn og forventninger og samle ansatte om en felles forståelse (Stensaker & Falkenberg, 2007, i Rydland 2018). Rydland deler mellomlederrollen inn i roller hvor Markedsbeskytteren og Fasilitatoren har en smal rolleforståelse, med fokus på inneliggende pasienter og sitt team, mens Fornyeren og Samskaperen har fokus på hele organisasjonen, også utover nåværende strategier. Ifølge Rydland vil Fasilitatoren og Samskaperen føle ansvar for å sikre konkret adferdsendring. Fasilitatoren innen eget team eller avdeling, Samskaperen både i eget team, men også på tvers av enheter eller organisasjon.

Mellomlederne i studien som viste høyest engasjement og fokuserte på egen rolle i forbedringsarbeid, ville kanskje ifølge Rydlands definisjon blitt kategorisert som Samskapere. Ved at læringsmøtene bidro til refleksjon rundt egen rolleforståelse, vil møtene kunne påvirke og endre ledernes rolleforståelse. Kanskje kan læringsmøtene føre til at det blir flere samskapere i ledergruppen, noe som vil være positivt for å oppnå læring på tvers og utvikling av nye strategier og tjenesteinnovasjon der dette er nødvendig.

Også andre informanter uttrykte at læringsmøtet påvirket rolleforståelse. Orvik (2015) beskriver ledelse som et generelt ansvar, et relasjonelt og komplekst fenomen som angår alle ansatte i organisasjonen. Han sier blant annet at en sykepleier som tar initiativ til å forbedre rutiner, utøver ledelse. Johnsen (2002, i Orvik 2015) definerer ledelse som en form for samspill som er kjennetegnet av målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling. Sykepleierne og vernepleierne har ansvarsvakt i avdelingen på kveld og helg. De har ansvar for å lede ansatte som er på jobb med utgangspunkt i en kjent målsetting og prioritere og fordele oppgaver, innenfor de ressursene de har til rådighet. Videre kan psykologspesialister og overleger ha rollen som faglig ansvarlige i avdeling, overlege også i rollen som bakvakt. Ved læringsmøtene ga møtelederen ofte først ordet til den av deltakerne som hadde ledet avdelingen eller situasjonen i forkant av en alvorlig hendelse. Ved dette satte de fokus på den som hadde ledet situasjonen, og rollen den aktuelle ansatte hadde hatt som leder. Dette klargjorde forventningene ledelsen hadde til de ulike rollene, og observasjoner indikerte at det engasjerte ansatte.

#### 9.4.3. Gir fokus på ansvarlighet uønskede konsekvenser?

Læringsmøtene tok, ifølge informantene, i hovedsak opp spørsmål om pasientforløp hadde vært faglig forsvarlige. De fokuserte på spørsmål om ansvarlighet og evt mangelfull behandling. Ensidig fokus på ansvarlighet, hvor ansatte drives til å sikre seg, kunne ifølge enkelte informanter føre til gjennomsnittlig lengre behandlingstid. Overbelegg påvirket ifølge enkelte informanter den generelle pasientsikkerheten, da den totale arbeidsmengden økte, noe som også ble vektlagt i statusrapporten for akuttpsykiatri som ble utgitt 2021, jfr. kapittel 5.2. Overbelegg ble ansett som utfordrende for personale og mye tid ble brukt til å drøfte hvordan de kunne frigjøre ledige senger når innleggelsestallet var høyere enn kapasiteten. Ved at det ved korttidsavdelingene kontinuerlig er utfordringer med overbelegg, var det lite rom for å

øke den gjennomsnittlige behandlingstiden, uten at dette fikk konsekvenser på andre områder. Flere sa det ville vært nyttig å ha læringsmøter om problemstillingen knyttet til overbelegg, gjerne med deltagere fra ulike avdelinger. Dette for å kartlegge årsaksforklaringer, øke innsikt, jobbe for en likere forståelse av utfordringsbildet, felles forbedringspunkter og mål. Psykisk helsevern har blitt kritisert for å mangle definerte grenser for behandlingen (Malkomsen & Solberg, 2022), og uønskede variasjoner i pasientbehandlingen (Helseatlas psykisk helsevern og rusbehandling, 2020, Statusrapport akuttpsykiatri 2021). En informant sa det ville være nyttig å se på forløp hvor pasienter blir værende svært lenge i sykehus for å kartlegge ulik målforståelse, begrepsforståelse og ulike vurderinger mellom avdelinger:

*«Jeg synes det med langliggere og kanskje også det med farlighet, risikovurdering. Hvordan en vurderer farlighet. Og om pasienten faktisk får behandling når de er i sykehus eller om de er her av andre grunner, for eksempel om man vurderer de som farlige eller er redd for at de vil ruse seg om de blir utskrevet eller overflyttet til et lavere omsorgsnivå. Skal de da oppta en akutt plass i sykehus» (Informant 2).*

Problemstillingen “farlighet” versus liggetid ble tatt opp og drøftet ved flere læringsmøter. Ifølge informantene bidro dette til likere tolkning av lovverk og retningslinjer og likere skjønnsvurderinger mellom deltakerne innenfor det samme møtene. Ved at læringsmøter hovedsakelig ble holdt avdelingsvis kan evt forskjeller i vurderinger av risiko og forsvarlighet mellom avdelinger, bli opprettholdt og evt forsterket. Dette da ulike møter kan gi ulik læring, da medlemmene av ulike læringsmøter kan utvikle ulike kodifikasjoner av tidligere handlinger og erfaringer, og dermed utvikle ulike rutiner som leder til ulik adferd, jfr. Levitt og March (1988). Siden informantene opplevde mangelfull spredning av læring mellom avdelingene kan forskjellene bli forsterket, dersom deltakerne fra de ulike læringsmøtene ender adferd i ulik retning. Mangelfull spredning av det ansatte lærer av uønskede hendelser, er ifølge Drupsteen & Guldenmund (2014) et hinder for å unngå nye hendelser. Dette kan resultere i ulik praksis og ulike risikovurderinger mellom avdelinger, og dermed ulike prioriteringer og økte uønskede variasjoner i tjenestetilbudet.

## 10. Sammenfatning av resultater/konklusjon

I denne studien ønsket jeg å studere hvordan gjennomføring av faste læringsmøter ved en psykiatrisk klinikk påvirket kommunikasjon, tverrprofesjonell samhandling og håndtering av risiko. Studien viste at møtenes korte varighet reduserte forutsetningene for at all viktig informasjon kom frem. Det at enkelte deltagere viste at de var berørt, og også kunne uttrykke skyld, påvirket kommunikasjonen. Deltagernes fokus på å støtte kollegaer, bidro til at de var forsiktige med å kommunisere innspill som kunne oppfattes som kritikk.

Studien viste at ved å ha fokus på systemforbedring, bidro møtene gradvis til åpnere kommunikasjon, økt tillit og økt psykologisk trygghet. Informantene opplevde det nyttig at deltakerne bragte inn ulike og nye perspektiver. Flere opplevde at det var en økende aksept for å uttrykke synspunkt og vurderinger på tvers av profesjoner og på tvers av det flertallet formidlet. De begynte i økt grad å etterspørre innspill, og lyttet mer til hverandre. Det oppsto større grad av drøfting av pasientforløp og risikoområder mellom deltagerne, og på tvers av profesjoner. Ved økt samhandling og kommunikasjon rundt føringer, risikofaktorer og skjønnsvurderinger bidro møtene til likere forståelse av muligheter, begrensninger og risiko i pasientbehandlingen. De fikk en likere forståelse av risiko, og en mer felles tilnærming til hvordan de sammen kunne forebygge nye hendelser.

Møtene bidro til økt tverrprofesjonell samhandling og overlapping av oppgaver også i det daglige arbeidet. De fikk mer kunnskap og innsikt i risiko ved kommunikasjon og samhandling, og en utvidet forståelse av egen og andres rolle i tilknytning til problemene ved misforståelser og manglende informasjonsdeling. Dette bidro til økt kommunikasjon, hvor de i større grad kommuniserte uenighet og sa ifra om andres vurderinger eller avgjørelser ikke ga mening. De opplevde at læringsmøtene påvirket ansattes ansvarsfølelse ved at de i tillegg til å oppleve aksept for å komme med innspill, også i økende grad følte et ansvar for å komme med innspill.

Ved å bidra til økt refleksjon rundt egne og andres roller, påvirket møtene deltageres rolleforståelse. Deltakerne fikk økt engasjement til å forbedre tjenestene og flere kommuniserte økt bevissthet på hvordan de ved økt kommunikasjon og samhandling kunne

bidra til å redusere risiko i pasientbehandlingen. Læringsmøtene bidro til økt forståelse av at pasientsikkerheten er avhengig i at alle bidrar, og av at ulike ansatte og profesjoner lytter til hverandre. Dette påvirket deltagerens forståelse av muligheter og handlingsrom ved pasientsikkerhetsarbeidet.

Læringsmøtene resulterte ofte i endringer i interne retningslinjer. Informantene var imidlertid usikre på om de i tilstrekkelig grad klarte å implementere nye retningslinjer og etablere varige endringer av praksis. De opplevde at deltakerne ved de enkelte møtene lærte av, men var usikre på om de klarte å spre læringen til andre ansatte eller avdelinger.

Læringsmøtene ble primært holdt etter alvorlige hendelser med konsekvenser. Ved å gjennomføre læringsmøter også ved hendelser som ble fanget opp og avverget, kunne de ifølge enkelte informanter, i større grad identifisert forbedringsområder og dermed forebygget alvorlige hendelser før de fikk konsekvens. Risiko ved pasientbehandlingen ble dels sett i sammenheng med utfordringer med høyt belegg. Informantene beskrev en hverdag med store påkjenninger, og hvor det jevnlig oppsto hendelser som kunne ha fått konsekvenser. Fokuset hittil hadde vært rettet mot ansvarlighet og eventuelt mangelfull behandling og ikke mot overbehandling. Fokus på ansvarlighet kunne ifølge enkelte informanter bidra til at ansatte vegret seg for å ta avgjørelser som innebar risiko. Dette kunne påvirke behandlingstid og prioriteringer. Det at møtene hittil i hovedsak hadde blitt holdt avdelingsvis med sammensetning av deltagere var fra en og samme avdeling, stiller spørsmål om sammensetningen var bred nok. Avdelingsvise læringsmøter ble sett som et hinder for spredning av informasjon mellom avdelinger. Dette igjen kan opprettholde og forsterke forskjeller og uønskede variasjoner mellom avdelinger, samt hindre læring.

Studien ga informasjon om hvordan deltagerne av læringsmøter lærte av feil, og hvordan møtene påvirket kommunikasjon, samhandling og risikovurderinger. Læringsmøtene bidro til økt fokus på pasientsikkerhetsarbeid. Observasjon og intervjuer ble gjennomført kort tid etter innføring av faste læringsmøter ved klinikken. Hvordan ledelsen evaluerer og eventuelt korrigerer tiltaket, vil kunne påvirke gjennomføring av læringsmøter fremover. Studien viste viktigheten av å ha en tilstrekkelig bred sammensetning av deltagere, samt bruke tilstrekkelig

tid til å identifisere faktorer som er medvirkende til at uønskede hendelser skjer. Ved samtidig å øke fokuset på latente feil, kan læringsmøtene i større grad bidra til dobbelkretslæring. Tidligere kunnskap om vanskeligheter ved å spre læring på tvers av avdelinger bekreftes i studiet, og kan være et interessepunkt for ytterligere forskning.

## 11. Litteraturliste

Aase, K. (red) (2015): *Pasientsikkerhet, teori og praksis*. Universitetsforlaget. (2.utg).

Akershus universitetssykehus & Oslo universitetssykehus. (2021). *Statusrapport akuttpsykiatri 2021*. [07112022-statusrapport-akuttpsykiatri-2021endringer.pdf](#)  
([akuttnettverket.no](#))

Argyris, C (1982). *Reasoning, learning and action: Individual and organizational*. San Fransisco,CA: Jossey-Blass.

Argyris, C & Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*.

Arntzen, E. (2015). *Ledelse og kvalitet I helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bakhtin, M. (1986). *Speech, Genres & Other Late Essays*. Austin: University of Texas Press.



Bale, M., Holsen, M., Osvoll, I., Bedane, H.K. & Skrede, O. (2020). *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling: Oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg for åra 2014-2018*. nr 1.

Balogun, J., & Johnson, G. (2005). From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking. *Organization Studies*, 26: 1573-1601.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0170840605054624>

Batalden, P.B. & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *BMJ Quality & Safety* 2007; 16:2-3. [What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? | BMJ Quality & Safety](#)

Bolmann, L. G. og Deal, T. E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3(2), 77-101.

Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. (2003). Clinical Correlates of Inpatient Suicide. *The journal of clinical psychiatry*, 64: 14-9. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0105>

Cannon, M.D. & Edmondson, A.C. (2005). Failing to Learn and Learning to Fail (Intelligently): How Great Organizations Put Failure to Work to Innovate and Improve. *Long Range Planning*, Volume 38, Issue 3. June 2005, pages 299-319.

Dewey, J. (1938). *Experience & education*, Kappa Delta Pi, Collier Books, NY.

Donobedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quarterly Research Bulletin*, QRB 1992; 18 (11): 356–360. [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30560-7)

Drupsteen, L. & Guldenmund, F. W. (2014, 26.januar): What Is Learning? *A Review of the Safety Literature to Define Learning from Incidents, Accidents and Disasters*. Volume 22, Issue 2, side 69-127. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12039>

Dyregrov, A. (2002). *Katastrofepsykologi*. Fagbokforlaget.

Dysthe, O. og Igland, M. (2001). Vygotskij og sosiokulturell teori, i Dysthe, O. (Red) *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt forlag as.

Edmondson, A. (2011). Strategies for Learning from Failure, *Harvard Business Review*, April Issue.

Edmondson, A. (1999, 2. juni). Psychological Safety and learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science*. Vol 44, nr 2. [Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams on JSTOR](#)

Edmondson, A. C. (2019). *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation and Growth*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Evenstad B, Larsen L, Gravningen K. (2020, 28. Oktober). Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. *Sykepleien*,2020:15. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.82573

Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring- Fra kunnskap til kompetanse*. Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet (2014): *Folkehelse rapporten 2014*. Rapport 2014:4.: [folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf \(fhi.no\)](#)

Folkehelseinstituttet. (2017, 10.mai). *Sykdomsbyrde i Norge 2015- Resultater fra Global Burden of Diseases Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. [Sykdomsbyrde i Norge 2015 - FHI](#)

Folkehelseinstituttet. (U.Å). *Folkerapporten- Helsetilstanden i Norge*. [Folkehelse rapporten - FHI](#)

*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten*. (2016).(FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

Foucault, M. (2002). Power. Essential works of Foucault 1954–1984 (Bind 3). London: Penguin books.

Goodin, R. E. (1986, 1. juli). Welfare, Rights and Discretion, *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 6, side 232–261, <https://doi.org/10.1093/ojls/6.2.232>

Grimen, H. (2001, 10. desember). Tillit og makt – tre sammenhengar. *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 30, 121: 3617–9. [Tillit og makt – tre sammenhengar | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

Grue, J. (2015). *Teori i praksis- Analysestrategier i akademisk arbeid*. Fagbokforlaget.

Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk -dilemmaenes tyranni*. Universitetsforlaget.

- Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public*. Polity Press.
- Hafstad, A. (2019, 14.november). Høie ut mot Frp forslag om straff for feil i sykehus. *Dagens medisin*. [Høie ut mot Frp forslag om straff for feil i sykehus - Politikk og økonomi - Dagens Medisin](#)
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Abstrakt forlag.
- Haug, K., Kaarbøe, O.M. & Olsen, T.E. (2015). *Et helsevesen uten grenser?* Cappelen Damm AS. (2.utg).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025, ingen å miste*. [regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf](#)
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. IS-1870. [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* IS-5/2013. [Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet (2016). *Risiko- og hendelsesanalyse - Håndbok for helsetjenesten*. Rapport IS-0583. [Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2017 a). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten*. [is-2017-2620.pdf \(lovdata.no\)](#)
- Helsedirektoratet. (2017 b). *Psykisk helsevernforordningen med kommentarer*. [Psykisk helsevernforordningen med kommentarer - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet (2017 c). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

- Helsedirektoratet. (2018 a). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)*. [Hdir Rapportmal 15.11.18 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapportmal/15.11.18)
- Helsedirektoratet. (2018 b). *Metode for utarbeidelse av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere*, rapport IS-2730. [Metode ved utarbeidning av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapportmal/15.11.18)
- Helsedirektoratet (2019). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018*, Rapport IS-2851. [Rapportmal 19.06.19 \(Hilde makroaktivert\) \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapportmal/19.06.19)
- Helsedirektoratet. (2022). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper, SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021*, rapport IS-3053. [Rapportmal 19.06.19 \(Hilde makroaktivert\) \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapportmal/19.06.19)
- Helsedirektoratet. (u.å.). I trygge hender 24/7. *Pasientsikkerhetsprogrammet.no*. [Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/tryggehender) Hentet 16.10.2023.
- Helsepersonelloven med kommentarer* (2018). Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>.
- Helsetilsynet. (2017). *Reaksjonsformer overfor helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten* [Reaksjonsformer overfor helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten | Helsetilsynet](https://www.helsetilsynet.no/reaksjonsformer-overfor-helsepersonell-og-virksomheter-i-helse-og-omsorgstjenesten)
- Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107>
- Hoffard, M. & Malmo, T. R. (2021). Toleransevindumodellen i skolen, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 58, (nummer 8), side 689-693. [Toleranse-vindu-modellen i skolen | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](https://www.psykologtidsskriftet.no/toleranse-vindu-modellen-i-skolen)
- Huy, N.Q. (2001). In praise of middle managers. *Harvard Business Review*, side 72-79. [In Praise of Middle Managers \(hbr.org\)](https://hbr.org/2001/01/in-praise-of-middle-managers)
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget. (3.utg).
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag. (5. utg.).

- Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget. (4.utg.).
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk. (2.utg.).
- Larsen, K., Juritzen, T., Knutsen, I. R. & Feiring, M. (2017). Hva er kritikk i helsefagene og hva skal vi med kritiske perspektiver? OsloMet.no.  
[Larsen,+Juritzen,+Knudsen+og+Feiring+2017.pdf \(oslomet.no\)](https://doi.org/10.1002/smj.4250141009)
- Levinthal, D.A. & March, J.G. (1993): The Myopia of Learning. *Strategic Management Journal*, Vol. 14, 95-112. <https://doi.org/10.1002/smj.4250141009>
- Levitt, B. & March, J.G. (1998): Organisatorisk læring. *Magma- Tidsskrift for økonomi og ledelse* 1 (5): 62 – 78.
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (2017).(LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107>
- Lov om statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten.* (2017). (LOV-2017-06-16-56). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-06-16-56>
- Mainz, J., Bartels, P., Bek, T., Pedersen, K.M., Krøll, V., & Rhode, P. (2011). *Kvalitetsudvikling i praksis*. Munkgaard Danmark.
- Makomsen, A. og Solberg, C.T. (2022): Psykiatriens forventningskrise, *Tidsskrift for den norske legeförening*. [Psykiatriens forventningskrise | Tidsskrift for Den norske legeförening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Universitetsforlaget. (3.utg.).
- March, J.G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization science* 2 (1): 71 – 87. <https://www.jstor.org/stable/2634940>
- Martinsen, Ø. L. (red.) (2020). *Perspektiver på ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS. (5.utg.).
- Mayer, R. C., Davis, J. H. & Schoorman, D.F. (1995) An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20: 709-734.

Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 10 \(2012–2013\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste -Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet (2016). [Meld. St. 34 \(2015–2016\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 38 (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet- Prioritering i helse og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 38 \(2020–2021\) - regjeringen.no](#)

Mellesdal, L. (2017). *Predictors of suicidality and self-harm related admissions to psychiatric and general hospital*. PhD, Universitetet i Bergen. [tmpE86A.tmp.pdf \(uib.no\)](#)

Mørk, B. E. (2020, 28. august): Vi må lære av suksess – og feil. *Dagens Medisin*. [Viktig å lære av både suksess og feil \(dagensmedisin.no\)](#)

Ness, E, Skotte, J. R., Christensen, T. B., Andersen, J. F. (2020, 18. mai). Kan vi redde flere liv? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.19.0804

Nordby, H. (2007). *Konflikthåndtering for ledere*, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal akademisk.

NOU 2014: 12. (2014). *Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjensten*. Helse og omsorgsdepartementet.

NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseføretak*. Helse og omsorgsdepartementet.

NOU 2023: 4. (2023) *Tid for handling- Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet.

Nyland, K og Pettersen, J.P. (2018): *Penger og helse*. Fagbokforlaget.

Ogrinc, G. S., Hedrick, L. A., Moore, S. M., Barton, A. J., Dolansky, M. A., Madigosky, W. S. (2012). *Fundamentals of Health Care Improvement, A guide to Improving Your Patients` Care*. Joint Commission Resources. Second Edition.

Olsen, J. A. (2017). *Principles in Health Economics and Policy*. Oxford University Press. (2.utg).

- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*, Cappelen Damm AS. (2.utg).
- Prioriteringsforskriften.(2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenster, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd.* (FOR-2000-12-01-1208). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1208>
- Psykisk helsevernforskriften. (2011). *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* (FOR-2011-12-16-1258). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1258>
- Psykisk helsevernloven. (1999).  *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Reason, J. (1990). *Human Errors*. New York: Cambridge University Press.
- Reason, J. (2000). Human Error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Reason, J. (1997): *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Ashgate publishing Company.
- Robinson, S.L. (1996). Trust and breach of psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, 41: 576-599
- Rouleau, L., Balogun, J., & Floyd, S. (2015). SAP Research on Middle managers' Strategy Work. I D. Golsorkhi, L. Rouleau, D. Seidl & E. Vaara (Eds.), *Cambridge Handbook of Strategy-as-Practice* (Second Edition, 598-615). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rydland, M. (2018). *Middle Managers`role as change agents –variation in approaches and their contributions to the progress of change*, Doctoral thesis.
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action*. Aldershot: Avebury.
- Senge, P. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of Learning Organisation*. Random House Books.
- Sosial og helsedirektoratet, 2005. *Hvordan kommer vi fra visjon til handling? ... og bedre skal det bli!* (Veileder IS- 1502). [SFK\\_ogbedreskaldetbli\\_v9.indd \(helsedirektoratet.no\)](https://www.sfk.no/medias/SFK_ogbedreskaldetbli_v9.indd)
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005- 2015)*, IS-1162. [SFK\\_ogbedreskaldetbli\\_v9.indd \(helsedirektoratet.no\)](https://www.sfk.no/medias/SFK_ogbedreskaldetbli_v9.indd)

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenestene m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

Statens helsetilsyn(2022). Årsrapport 2021. Helsetilsynet.no. [Årsrapport 2021 Statens helsetilsyn \(helsetilsynet.no\)](#)

Statens helsetilsyn (2023). *Årsrapport 2022*. Helsetilsynet.no. [Årsrapport 2022 \(helsetilsynet.no\)](#)

Stensaker, I. & Langley, A. (2010). Change Management Choices and Trajectories in a Multidivisional Firm. *British Journal of Management*, 21(1): 7-27.

Stensaker, I., Meyer, C. B., Falkenberg, J., & Haueng, A. C. (2002). *Excessive Change: Coping Mechanisms and Consequences*. *Organizational Dynamics*, 31(3): 296-312.

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget.

Straffeloven.(2005). *Lov om straff*. LOV-2005-05-20-28. [Lov om straff \(straffeloven\) - Lovdata](#).

Svendsen, A. (2021, 18.april). Hva er psykologisk trygghet og hvordan lykkes med det? Ledernytt.no [Hva er psykologisk trygghet og hvordan lykkes med det? - ledernytt.no](#)

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

Teig, I. L. og Wester, G. (2018) Styringsdilemmaer i praksis – Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid. I Aasen, H.S, Bringedal,B., Bærøe, K., Magnussen, A-B. (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling- Utfordringer i norsk helsetjeneste*, Cappelen Damm Akademisk.

Teigen, Karl Halvor: *skyldfølelse* i Store norske leksikon. snl.no. [skyldfølelse – Store norske leksikon \(snl.no\)](#) Hentet 21.mai.2023.

Tømmerbakke, Siri Gulliksen. (2020, 10. September). Høie: - Samfunnet må gjøre mer for å forebygge selvmord. *Dagens Medisin*. [Høie: – Samfunnet må gjøre mer for å forebygge selvmord \(dagensmedisin.no\)](#)

Vincent C., Taylor-Adams S. og Stanhope N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316 (7138), 1154-1157.



Warren M, red. (1999). *Democracy & trust*. Cambridge University Press, s. 311.

Wachter, R. M. og Gupta, K. (2012) *Understanding patient Safety*. University of California, San Francisco.

Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008-2015 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. [www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet)

Widerberg, K., & Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Universitetsforlaget.

Ørnes, A. (2012, 22. november). Hva betyr å ta ansvar? *Stavanger Aftenblad*.

## Vedlegg

### **Intervjuguide**

#### **Debrifing**

Ble det holdt debrifing etter hendelsen/i forkant av læringsmøtet?

Deltok du på debrifing? Hva hindret deg evt å delta? Deltok alle de involverte aktørene på debrifing?

Hvor lenge etter hendelsen var debrifingen?

#### **Åpenhet/Kommunikasjon/Psykologisk trygghet**

Hvordan fikk du sagt det det syntes var viktig, hva la du vekt på, osv.

Hva sa du for å få frem det som var viktig?

Opplevde du å bli hørt? forstått? Få støtte? Hvordan ble dette formidlet? Hva ble sagt?

Hvordan opplevde du en felles forståelse? Hva sies for at du tenker slik osv.

Opplevde du at deltakerne i læringsmøtet hadde en felles forståelse av situasjonen

Opplevde du at all viktig informasjon knyttet til den aktuelle hendelsen kom frem?

Fikk du sagt alt du tenkte var viktig? Hva hindret deg evt?

Er din oppfatning at noen holdt inne med informasjon?

Hva tror du evt er årsaken?

Opplevde du at læringsmøtet førte til økt kunnskap om hendelsen? bidro til læring?

#### **Tverrprofesjonell samhandling**

Opplever du vanligvis at avdelingen samhandler godt på tvers av profesjoner?

Opplever du ofte at vurderinger og avgjørelser blir diskutert mellom ulike profesjoner?

Opplever du at ansatte rådfører seg med ansatte fra andre profesjoner?

Hvem tar avgjørelser vedrørende pasientforløp?

Hvordan opplevde du samhandlingen mellom teammedlemmene under læringsmøtet?

Hvordan opplever du at læringsmøter kan påvirke teamarbeidet?

### **Opplevelse av ansvar**

Har du følt ansvar for den aktuelle hendelsen?

Føler du ansvar for at lignende hendelser skal skje i egen avdeling? Ved andre avdelinger?

Hvordan ble ansvar tatt opp under læringsmøtet? Hvordan opplevde du dette?

Hvordan påvirker læringsmøtet opplevelsen av ansvar?

Opplevde du at det var ulike vurderinger:

i forhold til årsaksforklaring?

vurdering av årsakssammenheng?

og hvordan hendelsen bør følges opp?

Førte læringsmøtet til en likere forståelse?

Har du tillit til at læring blir fulgt opp?

### **Prioriteringer**

Var prioriteringer av helsetjenester et tema under læringsmøtene. Hvordan ble dette kommunisert?

Opplever du at læringsmøtet har påvirket prioriteringer som gjøres? Hvordan?

Av og til kan det tenkes at det en vurderer er den faglig beste behandlingen ikke samsvarer med gjeldende faglige retningslinjer, normerende veiledere, behandlingskriterier eller føringer. Ved læringsmøtene er det bla fokus på om lovverk, retningslinjer og føringer er fulgt. Hvordan opplever du dette fokuset? Opplever du at det ble læringsmøtet ble satt spørsmål ved faglige skjønnsvurderinger? Påvirker læringsmøtet bruk av skjønn i videre pasientbehandling?

Opplever du kryssende eller motstridende føringer eller at retningslinjer påvirker grad og rom for skjønnsvurderinger? Hvordan oppleves dette?