

Når utilsigtede hændelser selv
bliver til utilsigtede hændelser



Speciale i Læring og forandringsprocesser
Aalborg Universitet - Foråret 2022

Når utilsigtede hændelser selv bliver til utilsigtede hændelser

Speciale i Læring og forandringsprocesser
Aalborg Universitet

Udarbejdet af:
Camilla Wolffbrandt Nielsen
Janne Winge Hansen
Sarah Hessellaa Rasmussen

Vejleder:
Annette Rasmussen

226909 anslag = 94,5 normalsider

Speciale i Læring og forandringsprocesser
Aalborg Universitet - Foråret 2022

Forord

Nærværende speciale er skrevet på Kandidat uddannelsen i Læring og Forandringsprocesser på Aalborg Universitet, i perioden februar – maj 2022 af Camilla Wolffbrandt Nielsen, Janne Winge Hansen og Sarah Hessela Rasmussen.

Specialet er udarbejdet i samarbejde med et anonymiseret regionshospital i Danmark. Vi vil gerne rettet en særlig tak til dem, da de har givet os indsigt i deres virkelighed og medvirket til at belyse en højaktuel problematik, som de møder i deres virke, som fagfolk på et hospital.

Slutteligt vil vi takke vores specialevejleder Annette Rasmussen for et godt og inspirerende samarbejde.

God læselyst!

FORORD	3
ABSTRACT	7
1. INDLEDNING.....	9
1.1 PROBLEMFELT	10
1.1.1 STYRINGSPARADIGMERNE I DEN OFFENTLIGE SEKTOR	11
1.1.2 SUNDHED – FOR ALLE, VISION FOR ET BÆREDYGTIGT SUNDHEDSVÆSEN.....	12
1.1.3 MERE PATIENTSIKKERHED FOR PENGENE	13
1.1.4 FAGPERSONALET OG DEN MANGLENDE LÆRING	14
1.1.5 ORGANISATORISK LÆRING PÅ HOSPITALER	14
1.2 PROBLEMFORMULERING.....	15
1.2.1 UNDERSØGELSESPØRGSMÅL.....	16
2. UNDERSØGELSENS METODISKE AFSÆT	19
2.1 SOCIALKONSTRUKTIVISTISK TILGANG	19
2.1.1 ERKENDELSEN AF VIDEN OG LÆRING	20
2.1.2 EKSTERNALISERING, OBJEKTIVERING OG INTERNALISERING	20
2.2 METODISKE TILGANG TIL UNDERSØGELSESFELTEN	21
2.3 UNDERSØGELSESDSIGN	22
2.3.1 KVALITATIV CASESTUDIE	22
2.3.1.1 Case beskrivelse	23
2.3.2 LITTERATURSTUDIE	24
2.3.3 OBSERVATION AF PERSONALEMØDE PÅ AKUTAFDELINGEN	24
2.3.4 INTERVIEW MED SUNDHEDSPERSONALE PÅ AKUTAFDELINGEN	25
2.3.5 ADGANG TIL UNDERSØGELSESFELT OG INTERVIEWPERSONER.....	27
2.3.6 STRUKTURERING AF INTERVIEW MED PERSONALET PÅ AKUTAFDELINGEN	28
2.3.7 EMPIRI BEARBEJDELSE	29
2.4 TEORI	30
2.4.1 ORGANISATORISK LÆRING	31
2.4.1.1 Single-loop og double-loop læring	31
2.4.1.2 Organisatoriske defensive handlemønstre	32
2.4.1.3 Theories of action og theories-in-use.....	32
2.4.2 MENINGSSKABELSE I ET LÆRINGSPERSPEKTIV.....	33
2.4.2.1 Organisering	34
2.4.2.2 Meningsskabelsesprocessens 7 elementer	34
2.5 FORSKNINGSETIK.....	35
ANALYSE	38
3. PROCEDURE OG RAPPORTERINGSSYSTEM FOR UTILSIGTEDE HÆNDELSER	38

3.1 INTENTIONEN MED LOVGIVNING VEDRØRENDE UTILSIGTEDE HÆNDELSER	38
3.2 RAPPORTERINGSSYSTEMETS UDVIKLING OVERTID SAMT STRØMNINGER OG TENDENSER	41
3.2.1 UTILSIGTEDE HÆNDELSER SOM RAPPORTERINGSSYSTEM.....	41
3.2.2 RAPPORTERINGSSYSTEMET I DAG OG DETS NUVÆRENDE INTENTIONER.....	42
3.2.3 NYE STRØMNINGER OG TENDENSER I FORBINDELSE MED UDVIKLINGEN AF RAPPORTERINGSSYSTEMET	43
3.3 REGIONSBESTEMTE PROCEDURER FOR UTILSIGTEDE HÆNDELSER	44
3.3.1 REGIONENS PROCEDURER OG ARBEJDSGANGE FOR SAGSBEHANDLINGEN AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER	45
3.3.3 MANGLENDE MEDARBEJDER INDDRAGELSE I FORBINDELSE MED PROCEDUREN	47
3.4 DELKONKLUSION PÅ ANALYSE DEL 1	48
 <u>4. ORGANISATORISK LÆRING PÅ AKUTAFDELINGEN.....</u>	 50
4.1 FORSKELLIGE FORSTÅELSER AF BEGREBET UTILSIGTEDE HÆNDELSER.....	51
4.1.1 BAGATELGRÆNSE FOR INDBERETNING AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER	54
4.2 KULTUR DER FREMMER ELLER HÆMMER ORGANISATORISK LÆRING	57
4.2.1 DIALOG SOM DEFENSIVE HANDLEMØNSTRE.....	58
4.2.3 DEFENSIVE HANDLEMØNSTRE SOM DIALOG OG DETS BETYDNINGEN FOR SINGLE-LOOP LÆRING	61
4.3 DELKONKLUSION PÅ UNDERSØGELSESPØRGSMÅL 2	63
 <u>5. MENINGSSKABELSE PÅ AKUTMEDICINSK AFDELING.....</u>	 65
5.1 LEDERS MENINGSSKABELSE Gennem PERSONALEMØDE	65
5.1.1 LEDETRÅDE OG HANDLEMÅDER SOM MENINGSSKABELSE PÅ PERSONALEMØDET	67
5.2 MØNSTRE AF SOCIALE RELATIONER OG FÆLLES FORSTÅELSE FOR UTILSIGTEDE HÆNDELSER	68
5.2.1 FÆLLES FORSTÅELSE I SOCIALE MØNSTRE	69
5.3 TIDSPRES OG MENINGSSKABELSE PÅ AKUTAFDELINGEN	72
5.4 DIALOG SOM VÆRKTØJ, FOR AT SKABE FÆLLES MENING, OM DET VIDERE FORLØB AF EN UTILSIGTET HÆNDELSE	74
5.5 DELKONKLUSION PÅ ANALYSEDEL 3	78
 <u>6. DISKUSSION</u>	 80
6.1 METODOLOGISK DISKUSSION	80
6.1.1 REFLEKSION OVER SPECIALETS GYLDIGHED OG BIDRAG	80
6.1.2 FØR- OG EFTERREFLEKSIONER AF VORES UNDERSØGELSE OG UDFØRELSE HERAF.....	81
6.1.3 ETISKE REFLEKSIONER.....	84
6.2 SYSTEMET OG ORGANISATORISK LÆRING	85
6.2.1 DIALOG OG ORGANISATORISK LÆRING.....	85
6.2.2 FÆLLES FORSTÅELSE OG ORGANISATORISK LÆRING	87
6.2.3 UTILSIGTEDE HÆNDELSER OG OFFENTLIG STYRING	87
 <u>7. KONKLUSION.....</u>	 89
7.1 OVERVEJELSER OM UNDERSØGELSENS METODISKE AFSÆT	89

7.2 PROCEDURENS BIDRAG	90
7.3 FORSKELLIGE FORSTÅELSER AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER	91
7.4 DEFENSIVE HANDLEMØNSTRE SOM ANTI-LÆRING	91
7.5 MENINGSSKABELSESPROCESSER	92
7.6 HÅNDTERING AF ORGANISATORISK LÆRING	92
 <u>LITTERATURLISTE</u>	 <u>94</u>
 <u>ARTIKEL - NÅR UTILSIGTEDE HÆNDELSER SELV BLIVER TIL UTILSIGTEDE HÆNDELSER</u>	 <u>98</u>
 UTILSIGTEDE HÆNDELSER I ET ORGANISATORISK LÆRINGSPERSPEKTIV	98
KVALITATIV UNDERSØGELSE OM ORGANISATORISK LÆRING OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER	98
ORGANISATORISK LÆRING OG MENINGSSKABELSE SOM TEORETISK BEGREBSRAMME	99
PROCEDURE I REGIONEN FOR HÅNDTERINGEN AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER	100
DIVERGENS I FORSTÅELSERNE AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER OG DETS BETYDNING FOR ORGANISATORISK LÆRING	100
MENINGSSKABELSE OG ORGANISATORISK LÆRING	101
UTILSIGTEDE HÆNDELSER, SOM ORGANISATORISK LÆRING PÅ AKUTAFDELING	102
REFERENCER	103

Abstract

Due to a greater media focus on the cost and lack of learning from adverse events, it is a prospect that is socially relevant to examine. This thesis seeks knowledge about adverse events and organizational learning in the health care system. Including clarifying whether the region's procedure and workflows affect organizational learning, in connection with adverse events. Therefore, we will examine how meaning is comprehended, in learning contexts in an emergency department. Thus, the dissertation examines how a region's procedure for adverse events can contribute to organizational learning. This master thesis has been carried out in collaboration with an emergency department at an anonymised regional hospital in Denmark.

Through previous studies, we have become aware of prospect of how to understand adverse events that are relevant to the organizational learning in which the reporting system requires. Based on these problems, the problem statement of this thesis is:

How does the procedure for adverse events contribute to organizational learning in an emergency department?

To examine the problem statement, we will examine the region's procedure for adverse events, the different ways of understanding adverse events among the emergency department staff and how the emergency department staff creates meaning for processes with adverse events. To examine how the region's procedure contributes to organizational learning, we must understand what organizational learning is, and, we must understand how the emergency department staff understands adverse events, to shed light on organizational learning.

The dissertation's theoretical theory paradigm is based on Berger and Luckmann's interpretation and understanding of social constructivism. We understand knowledge as a social construction, in which we understand learning, as a social construction, in which social interactions happens. It is through social interactions and language learning happens and through language we experience the world.

Through the process in the master thesis, we have an abductive approach, where we find ourselves in an interaction between theory and empiricism. Furthermore, we have an organizing analytical perspective, in which we seek to gain a perspective on the collective action processes of the emergency department staff.

We have used method triangulation, including literature study, observation, and interviews, to gather empirical data. The literature study has contributed to our knowledge of already existing research as well as a formal descriptive perspective on the region's procedure for adverse events. Furthermore, we have made an observational study of a staff meeting that dealt with adverse events. Likewise, we have conducted interviews to gather our empirical data. The interviews aimed to understand the different understandings that are of the investigative phenomenon, adverse events. The empirical thesis consists of the legislation for adverse events, the region's procedure for adverse events, one observational study, four interviews, with the senior ward nurse, for introductory doctors, a nurse, and a social and health assistant. In the processing of the thesis empirics, we have made a descriptive presentation of the legislation for as well as the region's procedure for adverse events. We have made a thematic analysis of our observation and interviews as well.

The thesis is based on Chris Argyris concepts of organizational learning and Carl Weick's concepts of sensemaking. In this thesis we use theory, as a framework of understanding, whereby we use the theories to explain and conceptualize phenomena in the empiric.

Thus, in this thesis we can conclude there are different understandings of adverse events among the hospitals department staff that complicate organizational learning in the emergency department. In the analysis, we have concluded that the region's procedure for adverse events is understood differently among the emergency department staff. When hospital department staff deal with adverse events through dialogue, it has an impact on whether organizational learning takes place in the emergency department.

1. Indledning

I specialets første kapitel vil vi præsentere læseren for specialets emne, undersøgelsesfænomen, som er utilsigtede hændelser, og problemformulering. Først vil det være specialets emne, der præsenteres, hvorefter problemfeltet præsenteres, hvori vi definerer specialets problem, og slutteligt vil specialets problemformuleringen, herunder undersøgelsesspørgsmål, præsenteres.

Det danske sundhedsvæsen er under stort pres og er ofte genstand for debat i medierne. Denne debat omhandler både vilkårene for de sundhedsprofessionelle medarbejdere, samt kvaliteten af vores sundhedssektor og patientsikkerhed. I en TV2 dokumentar i efteråret 2021 blev der sat fokus på, hvor presset vores sygehusvæsen er, og de fremviste, i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed, at der hvert år bliver indberettet over 47.000 utilsigtede hændelser, men at de mener, at der er et mørketal på op mod 20 %, som ikke bliver indberettet (TV2, 2021). Dansk Sygeplejeråd har ligeledes problematiseret disse forhold, og påvist, at op mod hver tredje sygeplejerske ikke indberetter de fejl, der opstår i arbejdet (Dansk Sygeplejeråd, 2019). Ligeledes er psykologisk tryghed et begreb, som har vundet indpas, som en løsning til sådanne problematikker i organisationer, da psykologiske tryghed netop har til hensigt at skabe en kultur, hvor vi tør lave fejl, tale om dem, og lære af dem (Edmondson, 2020). Professor Amy Edmonson sætter fokus på begrebet psykologisk tryghed, da hun gennem tidligere studier har forsket i sammenhængen mellem indrapporteret fejl og graden af dødelighed blandt patienter på sygehuse. Hendes studier viste, at de sygehuse, hvor der var lavest dødelighed, ligeledes var, der hvor der blev indrapporteret flest fejl (Edmondson, 2020). Edmonson påpeger, hvordan dette ofte virker overraskende, da præstationskrav og færre fejl plejer at sætte dagsordenen. Derfor skal der skabes en kultur, hvor vi flytter fokus fra færre fejl fra dagsordenen, og derimod skaber rum for tryghed, hvor fejl bliver indberettet og vi derefter kan lære heraf.

Grundlaget for vores interesse for dette felt, bunder i ovenstående problematik, mediedækning og viden fra et tidligere projekt, hvor vi, i samarbejde med en hjemme- og sygeplejegruppe i en nordjysk kommune, satte fokus på arbejdet med utilsigtede hændelser. Vi er blevet opmærksomme på, at problematikken med utilsigtede hændelser, går langt ud over hjemme- og sygeplejens organisatoriske grænser. Gennem tidligere litteraturstudier og feltarbejde i en nordjysk kommune, har det vist sig, at utilsigtede hændelser til dels ikke bliver indberettet, hvortil det mulige læringspotentiale udebliver. Dette er en problematik, da systemet ikke skal ses, som et

bureaukratisk element, men som en unik holistisk mulighed for at lære og hele tiden optimere patientsikkerheden.

Derfor finder vi det interessant at sætte fokus på utilsigtede hændelser i dette speciale, da der udspiller sig mange modsatrettede forståelser, meninger og handlinger, som er ukendte, og kan forårsage at læringspotentiallet udebliver. Den viden vi ønsker at undersøge, er derfor grundet indledningens pointer, i høj grad samfunds-, politisk- og tidsmæssig relevant.

Vores special er opbygget, som et casestudie, hvilket giver en unik mulighed for at undersøge vores undersøgelsesfænomen, utilsigtede hændelser, i dybden, i et afgrænset område. Vores case er en akutafdeling på et offentligt regionshospital i Danmark. Vores fokus i denne case, vil være en akutafdeling, som består af cirka 21 sundhedspersonaler, af forskellige fagprofessioner. Casen uddybes yderligere i afsnit 2.3.1 Kvalitativ casestudie.

1.1 Problemfelt

I følgende afsnit er det specialets problemfelt, som vil blive præsenteret. I problemfeltet emneafgrænses vidensområdet, som indeholder problemstillinger vedrørende utilsigtede hændelser og organisatorisk læring. Først vil vi beskrive problemstillingen i et samfundsmæssigt perspektiv, hvorefter vi vil beskrive den læringsmæssige problematik, i forhold til utilsigtede hændelser.

Der har længe været stor opmærksomhed på fejl i den offentlige sundhedssektor, som er en stor og kompleks organisation. Personalet i sundheds- og ældresektoren gør en stor indsats, for at passe på vores syge og ældre medborgere. Herunder, læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter/-hjælpere, portører, med videre. De udgør en væsentlig faktor i, hvordan sygehusene fungerer, og har med deres meget specifikke fagprofessioner, ansvaret for bestemte dele i løsningen, af hospitalernes behov. Derfor er det heller ikke usædvanligt, at problemcasens udgangspunkt i utilsigtede hændelser, er et komplekst felt, hvor mange nuancer, problematikker og handlemåder udspiller sig.

Med henblik på at belyse specialets problemstillinger, vil vi udvælge og gennemgå eksisterende rapporter og bøger omkring allerede undersøgte problemstillinger, når det handler om sundhedsvæsenet og utilsigtede hændelser. Dette begrundes i, at den offentlige sektor generelt er et meget undersøgt felt, og hvor der allerede forefindes meget eksisterende forskning på hospitalsområdet.

Først vil vi dog kort give et oprids af, hvilken kontekst vi er i, ved at benytte os af både makro- og mikroniveau, hvor vi kommer ind på utilsigtede hændelser i et samfunds- og styringsindblik samt økonomisk-, organisatorisk lærings- og systemforståelse.

1.1.1 Styringsparadigmerne i den offentlige sektor

Ud fra et samfundssyn, gør et indblik i styringsparadigmerne sig gældende, da den offentlige sektor er styret af bestemte værdier og metoder. Bogen (New Public Governance på dansk) af Jacob Torfing og Peter Triantafillou, tager udgangspunkt i, hvordan styringsparadigmerne New Public Management og New Public Governance styrer den offentlige sektor. Heri beskrives det, at hospitaler er komplekse organisationer og er fyldt med problemstillinger, der ikke er lineære, og derfor heller ikke kan løses med simple teknikker, og som derfor også har brug for andre og blødere værdier, i måden de styres på (Torfing & Triantafillou, 2017). Helt overordnet, styres den offentlige sektor i mange sammenhænge af New Public Management værdier, som også sætter sit præg på, hvordan man ser på meningen og løsningen af utilsigtede hændelser. I dag forsøges mange af disse problematikker at blive løst med denne form for stramme økonomiske styring, men hvor man også ser tendenser i, at andre paradigmer, som New Public Governance, med deres fokus på blandt andet at skabe socialværdi og innovation, prøver at lægge deres værdier ind i måden det offentlige, herunder som et hospital, styres på (Torfing & Triantafillou, 2017).

I sammenhæng med New Public Management har Det Danske Ledelsesakademi (2009) udgivet forskning om, hvordan New Public Management er det dominerende styringselement i ledelsen i hospitalssektoren (Meier, Nielsen & Madsen, 2009). Der bliver hovedsageligt fokuseret på afdelingslederniveau. Der diskuteres de modstridende krav, når det handler om resultats- og økonomiskkontrol med performancemålinger, samt standardiseringslogikker, og på den anden side mere moderne og nutidigt lederskab. Resultaterne viser, at de interviewede afsnitsledere oplever dette dilemma af modstridende krav, men også, hvordan det udspiller sig på tværs af fagligheder og afsnitsfunktioner (Meier, Nielsen & Madsen, 2009).

Heri beskriver lederne, at det bliver meget personalepleje, som de udøver i deres praksis, da lederne bruges som skjold, i forhold til at beskytte medarbejderne, fra de målstyringskrav og budgetmål, som kommer ovenfra, og kan være en demotiverende faktor for medarbejderne. De oplever derfor, at det er svært at opfylde New Public Managements kravene, samtidig med at skulle opretholde motiverende samtaler og sikre gode arbejdsforhold for medarbejderne. Det er svært for afsnitslederne at opfylde begge krav, når der forefindes modsatstridende krav på hospitalerne (Meier, Nielsen & Madsen, 2009).

Ud fra ovenstående pointer kan vi antyde, at der er en problematik omkring modstridende krav i styringsparadigmerne, når det handler om at navigere i den offentlige sektor, i løsningen af komplekse problematikker. Derved får vi en overordnet viden, om de styringsmæssige rammer, som giver en forståelse for, hvilke forhold som hospitalerne arbejder under.

1.1.2 Sundhed – for alle, vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen

På baggrund af belysningen omkring New Public Managements aftryk på de offentlige ledelsesmuligheder (Meier, Nielsen & Madsen, 2009), er det derfor også interessant at se på, hvad New Public Governance kan bruges til i et fremtidig sundhedsvæsen, hvor læring skal mere i fokus.

I 2017 præsenterede Danske Regioner et bud på en vision for fremtidens sundhedsvæsen, som hedder ”Sundhed – for alle, vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen” (Danske Regioner, 2017). Hensigten med visionen er, at der vil blive skabt ”et økonomisk, fagligt og organisatorisk bæredygtigt sundhedsvæsen” (Danske Regioner, 2017).

Regionerne har gennem den sidste årrække haft et fokus på at højne effektiviteten og kvaliteten på de danske sygehuse, hvilket dermed har skabt en høj grad af specialisering, kvalitet og øget produktivitet (Danske Regioner, 2017). Denne udvikling i sundhedsvæsenet har medført forbedringer for patienterne, hvilket har resulteret i ”bedre overlevelse og mere sundhed for pengene” (Danske Regioner, 2017). Udover forbedringer har udviklingen også medført et paradigmeskifte i sundhedsvæsenet, som stiller krav til alle de implicerede i sundhedsvæsenet, som skal samarbejde om mest mulig sundhed for pengene.

Danske Regioner beskriver i deres udspil, at det kræver en forandring af hele sundhedsvæsenet, herunder arbejdsgange, samarbejde og indsatserne, for at opnå målet om mest mulig sundhed for pengene. Disse forandringer indbefatter, ifølge Danske Regioner (2017), kulturændringer i regionerne, herunder hospitalslederne, de kommunale samarbejdspartnere og de sundhedsprofessionelle. Forandringsprocessen vil tage tid, og vejen til et bedre sundhedsvæsen med mere læring, er lang. Vejen skal understøttes af handling, og det er en forudsætning at alle parter på tværs af sundhedsvæsenet, arbejder sammen om at skabe mest mulig sundhed (Danske Regioner, 2017).

Rapporten beskriver hvordan et nyt paradigme, er ved at lægge sig over sundhedsvæsenet i form af mere langsigtet løsninger, med samarbejde, organisatorisk læring og innovation. Dette er et blik

på, at man ikke kan nøjes med, den måde hospitalsvæsenet styres på nu, med resultatkontrol og benchmarking, med videre.

1.1.3 Mere patientsikkerhed for pengene

Ovenstående rapport giver et indblik i, hvad der ligger indenfor økonomisk styring, når det gælder fremtidens sygehuse. Derfor er det også interessant at se på nedenstående rapport omkring, hvordan man kan få økonomisk gevinst, hvis der sættes mere fokus på den organisatoriske læring af utilsigtede hændelser.

Ifølge en OECD-rapport (2017) anslås det, at cirka hver 10. patient udsættes for en eller flere utilsigtede hændelser. Omkring 15% af sygehusomkostninger, kan føres tilbage til efterbehandlinger af de utilsigtede hændelser, der måtte være forekommet patienten. Dermed er der tale om, et globalt samfundsproblem, som i dansk kontekst heller ikke er ukendt (Kristensen, 2019). I det danske regionale, ældre- og sundhedssektor bruges der hvert år tid og ressourcer på at indberette utilsigtede hændelser. Helt præcist bliver der brugt 14 milliarder kroner hvert år, på behandlingen af utilsigtede hændelser. Herunder analyse, koordinering, efterbehandling og tiltag (Kristensen, 2019). Lektor i sundhedsøkonomi, Søren Kristensen tilføjer, at en undersøgelse viser, at op mod 70% af hændelserne, kunne have været undgået, og at et konservativt bud lyder på, at samfundet dermed kunne have sparret mellem fire og ti milliarder kroner (Kristensen, 2019).

Det Nationale Forskning- og Analysecenter for Velfærd (VIVE), og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har sammen udgivet en rapport (2018), som fokuserer på de økonomiske konsekvenser ved utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. I rapporten fremhæver de, at indsatserne rettet mod bedre patientsikkerhed, menes at give mest værdi for pengene, set i en dansk sammenhæng. Ifølge VIVE rapporten giver det god mening at forholde sig til de muligheder, som åbner sig ved at sætte mere fokus på læringen og forebyggelse af utilsigtede hændelser. Dette er ikke blot fra en patientsikkerhedsvinkel, men også fra en samfundsøkonomisk vinkel, hvorfor et større kapitaloverskud vil kunne bruges med gavn andre steder i sundhedsvæsenet (Kristensen, 2019).

Rapporterne beskriver, hvilke økonomiske omkostninger, der er forbundet med utilsigtede hændelser og rapporteringssystemet, men beskriver samtidig også, hvor vigtigt, det er at have fokus på den læring, der kommer ud af utilsigtede hændelser, da det kan have en påvirkning på økonomien og budgetterne på landets hospitaler. Disse rapporter sætter en økonomisk vinkel på de gevinster, der kan komme ud af et større læringsfokus på utilsigtede hændelser. Herunder en vigtig

pointe i, at der er et uset stort økonomisk budget, der kan bruges på mere gavnlige måder, hvis netop læringen kommer i fokus, i sundhedssektoren.

1.1.4 Fagpersonalet og den manglende læring

De ovenstående rapporter har givet et indblik i, hvilke økonomiske omkostninger, der er forbundet med utilsigtede hændelser, og deraf også hvilke muligheder, der er for økonomisk gevinst, hvis man bruger rapporteringssystemet, på en mere lærende måde (Kristensen, 2019).

Derfor er det yderlig interessant at kigge på, hvad der eksisterer af forskning, når det gælder fagpersonalet på hospitalerne, og deres syn og forståelse af læringen, af utilsigtede hændelser.

At der er fejl, man i det offentlige sygehusvæsen kan lære af, bakkes op af enhedschefen i Styrelsen for Patientsikkerhed, Lena Graversen (Dansk Sygeplejeråd, 2019). Hun skriver, at hele systemet omkring indrapportering af utilsigtede hændelser er bygget op om læringen af fejl. Hertil understreges vigtigheden i at få dem vel analyseret, så man kan lære af dem som organisation, og at det dermed ikke sker igen. Lena Graversen udtaler, at der er stor diversitet i, hvor meget kulturen fylder, når det handler om, fokus på utilsigtede hændelser på de forskellige afdelinger, i både regioner og kommuner (Dansk Sygeplejeråd, 2019).

Dansk Sygeplejeråd (2018) satte fokus på indberetning af utilsigtede hændelser, som viste, at hver tredje sygeplejerske ikke indberettede utilsigtede hændelser, når de havde forårsaget eller var udsat for en hændelse. 56% af sygeplejerskerne udtalte, at det var fordi, de var i tidsnød, samt at 36% af sygeplejerskerne mente, at hændelsen ikke var relevante (Dansk Sygeplejeråd, 2019). Derudover viste undersøgelsen også, at det var meget differentieret, hvorvidt sygeplejerskerne følte at de fik læring ud af de indberettede hændelser. Her har 37% af sygeplejerskerne sagt, at de sjældent oplevede, at der forekom læring ud af de indberettede hændelser, hvoraf at 21% af sygeplejerskerne sagde, at de ofte oplevede læring (Dansk Sygeplejeråd, 2019). Dette indikerer også, at der er stor variation på landets hospitaler, når det kommer til læringen og forståelsen af utilsigtede hændelser. Vi kan dermed sætte spørgsmålstegn ved, om det er et kulturelt, ledelses-, medarbejder- eller organisatorisk perspektiv, der gør forskellen, på de steder, hvor der er en lav grad af læring, ifølge medarbejderne, og omvendt. Dermed kan vi antyde, at sygeplejerskerne ikke oplever mening med systemet for utilsigtede hændelser. Denne viden bidrager til at sætte fokus på, at der er et element af forståelse og mening omkring utilsigtede hændelser, der er interessant at belyse yderligere.

1.1.5 Organisatorisk læring på hospitaler

I april 2019 blev der i *Journal of nursing management* udgivet en artikel om organisatorisk læring på hospitaler. Formålet med artiklen er at give en klar definition og beskrivelse af organisatorisk

læring på hospitaler. I artiklen beskrives det, hvordan organisatorisk læring er en lovende strategi, sygeplejerskeledere og ledere kan bruge til at forbedre organisatoriske præstationer. De resultater der bliver frembragt i artiklen er, at organisatorisk læring opstår, når erfaringer omsættes til positive ændringer i organisationens kollektive viden, erkendelse og handlinger (Lyman, Hammond & Cox, 2019). Organisatorisk kontekst spiller en nøglerolle i læringsprocessen, dermed konkluderes det, at begrebsanalysen giver en klar definition af organisatorisk læring (Lyman, Hammond & Cox, 2019). I forskningsartiklen pointerer de, at sygeplejerskeledere og ledere kan forbedre patient- og organisatoriske resultater, ved at skabe et miljø, der er befordrende for at omsætte erfaringer til organisatorisk læring (Lyman, Hammond & Cox, 2019). Yderligere forskning er nødvendig, for at fortsætte med at fremme videnskaben om organisatorisk læring på hospitaler (Lyman, Hammond og Cox, 2019).

1.2 Problemformulering

Gennem tidligere undersøgelser og forskning bliver vigtigheden af at lære af fejl i sundhedsvæsenet tydeliggjort, for at forebygge fremtidige fejl. Der ligger en problematik i, at sundhedspersonalet ikke ser mening med at indberette hændelser, hvilket gør at rapporteringssystemet ikke bruges optimalt, og skaber organisatorisk læring. Ved at indberette de utilsigtede hændelser, der sker i sundhedsvæsenet, kan det være med til at give mulighed for at skabe læring, både i enkelte sager, og samtidig give indblik i mønstre og tendenser, der kan skabe organisatorisk læring. Rapporteringssystemet og dets procedure for utilsigtede hændelser giver derfor mulighed for læring, både lokalt såvel som nationalt. Dog er der flere undersøgelser der viser, at rapporteringssystemet ikke nødvendigvis er et positivt læringsværktøj, da sundhedspersonalet har en oplevelse af at mangle mening for rapporteringssystemets overordnede formål, og hvordan rapporteringssystemet passer ind i en kontekst, fyldt med styring og økonomisk pres (Kristensen, 2019).

Vi har belyst en problematik angående utilsigtede hændelser, som er styret af et New Public Management og et New Public Governance-system, hvor sundhedsvæsenet er under økonomisk og personalemæssige udfordringer, og hvor en fremtid kræver et bæredygtigt samfund, med fokus på økonomisk-, faglig- og organisatorisk udvikling. Hertil skal der være fokus på, hvordan vi får mest patientsikkerhed for pengene, og sikrer de bedst mulige læringsmuligheder for fagpersonalet. Ligeledes har vi belyst, at der er en problematik, når det gælder kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Dermed er der en problematik i, hvordan man kan skabe organisatorisk læring, med afsæt i de rapporteringssystemer og procedurer, der er for utilsigtede hændelser.

Problematikken består af, at ikke alle utilsigtede hændelser indberettes, og dermed får skabt læring. Sygehusvæsenet kan betegnes som en organisation, der er i konstant forandring, som løbende ændrer og udvikler sig. Dermed lægger det op til en kvalitativ undersøgelse, som vil kunne undersøge emnet i dybden, og kunne undersøge kollektive handlingsprocesser, om organisatorisk læring i sundhedsvæsenet.

Ovenstående undersøges ind i vores case kontekst, som foregår på en akutdeling, på et regionshospital i Danmark, hvor grundlaget for vores empiriindsamling vil bestå af forskellige perspektiver på forståelser af vores undersøgelsesfænomen, utilsigtede hændelser. Dermed lyder vores problemformulering som følgende:

Hvordan bidrager procedurer for utilsigtede hændelser til organisatorisk læring på en akutafdeling?

For at kunne svare på problemformuleringen vil vi tilgå undersøgelsen gennem en kvalitativ empirisk tilgang, med en socialkonstruktivistisk forståelse.

Vi definerer organisatorisk læring, som en proces, hvor det ikke er organisationen i sig selv der lærer, men individerne, der på vegne af organisationen, lærer. Dermed forstår vi organisatorisk læring, som en proces, hvor der sker gensidig påvirkning mellem organisationens medlemmer og de organisatoriske omgivelser. Hvilket betyder, at når en organisation oplever fejl eller problemer, retter organisationens medlemmer disse, hvorved der skabes organisatorisk læring. Vi forstår også at organisatorisk læring kan ske i forskellige grader, både ved små rettelser såvel som større forandringer. For at skabe organisatorisk læring er det væsentligt at processen for organisatorisk læring samt fejlene, giver mening for organisationens medlemmer. Hvis organisationens medlemmer ikke har en forståelse af processen samt fejlen, giver det dermed ikke mening, hvilket medfører at organisationens medlemmer ikke får rettet op på fejlene, og dermed ikke får skabt organisatorisk læring.

1.2.1 Undersøgelsesspørgsmål

For at besvare problemformuleringen, vil der tages afsæt i nedenstående undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvilken procedure er der på akutafdelingen for håndteringen af utilsigtede hændelser?
2. Hvilke forståelser er der af utilsigtede hændelser blandt afdelingspersonalet?

3. Hvordan skaber de forskellige personalegrupper mening med processen for utilsigtede hændelser?

For at besvare underspørgsmål 1, vil vi gøre brug af lovgivningen om utilsigtede hændelser, og supplere dette med regionens arbejdsprocedure, hvilket vil blive deskriptivt fremstillet. Dertil vil vi gøre brug af tre rapporter om utilsigtede hændelser, som skal vise strømninger og nye tendenser, der giver flere syn på utilsigtede hændelser. Den deskriptive fremstilling skal være med til at belyse, hvorvidt de skriftlige regler og procedurer, giver et grundlag for organisatorisk læring, da afdelingen er under disse rammer, som en del af sundhedsvæsenet. De deskriptive elementer skal hjælpe til at danne rammen for den videre analyse.

Undersøgelsesspørgsmål 2 vil undersøge, hvilke forståelser der udspiller sig på akutafdelingen og hvad det har af betydning for organisatorisk læring. Heri bliver medarbejdernes erfaringer og udsagn belyst indenfor rammerne om utilsigtede hændelser og organisatorisk læring. Her er vi ligeledes inspireret af Argyris' udlægning af organisatorisk læring, som inddrages til at analysere, hvordan utilsigtede hændelser påvirker organisatorisk læring på akutafdelingen. Argyris definerer organisatorisk læring, som når et individ i en organisation oplever en fejl, eller et uventet resultat, og dermed skaber læring, til gavn for organisationen (Argyris, 1996). I specialets undersøgelseskontekst forstår vi organisatorisk læring, som når afdelingens personale oplever en fejl, også defineret som utilsigtede hændelse, og gennem rapporteringssystemet skaber læring, særligt ved at se på mønstre og tendenser, i indberetningen af utilsigtede hændelser. Dette vil besvare, hvordan den del af proceduren opleves i praksis, og hvordan det indgår i mødet med den organisatoriske læring.

Til besvarelse af undersøgelsesspørgsmål 3 vil vi sætte fokus på, hvordan meningsskabelse kan bidrage til eller påvirke den organisatoriske læring. Vi tager afsæt i Karl Weicks (1995; 2009) begreber om meningsskabelse, med afsæt i hans syv elementer for meningsskabelsesprocessen. Weick definerer meningsskabelse, som en undersøgende proces, som er orienteret mod at skabe plausible fortolkninger af tvetydige tegn, som er fyldestgørende nok, for at opretholde handling (Weick, 2009, s. 55-56). I specialets undersøgelseskontekst vil vi forstå meningsskabelse, som den proces, hvor afdelingens personale søger en plausibel fortolkning af situationer og utilsigtede hændelser, der skaber en forståelse heraf. Weicks syv elementer vil kunne belyse et mere relationelt og kognitivt perspektiv. Endvidere kan vi med Weicks begreber belyse en mere proces orienteret og pragmatisk vinkel af Argyris' måde at forholde sig til, hvordan individet og organisationen kan reagere på utilsigtede hændelser, som sætter fokus på meningsskabelsen, der kan præge den

organisatoriske læring. Ligeledes er meningsskabelse en del af det, som Weick beskriver som organisering, hvilket betyder at når vi studerer en organisation, så ser vi på indholdet i de relationer, som afdelingspersonalet og afdelingslederne har til hinanden. Dette er med til at svare på, hvordan meningsfortolkningerne af lovgivning og procedurerne i praksis, kan bidrage til organisatorisk læring (Hammer & Høpner, 2015).

2. Undersøgelsens metodiske afsæt

I kapitel 2 vil vi gennemgå specialets metodiske tilgang og redegøre for de metodiske overvejelser. I specialet har vi to metodiske niveauer. Det ene metodiske niveau omhandler det generelle niveau, der relaterer sig til vores proces og tilgang til undersøgelsesarbejdet. Det andet metodiske niveau relaterer sig til undersøgelsesdesignet. Indledningsvis vil vi præsentere specialets videnskabsteori, og herefter vores metodiske tilgang til undersøgelsesarbejdet. Dernæst vil vi præsentere vores undersøgelsesdesign, herunder, casestudie, litteraturstudie, observation og interview. Hvorefter vi vil præsentere specialets teoretiske rammer, herunder organisatorisk læring og meningsskabelse. Slutteligt vil vi komme ind på forskningsetik.

2.1 Socialkonstruktivistisk tilgang

Det videnskabsteoretiske paradigme vil i specialet tage afsæt i en socialkonstruktivistisk tilgang, med udgangspunkt i Peter L. Berger og Thomas Luckmanns (2008) udlægning heraf, og beskrivelse af eksternalisering, objektivisering og internalisering. Socialkonstruktivismen vil bruges, som specialets forståelsesrammer, om hvordan vi forstå viden og verden.

Berger og Luckmann udlægning af socialkonstruktivismen bygger på en sammentænkning af henholdsvis fænomenologien og videnssociologien. Dermed holder de sig ikke kun til, at den materielle virkelighed er konstitueret af vores viden, men at den menneskelige viden også er konstruerende af virkeligheden. Denne tilgang har resulteret i følgende tre positioner: *"Samfundet er et menneskeligt produkt. Samfundet er en objektiv virkelighed. Mennesket er et socialt produkt"* (Berger og Luckmann, 2008, s.99). Disse tre positioner hænger sammen, da de hver især giver et indblik i den sociale verden. Det betyder dermed også, at samfundet eksisterer både som en subjektiv og en objektiv virkelighed, og at samfundet skal forstås, som en dialektisk proces, der består af følgende punkter: eksternalisering, objektivisering og internalisering. At det er en dialektisk proces, betyder at disse processer ikke finde sted efter hinanden, men derimod på samme tid (Berger og Luckmann, 2008).

Vi tager afsæt i Berger og Luckmanns begreber om eksternalisering, objektivisering og internalisering. Disse tre begreber bruger vi for at forklarer, hvordan vi forstår verden og viden, gennem socialkonstruktivismen. Undersøgelsen tager afsæt i en offentlig institution, og med de nævnte tre begreber vil vi forklare, hvordan Berger og Luckmanns begreb institutionalisering, for at forstå, hvilken virkelighed, sundhedspersonalet befinder sig i (Berger og Luckmann, 2008).

2.1.1 Erkendelsen af viden og læring

Epistemologi handler om den menneskelige erkendelse af verden, som vi i specialet forstår, som værende socialt konstrueret. Det er mennesker, der producerer og reproducerer viden og fortolkninger. Viden er en socialkonstruktion, hvorved vi også forstår læring, som en social konstruktion, som sker i sociale interaktioner. Det er gennem de sociale interaktioner og sproget at læring sker, og vi erfarer verden. Dermed afhænger læring af menneskers muligheder for at forhandle mening i en socialkontekst.

I specialet har vi en forståelse af, at den sociale virkelighed er en social konstruktion, som ikke gælder den fysiske virkelighed. Det er sproget, der er med til at skabe den sociale konstruktion, hvilket betyder, at vi kun kan erkende verden gennem sproget (Berger og Luckmann, 2008).

2.1.2 Eksternalisering, objektivering og internalisering

At eksternalisere betyder, at viden går fra et menneske og bliver indlejret i en gruppe, og denne proces begynder med vanedannelse, og at dette er en del af enhver form for menneskelig aktivitet (Berger og Luckmann, 2008). Det er denne vanedannelse, der går forud for enhver form for institutionalisering. Det er vigtigt med vanedannelsen, da denne sikrer, at man altid har mulighed for at udføre den samme handling (Berger og Luckmann, 2008). Institutionaliseringsen finder sted, lige så snart denne vanemæssige handling standardiseres, og bliver til en typifikation, som anvendes af andre udøvere. Det er disse fælles typifikationer af den vanemæssige handling, som udgør institutionerne. Vanedannelse går forud for institutionalisering, forstået på den måde, at en institution ikke kan opstå, medmindre der har fundet en form for vanedannelse sted (Berger og Luckmann, 2008). Som en del af opretholdelsen af disse institutioner, vil de forskellige individer, på baggrund af de indlejrede typificerede handlinger, begynde at indtage roller, som på den måde er udtryk for bestemte adfærdsmønstre i en social interaktion (Berger og Luckmann, 2008). De typificerede handlinger er dermed dem, som viser sig for det enkelte individ, i form af roller.

Gennem eksternalisering og institutionalisering opstår objektivering. Objektivering kan beskrives, som når der eksisterer en objektiv realitet, som forekommer uafhængigt af mennesket. Når man objektiverer, forsøger man at gøre virkeligheden uafhængig af den personlige opfattelse. Dermed bliver virkeligheden til fakta, og er således ikke påvirket eller influeret af personlige interesser (Berger og Luckmann, 2008).

Den sidste del af den dialektiske proces er internalisering, som kan beskrives som den proces hvori den objektiverede verdens indlejres i vores bevidsthed gennem socialisering. Med andre ord kan internalisering som begreb, defineres som socialisering. Socialiseringen kan foregå, som både primære og sekundær socialisering, og i nærværende undersøgelse, vil det være den sekundære socialisering, som anvendes. Den sekundære socialisering skal ses, som de processer, hvor et allerede socialiseret individ, bliver indført i en anden del af samfundet, end det der kendes til (Berger & Luckmann, 2008).

I specialet definerer vi de overordnede rammer for vores case, altså sygehuset, som en institution i overensstemmelse med Berger og Luckmanns begreb om institution. Vores kontekst tager afsæt i en offentlig institution med mange traditioner (Berger & Luckmann, 2008). Sygehuse har en gammel historie, og går langt tilbage i tiden. Det kan dermed ses som, at sygehuset har en masse traditioner, eller vaner, forbundet med sin historie. I vores case kan disse vanemæssige handlinger beskrives, som de arbejdsgange og arbejdsstrukturer, der er på et sygehus. Berger og Luckmann beskriver også at de typificerede handlinger viser sig i form af roller, og vil i casen ses, som de forskellige arbejdsfunktioner, der er på et sygehus, herunder sygeplejerske, læger, social- og sundhedsassistenter, med videre.

2.2 Metodiske tilgang til undersøgelsesfeltet

Gennem specialeprocessen har vi en abduktiv tilgang, som knytter an til organiseringsanalysen (Olsen, 2014, s. 377). I specialet tilgår vi undersøgelsen gennem en abduktiv tilgang, da vi arbejder med at udvide og åbne vores materiale, samt skabe nye ideer og gå kreativt til materialet. Det gør vi ved at arbejde med en vekselvirkning mellem allerede eksisterende viden og nye observationer, og herigennem kan der skabes nye teorier (Brandt & Sprogøe, 2019). Ulrik Brandt & Jonas Sprogøe (2019) beskriver abduktiv tilgang, som en bevidst vekselvirkning mellem den induktive og deduktive tilgang, og at de tre tilgange deduktiv, induktiv og abduktiv er idealtyper, og de ofte vil blive vævet ind i hinanden (Brandt & Sprogøe, 2019).

Vi tilgår specialeprocessen, som en refleksiv proces, hvor vi undersøger vores kontekst i en vekselvirkning mellem teori og empiri. Vi tilgår undersøgelseskonteksten ud fra et organiseringsanalytisk perspektiv, hvilket betyder, at vi i specialet søger at få indblik i den ledende afdelingssygeplejerskes og afdelingspersonalets kollektive handlingsprocesser (Olsen, 2014, s. 377). Vi skelner mellem organiseringsanalyse og organisationsanalyse, da vi med et

organiseringanalytisk perspektiv kan undersøge en organisation, som kollektive handleprocesser, og ikke undersøge læren om organisationer. I specialet er vi interesseret i det processuelle element, idet det giver mulighed for at undersøge de organisatoriske læringsprocesser, som er specialets fokus. Med et organiseringsanalytisk perspektiv, er der fokus på samfundets mikrosituationer, hvor afdelingspersonalet, i relation til hinanden, danner meninger og handlinger (Olsen, 2014, s. 377). Specialets problemformulering omhandler, hvordan den ledende afdelingssygeplejerske og afdelingspersonalet organiserer og skaber resultater, som også er en væsentlig problemstilling indenfor organiseringsanalysen (Olsen, 2014, s. 377). Ligeledes spørges der ind til meningsskabelse i undersøgelsesspørgsmål 3, da organiseringsanalysen også tager udgangspunkt i, hvordan de berørte individer skaber mening. I specialet kommer det til udtryk i relation til, hvordan afdelingspersonalet skaber organisatorisk læring gennem mening med utilsigtede hændelser. I afsnittet om socialkonstruktivismen beskriver vi, at viden, og dermed læring, forstås som en socialkonstruktion, og det er i sociale sammenhænge vi skaber viden og læring. Den menneskelige erkendelse er socialt konstrueret, hvortil vores meninger skabes i socialkonstruktioner (Berger & Luckmann, 2008). Dermed forstår vi at afdelingspersonalet i sociale situationer danner meninger.

Organiseringsanalysens ontologiske afsæt er, at individer danner mening på baggrund af deres handlinger, hvilket relaterer sig til mening og meningsskabelse. Den epistemologisk tilgang bygger på antagelsen om, at al viden er erfaringsbaseret, og dermed udvikles gennem interaktioner. Vi beskriver ligeledes i specialets videnskabsteori, at viden er en social konstruktion. I arbejdssammenhænge vil den viden personalet tilegner sig, været skabt på baggrund af de handlinger, som de udfører (Olsen, 2014, s. 384).

2.3 Undersøgelsesdesign

I følgende afsnit vil vi redegøre for vores undersøgelsesdesign, herunder kvalitativ casestudie, litteraturstudie, observation, interview, adgang til undersøgelseskonteksten og interviewpersoner, strukturering af interviews og empiri bearbejdelse.

2.3.1 Kvalitativ casestudie

Grundlaget for dette speciales undersøgelse er kvalitativ casestudie, hvori vi tager udgangspunkt i en enkeltstående case, der kan belyse et perspektiv på specialets problemformulering. Vi tilgår specialet med en kvalitativ tilgang, i forhold til vores videnskabsteoretiske ståsted, idet vi forstår

verden som konstrueret af de mennesker, der lever og interagerer i den, hvilket betyder, at vi undersøger de kollektive handlingsprocesser. Specialet indeholder en kvalitativ og empirisk undersøgelse af, hvordan procedurer og meningsskabelse bidrager til organisatorisk læring. Der er typisk tale om, hvordan noget opleves, gøres, siges, udvikles eller hvordan det fremtræder (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Vi vil i specialet være interesseret i de menneskelige erfaringer, som udtrykkes i den kommunikative dialog og interaktion.

Et casestudie er velegnet i speciale sammenhæng, da vi kan arbejde i dybden med et afgrænset område, som kan eksemplificeres gennem vores case (Jørgensen, Rienecker & Skov, 2020). Vores undersøgelseskontekst er en akutafdeling på et offentligt regionshospital, som giver os mulighed for at undersøge specialets undersøgelsesfænomen, som er utilsigtede hændelser. Denne kontekst tilbyder os en fysisk ramme for virkelige problemstillinger, og indsigt i viden om læring, kommunikation, organisationsforståelse og samfundsmæssige emner, i et større teoretisk perspektiv.

2.3.1.1 Case beskrivelse

Følgende afsnit har til hensigt at præsentere undersøgelseskontekst. Afdeling er placeret på et regionshospital i Danmark, som organisatorisk hører under et universitetshospital. Det vil sige, at der er et tæt samarbejde om patienterne og koordinering mellem regionshospitalet og universitetshospitalet, med henblik på at indlægge patienten det rigtige sted, når det handler om udredning og diagnose (Aalborguh, u.d.).

Undersøgelseskontekstens sygehuset består af 35 afdelinger, som er alt fra akutmodtagelsen til dialyseafsnit, fødeafsnit og ortopædkirurgisk afsnit. Vores undersøgelseskontekst er en akutafdeling, som består af: cirka 21 sundhedspersonaler, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, portører, med videre, og cirka 25 læger, herunder speciallæger, KBU-læger (kliniskbasisuddannelseslæger), studerende med videre. Herunder én ledende afdelingssygeplejerske og én ledende overlæge. På akutafdelingen, er det hovedsageligt patienter med akutte problematiske diagnoser, der er ankommer og skal behandles med det samme (Aalborguh, u.d.). Det er en afdeling, der ikke altid ved, hvad og hvordan dagen kommer til at gå, da patienterne er akutte, og derfor ikke planlagte.

2.3.2 Litteraturstudie

I specialet har vi foretaget litteraturstudie, som metode, i forhold til undersøgelse af eksisterende forskning, for at kunne besvare undersøgelsesspørgsmål 1, om proceduren for utilsigtede hændelser. Vi har foretaget et litteraturstudie, da det har været nødvendigt at afdække og opnå kendskab til allerede eksisterende viden, om vores emne om utilsigtede hændelser, som et fænomen i sundhedsvæsenet (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Ved anvendelsen af denne metode, har vi fået indsigt i begrebsafklaring, lovgivning og allerede eksisterende forskning om utilsigtede hændelser, hvilket bidrager til, vi ikke risikere at genskabe et allerede eksisterende forskningsprojekt. Ved, at vi har lavet et litteraturstudie, har vi også kunne analysere flere samfundsaspekter ind i undersøgelsesspørgsmål 1, som også anvender lovgivningen samt regionens procedure, som grundlæggende og beskrivende empiri. Disse skrevne dokumenter kan være med til at forme den sociale virkelighed vi ser, gennem både vores interviews og observation, og som derved er med til at skabe mening i konteksten. Derudover sidestilles deskriptive dokumenter på samme niveau, som levende empiri, til brug for analysering (Andreasen, m.fl. 2017). Derfor anvendes vores litteraturstudie, sammen med vores andre metoder, til at undersøge kompleksiteten i den eksisterende viden, samt for at opnå en komplementær viden, om undersøgelsesfænomenet (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Denne form for trianguleringer, ved anvendelse af flere kvalitative metoder, bidrager derfor til at opnå en mere dækkende viden, samt til at fremstille forskellige virkeligheder, og vise kompleksiteten heri (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Vi kan med vores forskningsorienteret tilgang blive klogere på vores undersøgelsesfænomen, ved at læse os ind i allerede eksisterende viden. Dermed vil vi forstå, undersøge og tilføje nye perspektiver og problematikker, ved at forholde denne viden fra vores litteraturstudie, med vores resterende viden, fra vores indsamlede empiri, gennem observation og interviews (Hammershøj, 2008). Disse metoder og argumentation herfor vil fremstå i det følgende.

2.3.3 Observation af personalemøde på akutafdelingen

I forbindelse med indsamlingen af vores grundlæggende empiri, har vi også gennem den ledende afdelingssygeplejerske, fået adgang til at overvære et personalemøde d. 23.02.2022. Vi valgte derfor at anvende en etnografisk interaktionistisk observationsmetode, da det giver os muligheden for at se, hvordan den sociale interaktion foregår mellem personalet på personalemødet. Metoden skal forstås som et ideal, der ikke bruges i sin rendyrket form, men er mere en tankegang med grundprincipper man følger, som forsker (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Vi ser ikke den interaktionistiske observationsmetode, som udforskning af et individ fra dets

subjektive synspunkt alene, men søger derimod at se individet i sociale og interaktionistiske forbindelser og den aktivitet, der sker mellem de forskellige individer. Vi vil bruge metoden til at genkende mønstre og tendenser i de sociale felter mellem individerne (Gubrium & Holstein, 1997, s. 7). Vi søger dermed med metoden at få ”*beskrevet erfaring på basis af fælles deltagelse*” (Järvinen & Mik-Meyer 2005, s. 98,). Citatet beskriver, at det ikke er relevant for os at kigge på, og prøve at forstå, følelser og oplevelser, men at derimod flytter den interaktionistiske metode sit blik fra individet til selve interaktionen mellem individerne, og hvordan den sociale kontekst påvirker deres måde at handle på sammen. Baggrunden for valget af den interaktionistiske observationsmetode er deres fokus på institutionerne, eller mere konkret, forholdet mellem individerne som social gruppe og institutionens kulturelle og historiske påvirkninger i felten (Järvinen & Mik-Meyer, 2005, s. 101). Vi vil derfor bruge metoden til at analysere, hvordan en institution, som hospitalet og dets kultur, handlemåder og sociale sammenhænge, kan påvirke dets individer, og hvordan individerne responderer i den kontekst.

Vi har konkret fået adgang via Microsoft Teams, hvor vi har fået lov til at observere punktet om utilsigtede hændelser. Det er normal kutyme, at deres personalemøder afholdes via teams, for at der er mulighed for at flere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter deltager. Derfor anser vi det også, som en normaliseret måde at afholde et personalemøde på, på afdelingen. Ligeledes vurderer vi, at det er et reelt indblik i måden de italesætter og agerer sammen omkring punktet om utilsigtet hændelser. Vi vil kigge på personalets handlinger og kommunikationen i rummet, og sætte fokus på de sociale interaktioner mellem personalet, da det skal kunne give os et blik og forståelse for den kultur, der er omkring arbejdet med utilsigtede hændelser. Den interaktionistiske observation bidrager til den samlede empiri, der kan være et supplement til de indgående interviews, som vi har foretaget i specialet. Ligeledes kan interaktionistisk observation være med til at vise et konkret billede af sociale forhold, spilleregler, kultur og arbejdsgange- og handlinger, som et interview ikke kan vise i samme omfang (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

2.3.4 Interview med sundhedspersonale på akutafdelingen

Igennem analysen har vi foretaget fire interviews med personale fra akutafdeling, hvor vi indledte med et interview med den ledende afdelingssygeplejerske, som åbnede op for nye og interessante perspektiver, på håndteringen af utilsigtede hændelser på akutafdelingen. Vi har valgt at gøre brug af en interaktionistisk interviewmetode til de resterende interviews (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 209). I forhold til interviewrollen, skriver Staunæs og Søndergaard, at:

Intervieweren må derfor hele tiden bevæge sig professionelt i spændingsfeltet imellem bestræbelsen for på den ene side at producere viden om noget bestemt (man har et udgangspunkt og et fokus for sin spørgen), og for på den anden side at forfølge det nye, uventede og anderledes, der opstår undervejs. (Søndergaard & Staunæs, s. 56, 2005).

Dette er en metode der åbner op for interviewet indenfor rammerne af emnet, hvor vi kan følge det uventede, som vores interviewpersoner fortæller af deres erindringer. Ved at anvende dialog som interviewform, hvor ord som blandt andet sensitivitet og refleksivitet, er gældende indenfor en bestemt ramme, mener vi denne interviewform kan give os et reelt indblik i hverdagen, som sygehusansat. Når vi tilgår interviewene sensitivt og refleksivt, er det i forhold til undersøgelsesfænomenet utilsigtede hændelser, ved at skabe en refleksiv proces ved vores interviewpersoner. Vi, som forskere, erkender at vi er med til at påvirke og skabe det empiriske indhold, og ser interviewet som et socialt møde, med en åben dialog mellem de implicerede parter, der interagerer med hinanden, for at forstå noget ukendt (Søndergaard & Staunæs, 2005, s. 54). I det, at sundhedsvæsenet er en kompleks verden, ser vi det også som vores opgave at engagere os i det sociale møde med de personer, der lever i den komplekse verden, for bedre at kunne forstå den.

Vi tager ligeledes afsæt i interviewpersonernes egne erindringer i interviewene, hvor vi fokuserer på personalets historier med deres strukturer og handlinger, som interviewpersonerne fortæller dem. Det lægger sig også i tråd med den interaktionistiske interviewform, der bestræber sig på, at *“både form og indhold [...] forholder sig sensitivt til udfoldelse af kompleksitet i de betydninger, mennesker skaber og orienterer sig igennem”* (Søndergaard & Staunæs, 2005, s. 54). Ved at tage afsæt i interviewpersonernes egne erindringer og den interaktionistiske metode, kan vi skabe åbne rum, hvor de sensitive og refleksive erindringer har plads og rum til at udfolde sig i vores interview, hvorved vores interviewguide vil have en åben tilgang og være styret af temaer. Vi vil med aktiv lytning lade interviewpersonen fortælle deres historier, indenfor rammerne om utilsigtede hændelser. Med den interaktionistisk og subjektive tilgang, kan vi yderligere, ved at forholde os sensitivt og fleksibelt, åbne op for de spor, der kommer frem i dialogen (Søndergaard & Staunæs, 2005, s. 56).

2.3.5 Adgang til undersøgelsesfelt og interviewpersoner

Vi har valgt at tilgå interviewet med sundhedspersonalet på akutafdelingen igennem princippet om tilgængelighed, da vi mener, at det giver et mere reelt grundlag af uafhængighed fra organisationen, fremfor at det var et samarbejde mellem organisationen og os som forskere, der ville kunne skabe vilkår, som organisationen kunne diktere. Dette vil gøre forskningen mindre objektiv og gøre analysens fund mere subjektive (Bryman, 2016).

Vi har indledningsvis været i kontakt med en læge, som er ansat på det pågældende sygehus, som er vores gatekeeper til selve undersøgelseskonteksten. Vores gatekeeper har en privat relation til et af vores gruppemedlemmer, hvilket er årsagen til, at vi ikke har interviewet ham. Vores gatekeeper har spurgt nogle af sine kollegaer på vores vegne, for at forhøre om muligheden for et samarbejde om dette speciale. Vi fik en aftale igennem på en akutafdeling, på det pågældende regionshospital. På forhånd havde vi opsat et kriterie, som var forskellige fagligheder, da vi gerne vil have en helhedsrepræsentation af afdelingen, idet sygehusafdelinger består af forskellige fagprofessioner. Dette kriterie har vi opsat, for at opnå et så relevant besvarelsesgrundlag i vores interviewes, som muligt, da vi ønsker at få et så autentisk indblik i deres hverdag. På baggrund af kriteriet og hvem der har udvist interesse for deltagelse, har vi efterfølgende indledt en mailkorrespondance, som er måden, hvorpå vi har fået fastlagt vores interviews og samtykke hertil. Dette er også gjort ud fra devisen om, at alle interviewpersoner er gatekeeper til adgangen af information og tænkning om deres liv, som vi i en eller anden forstand har adgang til, som forskere under interviews (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2007, s. 94). Vi har en formodning om, at de sundhedspersonaler på afdelingen, der havde lyst til at deltage i vores interviews, også vil være dem, som kunne give os et reelt indblik i deres hverdag.

Specialet bygger på fire interviews, med den ledende afdelingssygeplejerske, to introlæger (herefter præsenteret som læge 1 og læge 2), en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. I specialet vil vi benævne vores interviewpersoner ved deres profession, hvortil vi definerer afdelingspersonalet, som faggruppen bestående af læger og faggruppen bestående af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, samt begge faggruppers ledere.

Tre af interviewene var individuelle interviews, og interviewet med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten foregik som et gruppeinterview. Vi har afholdt interview med den ledende afdelingssygeplejerske, hvor hensigten var at få et ledelsesindblik i, håndteringen af utilsigtede hændelser på akutafdelingen. Interviewene med de to læger, sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten har til hensigt at give et indblik i, hvordan utilsigtede hændelser forstås blandt

personalet på afdelingen, og ligeledes personalets håndtering af utilsigtede hændelser. I specialet er sygehuset såvel som interviewpersonerne anonymiseret, da det ikke er sygehuset og personerne i sig selv, der er interessante, men hvordan de håndterer utilsigtede hændelser.

2.3.6 Strukturering af interview med personalet på akutafdelingen

I specialet har vi foretaget online interviews med vores interviewpersoner. Den ledende afdelingssygeplejerske har givet udtryk for, at hun vil foretrække, at interviewene blev afholdt online, da sygehuset forsat var berørt af covid-19 situationen, på det pågældende tidspunkt for interviewene. Platformen giver muligheden for, at man kan korrespondere én til én, eller flere, i samme online rum, hvor man både kan have kamera og lyd på, så det skaber muligheden for at vi kan aflæse et udsnit af de verbale og nonverbale kropslige udtryk og gestikulationer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 204). Vi får dermed næsten samme mulighed for at kunne få og observere nuancer ved et interview, som var det i fysisk form.

Under hvert interview har vi, af hensyn til interviewpersonerne, valgt at tage udgangspunkt i at vi er to interviewere, for ikke at risikere, at interviewpersonerne skulle føle sig overvældet, af de mange ansigter, de skulle forholde sig til. Vores første interview var med den ledende afdelingssygeplejerske, hvor vi valgte ikke at udarbejde en fast interviewguide, men derimod lave en liste af temaer, som vi brugte, som rettesnor, under interviewet (Bilag 6 – Interviewguide til den ledende afdelingssygeplejerske). Dette gjorde vi, for at tilgå interviewet åbent og eksplorativt. Vores fokus var: utilsigtede hændelser, læring, ledelse, kultur, samarbejde og kommunikation. Vi har derudover valgt, at vores interview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten skulle foregå sammen. Dette både af tidsmæssige fordele for vores to interviewpersoner, men også, da vi ser det, som en mulighed, for at dialogen forhåbentligt vil flyde mere. Fordelen ved at være flere, er at interviewpersonernes udsagn kan spilles op mod hinanden, og at hver deres udsagn kan bruges til at sætte andre tanker og erindringer i gang, hos den anden. Modsat kan vi også risikere, at de ikke føler sig trygge, og at dialogen dermed ikke bliver flydende, da det er et etisk følsomt emne at påbegynde en dybdegående dialog omkring. Omend dette, vurderer vi, at fordelene ved at gruppeinterview, opvejer risikoen for, at de ikke har lyst til at besvare vores spørgsmål, grundet det følsomme emne.

2.3.7 Empiri bearbejdelse

Til at bearbejde den indsamlede empiri, tilgår vi empirien med en abduktiv tilgang og organiseringsanalytisk perspektiv. Ligeledes har vi tilgået empiribearbejdelsen tematisk, hvilket betyder, at vi gennem læsning og bearbejdelse af empirien, forholder os åben til empirien, og ser på, hvilke temaer, der udspiller sig heri. Før interviewene havde vi en forudgående viden, hvor vi gennem interviewene og bearbejdelse af interviewtransskriptionerne har været præget af disse. Interviewguiden blev ud fra dette delt op i temaer, som forståelsen af utilsigtede hændelser, deres handlemuligheder og procedure på afdelingen ved utilsigtede hændelser. Dette var for at vi videre hen kunne tematisere vores empiri.

For at danne os et overblik i vores indsamlede empiri, har vi lavet sortering gennem temaer, hvorved vi har fremhævet forskellige ord, temaer og begreber, som gentager sig som mønstre. Temaer vi har opdelt interviewguiden efter, er i interviewet med den ledende afdelingssygeplejerske: processen for utilsigtede hændelser, kommunikative processer og ledelsesmæssig struktur. I interviewguiden med den ledende afdelingssygeplejerske har vi udvalgt temaerne med afsæt i problemformuleringen, da vi ønskede at få et indblik i hendes udlægning af processen for utilsigtede hændelser, og hvordan de håndterer utilsigtede hændelser på afdelingen. I interviewene med personalet var temaerne: utilsigtede hændelser og arbejdsprocesser, ledelse, mørketal, relationer og kommunikation. Vi har valgt disse temaer på baggrund af specialets problemformulering, og udtalelserne fra den ledende afdelingssygeplejerske.

I bearbejdelsesprocessen af vores transskriptioner og feltnoter fra observationen, har vi været præget af nogle teoretiske begreber, herunder meningsskabelse og organisatorisk læring, som til dels, også har været styrende for processen.

Vi har som gruppe været opmærksomme på, at bearbejdningen af transskriptionen har skulle indeholde fælles regler, om hvordan opbygningen af transskriptionerne skulle være. Heri har vi fastlåst os på, at sætningerne ikke skulle rettes, for at lave mere korrekt opbygget sætninger, da det måske ville gøre, at vi mistede den reelle betydning af dem. Derudover har vi indikeret talepauser med prikker og ladet 'åh', 'øhm' og andre taleudtryk være til gavn for vores forståelse, af hvordan de i situationen har reageret på et spørgsmål. Dette har vi valgt at sætte fokus på, da vi i tråd med vores videnskabsteoretiske ståsted ser på, hvad hvert enkelt ord har af betydning for at kunne forstå, hvad interviewpersonerne mente.

Vi har derudover også bearbejdet vores observation, ved at sammenligne vores noter, og ud fra dette har vi tematiseret dem under ens kategorier. Disse temaer har blandt andet været: utilsigtede hændelser, læring, organisatorisk læring, forståelser og handlinger. Dette har vi sammenholdt med

vores tematisering af vores interviews, for at skabe en rød tråd fra observation til interviews. Vi har derudover valgt at sætte fokus på deres kropssprog, da vi med den interaktionistiske metode er opmærksomme på, at der også sker handlinger igennem nonverbalkommunikation, som kan beskrive det vi ser, på en anden måde end ord. Vi var derudover opmærksomme på, hvordan strukturen af mødet foregik, da det kan sige meget, om den institution personalet er en del af, og som former deres vaner såvel som handlinger. Alt dette blev også noteret under observationen, og i sammenhæng med deres udtalelser under personalemødet, blev kategoriseret under én af temaerne.

Den overordnet proces for analysen tager afsæt i vores abduktive og organiseringsanalytiske perspektiv. Det er en reflektiv proces, hvor vi hele tiden bevæger os mellem den indsamlede empiri og teori, i en vekselvirkning. Det betyder, at vi leder efter mønstre, som medfører en undren over et fænomen, hvorefter vi forsøger at forstå fænomenet gennem teori, som så åbner op for nye indsigter, som igen må forstås gennem teori. Vi har tre forskellige former for empiri, litteraturstudie, observation og interviews, som vi beskriver som metodetriangulering i afsnittet om litteraturstudie (jf. 2.3.2 Litteraturstudie). Her bliver lovgivningen og procedurene brugt som beskrivende empiri i undersøgelsesspørgsmål 1. I de to efterfølgende undersøgelsesspørgsmål har vi foretaget kvalitativ undersøgelse gennem observation og interviews, og hertil foretaget en tematisk analyse af vores indsamlede empiri. Først har vi gentagende gange gennemlæst vores empiri, både regionens procedure for utilsigtede hændelser, vores observationsnoter fra personalemødet såvel som interviewtransskriptionerne. Herefter foretog vi en mere systematisk proces i arbejdet med empirien, hvor vi lavede en liste med ideer og tanker, som vi har anvendt til at tematisere efter. Særligt for observationerne og interviewene, har vi søgt efter de temaer, som udspringer af observationsnoterne og interviewtransskriptionerne, som dermed også har fungeret som tematiske overskrifter.

2.4 Teori

I det følgende kapitel vil vi uddybe de teoretiske begreber, som vi anvender til at analysere empirien med. Først præsenteres Chris Argyris (1999) udlægning af organisatorisk læring, i form af single-loop og double-loop læring. Dernæst præsenteres Carl E. Weicks (2015) begreber om meningsskabelse, herunder de syv elementer for meningsskabelsesprocessen. I teoriafsnittet om meningsskabelse vil vi tage afsæt i Hammer og Høpnens (2015) udlægning af Weicks begreb om meningsskabelse. I specialet gør vi brug af teori, som forståelsesramme, hvorved vi bruger

teorierne til at forklarer og begrebsliggøre fænomener i empirien. Dermed benyttes teorierne, som perspektiver på specialets undersøgelsesfænomenet, utilsigtede hændelser.

2.4.1 Organisatorisk læring

Til at analysere, hvilke forskellige forståelser der er blandt afdelingspersonalet på akutafdelingen, har vi vurderet at Chris Argyris (1999) udlægning af organisatorisk læring, herunder begreberne om single-loop læring, double-loop læring, theories of action, theories-in-use, organisatorisk defensive handlemønstre, vil bidrage til at begrebsliggøre undersøgelsesfænomenet utilsigtede hændelser. Begreberne skal være med til at forstå, hvordan en afdeling på et sygehus kan skabe organisatorisk læring, på baggrund af utilsigtede hændelser. Begreberne kan være med til at klarlægge, om afdelingens kultur og strukturer er med til at fremme eller hæmme organisatorisk læring (Argyris, 1999).

Specialet teoretiske begreb er organisatorisk læring, hvor formålet er at undersøge, hvordan en regions procedure for utilsigtede hændelser bidrager til organisatorisk læring. For at forstå hvordan procedure bidrager til organisatorisk læring, må vi forstå hvad organisatorisk læring er, og derefter hvordan de så bidrager til organisatorisk læring. Vi udfolder ikke hele Argyris' teori om organisatorisk læring, men bruger begreberne om organisatorisk læring, til at begrebsliggøre og forstå interviewpersonernes udtalelser.

2.4.1.1 Single-loop og double-loop læring

Årsagen til, at organisationer eksisterer, er for at løse bestemte opgaver, og i undersøgelseskonteksten er afdelingen til, for at løse bestemte samfundsopgaver (Argyris, 1999). Når der opstår et match eller mismatch mellem handlinger og konsekvenser vil organisatorisk læring indtræffe, dermed er handling og refleksion en forudsætning for organisatorisk læring (Argyris, 1999). Når det kommer til organisatorisk læring, skelner Argyris mellem to typer af læring, henholdsvis single-loop læring og double-loop læring.

Når der er et match eller mismatch mellem handlinger og konsekvenser, og fejl korrigeres gennem teknikker og procedurer, vil det være single-loop læring, der er tale om (Argyris, 1999). Hvorimod er det de styrende variabler, der vil lægge til grund for korrigerende af fejl, ved double-loop læring (Argyris, 1999). I en organisation bør begge typer af læring være til stede og anvendes (Argyris, 1999). Single-loop læring er særlig anvendelig til rutine- og hverdagssituationer, som også vil være største delen af en organisations aktiviteter (Argyris, 1999). Derimod er double-loop læring særlig anvendelig til komplekse aktiviteter, som ikke er rutine eller hverdagspræget (Argyris, 1999).

I specialet anvender vi single-loop og double-loop læring til at forstå, hvilke læringsprocesser, der eksisterer på akutafdelingen. I undersøgelsesspørgsmål 2 spørger vi ind til, hvilke forståelser af utilsigtede hændelser, der er på akutafdelingen, og for at undersøge, hvordan organisatorisk læring udspiller sig på akutafdelingen, må vi forstå, hvilke forståelser personalet har på utilsigtede hændelser.

2.4.1.2 Organisatoriske defensive handlemønstre

Når det kommer til organisatorisk læring, kan en organisations kultur være enten fremmende eller hæmmende, hvor ved organisatoriske defensive handlemønstre hæmmer organisatorisk læring. Organisatoriske defensive handlemønstre er et centralt begreb, når det kommer til villigheden af at opdage og rapportere fejl (Argyris, 1999). For at beskytte sig selv, og hinanden blandt organisationens medlemmer, kan organisatoriske defensive handlemønstre opstå, hvilket ikke er af ond vilje, men organisationsmedlemmerne griber til dem, for at sikre deres egen og organisationens overlevelse (Argyris, 1999). Herved besværliggøre defensive handlemønstre læring, og i særdeleshed double-loop læring (Argyris, 1999). Organisatoriske defensive handlemønstre er anti-læring, idet personalet ikke får rettet op på fejl, som kan medføre læring (Argyris, 1999, s. 141). I specialet vil vi undersøge, hvorvidt afdelingspersonalet tyer til organisatorisk defensive handlemønstre, i undersøgelsesspørgsmål 2, hvor vi undersøger, hvordan afdelingspersonalet forstår utilsigtede hændelser. Begrebet er med til at begrebsliggøre personalets modstand mod utilsigtede hændelser. Et eksempel herpå er, at der ikke indberettes utilsigtede hændelser, da personalet ikke ønsker at sætte deres kollegaer i en forlegen situation.

2.4.1.3 Theories of action og theories-in-use

To begreber, der kan forklare noget om organisationskulturen, er begreberne: theories of action og theories-in-use (Argyris, 1999). Når der er tale om kultur, herunder værdier eller principper, som der bør leves efter, er der tale om theories of action, hvorimod theories-in-use er, hvordan der rent faktisk handles (Argyris, 1999). Der kan være forskel mellem, hvordan organisationen beskriver at man bør gøre, og hvad man så gør i organisationen. Forklaringen herpå er, at de griber til de defensive handlemønstre. Det er regionens procedure, der eksempelvis vil gå under begreber om theories of action, hvor theories-in-use vil afspejles i personalets handlinger og ageren.

I analyse af undersøgelsesspørgsmål 2, vil vi med begreberne om theories of action og theories-in-use undersøge, hvordan afdelingspersonalet begrebsliggør deres forståelse og håndtering af utilsigtede hændelser. Personalets begrebsliggørelse af procedurerne og deres måde at håndtere

utilsigtede hændelser på, siger noget om personalets forståelse, idet det er her, de fortæller hvad de forstår ved utilsigtede hændelser. Theories of action vil bruges til at beskrive regionens procedure for utilsigtede hændelser, sat op i mod hvordan personalet fortæller de agerer.

2.4.2 Meningsskabelse i et læringsperspektiv

Til at analysere og organisere kompleksiteten i vores empiri i undersøgelsesspørgsmål 3, om hvordan de forskellige personalegrupper på afdelingen, skaber mening med processen for utilsigtede hændelser, har vi vurderet at Weicks (Weick, 1995; Hammer & Høpner, 2015) begreb om meningsskabelse vil bidrage til at begrebsliggøre vores undersøgelsesfænomen, utilsigtede hændelser. I følgende afsnit vil vi gøre brug af Weicks (1995) egen udlægning af begrebet meningsskabelse, men vil i beskrivelsen af teorien, tage udgangspunkt i Hammer og Høpners (2015) udlægning heraf. Dette gør vi, da Weick kan være svær at forstå, hvor Hammer og Høpner simplificerer og giver en introduktion til Weicks begreber om meningsskabelse.

Vi har en ambition, om at få viden, om dette undersøgelsesfænomen, i et organisatorisk læringsperspektiv, hvilket er det, vores problemformulering efterspørger. Hertil mener vi, at meningsskabelsesbegrebet vil kunne belyse betydningen af mening, i forhold til, hvad og hvordan læringen foregår, da vi forstår mening, som en nødvendighed for at opnå læring. Der kan argumenteres for, at meningsskabelse og læring er to ord for det samme fænomen. Begge dele kan forstås som læring, men vi mener at meningsskabelse som begreb, kan rumme flere lag af den kompleksitet, som vi ser i vores empiri. Hermed forklarer Hammer og Høpner, at: *“Meningsskabelse indbefatter mere end blot fortolkning. Meningsskabelse omhandler også, hvordan vi udvælger og dermed skaber det, vi vil fortolke.”* (Hammer & Høpner, 2015, s. 93). Hvilket vi finder relevant, idet det omfavner kompleksiteten og dermed får en dybere indsigt, end ved blot fortolkninger af resultater, som også er i tråd med organisering. Meningsskabelse defineres som, at vi søger mening i alt, hvad vi oplever, det der sker ubevidst og som er en kontinuerlig proces. Ved meningsskabelse i organisationer er fokus på processen. Man ser ikke blot på de fortolkninger, der er i organisationen, man ser mere på processen, som ligger bagved fortolkningen (Hammer & Høpner, 2015). Meningsskabelse rummer forskellige elementer, som påvirker hinanden, hvilket vi har fokus på, når vi ønsker at fremanalysere viden om, hvorfor og hvordan meningsskabelsesprocessen kan undersøges i vores case.

2.4.2.1 Organisering

Organisering er et mere procesorienteret perspektiv på organisationer, hvor man fokuserer på dynamikken og de indbyrdes relationer, der befinder sig i organisationen (Hammer & Høpner, 2015). I organisationer er man en del af mange relationer, hvor man er afhængige af, hvad hinanden foretager sig. Når vi er optaget af at ville undersøge organiseringsmønstre, skal man undersøge de gensidige betingede handlinger og adfærd, som udspiller sig i organisationen. På den måde vil man være optaget af, det spil der konstant udspiller sig i organisationen, i forhold til, hvordan vi påvirker andre og hvordan vi påvirkes af dem. Gensidige betingede handlinger og adfærd har på denne måde ligeledes betydning for de mønstre af relationer, der er i organisationen, og som har betydningen for, hvordan magthierarkiet ser ud. En vigtig pointe, i forbindelse med hvorledes magten tildeles, er, at det ikke er en fast position, men den kan ændres, alt efter hvordan de gensidige betingede handlinger reagerer på den, der har magten. Hvis der er en person, som har magten, og fremstår som 'den store leder', så kan dette kun lykkes, hvis de andre i organisationen tillader dette, da de er gensidige afhængige af hinanden (Hammer & Høpner, 2015). Ud over relationer, består organisering også af naturlige selektioner, hvor vores handlinger har betydning for måden vi organiserer os på, og ligeledes har betydning for måden, hvorpå vi skaber mening i denne organisering (Hammer & Høpner, 2015, s. 67). Organiseringsbegrebet består ligeledes af begrebet om løst koblede systemer (Hammer & Høpner, 2015, s. 34). At se organisationer, som løst koblede systemer, betyder at man igen ser på procesperspektivet, og ikke i et statisk perspektiv, men med afsæt i organiseringsforståelsen. Organisationer består af mange delelementer, som er i en konstant bevægelse i forhold til hinanden (Hammer & Høpner, 2015).

2.4.2.2 Meningsskabelsesprocessens 7 elementer

Der er syv elementer, som er væsentlige for meningsskabelsesprocessen, og disse syv elementer vil vi anvende, for at få viden om, hvorfor og hvordan meningsskabelse påvirker den organisatoriske læring.

Meningsskabelsesprocessen består af syv elementer, som er:

1. Meningsskabelse som socialproces
2. Meningsskabelse tager udgangspunkt i identitet
3. Meningsskabelse sker retroperspektiv
4. Meningsskabelse er fokuseret på og udgår fra ledetråde
5. Meningsskabelse er en kontinuerlig proces

6. Meningsskabelse er drevet af plausibilitet

7. Meningsskabelse sker gennem handling

(Hammer & Høpner, 2015, s.93-94)

Meningsskabelse er en social proces, som tager udgangspunkt i identitet. Det er en kontinuerlig proces, som forsøger at skabe mening i vores oplevelser i et retroperspektiv, hvilket betyder at vi, som mennesker forsøger at skabe mening, på baggrund af vores forforståelse og tidligere oplevelser. Ydermere fokuserer vi på ledetråde, som også er herudfra vi skaber vores mening. De to sidste elementer i meningsskabelsesprocessen, er at vi søger plausibilitet, og at vi skaber i handling, hvilket betyder, at vi ikke søger et entydige svar, blot forklaringer, som vi finder plausible. Det sidste element, at skabe i handling, handler om, at vi, som mennesker, delvis selv er med til at skabe de omgivelser, vi oplever (Hammer & Høpner, 2015). Det vil ikke blive en kronologisk gennemgang af hver af de syv elementer. Vi vil derimod mere belyse, hvor disse elementer ses værende udslagsgivende, og hvilken betydning det kan have, i forbindelse med den organisatoriske læring af utilsigtede hændelser.

Denne vurdering har vi foretaget, da vi mener at meningsskabelse, som begreb kan rumme og begrebsliggøre dele af alle de interaktioner og handlinger, som udspiller sig i vores empiri, og herigennem bidrage til at besvare vores problemformulering. Ligeledes er meningsskabelse en del af organisering, som er en måde at se og forstå organisationer på. Vi ser på dynamikken i organisationen, og studerer organisering ved at fokusere på relationer, i form af gensidige betingede handlinger (Hammer & Høpner, 2015). Herigennem får vi indblik i et mikroorienteret perspektiv i vores case, hvilket ligeledes er i tråd med vores organiseringsanalytiske perspektiv.

2.5 Forskningsetik

Kvalitativ forskning er en følsom metode, som kræver etiske overvejelser, da det er individers egne personlige holdninger og erfaringer, som bliver genstand for forskning og placeret i et offentligt rum (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Derfor kan det være relevant at fremhæve, at vi både skal forholde os til mikro- og makroetiske problemstillinger, men at i kvalitativ forskning vil de mikroetiske problemstillinger overtrumfe de andre, da man som forsker skal beskytte de enkelte individer, som stiller sig til rådighed for forskningen (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Ligeledes anvender vi levende empiri, hvilket betyder, at vi anvender empiri fra nulevende individer, hvilket kræver en særlig opmærksomhed på de etiske perspektiver (Jørgensen, Rienecker & Skov, 2020). Det har vi gjort ved blandt andet at udarbejde skriftlige aftaler og fremsende skriftlige

samtykkeerklæringer til vores interviewpersoner, samt ved at, anonymisere undersøgelseskonteksten og alle interviewpersoner i specialet. Dette har vi gjort, da man ikke vil kunne forudsige, hvilke konsekvenser en offentliggørelse af personerne og konteksten, samt vores forskningsresultater vil kunne få, uanset hvor uproblematisk det måtte fremstå (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002).

Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd har udarbejde nogle retningslinjer til afklaring og vurdering af etiske rammer, til bedømmelse af ansøgninger til forskning. Disse etiske retningslinjer har ligeledes været en målestok for vores speciale. Vi skal, som forskere, efterleve nogle forskningsetiske retningslinjer, som bidrager til nogle rammer, som tilbyder kvalitet og god videnskabelig standart. Vi har en ambition om at skabe ny viden, og derigennem udvide erkendelser, forbedre vilkår og kritisere nuværende standarder i vores samfund og undersøgelseskontekst (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002).

Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd har udarbejdet fem opmærksomhedspunkter, når det gælder etik i forskning. Det første punkt handler om, at forskningen er i overensstemmelse med god videnskabelig standart. Man skal overveje om, der er nogle afhængighedsforhold, som kan påvirke arbejdet (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002). Det kommer til udtryk i specialet ved, at vi har forholdt os til disse fem etiske punkter, i forhold til god videnskabelig standart.

Det andet punkt handler om, at forskerne skal tage hensyn til enkeltpersoner og grupper, som er genstand for forskningen. Man skal ikke krænke andres privatliv, eller være årsag til besvær (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002). Dette punkt kommer til udtryk i, i hvad der spørges ind til i interviewene, hvor vi spørger ind til håndteringen af utilsigtede hændelser, og ikke spørger ind til indberettede hændelser.

Tredje punkt er, at man som forsker skal sikre sig, at ens forskningsarbejde er tilgængeligt, men at det ikke kan identificere, hvilke personer eller organisationer, der har bidraget til forskningen (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002), hvortil vi i specialet har valgt at anonymisere regionshospitalet og vores interviewpersoner.

Det fjerde punkt relaterer sig til, at forskeren skal indhente samtykke, og informere om, at det er frivilligt at deltage (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002), hvilket vi har gjort inden vi foretog interviews med vores interviewpersoner.

Punkt fem beskriver, at forskeren har ansvaret for at gøre sine forskningsresultater tilgængelige for offentligheden, og sikre sig at de er i samme standart, som almindelige videnskabelige principper (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002). Specialet vil blive offentligt tilgængeligt, hvorved vi følger de fem punkter, for god videnskabelig standard.

Vi er bevidste om, at grundet vores emne om utilsigtede hændelser, har vi brug for et særligt fokus på de etiske forhold, da vi berører et følsomt emne, som kan få følelsesmæssige reaktioner frem hos interviewpersonerne, eller påvirke deres selvforståelse, og derfor vil kunne få behov for at have en samtale om dette. Derfor ser vi det relevant at fremhæve, at vi i interviewsituationerne, har haft fokus på ikke at optræde som terapeuter, eller fremstå over-empatiske overfor interviewpersonerne, men at vi ligeledes skal have fokus på at skabe et trygt rum, hvor interviewpersoner får lyst til at udfolde sine perspektiver og erfaringer om emnet (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Utilsigtede hændelser er et emne, hvori der kan være mange etiske spørgsmål, som kan være problematiske at spørge ind til i interviews, hvorved vi har valgt at lægge vægt på at omgå emnet med påpasselighed. Derfor har vi bevidst også valgt, at der ikke vil blive spurgt ind til konkrete episoder, da det vurderes, ud fra et etisk dilemma, kan virke voldsomt, og kan være medvirken til, at interviewpersonen bakker ud og ikke vil deltage i vores interview (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107-110). Derfor vil interviewene blive bygget op omkring det bagvedliggende, der relaterer sig til indrapporteringen, eller mangel på samme, ved utilsigtede hændelser. Vi har forsøgt at bygge temaerne op, uden at lægge egne holdninger, følelser og viden i dem. I diskussionskapitlet om vores metodiske overvejelser, vil vi diskutere de etiske problemstillinger, som vi sidenhen har reflekteret over.

Analyse

I specialets kapitel 3 vil vi foretage en deskriptiv fremstilling af lovgivningen for utilsigtede hændelser og den regionale procedure for utilsigtede hændelser. I kapitel 4 vil vi analysere med afsæt i Argyris' begreber om organisatorisk læring, og i kapitel 5 analyserer vi med afsæt i Weicks begreber om meningsskabelse, og hvordan procedurer og meningsskabelse bidrager til organisatorisk læring på akutafdelingen. Analysen er delt op i tre analysedele, hvori hver af vores tre undersøgelsesspørgsmål besvares separat.

3. Procedure og rapporteringssystem for utilsigtede hændelser

For at besvare vores problemformulering vil vi i analysedel 1 besvare undersøgelses spørgsmål 1:

Hvilken procedure er der på akutafdelingen for håndteringen af utilsigtede hændelser?

Undersøgelsesspørgsmål 1 vil blive besvaret gennem en deskriptiv fremstilling af den lovbestemte definition af utilsigtede hændelser, samt ved at definere procedurerne og afrapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i regionen. De relevante dokumenter, herunder lovgivningen samt procedurerne, der ligger til grund for denne viden, skal betragtes, som empiri, på lige fod med vores interviews og observation, da denne viden er en faktuel deskriptiv viden, som giver et idealbillede af, hvordan utilsigtede hændelser bør forstås og behandles (Andreasen m.fl., 2015).

Afslutningsvis i dette kapitel, vil der være en delkonklusion, som har til hensigt at belyse de væsentligste pointer, fra et rent deskriptivt perspektiv på vores undersøgelsesfænomen, utilsigtede hændelser. Dernæst ville denne faktuelle viden om fænomenet utilsigtede hændelser blive undersøgt, i vores cases virkelighed. Heri vil vi undersøge, hvordan det bidrager, og hvordan det tildeles mening i vores case (Andreasen m.fl., 2015).

Dette deskriptive perspektiv på vores undersøgelsesfænomen vil blive sammenholdt med den resterende del af analysen, som slutteligt vil bidrage til besvarelsen på vores problemformulering.

Første analyse kapitel er opdelt i tre delanalyser, som afspejler de relevante dokumenter, som vi har valgt at inddrage i specialet: lovgivning, historik om afrapporteringssystemet og regionens procedure.

3.1 Intentionen med lovgivning vedrørende utilsigtede hændelser

For at forstå selve grundlaget for, hvilke læringsmekanismer, der eksisterer i et organisatorisk perspektiv, i forbindelse med utilsigtede hændelser, finder vi det relevant at få en grundlæggende viden, om utilsigtede hændelser og deres procedure i et juridisk perspektiv.

Lovgivningen på området med utilsigtede hændelser har eksisteret siden 1. januar 2004, og blev i 2010 udvidet til også at gælde blandt andet sundhedsområder i det kommunale samt apotekerne og præhospitalet (Styrelsen for Patientsikkerhed, u.d.). Alle regioner og kommuner er forpligtet til at følge lovgivningen på området, og ud fra denne, danne deres egne arbejdsgange.

Ifølge Retsinformation defineres utilsigtede hændelser således rent juridisk:

Ved utilsigtede hændelser forstås på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder ('nær – hændelser'), jf. sundhedslovens § 198, stk. 4. En utilsigtet hændelse omfatter en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. (Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, §3, stk. 1).

Ovenstående definition er gældende for alt personale i regionernes og kommunernes sundhedsfaglige afdelinger. Det har til hensigt at opnå en fælles forståelse for, hvad en utilsigtet hændelse indebærer. Den overordnede intention med definitionen er at sikre en ensartet forståelse af, hvad en utilsigtet hændelse er, og en fælles beskrivelse af, hvornår man bør indberette. På denne måde retter definitionen sig både mod en fælles forståelse, et fælles sprog samt fælles handlinger.

I definitionen fremgår det, at der er en fokusering på fejl, og det fremgår, at det er omstændigheder, som kan være, eller har været, skadevoldende for patienten. Denne fokusering på fejl i definitionen af utilsigtede hændelser, kan tolkes, som værende af en negativ karakter, som kan påvirke, hvordan diskursen er blandt det sundhedsfaglige personale omkring fænomenet, utilsigtede hændelser. Denne antagelse kan underbygges med den tidligere fremhævede tendens til, at vi som mennesker, ikke ønsker at fremstille vores fejl, eller påpege kollegaernes fejl, da vi ikke ønsker at være sårbare, og dermed fremstille os selv, som fejlagtige (Edmondson, 2020). Dog har vi ligeledes i indledningen belyst, vigtigheden af at turde arbejde med fejl i sundhedssektoren. I den forbindelse finder vi det relevant at inddrage det perspektiv, som Amy C. Edmondson belyser gennem hendes

studie af dødelighed blandt patienter på hospitaler, som vi har præsenteret i indledningen. Dette studie viste, at de hospitaler, som havde den laveste dødelighed, var dem, som havde indrapporteret flest fejl (Edmonson, 2020). Dette bidrager derfor til et andet perspektiv, som argumenterer for, hvorfor man bør arbejde med sine fejl i sundhedssektoren, og derfor også anerkender denne fokusering på fejl i definitionen. Der er i dette perspektiv en mulighed for, at det sundhedsfaglige personale kan yde den bedste kvalitet og sikkerhed for patienterne.

Definitionen og vejledningen kan også ses, som et værktøj fra lovgivningsside, som opfordrer til at indrapportere fejl, og derved kan det forstås, som en støtte fra lovens side, til at turde se og fokusere på fejl, og derigennem lære af fejlene. Rapporteringssystemet giver mulighed for at kunne indberette anonymt, da man ifølge Sundhedsloven §199 stk. 4, ikke må videregive rapportørens identitet til andre instanser, såsom Styrelsen for Patientsikkerhed, til gavn og beskyttelse af såvel den sundhedsfaglige person samt patienten (Sundhedsloven, 2019, §199 stk. 4). Dette skal, ifølge vejledningen, tilskynde sikkerheden i, at man, som rapportør, ikke afholdes fra at turde at rapportere (Vejledning om rapportering af utilsigtet hændelser i sundhedsvæsenet, §6). Det er også selvom det ifølge Sundhedsloven §201, er understreget, at der aldrig må forekomme ansættelsesretlige sanktioner mod rapportøren, uagtet hændelsen. Det må dermed forstås som, at myndighederne forsøger at frembringe den vigtige viden om, at rapportørerne ikke udsættes for konsekventlige handlinger ved deres rapportering, så der dermed er grundlag for, at der bliver indberettet hændelser uden tøven (Sundhedsloven, 2019, §201).

Men til trods for at indrapporteringen af utilsigtede hændelser er anonymt, sanktionsfrit og lovbestemt, så er der fortsat et stort mørketal af utilsigtede hændelser, som ikke bliver indberettet, jævnfør vores problemfelt (Problemfelt, 1.1.4). I manglen på indberetningerne skulle man tro, at det er valgfrit om man vil indberette eller ej, men rent juridisk, er det lovpligtigt. Retsinformation skriver, ifølge §198, kapital 61 i Sundhedsloven, at fagpersoner 'skal rapportere hændelser' (Sundhedsloven, 2019, §198). Derudover beskrives der ligeledes i 'vejledning for rapportering af utilsigtet hændelser', at: *"I sygehusvæsenet er alle utilsigtede hændelser rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten"* (Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, §4.1.1).

Om årsagen til de manglende indberetninger skyldes, at dette værktøj ender i en kontekst og kultur, som ikke er åben og robust nok til at fokusere på fejl, kan vi kun gisne om.

3.2 Rapporteringssystemets udvikling over tid samt strømninger og tendenser

For at få viden om, hvordan udviklingen af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser har forløbet sig, samt hvordan de nuværende udviklingstendenser udspiller sig, vil vi i det følgende inddrage perspektiver fra rapporter, som kan anvendes, som empirisk viden herfor.

3.2.1 Utilsigtede hændelser som rapporteringssystem

For at få indsigt i det historiske perspektiv for de procedurer, der eksisterer for utilsigtede hændelser, vil vi i det følgende inddrage en rapport fra Dansk Sundhedsinstitut (forkortet DSI). Dansk Sundhedsinstituts rapport: *Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser* viser, at det helt tilbage i 2004 blev påbegyndt, som pilotprojekt, i daværende Frederiksborgs Amt. Pilotprojektet viste, at det var muligt at etablere et velfungerende system, ud fra de indberetninger, som sygehuspersonalet havde foretaget, samt at personalet var tilfredse og mente, at det højnede patientsikkerheden (Lipczak, 2004). Ud fra resultaterne blev der dog også anbefalet nogle forbedringspointer, som at der ideelt skal ske lokale forankringer, for at opnå den mest optimale læring, vidensdeling og sikkerhed samt åbenhed. Derudover er den lokale forankring også vigtig, når det gælder om ledelsesopbakning og opmærksomhed, for at sikre driften på de lokale afdelinger (Lipczak, 2004). Derudover viste pilottesten, at der var to punkter, som var vigtige at arbejdede målrettet med. Herunder tilgængelig og hurtig rapportering, samt tilbagemelding til rapportøren. Hele projektet resulterede i yderlige anbefalinger, som pejlemærker for det viderearbejde med FAS (Foreningen for Speciallæger). Herunder et par eksempler som, at: rapporteringssystemet skal foregå fortroligt, det skal forankres lokalt og kobles til højere organisatorisk niveau, og at personalet skal undervises og informeres omkring patientsikkerhed og risikostyring (Lipczak, 2004).

Rapporten viser, at systemet har været i gang længe, og med samme anbefalinger, og i udgangspunktet ens retninger, når det handler om, hvordan systemet virker i dag, og hvad, der er vigtigt. Det er derfor påfaldende, at i og med, at systemet snart har 20-års jubilæum, at det ifølge offentlige kendte sager og medieomtale, forsat ikke fungerer optimalt efter hensigten. Man kan selvfølgelig pointere, at kommunalreformen heller ikke har gjort det nemmere med en lokalforankring, da kommunerne blev lagt sammen, og amterne blev slået sammen til regioner, og dermed blev større tilbage i 2007 (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005). Der er dog forsat anbefalinger fra rapporten, som yderlig kan diskuteres om, hvorfor det forsat ikke fungerer optimalt, i den offentlige sundhedssektor i dag. Det sætter dermed en streg under forståelsen af, at

rapporteringssystemet, som det fungerer nu, ikke virker hensigtsmæssig, og derfor forsat er relevant at undersøge.

3.2.2 Rapporteringssystemet i dag og dets nuværende intentioner.

For at tilføje et nyere perspektiv på rapporteringssystemet, vil vi, i det følgende beskrive nogle af de aktuelle strømninger og udviklinger, som påvirker procedurerne for utilsigtede hændelser.

I 2020 igangsatte Styrelsen for Patientsikkerhed et pilotprojekt omkring utilsigtede hændelser og læring (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021). Det havde overordnet til formål at forbedre rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, i sundhedsvæsenet. Det er en del af en forbedringsindsats og har baggrund i anbefalinger for serviceeftersyn af Styrelsen for Patientsikkerhed. De deltagende enheder var blandt andet almen praksis, hospitalsafdelinger, præhospital og psykiatrien i alle fem regioner, med en tilhørende lokal tovholder for projektet. Projektet blev faciliteret med forslag til forbedringer, som blev afprøvet i de fem regioner og kommuner. Overordnet set, var der resultater indenfor: ændringer i alvorlighedsklassifikation og beskrivelserne af dem i rapporteringssystemet. Undtagen ved alvorlige eller dødelige hændelser, der skal beskrives konkret. Ligeledes var der ændringer i, at rapportøren nu kan vurdere, om det var en hændelse, der kunne føre til læring, eller ej, og dermed om det skulle indberettes, eller ej (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).

Projektet resulterede i, at der var en samlet positiv tilbagemelding på det nye system, hvor rapportørerne nu fandt nemmere og hurtigere at indrapportere en utilsigtet hændelse. Samtidig resulterede evalueringen i, at sagsbehandlerne fandt informationen, de fik, fyldestgørende nok, til at kunne sagsbehandle hændelserne ordentligt, og samtidig konkretisere læringen ud fra hændelserne. Dette var også, til trods for, at indberetningspligten blev ændret til, at de ikke-lærende og administrative bebyrdende hændelser ikke skulle indberettes længere. På baggrund af dette, førte det ikke til en nedgang af indberettede hændelser, der havde et læringsperspektiv med sig, selvom der dog var nogle, der udtrykte bekymring for, at læringen vil gå tabt (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).

Slutteligt i rapporten blev der også tilføjet diverse forbedringspunkter, hvor rapportørerne efterlyser, muligheden for at kunne indberette flere patienter under samme hændelse. Derudover har de også efterspurgt, at man kan tilføje flere lokationer, i tilfælde af hændelser, der blandt andet sker ved patientovergange fra en afdeling til en anden, eller anden kommunal institution. Der blev dermed overordnet forslået permanente ændringer i rapporteringssystemet til gavn for en hurtigere

og nemmere proces for personalet, som måtte have begået en utilsigtet hændelse (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021).

Der blev gennemført en række tekniske forbedringer i rapporteringssystemet, der har til hensigt at gøre det nemmere og hurtigere at rapportere utilsigtet hændelser. Disse ændringer blev effektueret per 11. januar 2022, hvorved vores interviewpersoner ikke har haft mulighed for at arbejde fyldestgørende med det nye system, på det pågældende tidspunkt for interviewene (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2022).

3.2.3 Nye strømninger og tendenser i forbindelse med udviklingen af rapporteringssystemet

Ovenstående rapport har vist en gennemgang af, hvor rapporteringssystemet er i dag, med de faktuelle ændringer, der er sket. Hertil er det væsentligt at belyse de nyere strømninger, indenfor relationernes betydning, for indberetningen af utilsigtede hændelser.

The second victim er den engelske betegnelse for den sundhedsprofessionelle, der oplever en utilsigtet hændelse, som er til skade for en patient. Dette fænomen er blevet undersøgt, og det estimeres at op mod 43% af sundhedsprofessionelle har oplevet symptomer, som følge af et utilsigtet hændelsesforløb (Schrøder, 2021). Symptomerne er blandet andet skyldfølelse, søvnproblemer, vrede, depression og tab af troen på egne kompetencer (Schrøder, 2021). Det danske sundhedsvæsen og rapporteringssystem er beskrevet med ord, som åbenhed, sanktionsfrit, systematisk og læringsrettet, men systemet har ikke øje for medarbejderens reaktion og håndtering, af at stå alene i et utilsigtet hændelsesforløb, og derfor heller ikke medarbejdernes psykiske symptomer. Nogle utilsigtede hændelsesforløb er uden de store konsekvenser, mens andre hændelser har konsekvenser for både patienten og den sundhedsprofessionelle. Undersøgelser viser, at selvom der er åbenhed i det danske sundhedsvæsen, så oplever mange sundhedsprofessionelle at stå alene med bekymringer og tanker, der tynger dem, efter at have været i et utilsigtet hændelsesforløb (Schrøder, 2021). Studier har vist at kollegastøtte i et efterforløb har stor betydning for, hvordan medarbejderen klarer sig igennem et utilsigtet hændelsesforløb. Kollegaernes reaktioner, faglig og emotionel støtte har betydning for, hvordan den sundhedsprofessionelle får bearbejdet hele forløbet (Schrøder, 2021).

I dette delafsnit har vi beskrevet rapporteringssystemets udvikling gennem tid, og fremhævet, hvilke strømninger og tendenser, der påvirker den nuværende diskurs, for arbejdet med utilsigtede hændelser. Derfor bidrager dette delafsnit med indsigt i vores undersøgelses fænomen i et

samfunds- og udviklingsperspektiv. Hvilket ligeledes påvirker regionens procedurer for utilsigtede hændelser, som vi vil fremhæve i det følgende delafsnit.

3.3 Regionsbestemte procedurer for utilsigtede hændelser

I de to foregående delafsnit har vi gennemgået den juridiske definition, samt regelsæt for procedurene for arbejdet med utilsigtede hændelser, og de samfunds- og udviklingsmæssige perspektiver for rapporteringssystemet, og derfor også vores undersøgelsesfænomen.

I det følgende delafsnit vil vi fokusere på proceduren for utilsigtede hændelser, som er udarbejdet af den region, som vores case er en del af, hvilket vi gør med henblik på at opnå viden om, deres muligheder og begrænsninger, i forhold til organisatorisk læring.

Indberetningerne af utilsigtede hændelser har til hensigt at skabe læring ud fra de tendenser og mønstre, der træder frem i indrapporteringerne, hvilket er krav fra Styrelsen for Patientsikkerhed (Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, §2). Læringen skal være med til at højne patientsikkerhedskulturen, blandt andet på landets hospitaler, hvor læringen er det overordnede fokus, men også at fremme et læringsmiljø, hvor det er muligt at lære og føle sig tryk, i at kunne rapportere utilsigtede hændelser (Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet §2). Denne ambition ser dog ud til at være udfordret, eller ikke opnået, da der kan argumenteres for, at der eksisterer en kultur, hvor det at arbejde med egne og kollegaers fejl giver usikkerhed, og at det derfor ikke bliver gjort, hvilket vi ligeledes har belyst i indledningen (Edmondson, 2015).

Ambitionen med rapporteringen af utilsigtede hændelser og læring heraf, har både et lokalt organisations-/afdelingsniveau, samt et regionalt og- eller nationalt niveau, hvis nogle hændelser er af en grad, der har gavn for hele nationen og dets hospitaler, bosteder, hospice og plejehjem. Dog foregår der, ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed, langt mere lokal læring, end på nationalniveau. Heraf beskriver de også gennem §2.2.1, at rapporteringssystemerne også i højere grad skal bruges til at understøtte patientsikkerheden lokalt (Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, §2.2.1) Disse ambitioner for læringen tilbyder ideelle rammer for læringsprocesserne, da ambitionerne sætter fokus på at skabe åbenhed, tillid og handling.

3.3.1 Regionens procedurer og arbejdsgange for sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser

I det følgende vil vi bearbejde den konkrete arbejdsgang for sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser, i regionen. Alle sundhedsfaglige afdelinger i regionen skal have et tværfagligt team, som skal gennemgå og analysere afdelingens indrapporterede hændelser. Regionen skriver, at der i teamet er fokus på tendenser, læring og mønstre. De skriver endvidere, at det er vigtigt, at der er enighed om fælles spilleregler for, hvordan man analyserer de forskellige utilsigtede hændelser. Dette indikerer, at disse fælles spilleregler kan betegnes, som nogle fælles værdier og principper, som der bør efterleves i arbejdet med utilsigtede hændelser. På samme måde er nedenstående gennemgang af sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser en deskriptiv formalisering af procedurerne, som ligeledes er styrende for arbejdsgangen i vores case.

Den konkrete sagsbehandling foregår, ifølge deres arbejdsprocedure (Region Nordjylland, 2022), ved at en sundhedsperson begår eller oplever en utilsigtet hændelse, for efterfølgende at tilgå den webside, hvor man kan indberette utilsigtede hændelser. Hændelserne er delt op i fem kategorier:

1. Ingen skade.
2. Mild hændelse.
3. Moderat hændelse.
4. Alvorlig hændelse.
5. Dødelig hændelse.

(Region Nordjylland, 2022)

Herefter modtages de utilsigtede hændelser af initialmodtageren, som er den person, der varetager opgaver omkring visitering af utilsigtede hændelser. Herefter gennemgår initialmodtageren hændelsen, og retter henvendelse videre under lokale fokusområder, hvis det er et maskine/IT-problem, eller til selve sundhedspersonen, hvis det er et spørgsmål, som ligger indenfor arbejdsmiljø. Ellers rettes/sendes den til den afdeling, den vedrører. Afdelingen foretager selve analysen af hændelsen. Hvis det er en kategori 5 med dødeligudgang, påbegyndes en dybdegående analyse, en kerneårsagsanalyse. Ved alvorlig hændelse er det karakteren af hændelsen, der afgør om den også skal betragtes, som nærdødelig, og dermed have en dybdegående analyse. Til de resterende kategorier anvendes almindelig hændelsesanalyse, og den pågældende afdelings personale bliver informeret om analysen af hændelsen, og hvilke tiltag, der fremover skal sikres og tages hensyn til, for at sikre kvaliteten i patientsikkerheden (Region Nordjylland, 2022).

I selve analysearbejdet er det vigtigt, at der er indgået klare aftaler om, hvem der har ansvaret for eventuelle opfølgninger. Hændelsesanalysen som bruges til alle utilsigtede hændelser, består af spørgsmål som: Hvad skete der? Hvordan kunne det ske? Hvad har vi lært? Hvad ændrer vi? (Region Nordjylland, 2022).

Ved hændelser med dødeligudgang iværksættes dybere undersøgelser af, hvad der skete, som undersøges af afdelingslederen sammen med utilsigtede hændelses-teamet og resten af den tilhørende hospitalsledelse og kvalitetskoordinatoren. Det er samme spørgsmålstyper, der undersøges med, dog skrives der, at der systematisk indsamles informationer og analyseres for at nå ind til kernen af hændelsen. Sådanne analyser bør altid munde ud i specifikke læringsinitiativer, så man, som organisation, kan mindske risikoen for, at samme hændelse vil indtræffe igen. Denne dybere og mere systematiske behandling af utilsigtede hændelser med dødeligudgang, kræver at de analyserer hændelsen, helt nede i detaljen, og det kræver efterfølgende en ændring i deres arbejdsgange eller handlemåder (Region Nordjylland, 2022). Intentionen med denne sagsbehandlingsproces med utilsigtede hændelser med dødeligudgang, er at ændre i et større perspektiv, hvilket kan betyde nye arbejdsgange, så hændelsen ikke finder sted igen. Dog er det ikke ensbetydende med, at det er det, som det resulterer i, da selve læringsprocessen og forandringen vil kunne blive vanskeliggjort i mødet med praksis. Naturligvis vil der skulle ske ændringer i praksis, hvis hændelsen er af alvorlig karakter, men selvom der undersøges og udarbejdes nye og forbedrede tilgange, så vil der være en risiko for, at personalet i praksis hæmmer disse forbedringer. Ikke fordi personalet ikke vil deres patienter det bedste, men simpelthen fordi, de på baggrund af nogle forsvarsmekanismer beskytter, det de plejer at gøre, og derfor er der en risiko for at hæmme læring, og derved bibeholde organisationen, som status quo (Edmonson, 2011).

Den almindelige hændelsesanalyse, som bruges til de resterende utilsigtede hændelser, som ikke resulterer i dødelig udgang, kan ligeså udmunde i læring. Dog har de nogle lidt vanskeligere læringsforhold, da de ikke bliver systematisk gennemarbejdet på samme vis. Hændelsesanalysen består af de fire ovennævnte spørgsmål, som er åbne spørgsmålstyper, da de giver mulighed for at komme hele vejen rundt om problemstillingen. Dermed giver det mulighed for at træffe beslutninger, og efterfølgende handle herpå (Tomm, 2015).

Hændelsesanalyse er tiltænkt at bruge til at undersøge utilsigtede hændelser, men kun dem, som fremtræder som mønstre og tendenser, hvilket betyder, at alle de andre utilsigtede hændelser ikke bliver analyseret og taget op, i forhold til læring (Region Nordjylland, 2022). Derfor kan vi antage, at der bliver indberettet nogle utilsigtede hændelser, som ikke resulterer i nogen form for læringsproces, da de ikke bliver behandlet, fordi de ikke bliver betragtet som en del af nogle mønstre og tendenser. Ligeså har vi belyst, at der eksisterer et mørketal af utilsigtede hændelser, der ikke bliver indberettet, hvilket kan påvirke om der opstår mønstre og tendenser, da det kan kræve flere tilfælde af samme fejl, før det bliver opdaget/betraktet, som et mønster eller tendens.

3.3.3 Manglende medarbejder inddragelse i forbindelse med proceduren

Et sidste perspektiv vi vil bearbejde i forbindelse med den deskriptive fremstilling af proceduren, er hvordan proceduren for utilsigtede hændelser ikke indeholder medarbejderinddragelse, hvilket kan påvirke, hvordan sundhedspersonalet håndterer hændelserne i praksis. I regionens beskrivelse af, hvordan de arbejder med kvalitetssikring, fremhæver de, hvordan de på universitetshospitalet har en ledelsesorganisation, som udgør det de kalder kvalitetsorganisationen. Det betyder, at de udgør kernen, i at træffe beslutningerne, der er til gavn for hospitalets kvalitetssikring, hvoraf utilsigtede hændelser og læringen også indgår. De skal blandt andet forholde sig til, og udvikle følgende punkter: orienterer sig i nationale mål og hospitalets kvalitetsindsatser, være med til at sikre gode rammer for afdelingerne og igangsætte initiativer til understøttelse af indsatser med forbedringspotentiale ved kvalitetsmangler (Region Nordjylland, 2022).

I deres arbejde, skriver regionen i proceduren for utilsigtede hændelser, at det er vigtigt, at de har øje for mulige forbedringer og om de forskellige kvalitetstiltag også har den ønskede effekt. Udvalget drøfter minimum én gang årligt, om der forefindes mønstre eller tendenser i de utilsigtede hændelser, som indberettes af afdelingens personale. Der skrives også, at der én gang årligt udarbejdes en rapport, hvor formålet er læring af de indberettede hændelser, hvilket er et led i at øge patientsikkerheden generelt. Rapporten giver et overblik over de iværksatte tiltag, samt giver mulighed for at følge udviklingen og effekten af dem (Region Nordjylland, 2022).

Regionen beskriver, at det er vigtigt at have en åben dialog omkring utilsigtede hændelser, da det kan medføre en øget motivation blandt medarbejderne til at indrapportere, drøfte og lære af utilsigtede hændelser. Til trods herfor, ses der alligevel meget lidt personaleinddragelse. Dette ses i måden de uddrager tendenser og mønstre på, vedrørende læringsdelen i arbejdsgangen, som er meget hierarkisk bygget op omkring ledelsen, hvilket kan have påvirkning på læringsprocessen.

Med manglende inddragelse kan personalet opleve endnu større behov for at bibeholde status quo, da det ikke er dem selv, der oplever et behov for forandring.

Den manglende medarbejderinddragelse kan også påvises i måden lovgivningen, og herunder også arbejdsgangen, er bygget op. Der ses forsat meget hierarkisk ledelsesstyring, og der er kontrol på områder, hvor man kan antyde, at det kan være svært at måle, hvilket vi ligeledes har problematiseret i problemfeltet. Det er komplekse problemstillinger, som sygehuset har, og lovgivningen antyder, at processen med utilsigtede hændelser handler om læring, som også kan være en svær mekanisme at måle på.

3.4 Delkonklusion på analyse del 1

I denne delkonklusion på undersøgelsesspørgsmål 1 vil vi tage udgangspunkt i følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilken procedure er der på akutafdelingen for håndteringen af utilsigtede hændelser?* Analysedel 1 har til hensigt at fremanalysere viden om akutafdelingens procedure for håndteringen af utilsigtede hændelser.

I analyse del 1 belyser vi, hvilken procedure, der er i regionen for utilsigtede hændelser, og hvad intentionen er med disse. Med en fremstilling af disse, inddrager vi et deskriptivt perspektiv på vores undersøgelsesfænomen. Dette er gjort ud fra, at vi med et socialkonstruktivistisk ståsted, forholder os til, at der ikke kun eksistere én sandhed, men derimod at der findes flere perspektiver på samme fænomen. Derfor har vi brugt flere deskriptive dokumenter, til at analysere undersøgelsesspørgsmålet. Gennem første del af analysen har vi søgt viden, om de lovbestemte procedurer for utilsigtede hændelser og deres betydning for organisatorisk læring. Vi har kunne fremhæve, hvordan man fra lovgivningens side har ambitioner, om at skabe en fælles forståelse af utilsigtede hændelser, og at regionen har ambitioner, om at skabe en kultur, der er åben og tillidsfuld, i forhold til at kunne opnå læring, med afsæt i fejl. Til trods for disse ambitioner fra de formelle instanser, er der fortsat en risiko for, at personalet kan møde dette med modstand, når det handler om kulturen, og om den er åben nok, til bearbejdningen af fejl.

Vi har derudover analyseret strømninger og tendenser fra rapporter til brug for forskellige perspektiver på utilsigtede hændelser. Vi har belyst, hvordan rapporteringssystemet startede tilbage i 2004, som viste, at der dengang også var fokus på læringen af fejl og lokal forankring. Rapporten viser dog, at det er påfaldende, at snart 20 år efter det startede, forsat er problematikker med rapporteringssystemet og dets opbygning. I forlængelse heraf, har vi belyst gennem en nyere

rapport fra 2021, at der er blevet arbejdet med forbedringer, som tilføjede nye forbedringspunkter til rapporteringssystemet. Det var dog udpræget tekniske forbedringer og derfor manglede der et fokus på, hvordan man kunne forbedre selve læringsdelen af rapporteringssystemet. Hernæst har vi belyst, hvordan relationernes har betydning for efterreaktionerne på et utilsigtede hændelsesforløb blandt sundhedspersonalet.

Den sidste del af undersøgelsesspørgsmål 1 er en deskriptiv fremstilling af regionens procedure. Det er et perspektiv på den formelle procedure, som bliver til principper og værdier man bør efterleve, i arbejdet med utilsigtede hændelser. Procedurene fremstår, som en form for beskrivelse af en ideal forståelse af, hvordan og hvilke utilsigtede hændelser, der skal indberettes. Sådan en ideal forståelse kan kompliceres i praksis, da den pludselig er en del af specifik virkelighed, hvor ideal forståelsen af proceduren enten kan bidrage eller udfordres i praksis.

4. Organisatorisk læring på akutafdelingen

For at besvarer problemformuleringen vil vi i kapitel 4 besvare undersøgelsesspørgsmål 2, som lyder således:

Hvilke forståelser er der af utilsigtede hændelser blandt afdelingspersonalet?

Undersøgelsesspørgsmålet vil blive behandlet gennem analyse af uddrag fra vores observationsnotater og interviewudtalelser fra den ledende afdelingssygeplejerske, to læger, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Disse to empiriformer vil være det bærende empiri i denne analysedel. Dog skal det ovenstående deskriptive formelle perspektiv på vores undersøgelsesfænomen forstås, som et perspektiv, hvor vi kan undersøge, hvordan det bidrager ind i vores cases kontekst (Andreasen, 2017). Vi undersøger derfor i denne analysedel, hvilke forskellige perspektiver af forståelser, af vores undersøgelsesfænomen om utilsigtede hændelser, der fremtræder i vores interviews og observation. I specialet definerer vi afdelingspersonalet, som faggruppen bestående af læger og faggruppen bestående af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, samt faggruppernes ledere. Vi vælger at opdele perspektiver ud fra, hvilken faggruppe de tilhører. Dette gør vi, da der gennem vores observation og interviews var et mønstre i, hvordan de forskellige perspektiver positionerede sig, alt efter profession. Derfor vil vi afslutningsvis, som besvarelse til undersøgelsesspørgsmål 2, i delkonklusionen tydeliggøre de forskellige perspektiver, som fremtræder gennem analysen.

Til at analysere og organisere empirien til besvarelse af undersøgelsesspørgsmål 2 vil vi inddrage begreberne single-loop læring, double-loop læring, theories-in-use, theories of action samt defensive handlemønstre (Argyris, 1996). Vi mener, at disse begreber kan anvendes til at få viden, om forhold i kulturen og strukturen omkring arbejdet med utilsigtede hændelser, som påvirker den organisatoriske læring. Som tidligere beskrevet forstår vi organisatorisk læring, som når afdelingens personale oplever en fejl, også defineret som en utilsigtet hændelse, og gennem indberetningssystemet skaber læring, særligt ved at se på mønstre og tendenser i indberetninger af utilsigtede hændelser. Med afsæt i denne organisatoriske læringsforståelse finder vi det relevant at undersøge, hvilket forskellige forståelser, der er af utilsigtede hændelser, blandt personalet. Disse forståelser bidrager med en viden, om deres perspektiver på, hvad fejl er, og hvad der skal indberettes, og derigennem får betydning for den organisatoriske læring. Denne viden,

sammenholdt med den resterende del af analysen vil bidrage til at besvarelsen på vores problemformulering.

Analysen er opdelt i to delanalyser, henholdsvis de forskellige forståelser af utilsigtede hændelser blandt afdelingens personale, og kultur, der fremmer eller hæmmer organisatorisk læring.

4.1 Forskellige forståelser af begrebet utilsigtede hændelser

Rapporteringssystemet er et system, der opfordrer til organisatorisk læring, hvor man skal lære af sine fejl, blandt andet ved at kunne se på mønstre og tendenser. Det vil derfor gavne organisationen, når sundhedspersonalet indberetter utilsigtede hændelser og skaber læring af hændelserne. I regionen skal sundhedspersonalet indberette alle utilsigtede hændelser, uagtet alvorlighedsgraden. Med afsæt i denne indsigt i rapporteringssystemet, har vi adspurgt vores interviewpersoner om, hvad de forstår ved utilsigtede hændelser i deres perspektiv, hvilket vi vil beskrive i dette afsnit. Da vi spørger læge 1, hvad han forstår ved utilsigtede hændelser, beskriver han det således:

Nogen har stillet et eller andet redskab det forkerte sted, så man ikke kunne finde den, når man skulle bruge det eller til at der bliver givet den forkerte behandling [...]
(Bilag 1, Interview med læge 1, s. 3, linje 21-22).

I citatet beskriver læge 1, at det at stille noget forkert, eller give forkert behandling, er en utilsigtet hændelse. Ligeledes bruger han ordene ‘uanset hvilken’, hvilket er ord, som kan indikere, at læge 1’s forståelse af utilsigtede hændelser, er en bred definition uden afgrænsning. I læge 1’s forståelse af utilsigtede hændelser, kan vi se en kobling til den deskriptive formelle forståelse af utilsigtede hændelser, da læge 1 beskrivelse kan tolkes, som om, at det er alle fejl der skal indberettes, hvilket jævnfør analysedel 1 ligeledes er den formelle procedure. Hvilket derfor kan forstås, som et eksempel hvorpå, at det formelle deskriptive perspektiv på undersøgelsesfænomenet bidrager ind i praksis (Andreasen, 2017).

Det fremgår gennem vores empiri, at der er flere forskellige forståelser af fænomenet utilsigtede hændelser, og som tidligere beskrevet træder der et mønster frem, i vores empiri, i forhold til at disse forståelser kan sorteres efter fagprofessioner. Dette mønster kan blandt andet ses i, at læge 2 beskriver sin forståelse af utilsigtede hændelser, på denne måde:

Jamen en utilsigtet hændelse. Det er jo som navnet beskriver det, en utilsigtet hændelse, der har potentiel skade eller forvolder skade på en patient. Det kan være næsten alt, så det er jo næsten alt. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 2, linje 1-2).

Læge 2 beskriver her, at en utilsigtet hændelse kan være næsten alt, som potentielt kan skade en patient. Læge 2's forståelse af utilsigtede hændelser, er på samme måde som læge 1, en meget bred forståelse, som indikerer at alle fejl skal indberettes. Ligeledes fremgår påvirkningen af den formelle deskriptive beskrivelse af utilsigtede hændelser her. I læge 2's udtalelser fremgår der endda de samme ord, som er en del af den lovbestemte definition, for utilsigtede hændelser. Læge 1 og læge 2's forståelser af utilsigtede hændelser er, at alle fejl skal indberettes, og deres forståelser er meget sammenlignelige med den formelle beskrivelse af fænomenet utilsigtede hændelser. Med afsæt i lægernes forståelse, er der grobund for megen organisatorisk læring, da de mener, at alle fejl skal indberettes, hvilket jævnfør Argyris' forståelse af organisatorisk læring, er udgangspunktet for, at læringen kan ske (Argyris, 1996). Dog kan der være en risiko for, at lægernes forståelse, med afsæt i deres udtalelser, blot er en beskrivelse af, hvordan de bør arbejde med utilsigtede hændelser og ikke, hvordan de rent faktisk gør i praksis. Denne mulige forskel mellem idealer og realiteter, kan begrebsliggøres gennem begreberne theories of action og theories-in-use (Argyris, 1999). Deres udtalelser fremstår, som værende påvirket af den formelle deskriptive forståelse af utilsigtede hændelser, som kan bidrage i praksis til konkrete handlinger, men som, der ligeledes er en risiko for, kun resulterer i et fælles sprog for utilsigtede hændelser samt til nogle principper og værdier, som lægerne ved de bør efterleve (Argyris, 1999). At denne forståelse, måske, kun efterleves til tider, eller kun er theories of action, kan underbygges med en udtalelse fra læge 2, som under interviewet påpeger, at i en hverdag med tidspres, får han ikke altid indberettet de fejl han bør (Bilag 2 – Interview med læge 2, s. 6, linje 41 og s. 7, linje 7-8).

I det følgende vil vi inddrage et citat fra interviewet med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten. Udtalelsen er fra sygeplejersken, som beskriver hendes forståelse af utilsigtede hændelser:

[...] Og det er jo der, hvor man kan sige det der med at forstå utilsigtede hændelser kan nogle gange være lidt svært, eller i hvert fald, man har forskellige forståelser af det, så vi oplever jo altså, for mig endda det der, hvor der er patienterne der rent faktisk kunne komme i fare. Jeg synes nogle gange vi kommer til at bruge forholdsvis

meget tid på noget, der ikke er specielt relevant. (Bilag 4, Interview med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 1, linje 28-31).

Sygeplejersken beskriver i citatet, at hun mener, at en utilsigtet hændelse er, når patienten rent faktisk kunne komme i fare, og at hun ofte bruger tid på noget, som hun ikke finder relevant. Sygeplejerskens forståelse af utilsigtede hændelser har på denne måde nogle rammer for, hvad hun mener, der er relevant, eller ej. Ligeledes påpeger hun problemstillingen med de mange forståelser af utilsigtede hændelser, hvilket derfor viser, at i hendes optik, er dette en real problemstilling, som de møder i deres praksis, og som vanskeliggør arbejdet med utilsigtede hændelser, og derfor ligeledes den organisatoriske læring. At sygeplejersken har nogle rammer for, hvad hun mener er utilsigtede hændelser, kan ligeledes have en betydning for den organisatoriske læring, da hun i hendes forståelse mener, at der er nogle fejl, som ikke er specielt relevante. I forlængelse heraf, må vi antage, at der derfor vil være nogle fejl, som hun ikke indberetter, og som derfor ikke, bliver en del af rapporteringssystemet, og på den måde ikke bidrager til organisatorisk læring.

Under samme interview spurgte vi ligeledes social- og sundhedsassistenten om hendes forståelse af utilsigtede hændelser, hvortil hun svarede:

Ja, ja, men også at det er, at når man så indberetter, så skal det også gerne bruges til noget, altså det skal ikke bare indberettes fordi man kan. Altså det skal ligesom være noget man kan bruge. (Bilag 4, Interview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, s. 2, linje 16-17)

Social – og sundhedsassistenten beskriver i citatet, at hun mener, at de utilsigtede hændelser, der indberettes skal kunne bruges til noget. Hendes forståelse fremstår meget handlingsorienteret grundet hendes sprogbrug omkring at '*det skal kunne bruges til noget*'. Hvilket bliver hendes ramme for indberetningen af utilsigtede hændelser. Derfor kan vi antage, at der ligeledes vil være fejl, som social - og sundhedsassistenten ikke indrapporterer, da hun ikke mener de kan bruges til noget. Grundet social– og sundhedsassistentens forståelse af utilsigtede hændelser, kan hendes forståelse få en betydningen for den organisatoriske læring, på samme måde, som med tidligere nævnte forståelse med sygeplejersken.

Social– og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne er placeret i samme team på afdelingen, hvor lægerne har deres eget team, hvilket kan være en medvirkende årsag til, deres forståelser af utilsigtede hændelser fremstår, som de gør, hvor fagprofessionerne fremstår, som betydningsfulde

for, hvilke forståelser de har af utilsigtede hændelser. Heri er der en differentiering i forståelserne, hvor lægernes forståelser er eksempler på, at med baggrund i deres forståelser, skal alt indberettes. Hvilket vi må antage, er den optimale forståelse, i forhold til at skabe organisatorisk læring, da organisatorisk læring opstår, når individer i organisationen oplever fejl, og skaber læring til gavn for organisationen (Argyris, 1999). Så er deres forståelser i så fald et udtryk for theories-in-use, altså et udtryk for, hvordan de både forstår og handler på utilsigtede hændelser i praksis, og ikke blot theories of action, altså en form for forståelse af utilsigtede hændelser, som er præget af, hvordan de bør handle, jævnfør det formelle deskriptivperspektiv på en forståelse af utilsigtede hændelser (Argyris, 1999).

Det kan ligeledes problematiseres, hvorvidt rapporteringssystemet er det ideelle værktøj til arbejdet med utilsigtede hændelser, når der hersker flere forskellige forståelser af, hvad en utilsigtede hændelse er, og når det er op til den enkeltes vurdering af, hvorvidt fejlen skal indberettes, eller ej. I analysedel 1 har vi belyst at rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser sigter mod at skulle være et åbent og trygt rapporteringssystem, hvor der netop er fokus at turde arbejde og lære af sine og andres fejl (Retsinformation, vejlednings om rapportering af utilsigtede hændelser §2, 2011). Derfor kan rapporteringssystemets intention tolkes, som at have en ambition, om at kunne håndtere komplekse problemstillinger, og derigennem sikre organisationens udvikling og læringen.

4.1.1 Bagatelgrænse for indberetning af utilsigtede hændelser

Et andet betydningsfuldt aspekt, som blev fremtrædende gennem vores interviews, når vi spørger ind til deres forståelser af utilsigtede hændelser, er at, samtlige interviewpersoner taler ind i et spor, som omhandler den nedre grænse for indberetning af hændelser, den såkaldte bagatelgrænse. Læge 2 fortæller om, at der i regionen ikke er nogen bagatelgrænse for indberetning af hændelser:

Jamen det er jo det at i [redacted] har vi den her gode regel, med at der ikke er nogen bagatelgrænse for, hvornår man kan indberette. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 2, linje 24-25)

Læge 2 beskriver her, at der ikke er nogen nedre grænse for utilsigtede hændelser, hvilket ligeledes er betydningsfuldt for hans forståelse af, hvad en utilsigtet hændelse er. Dermed afhænger indberetningen af utilsigtede hændelser af, hvad sundhedspersonalet forstår ved en utilsigtet hændelse, og hvorvidt de tænker hændelsen kan skabe potentiale for læring. Så selvom der ikke er nogen bagatelgrænse for, hvornår en hændelse skal indberettes, så er det op til den enkelte at

vurdere, hvorvidt en hændelse forstås, som en utilsigtet hændelse, eller ej. Denne regel, som læge 2 refererer til, kan forstås, som et eksempel på theories of action, da det bliver en form for sprogliggjort princip i deres region, som de bør efterleve, men som ikke nødvendigvis er et princip, de reelt kan efterleve i praksis (Argyris, 1999). At der er en risiko for, at denne regel er et eksempel på theories of action og ikke theories-in-use, underbygger læge 2 under interviewet, da han udtaler sig om sine erfaringer fra praksis i forhold til, hvordan de taler og håndterer, utilsigtede hændelser:

Ja, enten skal man indberette en UTH og hvis du er i tvivl om nu om det er nu er en UTH eller ej, så indberetter du den bare. Altså det skal ikke være sådan at: nej, den må du ikke indberette. Det må du. Der skal ikke være noget fingerpeg om at man ikke skal kunne indberette alt mulig fis, og revl og kravel. Og så er det lige meget om det er relevant eller ej. Det skal ikke være sådan en selektionsproces, som jeg heller ikke forstår at der er, men som nogen der tror der er. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 15, linje 23-27)

Læge 2 beskriver i citat, at de skal kunne indberette alle fejl, og i hans ordvalg af 'fis, revl og kravel', gør han det tydeligt, at i hans forståelse, er der ikke nogen bagatelgrænse. Han påpeger ligeledes at der ikke skal være en selektionsproces, i forhold til om en utilsigtet hændelse er relevant, eller ej, men han mener, at der er nogen på afdelingen, der tror, der er en selektionsproces. Dette perspektiv på, at der er nogen på afdelingen, som tror, at der er en selektionsproces, kan derfor være et udtryk for, hvordan der realt handles og ageres i praksis, i forhold til utilsigtede hændelser og kan derfor et udtryk for theories-in-use (Argyris, 1999). Lægens udtalelse viser ligeledes, at der er stor variation i forståelsen af bagatelgrænsen for utilsigtede hændelser. Endvidere viser der sig et mønster, i vores empiri, omkring divergens mellem forståelser af bagatelgrænsen, for indberetninger af utilsigtede hændelser, alt efter fagprofession. For selvom den ene af lægerne siger, at der ikke er nogen bagatelgrænse, så har sygeplejersken en anden holdning til, at det ikke er alle hændelser, der skal indberettes:

Jamen, det er jo den person der indberetter der synes at hændelsen har været relevant, og det kan den jo også sagtens have været, men nogle gange så bliver det sådan lille smule petitesse orienteret, eller kan man sige, at altså den der hvor man tænker, skal vi virkelig bruge tid på det? Og jeg tror jo en af vores udfordringer er, at selvom vi også oplever utilsigtede hændelser, som man med fordel kunne have

indberettet og arbejdet med, så er tiden en faktor. (Bilag 4, Interview med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 2, linje 3-7).

I ovenstående citat fremhæver sygeplejersken hendes perspektiv på, at hun mener, at der er bagatelgrænse for, hvad man bør indberette. Ved at hun bruger ordet 'petitesse orienteret', kan hendes udtalelse tolkes, som om at der er fejl, som er for små til, at de bør indberettes i rapporteringssystemet. Hvilket kan have en betydning for den organisatoriske læring, fordi det bliver hendes personlige vurdering af, hvilke fejl der er petitesser eller ej. Hvis der er fejl hun fravælger at indberette i rapporteringssystemet, grundet hendes egen bagatelgrænse, så vil fejlen ikke blive indberettet som en utilsigtede hændelse, og det vil derfor ikke skabe læring til gavn for organisationen (Argyris, 1999). Sygeplejerskens forståelse af, at der er en nedre grænse for, hvad man indberetter af utilsigtede hændelser, kan underbygges med det tidligere citat fra social – og sundhedsassistenten, hvor hun fortæller, at i hendes perspektiv, skal man kun indberette fejlen, hvis det kan bruges til noget. På denne måde bliver social- og sundhedsassistentens valg af ordene 'kunne bruges til noget', en form for måde, hvorpå hun til- og fravælger, hvad der kan bruges, og hvad der er en bagatel (Bilag 4 - Interview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, s. 2, linje 16-17). På baggrund af både social – og sundhedsassistenten og sygeplejerskens forståelse af en bagatelgrænse for, hvad der bør indberettes af utilsigtede hændelser, fremstår det, at der ikke er en fælles forståelse af, hvad en utilsigtet hændelse er, men derimod er det op til det enkelte personale at vurdere, om det skal indberettes eller ej. Disse perspektiver på bagatelgrænsen fra sygeplejersken og social – og sundhedsassistenten kan antages at være et udtryk for, hvordan de rent faktisk gør i praksis, da der på afdelingen cirka indrapporteres to til tre utilsigtede hændelser om måneden (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 3, linje 33-34). Grundet de få indberetninger samt social – sundhedsassistentens og sygeplejerskens perspektiv på en bagatelgrænse, kan disse perspektiver ses, som et eksempel på theories-in-use, da det antageligt afspejler, hvordan de handler og agerer i praksis (Argyris, 1999).

Som den ene læge ytrer, er der ikke nogen bagatelgrænse, hvorfor det er op til sundhedspersonalet selv at vurdere, hvorvidt det er en hændelse, der kan bibringe læring. Her kan man argumentere for, at faggrupperne definerer grænsen for bagateller forskelligt, hvor læge 2 pointerer, at der ikke er nogen nedre grænse, beskriver sygeplejersken og social – og sundhedsassistenten en forståelse af, at nogle fejl er petitesser. Disse varierende forståelser af, hvad der skal indberettes, kan potentielt betyde, at der er forskellige muligheder for organisatorisk læring blandt faggrupperne.

Til trods for, at der viser sig et mønstre i vores empiri, om variation i forståelser af, hvad der skal indrapporteres eller ej - alt efter fagprofession, så kan vi ligeledes se en tendens til, at der også er forskellige forståelser af bagatelgrænsen, internt i faggrupperne. Dermed kan det ifølge interviewpersonerne, være op til den enkelte at vurdere, hvorvidt hændelsen skal indberettes eller ej, selvom hændelser, uagtet hændelsestype, ifølge lovgivningen skal indberettes.

4.2 Kultur der fremmer eller hæmmer organisatorisk læring

Når det kommer til, hvorvidt en organisation kan skabe organisatorisk læring, er det en væsentlig faktor at kigge på kulturen i organisationen. En organisations kultur kan være med til at fremme eller hæmme organisatorisk læring, som vi vil undersøge gennem begrebet om organisatoriske defensive handlemønstre (Argyris, 1999). I vores empiri viser der sig et mønstre af, hvordan der rent faktisk handles og argeres på afdelingen, i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser, og hvorvidt det er påvirket af, det deskriptive formelle perspektiv. Dette mønstre giver det billede af, hvordan deres forståelser af utilsigtede hændelser påvirker deres arbejdsgange og kultur i praksis. Hertil fortæller sygeplejersken, i følgende udtalelse, om hendes forståelse af proceduren, for arbejdet med utilsigtede hændelser:

[...] vi jo er forpligtet til i afsnittet at arbejde med de utilsigtede hændelser, der har med os selv at gøre. Og vi får dem tilsendt fra, kan man sige sådan lidt overordnet sted, sådan at dem der er foregået ude i vores afsnit, dem arbejder vi selv med, og de er jo klassificerede sådan, at så længe, at de er uden risiko, altså uden fare for patienten, eller ikke på den måde er kritiske, så kan vi selv få lov at sidde og arbejde med dem. (Bilag 4, Interview sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 4, linje 29-33)

Her fortæller sygeplejersken om, at de på hver afdeling er forpligtet til at arbejde med de hændelser, der indberettes fra deres afdeling. Når patientsikkerhedsnøglepersonen (herunder sygeplejersken vi interviewer) og den ledende afdelingssygeplejerske modtager indrapporterede hændelser, er det deres opgave at analysere hændelserne og det videre arbejde. Proceduren, som her kan betegnes som theories of action, er med til at hjælpe sygeplejersken (nøglepersonen) til at forstå, hvordan de skal bearbejde hændelserne. Sygeplejersken forklarer, at de selv skal bearbejde hændelserne, som ikke er kategoriseret, som farlige for patienterne, hvortil at proceduren kan

beskrives, som idealet at efterleve på afdelingen (Argyris, 1999). Hertil fortæller sygeplejersken ligeledes om, hvordan de arbejder med det efterfølgende:

[...] så sidder vi simpelthen dem og gennemgår dem og læser hvem der har lavet dem og hvor kommer de fra, hvad er der sket, og hvad kunne vi have gjort for at undgå, at det var sket? (Bilag 4, Interview med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 4, linje 41-1).

I dette citat uddyber sygeplejersken, hvordan de bør handle på de utilsigtede hændelser, der bliver indberettet. Hun fortæller om, hvordan de gennemgår, og forholder sig til dem, hvilket er i overensstemmelse med den deskriptive formelle forståelse af arbejdsgangen for utilsigtede hændelser (Region Nordjylland, 2022). De to ovenstående citater og procedurerne for regionen fortæller noget om afdelingens theories of action. Her er det, de fortæller, hvilke retningslinjer de bør følge, når det gælder utilsigtede hændelser. Hvorvidt de efterlever disse, kan forklares ud fra begrebet theories-in-use. Der kan være forskel mellem, hvordan organisationen beskriver at man bør gøre, og hvad man gør i organisationen. Forklaringen på dette kan være, at de griber til defensive handlemønstre (Argyris, 1999). De defensive handlemønstre udspiller sig, som en form for forsvarsmekanisme, hvor medarbejderne forsøger at beskytte sig selv. Hvilket kunne være en årsag til, at personalet og lederne følger deres egen handlemåder i praksis, altså theories-in-use, og som derfor ikke er i overensstemmelse med de overordnet deskriptive formelle principper for arbejdet med utilsigtede hændelser.

Gennem vores empiri så vi eksempler på, udtalelser om deres handlinger, som ville kunne begrebsliggøres gennem begrebet defensive handlemønstre, hvilket vi vil behandle nedenstående.

4.2.1 Dialog som defensive handlemønstre

I vores empiri viser der sig et mønstre af, at der på afdelingen er en kultur, hvor personalet ofte tager en dialog, om de utilsigtede hændelser, hvilket kan påvirke den organisatoriske læring, da der forligger en risiko for, at de utilsigtede hændelser ikke bliver indberettet i systemet, når de bearbejdes gennem dialog. Derfor kan deres måde at håndtere utilsigtede hændelser gennem en dialogiskproces, være et udtryk for defensive handlemønstre, som kan være hæmmende for den organisatoriske læring. Dette mønster ses uagtet fagprofession, og vi så det udspille sig i vores observation af personalemødet for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (Bilag 5, Observation). Sygeplejersken fortæller, at når de skal arbejde med hændelserne, er det på

personalemødet de tager dem op. Her har de et punkt, specifikt til utilsigtede hændelser. Da vi observerede personalemødet, bliver der til slut spurgt ind til, hvordan de arbejder med hændelserne normalvis på personalemøderne, hvor en medarbejder forklarer at på møderne: *”diskuterer vi indbyrdes hvis der har været et eller andet”* (Bilag 5, Observation, s. 5). Det fremstår, som en dialogbaseret tilgang de har på afdelingen, når det kommer til utilsigtede hændelser, hvilket ligeledes fremhæves i vores interviews, både den ledende afdelingssygeplejerske og sygeplejersken. De forklarer, at de går til den pågældende person, der har være indblandet i hændelsen, og tager en dialog om, hvad der skete, og hvordan man kan undgå det næste gang (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 19, linje 1; Bilag 4, Interview med sygeplejerske og social – og sundhedsassistent, s. 10, linje 39-40).

Et andet eksempel på, at dialogen kan begrebsliggøres, som defensive handlemønstre, trådte frem i interviewet med den ledende afdelingssygeplejerske. Hun beskriver blandt andet, hvordan de ofte tager en snak om, hvis der er nogen fra personalegruppen, der kommer til hende, når de har opdaget en utilsigtet hændelse. Hvilket hun beskriver i følgende citat:

Det er jo nok det jeg sagde i starten, at det er tit de kommer og siger et eller andet, hvor jeg så siger det skal du simpelthen lige indberette som en utilsigtet hændelse og samtidig kan vi så snakke om det også. (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 24, linje 32-33)

I citat beskriver den ledende afdelingssygeplejerske, at hun både opfordrer til dialog og indberetning af utilsigtede hændelser. Denne udtalelse fortæller noget om personalets og hendes theories-in-use. Den ledende afdelingssygeplejerskes udtalelse siger noget om, hvordan personalet og hun rent faktisk agerer. Dette kan vi udlede af, at når de kommer til hende og fortæller om hændelser, minder hun personalet om at hændelserne skal indberettes. Hertil er det tidligere er fremhævet, at de på afdelingen har to til tre indberettede hændelser om måneden (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 3, linje 33-34). Hvorvidt de så bliver indberettet, siger antallet af hændelser de har per afdeling hver måned noget om. Det kan så relatere sig til de defensive handlemønstre, hvor personalet på afdelingen bruger dialogen, som defensive handlemønstre. For hvis de ikke bliver indberettet, er der ikke nogen, der kan stille dem til ansvar for en hændelse. Selvom dette ikke er det, der sker, når de indberettet hændelser, jævnfør lovgivningen, så har vi, som mennesker, en tendens til ikke at ville fokusere på egne og andres fejl, og derfor forsøger at beskytte os selv og kollegaer med forskellige forsvarsmekanismer (Argyris,

1999; Edmondson, 2020). At rapporteringssystemet ikke skal bruges til at stille nogen til ansvar for deres handlinger, uddyber den ledende afdelingssygeplejerske i interviewet:

Systemet må ikke bruges til at hvad kan man sige? Dunke nogle oven i hovedet? Altså, det er jo ikke et system hvor man sådan kan lave tjensteligesamtaler på nogen, der ikke har gjort det de skulle, eller laver deciderede patientklager. De skal jo køre i et helt andet system. (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 11, linje 10-12)

I citatet forklarer den ledende afdelingssygeplejerske, at systemet ikke skal bruges til at dunke nogen oven i hovedet. Men til trods for hendes udtalelse, og lovgivningens opfordringer til netop at indberette fejlene, så ser vi, at de blandt andet bruger dialogen, som defensive handlemønstre til at bearbejde utilsigtede hændelser, hvilket hæmmer den organisatoriske læring.

I vores interview med læge 2 beskriver han, hvordan mener at de dialogiske processer, kan have en negativ betydning for organisationen. I interviewet sagde han således:

[...] jeg tror at det er et problem fordi at dialog [...] Altså læge til læge eller sygeplejerske til læge eller hvilken faggruppe der nu engang er. Der sker ikke nogen strukturelle og ledelsesmæssige ændringer. Det er kun personindividet eller individ, der reflekterer og bliver klogere. Og det er jo lidt ærgerligt, fordi UTH'er skal også være med til at omstrukturere vores sundhedsvæsen, så det bliver mest muligt patientsikkert og også samtidig effektivt med alt det der økonomisk klarer sig i det. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 14, linje 14-18)

Læge 2 beskriver i citatet, at han mener, at når de bruger dialogen, til at bearbejde utilsigtede hændelser, så kan det hindre de mere strukturelle og ledelsesmæssige arbejde. Endvidere fremhæver han, at rapporteringssystemet, skal være med til at sikre patientsikkerhed og omstrukturere vores sundhedsvæsen, hvorfor han mener, det er en skam, hvis det ikke bliver brugt, som det skal. Læge 2's udtalelse kan ses, som et eksempel på, hvordan dialogen netop hæmmer den organisatoriske læring, i deres organisation, da dialogen gør at personalet ikke indberetter i rapporteringssystemet, men i stedet taler om de fejl, de måtte have oplevet i praksis. Læge 2's udtalelse kan ses, som et udtryk for theories-in-use, da han udtaler sig om, hvordan de rent faktisk handler og argere i praksis, og at deres handlinger faktisk ikke stemmer overens med de formelle

deskriptive principper (Argyris, 1999). Dette mønster med, at de i afdelingen bruger dialogen, som defensive handlemønstre, giver et billede af, at personalet gerne griber til den dialogbaseret tilgang, både når det gælder bagatel hændelserne, men også de andre hændelser. Det kan være både på grund af tidspres, men ligeledes på grund af at ville beskytte sig selv og sine kollegaer.

Dette afsnits gennemgang af hvad, der i deres kultur hæmmer og fremmer organisatorisk læring, er eksempler på personalets faktiske arbejdsgange, som defineres, som theories-in-use. Måden hvorpå personalet agerer og handler i givne situationer, vil enten stemme overens med theories of action, eller ej (Argyris, 1999). Personalet på afdelingen tyer ofte til defensive handlemønstre, som gør at theories-of-action ikke stemmer overens med theories-in-use (Argyris, 1999). Det kommer blandt andet til udtryk i, at der indberettes få hændelser.

4.2.3 Defensive handlemønstre som dialog og dets betydningen for single-loop læring

Personalet på afdelingen fortæller, at de ofte har en dialog, når det kommer til læringen af utilsigtede hændelser. Disse dialogiske processer, i form af defensive handlemønstre, kan hæmme den organisatoriske læring. I dette delafsnit vil vi anvende denne viden, til at belyse, hvorledes deres forståelser og defensive handlemønstre, påvirker den organisatoriske læring, i form af single-loop læring og double-loop læring (Argyris, 1999). Det vil være single-loop læring, da det er handlingerne og arbejdsgangene, der vil være udgangspunktet for læringen. Ved dialog vil læringen også blive individuel fremfor organisatorisk, da det kun er den ene medarbejder, der får læring ud af hændelsen. Der er forskellige forståelser af, hvad utilsigtet hændelser er, alt efter fagprofession, ligeledes har personalet på afdelingen også deres egen definition, af en bagatelgrænse, som kan være et tegn på, at personalet på afdelingen griber til organisatoriske defensive handlemønstre (Argyris, 1999).

Når personalet på afdelingen arbejder med de indberettede hændelser, tyer personalet, som oftest til single-loop læringsproces, idet de kigger på arbejdsgangen, herunder teknikker og procedurer. Herved foregår læringen på et overordnet plan, hvor man ikke går i dybden med hvorfor hændelserne sker. Der er flere forklaringer på, hvorfor personalet kun skaber single-loop læring, som resultat af de defensive handlemønstre, der er blandt personalet. Selvom single-loop læring og double-loop læring begge kan være organisatorisk læring, så er den læring, som der produceres på afdelingen på betingelse af, at personalet tager fejlene til sig og ønsker at skabe læring. For på afdelingen kan man også snakke om, hvorvidt organisatorisk læring udebliver, når de griber til de defensive handlemønstre (Argyris, 1999).

Hvis en hændelse kun drøftes gennem dialog, uden den indberettes, kan det også være svært at se mønstre og tendenser, hvorved organisatorisk læring helt vil udeblive og der ikke vil være mulighed for at foretage ændringer af arbejdsgange såvel som antagelser (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 14, linje 14-18).

Det er oftest single-loop læringsprocesser, der sker på afdelingen ved de indberettede hændelser, idet når utilsigtede hændelser indberettes og analyseres, så er det oftest spørgsmål, hvordan de gør det, der er svaret på de utilsigtede hændelser, og ikke hvorfor, de sker. Dermed skal de mest fikse problemet og forbedre systemet, så det fungerer bedre, hvorimod ved double-loop læring er det ikke kun at løse problemet, men hvor det handler mere om at undersøge de underliggende antagelser og værdier bag deres handlinger (Argyris, 1999). En grund til, at det, som oftest er single-loop læringsprocesser, der sker på baggrund af utilsigtede hændelser, kan være de organisatoriske defensive handlemønstre (Argyris, 1999). Ved at gribe til defensive handlemønstre sørger man for, at man ikke bringer sig selv, eller sine kollegaer eller afdeling, i forlegenhed, som tidligere nævnt i problemfeltet og analysedel 1.

Læge 1 fortæller om, at når han indberetter utilsigtede hændelser, tager han stilling til, hvorvidt hændelsen skal være noget man tager sig af øjeblikkeligt, hvortil han så informerer den ledende overlæge om hændelsen (Bilag 1, Interview med læge 1, s. 5, linje 29-35). Det er dermed et andet perspektiv på en fremgangsmåde, end den sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenten, giver udtryk for, at de gør brug af, vedrørende utilsigtede hændelser, da de i deres udtalelser fremhæver, at de ofte handler gennem dialog og derfor ikke får indrapporteret hændelser i selve rapporteringssystemet.

En organisation, som et hospital, kræver både øjeblikkelige single-loop løsninger, men kræver også en mere dybdegående analyse af komplekse problemstillinger, for at kunne være en organisation, som udvikler og lærer hele tiden (Argyris, 1999). Rapporteringssystemet fordrer læring, og i særdeleshed organisatorisk læring. Som skrevet længere oppe i afsnittet, sker der ofte single-loop læringsprocesser på afdelingen, da man ofte retter læringen af de utilsigtede hændelser mod handlingerne og den person, der har udløst den utilsigtede hændelse. For at lære, er det vigtigt, der er noget at lære af, og i denne sammenhæng er det situationer, hvor der sker fejl, uagtet hvilken fagprofession man har. For at skabe læring af de utilsigtede hændelser, er det væsentligt at hændelserne indberettes, jævnfør lovgivning. Rapporteringssystemet er et ”skal”-system, som både kan være med til at skabe bedre organisatorisk læring, men kan også være med til at mindske læringsudbyttet, idet sygeplejersken ikke kan se meningen med systemet, hvis de ingen feedback får angående de indberettede hændelser. Sygeplejersken udtaler, at: ” [...] det er jo det der med

tillid er godt, kontrol er bedre [...]” (Bilag 4, Interview med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 3, linje 11). Sygeplejersken indikerer at hun har en forståelse af, at rapporteringssystemet er et kontrolsystem, hvilket kan skabe modstand mod læring.

4.3 Delkonklusion på undersøgelsesspørgsmål 2

I denne delkonklusion på undersøgelsesspørgsmål 2 vil vi tage udgangspunkt i følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilke forståelser er der af utilsigtede hændelser blandt afdelingspersonalet?* Analysedel 2 har til hensigt at fremanalysere viden om personalets forståelser af utilsigtede hændelser, gennem begrebet om organisatorisk læring, og herunder single-loop læring, double-loop læring, theories of action, theories-in-use og defensive handlemønstre.

Til besvarelsen af spørgsmålet er der brugt Argyris teori om organisatorisk læring, herunder single-loop læring, double-loop læring, theories of action, theories-in-use samt defensive handlemønstre (Argyris, 1999).

I del analysen har vi kunne belyse, at der er forskellige forståelser af begrebet utilsigtede hændelser. Her betegnes det, at lægens forståelse af utilsigtede hændelse kan kobles til den deskriptive formelle forståelse af begrebet. Derimod ses forståelsen anderledes hos sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, som er mere handlingsorienteret, og hvor der er tydelige bagatelgrænser af hændelsernes relevans, i forhold til indberetning. Den ledende afdelingssygeplejerske viser ligeledes i hendes udtalelser en theories of action forståelse af, hvordan man bør gøre, men udtaler også helt andre handlemåder omkring måder at bearbejde hændelserne på, som kan defineres som theories-in-use. Deres forskellige forståelser er med til at give et indtryk af både theories of action og theories-in-use handlinger, som kan være med til at fremme eller hæmme den organisatoriske læring, ved enten at bidrage til tendenser og mønstre, eller hæmme ved individ orienteret læring. Derudover har vi kunne analysere os frem til, at der er en stor divergens mellem forståelser af forskellige bagatelgrænse omkring utilsigtede hændelser, alt efter deres fagprofession. Dette kan også have en betydning for, hvor godt afdelingen formår at lære af hændelserne. Ligeledes har vi kunne se at kulturen også er af væsentlig betydning, når det handler om læring. Den sidste del af analyse del 2, er, hvordan vi kan se, at personalet i høj grad benytter sig af dialogiske måder at bearbejde hændelserne på, og som oftest kun via en dialog mellem to individer. Dette kan anskues, som single-loop læring, da det er handlingsorienteret og bidrager ikke til mere organisatorisk læring, da det ikke kommer videre, end mellem de to individer, herunder for eksempel sygeplejersken og den afsnitsledende sygeplejerske.

Gennem analysedel 2 kan vi hermed argumentere for, at der er forskellige forståelser af utilsigtede hændelser og deraf handlemuligheder, som kan bidrage til at vise et billede af, hvordan procedureerne for utilsigtede hændelser kan bidrage til organisatorisk læring.

5. Meningsskabelse på akutmedicinsk afdeling

For at besvare problemformulering vil vi i analyse del 3 besvare undersøgelsesspørgsmål 3, som lyder således:

Hvordan skaber de forskellige personalegrupper mening med processen for utilsigtede hændelser?

Undersøgelsesspørgsmål 3 vil blive behandlet gennem analyse af observation og udtalelser fra vores interviews med den ledende afdelingssygeplejerske, to læger, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Det vil bidrage til en forståelse af, hvordan meningsskabelse har en indvirkning på organisatorisk læring. Afslutningsvis vil der være en kort opsummering, som besvarer undersøgelsesspørgsmål 3.

Til at analysere og organisere empirien til besvarelse til undersøgelsesspørgsmål 3 vil vi inddrage begrebet om meningsskabelse, og herunder de seks af de syv elementer af meningsskabelsesprocessen. De seks elementer vi vil komme ind på i analysen, er meningsskabelse som socialproces, -retroperspektiv, -ledetråde, -kontinuerlig proces, og plausibilitet som sker gennem handlinger (Hammer & Høpner, 2015). Vi mener, at disse begreber kan anvendes til at få viden om, hvordan meningsskabelse udspiller sig på afdelingen og påvirker den organisatoriske læring. Denne viden, sammenholdt med den resterende del af analysen, vil bidrage til besvarelsen på vores problemformulering.

Analysen er opdelt i fem delanalyser, hvoraf den ene er delkonklusion på analysen af meningsskabelse. Analysen er opdelt efter de temaer af meningsskabelsesprocesser vi ser, som fremtrædende gennem empirien. Temaerne er lederens meningsskabelse gennem personalemøde, mønstre af sociale relationer og fælles forståelse af utilsigtede hændelser, tidspres og meningsskabelse på akutafdelingen og dialog, som værktøj for at skabe fælles mening, om det videre forløb af en utilsigtede hændelse.

5.1 Leders meningsskabelse gennem personalemøde

I vores observation og i interviewene træder der et tema frem, om relationer og magt. Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten giver på hver deres måde udtryk for, at der eksisterer hierarkisk opdeling, som har betydning for deres handlinger i praksis, i forhold til

arbejdet med utilsigtede hændelser, hvilket vi ligeledes kunne få øje på i vores observation. På personalemødet viste der sig en magtfordeling, mellem henholdsvis den ledende afdelingssygeplejerske og personalegruppen af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Vi kunne se dette udspille sig på mødet, hvor vi observerede hvordan den ledende afdelingssygeplejerske brugte en del tid på at tale til os og personalegruppen af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (Bilag 5, Observation). Den ledende afdelingssygeplejerskes udtalelser er væsentlige, i forhold til at belyse de processer, der er i meningsskabelsen, som udspiller sig i forhold til personalets meninger om arbejdet med utilsigtede hændelser. Der var begrænset involvering af personalet, og den ledende afdelingssygeplejerske inviterede kun få gange de andre til inddragelse af deres synspunkter, men her var det igen meget begrænset, hvad de bød ind med og det var derfor meget envejskommunikation, der foregik under mødet. (Bilag 5, Observation). Vi kunne gennem vores observation se, hvordan relationer, i form af gensidige handlinger, har betydningen for den position den ledende afdelingssygeplejerske får i praksis. Den ledende afdelingssygeplejerske talte, belærte og styrede mødet, hvorefter personalet derimod lyttede, nikkede og grinte lidt (Bilag 5, Observation). På denne måde har den ledende afdelingssygeplejerske en naturlig magtposition gennem hendes stilling, men hun får den ligeledes også tildelt gennem personalets handlinger. Dette gør hun i form af, at det kun er hendes ord, der bliver hørt, og de samtykker ved at nikke bekræftende. Det er fordi, at personalet selv er aktive medskabere af omgivelserne, i måden de forsøger at indordne sig på, under personalemøderne, ved blot at lytte og forholde sig passive. Menneskerne i organisationen producerer til dels de omgivelser de oplever (Weick, 1995). Dermed er det en accepteret måde at afholde personalemøderne på, da personalegruppen af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ser mening i, et hierarki, hvorved de skaber omgivelserne, hvori den ledende afdelingssygeplejerske kan handle og dominere i dialogen på personalemøderne. Det skaber derfor mening for personalet, i de handlinger den ledende afdelingssygeplejerske udfører og gør, at der ikke stilles spørgsmål ved, måden personalemødet omkring utilsigtede hændelser forløber. Dermed kan vi se, at den ledende afdelingssygeplejerske har en væsentlig betydning, da hun er meningsgiver, og påvirker udformningen af diverse opgaver (Weick, 1995). Hertil kan vi se, at den ledende afdelingssygeplejerske prøver at skabe mening i handling (Hammer & Høpner, 2014), hvor hendes tanker og kommunikation skaber handling, på personalemødet. Dertil ser vi, at der er en forskellighed i, hvordan meninger opstår, som også skyldes magthierarki og forskellige fagprofessioner.

5.1.1 Ledetråde og handlemåder som meningsskabelse på personalemødet

I de ovenstående eksempler fra personalemødet, er ledetråde væsentlige i meningsskabelsesprocessen, hvor personalet, herunder sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne, og den ledende sygeplejerske hele tiden forsøger, både bevidst og ubevidst, at udlede forskellige ledetråde ud af oplevelser som de har haft i organisationen (Hammer & Høner, 2015). Med afsæt i vores observationer, kan vi antage, at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne på afdelingen, opfanger meningsgivende ledetråde fra den ledende afdelingssygeplejerske. Det kan dermed tolkes, som at afdelingens sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter opfanger ledetråde om, hvad forståelsen af en utilsigtet hændelse er, og de opfanger ledetråde, som at det er den ledende afdelingssygeplejerske, der fortæller og de lytter, som dermed giver genkendelige strukturer i måden de agerer på, under møderne. Herudfra fremtræder det, at allerede udledte ledetråde er simple genkendelige strukturer, der virker som små hentydninger, hvorudfra at afdelingens sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter udleder en større mening i det, der foregår (Weick, 1995). Derudover ser vi at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne opfanger ledetråde, der i sidste ende har betydning for, hvad de indberetter af utilsigtede hændelser, og ledetråde om, hvad de skal forvente at lære af disse. Som tidligere beskrevet inddrager den ledende afdelingssygeplejerske ikke personalet i punktet om utilsigtede hændelser, hvor vi derfor antager, at dette ligeså er en ledetråd personalet opfanger, som har betydning for deres manglende deltagelse. Vi ser dermed, at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne udvælger og fortolker ledetråde, hvorved de selv skaber de betingelser og meninger, som vil lægge til grund for deres arbejde, hvilket ses i den manglende dialog, på personalemødet (Hammer & Høpner, 2014).

På personalemødet fremhævede den ledende afdelingssygeplejerske, hvad hendes rolle er, i forhold til utilsigtede hændelser, og hvordan hun handler på dem:

[...] vi er jo som leder forpligtet på at samle op på mønster som vi kan se. Men selvfølgelig så gør vi noget hvis vi kan se at der... Der er rigtig mange af de utilsigtede hændelser hvor man siger nu er det der igen, I skal simpelthen lige være opmærksom på det. Og så er der selvfølgelig det med den medicin og venflon. Det er ikke noget vi kan diskutere, det er bare noget der skal gøres. Det er længe siden der har været nogen som har givet anledning til at vi har skulle ændre på vores arbejdsgange. (Bilag 5, Observation, s. 5).

I dette uddrag fremhæver den ledende afdelingssygeplejerske, at hun skal samle op på mønstre og tendenser. Ydermere fortæller hun, at deres procedure for behandlingen af de utilsigtede hændelser på personalemøderne, primært bliver en verbal fremhævelse af, at alle skal have et øget fokus på disse ting, og at det, som sådan, ikke er noget man kan diskutere. På denne måde stemmer denne udtalelse overens med den magtposition den ledende afdelingssygeplejerske har, og har fået tildelt, både grundet hendes stilling og hendes arbejdsopgaver. Hun har en position, hvor hun sidder og analyserer alle de indberettede utilsigtede hændelser, og det er ditto hende der bestemmer, hvordan de skal behandles, og om det er noget de skal diskutere eller ej, hvilket har betydning for den organisatoriske læring i forbindelse med utilsigtede hændelser. Gennem den ledende afdelingssygeplejerskes måde at bruge dialogen på, skaber hun mening gennem sine tanker om de handlemuligheder personalet har, i forbindelse med utilsigtede hændelser. Hun er derfor også med til, gennem sine handlinger ved personalemødet, at skabe og begrænse muligheder for handlingerne hos personalet (Hammer & Høpner, 2014, s. 113). Den måde, hvorpå den ledende afdelingssygeplejerske påvirker læringsmulighederne på, i dette eksempel, kan på nogen måder minde om en behavioristisk læringsteori (Illeris, 2017, s. 51), hvor personalet modtager læring/stimuli af hende, og hvorefter der forventes en ændring i personalets handlinger, i forbindelse med de utilsigtede hændelser. I forlængelse af dette, er det dog vigtigt at fremhæve pointen omkring at se på relationer gennem gensidige betingede handlinger, hvor den ledende afdelingssygeplejerske ikke ses, som den “store leder”. Derimod ses hendes position muliggjort gennem alliancer, der eksisterer i personalegruppen, herunder sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne, og at hendes magtposition ikke nødvendigvis er en fast position (Weick, 1979). Det er både den ledende afdelingssygeplejerskes såvel som sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes relations mønstre og gensidige betingede handlinger, der muliggør den ledende afdelingssygeplejerskes magtposition. Den ledende afdelingssygeplejerskes magtposition er skabt på baggrund af, måden de sammen har skabt mening i deres handlemuligheder, på personalemøderne, som vi ser, er en accepteret måde at gøre det på, da de alle virkede komfortable med den ledende afdelingssygeplejerskens magt, som den primære kommunikator.

5.2 Mønstre af sociale relationer og fælles forståelse for utilsigtede hændelser

Vi sluttede det foregående afsnit med at pointere, at der skabes mening i personalets handlinger, ud fra det hierarki, de er en del af, som påvirker de organisatoriske læringsmuligheder ved den ledende afdelingssygeplejerskes hierarkiske position og magt. Hertil kan vi se et andet væsentligt element af meningsskabelsesprocessen, nemlig den sociale påvirkning.

Gennem vores empiri, så vi eksempler på, hvordan både læger såvel som sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne gennem sociale interaktioner skaber mening, eller forsøger at skabe mening, gennem gensidige handlinger i konteksten. Den sociale meningsskabelse er tydelig, i den måde de bruger hinanden på, til at forstå og skabe mening med en konkret handling, når der er sket en utilsigtet hændelse. Et eksempel på disse mønstre af sociale relationer og dets betydning beskriver læge 2 i interviewet således:

[...] er der så andre gange hvor det fra den anden, hvor at man så måske ikke får den indberettet, fordi man netop får snakket om den? Altså nogle gange [...] for så føler man ligesom man har sit på plads ikke også. Altså man har snakket det faglige igennem. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 13, linje 25-30)

Læge 2 fremhæver i denne udtalelse, at han gennem sparring med sin kollega, får det faglige på plads, og derfor ikke altid finder mening i at indberette hændelsen, da det for læge 2, er det faglige, der meningsgivende for ham, i en utilsigtet hændelse. Ligeledes fortæller læge 2 i interviewet, at det strukturelt og organisatorisk er et kæmpe problem, da der går læring tabt ved, at de ikke bliver indberettet. Men han mener, at for individet er det ikke et problem, da han udtrykker at: *“For individet så synes jeg ikke at det er et problem. Der kan man sagtens snakke med sine kollegaer”* (Bilag 2 – Interview med læge 2, s. 14, linje 37). Her kan man argumentere for, at den sociale meningsskabelse giver læge 2 modsatskabende udtryk, da han er bevidst om, at det er et strukturelt problem, men samtidig ser han den sociale meningsudveksling med en kollega, som relevant, når det handler om den faglige bearbejdelse, af en utilsigtede hændelse. Disse to forskellige udtryk i mening, er også et udtryk for de ledetråde, som læge 2 har fra proceduren, men samtidig en social meningspåvirkning i, hvad der fungerer og giver mening for læge 2 i dagligdagen.

Dermed kan vi antyde, at afdelingspersonalet i eksemplet med læge 2, præges gensidigt af hinandens handlinger, hvortil de også prøver at navigere i de formelle procedurer og formål for utilsigtede hændelse, og derfor er meningsskabelsen en kontinuerlig proces, der også influerer og påvirker hinanden (Hammer & Høpner, 2015).

5.2.1 Fælles forståelse i sociale mønstre

Vi har belyst i 5.1.1, at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne på afdelingen er præget af den ledende afdelingssygeplejerske. Hertil vil der ligeså være situationer, hvor den fælles meningsforståelse ikke harmonerer i forhold til leder og personale. I forlængelse heraf beskriver

læge 2, hvordan lægegruppen på afdelingen har været i kontakt med Styrelsen for Patientsikkerhed, for at få dem til at bekræfte personalet i, at de gerne må indberette alle utilsigtede hændelser, da lægernes ledende overlæge har udtrykt sig anderledes. Dette kan tolkes, som at de i lægegruppen har en socialskabt mening om utilsigtede hændelser, og vil vise ledelsen, at de har Styrelsen for Patientsikkerhed på deres side, i forhold til at skabe den fælles forståelse, og heraf fælles mening om utilsigtede hændelser:

[...] Vores lægegruppe og vores ledelse forstår utilsigtede hændelser forskelligt, og nu skal jeg jo ikke... Det er os der har ret, men altså det [...] det er vores ledelse, de tænker det på lidt anden måde, end hvad det er. Så det, vi har gjort er, at vi har sat undervisningen af til utilsigtede hændelse, hvor vi får Styrelsen for Patientsikkerhed til lige at give os ret, i forhold til hvad det egentlig er. Fordi vi har tidligere haft morgenkonferencer, hvor der blev diskuteret om det var en utilsigtede hændelse... Hvor det fra det ledelsesmæssige blev sagt, at det ikke var en utilsigtede hændelse, hvor vi har været uenige. Men det er lige meget... det er dem der bestemmer. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 7, linje 30-36).

Ovenstående citat indikerer fra læge 2, at der findes nogle uoverensstemmelser mellem ledelsen og lægegruppen. Ud fra denne udtalelse, ser vi, at der er opstået en social kontrovers over at finde fælles mening i en social interaktion, mellem lægerne og den ledende overlæge, hvor lægerne har trukket en tredje part ind, for at finde fodfæste i den fælles meningsforståelse. Læge 2 bruger dog også ord som '*det er dem der bestemmer*', som indikerer, at lægerne i den fælles sociale meningsskabelse, ikke har samme vilkår, når det handler om at bestemme. Dette kan derfor vise, at hierarkiet i den sociale meningsskabelse har stor betydning for, hvilken fælles mening de ender op med. Læge 1 tilkender ligeledes denne problematik, hvor han påpeger, at en fejl stadigvæk er en fejl, uagtet konsekvensen, som ledelsen skal forstå:

[...] hvis det er noget som det en fejl, men det er ikke noget, der har nogen som helst konsekvens, som skal stadigvæk løses, så er det bare en UTH, men er det mere end det, så er det også en indirekte... besked til til ledelsen. (Bilag 1, Interview med læge 1, s. 4, linje 26-28).

I citatet giver læge 1 udtryk for, at han på baggrund af kontroversen om den sociale meningsforståelse af en utilsigtet hændelse, indberetter alt, som skal løses, uagtet dets konsekvens. Heri fortæller han, at det på den måde er en indirekte besked til ledelsen om, at lægens meningsforståelse er stærk og han ikke bare accepterer ledelsens mening omkring dette. Det er derfor et udtryk for, at individuelle meningsfortolkninger og overvejelser er noget, der oftest også er en del af sociale kontroverser (Weick, 1995). Mening er ikke 'bare' noget man kan kommunikere, fra eksempelvis ledelsen til lægerne. Meninger bliver først en del af lægerne selv, når de er aktive medskabere af dette, i en proces med andre. Dette ses herunder i processen med at trække Styrelsen for Patientsikkerhed ind i den sociale interaktion, om at skabe fælles mening om bagatelgrænsen for en utilsigtet hændelse (Hammer & Høpner, 2015). Dette kan også belyses, som at læge 1 og 2 er klar over, at det kræver en fælles forståelse for alle, uanset rolle på afdelingen, da det ellers ikke kan skabe læring og mere patientsikkerhed. Ved at arbejde med den sociale meningsforståelse, kan det argumenteres for, at lægerne og den ledende overlæge på afdelingen, kan skabe grobund for, at den organisatoriske læring forekommer nemmere, når man har en fælles forståelse.

Vi kan se i vores indsamlede empiri, at der er en stor kompleksitet, forskellige forståelser og gensidige handlinger, som påvirker arbejdet med utilsigtede hændelser på forskellig vis. De forskellige forståelser af, hvad der skal indberettes, kan også forstås, som forskellige mål om denne samme opgave. Et eksempel på de sociale kompleksiteter er, når de forskellige fagprofessioner i personalegruppen, i samråd med deres leder, forsøger at finde fælles meninger om både forståelse af, og handlinger for, utilsigtede hændelser. Dette kan vi se, både i forhold til den ledende afdelingssygeplejerskes samt den ledende overlæge på afdelingen.

Afdelingspersonalets måde at handle på, i forhold til utilsigtede hændelser, kan beskrives med begrebet om løst koblede systemer. Løst koblede systemer er kendetegnet, ved at være en del af mange forskellige delelementer, som kun påvirker hinanden sporadisk (Weick, 1995). Vores case er en del af et regionshospital, som netop er en af de organisationstyper, som fremhæves, som værende særlig præget af løse koblinger (Hammer & Høpner, 2015). Når vi ser vores case som en organisation med løse koblinger, så ser vi også alle de forskellige forhold, som spiller ind og ser den kompleksitet og dynamik, der udspiller sig blandt de forskellige mønstre af relationer. Hertil kan man argumentere for, at det vanskeligt for afdelingens personale og ledere at presse standardiserede procedurer og kvalitetsmodeller ned over sådan en kompleks praksis, for at skabe fælles meningsforståelse af proceduren for utilsigtede hændelser, da der er mange små påvirkninger, der skaber forskellige meninger (Weick, 1995). Dermed ser vi, at personalet forsøger

at skabe tættere koblinger og deraf mening mellem delementer som tid, procedure, arbejdsgange og faglige forskelligheder, hvilket kan være en årsag til at rapporteringssystemet bliver udfordret, når det skal anvendes i praksis. Det standardiserede system bliver udfordret af hverdagen, som er meget mere kompleks og præget af løse koblinger og deres samspil og forskellige forståelser i sociale meningsskabelsesprocesser.

5.3 Tidspres og meningsskabelse på akutafdelingen

I forbindelse med ovenstående eksempler på løse koblinger på afdelingen, som påvirker meningsskabelsesprocessen omkring utilsigtede hændelser, er tidspresset noget som bliver fremhævet gennem empirien, uagtet hvilken faggruppe der er tale om. Tidspresset på sygehusene, herunder også i vores case, er noget, som er adresseret i mange sammenhænge i vores interviews. Læge 2 beskriver, i nedenstående citat, hvordan tidspresset påvirker, hvorvidt han indberetter utilsigtede hændelser:

[...]fordi vi pissetravlt, og vi prioriterer vores tid, meget [...] og når vi skal prioritere mellem få lov til at spise frokost eller indberette en UTH, så for os er det ret simpelt, så ved vi godt hvad vi vil, så vil vi hellere have noget frokost. (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 6, linje 41 og s. 7, linje 7-8).

Udtalelsen giver udtryk for, at der gennem personalets daglige arbejde, er en tidsmæssig faktor, som resulterer i, at deres meningsskabelse sker ud fra, hvad de tolker, sanser og forstår i momentet. Tidspresset bliver en legal undskyldning for læge 2, i forhold til, hvorvidt hændelser ikke bliver indberettet. Dette mener vi kan skyldes, at læge 2 skaber en mening på baggrund af tidligere erfaringer, hvor han har oplevet, at tidspresset påvirker hans handlinger, og hvor det måske ligeledes er blevet socialt accepteret, at dette er en legal undskyldning, i deres praksis. På denne måde kan vi argumentere for, at denne del af meningsskabelsen sker i et retroperspektiv og i sammenhæng med sociale meningsprocesser, som påvirker måden, hvorpå de handler i tidspressede situationer. Det er et eksempel på, hvor organisatoriske læring ikke prioriteres højest, på grund af tidspresset, og ud fra læge 2's meningsforståelse er en legitim del af deres arbejdsdag (Hammer & Høpner, 2015). Ligeledes kan vi se, at tidspresset også er en del af meningsskabelsesprocesserne blandt sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne på afdelingen. Sygeplejersken siger, at der prioriteres i tid, og dermed i meningen, om en hændelse skal indberettes:

Jamen, jeg tror, at vores udfordring er, at det er jo med det her, som alt andet, der tager tid, at man skal lige sætte sig ned og få det gjort, og så er det jo nogle gange den der hvor man tænker "uh, det skal også lige huske" og så går der 2 dage, så kan man ikke huske hvad patienten hed længere. (Bilag 4, Interview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, s. 7, linje 34-36).

Sygeplejersken ytrer, at hun skaber mening med ikke at have nået at indberette hændelsen ved at tilskrive tiden, som en meningsfaktor, der har betydning for hendes handlinger i momentet. Dermed efterrationaliserer sygeplejersken meningen ud fra, at det hun så kan huske, at hun ikke kan huske patientens navn, og derfor gør hændelsen legitim at glemme at indberette. Det giver mening for hende, at tiden gjorde, at navnet blev glemt og det er en del af hverdagen for sygeplejersken.

Eksemplerne fra læge 2 og sygeplejersken giver et billede af, at det er en kompleks organisation, hvoraf tidspresset kan ses, som resultat af et løst koblet system, hvilket er en faktor, der har indflydelse på begge faggruppers hverdag, og som er en generel tendens på sygehusene. Det viser, at der er flere faktorer, der har indflydelse på meningsprocesserne blandt personalet i tidspresede situationer. Personalet ved, at det er en del af deres arbejdsdag og som ikke kan ændres og dermed skabes der social accepteret mening, i at tiden er en årsag til, at man ikke kan indberette en hændelse. Det må tolkes, som en prioritering fra personalet, som de finder mest hensigtsmæssigt i deres arbejde med at behandle patienter.

Et yderligt eksempel på, hvordan personalets mening påvirkes i et retroperspektiv ud fra deres forforståelse, ses i nedenstående afsnit, hvor tidspreset er den egentlige begivenhed, der gør at det er svært at indberette. Ligeledes er sygeplejersken her, også påvirket af sin forforståelse om, hvilke utilsigtede hændelser der er relevante:

[...] hvis vi havde tiden til, og altså hvis man sikker på, at man kunne få tid til at få det gjort og, og igen det der med at have fælles holdning til hvornår er det en serviceklage, og hvornår er det rent faktisk noget der var farligt for patienten, ved lige at få sorteret alle dem derfra, som ikke er specielt farlige, men bare irriterende. Så, så kunne det være det måske give bedre mening at arbejde med det. (Bilag 4, Interview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, s. 14, linje 33-37).

Sygeplejerskens forforståelse ses i måden, hvorpå hun refererer tilbage til, at der mangler en fælles forståelse og mening i, hvad der ses, som en serviceklage, og hvad der kan tilskrives at være en utilsigtet hændelse. Dermed tillægger sygeplejersken meningen i, at ud fra hendes forforståelse af den manglende fælles forståelse af en utilsigtet hændelse, kan man i en tidspres hverdag ikke finde og prioritere tiden til at indberette en hændelse, da den ikke er tydelig defineret. Hun vælger altså til og fra, i hendes erindringer, i et retroperspektiv om, hvorfor hun ikke fik den indberettede, så det giver mening for hende. Heri ses det også, at sygeplejersken er præget af den ledende afdelingssygeplejerskes mening, om hvordan 'typerne' af hændelser er defineret, som i citatet ses, som de 'farlige' og de 'irriterende'. Derfor vil en fælles forståelse for hende kunne give et yderligt incitament til, at det giver mere mening at arbejde og indberette en hændelse, som skal gavne læringen. Der ses altså mange meningsskabelsesprocesser, der har indflydelse på, hvordan personalet tolker, forstår og deraf handler på utilsigtede hændelser.

Man kan derfor igen antyde, at det kunne have en positiv effekt på den organisatoriske læring, at den fælles meningsforståelse af utilsigtede hændelser blev tydeligere defineret, da det i personalets retromeningsskabelse også har en betydning for, hvordan de rekonstruerer og giver hændelserne mening. Dette er set i sammenhængen med løse koblinger, som har en indvirkning på meningsskabelsesprocessen, som tidspres, accepterede undskyldninger, sociale meningsforhandlinger og fortolkninger af hændelserne som de sker i praksis (Hammer & Høpner, 2015).

5.4 Dialog som værktøj, for at skabe fælles mening, om det videre forløb af en utilsigtet hændelse

Som beskrevet i ovenstående delafsnit har vi set på, hvordan tidspres på afdelingen øger forekomsten af meningsskabelse, set i et retroperspektiv, hvor personalet vælger til og fra i erindringerne, som former og farver deres måde at handle på, i forhold til utilsigtede hændelser. Derfor er det også relevant at se på, hvilke værktøjer personalet bruger i deres måde at behandle utilsigtede hændelser på.

Det fremgår gennem vores empiri, at måden, hvorpå afdelingens personale håndterer utilsigtede hændelser er meget dialogbaseret, uagtet fagprofession. I nedenstående eksempel forklarer sygeplejersken, hvordan de bruger dialogen, som værktøj til at bearbejde en utilsigtet hændelse:

[...] så har vi jo ledere, hvor man også altid har mulighed for at gå ind og vende tingene, hvis der er noget, man synes man har oplevet eller mødt, eller selv har været

udsat for eller gjort. Altså, kan man gå den vej. (Bilag 4, Interview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten, s. 16, linje 40-42).

Ud fra citatet mener sygeplejersken, at det giver tryghed og mening for hende, at hun altid kan gå til sin leder for at bearbejde noget hun har oplevet, som en utilsigtet hændelse. Sygeplejersken finder mening i at gå direkte til sin leder, eller kollega, da hun mangler mening til at kunne bearbejde den hændelse, hun har været involveret i, i det nuværende rapporteringssystem. Det ser vi, som et udtryk for, at sygeplejersken ikke har brug for akkurate, som systemet lægger op til med konkret behandling af hændelsen, men har mere brug for plausible forklaringer/dialoger, som giver nok 'bearbejdning' af utilsigtede hændelser, til at hun hurtigt kan forsætte sit arbejde (Hammer & Høpner, 2015). Dette ses endvidere, hvor sygeplejersken taler om en hændelse, der potentielt kunne have været farlig for patienten, grundet forkerte oplysninger i journalen, og hvor den blev bearbejdet dialogisk:

[...] Det kunne potentielt være blevet farligt for patienten. Ja, men jeg tror aldrig, vi fik den indberettet. Vi snakkede bare om den. (Bilag 4, Interview med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 13, linje 35-36).

Sygeplejersken udtrykker, at de blot snakkede om en hændelse, der kunne være potentielt farlig for en patient i stedet for at indberette den. Hun udtrykker også, at hun ikke kan huske om den overhovedet blev indberettet, hvilket ikke er at følge proceduren fra hverken lovgivning eller regionens procedure. Ud fra sygeplejerskens citater tolker vi, at hun ofte kun har brug for plausible forklaringer, til at finde mening for, hvorfor hændelsen skete, fordi det oftest går hurtigere, som er en faktor for, hvorfor sygeplejersken finder det meningsgivende, i en hektisk hverdag. I de korte, men meningsgivende forklaringer, giver det nok information til at kunne forstå, hvorfor en hændelse skete og i situationen, hvordan man kommer videre med den. Det er derfor tydeligt, at den sociale og dialogiske meningsudveksling med leder eller kollega, er mere meningsfuld for sygeplejersken, end at indberette den i rapporteringssystemet, som hun heller ikke er sikker på, at de fik gjort, da det ikke har haft lige så stor værdi (Weick, 1995).

Den plausible meningsforståelse kan også ses ind i deres tidspresede hverdag, hvor at personalet ikke har brug for at opnå akkurate forklaringer, da de ofte er i situationer, hvor tingene skal løses hurtigt. Da personalet arbejder med professioner indenfor behandling og pleje af mennesker, kan man i deres handlinger se en sammenhæng med, at de prioriterer meget i, hvad de kan nå, og hvor

indberetningssystemet derfor ofte må vige for andre, og mere akutte opgaver. Det er ofte den velkendte historie, der giver sammenhæng og mening, da de i deres dialogiske bearbejdning bruger metaforer og symboler, såsom tidspres, ingen fælles forståelse og ikke relevante hændelser, som plausible forklaringer. Det er ord, som ofte bruges til at forklare sig ud fra, hvorfor en hændelse skete, som derfor hurtigt kan tages i dialogen, med for eksempel den ledende afdelingssygeplejerske, hvorefter de derefter kan fortsætte deres arbejde uden at indberette den (Weick, 1995; Hammer & Høpner, 2015, s. 111).

Ovenstående eksempel med sygeplejerskens dialogisk bearbejdning af en hændelse, ses også i andre dele af personalet – herunder lægerne. Tidligere belyste vi, at læge 2 benyttede sig af både den systemiske indberetning samt den dialogiske måde at behandle en utilsigtet hændelse. Vi kan dog se, at nogle også finder faglig mening i blot at tage den dialogisk. Her siger læge 2, at han ofte ikke føler, at han skulle indberette i rapporteringssystemet, hvis han har gennemgået hændelsen kommunikativt med en anden, da han mener, at han fagligt har bearbejdet hændelsen:

Selvom der måske er sket utilsigtet hændelse af en eller andet grad. Så har man jo snakket det igennem med en, og så har man det faglige på plads... Ehm.... (Bilag 2, Interview med læge 2, s. 13, linje 36-37).

Læge 2's udtalelse indikerer, at han oplever at skabe mening om utilsigtede hændelser, gennem kollegial sparring. Dette indikerer også, at læge 2 finder hændelsernes faglige del mere relevante at tage dialogisk, da han ikke får det samme ud af at indberette dem i rapporteringssystemet. Samtidig er det også en interessant vinkel på, at samme læge i foregående afsnit har nævnt vigtigheden, i at få en fælles forståelse, som kan øge indberetningen af hændelserne, ved at trække Styrelsen for Patientsikkerhed ind i meningsprocessen. Det kan vise, at læge 2 i den daglige og tidspresede hverdag bruger dialogen, som en hurtig og faglig sparring med en kollega, da han ellers ville have indberettet det i rapporteringssystemet, hvis der var en fælles forståelse af, hvad en utilsigtet hændelse er. Det kan også vise en kompleksitet af, hvordan den tidspresede hverdag karambolere med systemets procedure, som kræver fælles forståelse og tid til indberetninger. Det er løse koblinger, der påvirker og ændre hinanden, og også lægens meningsforståelse, af utilsigtede hændelser, i forskellige situationer. Både som individ med behovet for faglig sparring i en tidspreset hverdag, og samtidig ud fra rapporteringssystemets intentioner om fælles forståelse og

læring. Det sigter derfor mere mod, at der sker individorienteret læring, fremfor organisatorisk læring.

Ligeledes har vi gennem interviewene med den ledende afdelingssygeplejerske, set en accept af denne form for dialogisk behandling af de utilsigtede hændelser. I nedenstående citat sætter den ledende afdelingssygeplejerske ord på, hvordan hun agerer, hvis der kommer personale til hende med en utilsigtet hændelse:

[...] hvis der kommer en og siger til mig, ved du hvad? Jeg er simpelthen kommet til sådan og sådan, og så tager vi en snak om det [...]. (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 24, 20-21).

Den ledende afdelingssygeplejerske viser dermed også, at hun legitimerer, at personalet går til hende med utilsigtede hændelser, fremfor at indberette dem i rapporteringssystemet.

Ud over at plausible forklaringer kan give mening for personalet i deres måde at bearbejde hændelserne på, kan det også forklares ud fra, at personalet konstant er i en form for virkelighed, hvor de altid kastes ind midt i en proces, eller situation, som de ikke selv har bestemt. Derfor kan deres måde at bruge dialogen også forklares ud fra, at de finder mening i at gå til den ledende afdelingssygeplejerske for at bearbejde situationen (Weick, 1995; Hammer & Høpner, 2014). Her kan det belyses, at sygeplejerskerne hurtigere kan nå til en dialog om det, der er sket, med for eksempel den ledende sygeplejerske, og gennem en dialog om plausible forklaringer og handlemuligheder, forsætte deres arbejde, uden at skulle afbrydes i længere tid, ved at indberette i systemet. Det samme kan vi antyde, ud fra lægernes udtalelse, at de, som oftest, bruger hinanden, som faglig sparring af en hændelse. Der er ikke stabile mønstre i deres arbejde, som personalet kan gå ud fra i disse situationer, men fragmenter af begivenheder, som sættes ind i det store billede, der giver mening for dem. Heraf, som vi også tidligere nævner angående metaforer og symboler, som er plausible forklaringer på de situationer de er kastet ud i (Hammer & Høpner, 2015). Derfor kan man også argumentere for, at den organisatoriske læring har svære vilkår på afdelingen generelt set, idet at de netop udgår fra akkuratesse, hvor mønstre og tendenser kan udspringe af hændelserne, og give mening på et højere organisatorisk niveau, som ikke virker til at være tilfældet i konteksten. Derudover er det også en idenkation på, at der sker langt mere individorienteret læring, end på et højere organisatorisk niveau.

Sproget er også handling i dialogen hos personalet, som er med til at skabe den virkelighed, som de i en fælles meningsforståelse går ud fra, og handler på. Dette er et væsentligt perspektiv, når

det handler om organisatorisk læring, da både lederne og personalet er en dominerende faktor, da de skaber et verdensbillede af flere måder at behandle hændelserne på, end gennem rapporteringssystemet, som dermed giver mening (Hammer & Høpner, 2015). Gennem vores interviews fremhæves det, at der indberettes to til tre hændelser på afdelingen om måneden (Bilag 3, Interview med den ledende afdelingssygeplejerske, s. 3, linje 33-34), hvilket interviewpersonener beskriver, som værende meget få, og at den dialogiske behandling af hændelserne, deraf kan være en af årsagerne hertil.

5.5 Delkonklusion på analysedel 3

I denne delkonklusion på undersøgelsesspørgsmål 3, vil vi tage udgangspunkt i følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvordan skaber de forskellige personalegrupper mening med processen for utilsigtede hændelser?* Analysedel 3 har til hensigt at fremanalysere viden om personalets arbejde med utilsigtede hændelser, gennem begrebet om meningsskabelse, og dets syv elementer.

Vi kan hermed opsummere, at meningsskabelse udspiller sig gennem flere af de syv elementer. I afsnittet har vi belyst, hvordan magthierarki ses i casen og har betydning for meningsskabelsen. Dette så vi især udspille sig i faggruppen af sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne og den ledende afdelingssygeplejerske, som får betydning for de forskellige sociale meningsfortolkninger. Gennem analysen har vi også set, hvordan meningsskabelse i et retroperspektiv, ses udtrykt i deres tidspresede hverdag, hvor meningsdannelsen ofte er skabt i deres måde, hvorpå de håndterer de utilsigtede hændelser på. Personalet handler oftest hurtigt i momentet, da de prioriterer andre opgaver fremfor indberetningerne. Dette ses også i måden, hvorpå travlhed er accepteret som gyldig hændelsesgrund, for ikke at nå at indberette en utilsigtet hændelse, selvom lovgivningen præciserer dette.

Den sidste del omkring dialog, som værktøj, ser vi at mange af afdelingens personale benytter dialogen til bearbejdning af utilsigtede hændelser, fremfor rapporteringssystemet. Ud fra vores empiri, kan det vi se, at det er hyppigt brugt blandt personalet, men også et eksempel på, at dialogen bruges oftere i nogle situationer, fremfor andre. Herunder, når lægerne hurtigt skal have faglig afklaring, end når de vil indgå i en fælles meningsskabelse med ledelsen omkring forståelsen af utilsigtede hændelser. Heraf ses den ledende afdelingssygeplejerske også, som værende af væsentlig betydning for arbejdet med utilsigtede hændelser, og derfor også læringen heraf blandt sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne. Hun påvirker igennem hendes plausible forklaringer, som gør det hurtigere at forsætte arbejdet for sygeplejerskerne og social- og

sundhedsassistenterne. Vi kan dog formode, at det kan have en hæmmende virkning for organisatorisk læring, grundet, at det dermed bliver mere individ orienteret læring.

6. Diskussion

I specialets kapitel 6 vil vi diskutere vores metodiske arbejde og analysens fund. Vi vil først diskutere vores metodiske arbejde, i forhold til kvaliteten af specialet. Herefter vil vi diskutere analysens fund, i forhold til organisatorisk læring.

6.1 Metodologisk diskussion

I dette afsnit vil vi være metodekritiske og dermed diskutere vores metodiske refleksioner og valg. Først vil vi tage afsæt i gyldighed og bidrag, herefter refleksioner, i relation til undersøgelsen, og slutteligt reflektere over vores etiske valg.

6.1.1 Refleksion over specialets gyldighed og bidrag

I forhold til vores positionering, i den allerede eksisterende forskning på området, har vi arbejdet med litteratursøgning, og derigennem lavet et litteraturstudie, som har bidraget til en viden og en forforståelse i dette forskningsfelt. Det har været relevant for, at vi har kunne udarbejde en problemformulering, som har sin gyldighed indenfor undersøgelsesfeltet (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Vi har placeret os i et forskningsfelt, hvor der eksisterer stor opmærksomhed, megen viden og forskning, både på nationalt- og internationalt niveau. Vi har grundet tidsperspektivet i specialet, samt det store felt af allerede eksisterende forskning, arbejdet med en selektionsproces, hvor vi har afgrænset os til at undersøge fænomenet, utilsigtede hændelser, i et casestudie, med fokus på organisatorisk læring. Vores undersøgelsesmetoder har været analyse af dokumenter, samt observation og gruppe- og individuelle interviews. Specialets fokusområde og undersøgelsesmetoder mener vi, bidrager til forskningsfeltet, da vores undersøgelse belyser og bearbejder mikroperspektiver fra vores case, som gennem teoretiske begreber kan gøres eksemplarisk, og derfor anvendelig viden i et makroperspektiv. Problemfeltet danner udgangspunktet for vores problemafgrænsning og problemformulering, og har til hensigt at skabe transparens for læseren, i forhold til at vise vores forforståelse og grundlag for undersøgelsen. Dertil kunne vi have været mere eksplicite om vores selektionsproces i litteratursøgningen, da det har en betydning for vores viden og forståelse af emnet. Denne proces er forløbet gennem dialogiskform internt i gruppen, samt med sparring fra vejleder og bibliotekar fra Aalborg Universitetsbibliotek. Vi kunne med fordel have gjort vores afgrænsning mere explicit i vores speciale, hvilket ville have gjort det mere transparent for læseren.

6.1.2 Før- og efterrefleksioner af vores undersøgelse og udførelse heraf

I det følgende vil vi fremstille vores før- og efter refleksioner, i forbindelse med vores kvalitative forskningsmetoder: observation, gruppe- og individuelle interviews. Det gør vi for, at vores metodologiske beslutninger og dets konsekvenser for empirien, bliver mere eksplicit for læseren, så læseren på denne måde har mulighed for at vurdere gyldigheden af undersøgelsens fund (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Vi har tilgået vores interviews og observation i et interaktionistisk perspektiv, hvilket betyder at vi har haft en ambition om at forholde os sensitive, åbne og fleksible til dialogen med vores interviewpersoner, som også beskrives i metodeafsnittet om interview. Grundet denne interaktionistiske tilgang, har vi ikke haft udarbejdet en lang og styrende interviewguide, men derimod har vi lavet nogle få spørgsmål, indenfor bestemte temaer, som vi har haft behov for at berøre, grundet vores for forståelse og kendskab, indenfor vores forskningsfelt. De temaer, der har været udgangspunktet for vores spørgsmål er: processen for utilsigtede hændelser, kommunikative processer, ledelsesmæssig struktur, arbejdsprocesser, ledelse, mørketal, relationer og kommunikation. Vi fik berørt alle disse temaer i vores interviews, og vi fik skabt plads til at kunne følge de nye spor, som interviewpersonerne åbnede op for. Et af de nye perspektiver, som vores interviewpersoner var optaget af, var manglende bagatelgrænse for utilsigtede hændelser, mening og tidspres i deres hverdag. Disse perspektiver var noget som fyldte meget i alle vores interviews, og som efterfølgende fik en stor betydning for vores analyse, hvorfor vi kan fremhæve, at vi til dels er lykkedes med at forholde os sensitivt og åbent til de spor, som ville opstå i interviewet. Dog mener vi, at vi med fordel kunne have afholdt et prøveinterview, for at opleve, hvordan responsen på vores spørgsmål vil være. I de fleste af vores interviews oplevede vi, at interviewpersonerne havde vanskeligt ved at reflektere ud fra følgende spørgsmål:

”Hvad er din rolle i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser? Kan du give eksempler?” (Bilag 7 - Interviewguide, s. 1)

Det var kun den ledende afdelingssygeplejerske og sygeplejersken, som er patientsikkerheds nøgleperson, der uden tøven svarede på dette spørgsmål. Læge 1 og social- og sundhedsassistenten, kunne ikke rigtigt svare på spørgsmålet, og de virkede lidt undrende i forhold til det. Dette kunne vi se i lange tænke pauser og et lidt tøvende svar. Grunden hertil kan være, at den afdelings ledende og sygeplejerskens rolle er klart defineret i kraft af deres jobfunktion på afdelingen. Sygeplejersken

og den ledende afdelingssygeplejerske er ligeledes ansat til at tage sig af kvalitetsarbejde i plejen, herunder arbejdet med utilsigtede hændelser. Hvorimod lægerne og social- og sundhedsassistenten er ansat til at udfører opgaver, indenfor deres fagprofession. Dermed er de ikke ansat i en jobfunktion, hvor der er fokus på kvalitetsarbejdet omkring utilsigtede hændelser, men er en forventning til deres jobfunktion, der er kommet til, og som ikke er klart defineret. For eksempel svarede læge 1 således:

[...] nej altså min rolle er ligesom alle andre. Det er at bruge systemet til at indrapportere disse ting, så det ikke bare bliver at, nå nej, der var der en der lige gjorde noget der, og så glemmer man det, men sådan at det bliver dokumenteret.
(Bilag 1 - Interview med læge 1, s. 8, linje 33-35)

Læge 1 svarer i overensstemmelse med spørgsmålet, men det var mere læge 1's tøven inden svaret, som kommer til udtryk i det talte sprog, samt hans kropssprog, som indikerede at han blev lidt forvirret eller usikker på spørgsmål, hvilket ligeledes var tilfældet ved social- og sundhedsassistenten. Efterfølgende har vi reflekteret, over årsagen til de to meget forskellige typer respons på dette spørgsmål. Som beskrevet længere oppe i afsnittet, kan en årsag være, at den ledende afdelingssygeplejerske og sygeplejersken begge har et ekstraansvarsområde, vedrørende arbejdet med utilsigtede hændelser. De fortalte begge konkret, hvad deres arbejdsopgaver er, i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser. De andre har ikke nogen ekstra opgaver eller roller, i forbindelse med arbejdet med utilsigtede hændelser, andet end at skulle indberette dem. Derfor virkede spørgsmålet for dem, måske lidt forkert, eller som om at vi ikke var vidende om, hvad deres rolle i virkeligheden var. Grundet vores refleksioner over dette, valgte vi ikke at stille dette spørgsmål til læge 2. En beslutning, vi ikke mener, har haft den store betydning for vores empiri, da vi generelt havde en oplevelse af, at interviewet med læge 2 forløb meget let, naturligt og han virkede tryk i samtalen, til trods for flere afbrydelser fra lægens vagtelefon. Dette mener vi at kunne tillade os at antage, da han smilte, grinte, snakkede og fortalte os om flere forskellige emner, som havde en grad af problemfyldte facetter, både omkring kulturen, personlige oplevelser samt ledelsesmæssige erfaringer.

Et andet forhold fra vores interviews, som vi ønsker at diskutere, er vores beslutning om at afholde et gruppeinterview med sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten. Argumentationen for dette valg var, at vi havde en forhåbning om, at vi med et gruppeinterview kunne få mulighed for at se, hvordan interviewpersonerne interagerede og kommunikerede med hinanden. Vi mente, at et

gruppeinterview ville bidrage i forhold til den viden vi søgte, grundet vores videnskabsteoretiske ståsted, socialkonstruktivisme. Under gruppeinterviewet var det primært sygeplejersken der talte, social- og sundhedsassistenten sagde kun få ord, selvom vi gentagende gange forsøgte at spørge direkte til hende. Vi har derfor reflekteret over, hvorvidt vi havde fået mere ud af at interviewe hende individuelt, så hun måske havde taget, og fået mere plads, og derfor havde fået mulighed for at bidrage mere med hendes perspektiver. En anden grund til vores beslutning, om at afholde et gruppeinterview, skyldes vores første tiltænkte fremgangsmåde, som var, at vi ville have haft udført et fokusgruppeinterview, da det netop ville bidrage med, en indsigt i deres måde at interagere med hinanden, men dette kunne vores undersøgelses case desværre ikke sætte personale nok af til, på samme tid.

Et sidste element, som vi mener er relevant at fremhæve, for at skabe transparens for læseren, i forhold til vores interviews, er at alle interviews blev afholdt online. Vi mener at onlineformatet kan have en påvirkning på interviewets forløb, særligt interviewet med læge 2 blev påvirket af gentagende afbrydelser, forsinkelse og dårlig forbindelse. Dette fik en betydning for flowet i interviewet. Ydermere oplevede vi, som interviewere, at det var vanskeligt at skabe et nærværende og trygt rum, som vi havde en ambition om, grundet den fysiske distance.

Vi vil ligeledes forholde os reflektivt til, hvorvidt det har lykket os at belyse de forskellige interviewpersoners perspektiver, hvorvidt nogle af perspektiverne ikke kommer nok frem, eksempelvis om, der er nogle der fylder for meget. Et kritik punkt vedrørende denne problematik har vi allerede belyst, da det ikke lykket os at få en mere jævnbyrdig fordeling af perspektiver i gruppeinterviewet. I gruppeinterviewet er det primært sygeplejersken, der deltager i dialogen, og social- og sundhedsplejerskens perspektiver formår vi ikke at få skabt rum til, i denne interviewsituation, hvorimod sygeplejerskens perspektiver bliver det primære i interviewet. På samme måde blev vi udfordret under vores observation af deres personalemøde, hvor det nærmest udelukkende blev den ledende afdelingssygeplejerskes perspektiver, vi lykkedes at få frem. Dette kan være forårsaget af, at det er den ledende afdelingssygeplejerske, som har givet os tilladelse til at deltage i mødet. Hermed kan det betyde, at personalet ikke interagerer, som de muligvis plejer, på grund af vores tilstedeværelse. Selvom personalet har givet samtykke til vores deltagelse, kan det tyde på, ud fra deres passive deltagelse på personalemødet, at de ikke følte sig trygge ved at gennemgå det følsomme emne om utilsigtede hændelser.

Vi er bevidste om, at vores deltagelse på personalemødet, som forskere, kan have en påvirkning på deres måde at håndtere mødet på, og at vi bliver en del af den interaktion der udspiller sig, og derfor

er vi også en del af de konstruktioner af meninger, der opstår, og den empiri, der bliver produceret, jævnfør den interaktionistiske observationsmetode (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Vi antager, at vores observation kan bidrage til at vise nogle mønstre og sociale interaktioner, som vi må formode, er et billede af nogle af deres relationsmønstre, som har betydning for magtpositioner og meningsdannelser i denne praksis, og deraf, hvordan de som organisation kan lære.

Alle disse før- og efterrefleksioner omkring vores undersøgelse og dets eventuelle påvirkning på vores speciales fund, mener vi bidrager til, at læseren har mulighed for at kunne forholde sig kritisk refleksiv til troværdigheden af vores undersøgelse, samt gyldigheden af dets fund (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

6.1.3 Etiske refleksioner

Et andet element, som har haft betydning for vores metodologiske refleksioner, er etik. Hele vores speciale og alle vores beslutninger har været præget af etiske overvejelser. Vi undersøger et følsomt emne, ind i en bestemt case, hvorfor vi har måtte anonymisere alle medvirkende samt hospitalets navn og region, for at sikre os, at ingen vil kunne blive genkendt, og vi på denne måde har opretholdt en vis grad af forskningsetisk standard (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2004). Derudover har dette følsomme emne betydet, at vi har haft refleksioner og bekymringer, ved at afholde vores interviews og observation online, da vi har oplevet denne fysisk distance, som en udfordring, i forhold til at ville skabe nærvær og tryghed i disse situationer. Ydermere mener vi at, vores undersøgelse ville have haft mere gyldighed, hvis vi havde haft mulighed for at lave et fysisk feltstudie i vores case. Vi mener, at et fysisk feltstudie ville bidrage til at opnå kohærens i vores speciale, da vores problemformulering efterspørger mere fyldestgørende viden, som med fordel ville kunne undersøges gennem et fysisk feltstudie (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Dette kunne af etiske årsager dog ikke lykkes, da de i vores case, havde sig selv og deres patienter at skulle beskytte. Et andet element, som har givet anledning til etiske refleksioner, er vores arbejdsproces med vores empiri. Vi har gennem transskription af interviewene haft en ambition om, at interviewpersonerne forstås korrekt, derfor har vi gennemlyttet interviewene og læst transskriptionerne flere gange. Ydermere har alle specialegruppens medlemmer læst hinandens transskriptioner, for at sikre en vis standart. Derudover har vi i gruppen fastlagt nogle regler for, hvordan vi i transskriptionen markerer pauser, forstyrrelser, og ordlyd som: 'mm', 'hm', 'åh'. Disse regler har skulle sikre en vis ensartethed, samt sikre at betydningen af interviewpersonens udtalelser forstås korrekt. Ved blandt andet at nedskrive interviewepersonernes kropssprog, har vi

fremhævet særlige forhold, som måske kan have betydningen, men som læseren selv ville kunne overveje dets relevans (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Derfor har denne arbejdsproces med transskriptionerne, samt de kollektive regler, fungeret som et troværdighedstjek af vores empiri, som senere er anvendt i vores analysedel, hvorfor vigtigheden af troværdigheden af vores transskriptioner har så stor betydning. Denne transskriptionsproces har for gruppen betydet mange etiske overvejelser, da vi har ville skabe troværdighed og transparens, både overfor læseren, og vores interviewpersoner.

Vi har på samme måde i vores analyse af vores empiri gennemgået de citater, vi har valgt at inddrage i selve analysen. Det har vi gjort, ved at læse dem, se dem i en sammenhæng i forhold til, hvad der spørges om, og hvad der eventuelt opstår af pauser og andet. Dette har vi gjort for at sikre os, en vis troværdighed i den følgende analyse af citatet (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Slutteligt i vores gennemgang af vores etiske refleksioner, ønsker vi at fremhæve, at vores speciale ikke har været påvirket af nogle afhængighedsforhold mellem os og vores undersøgelses case. Vi har udelukkende forsket for forskningens skyld (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2004). Årsagen til, at vi ikke har oplevet et afhængighedsforhold mellem os og vores case, mener vi kan skyldes, at vi har opretholdt en naturlig distance til vores undersøgelsescase, grundet de etiske årsager til, at vi ikke har haft vores daglige gang hos dem. Vores rolle i vores undersøgelsescase påvirkes af, om vi har et afhængighedsforhold eller ej, samt hvilken empiri vi får skabt. Da vi har befundet os i en relativ høj grad af distance til vores case, har der ikke været en risiko for overidentifikation, dog ville en bedre balance mellem nærhed og distance kunne have været fordrende for vores undersøgelse (Prieur, 2002).

6.2 Systemet og organisatorisk læring

Følgende afsnit vil præsentere de mest essentielle pointer fra analysens delkonklusioner, som vil blive diskuteret ind i, hvorvidt rapporteringssystemet egentlig fordrer organisatorisk læring. Dette er interessant at belyse, da systemet omkring utilsigtede hændelse baserer- og bestræber sig på, at organisationerne opnår læring, som vi forstår, som organisatorisk læring.

6.2.1 Dialog og organisatorisk læring

På baggrund af analysens fund kan det udledes, at der er en modstand mod at indberette fejl fra både personalet selv og dets kolleger, som en form for beskyttelse (Hammer & Høpner, 2015; Edmondson, 2018). Vi vil her diskutere, hvorvidt rapporteringssystemet er egnet til at håndtere

læring af fejl, på en måde der fordrer organisatorisk læring, eller ej? Som det fremgår af vores observationer og interviews, fandt vi ud af, at der også var en væsentlig forskel i hvordan, og hvorvidt personalet fandt mening i at indberette utilsigtede hændelser i rapporteringssystemet. Her var det tydeligt at personalet foretrak en dialogisk måde at bearbejde dem på. Både i forhold til det meningsskabende for det videreforløb i deres arbejde, men også, som en form for tilpasning af den tidspressede hverdag, som de alle har omtalt. Derfor kan man påpege om rapporteringssystemet egentlig fordrer mere kontrol af organisationen, end lokal læring, som ellers er fremhævet i lovgivningen (jf. Afsnit 7.1). Vi kan her diskutere om Argyris fortolkning af, hvordan han forstår at et individ oplever fejl, som kan skabe læring, til gavn for organisationen, kan være problematisk, da individet ikke nødvendigvis oplever at der er en fejl (Argyris, 1999). Det er ud fra vores analyse også eksemplificeret, da fejlene ikke altid bliver indberettet, samt er forskellige i hvordan de bliver bearbejdet. Vi argumenterer for, at man skal kigge mere nuanceret på organisatorisk læring, da vi også forstår at læring skal give mening for et individ, hvor meningen er forskellige blandt faggrupperne i vores case. Dette er også set ind i, at organisationer kan være komplekse (jvf. Kapitel 1.1.1), og læringen derfor nødvendigvis heller ikke kan defineres på én bestemt måde, som vi belyser i vores case, hvilket er en faktor for, hvordan og hvorfor de foretrækker dialog, som læring (jvf. kapitel 5.4).

Her kan vi også diskutere, om afdelingen egentlig opnår organisatorisk læring, da fejl og uventede resultater burde bidrage til organisatorisk læring, men i vores case ikke har samme effekt (Argyris, 1999). Vores forståelse af hvordan en organisation lærer, baserer sig også på, at det skal give mening for individet, at fejlen kan bidrage til læring, før organisationen reelt kan lære. Vi kan dertil diskutere om rapporteringssystemet egentlig ville have en bedre virkning, ved at være opbygget mere omkring den dialogiske måde at håndtere og bearbejde fejl på, fremfor et teknisk, generelt og hierarkisk opbygget rapporteringssystem, som det ses nu. Ud fra vores fund, kan vi diskutere om den løse dialog ville kunne bidrage til meningsskabelse omkring læring af fejlene, som vil kunne fordrer mere organisatorisk læring, da det ikke kun handler om de store ændringer, men også de små. Den løse dialog vil også kunne åbne op for en sammenhængende fælles forståelse og mening af utilsigtede hændelser. Det vil betyde, at de på den måde også ville kunne inddrage personalet mere i udvikling og læringen, som giver mening for dem, i en presset hverdag. På den måde vil organisation og personale gensidigt kunne påvirke hinanden til mere læring. Afdelingen vil dermed gennem mere fokus på kultur og kommunikative processer, som personalet finder meningsfuldt, kunne opnå og sprede læring ud til organisationen, som helhed, som ses i princippet om organisatorisk læring.

6.2.2 Fælles forståelse og organisatorisk læring

En anden væsentlig faktor for en organisations evne til at lære, er hvordan organisationen håndterer læring. Rapporteringssystemet er et læringsværktøj, hvor en fælles forståelse er en faktor for at bruge rapporteringssystemet optimalt. Ligeledes er rapporteringssystemet også med til at definere, hvad der evalueres på. Som vi beskriver i analyse del 1, må den formelle definition af utilsigtede hændelser, i princippet være med til at sørge for, at der er en fælles forståelse af, hvad en utilsigtede hændelse er (Retsinformation, 2011). Vi kan dog, ud fra de interviewedes udtalelser se, at der ikke er en fælles forståelse af hvad en utilsigtede hændelse er. Der ses ikke bare overordnet en manglende fælles forståelse blandt personalet, men også en differentieret forståelse af utilsigtede hændelser, blandt fagprofessionerne i personalegruppen. Vi kan dermed sætte spørgsmålstejn ved, om den meget udbredte forskellighed i forståelsen af utilsigtede hændelser hæmmer rapporteringssystemets virkning, da vi forstår at, fejl skal give mening for personalet, for at organisatorisk læring overhovedet kan forekomme. Derfor kan vi diskutere, at så længe der er differentieret forståelser af fejl, som her ses med utilsigtede hændelse, vil der heller ikke forekomme samme læringsudbytte, som med en fælles forståelse. Vi kan ydermere belyse, at fejl også skal nuanceres mere, da det ikke er nok for et individ at begå en fejl, som dermed gavner læringen i organisationen (Argyris, 1999), men at der er mange faktorer, når det handler om fejl, der hæmmer eller fremmer læring i en organisation. Herunder hvordan, der til trods for procedure med en formel forståelse af og konkrete retningslinjer for utilsigtede hændelser, alligevel kan opstå meget differentierede forståelser, til selvsamme. Vi kan derfor også argumentere for, at der ikke nødvendigvis kommer organisatorisk læring ud af fejl, da vi har belyst i vores case, at den manglende fælles forståelse af utilsigtede hændelser kan påvirke, hvor meget personalet indberetter.

6.2.3 Utilsigtede hændelser og offentlig styring

En yderlig pointe vi vil belyse og diskutere, er kontrasten mellem styringsparadigmerne New Public Management og New Public Governance, som ses styrende i den offentlige sektor (Jf. kapitel 2.1). Kontrasten ses i, hvordan rapporteringssystemet styres på, i forhold til, at det både indeholder værdier fra New Public Management, ved resultats- og kontrolmekanismer i måden rapporteringssystemet teknisk er opbygget, samt fordrer lokal læring og samarbejde i organisationen, som ses udtalt i New Public Governance paradigmet. Dette vises også i, hvordan både lovgivningen og regionens procedure er opbygget, hvor vi kan anskue at der er elementer fra begge styringsparadigmer, i en kombination af værdier fra begge paradigmer.

Igennem analysen blev det tydeliggjort, at selve rapporteringssystemet ikke var meningsgivende for personalet, i måden det var opbygget på, idet det virker kompliceret og med mange kontrolspørgsmål. Det kan antydes, som en bureaukratisk måde at kontrollere på i deres kontekst. Heri hvordan det kan anskues, som et generelt og hierarkisk rapporteringssystem, som er for rigid, til en kompleks organisation, som et hospital. Et eksempel herpå, ses i måden sygeplejersken fremhæver tillid og kontrol ved rapporteringssystemet, i forbindelse med forkert medicindosering, som hun fandt mere kontrollerende, end baseret på tillid, og udtaler, at:

[...] det er jo det der med tillid er godt, kontrol er bedre [...]. (Bilag 4 - interview med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, s. 3, linje 11).

Dermed kan vi sætte spørgsmålstejn ved, om det er et system, der ikke er i trit med dets overordnet læringsformål, men mere skal ses, som New Public Managements kontrol. Det er væsentligt at påpege, at vi er bevidste om, at vi ikke kan ignorere konteksten af styringsparadigmerne, når det handler om hvordan hospitalssektoren er styret. Der er en vigtig pointe i, at New Public Management har værdi i at vise kontrolresultater og styre med økonomisk budgettering, når det handler om, hvad skatteydernes penge går til. Det er en del af det danske velfærdssamfund at kunne kontrollere, hvad de offentlige midler går til, som oftest gøres gennem evalueringer, kontrol og økonomiske incitamenter. Det skal tages med, når det handler om at vurdere et system, som rapporteringssystemet omkring utilsigtede hændelser (Torfing & Triantafillou, 2017). Torfing og Triantafillou antyder, at flere værdier fra New Public Governance i fremtiden vil vinde mere indpas i den offentlige sektor, som ud fra vores fund i den konkrete kontekst, vil give mening for personalet. Dette hænger også sammen med, et større fokus på lokal læring og tryghed i indberetningerne, som også er belyst i regionens procedure (Jf. Kapitel 3). Vi kan derfor sætte spørgsmålstejn ved, om det vil være en mere passende måde at håndtere utilsigtede hændelser på, hvor rapporteringssystemet skulle tilpasses specifikke kontekster, med flere innovative processer i arbejdet med utilsigtede hændelser, som skaber mening for personalet, og derfor kunne fordrere mere organisatorisk læring (Torfing & Triantafolliu, New Public Governance på dansk, 2017).

7. Konklusion

Slutteligt vil vi i dette kapitel konkludere på vores forskningsundersøgelse, og besvare specialets problemformulering.

Udgangspunktet for specialets undersøgelse var, hvordan en regions procedurer for håndteringen af utilsigtede hændelser bidrager til organisatorisk læring. Formålet med at indberette utilsigtede hændelser, er at skabe læring på baggrund af fejl i sundhedsvæsenet. Der opstod en undren hos os om, hvordan utilsigtede hændelser håndteres, og hvordan der kan skabes organisatorisk læring. Ligeledes opstod der en undren om, hvorfor utilsigtede hændelser ikke indberettes, når det er sanktioneringsfrit system, der fordrer læring. I specialet tager vi udgangspunkt i en akutafdeling på et regionshospital. På baggrund af vores undren, tog specialets udgangspunkt i følgende problemformulering:

Hvordan bidrager procedurer for utilsigtede hændelser til organisatorisk læring på en akutafdeling?

Med afsæt i vores speciale og dets undersøgelse, mener vi at kunne konkludere, at procedurerne for utilsigtede hændelser bidrager til en forståelsesramme og et sprog på akutafdelingen, og i mindre grad til organisatorisk læring. Hertil mener vi at kunne konkludere, at der opstår en problematik, når procedurerne møder en hektisk virkelighed på en akutafdeling. Virkelighedens Regionens procedurer tager afsæt i flere nuancer, herunder sagsbehandling, arbejdsgang, forståelse, tekniske procedurer, analytisk tilgang, med mere (Region Nordjylland, 2022) påvirkning betyder, at procedurernes bidrag til praksis, bliver meget forskelligartet, og muligvis ikke i overensstemmelse med det bidrag, som intentionen med rapporteringssystemet har været, jævnfør lovgivningen og Styrelsen for Patientsikkerhed (Retsinformation, 2011; Styrelsen for Patientsikkerhed, 2022).

7.1 Overvejelser om undersøgelsens metodiske afsæt

For at kunne besvare vores problemformulering mere nuanceret, vil vi i det følgende sammenfatte resultaterne fra vores undersøgelse, for at besvare vores problemformulering. Vi vil fremstille, hvorledes vores undersøgelsesdesign med valg af metode, teori og videnskabsteoretisk ståsted, har bidraget til at kunne besvare vores problemformulering, og hvor vores valg har forårsaget nogle mangler. Dette gør vi, for at gøre det så transparent for læseren som, muligt.

Vi har forholdt os forskningsorienteret, i forhold til den viden vi har søgt, da vi har haft en ambition, om at blive klogere på vores undersøgelsesfænomen, utilsigtede hændelser. Da vi har forsket i et felt med allerede meget eksisterende forskning, har vi skulle forholde os til denne, for at få indsigt samt afdække, hvor der ville være eventuelle videns huller i forskningen, som vores speciale vil kunne bidrage til. Vi mener derfor, at vores speciale bidrager til dette forskningsfelt med en viden om fænomenet utilsigtede hændelser, i et organisatorisk læringsperspektiv. Hvormed denne viden forholder sig nuanceret til flere af de facetter, som kompliceres i læringsperspektivet, når fastlagte procedurer rammer en virkelighed, med mennesker med både sociale, kulturelle og kognitive påvirkninger. Vi har undersøgt vores undersøgelsesfænomen i vores case, som har givet os mulighed for at få viden om utilsigtede hændelser i et mikroperspektiv, og som nu slutteligt i vores konklusion kan eksemplificeres ud i et makroperspektiv. Vores undersøgelse er blevet foretaget i overensstemmelse med den socialkonstruktivistiske forståelse af den sociale virkelighed, hvor sociale interaktioner er forudsætning for meningsskabelse. Vi har behandlet vores undersøgelsesfænomen ud fra forskellige perspektiver. Dette har vi gjort ud fra, at vi med et socialkonstruktivistisk ståsted forholder os til, at der ikke kun eksistere én sandhed, men derimod, at der findes flere perspektiver på samme fænomen (Berger & Luckmann, 2008).

Vi har tilgået specialeprocessen gennem en abduktiv tilgang, herunder med organiseringsanalytisk perspektiv (Olsen, 2008), hvor vi søger at få et indblik i personalets kollektive handleprocesser. Ligeledes har vi tilgået processen i en vekselvirkning mellem empiri og teori. Problemformuleringen blev undersøgt gennem kvalitativ casestudie, litteraturstudie, observation og interviews. Der blev i casestudiet udført observation af et personalemøde og fire interviews med fem forskellige interviewpersoner med forskellige fagprofessioner, som tog udgangspunkt i en åben dialog og en løst struktureret temabaseret interviewguide. Tre af interviewene blev foretaget som individuelle interviews, og et blev foretaget som gruppeinterview. Vores empiribearbejdning tager afsæt i en tematisk analyse, hvor også vores abduktive tilgang og organiseringsanalytiske perspektiv danner grundlag for, hvordan den indsamlede empiri blev analyseret. For at begrebsliggøre undersøgelsesfænomenet, utilsigtede hændelser, har vi anvendt Argyris' begreber om organisatorisk læring (Argyris, 1999) og Weicks begreb om meningsskabelse (Weick, 1995).

7.2 Procedurens bidrag

Ud fra analysens fund, samt vores diskussion heraf, kan vi konkludere, at procedurerne for utilsigtede hændelser har betydningen for den organisatoriske lærings muligheder på akutafdelingen. Med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmål 1, kan vi konkludere, at der i

regionen er én formel deskriptiv procedure, der tager udgangspunkt i lovgivning om utilsigtede hændelse, som har betydning for vores case kontekst. Ligeledes har vi kunne konkludere, at Retsinformation har en bestemmende definition af vores undersøgelsesfænomen, utilsigtede hændelser, som vi har belyst, er en faktisk deskriptiv viden, som giver et idealbillede af, hvordan utilsigtede hændelser bør forstås og behandles (Andreasen m.fl., 2015). Denne faktuelle viden om fænomenet utilsigtede hændelser, har bidraget med en forståelse af fænomenet, som har været betydningsfuldt for den resterende del af analysen, da denne viden kan undersøges ind i vores case. Vi har kunne anvende denne forståelse af fænomenet til at få viden om, hvordan det påvirker sproget, forståelsesrammen og handlingerne i vores case (Andreasen m.fl., 2015).

7.3 Forskellige forståelser af utilsigtede hændelser

I analysedel 2 kan vi konkludere, at der eksisterer mange forskellige forståelser af utilsigtede hændelser, og at vi kan se et mønster i en opdeling af forståelserne, alt efter fagprofession. Vi har kunne fremanalysere, hvordan læge 1 og 2's forståelser af fænomenet virker til at være påvirket af, den formelle deskriptive forståelse af utilsigtede hændelser (Bilag 1; Bilag 2). Deres forståelse af utilsigtede hændelser kan begrebsliggøres gennem theories of action, da det bliver et udtryk for et idealbillede af, hvordan de bør forstå og behandle utilsigtede hændelser (Argyris, 1999). Derimod ser vi et andet mønster hos den ledende afdelingssygeplejerske, sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten (Bilag 3; Bilag 4). De tegnede et andet billede af, at ikke alt bør indberettes, men har nogle andre forståelser, for hvad der er relevant, eller ej. Denne variation af forståelserne, vil kunne betyde forskel i mulighederne for organisatorisk læringen for faggrupperne. På afdelingen påvirkes organisatorisk læring af personalets forskellige forståelser af utilsigtede hændelser og deres forklaring om en bagatelgrænse for indberetning af utilsigtede hændelser. Deres forståelser af utilsigtede hændelser har en indflydelse på de defensive handlemønstre på afdelingen, og i praksis kan det skyldes divergens mellem theories of action og theories-in-use (Argyris, 1999). Theories of action er påvirket af regionens procedure og lovbestemte krav, som har en betydning for synet på og sproget om utilsigtede hændelser (Argyris, 1999).

7.4 Defensive handlemønstre som anti-læring

Ligeledes påvirker kulturen på afdelingen den organisatoriske læring, idet personalets defensive handlemønstre og den dialogbaseret tilgang til håndtering af utilsigtede hændelser, skaber individuel læring, eller slet ingen organisatorisk læring. Hvorved afdelingens evne til at lære, er udfordret af deres måde at håndtere utilsigtede hændelser på og hvordan de dertil håndterer

læringen. Hertil kan vi konkludere, at den organisatoriske læring hæmmes på akutafdelingen af defensive handlemønstre, samt at procedurerne for utilsigtede hændelser påvirker akutafdelingens principper og forståelse for, hvordan de arbejder med utilsigtede hændelser (Argyris, 1999). Dertil kan vi konkludere, at der fremtræder et mønster af, at der er en væsentlig forskel i, hvordan akutafdelingens theories of action og theories-in-use udspiller sig, hvilket ligeledes har en betydning for den organisatoriske læring på akutafdelingen (Argyris, 1999).

7.5 Meningsskabelsesprocesser

Vi kan ligeledes i denne sammenhæng konkludere, at der udspiller sig, meningsskabelsesprocesser på akutafdelingen omkring utilsigtede hændelser, hvor både afdelingslederne og personalet søger mening i deres egne arbejdsgange og måder at forstå og håndtere utilsigtede hændelser, som har en påvirkning på den organisatoriske læring. Til at begrebsliggøre denne proces, har vi med afsæt i meningsskabelse og Weicks syv elementer for meningsskabelse, analyseret processen (Hammer & Høpner, 2015). Et element der har betydning for meningsskabelsen, er magthierarki, idet den ledende afdelingssygeplejerske har en magtposition i kraft af hendes stilling og handlinger. Meningsskabelsesprocessen er påvirket af afdelingens løse koblinger, som har betydning for de sociale meningsfortolkninger, som hæmmer organisatorisk læring. Personalets hverdag ses udtrykt i et retroperspektiv, som er skabt i deres måde at håndtere utilsigtede hændelser på.

7.6 Håndtering af organisatorisk læring

Som udtrykt i analysedel 2 og 3, er dialog en måde, hvorpå personalet bearbejder utilsigtede hændelser, hvor den ledende afdelingssygeplejerske har en væsentlig betydning for håndteringen, og læringen af utilsigtede hændelser for afdelingens sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Dette er både når det gælder individerne selv, som i sociale meningsudvekslinger. De søger meningsskabelse i at bearbejde utilsigtede hændelser i dialogiske processer, som overtager og bliver til defensive handlemønstre, da de i en hverdag med tidspres og hurtige beslutninger finder det mest relevant. Det er til trods for, at procedurerne og regelsættet er sat op til, at arbejdet med organisatorisk læring skal ske gennem indrapportering af utilsigtede hændelser i rapporteringssystemet, til gavn for et højere niveau af lokal læring gennem tendenser og mønstre. På den måde ser vi, at der gennem analysen foregår mere single-loop læring end double-loop læring i måden dialogen overtager deres måder at handle på, når det kommer til utilsigtede hændelser. Det kan have en betydning for, hvor meget organisatorisk læring, der måtte forekomme, da man som udgangspunkt, som organisation stræber efter single-loop læring såvel

som double-loop læring (Argyris, 1996). Derfor må der slutteligt understreges, at ud fra casens teoretiske vurdering, bidrager procedureerne, og herunder den meningsskabelse, der sker, ikke til organisatorisk læring på det niveau, som afdelingen måtte ønske, og som er tiltænkt i lovgivningen og regionens procedure.

Litteraturliste

- Andreasen, K. E., Rasmussen, P. D., Rasmussen, A., Jensen, A. A., Ydesen, C., & Ravn, O. (2017). *At undersøge læring*. (1 udg.) Samfundslitteratur.
- Argyris, C. (1999). *On organizational learning*. Blackwell Business/Blackwell Publishers.
- Berger, P.L. & T. Luckmann (1991): *The Social Construction of Reality*. London: Penguin Books.
- Berger, P.L., & Luckmann, T. (2008).: *Den sociale konstruktion af virkeligheden*. 3. udgave, 3 oplag. Akademisk Forlag.
- Brandi, U. & Sprogøe, J. (2019). *Det magiske øjeblik. Kvalitativ analyse skridt for skridt*. 1. udgave, 1 oplag. Forfatterne og Hans Reizels Forlag.
- Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder*. 1. udg. Hans Rietzel forlag.
- Danske Regioner (2017). *Sundhed for alle - Vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen*.
- Bilde, L. m.fl. (2018). *Mere patientsikkerhed for pengene –hvordan*. Forlag: Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Lokaliseret d. 17.05.2021 på: <https://www.vive.dk/media/pure/11163/2305651>
- Dansk Sygeplejeråd. (2019): *Flere utilsigtede hændelser at lære af*. Lokaliseret d. 10.02.2022 på: [https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2020-9/flere-utilsigtede haendelseer-at-laere-af](https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2020-9/flere-utilsigtede-haendelseer-at-laere-af)
- Edmondson, A.C. (2020). *Den frygtløse organisation – Skab psykologisk tryghed på arbejdspladsen og styrk læring, innovation og vækst*. 1. udgave, 4. oplag. Djøf Forlag.
- Hammer, S., & Høpner, J. (2019). *Meningsskabelse, organisering og ledelse: 2. udgave*. (2 ed.) Samfundslitteratur.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005): *Kommunalreformen – kort fortalt*. Lokaliseret d. 12.02.2022 på: <http://www.oim.dk/media/17070/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
- Jain, A. K. (2016). *Measuring distributed leadership agency in a hospital context: Development and validation of a new scale*. Journal of health organization and management, 30(6), 908-926.
- Jensen, P. M. (7. december 2019). Bæredygtighed i sundhedsvæsenet gavner hele vejen rundt. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, s. 29-35.
- Järvinen, M & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. 1. udg. Hans Rietzel forlag.
- Jørgensen, P.S. Rienecker, L. & Skov, S. (2011). *Specielt om specialer – en aktivitetsbog*. 4. udgave, 4. oplag. Samfundslitteratur.
- Kristensen. R. S. (2019): *Forskerklummen: Så meget koster utilsigtede hændelser*. Forlag: Altinget.dk. Lokaliseret d. 09.02.2022 på:

<https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sundhedsoekonom-saa-meget-koster-tilsigtede-haendelser>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview* 1. udg.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview* 3. udg.

Lipczak, H. (2004). *Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser*. Forlag: Dansk Institut for Sundhedsvæsen. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://docplayer.dk/11725488-Dsi-institut-for-sundhedsvaesen-dsi-rapport-2004-05-rapporteringssystem-til-tilsigtede-haendelser-pilottest-af-fas-henriette-lipczak.html>

Lyman, B., Hammond, E. L., & Cox, J. R. (2019). Organisational learning in hospitals: A concept analysis. *Journal of nursing management*, 27(3), 633–646. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://doi.org/10.1111/jonm.12722>

Meier, N., Nielsen, F.J., Madsen, T.M. (2009). *New Public Middle-Management – Ledelse under umulige forhold?*. Forlag: Det Danske Ledelsesakademi. Lokaliseret d. 11.05.2022 på: https://pure.au.dk/ws/files/9731/New_public.pdf

Poul B. Olsen & Kaare Pedersen, (2018). *Problemorienteret projektarbejde*. 5. udg.

Prieur, A. (2002) At sætte sig i en andens sted. En diskussion af nærhed, afstand og feltarbejde. I: *Liv, fortælling tekst - Strejftog i kvalitativ sociologi*. af Jacobsen, M. H., Kristiansen, S. & Prieur, A. (red.). Aalborg Universitetsforlag.

Region Nordjylland (2022). *Utilsigtede hændelser: Rapportering, analyse og læring på Aalborg Universitetshospital*. Lokaliseret d. 23.05.2022 på: <https://pri.rn.dk/Sider/10241.aspx>

Stegager, N. & Laursen, E. (2020) 1. udg. 6 oplag. *Organisationer i bevægelse. Læring - udvikling – intervention*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Styrelsen for Patientsikkerhed, (2021): Pilotprojekt utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://stps.dk/da/laering/projekter/uth/pilotprojekt-og-samlerapportering-i-kommunerne/~media/C4E1FAA9C4614BB498D64CB1B6F162E7>

Styrelsen for Patientsikkerhed, (2022): Nu bliver det hurtigere og nemmere at rapportere utilsigtede hændelser. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://stps.dk/da/nyheder/2022/nu-bliver-det-hurtigere-og-nemmere-at-rapportere-en-tilsigtet-haendelse/>

Styrelsen for Patientsikkerhed, (u.d.): Rapporteringspligt. Lokaliseret d. 18.03.2022 på: <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/rapporteringspligt/>

Bekendtgørelse af sundhedsloven (sundhedsloven), LBK nr 903 af 26/08/2019. Kapitel 61 §199 stk. 4. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

Bekendtgørelse af sundhedsloven (sundhedsloven), LBK nr 903 af 26/08/2019. Kapitel 61 §201, Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

Bekendtgørelse af sundhedsloven (sundhedsloven), LBK nr 903 af 26/08/2019. Kapitel 61 §198. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

Tomm, K., St. George, S., Wulff, D, Strong, T. (2015): Mønstre i interpersonelle interaktioner: relationel forståelse og terapeutisk forandring. København: Mindspace.

Torfig, J. & Triantafillou, P. (2017). *New Public Governance på dansk*. 1. udg. 1. oplag. Akademisk Forlag.

TV2.dk. (2021): *TV2 dokumentar: Et opråb fra sygehuset*. Lokaliseret d. 10.02.2022 på <https://omtv2.tv2.dk/nyheder/2021/10/tv-2-dokumentar-opraab-fra-sygehuset/>

Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser §3,1, VEJ nr. 1 af 03/01/2011. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2011/1>

Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser §6, VEJ nr. 1 af 03/01/2011. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2011/1>

Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser §2. VEJ nr. 1 af 03/01/2011. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2011/1>

Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser §2.1.1, VEJ nr. 1 af 03/01/2011. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2011/1>

Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser §4.1.1, VEJ nr. 1 af 03/01/2011. Lokaliseret d. 31.05.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2011/1>

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Weick, K.E. (1979) *The Social Psychology of Organizing*. 2nd Edition, McGraw-Hill, Inc., New York.

Aalborguh.rn.dk, (u.d.): *Afsnit og ambulatorier/afdelinger fordelt på lokaliteter/Thisted*. Lokaliseret d. 11.02.2022 på: <https://aalborguh.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/afdelinger-fordelt-paa-lokaliteter/thisted>

Illeris, K. (2017). Forskellige læringstyper. I K. Illeris, *Læring* (s. 51-72). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Schrøder, K. (2021). Betydningen af kollegiale relationer ved utilsigtede hændelsesforløb. I E. A. Hvidt, J. Søndergaard, & A. Grønning, *Relationer i sundhedsvæsenet - hvorfor og hvordan?* (s. 157-172). Samfundslitteratur.

- Tjørnhøj-Thomsen, T., & Whyte, S. R. (2007). Feltarbejde og deltagerobservation. I S. Vallgård, & L. Koch (red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (3. udgave udg., s. 87-115). Munksgaard.
- Staunæs, D., & Søndergaard, D. M. (2005). Interview i en tangotid. I *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (1 udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Holstein, J.A. and Gubrium, J.F. (1997) Active Interviewing. In: Silverman, D., Ed., *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Sage, London, 113-129.
- Hammershøj, L. G. (2008). *At forholde sig akademisk: om opgaveskrivning på lange videregående uddannelser*. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Argyris, C. & Schön, D. A (1996): *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Weick, K. E. (Ed.). (2009). *Making sense of the organization: The impermanent organization*, Vol. 2. John Wiley & Sons Ltd.
- Olsen, P. B. (2018). Organisering. I L. Fuglsang, P. B. Olsen, & K. Rasborg, *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* (s. 377-399). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5th ed.). London: Oxford University Press.

Artikel - Når utilsigtede hændelser selv bliver til utilsigtede hændelser

Nærværende artikel tager afsæt i vores udarbejdede specialeafhandling, som er skrevet på Kandidatuddannelsen i Læring og Forandringsprocesser på Aalborg Universitet, i perioden februar – maj 2022 af Camilla Wolffbrandt Nielsen, Janne Winge Hansen og Sarah Hesselaa Rasmussen.

Utilsigtede hændelser i et organisatorisk læringsperspektiv

Specialeafhandlingen undersøger, hvordan en regions procedure for utilsigtede hændelser kan bidrage til organisatorisk læring. Specialet er udarbejdet i samarbejde med en akutafdeling, på et anonymiseret regionshospital i Danmark.

På baggrund af et større mediefokus grundet omkostninger og manglende læring af utilsigtede hændelser, er det et emne, der er samfundsrelevant at undersøge. Specialet søger overordnet at få viden omkring utilsigtede hændelser og organisatorisk læring i sundhedsvæsenet. Herunder at afklare, hvorvidt regionens procedure og arbejdsgange påvirker den organisatoriske læring, i forbindelse med utilsigtede hændelser. Dernæst, hvordan mening og handlemønstre i læringssammenhænge på akutafdelingen.

Gennem specialet er der brugt en socialkonstruktivistisk tilgang sammen med kvalitative interaktionistiske interviews som blev udført blandt differentierede fagligheder på afdelingen.

Kvalitativ undersøgelse om organisatorisk læring og utilsigtede hændelser

Specialet tager udgangspunkt i Berger og Luckmanns videnskabsteoretiske forståelse af socialkonstruktivismen, som baserer sig på, hvordan sociale processer med sprog, handlinger og interaktion, er med til at forme en organisation og dets medarbejdere (Berger & Luckmann, 2008). Dette er valgt, da vi i specialet har en grundlæggende forståelse for, de sociale processer, som er med til at forme, hvordan læringsprocesser kan udspille sig på en akutafdeling. Vi har benyttet os af metodetriangulering, herunder litteraturstudie, observation og interview, til indsamling af empiri (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Vores litteraturstudie har haft til formål at bidrage til viden om allerede eksisterende forskning samt et formelt deskriptivt perspektiv på undersøgelsesfænomenet, utilsigtede hændelser, gennem lovgivning og regionens procedure for utilsigtede hændelser.

Regionens procedurer tager afsæt i flere nuancer, herunder sagsbehandling, arbejdsgang, forståelse, tekniske procedurer, analytisk tilgang, med mere (Region Nordjylland, 2022; Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, §3, stk. 1).

Endvidere har vi foretaget observation af et personalemøde, om et punkt, der vedrørte utilsigtede hændelser på akutafdelingen (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Herved har vi fået et perspektiv på akutafdelingens håndtering af utilsigtede hændelser. Ligeledes har vi foretaget interviews til indsamling af vores empiri. Interviewene har haft til formål at bidrage til at forstå de forskellige forståelser, der er af undersøgelsesfænomenet, utilsigtede hændelser. Afdelingspersonalets forståelser kan give et perspektiv, hvorvidt organisatorisk læring forekommer på akutafdelingen. Med afsæt i samfundsproblematikkerne om utilsigtede hændelser i et organisatorisk læringsperspektiv og en regions procedure for utilsigtede hændelser, vil vi undersøge:

Hvordan bidrager procedurer for utilsigtede hændelser til organisatorisk læring på en akutafdeling?

For at besvarer ovenstående spørgsmål, undersøger vi, hvilken procedure, der er for utilsigtede hændelser i regionen, hvilken forståelse afdelingspersonalet har af utilsigtede hændelser samt hvordan meningsskabelsesprocesser har betydning for organisatorisk læring i vores undersøgelsesfelt.

Organisatorisk læring og meningsskabelse som teoretisk begrebsramme

Ud fra samfundsproblematikkerne, fandt vi det relevant at tage udgangspunkt i Chris Argyris (1999) definition af organisatorisk læring, herunder begreberne single-loop læring, double-loop læring, theories of action, theories-in-use og organisatorisk defensive handlemønstre (Argyris, 1999). Der bliver beskrevet, hvordan vi ser single-loop læring og double-loop læring udspille sig på akutafdelingen, i forbindelse med utilsigtede hændelser. Single-loop læring skal forstås, som måden, hvorpå man, i organisation kan skabe læring på baggrund af fejl i rutiner og hverdagssituationer. Double-loop læring anvendes derimod til komplekse problemstillinger, hvor man går bag om problemet, og ikke spørger, hvordan, men, hvorfor fejlen er opstået (Argyris, 1999).

Vi har ligeledes valgt at inddrage Carl Weicks begreber om meningsskabelse (Weick, 1995; Hammer & Høpner, 2015). Weick definerer 7 elementer, som er væsentlige for meningsskabelsesprocessen, som kan beskrive, hvordan afdelingens personale finder mening i at indberette utilsigtede hændelser. Dette ved, blandt andet at se på, meningsskabelse i sociale interaktioner, i et retroperspektiv og hvordan plausible forklaringer, kan give mere mening.

Hermed er de teoretiske begreber med til at besvare, hvordan utilsigtede hændelser og organisatorisk læring fremtræder på akutafdelingen.

Procedure i regionen for håndteringen af utilsigtede hændelser

Vi har lavet en deskriptiv fremstilling af vores undersøgelsesfænomenet, utilsigtede hændelser, gennem lovgivning og regionens procedure. Regionens procedurer tager afsæt i flere nuancer, herunder sagsbehandling, arbejdsgang, forståelse, tekniske procedurer, analytisk tilgang, med mere (Region Nordjylland, 2022).

Vi har kunne belyse, hvordan der både fra lovgivningen og regionens side af, er ambitioner, om at skabe en kultur med åbne, trygge og sanktionsfrie rammer, i forhold indrapportering af utilsigtede hændelser samt en fælles definition af fænomenet (Region Nordjylland, 2022). Til trods for disse ambitioner er, der fortsat en risiko for, at rapporteringssystemet vil kunne blive mødt af modstand i praksis, da vi, som individer, har en tendens til ikke at ville fokusere på egne og kollegaers fejl (Edmondson, 2020). Regionens procedure kan anskues, som en form for ideal forståelse af, hvordan utilsigtede hændelser skal forstås og behandles, men sådan en ideal forståelse kan kompliceres i praksis, da den pludselig er en del af specifik virkelighed.

Vi har ligeledes belyst nogle strømninger og tendenser indenfor sundhedssektoren og utilsigtede hændelser. Undersøgelser viser, at rapporteringssystemet og dets formål har været eksisterende i en længere årrække, med samme målsætninger og ambitioner, hvilket er påfaldende da det tyder på at det fortsat ikke virker optimalt (Lipczak, 2004). Derudover har vi inddraget et perspektiv, som problematiserer de nuværende forhold i forbindelse med at arbejde med sundhedsprofessionelle og deres mulige psykiske efterreaktioner på et utilsigtet hændelsesforløb (Schrøder, 2021).

Divergens i forståelserne af utilsigtede hændelser og dets betydning for organisatorisk læring

Igennem vores empiri trådte der et mønstre frem, som viste et billede af, at der var flere forskellige forståelser af, hvad en utilsigtet hændelse er, og hvad, der derfor ligeledes, indberettes. I vores empiri var der udtalelser fra lægerne, som beskrev, hvordan de forstod at alle fejl skulle indberettes, og at der ingen selektionsproces skulle finde sted. De to læger vi interviewede, beskrev begge deres forståelser, som værende i høj grad præget af den formelle deskriptivforståelse af utilsigtede hændelser. Derimod var der en tendens til, at der i sygeplejerskegruppen og social- og sundhedsassistentsgruppen, var en forståelse af, at der var fejl, som ikke kunne bruges til noget da de simpelthen, var for petitesseorienteret.

Denne divergens i forståelserne mellem faggrupperne, kan resultere i, forskellige muligheder for organisatorisk læring. Gennem bearbejdelsen af vores empiri, tegnede der sig et billede af defensive handlemønstre, som viste sig ved, at utilsigtede hændelser oftest bearbejdes i dialogiske processer, og at de derfor kun sjældent bliver indberettet i rapporteringssystemet, og kan derfor hæmme den organisatoriske læring (Argyris, 1999). Med afsæt i organisatoriske læring, og Argyris perspektiv herpå, kunne vi belyse, hvordan kulturen i vores case, hæmmede den organisatoriske læringen, gennem defensive handlemønstre. De defensive handlemønstre påvirkede læringsmulighederne i den undersøgte case, da personalet, til tider, brugte dialogiske processer frem for rapporteringssystemet (Argyris, 1999). På akutafdelingen forekommer der mere individuel læring, fremfor organisatorisk læring, idet utilsigtede hændelser oftest tages dialogisk, hvorved personalet ikke skaber organisatorisk læring, da der ikke sker læring til gavn for organisationen, gennem rapporteringssystemet.

Meningsskabelse og organisatorisk læring

I bearbejdningen af vores empiri, gennem det deskriptive formelle perspektiv samt analyse med afsæt i Argyris' begreber om organisatorisk læring, har vi fået en viden om, at der viser sig en meget differentieret forståelse af fænomenet utilsigtede hændelser, som påvirker praksis (Argyris, 1999). De forskellige forståelser af utilsigtede hændelser påvirker praksis ved at hæmme den organisatoriske læring, da personalet finder mere mening i at bearbejde utilsigtede hændelser gennem dialogiske processer, fremfor rapporteringssystemet. Meningsskabelse og dets syv elementer, har vi kunne bruge til at begrebsliggøre de processer, som finder sted i organisationen, og som har betydningen for den organisatoriske læring (Hammer & Høpner, 2015). Dette blev især særlig interessant at sætte fokus på, da der fremstod et magthierarki, som havde betydning for læringen på akutafdelingen, hvor den afsnitsledende sygeplejerske havde en betydelig position i hendes måde at skabe mening på hos medarbejderne. Derudover kunne vi belyse, at meningsskabelse ligeledes sker i retroperspektivet, hvor de i pressede situationer gør brug af dialogen, som en hurtig og plausible forklaring med deres nærmeste kollega eller leder, når det handler om at bearbejde en hændelse hurtigt, for at kunne forsætte med arbejdet (Hammer & Høpner, 2015). Vi kunne også se, hvordan en manglende fælles forståelse af utilsigtede hændelser ligeledes gav anledning til, at det i forskellige situationer gav mening for personalet både at indberette en hændelse og bearbejde den dialogisk, men i andre situationer kun dialogisk. Det var en generel tendens på tværs af de forskellige fagligheder. Derfor ses det også, at de forskellige meningsskabelsesprocesser kan have en hæmmende effekt på, hvordan organisatorisk læring kan

blive en integreret del af afdelingen (Hammer & Høpner, 2015; Argyris, 1999). Ved at der er forskellige handlemuligheder og arbejdsgange for at indberette utilsigtede hændelser på afdelingen, kan det forstås, som om at tendenser og mønstre har svære vilkår for at skabe læring.

Utilsigtede hændelser, som organisatorisk læring på akutafdeling

Dette speciales bidrag til den allerede eksisterende forskning, omkring læring og utilsigtede hændelse med dets specifikke teoretiske blik på organisatorisk læring og meningsskabelse. Det muliggør, en anden og mere socialforståelse og af, hvorfor systemet ikke altid virker efter det formelle deskriptivperspektivs hensigt. Da undersøgelsen er fortaget, som et casestudie, har vi kunne arbejde i dybden med et afgrænset område, som kan eksemplificeres gennem vores case (Jørgensen, Rienecker & Skov, 2020). Da vores undersøgelse netop har fundet sted på en specifik akutafdeling, kan det med fordel undersøges på tværs af andre afdelinger på samme regionshospital, for at opnår mere gyldig viden herom.

På baggrund af analysens fund, opfordrer vi akutafdelingen, til at arbejde mere på at opnå en fælles forståelse af utilsigtede hændelser gennem innovative processer. Derudover anbefaler vi, at de ser mere nuanceret på hvordan dialogen kan bruges til lokal og meningsfuld læring for personalet på afdelingen, til gavn for mere organisatorisk læring.

Referencer

- Argyris, C. (1999). On organizational learning. Blackwell Business/Blackwell Publishers.
- Berger, P.L., & Luckmann, T. (2008).: "Den sociale konstruktion af virkeligheden." 3. udgave, 3 oplag. Akademisk Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder*. 1. udg. Hans Rietzel forlag.
- Edmondson, A.C. (2020). *Den frygtløse organisation – Skab psykologisk tryghed på arbejdspladsen og styrk læring, innovation og vækst*. 1. udgave, 4. oplag. Djøf Forlag.
- Hammer, S., & Høpner, J. (2019). *Meningsskabelse, organisering og ledelse: 2. udgave*. (2 ed.) Samfundslitteratur.
- Järvinen, M & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. 1. udg. Hans Rietzel forlag.
- Jørgensen, P.S. Rienecker, L. & Skov, S. (2011). *Specielt om specialer – en aktivitetsbog*. 4. udgave, 4. oplag. Samfundslitteratur.
- Lipczak, H. 2004. *Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser*. Forlag: Dansk Institut for Sundhedsvæsen. Lokaliseret d. 31.05.2022 på:
<http://www.oim.dk/media/17070/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
- Region Nordjylland (2022). *Utilsigtede hændelser: Rapportering, analyse og læring på Aalborg Universitetshospital*. Lokaliseret d. 23.05.2022 på: <https://pri.n.dk/Sider/10241.aspx>
- Schrøder, K. (2021). Betydningen af kollegiale relationer ved utilsigtede hændelsesforløb. I E. A.
- Hvidt, J. Søndergaard, & A. Grønning, *Relationer i sundhedsvæsenet - hvorfor og hvordan?* (s. 157-172). Samfundslitteratur.
- Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser §3,1, VEJ nr. 1 af 03/01/2011. Lokaliseret på:
<https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2011/1>
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.