

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
1. 0 INTRODUKSJON	5
1. 1 Bakgrunn og relevans	5
1. 2 Hensikt.....	7
1. 3 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
1. 4 Begrepsavklaring	8
1. 5 Avgrensing.....	9
1. 6 Oppgavens videre struktur	9
2. 0 KONTEKST	10
2. 1 Norsk sykehusvesen og brukerperspektivet.....	10
2. 2 Norsk fødselsomsorg	11
2. 3 Oppdragsdokument, områdeplan og strategiplan for helseforetaket.....	12
2. 4 Case-studien.....	14
3. 0 TEORI.....	16
3. 1 Tidligere forskning.....	16
3. 2 Teoretisk rammeverk.....	18
3. 2. 1 Brukerperspektivet.....	18
3. 2. 2 Pasienterfaringer; operasjonalisering av brukerperspektivet.....	23
3. 2. 3 Evidensbasert praksis	25
4. 0 FORSKNINGSDESIGN OG METODE.....	28
4. 1 Design.....	28
4. 2 Vitenskapsteoretisk fundament.....	29
4. 3 Litteratursøk.....	31
4. 4 Valg av metode	31
4. 4. 1 Utvalg.....	32
4. 3. 2 Datainnsamling	34
4. 3 Innholdsanalyse.....	37
4. 3. 1 Beskrivelse av analyseprosessen	39
4. 4 Forskningsetiske vurderinger	41
4. 5 Metodiske overveielser	41
5. 0 FUNN	44
5. 1 Hvordan informantene beskriver kvalitet	44

5. 2 Pasienterfaringer	47
5. 3 Innflytelse	48
5. 3. 1 Indirekte påvirkning	49
5. 3. 2 Direkte påvirkning.....	52
5. 4 Omsorg.....	56
5. 4. 1 Forventning	56
5. 4. 2 Fødselsomsorg.....	58
5. 5 Barselomsorg.....	59
5. 6 Myndiggjøring	60
6. 0 DRØFTING	63
6. 1 Hva inngår i kvalitetsbegrepet?	64
6. 2 Medvirkning og myndiggjøring; aktuelt for norske fødekvinne?.....	65
6. 3 Innflytelse	67
6. 3. 1 Ulike måter for pasienter å påvirke	68
6. 4 Medvirkning – på systemnivå og på individnivå	73
6. 5 Har fødekvinne for høye forventinger til tjenestetilbudet?	75
7. 0 KONKLUSJON.....	77
7. 1 Svar på forskningsspørsmål	77
7. 2 Implikasjoner for praksis.....	79
7. 3 Videre forskning.....	79
REFERANSER	80

VEDLEGG

1. Informasjon om studien til informanter
2. Samtykkeerklæring til intervju
3. Intervjuguide meso-nivå
4. Intervjuguide mikro-nivå
5. Henvendelse til brukerrepresentanter om deltakelse i studien
6. Intervjuguide brukerrepresentant, brukerutvalg
7. Intervjuguide brukerrepresentant, pasient- og brukerombud
8. Eksempel på innholdsanalyse

SAMMENDRAG

Pasienten i sentrum for helsetjenestene er et fokus som er godt forankret i norsk helsepolitikk, og brukerperspektivet er en viktig del av omsorgen for gravide og fødende kvinner. Pasientens stemme har i så måte fått økt volum, og i dag er det vanlig at pasienter er med på å vurdere kvaliteten på tjenestetilbudet. Sammenliknet med andre land kommer Norge dårlig ut når pasienter vurderer i hvilken grad de har mulighet til å medvirke i beslutningsprosesser.

Pasienterfaringer som del av kvalitetsarbeid er til dels utforsket både nasjonalt og internasjonalt, og det er lite kunnskap om hva som er beste praksis i forhold til innhenting av pasienterfaringer. Til tross for dette er det et økende fokus hos ledere i helsesystemet. Denne mastergradsstudien har undersøkt hvordan et sykehus organiserer virksomheten sin for å ivareta brukerperspektivet i kvalitetsarbeid. Nærmere bestemt har fokuset vært å se på hvordan sykehuset organiserer kvalitetsarbeidet med tanke på pasienterfaringer, både på systemnivå og i forhold til en fødeenhet. Problemstillingen som har dannet grunnlag for studien er:

Hvordan brukes pasienterfaringer i kvalitetsarbeidet ved et sykehus?

Følgende forskningsspørsmål har dannet utgangspunkt for å besvare problemstillingen:

- Hvordan beskriver sykehusets strategi- og tiltaksplaner og ledere pasienterfaringer som integrert i kvalitetsarbeidet?
- Hvordan forholder helsepersonell seg til pasienterfaringer som del av kvalitetsarbeid på avdelingsnivå?
- Hvordan beskriver brukerrepresentanter bruken av pasienterfaringer i sykehusets kvalitetsarbeid?

Studien har et eksplorerende design, og ved å anvende kvalitativ metode i form av individuelle intervjuer, fokusgruppeintervju og dokumentanalyse i datainnsamlingen er problemstillingen belyst. Informanter har vært ledere på ulike organisatoriske nivåer på sykehuset, samt jordmødre og leger på en fødeenhet. Videre inngikk brukerrepresentant i brukerutvalget på sykehuset og pasient- og brukerombudet i fylket i utvalget.

Studien avdekker at pasienterfaringer er et aspekt som ikke naturlig inngår i begrepsapparatet til informantene i forhold til kvalitet. Informantene på ulike organisatoriske nivåer beskriver kvalitet først og fremst i form av klinisk effektivitet og pasientsikkerhet. Pasientperspektivet blir delvis trukket inn i disse aspektene, men funnene viser at ledere, jordmødre og leger ikke anser pasienterfaringer som en valid kunnskapskilde i forhold til kvalitetsforbedring. Gjennom dokumentanalyse av sentrale styringsdokumenter for sykehuset fremkommer det tydelige krav til innhenting av pasienterfaringer på en systematisk måte, mens ledere og helsepersonell i liten grad dokumenterer at disse kravene blir imøtekommet på fødeenheten. Brukerrepresentanter bekrefter til en viss grad dette bildet.

For å årsaksforklare funnene kan fokuset rettes blant annet mot kunnskapsgrunnlaget for utøvelsen av fødselsomsorgen. Både hos legene og jordmødrene kom det fram at det først og fremst er evidensbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap som ligger til grunn for fødselshjelpen. Pasienterfaringer ble ikke trukket med som en kilde til kunnskap. En annen årsak er at lederne på sykehuset ikke følger opp målene for bruk av pasienterfaringer, slik de blir definert i overordnede styringsdokumenter.

1. 0 INTRODUKSJON

I stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* trekkes brukerperspektivet fram som en viktig del av omsorgen for gravide og fødende kvinner. Som et ledd i ivaretagelsen av nettopp brukerperspektivet skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) i løpet av 2012 gjennomføre en nasjonal undersøkelse om kvinners og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

At vi nå har tilgang til rapporter om hvordan pasientene opplever ulike aspekter ved helsetjenestene de mottar, sier oss noe om at pasientens stemme har en verdi i helsevesenet. Vi ser en dreining fra en tradisjonell velgjørenhetstenkning, der pasienten er passiv mottaker av helsehjelp, til et rettighetsperspektiv der pasienten blir involvert i utformingen av helsehjelpen (Bate et al. 2007). Idealet om brukermedvirkning er et politisk verdivalg som det i dag er allmenn enighet om. Valget innebærer en forventning til forvaltningen om å sette brukerens behov i sentrum for sine aktiviteter. Det kommer til uttrykk i lover og offentlige dokumenter som ble vedtatt på 90 – tallet; pasient og pårørendes rettigheter ble tydeligere vektlagt i pasientrettighetloven fra 1999 og videre i Stortingsmelding nr 26 (1999-2000): *Om verdier for den norske helsetenesta*. Vi kan se denne dreiningen som en del av en større prosess, der hele helsetjenesten omorganiseres gjennom helseforetaksreformen som ble innført i 2002, der sykehusdrift gikk fra å være fylkeskommunens ansvar til å bli statens ansvar. En sentral målsetting var "å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted" (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)), og helseforetaksloven (2001) regulerer dette ved å pålegge de regionale helseforetakene å ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. Oppsummert kan vi si at tiltakene som iverksettes i denne omorganiseringen delvis rettes mot bedre ressursutnyttelse i helsevesenet, delvis mot en politisk styring av helsevesenet, samt ved å sikre økt brukerorientering- og involvering (Lian 2007).

1. 1 Bakgrunn og relevans

Denne forskningsstudien startet med en interesse for brukermedvirkning i kvalitetsarbeidet på norske sykehus. Dette innebar spørsmål knyttet til hvordan norske sykehus faktisk ivaretar brukerperspektivet i kvalitetsarbeidet. "Pasienten i

sentrum” er et velbrukt slagord fra Pasienten først! (NOU 1997:2) og er aktuelt på mange organisatoriske nivåer i helsetjenesten. Kanskje først og fremst i møtet mellom pasient og helsepersonell, men også når det gjelder organisering av helsetjenestene som tilbys, samt vurderingen av disse.

Vurdering av helsetjenestene er viktig i et kvalitetsforbedringsperspektiv, og dette kan skje ved at sykehuset utfører pasientundersøkelser for å samle inn pasienterfaringer, som er tett knyttet opp til helsetjenestene som tilbys. I norsk sammenheng viser den årlige *Commonwealth Fund*¹-undersøkelsen at sammenliknet med 10 andre land (i Europa+USA) det er svært få områder Norge gjør det spesielt bra på og videre at det er mange områder det skåres dårlig på. Pasienters mulighet for medvirkning ved tjenester hos legespesialist et område plasseres i sistnevnte kategori. Kunnskapssenteret (2011) konkluderer med at resultatene fra denne internasjonale undersøkelsen viser at de norske respondentene vurderer tilbudet de får på flere områder, som dårligere enn respondenter fra de landene vi sammenligner oss med. Et EU-prosjekt *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies (MARQuIS)*, viste at 64,5 % av de 389 deltakende sykehusene brukte pasientundersøkelser systematisk med tanke på kvalitetsforbedring, men at det var ingen konsensus om hva som var beste praksis i de ulike landene (Groene 2009; Lombarts et al. 2009).

I forhold til begrepet pasienterfaringer finner vi en tilsvarende manglende konsensus om en felles definisjon; i følge amerikanske *The Beryl institute* mangler 73% av utøvende ledere på amerikanske sykehus en formell definisjon av pasienterfaringer. Til tross for mangel på definisjon har lederne pasienterfaringer som ett av tre fokusområder, sammen med pasientsikkerhet og kostnadskutt (<http://www.theberylinstitute.org/>). Det er i møtet mellom pasient og behandler(e) at pasienters erfaringer skapes, men ved å forstå hvordan strukturer og prosesser på de ulike organisatoriske nivåene interagerer, skapes en forståelse for hvordan

¹ The Commonwealth Fund er en amerikansk stiftelse med det som formål å fremme gode helsetjenestesystemer med bedre tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet. Siden 1998 har de gjennomført internasjonale spørreundersøkelser om helsevesenet med ulike temaer. Norge har deltatt i undersøkelsen siden 2009.

pasienterfaringer henger sammen med behandlingsprosessen og bruken av økonomiske og personellmessige ressurser.

Universitetet i Stavanger (UiS) er med i et europeisk samarbeidsprosjekt; *Quality and safety in European Hospitals* (QUASER), der man vil se på sammenhengen mellom organsiatoriske og kulturelle forhold og kvalitet på de ulike nivåene i helsetjenesten (makro-, meso-, og mikronivå), og hvordan samspillet mellom nivåene påvirker kvaliteten på sykehusbehandling. Denne masteroppgaven er en del av dette prosjektet. I QUASER er kvalitet på sykehusbehandling definert som: Klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelser / pasienterfaringer (Robert et al., 2011). I mastergradsstudien er det pasienterfaringer som en del av kvalitetsarbeidet på en fødeavdeling ved et norsk sykehus som er fokuset.

1. 2 Hensikt

Hensikten med studien er å avdekke hvordan et sykehus bruker pasienterfaringer i kvalitetsarbeidet på ulike nivåer; på mesonivå – hvilke strategier de jobber ut fra, hvordan de organiserer arbeidet og hvilke prosesser som spiller inn, og på mikronivå – hvordan en konkret avdeling forholder seg til pasienterfaringer.

Målet er å drøfte problemstillingen opp mot eksisterende forskningslitteratur, aktuell teori og egen empiri for å rette oppmerksomhet mot pasientinvolvering i kvalitetsarbeid på en sykehusavdeling.

1. 3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling har vært utgangspunkt for studien:

Hvordan brukes pasienterfaringer i kvalitetssarbeidet ved et sykehus?

Som hjelp til å besvare ovennevnte problemstilling, er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan beskriver sykehusets strategi- og tiltaksplaner og ledere pasienterfaringer som integrert i kvalitetsarbeidet?

- Hvordan forholder helsepersonell seg til pasienterfaringer som del av kvalitetsarbeid på avdelingsnivå?
- Hvordan beskriver brukerrepresentanter bruken av pasienterfaringer i sykehusets kvalitetsarbeid?

1. 4 Begrepsavklaring

Det finnes mange ulike definisjoner på *kvalitet*. På bakgrunn av lovgivning, samfunnsmessige føringer og et faglig krav om best mulig tjenester til brukerne, har Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten *...Og bedre skal det bli!* (2005-2015) en felles framstilling av sentrale dimensjoner som inngår i kvalitetsbegrepet. For at tjenestene skal ha god kvalitet må de være:

- virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår uønskede hendelser)
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse punktene samsvarer med områdene som amerikanske *Institute of Medicine (IOM)* identifiserer i rapporten *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (2001). Mastergradsstudien er som nevnt en del av et større europeisk studie som definerer kvalitet i helsetjenesten som klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Dette ligger til grunn når kvalitet betegnes videre i oppgaven.

The Beryl Institute definerer *pasienterfaringer* som *"The sum of all interactions, shaped by an organization's culture, that influence patient perceptions across the continuum of care"* (<http://www.theberylinstitute.org/>). Pasienterfaringer i denne sammenheng innebærer at pasienten på ulike måter er involvert i kvalitetsarbeidet ved sykehuset. Ved å involvere pasientene kan sykehuset kartlegge, identifisere og risikovurdere forbedringsområder, og gjennomføre tiltak på bakgrunn av disse aspektene.

1. 5 Avgrensing

I mastergradsstudien er brukerperspektivet framtreddende; både i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet, og videre i skriveprosessen. Pasientgruppen studien gjelder inngår ikke utvalget; det er helsepersonell på en fødeavdeling og deres ledere som er intervjuet. Fokuset for studien har vært å se på hvordan helseforetaket organiserer virksomheten sin for å ivareta brukerperspektivet, nærmere bestemt å se på hvordan de forholder seg til pasienterfaringer som en del av det kontinuerlige kvalitetsarbeidet som foregår ved sykehuset – både på foretaksnivå og på avdelingsnivå. Sånn sett er det ikke brukerens stemme som blir beskrevet, men til dels formidles denne gjennom helsepersonell – og ikke minst av brukerrepresentantene som inngår i utvalget.

Som bakgrunn for å gjennomføre analyse av funn og belyse disse i drøftingsdelen, har jeg valgt et kvalitetsperspektiv som rommer ulike dimensjoner; klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Fokuset for mastergradsstudien har imidlertid vært begrenset til pasienterfaringer, følgelig er det dette perspektivet som først og fremst blir utdypet og fortolket i analyse og drøfting av funn.

1. 6 Oppgavens videre struktur

Foruten kapittel 1, som fungerer som introduksjon og innføring i tema og problemstilling, består mastergradsoppgaven av en redegjørelse for den konteksten studien er utført i, i kapittel 2 og en påfølgende presentasjon i norske og internasjonale studier knyttet til pasienterfaringer, samt teoretisk rammeverk i kapittel 3. Videre følger en gjennomgang av oppgavens metodiske tilnærming i kapittel 4, før funnene som framkom gjennom innholdsanalyse av intervjuene presenteres i kapittel 5 og drøftes videre i kapittel 6 – opp mot valgt teori og forskningslitteratur. Kapittel 7 består av konklusjon; forskningsspørsmålene forsøkes besvart gjennom en oppsummering av hovedfunn, samt en refleksjon hvorvidt funnene kan ha implikasjoner for praksis og/eller videre forskning.

2. 0 KONTEKST

I dette kapitlet vises hvordan helsetjenestene er utformet, hva som inngår i studien, hvem den omhandler og hvor den finner sted.

2. 1 Norsk sykehusvesen og brukerperspektivet

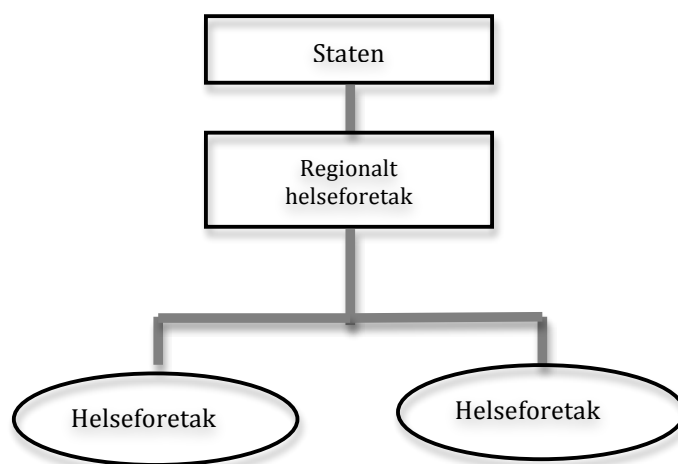
På makro-nivå tar regjeringen initiativ til tiltak som legger føringer for helsetjenestene. Helseministeren leder helse- og omsorgsdepartementet, der de generelle og overordnede sakene blir behandlet, mens helsedirektoratet har ansvaret for enkeltsaker av faglig karakter, og på den måten bistår regjeringen med å forvalte saker og iverksette beslutninger (Hallandvik, 2002).

Den nasjonale kvalitetsstrategien fra Helsedirektoratet (2005) *... og bedre skal det bli!* har definert seks kriterier (som gjengitt under punkt 1. 4), som skal være tilstede for at tjenestene skal være av god kvalitet. Som en operasjonalisering av kvalitetsbegrepet, lanserte regjeringen i september 2003 bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. I følge nettstedet frittisykehusvalg.no (20.01.2012) skal kvalitetsindikatorene gi pasienter og brukere informasjon om kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, samt være et verktøy for lokalt kvalitetsarbeid. Her er pasienterfaringer helt sentralt - det er en kvalitetsindikator på nasjonalt nivå. Spesifikt for fødselsomsorg er frekvensen av keisersnitt indikator.

Innføring av kvalitetsindikatorer fra makro-nivå er også med på å styrke brukerperspektivet i helsevesenet. Dette må sees på bakgrunn av virkeliggjøring av helsepolitiske mål, som ble avhjulpet ved helselovene som kom på slutten av 90-tallet, der hovedfokuset var "pasienten først". Pasientens behov skulle være utgangspunkt for all behandling og pleie, noe som er i tråd med målene for den nasjonale helsepolitikken som var fastsatt i St meld nr 41 (1987-88). Helselovgivningen utgjør et system av plikt- og rettighetsbestemmelser; de lovfestede rettigheter pasienter har gjennom pasientrettighetsloven (1999) ser vi blir imøtekommet ved lovfestede plikter for sykehusene som beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven (1999). Vi ser en fortsatt satsning på sterkere brukerrolle i norsk helsepolitikk; i følge Nasjonal helseplan 2007-2010 og Nasjonal

helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld.St.16 (2010-2011)) skal brukerne ha kunnskap om tjenestene og de skal medvirke og påvirke.

Det er cirka 40 helseforetak i landet, av ulik størrelse og sammensetning. Antallet er for stort til at det er hensiktsmessig for myndighetene å ha oversikt og styring over alle, samt at avstanden blir oppfattet til å være for stor til tjenestemottakerne. Av den grunn inngår de enkelte helseforetak i ett av fire regionale helseforetak: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Oppbyggingen av norsk helsevesen er illustrert i figur 1. Helseforetakene er rettssubjekter med egen rettslig- og økonomisk handlingsevne. Både de lokale – og regionale helseforetakene har et styre og en daglig leder med fullmakter ved lov (Hallandvik, 2002).



Figur 1: Helseforetak er sykehus i spesialisthelsetjenesten, samlet i regionale helseforetak, der staten (helse- og omsorgsdepartementet) og dens forvaltende organer (helsedirektoratet) har øverste forvaltningsansvar.

2. 2 Norsk fødselsomsorg

Fra makro-nivå kommer det også føringer for utformingen av fødselsomsorgen: Stortingets melding nr 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* har ligget til grunn av utarbeidelsen for rapporten *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner* (Helsedirektoratet 2010), og skal danne grunnlag for flerårige helhetlige og lokalt tilpassede planer i landets helseregioner for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Helsedirektoratet gav også ut rapporten *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet våren 2010*. For regionen denne mastergradsstudien er gjennomført i, ble en slik områdeplan vedtatt av det regionale

helseforetaksstyret høsten 2010, med de nevnte makro-dokumentene som førende for utarbeidelse av planen.

Fødeinstitusjoner i helseregionene er inndelt i tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Denne mastergradsstudien er gjennomført ved en kvinneklinikk, som i volum er blant de største fødeinstitusjonene i landet og har tilgang på spesialkompetanse både innen fødselshjelp og nyfødtdmedisin.

2. 3 Oppdragsdokument, områdeplan og strategiplan for helseforetaket

De regionale helseforetakene skal gjennomføre pålagte oppgaver – som å sørge for at befolkningen i regionen får den helsehjelpen de har krav på etter lover og forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller midlene Stortinget har tildelt de regionale helseforetakene til rådighet gjennom årlige *oppdragsdokument*. I oppdragsdokumentet for 2012 til det aktuelle regionale helseforetaket står det at grunnlaget for god og forsvarlig pasientbehandling er forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, samt å sikre kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på tilgjengelige, likeverdige helsetjenester, redusere sosiale forskjeller og at tjenestetilbudet skal være preget av omsorg og respekt. Konkret om tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning står det blant annet at ”erfaringer og klager fra pasienter og pårørende skal brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon”. Styringsparameter er pasienterfaringer fra svangerskap, fødsel og barsel, og dessuten er det et mål at resultater fra pasientundersøkelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakets nettside. Prosentandel av pasienter som har fødselsrifter grad 3 og 4 (shpinkterruptur) står som et styringsparameter på pasientsikkerhet.

Områdeplanen for helseforetaket er basert på oppdragsdokumentet fra makro-nivå. Planen gjør rede for hvordan svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen fungerer per i dag i helseforetaket og samarbeidende kommuner, foruten å peke på aktuelle forbedringsområder. I planarbeidet var det en styringsgruppe med sentrale ledere i helseforetaket som medlemmer, samt en arbeidsgruppe som bestod av representanter for brukerne, samarbeidsutvalg med kommunene, perinataalkomiteen,

helseforetakene i regionen og tillitsvalgte. I forhold til brukermedvirkning tas det også opp i områdeplanen at de regionale helseforetakene må utvikle et system for innhenting av pasienterfaringer vedrørende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Det legges til at ved å informere brukerne, kvalitetssikrer helseforetaket tjenestetilbudet. Målet skal være at brukerne kan gjøre en informert valg med hensyn til likeverdige former for behandling og oppfølging. For å øke brukermedvirkningen skal kommunikasjonen mellom brukerne og fagfolk vektlegges; som et tiltak i forhold til dette sier planen at det skal etableres en nasjonal brukerportal og nettside for gravide og fødende. Områdeplanen sier videre at det pågår- og er utført flere pasientundersøkelser på kvinneklinikken i det aktuelle helseforetaket, med et spesielt fokus på å evaluere de ulike tilbudene til barselkvinner. Det framkommer at kvinneklinikken har et eget skjema, der barselkvinner kan gi skriftlig tilbakemelding på hvordan de har opplevd tjenestetilbudet. Det står også at alle kvinner får velkomstsamtale ved innlegging i barselavdelingen, og individuell utreisesamtale – alternativt gruppebasert utreiseinformasjon, som er individuelt tilpasset. Med hensyn til fysiske fasiliteter på barselavdelingen, understrekes det at tilbudet ikke er tilfredsstillende på grunn av plassmangel og slitte lokaler, men at renovering er planlagt.

Det er også utarbeidet en *strategiplan* for helseregionen. Planen er forankret og vedtatt i styret til det regionale helseforetaket, og er dermed forpliktende for hele organisasjonen. Hensikten er også her å gjøre opp status på flere aktuelle områder, samt å peke på forbedringsområder. Planen har en todelt form; først gjøres det rede for det regionale helseforetakets mål og visjoner, og hvilke verdier virksomheten hviler på. Deretter konkretiseres tiltaksområder og enkelttiltak som skal gjennomføres for å imøtekomme målene som er definert. Denne siste delen blir beskrevet som en *handlingsplan*, som skal rulleres hvert 4. år – for å sikre dynamikk og presisjon. Videre skal det sikres at den daglige driften av helseforetaket samsvarer med handlingsplanen ved at denne er retningsgivende for de årlige prosessene med fastsetting av budsjett og styringsdokument. Verdimelessig legges det til grunn at pasienten skal være i sentrum for hele virksomheten, og at brukerne skal erfare at helseregionen ser på alle som likeverdige. I arbeidet med strategiplanen har det vært en arbeidsgruppe som jobbet med kvalitet på tjenestetilbudet. Gruppen har blant

annet foreslått at det må drives et systematisk tiltak for utvikling av kunnskapsbasert praksis, at kvalitetsindikatorer må utvikles til å være styringsinformasjon i forhold til fortløpende rapportering, og å ha rutiner for måling av pasienterfaringer i helseforetakene som inngår i regionen. For sistnevnte tiltak, er det i strategiplanen satt et vindu på to år (2008+2009) for å få på plass rutiner for dette. Brukerutvalgene ved helseforetakene blir trukket fram som viktige samarbeidspartnere i utviklingen av tjenestene, og de skal være aktive partnere når det utvikles løsninger for innhenting av pasienterfaringer. Tiltakene og tiltaksområdene i strategiplanen for helseregionen er omfattende og komplekse, og preges av å være et kontinuerlig arbeid. Det understrekes imidlertid viktigheten av at innholdet i plandokumentet blir omsatt til praktisk og verdiskapende arbeid i de enkelte helseforetakene som inngår i helseregionen. Medarbeidere trekkes fram som en viktig gruppe i så måte; de må få et eierforhold til planene som utarbeides, for å skape en god forståelse for tiltakene som skal gjennomføres.

Både de beskrevne dokumentene på makro-nivå og regionale planer ligger til grunn for utvikling av en strategiplan for det lokale helseforetaket. Strategiplanen ble vedtatt av styret i lokalt helseforetak i desember 2011 og gjelder for årene 2012-2016, og er det som i den regionale strategiplanen kalles for en handlingsplan – og som skal fornyes hvert 4. år. I den lokale planen presiseres det at målene for det lokale helseforetaket er forankret i strategiplanen fra regionalt hold. Ett av tre mål som gjengitt i planen er *trygge og nære helsetjenester*, og innenfor dette målet er det satt flere delmål for tjenestetilbudet; blant annet er det fokus på å jobbe fram en kultur i organisasjonen som er preget av åpenhet og å se på pasienter og pårørende som ressurser. Videre utdypes det hvordan pasientene skal sikres god informasjon og opplæring, samt være aktive deltakere i egen behandling – for eksempel ved å utføre pasientundersøkelser på jevnlig basis.

2. 4 Case-studien

Mastergradsstudien er gjennomført på to ulike organisatoriske nivå på et universitetssykehus. Meso-nivået er representert ved topp- og mellomledere for ulike seksjoner på sykehuset; alle med ansvar for kvalitetsarbeid. Mikro-nivået er representert ved jordmødre og leger som jobber på fødeseksjonen, som består av en

fødeavdeling, en kombinert føde- og barselavdeling som er jordmorstyrt og to barselavdelinger. Totalt hadde den "vanlige" fødeavdelingen og den jordmorstyrte fødeavdelingen cirka 5500 fødsler i 2011, i følge medisinsk fødselsregister. Begge avdelingene fremmer den normale fødsel, som foregår uten medisinsk intervensjon. Den "vanlige" fødeavdelingen har imidlertid også et regionalt ansvar for risikofødsler – som premature, flerlingefødsler, setefødsler og dessuten gravide med medisinske eller sosiale faktorer som kan påvirke fødselsforløpet og barseltiden, og er derfor utstyrt og bemannet til å ivareta disse fødslene. Fødekvinne med risikoproblematikk er altså utelukket fra den jordmorstyrte føde- og barselavdelingen.

Barselomsorgen er organisert slik at en avdeling har ansvar for de kvinnene og familiene som har behov for ekstra oppfølging etter fødsel, og den andre avdelingen har ansvar for de kvinnene og familiene der alt ligger til rette for en ukomplisert barselid. For sistnevnte er vanlig liggetid to døgn. Barselomsorgen knyttet til den jordmorstyrte føde- og barselavdelingen er organisert på en slik måte at de tilbyr familierom på avdelingen, så sant det ikke er behov for ekstra oppfølging av kvinne eller barn, og legger til rette for tidlig hjemreise. For alle fødende har sykehuset et tilbud om hjemmebesøk av jordmor, dersom de reiser hjem innen et døgn etter fødsel.

Oppsummeringsmessig for kapittel 2, som omhandler konteksten mastergradsstudien er gjennomført i, sees det en tydelig profil av en aktiv brukerrolle i norsk fødselsomsorg - i den forstand at helseforetaket er forpliktet til å både på systemnivå og på individnivå å involvere brukerne i kvalitetsarbeidet. I neste kapittel forsøkes det å gi en bedre forståelse for begrepet pasienterfaringer ved å se på tidligere forskning og aktuelt teoretisk rammeverk.

3. 0 TEORI

QUASER-studien hviler på et teoretiske grunnlag slik det framkommer i et treårig internasjonalt forskningsprosjekt av Bate, Mendel og Robert (2008) *Organizing for Quality*, som var designet spesifikt med tanke på identifisere faktorer og prosesser som setter sykehus i USA og Europa (England og Nederland) i stand til å oppnå og vedlikeholde høy kvalitet på tjenestetilbudet sitt. De påpeker at tidligere forskning på kvalitet og kvalitetsforbedring i helsevesenet har fokusert på tekniske aspekter ved begrepene, og at de vil komplementere innholdet med et utvidet fokus på organisatoriske og menneskelige aspekter, med det til hensikt å bedre forstå hvordan organisere helsetjenesten for å kunne tilby tjenester med høy kvalitet. Jeg har tatt utgangspunkt i kvalitetsbegrepet slik det blir definert i QUASER - og i forlengelsen av det, sett på brukerperspektivet i forhold til kvalitet. Videre i kapitlet presenteres tidligere forskning på temaet og innføring i teoretisk rammeverk knyttet til pasienterfaringer.

3. 1 Tidligere forskning

Relevansen av å involvere brukerne i kvalitetsarbeidet er etterhvert dokumentert i en del forskningsstudier, men i en oversiktsartikkel fra 2010 problematiseres hvilke intervensjoner som er effektive for å promotere pasientinvolvering i helsevesenet. Etter gjennomgang av tilgjengelig litteratur på temaet, fant forfatterne 14 studier med eksperimentell-eller kvasieksperimentell design, samt 1 systematisk review-artikkel. Samtlige studier var rettet mot å bedre kvaliteten i forhold til medisinerings. På grunn av de metodiske svakhetene ved studiene som var gjennomført, klarte ingen å utkrystallisere hvilke intervensjoner som er effektive for å engasjere pasientene. Forfatterne av oversiktsartikkelen konkluderer med at det finnes lite kunnskap på dette området, og de studiene som er gjennomført er av dårlig kvalitet (Hall et al., 2010). Davies et al. (2005) har til hensikt i sin amerikanske studie å identifisere faktorer som virker inn på anvendelsen av pasientundersøkelser i et kvalitetsforbedringsperspektiv. De konkluderer med at terrenget er til dels ulendt, med både hemmende faktorer og elementer som kan synes å fremme bruken av pasientundersøkelser. I en norsk studie finner man at i den grad pasienter faktisk er involvert i egen sikkerhet på sykehus, skjer dette på de ansattes premisser, da brukervedvirkningen både er initiert av helsepersonellet og de regulerer graden av

medvirkning. Brukerne blir for eksempel ikke involvert i faglige spørsmål (Solbjør & Steinsbekk 2011). Dette bekreftes også av funnene i Foss & Hofoss (2011) studie, som beskriver eldre pasienters erfaringer omkring involvering i utskrivingsprosessen, etter de har vært innlagt på sykehus. 254 pasienter over 80 år ble intervjuet innen to uker etter utskrivning fra sykehuset, og det kom fram at pasientene hadde et tydelig ønske om å delta i prosessen, men til tross for ønsket beskriver de ikke økt mulighet for deltakelse i beslutningene knyttet til utskrivning.

I forhold til norsk fødselsomsorg beskriver kvinnene i Ramvi & Tangeruds (2011) narrative, fortolkende studie at de i liten grad følte seg imøtekommet når de uttrykte ønske om keisersnitt på bakgrunn av fødselsangst. I følge pasientrettighetsloven har ikke kvinner anledning til å velge keisersnitt som forløsningsmetode, de gis kun en mulighet til å medvirke i beslutningen omkring metoden. Forskerne har snakket med fem kvinner som fødte vaginalt til tross for at de ønsket keisersnitt, og de oppsummerer med at samarbeidet mellom fødekvinnene og helsepersonellet, som bør ligge til grunn når beslutninger tas, oppleves som en utfordring for begge parter. For fødekvinnene er det viktig å bli tatt på alvor, selv om de ikke vil gå dypere inn i angstproblematikken. Det fordrer et åpent sinn hos jordmødre og leger – noe som virker til å være et lite framtrædende trekk, i følge studien. I en nylig avlagt doktorgradsavhandling fokuserer Eri (2011) på at de 18 jordmødrene som inngår i utvalget, la sånn vekt på at førstegangsfødende skulle være hjemme så lenge som mulig når fødselen fremdeles var i en tidlig fase, at de i mange tilfeller ikke klarte å imøtekomme fødekvinnenes behov i denne fasen. Jordmødrenes motivasjon for å kommunisere dette til kvinnene var begrunnet med at "det var til kvinnenes eget beste", med en underliggende antakelse om at fødekvinnene var mer utsatt for komplikasjoner som fordrer medisinsk intervensjon i fødselsforløpet hvis de kom til fødeavdelingen i en tidlig fase av fødselen. I avhandlingen konkluderes det med at jordmødrene ivaretar sitt ansvar som "dørvakt" til fødeavdelingen i større grad enn å utøve sitt faglige jordmorskjønn om å handle til fødekvinnenes beste.

I Scotland gjennomførte Emslie et al. (1999) en prospektiv studie hvis mål var å undersøke hvordan kvinner gjør valg i forhold til svangerskapsomsorg, og faktorer

som påvirker beslutningsprosessene. De så på kvinnenes valg spesifikt i forhold til fødested, helseprofesjon i svangerskapsomsorg og fødselshjelp. En gruppe kvinner som hørte til et geografisk område i nordvest Scotland fylte ut spørreskjema ved tre ulike tidspunkt de hadde kontakt med svangerskapsomsorgen. Dybdeintervjuer ble også gjennomført for en undergruppe. Tendensene fra studien var at informasjon vedrørende valg av fødested ble gitt vilkårlig, og at mange kvinner ikke visste forskjellen mellom de ulike stedene de hadde som alternative fødesteder. Det endelige valget var først og fremst påvirket av ulike medisinske aspekter hos kvinnene. I forhold til helsepersonell var det mindre viktig å velge om de skulle gå til jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen. Kvinnene la mest vekt på at de traff de samme personene i løpet av svangerskapsomsorgen. Videre kom det fram at det var viktigere å få velge en konkret jordmor, men ikke så presserende å velge en konkret obstetiker². Når det kom til fødselshjelp følte kvinnene at de var godt ivaretatt, men informasjon vedrørende ulike typer smertelindring av mangelfull.

Det er imidlertid andre måter å forholde seg til pasienterfaringer på; en studie fra Australia har sett på hvorvidt fødselsplaner kan være et redskap for å forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonalet og den fødende. De gjennomførte en spørreundersøkelse av mer enn 1300 fødekvinne, der 20 % av dem hadde utarbeidet en skriftlig fødselsplan som de drøftet med jordmor på fødeavdelingen. Resultatene viser at de 20 prosentene som hadde en skriftlig fødselsplan var mer fornøyd med smertelindringen, men at det ikke var noen forskjell mellom gruppene verken med hensyn til den generelle tilfredsheten – eller i hvor stor grad de var involvert i avgjørelser vedrørende fødselsomsorgen (Brown et al. 1998).

3. 2 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet har som målsetting å få en teoretisk forståelse av hva begrepet pasienterfaringer rommer.

3. 2. 1 Brukerperspektivet

Pasienterfaringer kobles naturlig til brukerperspektivet i helsevesenet. Elisabeth Willumsen (2005) redegjør for en differensiering av begrepene brukermedvirkning og brukerperspektivet; mens brukermedvirkning handler om at brukerne bidrar og

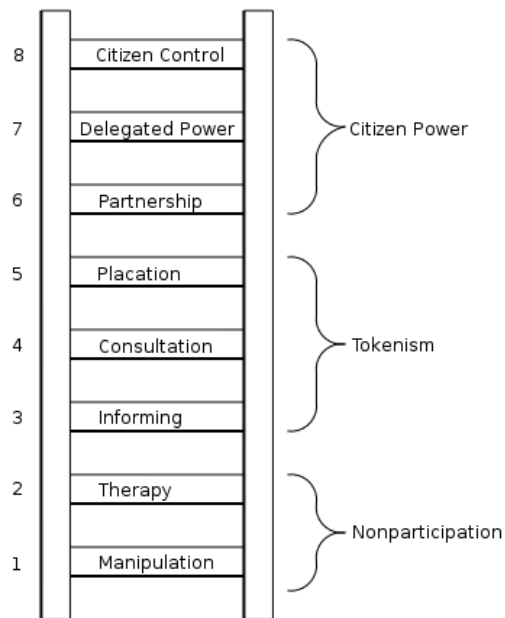
² Obstetiker er en lege som har spesialisert seg på gravide og fødende kvinner.

deltar aktivt i relasjonen med helse- og sosialarbeidere, er brukerperspektivet et mer utvidet begrep. Begrepet bruker betyr en som nytter, utnytter eller anvender. Denne differensieringen gjelder både på individ-, gruppe- og systemnivå. I følge Hanssen et al. (2010) består den profesjonelle relasjonen av to dimensjoner; den tradisjonelle oppfatningen er at ved å ha pasienten i sentrum, skal den profesjonelle "være i stand til å forstå og handle ut fra brukerens interesser og behov, i kraft av sin kunnskap og erfaring" (Hanssen et al., 2010 s. 32). De kaller dette ovenfra – og ned – perspektivet for faglig brukerperspektiv. Et komplementerende aspekt på brukerperspektivet er brukerens perspektiv. Det representerer et nedenfra – og opp – perspektiv: Å se fra brukerens ståsted. For helsepersonell vil det ideelle være å kombinere disse to dimensjonene; å ha pasienten i fokus i utøvelsen av helsehjelp, men også legge til rette for at pasienten skal kunne formidle sin opplevelse av situasjonen – og gjerne medvirke ved å delta aktivt i beslutninger vedrørende helsehjelpen. Gjennom brukermedvirkning ønsker man å sikre brukerens interesser i hjelpeapparatet, og utnytte brukerens erfaringer til faglig utvikling og kvalitetssikring av hjelpetjenesten. Brukermedvirkning kan foregå på tre nivåer:

1. Individnivå. Her er det brukeren eller de som ivaretar brukerens interesser som mottar tjenestetilbudet som er i sentrum. De medvirker i forhold til valg, anvendelse og utforming av tilgjengelige tilbud, og tar aktivt del i planlegging og gjennomføring. Brukeren tar konkret ansvar for sine deler i arbeidet mot et bedre liv.
2. Systemnivå. Brukerene inngår et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet. Brukerorganisasjoner velges inn i ulike utvalg og råd for å formidle sin kunnskap til administrasjon, fagfolk og politikere, som har til hensikt å planlegge og drifte et tjenestetilbud. Tjenesteutøverne og brukerrepresentantene blir sett på som en del av systemet.
3. Politisk nivå. Brukerorganisasjonene trekkes inn i planleggingsprosessen før politiske beslutninger fattes. Representanter for brukerne oppnevnes i størst mulig grad til ulike råd, komiteer og utvalg. På dette nivået påvirker man lovgivning og samfunnet.

(Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Både for brukermedvirkning på individ- og systemnivå er det grader av brukermedvirkning. I 1969 publiserte Sherry Arnstein en artikkel med fokus på medvirkning som en borgerrett (Arnstein, 1969), der hun illustrerte en gradert deltakelse ved hjelp av trinn på en stige: "A Ladder of Citizen Participation



De to nederste trinnene er manipulering og terapi, som er beskrivende for ikke-deltakelse. Trinn 3, 4 og 5 beskriver en symbolsk deltakelse (tokenism), der borgere gis en stemme ved informasjon og konsultasjon, men er helt prisgitt makthaverene hvorvidt deres innspill blir tatt til etterretning. Videre oppover i stigen øker borgernes grad av medbestemmelse; på trinn 6 inngås partnerskap som setter borgerne i stand til å forhandle med de tradisjonelle makthaverne, mens på de to øverste trinnene har borgerne full kontroll over maktbalansen.

Den laveste form for brukermedvirkning blir da å ha talerett. En brukerundersøkelse kan være et slikt eksempel. Høy grad av brukermedvirkning kalles brukerstyring og er for eksempel ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. I forhold til norsk helsepolitikk er prinsippet om brukermedvirkning forankret i Verdens Helseorganisasjons deklarasjon *Flest mulig gode levekår for alle* (WHO 1978), som vektlegger

- Empowerment
- Likhet
- Samarbeid
- Deltakelse

Å bli tatt på alvor og å føle at man blir respektert er viktig for alle – både i lys av menneskeverdet og fordi vi vet at brukere som medvirker til egen behandling ofte oppnår bedre resultat. I en sør afrikansk studie påvises en sammenheng mellom deltakelse i et helsefremmende program og antall innleggelses på sykehus, antall sykehusdøgn og kostnader per pasient for ulike pasientgrupper; høyt engasjement i programmet førte til en reduksjon på alle de nevnte målepunktene (Patel et al.,

2010). Det handler om selvbestemmelse/autonomi, mestring av egen hverdag og styring av eget liv (Barbosa da Silva, 2006). Dette kan oppsummeres i ett begrep: *Empowerment*. Både deltakelse og medvirkning er sentrale aspekt ved empowerment, men brukermedvirkning er ikke nødvendigvis ensbetydende med empowerment (Humerfelt, 2005). Storm (2009, s. 22) sier at empowerment "viser til en maktforskyvning der enkeltmennesker og befolkningsgrupper styrkes gjennom bevisstgjøring om egne rettigheter". I følge Ekeland og Heggen (2007) kan man skille mellom to hovedperspektiv på myndiggjøring, nemlig individuell og systemorientert myndiggjøring. Individuell myndiggjøring dreier seg om at enkeltpersoner opplever økt makt eller kontroll utenat det skjer en reell endring av strukturen i omgivelsene. Relasjonen mellom brukerne og det offentlige tjenesteapparatet baseres på likeverdighet og maktutjevning mellom de berørte partene. Hanssen (2010) omfavner det relasjonelle aspektet ved å peke på at medvirkning er en prosess, der "brukerens synspunkter og den profesjonelles faglige argumenter leder fram til en begrunnet og faglig forsvarlig beslutning." Bevissthet rundt denne dynamikken representerer et oppgjør med den diagnostiske skolen og helse- og sosialarbeidernes paternalistiske roller i relasjonen til brukerne (Humerfelt, 2005). Når personal i helse – og omsorgssektoren allikevel bestemmer helt eller delvis for brukeren, kan den paternalistiske holdningen begrunnes med nødvendigheten av fagpersoners ansvar for å utøve et faglig skjønn basert på *ekte paternalisme*. Personalet begrunner beslutningsovertakelsen med at brukeren ikke er beslutningsdyktig – enten generelt eller i en konkret sak. Da må fagkunnskap, gode intensjoner og pasientens egne synspunkter legges til grunn, slik at man kan komme fram til beslutninger eller handlinger på et så sikkert grunnlag som mulig (Norheim 2010). Det innebærer en bevissthet rundt risikoen for å krenke brukerens integritet, samt at innenfor rammene som lovgivning og rettigheter danner, er det avgjørende at den enkelte helsearbeider er bevisst hvilken makt man innehar; brukeren befinner seg i et avhengighetsforhold. Selv om man ønsker en maktutjevning – i tråd med empowerment-tankegangen, er det i utgangspunktet en grunnleggende asymmetri mellom profesjonsutøver og klient, der profesjonsutøveren både har kunnskapsmakt og makt til å disponere behandling og / eller ytelser (Grimen & Terum, 2009; Sommerseth 2010). Vik (2007, s.85) refererer til Michel Foucaults forståelse av maktbegrepet for å komme til kjernen; "makt er ikke noko ein har men ein relasjon,

og makt og kunnskap er tett bundne saman: Dei er føresetnader for kvarandre.” Dette bidrar til en nyansering av hva makt innebærer; makt er ikke negativt i seg selv, men også en drivkraft i myndiggjøring av brukerne. I forhold til kunnskapsmakten påstår imidlertid Grimen og Terum (2009) at avstanden mellom medisinsk fagkunnskap og lekmannskunnskap er voksende – og således også maktspraket. Moderne medisin er basert på vitenskapelig tilegnet kunnskap om årsakssammenhenger, der metodene er utprøvende og blir teoretisk forklart (også kalt evidensbasert kunnskap). Samtidig er medisin som fagfelt i økende grad teknisk avansert. Ved hjelp av tekniske hjelpemidler avanserer framgangsmåtene, og på den måten kan også kunnskapsnivået høynes. Vi ser at teknologi og kunnskap er to sider av samme sak; de påvirker hverandre gjensidig samtidig som de forutsetter hverandre (Lian 2007). Til tross for at pasienter framstår som mer informerte og mer kunnskapsrike, beveger den forskningsbaserte kunnskapen seg raskere og raskerer bort fra allmennkunnskapen; medisin som fagfelt er blitt så avansert at “mannen i gata” ikke har forutsetninger for å forstå forklaringsmodellene.

Brukermedvirkning i helsetjenesten har også et konsumentperspektiv (Askheim, 2012). Innenfor dette perspektivet er det sentralt å sikre pasientene en kunderolle i møte med helsetjenestene som tilbys; pasientene skal ha valgmuligheter, begrunnet med at den enkelte person har kompetanse til å gjøre egne valg når det gjelder tjenestetilbud og behandlingalternativer. Her ser vi at pasientene får makt i forhold til å faktisk velge den behandlingen som best tilfredsstiller deres behov. Verdimessig ser vi en forankring i autonomiprinsippet, som kommer til uttrykk ved en forventning om effektivitet, fleksibilitet og valgfrihet. Dette er verdier som er sentrale i vårt samfunn – både på individnivå og mer overordnet nivå. Dagens helsepolitikk fremmer også disse verdiene – det vises tydelig ved den omorganiseringen som pågår i helsevesenet (Hallandvik, 2005). Sammenliknet med det tradisjonelle velferdspolitiske mål om rettferdig fordeling av godene ser vi at helsetjenestene i økende grad blir en vare som kan kjøpes. Denne prosessen der tjenestetilbudet forvandles til varer ved at de eksponeres for markedsmekanismer, slik vi ser tendenser til i helsevesenet i dag, kalles på engelsk for *commodification* (Lian 2007). Imidlertid består helsetjenestene av så komplekse organisasjoner at det er vanskelig å avgrense og kvantifisere dem, i tillegg til at tjenestetilbudet er lite homogent.

Dermed er det vanskelig å skape en standard som skal kvalitetssikres, som følgelig gjør dem lite egnet for kjøp og salg i et marked. Sosiologen Olaug Lian poengterer altså at betingelsene som gjelder for et velfungerende marked er vanskelige for helsevesenet å oppfylle.

3. 2. 2 Pasienterfaringer; operasjonalisering av brukerperspektivet

En måte for helseforetak å ivareta brukerperspektivet er ved å på ulike måter forholde seg til pasienterfaringer. I forhold til kvalitet er aspektet med pasienterfaringer mindre utforsket enn for eksempel pasientsikkerhetsaspektet. Følgelig er også kunnskapsgrunnlaget for hvordan å forstå variasjonene – og faktorene som er med på å forme erfaringene, og videre hvordan de best kan måles i en gitt kontekst også mindre solid (Cornwell & Goodrich, 2011). Per definisjon er *erfaring* et subjektivt begrep, som at kvaliteten må oppleves av den enkelte pasient; ”det som er godt for meg trenger ikke være godt for deg!”, mens egenskapene ved kvalitet kan måles ved hjelp av for eksempel pasientundersøkelser og kvalitetsindikatorer (Kyrkjebø, 1998). For tjenestetilbyder vil det være hensiktsmessig å finne fram til pasientens behov så presist som mulig, slik at helseforetaket kan planlegge kvalitet. En annen måte å forstå hvordan pasienterfaringer inngår i kvalitetsbegrepet, er å se på de normer og verdier som operasjonaliseres gjennom daglige rutiner på sykehuset. Normer og verdier hos helsepersonell kan være påvirket både av profesjonsutdanning og sykehuset og der godt faglig skjønn innebærer god kvalitet i møte med den enkelte pasient, kan organsiasjonskulturen på sykehuset bidra til en felles og samordnet praksis overfor pasientene. Kvalitet i dette perspektivet kan være vanskelig for sykehuset å designe; det representerer et aspekt ved kvalitet som har vokst fram i organsiasjonen (Hallandvik, 2005).

Som teoretisk rammeverk rundt begrepet pasienterfaringer, er tidligere nevnte IOMs faktorer samt *Picker - prinsippene*³ (Cleary et al. 1993) mye brukt. Felles for disse er at pasienterfaringer er knyttet til *pasientsentrert omsorg*, og for dette omsorgsperspektivet har de identifisert syv ulike dimensjoner som sentrale.

³ Picker Institute er en amerikansk uavhengig non-profit organisasjon, som jobber for å integrere pasienterfaringer i kvalitetsforbedringsarbeidet i helsevesenet. I 1993 lanserte de åtte prinsipper for pasientsentrert omsorg.

Dimensjonene er beskrevet og utdypet i boken *Through the Patients eyes* (Gerteis, 1993) og illustreres her i tabell 1, som er hentet fra de britiske retningslinjene for bruk av pasienterfaringer i sykehusavdelinger for voksne.

Tabell 1: Dimensjonene innen pasientsentrert omsorg, etter Gerteis, gjengitt i rapporten "Patient experience in adult NHS services"

(<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13259/55050/55050.pdf>).

Dimensions	Attention required to:
1. Respect for patients views, preferences and expressed needs	Quality of life, involvement in decision making, dignity, needs and autonomy
2. Co-ordination and integration of care	Co-ordination and integrations of clinical care; of ancillary and support services; of 'frontline' patient care
3. Information, communication and education	Information, communication and education on clinical status, progress and prognosis; on processes of care; to facilitate autonomy, self-care and health promotion
4. Physical comfort	Pain management; help with activities of daily living; surroundings and hospital environment
5. Emotional support and alleviation of fear and anxiety	Anxiety over clinical status, treatment and prognosis; over impact of the illness on self and family; over the financial impact of the illness
6. Involvement of family and friends	Accommodation of family and friends, Involving family in decision-making, supporting the family as care-giver, recognising needs of the family
7. Transition and continuity	Information on discharge, continuing care organised, continuing support, who to call for help

I en rapport fra Picker instituttet (Coulter 2005) gjengis åtte aspekter som pasienter legger mest vekt på ved helsetjenestene:

- Rask tilgang til pålitelige helsetjenester
- Virkningsfull behandling av pålitelig personell
- Klar, begripelig informasjon og støtte til "selvbehandling"
- Medvirkning i beslutninger og respekt for pasientens ønske
- Oppmerksomhet knyttet til fysiske og miljømessige behov
- Emosjonell støtte, empati og respekt
- Involvering av, og støtte til, familie og omsorgsytere
- Kontinuitet i tjenester og "smertefrie" overganger

Involvering av pasienter i sykehusets kvalitetsarbeid er uttrykk for en mer generell trend mot et helsevesen som har et mer "nedenfra-og-opp" – perspektiv (Bate et al. 2007). Som en del av denne trenden har forfatterne utviklet et design for hvordan pasienterfaringer kan konseptualiseres som en del av kvalitetsarbeidet; Experience-based design (EBD). De sier noe om kjernen i designet: "EBD is a user-focused design with the goal of making user experience accessible to the designers, to allow them to conceive of designing experiences rather than designing services" (Bate et. al 2007, s. 9). De sier videre at det handler om et likeverdig samarbeid mellom partene (pasienter og helsepersonell) i helsevesenet, og tar medvirkningsbegrepet og pasientsentrert omsorg et skritt lengre; mot et partnerskap og delt lederskap. Et kontinuum av pasienters påvirkning i helsevesenet illustreres slik (Bate et al. 2007, s. 10):

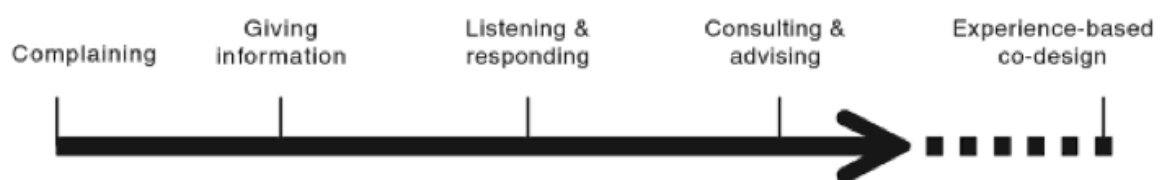


Figure 1.2 The continuum of patient influence. *Source:* Bate and Robert.¹³

Figur 2: Et kontinuum av pasientpåvirkning

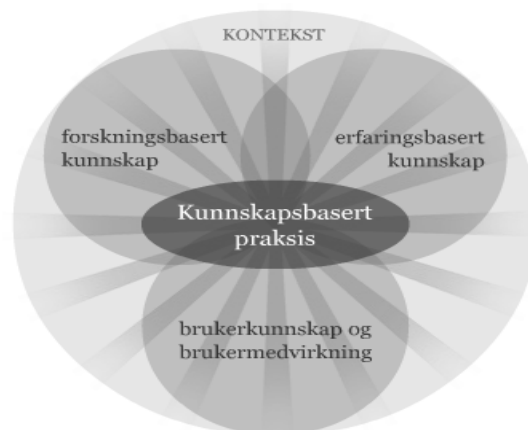
3. 2. 3 Evidensbasert praksis

Evidensbasert praksis blir gjerne oversatt på norsk til kunnskapsbasert praksis. I begrepet ligger det en forståelse av at helsepersonell i sin hverdag gjør valg basert på fagkunnskap og pasientens ønsker (Grimen & Terum, 2009). Det er handlingsvalg som treffes; vi velger å gjøre noe framfor noe annet, og kunnskapsgrunnlaget for utøvelsen av helsetjenester er evidensbasert. Strukturen i evidensen som legges til grunn er hierarkisk; øverst finner vi randomisert kontrollerte studier (RCT) eller meta-analyser av disse – slike man finner på for eksempel Cochrane databasen, og nederst er såkalte "ekspertoppfatninger". Rangeringen er basert på hvor pålitelige kildene er; RCT og ekspertoppfatninger har henholdsvis mest og minst pålitelig kunnskap, fordi kildene til kunnskapen er studier med vidt forskjellige design og metoder. Hvis utøvelsen av helsetjenester kun baseres på evidensbasert kunnskap, og betrakter subjektivitet, klinisk skjønn og pasienterfaringer som underordnede kunnskapskilder blir kunnskapsgrunnlaget snevert; det er liten grad av refleksjon

omkring egen virkelighetsforståelse og arbeidsmåte, samtidig som det er ikke rom for humanioraens kreativitet og skjønn som forskningsmetode. Å kunne framstille forskningsresultater statistisk er av uvurderlig verdi, men humanistisk kunnskap som ofte dreier seg om hvordan det er å leve med sykdom og lidelse, og hvilken hjelp man har erfart som best i aktuelle situasjoner, må ikke undervurderes i utøvelsen av helsehjelp. I norsk sammenheng har man forsøkt å ivareta de ulike kunnskapsformene, slik vi ser i Kunnskapssenterets definisjon av evidensbasert kunnskap. De oversetter gjerne "evidensbasert" til "kunnskapsbasert", og bryter begrepet ned i tre aspekter:

- **Forskningsbasert kunnskap**
 - Systematisk innhentet
 - Høyest mulig opp på kunnskapspyramiden
- **Erfaringsbasert kunnskap**
 - Helsepersonells tilegnede kunnskap og erfaring
 - Det kliniske blikk
 - Taus kunnskap
 - Håndlag som tilegnes over tid
- **Brukerkunnskap og brukermedvirkning**
 - Gjennomføre behandling i samarbeid med brukerens behov og ønsker i den gitte situasjonen
 - Gjøre brukeren rustet til å ta vare på seg selv

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Kunnskapssenteret) og illustreres slik:



Figur 3: Aspektene ved kunnskapsbasert praksis

Per i dag er det et krav at faglig skjønn er forankret i forsknings – og erfaringsbaserte kunnskaper, samt at helsetjenesten og helsepersonell i økende grad må legge vekt på brukerens egne synspunkt og valg, i tillegg til å være bevisste på at det er en beslutningsprosess der relevante hensyn avveies. Dette er noe annet enn å se på brukermedvirkning kun som et nytt krav i helsetjenestelovgivningen. Det er en ny måte å arbeide på, for å sikre kvalitet i tjenesten. Denne kunnskapen må ligge til grunn for utviklingen av tjenestetilbudet (St meld nr 26, 1999-2000).

4. 0 FORSKNINGSDSIGN OG METODE

I dette kapitlet presenteres først studiens forskningsdesign. Deretter følger en redegjørelse av det vitenskapsteoretiske fundamentet som denne oppgaven hviler på. Videre gjør jeg rede for valg av metode, den praktiske gjennomføringen av datainnsamling og innholdsanalysen, foruten å presentere utvalget. Tilslutt reflekterer jeg over hvilke etiske og metodiske overveielser jeg har tatt i betrakning.

4. 1 Design

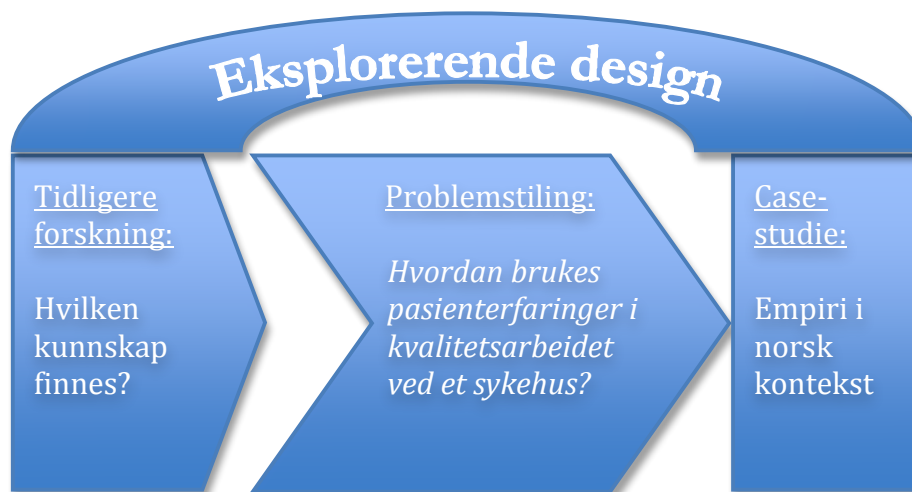
I denne studien er det valgt et eksplorerende design. Tidligere forskning har avdekket at det finnes kunnskap om pasienterfaringer på sykehus, men ikke mye i norsk sammenheng og det har vært lite fokus på hvordan man forholder seg til pasienterfaringer på ulike organisatoriske nivåer på et sykehus. Når det finnes relativt lite kunnskap på et område, og man ønsker å få økt innsikt i - og forståelse for et fenomen, er det hensiktsmessig å anvende et beskrivende, eksplorerende design (Jacobsen, 2005). For å se nærmere på hvordan et norsk sykehus organiserer virksomheten sin for å ivareta brukerperspektivet, ble det gjennomført en eksplorerende case-studie. Hensikten er å avdekke forhold og sammenhenger knyttet til den organisatoriske strukturen på sykehuset, og hvordan disse funnene kan knyttes til det man allerede vet på området. Det går an å få økt innsikt i et fenomen ved å studere ett enkelt case der det ikke er tydelig definerte grenser mellom fenomenet som studeres og konteksten det opptrer innenfor (Andersen, 1997). Det er en fødeavdeling på et større norsk sykehus som er gjenstand for case-studien og som dermed danner konteksten for fenomenet pasienterfaringer, som blir belyst i denne studien. Problemtillingen har vært:

Hvordan brukes pasienterfaringer i kvalitetsarbeid ved et sykehus?

Problemtillingen er videre brutt ned i tre forskningsspørsmål der spørsmålstillingen er "hvordan". Sammen med kompleksiteten i den organisatoriske strukturen på sykehuset gjør dette at det er hensiktsmessig å bruke et eksplorerende studiedesign.

Studien jeg har gjennomført er en forskningsbasert kvalitativ case-studie, som bygger på tidligere forskning med både internasjonale og norske forskningsartikler.

Oppbygningen av studien illustreres av figur 4.



Figur 4: Oppbygning av forskningsstudien

I løpet av fordypingen i tilgjengelig forskningslitteratur vokste problemstillingen fram og denne har styrt valg av metode, som case-studien hviler på.

4. 2 Vitenskapsteoretisk fundament

Den kunnskapen som kommer fram fra forskningen er avhengig av hvilket perspektiv jeg har som forsker. For å kunne presentere forskningsresultater som har en vitenskapelig forankring, er det viktig med metodologisk sammenheng; man må både ha en epistemologisk⁴ og ontologisk⁵ forankring for metoden man velger og forskningsspørsmålene man jobber med, samtidig som man gjør rede for teoretisk perspektiv (Mayan, 2009).

I kvalitativ forskning er det ontologiske perspektiv at de subjektene som man studerer – med sine erfaringer og handlinger, definerer virkeligheten. Dette "Thomas teoremet" om at en situasjon som en person definerer som virkelig, følgelig er virkelig, er en konsekvens av at forskeren må betrakte verden fra forskningssubjektets virkelighetsoppfatning (Flick, 2002). Kunnskapssynet hviler på en erkjennelsesteori om at dataene blir til gjennom samarbeid mellom forsker og informant, der man forsøker å ha liten avstand mellom seg selv som forsker og det

⁴ Epistemologi = læren om kunnskap

⁵ Ontologi = læren om det værende / det som eksisterer og hvordan det eksisterer

som blir utforsket. Forskningens kjennetegn ligger i nærheten til forskningsfeltet og de mennesker som inngår i det. Forskerens subjektivitet er å forstå som en ressurs snarere enn en begrensning; man er aktiv i forståelsen av de fenomener og den verden man forsøker å forstå. Også forskerens fortolkninger av informantenes utsagn vil være med på å forme forståelsen. Som forsker vil jeg ha min egen forforståelse ut fra tidligere ervervede kunnskaper og erfaringer som også påvirker meningsinnholdet og former min forståelseshorisont. Denne forutsetningen om forståelsens subjektivitet, representerer et fenomenologisk perspektiv (Thornquist, 2003). De kvalitative forskningsintervjuene som er gjennomført fordrer at informantene svarer på en beskrivende måte – det er slik informantene har erfart og opplevd det de blir spurt om. I denne mastergradsstudien er det først og fremst i intervjudelen at fenomenologisk vitenskapsteori kan gjenkjennes.

Innen kvalitativ forskning jobber forskerne induktivt; trekker slutninger fra det individuelle til det generelle, fra enkeltobservasjoner til allmenne slutninger. I dette er en antagelse om at data jeg samler fra empirien kan akkumuleres mot ny kunnskap, som videre kan føre til økt forståelse i forhold til bruken av pasienterfaringer i kvalitetsarbeidet som foregår på et sykehus. At teori er utviklet fra empiri betyr at det er ikke filosofiske resonnementer, men virkelige erfaringer og undersøkelser som er grunnlaget for studien. Denne prosessen bygger på en hermeneutisk tenkning om å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. I tolkningen av datamaterialet må man ta høyde for det kontekstuelle; hvis man løsriver noe fra sin sammenheng, kan noe som i utgangspunktet ser likt ut, vise seg å være forskjellig og vice versa. Ved at vi søker forståelse for et fenomen, får vi et utgangspunkt for å utvide denne. Ved å forstå seg selv og andre, setter man i gang en prosess; vi forstår og fortolker, avdekker og åpner slik at vi får en bevegelse fram mot en mer omfattende viten på et høyere nivå. Dette beskrives metaforisk som den hermeneutiske spiral (Kruuse, 2001). I forskningsintervjuene er det informantenes egne forståelser og tolkninger som kommer fram, og gjennom forskningsprosessen har jeg gjennom intervjuene fått tilført ny kunnskap som jeg legger til den erfaringen og kunnskapen jeg allerede sitter inne med.

4. 3 Litteratursøk

Innledningsvis gjorde jeg et litteratursøk, for å ha et grunnlag fra tidligere forskning i arbeidet med å forme en problemstilling. Søket er gjort i vitenskapelige, engelskspråklige databaser. I all hovedsak ble tre databaser på EBSCO-plattformen brukt: Academic Search Elite, Cinahl og Medline. I tillegg ble også Science Direct brukt. Aktuelle søkeord ble valgt på bakgrunn av tema for oppgaven. Innledningsvis ble følgende ord benyttet, i ulike kombinasjoner:

- Patient experience
- patient involvement
- birth
- labour
- quality improvement
- safety.

Underveis i søkeprosessen la jeg også til *hospital*, for å få mer spesifikke treff.

Søkekriterier var:

- Engelskspråklige artikler med abstract
- Publisert mellom 1995 og 2012
- Peer-reviewed

Jeg gjorde også et manuelt litteratursøk, med utgangspunkt i referanselistene til artiklene jeg vurderte på de relevante treffene jeg fikk i databasene. I utvelgelsen av artikler har Kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler vært til hjelp. Fordi jeg også ønsket å vurdere norske publikasjoner, søkte jeg spesifikt i Tidsskrift for Den norske legeforsking. Antall treff på de ulike søkene varierte fra 4 – 73. Totalt har jeg gått gjennom cirka 40 artikler. De mest aktuelle artiklene ble valgt relatert til mastergradsstudiens problemstilling og forskningsspørsmål, og presenteres i mastergradsoppgaven.

4. 4 Valg av metode

Metode er strategiene, stegene og prosedyrene som tas i bruk i en forskningsundersøkelse for å samle og analysere data (Polit & Hungler, 1995). Etersom jeg ønsket en mer inngående studie av fenomenet *pasienterfaringer* og ønsker å få frem enkeltpersoners opplevelser, erfaringer og motivasjoner var det hensiktsmessig å benytte en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode er

hensiktsmessig å bruke når ønsket er å utvikle forståelsen av et fenomen som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet (Dalen, 2011). Studiens tilnærming er basert på triangulering av datakilder i form individuelle forskningsintervjuer, fokusgruppeintervju og dokumentstudie. For å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser er det gjennomført individuelle forskningsintervju og fokusgruppeintervju. Formålet har vært å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon om hvordan ansatte på ulike organisatoriske nivå på et sykehus opplever ulike sider ved pasienterfaringer som en del av kvalitets – og sikkerhetsarbeidet ved sykehuset. Både de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuet er gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3+4). Det innebærer at jeg kan stoppe opp underveis i intervjuet for å eventuelt få informantene til å utdype aspekter ved pasienterfaringer. Intervju betyr egentlig "utveksling av synspunkter" mellom to personer som snakker sammen om et felles tema. Det som skiller forskningsintervjuet fra en vanlig samtale er en metodisk bevissthet om spørreform, og en dynamisk bevissthet over interaksjonen mellom informant og den som intervjuer, samt kritisk bevissthet over det som sies og egne tolkninger av det som sies (Kvale et al. 2009). Fokusgruppeintervjuet er gjennomført med tanke på at den interaksjonen som oppstår mellom informantene i en gruppe kan hjelpe deltakerne til å utforske og klargjøre synspunkter på en annen måte enn i et individuelt intervju. Ønsket har vært at gruppediskusjonen omkring pasienterfaringer på sykehuset skulle besvare spørsmål, nyansere disse og generere nye spørsmål (Kitzinger 1995).

4. 4. 1 Utvalg

I QUASER-prosjektet har man valgt å studere en fødeenhet, fordi det er en enhet som generelt har fokus på kvalitetsforbedring og derfor er det forventet å få rikt datamateriale ved å studere den. Dette er felles for alle deltakerlandene. Prosjektet har hatt en kontaktperson ved sykehuset som har formidlet ønske om informanter til aktuelle seksjoner og avdelinger på sykehuset. Rekrutteringen er betegnet som snøballmetode og utvalget må sies å være strategisk: " Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp" (Malterud, 2003 s.58). Når målet med mastergradsstudien var å belyse bruken av pasienterfaringer i sykehusets

kvalitetsarbeid, var det hensiktsmessig å velge ut informanter som jobbet på ulike organisatoriske nivåer som hadde en formening om problemstillingen, samt å ha en spredning i antall år med yrkeserfaring og at flere profesjoner er representert i utvalget.

På *meso-nivå* er det gjennomført fire intervjuene med ledere på ulike organisatoriske nivåer på sykehuset. Disse intervjuene er gjennomført av andre forskere i QUASER-teamet. Informanter har vært topp – og mellomledere med direkte ansvar for kvalitetsarbeid på sykehuset. Disse fire individuelle intervjuene ble gjennomført våren 2011 og disse inngår i mitt datamateriale som "annenhånds" data. På meso-nivå inngår også sentrale dokumenter i case-sykehuset. Dette er regional og lokal strategiplan, som inngår i sykehusets kvalitetsarbeid, og som er beskrevet i kapittel 2.0. I tillegg inngår brukerrepresentant fra brukerutvalget ved sykehuset og pasient- og brukerombud i fylket i utvalget på meso-nivå, for å kartlegge deres vurdering av sykehusets arbeid med pasienterfaringer. Disse intervjuene er gjennomført av undertegnede. Totalt er det 6 informanter på meso-nivå, samt dokumenter som er relevante i sykehusets kvalitetsarbeid.

På *mikro-nivå* har vi gjennomført elleve individuelle intervjuer; ni jordmødre og to leger, samt ett fokusgruppeintervju der informantene var leger og jordmødre. Informanter ble identifisert i samarbeid med avdelingsledere og alle informantene er tilknyttet en fødeavdeling/seksjon. En samlet oversikt over utvalget presenteres i tabell 2. Denne delen av datainnsamlingen er gjennomført på ett sykehus av undertegnede, sammen med andre forskere i QUASER-teamet, og er førstehåndsdata i datamaterialet.

Jamfør tanken med strategisk utvalg ser man av tabellen at det er en spredning i hvor mange års erfaring informantene har, samt at både jordmødre og leger er representert.

	Profesjon	Erfaring
Individuelle intervju:		
Mesonivå N=6	Leder / Lege	25 år
	Leder / Lege	26 år
	Leder / Lege	18 år
	Brukerrepresentant	8 år
	Pasient- og brukerombud	2 år
Mikronivå N=11	Jordmor	5 år
	Jordmor	3 år
	Jordmor	6 år
	Jordmor	17 år
	Jordmor	9 år
	Jordmor	25 år
	Jordmor	27 år
	Jordmor	26 år
	Jordmor	3 år
	Lege	3 år
	Lege	15 år
Fokusgruppeintervju:		
Mikronivå N=7	Jordmor	6 år
	Jordmor	2 år
	Overlege	22 år
	Overlege	16 år
	Assistentlege	1 år
	Jordmor	5 år
	Jordmor	7 år
Tabell 2: Samlet oversikt over utvalget		

4. 3. 2 Datainnsamling

QUASER-prosjektet startet opp i 2010, og forskningsgruppen ved UiS begynte datainnsamlingen i mai 2011. Dette foregikk før arbeidskravet om godkjent prosjektplan for masteroppgaven forelå, derfor inngår fire intervjuer på meso-nivå i mitt materiale som annenhåndsdata. På dette nivået inngår også styringsdokumenter for sykehuset. Disse er i all hovedsak hentet fra internett, fra helsefortakets egen nettside og benyttet i kontekstbeskrivelsen.

De 11 intervjuene på mikronivå er gjennomført i tre runder i tidsperioden oktober 2011 til februar 2012. På to av intervjuene var jeg ”medsitter”; intervjuet ble ledet av en annen forsker, men med mulighet for meg å bryte inn hvis det var noe jeg ønsket utdypet. Jeg har egenhendig gjennomført syv intervjuer. På to av disse var prosjektleder med som ”medsitter”. De to siste intervjuene er gjort av en medforsker i QUASER-teamet, uten min tilstedeværelse.

Fokusgruppeintervjuet hadde syv deltakere; fire jordmødre og tre leger. Dette intervjuet ble ledet av en annen forsker i teamet (moderator), og undertegnende fungerte som sekretær. Jeg hadde et system der jeg merket hver enkelt informant med en kode på hvert sitt ark, og noterte betydningsfulle utsagn på korrekt tilhørende ark, med tidsangivelse. På den måten kunne jeg støtte meg på disse notatene i transkriberingsprosessen ved å kontrollere at tidsangivelsen jeg hadde notert stemte overens med sanntid i lydfilen.

Alle intervjuene har foregått på møterom på informantens arbeidsplass, er tatt opp digitalt og det er tatt feltnotater.

Alle avtalene vi hadde var planlagt i god tid, gjennom vår kontaktperson på sykehuset. Til tross for dette møtte flere av informantene uvitende om hva vi ønsket å få belyst gjennom intervjuet. De fleste av jordmødrene møtte til individuelle intervju etter å ha fått beskjed om dette fra sin leder samme morgen som intervjuet skulle gjennomføres. Fokusgruppeintervjuet var også godt planlagt fra vår side, men når vi møtte som avtalt var det høyst usikkert hvor mange informanter vi ville få. Vi var imidlertid heldige; det var en rolig periode på fødeavdelingen, så hele syv informanter satt i nærmere to timer og samtalte om temaer som moderatoren lanserte.

I QUASER-prosjektet er det utviklet egen intervjuguide for både meso – og mikronivå, som også favner pasienterfaringer som fokusområde (vedlegg 3+4). Pasienterfaringer eller – opplevelser er ett av tre fokusområder i kvalitetsbegrepet som anvendes i QUASER. Derfor er intervjuguidene og følgelig også datamaterialet større enn det som er anvendt i min studie. Spørsmålene i intervjuguiden som har vært relevante for studien er for mesonivå:

- *Hva anser du som din rolle når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring? (knyttet til klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaringer)*
- *Har sykehuset en kvalitetsstrategi som omfatter klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer?*
- *Hvordan blir pasienter involvert i arbeidet for å forbedre kvalitet?*

- *Hvordan involverer sykehuset pasienter og bruker deres erfaring for å forbedre tjenestene?*

For mikronivå:

- *Hva anser du som ditt ansvar og din rolle i forhold til kvalitet og kvalitetsforbedring? (klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaring)*
- *Kan du gi meg noen eksempler på spesifikke prosjekter som er avholdt for å forbedre klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og / eller pasienterfaringer?*
- *Bruker denne enheten tilbakemelding fra pasienter for å forbedre kvaliteten?*

Fokusgruppeintervjuet har en tematisk intervjuguide, men hele tanken med fokusgruppeintervju er at samtalen mellom informantene "lever sitt eget liv", derfor legges ikke intervjuguiden ved, men spørsmålene som omhandlet pasienterfaringer i intervjuet var:

- *Hvis vi går litt tilbake til pasientene; på hvilken måte blir pasienten dratt med inn i prosessen med å forbedre ting?*
- *Men det kan jo være at pasientene har gode forslag til forbedringer... Samler dere det på noe vis?*
- *På en måte er da kvalitet bare integrert i det faglige...? Gjelder det for sikkerhet også? Og det med pasientopplevelse?*

I alle intervjuene ble informantene oppmuntret til å utdype sine uttalelser med spørsmål som "Kan du fortelle mer?", "Kan du utdype det?", "På hvilken måte da?"

For intervjuene av brukerrepresentant som er med i brukerutvalget ved sykehuset og pasient- og brukerombudet utarbeidet jeg egne intervjuguides (vedlegg 6+7). Begge disse intervjuguidene tok utgangspunkt i guidene vi ellers brukte i QUASER-prosjektet, men tilpasset informantens rolle. Arbeidet med å lage intervjuguidene var en arbeidskrevende prosess. Fokuset var å omsette QUASERs overordnede problemstillinger til konkrete temaer med underliggende spørsmål. Også her er datamaterialet større enn det jeg har brukt i denne studien. Spørsmålene i intervjuguiden for representanten fra pasient- og brukerombudet som var relevante:

- *Kjenner du til hvordan sykehuset / KK bruker henvendelsene fra dere i kvalitetsforbedringsarbeidet sitt?*

- *Kjenner du til hvordan sykehuset bruker pasientenes erfaringer i kvalitetsarbeidet?*
- *Kjenner du til om sykehuset på overordnet nivå og på avdelingsnivå har noen systematikk i innsamling og bruk av pasienterfaringer?*

Intervjuguiden for brukerrepresentanten i brukerutvalget har relativt mange spørsmål som fokuserer på pasienterfaringer, derfor gjengis ikke spørsmålene her, men i vedlegg 6. En medforsker i QUASER-prosjektet kvalitetssjekket guidene før den ble tatt i bruk.

Totalt er det transkriberte materialet fra alle intervjuene i utvalget på 264 sider. (Meso-nivå: 60 sider, mikro-nivå: 144 sider, brukerrepresentant+pasientombud: 35 sider, fokusgruppe: 25 sider). Det jeg har identifisert som meningsbærende enheter i det transkriberte materialet, som omhandler temaet pasienterfaringer på et norsk sykehus, utgjør 20 sider. I tillegg ble de delene av det transkriberte materialet som ikke omhandlet pasienterfaringer brukt som bakrunnsmateriale for å få en generell forståelse og fortolkning av organisasjonen – og kulturen ved sykehuset og fødeenheten.

4. 3 Innholdsanalyse

Kvalitativ forskning anvender en fortolkende tilnærming i analysen av det empiriske materialet. I en intervjusituasjon må informantens utsagn og beretninger om aktuelle hendelser og opplevelser fortolkes av forskeren. Fortolkningen bygger først og fremst på informantens direkte uttalelser, men den videreutvikles i en dialog mellom forskeren og det empiriske datamaterialet. En slik tilnærming bygger på at mennesker skaper eller konstruerer sin sosiale virkelighet og gir mening til egne erfaringer. Dermed blir virkeligheten ikke entydig, men mangfoldig (Dalen, 2011). Miles & Huberman (1994) beskriver at i kvalitativ innholdsanalyse starter fortolkningen før datainnsamlingen faktisk er i gang; når forskeren bestemmer seg for hvilket teoretisk rammeverk som skal ligge til grunn for utforming av problemstilling og forskningsspørsmål, oppstår det en (ofte underbevisst) førforståelse om fenomenet som vil påvirke fortolkningen. Når jeg har valgt å belyse fenomenet pasienterfaringer på bakgrunn av et brukerperspektiv som rommer ulike

dimensjoner, vil dette prege innholdsanalysen så vel som tolkning av funnene i aller høyeste grad. Både Kvale (1997) og Miles & Huberman (1994) sier at analysen er velegnet til å organisere intervjueteksten og fortette den slik at man kan presentere den kortfattet og få frem det implisitte i det som ble sagt i intervjuet. Det er egentlig ingen riktig måte å gjøre analysen på, det finnes flere ulike framgangsmåter. Innholdsanalysen slik jeg har gjennomført den består av flere ledd fra en rent beskrivende forståelse av en uttalelse, til en mer teoretisk forståelse av fenomenet pasienterfaringer.

Når intervjuene var gjennomført transkriberte jeg dem egenhendig. Det øker sannsynligheten for å bli godt kjent med datamaterialet. Det skjer en prosess fra dataene foreligger som en lydfil til de foreligger som tekstfiler. Kvale og Brinkman (2009) er opptatt av at dette er en form for datareduksjon, og er noe kritisk til at forskeren kun forholder seg til utskriftene under analysen. De mener at det alltid er nødvendig å forholde seg til opptakene som er råmaterialet for analysen. For å ivareta dette aspektet har jeg lest gjennom utskriftene parallellt med å høre på lydfilene. Underveis har jeg markert i utskriften hvis det for eksempel har vært en endring i stemmeleie til informant, hvis det har vært forstyrrelser av noen art eller sentral non-verbal kommunikasjon. På et tidspunkt var det naturlig å avslutte "sjekkingen" og forholde meg kun til utskriftene som råmateriale for analysen.

Etter å ha gjennomført datainnsamlingen satt jeg igjen med flere typer data:

1. Kontekst – miljø; loggbok
2. Non-verbal kommunikasjon; loggbok, feltnotater
3. Verbale utsagn; lydopptak, utskrifter

I studien har intervjuene med informantenes verbale utsagn utgjort hovedtyngden av data. Ved siden av intervjuutskriftene vil faktaopplysninger om profesjon og antall års erfaring være viktig informasjon. Dette er ytre forhold som er med på å danne konteksten for studien. Likeledes vil notater av non-verbal adferd og andre observasjoner inngå som viktig nyansering av datamaterialet. Underveis i intervjuene gjorde jeg også notater, for å kunne ha dem i bakhånd hvis det skulle vise seg å være noe galt med lydfilene, samt for å notere iakttagelser. Etter de enkelte intervjuene reflekterte jeg skriftlig i min private loggbok om hvordan jeg opplevde gjennomføringen. Noen ganger reflekterte jeg over uttalelser, noen få ganger noterte

jeg følelse av ubehag. Polit & Hungler (1995) presiserer at det kan hverken springe noen teori fra - eller oppnå innsikt i - materialet hvis man ikke er fullstendig fortrolig med innholdet. Det inkluderer at man får med seg nyansene som ligger i den non-verbale kommunikasjonen; et intervju består ikke kun av tale. Forskeren går glipp av en viktig dimensjon hvis han bare forholder seg til den transkriberte teksten.

Utgangspunktet for analysen gjort i denne studien er innholdsanalysen som beskrevet av Lundman & Graneheim (2008). I denne framgangsmåten er det flere sentrale begrep og videre følger en beskrivelse av disse: Noe av det grunnleggende er å velge *enhet for analyse*. Analyseenheten bør være tilstrekkelig stor til å utgjøre en helhet og tilstrekkelig liten til å håndteres i analyseprosessen. I denne studien er det 15 individuelle intervju og 1 fokusgruppeintervju som er analyseenheten. Videre ble *domene* identifisert; en del av teksten som handler om ett spesifikt område, og som er mulig å identifisere med lav grad av tolkning. Når jeg leste gjennom alle de transkriberte intervjuene, identifiserte jeg alle områdene som handlet om pasienterfaringer – som da er domenet i analyseenheten. Det neste skrittet var å finne *meningsbærende enheter* i domene-teksten; i intervjuene kan de meningsbærende enheter være ord eller setninger som kan relateres til hverandre ved å ha den samme sentrale mening. En vesentlig del av innholdsanalysen er å *kondensere* og *abstrahere* meningsbærende enheter; teksten skal gjøres lettere håndterlig, men uten at sentralt innhold går tapt – og løftes til et høyere logisk nivå. Teksten gjennomgår nok en prosess der man gjerne lager *koder* for enhetene slik at man kan skape *kategorier* som fungerer som en tråd for flere koder. Kodene fungerer som et redskap til å se på dataene på nye måter, og skapes alltid med hensyn til meningsenhetens kontekst. Med hensyn til kategoriene er disse konstruert sånn at ingen data skal falle mellom to kategorier, eller passe inn i to eller flere kategorier. Til slutt kan man *tematisere* kategoriene, som binder sammen innholdet i flere kategorier. Teksten kan ikke tolkes forutsetningsløst; den vil være en del av en kontekst og tolkningen forutsetter kunnskap om den sammenheng studien er utført i (Lundman & Graneheim, 2008).

4. 3. 1 Beskrivelse av analyseprosessen

Transkribering av intervjuene ble gjort fortløpende, slik at de var friskt i minne. Etter at jeg hadde identifisert domenet (pasienterfaringer) i analyseenheten, fortsatte analyseprosessen med å organisere domenet for å tydeligere vise på hvilket

organisatorisk nivå de meningsbærende enhetene ble funnet. Jeg har videreført organiseringen fra utvalget:

1. Meso-nivå: 6 intervjuer
2. Mikro-nivå: 11 individuelle intervjuer
+ 1 fokusgruppeintervju

Videre gjorde jeg meg ytterligere kjent med materialet, som beskrevet i metodeavsnittet, for eksempel ved å lytte gjennom intervjuet samtidig som jeg leste den transkriberte versjonen, der hovedfokuset var å identifisere

- Meningsbærende enheter og fortette informantens uttalelser til mer konsise og kortere formuleringer. Uttalelsene ble satt opp som vist i vedlegg 8 og
- Formuleringene fikk koder, der flere koder kunne plasseres i samme kategori.
- Kategoriene ble tematisert.

To temaer vokste fram: Innflytelse og omsorg. Begge har en deskriptiv del som sier noe om hvordan informantene opplever at helseforetaket forholder seg til pasienterfaringer på ulike måter. Den underliggende meningen i utsagnene utkrystalliserte seg til å handle om myndiggjøring, og representerer det latente innholdet i innholdsanalysen. En sammenfattet oversikt over manifest og latent innhold er presentert i figur 5, i kaptittel 5.

I løpet av hele analyseprosessen brukte jeg programvaren Nvivo som hjelpemiddel; både for å organisere datamaterialet og for å kjøre enkle frekvensanalyser på ord og begreper. Innledningsvis la jeg for eksempel inn hvor ofte ordet *pasienterfaringer* forekom gjennom alle intervjuene. Videre laget jeg "faner" i programmet, som representerte kategoriene i analysen, som jeg kunne sortere kodene med de meningsbærende enhetene under.

I tråd med et hermeneutisk perspektiv, har jeg forsøkt å være i "dialog" med teksten; i løpet av arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter, kondensere og kode teksten, abstraheringen av disse i kategorier, har det vokst fram ny forståelse som igjen har ført til ulike kategoriseringer.

4. 4 Forskningsetiske vurderinger

QUASER – prosjektet er meldt til – og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med referansenummer 26636. Alle informanter fikk henvendelse per e – post med informasjon om prosjektet. Hvis informasjonen mot formodning ikke var mottatt på forhånd, ble denne gitt muntlig i forkant av intervjuet, samtidig som de signerer samtykkeerklæring. Det framkommer tydelig at deltakelse er frivillig, og at man uten begrunnelse kan trekke seg når som helst. Det ble innhentet yrke og stilling samt erfaring fra informantene. Hvert enkelt intervju ble kodet med nummer for informant, samt med egen kode for sykehuset. Lydopptak er lagret på PC, som er beskyttet med brukernavn og passord og står i låsbart rom. Transkribert datamateriale er analysert på passordbeskyttet bærbar PC. Lydopptak ble slettet når datamaterialet var transkribert. Anonymisert materiale oppbevares i tre år etter prosjektslutt (QUASER).

4. 5 Metodiske overveielser

Målet med studien har vært å avdekke ny kunnskap om pasienterfaringer på et norsk sykehus. Det finnes imidlertid ikke kun én sannhet omkring dette, men heller flere ulike tolkninger. For at resultatene som presenteres skal være troverdige, er det nødvendig at jeg som forsker redegjør for hvordan min forforståelse og erfaring har preget innholdsanalysen. Videre må intervjuene være tilpasset studiens problemstilling og teoretiske forankring, for at funnene som presenteres skal være valide. Dette kan best ivaretas ved å vise hvilke hensyn man har tatt i utvelgelsen av informanter, gjennomføringen av intervjuene og behandlingen av datamaterialet. Kvale (1989) sier at validering skjer gjennom etterforskning, kontinuerlig sjekking og teoretisk fortolkning av resultatene. Slik ivaretas også reliabiliteten; man må kunne stole på funnene som presenteres (Kvale, 1997). Også Miles & Huberman (1994) understreker at innen kvalitativ forskning er det ingen absolutte regler som kan indikere hvorvidt prosedyrene man har anvendt er robuste, eller funnene er valide. Til tross for et eksplorerende forskningsdesign for å få innsikt i fenomenet pasienterfaringer, har jeg en forforståelse av fenomenet når jeg har valgt å forankre pasienterfaringer i et flerdimensjonalt brukerperspektivet. Subjektiviteten i min forskerrolle er å forstå som en ressurs snarere enn en begrensning; jeg er aktiv i forståelsen av de fenomener jeg forsøker å forstå. Denne forutsetningen om

forståelsens subjektivitet, er forankret i det fenomenologisk vitenskapsperspektivet studien legger til grunn.

Utvalget er forsøkt sammensatt på en slik måte at fenomenet pasienterfaringer kunne bli belyst på en variert måte; det har bestått av både jordmødre og leger – noen med lang erfaring og noen med kortere erfaring. Informantene som har lederstillinger har også naturlig nok lengre erfaring. Det som gjelder for alle informantene er at kun et fåtall av dem som hadde vært på andre sykehus, og dermed hadde de ikke noe sammenlikningsgrunnlag når de uttalte seg om pasienterfaringer.

En av fallgruvene ved å utforske åpent som man gjør med eksplorerende forskningsdesign, er at det blir stor variasjon i spørsmålene som stilles til informantene at svarene følgelig også blir varierte (Jacobsen, 2005). For de intervjuene som er utført egenhendig, gikk det stort sett greit å følge temaene i intervjuguiden. Der det var naturlig å utdype utsagn og å få eksempler, ble dette gjort. Det har vært en intensjon å opptre nøytralt og ikke stille ledende spørsmål. Nøytraliteten ble imidlertid utfordret ved flere anledninger; når informantene snakket om organisatoriske endringer som helseforetaket stod midt oppi – og som de opplevde hadde negative konsekvenser for sin pasientgruppe, var det vanskelig å ikke respondere på dette. Da var det godt å ha intervjuguiden med konkrete spørsmål for å hente seg inn igjen. Spesielt gjaldt dette for intervjuet med representanten for pasient- og brukerombudet; jeg ser at når informanten snakket om ulike forbedringsområder i fødselsomsorgen, ble oppfølgingsspørsmålene mer ledende enn jeg i utgangspunktet ønsket. Min bakgrunn som sykepleier og masterstudent kan ha påvirket resultatene i så måte.

Fokusgruppeintervjuet kan ha blitt preget av det rådende hierakiske systemet på sykehuset; når overlegene uttaler seg, er det mindre sannsynlig at noen av de andre deltakerne ikke gir sin tilslutning til det som blir sagt. Den ene overlegen sier da også at på en fødestue, er det ingen som er i tvil om hvem som bestemmer. Underveis i intervjuet satt denne informanten framoverlent på stolen, med armene på bordet mens de andre deltakerne satt tilbaketrukket med armene periodevis i kors. I det transkriberte materialet fikk alle deltakerne i fokusgruppeintervjuet fargekoder, og

umiddelbart ser man at denne overlegens farge går oftest igjen gjennom hele intervjuet.

Gjennom hele prosessen med mastergradsstudien har jeg jobbet sammen med erfarne forskere på UiS, der vi har drøftet metodiske tilnærminger og funn etter hvert som studien har skredet fram. De intervjuguidene som er utarbeidet egenhendig, ble kvalitetssjekket av en forsker tilknyttet QUASER-prosjektet.

Hensikten med mastergradsstudien er å avdekke hvordan et sykehus bruker pasienterfaringer i kvalitetsarbeidet sitt. Funnene som kommer fram kan si noe om hvorvidt det aktuelle case-sykehuset organiserer virksomheten sin for å ivareta dette aspektet ved kvalitet og videre hvordan fødeenheten som er studert forholder seg til pasienterfaringer. Sykehuset kan nyttiggjøre seg funnene i sitt videre kvalitetsforbedringsarbeid – både på systemnivå og på avdelingsnivå, men mastergradsstudien er for liten i omfang til å produsere funn som kan generaliseres til råd eller anbefalinger for andre sykehus. Det er en case-studie som kan si noe om hvordan forholdene er på dette konkrete sykehuset, peke på mulige årsaksforklaringer og hvilke implikasjoner det kan ha for deres praksis.

5. 0 FUNN

Hensikten med studien er å er å avdekke hvordan et sykehus bruker pasienterfaringer i kvalitetsarbeidet på ulike nivåer. Jeg har sett på hvilke strategier de jobber ut fra, hvordan arbeidet er organisert og videre hvordan en fødeavdeling forholder seg til pasienterfaringer. Funnene skal besvare forskningsspørsmålene:

- Hvordan beskriver sykehusets strategi- og tiltaksplaner og ledere pasienterfaringer som integrert i kvalitetsarbeidet?
- Hvordan forholder helsepersonell seg til pasienterfaringer som del av kvalitetsarbeid på avdelingsnivå?
- Hvordan beskriver brukerrepresentanter bruken av pasienterfaringer i sykehusets kvalitetsarbeid?

5. 1 Hvordan informantene beskriver kvalitet

Ett av hovedfunnene i studien presenteres ikke som tema med kategorier som beskrevet i innholdsanalysen, men er ikke et mindre sentralt funn av den grunn: Det handler nemlig ikke om hva informantene sier, men det de ikke sier: Etter å ha gjennomgått 260 sider med transkribert materiale satt jeg igjen med 20 sider som omhandlet pasienterfaringer i et kvalitetsperspektiv. Intervjuguidene handlet i all hovedsak om kvalitet og kvalitetsutvikling, og tidlig i hvert intervju redegjorde forsker for hva som inngår i kvalitetsbegrepet. Funnet er dermed at informantene i dette utvalget snakket mer om de *andre* aspektene av kvalitet: Klinisk effektivitet og pasientsikkerhet. De har ikke i så stor grad integrert pasienterfaringer som et sentralt aspekt av kvalitet. Brukerrepresentantene fra brukerutvalget og fra pasient-og brukerombudet har naturlig nok beskrevet ulike opplevelser knyttet til pasienterfaringer, men helsepersonellet både på meso- og mikro-nivå har i mindre grad trukket fram pasienterfaringer som en del av kvalitetsbegrepet. Når de så snakket om pasienterfaringer, har innholdsanalyse av utsagnene ført til funn som framkom på ulike organisatoriske nivåer; noen på meso-nivå og noen på mikro-nivå. Oversikt over på hvilket nivå funnene framkom presenteres i figur 5 i dette kapitlet. For å belyse hva informantene faktisk trakk fram i forbindelse med kvalitet, siteres noen av lederne (overleger+oversykepleier) på meso-nivå på hva de svarte når de ble spurt om hvordan pasientene blir trukket med i kvalitetsarbeidet:

Vi snakker mye om fag; faglig utvikling, pasientkvalitet, pasientsikkerhet, hvordan får de gode pasientforløpene – les: de effektive forløpene. Ja, og hvordan vi skal løse de utfordringene som står i oppdragsdokumentet, som ventelister, prioritering og epikrisetid.

Leder, oversykepleier

Alle fire lederene på meso-nivå trakk fram kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer for virksomheten på sykehuset. Det var en klar bevissthet rundt disse resultatmålene, selv om de snakket om dem i ulike sammenhenger. Den ene informanten er opptatt av at resultatmålene skal brukes:

Vi får ganske mange her av nasjonale kvalitetsregister. Det tenker jeg også er bra, men et mål må jo være ikke bare å samle data, men å få dem ut etter hvert.

Leder, overlege

Mens følgende sitat illustrer at diskusjonen omkring kvalitetsindikatorer som prinsipp ikke er lagt død:

Det diskuterer vi veldig; hva burde de indikatorene vært fordi de skal jo – når du skal samle de i landet, så må de være målbare. Ja, du kan si noe om pasienttilfredshet, men det er nå det det er hvis du skal indikere god fødselshjelp. Det er som fagfolk sier: God indikator – det er friske barn hjem, det!

Leder, sykepleier

Videre på meso-nivå understreket to av lederne ansvarsforholdet med hensyn til kvalitetsarbeid; en av dem forankrer kvalitetsarbeidet i en egen forsknings- og utviklingsavdeling, men beskriver at mye av ansvaret ligger på den enkelte avdeling - hvordan de vil forholde seg til kvalitetsstrategien:

Direktøren liker å si at den gir rammer, og at den delegerer så mye ansvar som mulig men også da gitt myndighet med det, slik at det er jo et visst slingringsmonn for avdelingene i forhold til hvordan de vil omsette det i praksis. Og vi ser jo også at det er stor forskjell på hvor bevisst man er på dette.

Leder, overlege

På mikro-nivå kommer det fram et tilsvarende fokus på de andre aspektene ved kvalitet. I fokusgruppeintervjuet sier den ene informantene det tydelig:

Obstetrikken er et fag der man er veldig obs på prosenter; du er obs på hvordan det går. Det å for eksempel følge med hvordan keisersnittfrekvensen er. Det er en veldig stor overgang for meg generelt fra de andre fagene jeg har jobbet med, å komme til fødselshjelp fordi det er så stort fokus på det her.

Lege, i spesialisering

I samme fokusgruppeintervju beskriver en annen informant hvordan pasienterfaringer er integrert i tanken om at god kvalitet på tjenestetilbudet fordrer god klinisk kvalitet:

Det (pasienterfaringer) er også endel av den faglige delen, fordi ved å gi best mulig behandling så baserer de seg på forskning, det vi har av kompetanse og erfaring, som vi til enhver til prøver å implementere til den enkelte pasienten...

Overlege

Og videre i foksugruppeintervjuet trekker en av informantene fram at kvalitetsindikatorerne på mange måter kan være talende for standarden på den aktuelle fødeenhetene:

Du spurte om kvalitet, og da må vi vel vise til kvalitetsindikatorerne for kvinneklinikken. Vi kan jo fortelle hva vi synes, men faktum er at vi er et av de bedre sykehusene i Europa – hvis ikke i verden!

Overlege

Videre på mikro-nivå beskriver også flere av jordmødrene på fødeenheten først og fremst kliniske aspekter når vi spør hva som er deres ansvar i forhold til kvalitet. En av dem sier det slik:

Så er jo det at vi skal følge de standardene som er lagt – ut i fra forskning, det som er dokumentert å være det beste til enhver tid. Vi arbeider da evidensbasert, så godt det lar seg gjøre. Selvfølgelig kommer erfaringen vår også inn, og det at personalet til enhver tid er oppdatert på rutiner.

Jordmor

På mikro-nivå kommer det i fokusgruppeintervjuet også fram at erfaring har noe å si for kvaliteten fødselshjelpen de yter; spesielt trekkes det fram i forbindelse med tiltak

som er iverksatt for å få redusert frekvens på alvorlige fødselsrifter (sphinkterruptur), noe som kan belyses ved et utsnitt av intervjuet:

Jordmor: Før rullerte vi, alle sammen mellom avdelingene. For eksempel så var jeg ni måneder på føden, så var jeg tre måneder på barsel før jeg var tilbake igjen på føden i ni måneder. Mens de to siste årene har vi vært mye mer fast.

Jordmor: Når man akkurat har begynt på føden, som ny jordmor, så har man erfaringsmessig større og flere rifter enn... så det er ett tiltak for å få ned det antallet.

Overlege: Så starter du ikke helt der hvor du gikk ut; du starter litt – det må liksom friskes litt opp igjen. Da så vi hvordan den rulleringen; det var noen topper som var relatert til rulling.

En annen jordmor på fødeavdelingen trakk fram at kvantitet har betydning for erfaring og at dette teller positivt i forhold til kvalitet:

Det er en stor avdeling, og vi har høyt antall – vi får fort mye erfaring, for det skjer så mye. Det er mye samlet på ett sted, det er mange fødsler og da skjer det også forholdsvis mye. Så man får god erfaring i å takle mangt og mye. Jeg sier ikke at veldig mye kunne også vært bedre, men fordi det skjer mye får du mye erfaring.

Jordmor

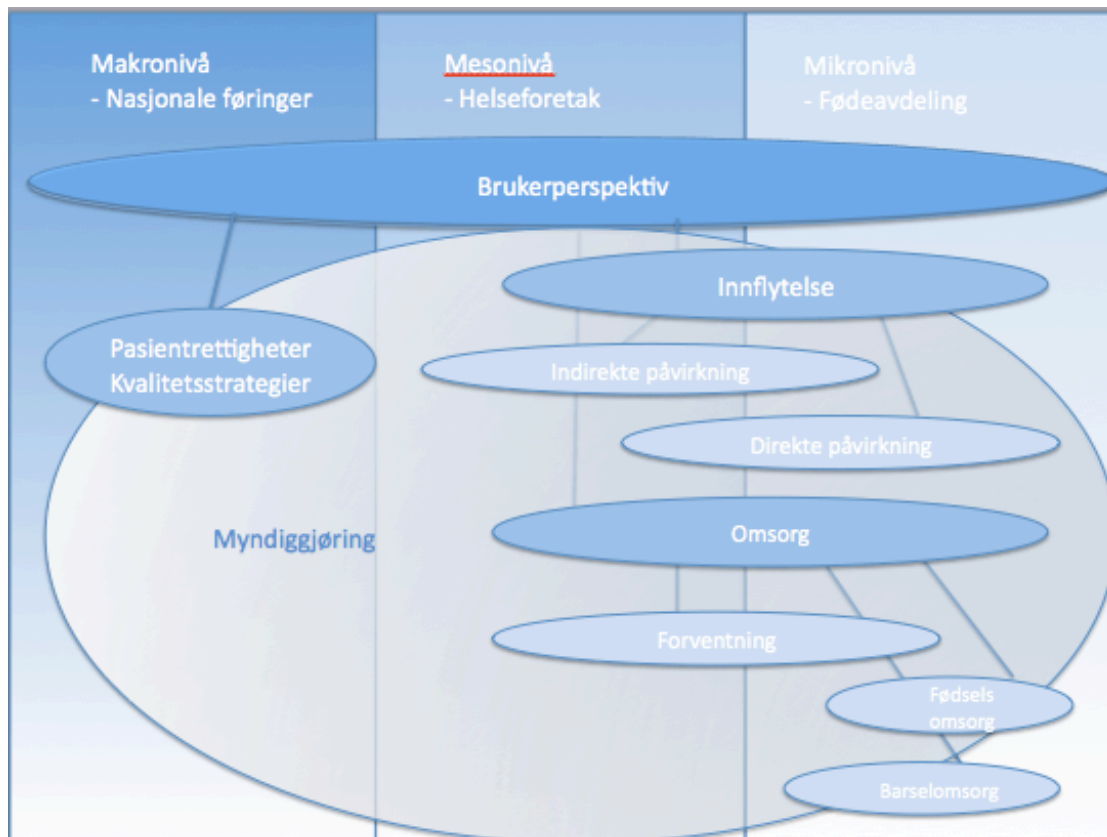
Disse sitatene er med på å belyse at informantene i utvalget ikke trekker fram pasienterfaringer verken som kilde til informasjon i et kvalitetsforbedringsperspektiv, eller som en del av brukermedvirkning i fødselshjelpen.

Videre i kapittelet vises det hvordan det gjennom innholdsanalysen utkrystalliserte seg sentrale temaer knyttet til bruk av pasienterfaringer i kvalitetsarbeidet.

5. 2 Pasienterfaringer

Ett stort tema er illustrert med underordnede hovedkategorier; alle funn på begge nivåer går inn i *brukerperspektivet*, men det utkrystallierer seg ulike aspekter. Dette vises ved to ulike hovedkategorier: *Innflytelse* og *omsorg*. Dette er kategorier med rent deskriptive funn, som er manifest innhold. Det latente funnet er kategorisert til

myndiggjøring og inngår på alle organisatoriske nivåer. Det handler om myndiggjøring av pasientene. For å belyse at norske myndigheter legger føringer for hvordan helseforetaket forholder seg til pasienterfaringer, er også dette nivået presentert i figuren (makro-nivå). På makro-nivå er de aktuelle "funnene" beskrevet i kapittel 2, om kontekst.



Figur 5: Funn på ulike organisatoriske nivåer.

Videre følger en utdyping av funnene som er utledet av innholdsanalysen, presentert med hovedkategorier og subkategorier, og eksemplifisert med sitater fra informantene. Det overordnede temaet brukerperspektiv fungerer som en teoretisering av funnene og dras med når funnene drøftes.

5.3 Innflytelse

Utsagn som faller innefor kategorien innflytelse finnes på begge organisatoriske nivåer. Subkategoriene *indirekte påvirkning* og *direkte påvirkning* gjør også det, men det er flest informanter på meso-nivå som trekker fram indirekte måter å påvirke, mens det på mikro-nivå er en klar tendens at informantene trekker fram direkte måter for pasienten å ha innflytelse.

5. 3. 1 Indirekte påvirkning

Dette er virkningsveier ad en "omvei"; noe(n) andre representerer pasienten. Det er en overvekt av funn på meso-nivå i forhold til indirekte påvirkning. Både lederne på nivået og brukerrepresentanten fra brukerutvalget trakk fram ulike påvirkningsmåter, som *brukerutvalg*, *brukerrepresentant*, *media* og *pasientombud*.

På mikro-nivå var det to informanter som snakket om *Synergi*⁶ som en indirekte måte for pasienter å ha innflytelse på.

Av seks informanter på meso-nivå snakket tre om *brukerutvalget* som en måte for pasienter å påvirke. De har en ganske unison oppfatning av hvordan brukerutvalget jobber, og en informant beskriver det slik:

Det (brukerutvalget) fungerer godt. Vise- og administrerende direktør deltar helt regelmessig på brukerutvalgets møter. Og der går jo informasjonen, kommunikasjonen og bestillingene begge veier. Mitt inntrykk er vel ikke at brukerutvalget oppfatter vår kvalitet som dårlig. Det de er veldig opptatt av, er at de er representert der forebedringsstrategiarbeid og andre ting foregår. Og det er jo nesten uten unntak. Så brukermedvirkning er helt klart en ting som seiler opp...

Leder, overlege

Brugerrepresentanten fra brukerutvalget bekrefter denne arbeidsmåten:

Et brukerutvalg uten deltakelse i prosjekter, blir for meg litt på si'. Jeg er redd for at da blir en veldig lett på siden av prosessene på sykehuset – og det er naturlig; du kommer tett inn på prosessene og klinikkene og avdelinger og saker og... alt fra byggeprosjekter til undersøkelser ved å være med i prosjektet som styrer det.

En annen informant på meso-nivå stiller imidlertid et spørsmål som han mener er representativt også for andre tjenesteytere:

Men jeg snakker jo med andre om dette... det er mange som sliter med hvordan vi skal dra brukerne med.

Leder, overlege

⁶ Synergi er et IT-system for rapportering og håndtering av avvik og uønska hendelser. Brukes i dag av mange helseforetak i Norge.

I forlengelsen av dette kan vi se på hva en av lederne på meso-nivå understreker hva som kjennetegner gode *brugerrepresentanter*; de må ikke være for opptatt av egen skjebne, men klare å favne helheten:

Det er den profesjonelle brukerrepresentanten vi egentlig etterspør. Vi har bruk for dem som... og noen er knallgode. Og de som er gode, er jammen meg svært verdifulle for oss. Nå har jeg opplevd mer enn en gang at brukerrepresentanter som er reflekterte og som liksom har fått den dimensjonen inn – og som er uredde, de får også stor oppmerksomhet og gjennomslag.

Leder, overlege

Samme informant har også trukket inn funksjonen til *media* i forhold til å sette dagsorden:

Røsten til befolkningen har blitt tydeligere gjennom media. Slik at det som skjer gjennom media, det påvirker også fokus. Kanskje man av og til kan få inntrykk av at man driver et hånd-til-munn demokrati. Og at man bare skriker høy nok i pressen, så hopper Ministeren, og da skal det endres i sykehusene.

Jeg innrømmer at ad-hoc strømningene som er her og som kommer til uttrykk gjennom pressen, at de faktisk i løpet av årene betyr mye selv om det er veldig tilfeldig og veldig spredt. Samlet sett så drar de vel i en retning mot større åpenhet, mot større innflytelse for publikum skulle jeg mene.

Leder, overlege

Det er ingen av helsepersonellinformantene – verken på meso- eller mikro-nivå som snakker om *pasient- og brukerombudet* som en måte for pasienter på påvirke. Imidlertid er representanten fra ombudet såpass klar på sitt mandat i forhold til å være en kanal for pasienter, at det må inngå som et funn på meso-nivå for indirekte innflytelse for pasienter.

Jobben vår er jo enkel på den måten at vi skal ta i mot pasienterfaringer og hjelpe pasienter som ikke synes det er så enkelt å skrive, for så å formidle disse i en eller annen kanal.

Nokså mange kontakter oss etter at det har skjedd en uheldig hendelse; enten det har ført til en pasientskade eller at det bare er en ubehagelig opplevelse som de ønsker å gi tilbakemelding om – noen ganger bare til oss, bare for å få det ut, andre ganger for å få hjelp til å skrive en tilbakemelding til sykehuset.

Representanten beskriver at han opplever å bli tatt på alvor ved henvendelser til sykehuset – både på meso-nivå og på mikro-nivå:

Jeg bare ringer opp og ber om å få snakke med avdelingsleder, sier at pasient sånn og sånn har henvendt seg til oss, er usikker og føler at han ikke har fått tilstrekkelig informasjon. Jeg viser til hvor informasjonsbestemmelsene er i pasientrettighetsloven, og så ber jeg dem journalføre at jeg har ringt, og så ber jeg om at noen kontakter pasienten og gir informasjon.

Og som sagt opplever vi jo da at – da er det å skrive til den avdelingen der hendelsen har oppstått så får vi svar, og det er som regel gode svar som pasienter er fornøyde med. Når det gjelder systemnivået, så samler vi opp disse enkeltsakene og har møter med sykehuset en gang i året, kanskje to ganger i året – det er litt alt ettersom, og opplever at vi blir tatt veldig på alvor.

Bruckerrepresentant, pasientombud

På mikro-nivå er det to informanter som trekker fram en indirekte påvirkningsmåte, og det er ved å bruke meldesystemet *Synergi*. Helsepersonell skal etter helsepersonelloven rapportere om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet. De enkelte helseforetakene har løst dette ved å ha elektronisk meldesystem, som i første omgang går til nærmeste leder for vurdering om eventuell videresending til leder på høyere nivå og/eller andre aktuelle instanser (Kunnskapscenteret, Norsk pasientskadeerstatning). En informant så nødvendigheten av å sende inn en melding om uønska hendelse etter denne episoden:

*Jeg hadde en dame som var litt misfornøyd med hele fødselen. Hele opplegget, og så viste det seg at det hadde vært gjenglemt et par akupunktur nåler i ryggen hennes. For det var blitt kjørt på keisersnitt og så hadde hun sagt fra om det, men ikke blitt tatt på alvor. Etter to-tre dager fant man disse nålene i ryggen. Det er sånn som er blitt meg fortalt og som jeg tar videre og melder det i *Synergi*.*

Lege, i spesialisering

En annen måte å bruke *Synergi* på, er for personalet å dokumentere når de ikke rekker å gjennomføre "skal-oppgaver", ved å melde avvik i forhold til disse:

Vi har blant annet begynt å melde hver gang en kvinne reiser hjem fra barsel uten at vi rekker å ha utreisesamtale med henne. Det er planen at vi skal ha utreisesamtale med...alle skal ha tilbud om det, men veldig ofte opplever vi at vi ikke rekker det.

Jordmor

Disse sitatene er ment til å være belysende i forhold til at pasienter har ulike indirekte måter å påvirke tjenestetilbudet. På meso-nivå ser vi at det i all hovedsak er beskrevet måter som er systemrettet, mens den ene subkategorien for funn på mikro-nivå – Synergi, illustrerer at på dette nivået er det mer pasientnære påvirkningsmåter som trekkes fram. Videre i presentasjonen av funn, vises ulike direkte måter for pasienter å påvirke tjenestetilbudet.

5. 3. 2 Direkte påvirkning

I utsagn innenfor denne kategorien er det mest beskrivelser fra informanter på mikro-nivå. Sub-kategoriene som framkommer innenfor direkte påvirkning er: *Pasientundersøkelser, utreisesamtale, postkasse og klagebrev*. På meso-nivå fremstår sub-kategoriene: *telefonkontakt, pasientundersøkelser og møter i etterkant av uheldige hendelser*.

På meso-nivå er det to informanter som nevner en *telefon* man kan ringe til, "for å gi en tilbakemelding til sykehuset om hvordan man har opplevd møtet med sykehuset"⁷ Det er ment å være et supplement til eksisterende kanaler for alvorlige klagesaker, alle saker blir registrert og sendt videre til gjeldende avdeling. Mellom 2008 og 2010 hadde de omkring 500 henvendelser. Representanten for pasient-og brukerombudet sier:

Jeg tror de har mange henvendelser. Jeg tror det er mange som henvender seg direkte dit. Jeg tror veldig mange håndterer sine egne klagesaker overfor sykehuset – helt på egen hånd. Mitt inntrykk er at pasienter opplever det som et lavterskel-tilbud; det er lett å ringe og gi... ha noen å snakke med rett og slett.

Den andre som sier noe om dette tilbudet fra sykehuset er representanten i brukerutvalget:

Det er den som kommunikasjonsavdelingen har ansvar for, og jeg har inntrykk av at den blir brukt.

⁷ Sitat og informasjon fra sykehusets nettside

På meso-nivå sier alle fire ledere noe om *pasientundersøkelser*; de sier noe om hvorvidt de faktisk har det og hvem som har ansvar i så måte.

Og så har vi det med pasienterfaringer – brukerundersøkelser. Det kom jo tidlig rundt 2000, som en aktualitet rundt det som er i foretaket. Dette sier oppdragsdokumentet noe om.

Leder, oversykepleier

Vi har brukerundersøkelser, som er differensiert fra avdelingene. Som gjør at avdelingene skaffer seg tilbakemeldinger om hva brukerne mener.

Leder, overlege

Den ene informanten beskriver også at det er ressurskrevende å komme i gang med denne type undersøkelser:

Så hadde jeg håpet at det regionale helseforetaket hadde initiert en brukerundersøkelse for barsel, og håndtert denne. For det er ganske stort når du ikke har noen... vi får jo hjelp herfra, men... hele pakken – så det hadde vært veldig bra.

Leder, oversykepleier

Representanten i brukerutvalget beskriver tydelig hva som er viktig for at pasientundersøkelser skal være hensiktsmessige å bruke:

Det er viktig at disse erfaringsundersøkelsene blir styrt og koordinert, fordi de små som dukker opp rundt omkring – jeg tror de for det meste koker bort i kålen. Jeg tror at det som har noe å si, er de koordinerte undersøkelsene som passer inn i en struktur, for da blir de brukt.

Når lederne på meso-nivå omtaler pasientundersøkelser, snakker de ikke eksplisitt om hvordan de blir brukt, ei heller i hvor stort omfang de brukes i helseforetaket. En informant reflekterer rundt hvor hensiktsmessig det er å bruke slike undersøkelser i et kvalitetsperspektiv:

Vi har jo pasienttilfredshetsundersøkelser. Men det er nok at den alminnelige kvalitetsoppnåelse av tenkt resultat går liksom forbi. Det tas som en selvfølge, og en kommer hjem og verden går videre. Du husker verken kvalitet eller sykehus eller noe, fordi... det skulle bare mangle, ikke sant?

Leder, overlege

I forhold til om pasientundersøkelser gjennomføres på en systematisk måte sier representanten i brukerutvalget:

Hvis jeg tenker på pasienterfaringer, så tror jeg ikke det. Det har vært, men jeg tror ikke det er hvert år eller annethvert år... Det tør jeg ikke påstå helt, men jeg har ikke opplevd det – det har vært ulike undersøkelser, men jeg tror ikke de er tidsfestet – sånn hvert 3. år og sånn... jeg tror ikke det.

En av lederne på meso-nivå setter også ord på at i den grad de bruker pasientundersøkelser i forbindelse med kvalitetsforbedring, så arter kvaliteten på dataene som framkommer seg på en slik måte at de vanskelig kan generaliseres og brukes til annet enn tilbakemelding til en avdeling om konkrete saker:

.. når man gjør slike undersøkelser, så er det så lite antall respondenter på hver avdeling at det er nok, selv om det i prinsippet skulle være et kvantitativt verktøy, så fungerer det vel mer kvalitativt.

Overlege

Videre på meso-nivå er det er bare representanten fra pasient- og brukerombudet som snakker om *møter* som helsepersonalet har i etterkant av uønska hendelser. Når ingen av de andre informantene sier noe om disse møtene, er det vanskelig å si hvorvidt sykehuset og avdelingen har rutinemessige møter etter uønska hendelser, men representanten fra pasient- og brukerombudet beskriver et forbedringspotensiale i avviklingen av dem:

Og dét tenker jeg at det er virkelig – alle disse møtene de har i etterkant av uheldige hendelser; dét burde de ha rutiner for på sykehuset! ... det kunne være sykepleiere som hadde fått en sånn rolle at når det var en uheldig hendelse som skulle snakkes om, så var de tilstede og ledet møtet og passet på at det å spørre hva som var pasientens behov og stoppet de verste utfallene...

På mikro-nivå er det tre informanter som også gir uttrykk for at det ikke drives noe systematisk innhenting av pasienterfaringer, noe som kan belyses med følgende utsagn:

Vi har vel ikke noe systematisk. Hvis det har vært noe spesielt kan man kanskje gå til ledelsen. Hvis de har hatt noen spesielle negative opplevelser med ett eller annet – eller person, så går man gjerne til ledelsen med det. Men det er ikke noe systematisk der man kanskje skriver det ned noe sted, sånn i forhold til deres

opplevelser, annet enn man da kanskje bringer det videre til ledelsen.

Jordmor

Vi har vel ikke noe system, nei – har vi det?

Jordmor

På mikro-nivå trekkes imidlertid *utreisesamtaler* fram som et møtepunkt mellom jordmor og fødekvinne. Fire informanter snakker om dette, og poengterer at systemet gjør det vanskelig å gjennomføre disse samtalene på en systematisk måte:

Men vi prøver jo å få tatt en sånn post-partum samtale med damene. Men når du går av vakt, så har de gjerne reist når du kommer tilbake neste gang, for de er der så kort tid selv.

Jordmor

I forlengelse av at de ikke har noen systematisk innhenting av pasienterfaringer, trekker tre informanter fram *postkassen* på føden, og en av dem betegner den slik:

Det er jo en sånn ris & ros postkasse som henger rundt omkring, men jeg tror jammen ikke det er mye oppi dem.

Jordmor

En annen måte som nevnes av fire informanter på mikro-nivå er å skrive *brev*. Denne måten å gi tilbakemelding på blir betegnet som en generell måte, men også som ren klageadgang. En informant uttrykte imidlertid at det var en lite benyttet måte for tilbakemeldinger:

Men det kommer på en måte ikke til det punktet, for de aller fleste, at de skriver det brevet om at dette ikke var bra nok. Det skjer jo, men altfor sjelden.

Jordmor

En av informantene som trakk fram brev som måte å gi tilbakemeldinger, anslår at fødeavdelingen årlig får mellom fem og ti klagebrev.

Fra å belyse hvordan pasienter har ulike måter å påvirke tjenestetilbudet, og hvordan disse blir brukt på sykehuset som har vært studert, flyttes fokuset nå over til et annet sentralt aspekt ved kvalitet i fødselshjelp; det handler om omsorg – på ulike måter.

5. 4 Omsorg

Gjennom innholdsanalysen framstår omsorg som hovedkategori og *forventning* som en underkategori til omsorgsbegrepet. Det er snakk om forventninger til hva helsetjenestene skal inneholde, og da inngår omsorgsaspektet naturlig. Forventning er den eneste subkategorien under omsorg på meso-nivå, mens på mikro-nivå er i tillegg *fødselsomsorg* og *barselomsorg* subkategorier.

5. 4. 1 Forventning

På meso-nivå beskriver flere av informantene forventning både fra makro-nivå og forventning fra tjenestemottaker. Tre av lederne snakker om hvordan forventninger fra det offentlige er med på å styre hva som til enhver tid er i fokus for kvaliteten på helsetjenestene:

Vi har jo disse kravene til sykehusene som er pasientbehandling, forskning, undervisning, opplæring av helsepersonell og pasienter/pårørende. Det er jo disse fire punktene som vi forsøker å terpe på. Alle disse er viktige.

Leder, overlege

Det er for mange rifter, og det ønsker HOD (Helse-og omsorgsdepartementet) eller helseministeren å ha fokus på for å få tallet ned. For det vi har fokus på, det forsterker seg på et vis. Sånn er det jo bare, og vi skal levere!

Leder, oversykepleier

I forhold til pasientens forventninger til tjenestetilbudet er det på meso-nivå representanten fra pasient- og brukerombudet som belyser dette mest. Kun én av lederne trekker fram pasientaspektet eksplisitt, men da også som en generell trend og ikke om fødekvinnens konkrete forventning til tjenestetilbudet:

Det handler også om at det vokser fram et større fokus – pasienten krever det av oss.

Leder, oversykepleier

Denne informanten understreker imidlertid at forventninger fra pasientene er fundamentalt for å levere gode helsetjenester:

Ryggraden er jo den tilliten som våre pasienter har til oss om at vi er så gode som vi til enhver tid skal være!

Leder, oversykepleier

Videre på meso-nivå setter representanten fra pasient- og brukerombudet ord på hvordan forventningene fra fødekvinnene oppleves, og hvordan disse kan skape avstand mellom tjenesteyter og tjenestemottaker:

Om de ikke forventer det optimale, forventer de nok mer enn forsvarlig helsehjelp. De forventer nok at man er litt oppe på skalaen, at den er god – og kanskje enda bedre enn god.

Jeg tror nok at hvis en pasient kommer inn med altfor høye forventninger til helsevesenet, da har de mye større vanskeligheter med å komme pasienten i møte.

På mikro-nivå beskrev informantene forventninger utelukkende fra fødekvinnene. I fokusgruppeintervjuet ble forventningene de fødende og deres partnere hadde til tjenestetilbudet, årsaksforklart med *pasientgruppen* de jobber med. De beskrev at dette var en krevende gruppe og at det kunne være utfordrende å imøtekomme krav. Informantene reflekterte rundt bakgrunnen for pasientenes krav.

Vi jobber med en pasientgruppe som er i sin beste alder, og som kanskje er den pasientgruppen som krever mest og som godtar minst feil.

Overlege

Videre beskrev informantene også hvordan de opplevde at forventningene både var urimelige og vanskelige å imøtekomme; fordi fødekvinnene ikke har god nok innsikt i fødselsprosessen har de for høye forventninger til fødselsforløpet.

Mye av det ligger nok i at dette er pasienter i sin beste alder. Mange av dem er ressurssterke og har en helt annen forventning til hva en fødsel og barseltid er.

Jordmor

I følgende sitat fra en jordmor i fokusgruppeintervjuet har jeg også tolket inn en undring over at også kvinner som oppleves som ressurssterke har en urealistisk forventning:

Jeg har inntrykk av at kvinner som skal igangsettes; selv om de er ressurssterke, oppegående kvinner så tenker de at "der – nå skal jeg føde!". De har et helt urealistisk syn på det – det kan jo ta flere dager før de er i gang. Så blir de kjempeskuffet, og på toppen av alt kan du dessverre ikke har mannen og moren din her; de må ordne seg overnatting selv. Det er også noe som mange opplever som veldig negativt. De har liksom ingen forståelse...

Jordmor

I dette sitatet ser vi også at jordmoren opplever at pasientene ofte har en forventning om andre og bedre fasiliteter enn det sykehuset faktisk kan tilby.

Fra å beskrive hvordan informantene opplevde forventningene til blant annet tjenestetilbudet, vises i det følgende hvordan informantene beskriver innholdet i fødselsomsorgen.

5. 4. 2 Fødselsomsorg

På mikro-nivå snakker informantene forholdsvis mye om hva fødsels- og barselomsorgen inneholder, hva de har mistet og hva de skulle ønske at den inneholdt. En av informantene reflekterte rundt hvordan omsorgen som jordmoren må yte "for å få en dame i havn" i et normalt fødselsforløp ikke belønnes i systemet:

Jeg synes det er veldig trist at omsorg ikke har noen verdi – at det ikke blir lønnet. For jeg er stolt hver gang jeg får en dame i havn, og hun er stolt av seg selv: Dette har jeg klart helt av meg selv... den enorme stoltheten du får selv når du har gjennomgått en normal fødsel, det er bare så viktig for kvinnene.

Jordmor

Innholdet i fødselsomsorgen blir av flere informanter ikke beskrevet eksplisitt, men som en motpol til innholdet i barselomsorgen: Den gode fødselsomsorgen som en kontrast til den mindre gode barselomsorgen:

Og så føler jeg det er veldig stor forskjell i kvaliteten som føde – og barselkvinnene våre får på grunn av travelheten i avdelingen. Det er veldig stor forskjell. Ryker og fyker det, får de ingen omsorg – hvertfall ikke barselkvinnene. Stort sett får fødedomene veldig god omsorg.

Jordmor

Det var imidlertid flere som beskrev hva som inngår i fødselsomsorgen. Beskrivelsene arter seg som ulike, selv om essensen i utsagnene er noenlunde den samme; den ene informant beskriver rammene for fødselsomsorgen, mens den andre beskrivelsen er mer preget av et "jordmorhjerter":

Vi skal gi kvinnene og deres ledsagere det de har krav på i følge norsk lov. Og utover det skal vi gi dem så god omsorg og pleie som vi har ressurser tilgjengelige for. Vi skal prøve å oppnå den best mulige kvaliteten overfor den brukeren vi har – sammen med dem. Og veilede og tilrettelegge for dem, og sette krav til dem.

Jordmor

Det som er viktig for oss, er å få lov å møte kvinnene der de er, sånn at de kan frigjøre sitt potensiale innenfor den normale fødsel. Og ikke minst: Også fange opp når kvinnen trenger noe mer enn det vi kan tilby. Det er helt spesielt flott å få jobbe med fødsler, og målsettingen er å kunne møte kvinnene der de er... Å finne ut hva akkurat den kvinnen trenger, for det er veldig ulikt.

Jordmor

Informantene adresserer også innholdet i barselomsorgen når de snakker om kvalitet. På samme måte som for fødselsomsorgen beskriver informantene hva de ønsker den skal inneholde, men av utsagnene ser vi at det i mye større grad er knyttet frustrasjon til kvaliteten i barselomsorgen.

5. 5 Barselomsorg

Fire informanter på mikro-nivå har trukket fram barselomsorgen som det området som har blitt nedprioritert, når det har vært gjennomgang av prioriteringsforskriftene. Informantene beskriver en endring til det verre, og at det koster dem mye å inngå disse kompromissene som endringene fordrer. En informant uttrykte det ganske sterkt:

Nå er det er i ferd med å raseres; alle de tilbudene vi hadde før... nå skal de kvinnene ut av avdelingen fort og vi har for lite ressurser. Vi hadde tilbud om hjemmebesøk, vi ringte til kvinnene dagen etter de hadde født når de var reist hjem og spurte hvordan de hadde det... Nå er det bare å få kvinnen ut – og fort!

Jordmor

Så er vi fortvilet over barselomsorgen; jeg tror at vi scorer dårlig på barselomsorg – nasjonalt sett. På grunn av effektivisering, ikke fordi vi ikke ser behovet, ikke fordi vi ikke veldig ønsker...

Jordmor

Fra å presentere de deskriptive funnene slik de framkom gjennom innholdsanalysen, flyttes nå fokus over på et mer latent funn. Dette kom fram ved gjennomlytting av intervjuer, bruk av loggbok og notater om non-verbal adferd i intervjusituasjonen. Det handler om myndiggjøring av pasienter; både på meso-nivå og mikro-nivå framkom det funn som omhandlet myndiggjøring.

5. 6 Myndiggjøring

Myndiggjøring av pasienter kom fram som et latent funn i mange av utsagnene fra informantene; dette vises både gjennom utsagn som speiler holdninger hos informantene og verdier som preger kulturen, og gjennom pasienterfaringer formidlet av pasient- og brukerombudet. På meso-nivå kommer det fram hvilken holdning en av informantene har ved dette utsagnet:

Det er hvertfall helt klinkende klart at våre pasienter i dag kan mye mer om absolutt alt og det som gjelder dem selv.

Leder, oversykepleier

Samme informant setter ting litt i sammenheng:

Vanlige folk vil være med på banen selv – de vil ha noe å si. Så ting vokser jo parallellt her vil jeg si; krav fra pasient og pårørende, samfunnet og de politiske strømningene.

En annen informant på meso-nivå sier også noe om å myndiggjøre pasienten:

Vi vet jo best, tror vi... vi har trodd og mener å vite best.... Men vi blir veldig overrasket når vi spør pasienter om ting.

Leder, overlege

Representanten fra pasient-og brukerombudet har fått tilbakemelding fra pasienter som ikke har opplevd å bli involvert i behandlingen sin:

...hvordan helsepersonell har tolket signalene, og om de har opplevd seg hørt når de har sagt at "dette føles ikke bra, her er det noe som skjer...". De har vært redde og de har opplevd at det har blitt bagatellisert og at hastekeisersnittet har kommet altfor seint.

En informant beskriver også noen verdier som vil prege kulturen, og som er viktige i forhold til tjenestemottaker:

Jeg pleier å si det slik at hvis du skal få god kvalitet på et sykehus, så må folk få vite det som reellt foregår. Jeg er veldig opptatt av at en skal opptre åpent og ærlig. Slik at folk får den formening om at de er godt opplyst og vel tatt vare på.

Leder, overlege

På mikro-nivå kom det gjennom fokusgruppeintervjuet fram at reell valgfrihet i forhold til sykehusvalg eksisterer i liten grad, og de diskuterer litt fram og tilbake om det å komme til sykehuset for å få fødselshjelp er å betrakte som et informert samtykke i forhold til å ta i mot det tjenestetilbudet de blir forespeilet:

Jordmor: Men det at de har oppsøkt sykehuset for å få fødselshjelp er jo samtykke til behandling i seg selv.

Overlege: Ja, men hvor går grensen...?

Jordmor: Nei, det er jo det – det er vel en glidende grense...

Overlege: I denne byen er det ikke flere muligheter; du kommer til X eller til Y. Det er et viktig poeng her i byen. I en annen by kan du velge mellom flere sykehus eller... I utlandet kan du til og med kjøpe deg plass på et privat sykehus, hvis du har penger. Men her er det kun her det blir gitt fødselshjelp, så kvinnene er nødt til å finne seg i våre metoder.

Videre i fokusgruppeintervjuet reflekterte den ene informanten omkring hvordan å forholde seg til fødekvinnens rett til medbestemmelse:

Dette blir litt spekulering; man lurere på om man i framtiden må ha et panel av pasienter eller noe liknende, sånn at vi har muligheten til å samtale med dem. Problemet er å jo kombinere dette med... vi kan snakke med pasientene, men de må vite at til syvende og sist er det vi som har det siste ordet. Det er ikke alltid å lett å formidle det, fordi "jeg har rett til å bestemme over min egen kropp" og alt

dette her. Og det er greit. Men: Når du kommer i en akutt situasjon, så kan du ikke si at jeg vil ikke ha kopp – jeg vil ha keisersnitt. Det går ikke!

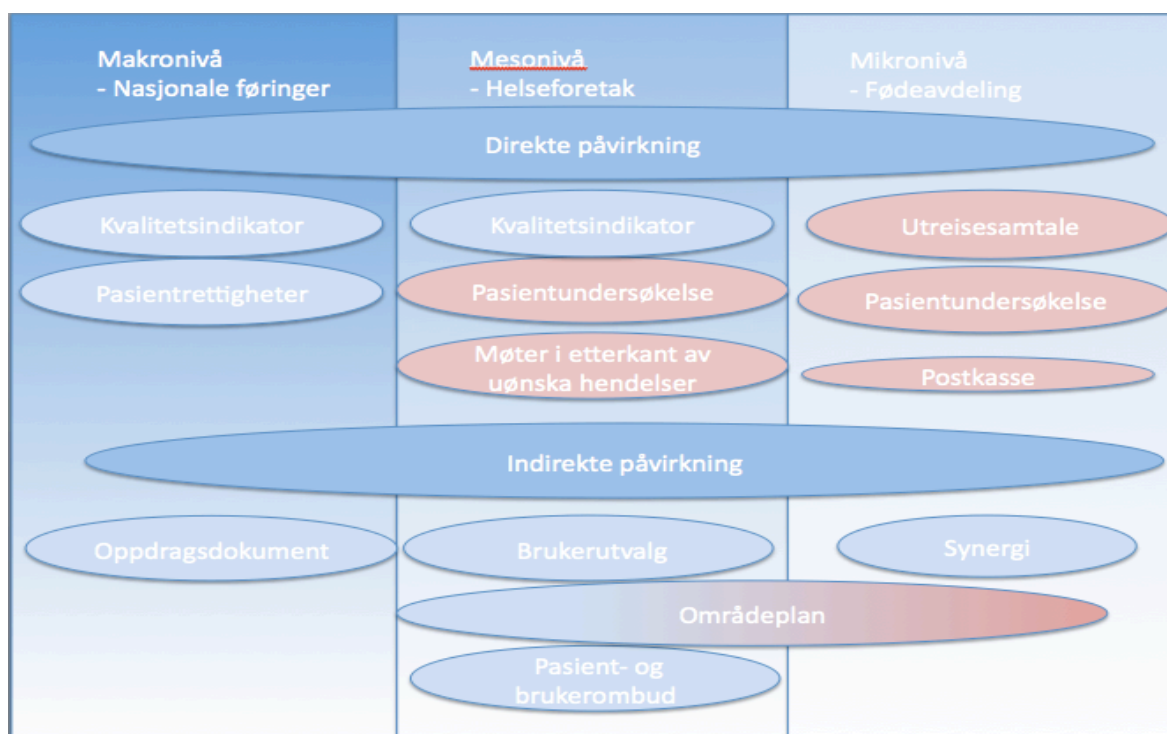
Dette med pasientkommunikasjon; å høre på pasientene og ta dem med på råd – det er vanskelig og tricky emne. Det har mange sider; vi i Norge går litt motstrøms i forhold til ellers i Europa der de som ønsker å føde et barn i seteleie skrive et informert samtykke. Andre steder gjør de keisersnitt fordi mor ønsker det – det gjør vi ikke her!

Overlege

Funnene som utdypet og eksemplifisert i dette kapitlet viser at informanter både på meso-nivå og på mikro-nivå beskriver kvalitet som andre ting enn pasienterfaringer. Det latente funnet beskrevet som myndiggjøring av pasienter belyser ulike holdninger og verdier som setter sitt preg på utføring av helsehjelpen, samt det også ligger til grunn for hvordan informantene forholder seg til pasienterfaringer som en del av kvalitetsbegrepet. I det neste kapitlet knyttes funnene til brukerperspektivet, som er det overordnede temaet for funnene (jf figur 5) og drøftes opp mot aktuell teori og forskningslitteratur.

6. 0 DRØFTING

I de ulike strategiene fra makro- og meso-nivå fremmes brukermedvirkning; vi vil ha aktive brukere i helsevesenet. Beskrivelsen av kvalitet bærer imidlertid preg av en instrumentell og objektiv forståelse, der brukerperspektivet i liten grad er tilgodesett. I intervjuene på meso- og mikro-nivå beskriver informantene et faglig brukerperspektiv som ikke imøtekommer brukermedvirkning. Ikke desto mindre er det faglige brukerperspektivet essensielt å ha med i et kvalitetsforbedringsperspektiv, og for å operasjonalisere dette er det i de ulike planene skissert ulike måter å forholde seg til pasienterfaringer. Gjennom denne mastergradstudien avdekkes en diskrepans mellom det som dokumenter på makro- og meso-nivå beskriver skal inngå i kvalitetsarbeidet, og det som informantene både på meso- og mikro-nivå beskriver er realiteten i helseforetaket. På noen områder er et brukerperspektivet ivaretatt, på andre områder er det mangelfullt. Dette er forsøkt illustrert i figur 6.



Figur 6: Funnt i underkategoriene direkte og indirekte påvirkning, vist på ulike organisatoriske nivåer. Lyseblå bobler indikerer påvirkningsmåter som fungerer, rosa bobler indikerer forbedringsområder.

6. 1 Hva inngår i kvalitetsbegrepet?

Dokumentene på makro-nivå legger føringer for strategi- og tiltaksplanene på meso-nivå. Alle dokumentene peker på viktigheten av å ha tjenestemottaker med i kvalitetsarbeidet. Men kvalitetsbegrepet slik det blir beskrevet av informantene i dette utvalget, virker å begrense seg til de objektive egenskapene ved kvalitet – de som kan måles. Vi ser at informantene på meso-nivå i stor grad trekker med resultatmål i forhold til klinisk effektivitet og – om enn i litt mindre grad – pasientsikkerhet når de snakker om kvalitet. På et sykehus er det helt klart nødvendig med fokus på disse aspektene; det er infeksjoner, det skjer feil og ulykker – en behovsrettet og instrumentell forståelse av kvalitet er viktig. Av dokumentene på makro-nivå ser vi at pasienterfaringer er nyttige i et kvalitetsforbedringsperspektiv, og dessuten i et konsumentperspektiv; på bakgrunn av blant annet pasienterfaringer kan pasienter velge sykehus når de trenger helsehjelp. Pasienterfaringer inngår som en nasjonal kvalitetsindikator for helsetjenesten. Flere av informantene på meso-nivå trakk fram kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer som vesentlige i forhold til kvalitetsarbeid. Det som var påfallende, var at også her snakket de om *andre typer indikatorer* enn pasienterfaringer, til tross for at det altså finnes en slik indikator på nasjonalt nivå. En informant sa betegnende nok at en kvalitetsindikator på god fødselsomorg var friske barn. Men – som Bate et al. (2008) påpeker, til tross for utstrakt bruk av for eksempel kvalitetsindikatorer i amerikansk helsevesen, imøtesees kun rundt 50% av pasientene de gjelder for et behandlingsforløp som er å betrakte som optimalt for dem. Videre påpeker de at det finnes store variasjoner mellom tjenesteytere i et land - og til og med mellom avdelinger på et sykehus. Hvorfor det er slik, fordrer en multifasettert tilnærming til praksisfeltet, som forsøkt i QUASER-studien. Når jeg trekker det fram her, er det for å understreke at funnene fra denne mastergradsstudien ikke er så iøyenfallende – tatt i betraktning at kvalitetsbegrepet generelt i helsevesenet har hatt en teknisk og instrumentell tilnærming.

På mikro-nivå framkom det gjennom intervjuene en relativt stor frustrasjon knyttet til kvaliteten på barselomsorgen. Flere av informantene beskrev at opplevd fokus fra klinikkledelse først og fremst var økonomistyring, og at den nedskjæringen de hadde vært gjennom de siste årene hadde hatt negative konsekvenser for barselomsorgen.

Fødekvinnene hadde en helt klar og naturlig prioritet når det gjaldt å gi optimalt tjenestetilbud, men slik jordmødrene beskriver hverdagen var dette på bekostning av barselkvinnene. Jordmødrene som inngår i utvalget på mikro-nivå beskrev en barselomsorg som de ikke er stolte av, og at det kostet dem mye av deres faglige integritet å inngå disse kompromissene som rasjonaliseringen hadde ført med seg. Jordmødrene beskrev at forutsetningene for å gi pasient-sentrert omsorg til barselkvinnene ikke er tilstede; de får ikke tilstrekkelig tid til å gi god nok ammeveiledning eller til å gjennomføre utreisesamtaler med kvinnene på en systematisk måte. Det framkommer ikke tydelig i kvalitets- og handlingsstrategiene på meso-nivå eller hos informantene på samme nivå hvilke økonomiske styringsparametre de forholder seg til. Det som framkommer er imidlertid at informantene på mikro-nivå opplever at lederne deres (på meso-nivå) er så bundet av budsjett styring at effektivitetsaspektet går foran pasientaspektet hva kvalitet angår. Sosiologen Olaug Lian sier at motstanden i et helseforetak mot å iverksette for eksempel finansieringsordning på et sykehus bunnar i en manglende overensstemmelse mellom de verdier sykehuset og helsepersonell baserer sin virksomhet på. Den uformelle strukturen av skrevne og uskrevne normer og verdier som styrer hvordan helsepersonell tenker og handler, er basert på humanistiske verdier og fagkunnskap. De formelle strukturene som virker styrende på helseforetaket er basert på en tenkning som preges av økonomisk lønnsomhet. Muligens går de nevnte verdier såpass på tvers av jordmødrene og legenes faglige integritet, at ledelsen ikke har den nødvendige legitimitet hos dem som skal effektuere helsehjelpen. Fokuset hos informantene på meso-nivå kan sies å være i overensstemmelse med føringene fra makro-nivå; klinisk effektivitet, effektive behandlingsforløp, ventelister, prioritering, epikrisetid, resultatmål... For informantene på mikro-nivå, som er nærmere pasienten, beskrev de i større grad relasjonelle forhold med pasientsentrert pleie som en viktig bestanddel i fødsel- og barselomsorgen.

6. 2 Medvirkning og myndiggjøring; aktuelt for norske fødekvinne?

Pasientrettighetsloven fokuserer på muligheten for å påvirke på individnivå: Pasienter har rett til å medvirke i forhold til tilgjengelige og forsvarlige behandlings- og undersøkelsesmetoder, men graden av medvirkning spesifiseres ikke. Hvis vi ser

på Arnsteins stige (1969) for deltaking, vil denne graden av medvirkning ligge på trinn tre og fire (informasjon og konsultasjon), noe som representerer en symbolsk medvirkning. Rettighetene pasientene har fungerer som et minimumskrav til standard på tjenestetilbudet ved helseforetaket, og hvis de opplever at tilbudet ikke er tilfredsstillende har de lovfestet rett til å klage til Fylkeslegen (tidligere Helsetilsynet i fylket). Legene på sykehuset kan imidlertid ikke etter eget skjønn bestemme hva som er mest hensiktsmessig hvis spørsmålet er rettsregulert; rett avgjørelse følger det rettsregelen (normen) sier er løsning på spørsmålet (normrasjonell beslutningsmodell) (Molven, 2009). Men vi ser at legene er gitt stor frihet i forhold til å beslutte hva som er best for fødekvinne. I fokusgruppeintervjuet kommer det fram at fødekvinners ønske om operativ forløsning (keisersnitt), ikke blir imøtekommet dersom det ikke samtidig er medisinsk indikasjon for det. Det bekrefter også informantene i studien til Ramvi & Tangerud (2011): Kvinnene har i utgangspunktet uttrykt et ønske om keisersnitt, men endt opp med å føde vaginalt. Til tross for at fødselsangst er definert som en medisinsk diagnose, og det settes inn ressurser for å avhjelpe kvinnen med disse problemene i forkant av fødsel, er det ikke alle kvinner med denne problematikken som blir fanget opp. Heller ikke da er det sannsynlig at kvinnenens ønske fører til et annet tilbud enn det som legen mener er mest hensiktsmessig. En lege på fødeavdelingen sier at når kvinner med fødselsangst, som ikke er kjent for helsepersonalet, kommer inn på føden går "maskineriet sin gang: *Vi endrer ikke planer; vi utfører ikke et akutt keisersnitt bare fordi kvinnen ikke ønsker å føde*". Innenfor rammene ser vi at lovgivningen ofte gir rom for faglig skjønn i vurderingen om hva som er faglig forsvarlig helsehjelp. Når legene som er ansvarlige for fødekvinne velger å bestemme forløsningsmetode på vegne av fødekvinne, kan dette begrunnes med ekte paternalisme. Det kan imidlertid også være symptomatisk for hvordan man generelt forholder seg til pasienters mulighet for involvering; funnene i Solbjør og Steinsbekks (2011) studie peker i retning at det er helsepersonell som legger premissene for brukermedvirkning – både hvorvidt brukerne faktisk blir involvert og grad av involvering. Målet med myndiggjøring er å styrke den enkelte eller gruppens forutsetninger for å oppnå kontroll over eget liv og dermed ha mulighet til å ta kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling (Ekeland og Heggen 2007).

Det er ikke tradisjon for brukermedvirkning innen norsk fødselsomsorg. Hallandvik (2005) trekker fram det kulturelle aspektet ved kvalitetsforståelsen som avgjørende for hvordan helsepersonell forholder seg til pasienterfaringer som kunnskapskilde; de normer og verdier som ligger til grunn for helsepersonells tjenesteutøvelse i det daglige kan være påvirket både av profesjonsutdannelsen og den rådende kulturen i helseforetaket der de har sitt daglige virke. Hvis organisasjonskulturen innen helseforetaket er "god" i forhold til pasienterfaringer, er det ikke et problem i seg selv, men dette aspektet av kvalitet er vanskeligere for helseforetaket å regulere – det er noe som har vokst fram i organisasjonen og på mange måter lever sitt eget liv. Min erfaring med praksisfeltet er at mange helsearbeidere stiller seg uforstående til manglende ivaretagelse av brukermedvirkning. Vi argumenterer med at vi forholder oss til brukerne i det daglige ved å hele tiden spør hva de ønsker – og hvordan de ønsker det gjennomført. Brukerperspektivet er ivaretatt i den forstand at vi har brukernes behov i fokus, og handler ut fra det som Hanssen et al. (2010) kaller et faglig brukerperspektiv. Å klare å se fra brukernes ståsted blir imidlertid mer utfordrende i tjenesteutøvelsen. Representanten fra pasient- og brukerombudet bekrefter også inntrykket om hva som er mest sentralt for jordmødrene og legene i helseforetaket – og hva som er mer mangelfullt; det blir lagt mest vekt på statistikk og evidensbasert kunnskap, mens det å formidle dette til fødekvinnen på en individualisert måte og forklare hvorfor akkurat den valgte behandlingen er best for henne – og kanskje til og med trekke henne med i beslutningsprosessen, slik at deltakelsen ikke bare blir symbolsk (jf Arnsteins stige) - det skjer i mindre grad.

6. 3 Innflytelse

Når informantene i denne studien allikevel beskriver ulike måter for pasienter å påvirke, er det representativt for at pasienter faktisk har, både ulike måter og i ulikt omfang, innflytelse på helsetjenestene. Hvis vi forutsetter at tjenesteyter har et mandat i forhold til å ivareta tjenestemottakers medvirkning, kan denne forstås på bakgrunn av et rettighetsperspektiv, der det er en demokratisk rett i kraft av menneskeverdet. Medvirkning kan også forstås på bakgrunn av et nytteperspektiv: helseforetakene er motivert for å involvere pasientene fordi de kan dra nytte av erfaringene deres – for eksempel i forbedringsarbeidet (Andreassen, 2005). Men

hvorfor forholder klinikere seg i liten grad til pasientaspektet som vektlegges i overordnede styringsdokumenter?

Det kan dreie seg om kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn når helsepersonell utfører helsetjenester; de siste ti årene har evidensbasert kunnskap blitt et ideal for kobling mellom vitenskapelig kunnskap og praksis, men forut for det har kunnskap med et naturvitenskapelig fundament og "objektivering" hatt forrang i medisinske fag (Grimen & Terum, 2009). En jordmor på fødeavdelingen bekrefter kunnskapssynet: *"Så er jo det at vi skal følge de standardene som er lagt – ut i fra forskning, det som er dokumentert å være det beste til enhver tid. Vi arbeider da evidensbasert, så godt det lar seg gjøre"*. Hvis legene og jordmødrene som inngår i utvalget i denne studien forholder seg til denne type kunnskap, som framstår som objektiv, velger de vekk de kunnskapstiltæringene som legger pasientenes opplevelse av et behandlingsforløp til grunn. Når vi da også legger til maktaspektet, der legene er premissleverandører i den forstand at de definerer hva som er normalt og unormalt, kan kunnskapsmakten dette representerer være et problem i utøvingen av tjenestetilbudet. Som Grimen & Terum (2009) påpeker, har avstanden mellom medisinsk fagkunnskap og lekmannskunnskap også økt, noe som kan virke ytterligere forsterkende på maktsprøket mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

Det kan tegne seg et bilde der legene og jordmødrene kun forholder seg til evidensbasert kunnskap, og ikke ser på kvalitative tiltæringene som likeverdige, gjensidig utfyllende tenkemåter og kunnskaper innenfor evidensbasert praksis, som eksempelvis subjektive gjengivelser av erfaringer. Da kan det vanskelig sies at personalet ved fødeenheten legger til grunn kunnskapsbasert praksis i utøvelsen av fødelshjelp, slik den presenteres av Kunnskapscenteret. Der vektlegges både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning/brukerkunnskap – alle innenfor en gitt kontekst, like mye når faglige avgjørelser skal tas (se figur 3, kapittel 3. 2. 3).

6. 3. 1 Ulike måter for pasienter å påvirke

I en kvalitativ studie om brukerutvalg, viser uttalelsene fra informantene i helseforetak at både medvirkningsaspektet og nytteaspektet er sentrale i forhold til

brukerutvalg: Utvalget skulle bidra til at pasientperspektivet ble ivaretatt – å holde pasienten i fokus i et stort sykehussystem, og dessuten var det viktig å ha et brukerutvalg i et kvalitetforbedringsperspektiv (Andreassen, 2007). Det er en indirekte påvirkningsmåte som i min studie beskrives av informantene på meso-nivå, og speiler pasientenes innflytelse på systemnivå. Hensikten er at brukerrepresentantene skal formidle sin kunnskap til administrasjon og helsepersonell, som har til oppgave å planlegge og drifte et tjenestetilbud, for på den måten å være et rådgivende organ for helseforetakets ledelse (Andreassen, 2005). I min mastergradsstudie ser vi at representanten i helseforetakets brukerutvalg beskriver en arbeidsform der brukerrepresentanter blir trukket inn i ulike prosjekt- og arbeidsgrupper. Dette blir en viktig form for medvirkning, da det gir pasientene mulighet til å komme tidlig inn i prosessene og å forme premissene for det videre arbeidet som foregår i de enkelte prosjektene. Sammensetningen av brukerutvalget kan variere mellom de enkelte helseforetak, og det kan diskuteres hva som skal vektlegges; bredde i sammensetningen på en slik måte at både kronikere og de som er friske er representert, eller at det er viktigere med de som bruker helsetjenestene hyppigst – at de har størst behov og størst rett til innflytelse på helsetjenestene som tilbys. Uavhengig av hvilke grupper som skal være representert, blir det trukket fram av informantene på meso-nivå at representantene må være gode – i den forstand at de skal representere en større brukergruppe og med evne til å se helheten.

Det å ha pasientene med i et brukerutvalg kan sees på som en anerkjennelse av at pasientene sitter inne med kunnskap som representerer et annet perspektiv enn det helsepersonell har, og at ved å kombinere de ulike perspektivene kan man utvide kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget (Andreassen, 2005). I dette ligger både en forståelse av pasientens rettighet til å medvirke, samt at det kan være nyttig for helseforetak å bruke pasientenes tilbakemeldinger i kvalitetsarbeidet som til enhver tid foregår. Det som kan være utfordrende i forhold til pasientenes innflytelse på systemnivå, er å klare å balansere mellom opposisjon og samarbeid; på den ene siden bør brukerrepresentanter utfordre etablerte perspektiver og på den andre siden forutsetter muligheten for innflytelse at de faktisk samarbeider med de etablerte, med fare for at de vokser inn i det samme perspektivet.

Et annet organ som er med å ivareta brukernes og pasientenes interesser, er pasient- og brukerombudet. Det er en lovfestet rett til å henvende seg til ombud for tjenestemottakere. Også dette er en indirekte måte for pasienten å ha innflytelse, men gjennom intervjuet med representanten fra pasient- og brukerombudet kom det fram at de kunne jobbe både opp mot systemet, og på individnivå. Medvirkning på individnivå har tjenestemottaker i sentrum, og for ombudet innebærer det at alle henvendelser til dem kom fra enkeltpersoner. Det mest vanlige var at de tok i mot pasienterfaringene og formidlet dem til den avdelingen de var hjemmehørende. Ombudet hadde imidlertid en avtale med sykehuset om årlige møter, der de samlet opp enkeltsaker som kunne generaliseres med hensyn til tema og tas inn i sykehusets kvalitetsarbeid. På den måten ser vi at pasient- og brukerombudet fungerer som en påvirkningsmåte både på system- og individnivå. Når ingen av informantene fra helseforetaket trakk fram ombudet som en del av pasientperspektivet, kan det skyldes at på mikro-nivå har de veldig lite med ombudet å gjøre; representanten fra pasient- og brukerombudet beskriver at kontakten som regel går via avdelingsjordmor. At informantene på meso-nivå derimot ikke trakk ombudet fram som en måte for pasienter å påvirke på, når det ble spurt om hvordan pasientene blir dratt med i kvalitetsarbeidet, kan man stille større spørsmålstegn med. Kanskje de først og fremst ser på det som et klageorgan, og ikke en generell måte for pasienter å ha innflytelse på?

Det er flere av informantene i helseforetaket som trekker fram media som en indirekte påvirkningsmåte. I måten det blir formidlet av informantene, kan det tolkes inn et budskap om at dette er en reell, men samtidig lite legitim måte å påvirke tjenestetilbudet. Medias påvirkningskraft i forhold til folks oppfatning av helse og sykdom, og holdninger til helsetjenester må ikke undervurderes; den ene informanten beskriver det også med å si at "bare man skriker høyt nok i pressen, så hopper ministeren og da skal det endres i sykehusene" (Leder, overlege). Det offentlige søkelyset har økt de siste årene, og Lian (2007) påpeker at det skjulte budskapet i medias framstilling er at helse kan skapes, kontrolleres og styres. I de tilfellene der tjenestetilbudet oppleves å være for dårlig selger media dette, noe som kan illustreres med et oppslag fra NRK i mars 2009: "Norske sykehus venter for lenge med å sette i gang fødsler. Når termindatoen passerer med to uker er risikoen for

dødsfall vesentlig høyere enn den var bare én uke tidligere.” I ettertid vet vi jo også at det sommeren 2011 ble lansert nye nasjonale retningslinjer for overtidsvurdering, for blant annet å sikre at det ikke er forskjell mellom sykehusene for hvordan de gjør vurderingen. Når lanseringen av disse ble gjort midt i sommerferieavviklingen på sykehusene, uten særlig støtte fra rådgivende organer, kan man stille spørsmåle ved om media spilte en rolle for når og hvordan disse retningslinjene ble implementert. Helsepersonell må altså forholde seg til media som en påvirkningsmåte, selv om man strengt tatt skulle ønske at behovet som fremmes, ble formidlet via andre påvirkningskanaler.

Når det gjelder direkte måter for pasienten å ha innflytelse på tjenestetilbudet, er det flest informanter på mikro-nivå som trekker fram disse ulike måtene. Det sees en sammenheng mellom direkte måter å påvirke og at de på mikro-nivå forholder de seg i større grad til hvordan pasienter kan ha innflytelse på individnivå; utreisesamtaler, postkasse og klagebrev representerer alle direkte individrettede påvirkningsmåter. Både på meso- og mikro-nivå trekker informantene fram pasientundersøkelse som en måte å påvirke, og det representerer en direkte innflytelse som er systemrettet.

På makro-nivå er pasientundersøkelser beskrevet som en incentiv for forbedring av praksis, samt å imøtekomme kravet om overvåkning av helsetjenestene. Resultatene kan brukes som grunnlag for pasienter å velge sykehus (fritt sykehusvalg), til virksomhetsstyring og kvalitetsforbedring (Nasjonal helse-og omsorgsplan). I kvalitetskrav til fødselsomsorgen står det eksplisitt at regionale helseforetak har som oppgave å lage et system for jevnlig innhenting av pasienterfaringer, men det er ikke beskrevet nærmere hvordan dette skal skje. Veileder til internkontrollforskriften *Hvordan holde orden i eget hus* beskriver måter å innhente pasienterfaringer: Spørreskjema og postkasse. I denne studien er det bestemt i oppdragsdokumentet fra HOD at pasienterfaringer skal fungere som styringsparameter i forhold til det regionale helseforetaket. På regionalt nivå ser vi da også at områdeplanen for svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen, samt strategi- og handlingsplanen tar opp pasienterfaringer; de må utvikle et system for innhenting av pasienterfaringer – samtidig som det står at det er utført flere pasientundersøkelser på fødeseksjonen

som inngår i case-studien, med et spesielt fokus på å evaluere de ulike tilbudene til barselkvinnene.

Pasientundersøkelser er ikke egnet for å individualisere helsetjenestene, selv om det er pasientenes personlige erfaringer som formidles. Det er først når mange erfaringer sammenstilles at undersøkelsene kan gi informasjon om eventuelle forbedringsområder. Dette vil på samme måte som brukerutvalg være en måte for pasienter å ha innflytelse på systemnivå. En informant på meso-nivå beskrev at det var så få respondenter på de undersøkelsene de hadde gjennomført, at de var bare egnet til å bruke som kvalitative data. Da ser vi at pasientundersøkelsene ved sykehuset ikke er optimale å bruke til kvalitetsforbedring på systemnivå. Representanten i brukerutvalget gjør et poeng ut av at undersøkelsene må komme fra sentralt hold, ellers er faren stor for at de bare "koker bort i kålen". Denne informanten beskriver mangel på et system for gjennomføring av pasientundersøkelser, og da ser det ikke ut som forutsetningene er tilstede for at dette er en reell måte for pasienter å ha innflytelse på tjenestetilbudet, på systemnivå/meso-nivå.

På mikro-nivå beskriver informantene et mangel på system for innhenting av pasienterfaringer, som på mange måter speiler funnene på meso-nivå; på fødeavdelingen har de ingen systematisk måte å innhente pasienterfaringer. Informantene beskriver at de har sporadiske samtaler med fødekvinnene, til tross for at det er ønskelig å ha en såkalt utreisesamtale med alle kvinner før de reiser hjem. De har også en postkasse på avdelingen, der de fødende kan komme med tilbakemeldinger, men en informant beskriver at den er lite i bruk. Å bruke postkasse kan kanskje være en god måte for fødeavdelingen å samle inn pasienterfaringer. Det krever ikke personellressurser på noen annen måte enn at fødekvinnene og deres partnere må gjøres oppmerksomme på at avdelingen gjerne ønsker deres opplevelse og erfaring med oppholdet på avdelingen. Det kan ha potensiale til å være en god måte å anvende pasienterfaringer i mindre skala, enn for eksempel større pasientundersøkelser på systemnivå. Det forutsetter imidlertid at avdelingsledelsen setter pasienterfaringer på dagsorden i forhold til lokalt kvalitetsarbeid, og at bruken av postkasse må være på et mer systematisk grunnlag. Slik det blir beskrevet av

informantene i denne studien, er det helt vilkårlig om en fødekvinne og hennes partner gir tilbakemelding til avdelingen om sine erfaringer. Når kun to informanter nevner postkasse som en måte å gi tilbakemeldinger, flere informanter beskriver at ofte har de ikke anledning til å gjennomføre utreisesamtaler og at de på årsbasis får mellom 5 og ti brev med tilbakemeldinger, kan det konkluderes med at pasienterfaringer ikke har et stort fokus på fødeavdelingen. Det kan ha noe å gjøre med pasientgruppen; flere informanter beskrev at når fødselen var vel overstått, og fødekvinnene kunne reise hjem med et friskt barn, så var alt annet glemt. Hvis fødeavdelingen da heller ikke har fokus på å få tilbakemeldinger fra dem, vil avdelingen gå glipp av et betydningsfullt aspekt ved kvalitetsarbeid. Hvis vi ser på årsaksforholdene til disse funnene, beskrev en informant på meso-nivå at det er ressurskrevende å gjennomføre pasientundersøkelser og en annen reflekterte omkring bruken av pasientundersøkelser som mål på kvalitet. Kanskje noe av dette forplanter seg nedover i systemet? Hvis sykehuset ønsker å bruke pasientundersøkelser som et ledd i kvalitetsforbedringsarbeidet, er det viktig at lederne tilrettelegger for gjennomføringen; lederne har et ansvar for å skape en kultur i foretaket for å se på pasienterfaringer som nyttige og at tilbakemeldinger kan brukes konstruktivt.

6. 4 Medvirkning – på systemnivå og på individnivå

I forhold til medvirkning på systemnivå kan man spørre seg hvor reell påvirkningskraften er ved innhenting av pasienterfaringer?

Pasientundersøkelser er egnet for å gi tilbakemeldinger, men pasientene har ikke kontroll over hvorvidt tilbakemeldinger faktisk fører til endringer i tjenestene som tilbys og de inviterer ikke et dynamisk samarbeid, der pasientene er likeverdige partnere. Sett i lys av dette, kan neppe pasientundersøkelser sees på som en måte for pasienter å medvirke, men heller å påvirke.

Brukerutvalg er en form for medvirkning som åpner for dialog mellom representanter fra tjenesteyter og representanter fra tjenestemottaker. En av informantene på meso-nivå beskriver at "informasjonen, kommunikasjonen og bestillingene går begge veier" (leder, overlege). Men selv om deltakelse i

organisasjoner bidrar til at en får informasjon og blir tatt med på råd anser Arnstein (1969) det kun som symbolsk deltagelse (tokenism). Reell innflytelse får en først når en kommer til de øverste trinn av stigen, og de "underpriviligerte" kan inngå partnerskap med myndighetene og selv ta del i styringen og planarbeidet .

Reell brukermedvirkning forutsetter at det skjer endringer på systemnivå og individnivå parallellt, men hvis vi skal komme dit vi ønsker og få aktive brukere i helsetjenesten, er det nødvendig å se på hvilken kultur som er rådende blant helsepersonell; profesjonskulturen i en virksomhet kan være avgjørende for om tjenestemottakerne har reell brukermedvirkning. Som tidligere nevnt, er det essensielt at man som fagperson går fra å være «ekspert» til å bli en samarbeidspartner, der fagkompetansen tilrettelegges og formes på brukerens premisser og ut fra brukerens behov. Dette fordrer blant annet at den enkelte ansatte må søke å utvikle sin evne til å fange brukerens perspektiv og forståelse. Beslutningsprosessene må være preget av dialog mellom brukerne og fagpersonene; som helsearbeider må man være åpen og anerkjenne brukerens mening og perspektiv – selv om det kanskje er annerledes enn det man hadde tenkt seg. Funnene knyttet til myndiggjøring i mastergradsstudien vitner om at denne type holdninger ikke preger helsepersonalet som er på fødeenheten. Dette stemmer også overens med de funnene som Ramvi & Tangerud (2011) beskriver i sin studie om kvinner som kvinner som har født vaginalt, til tross for at de har ønsket keisersnitt. Humerfelt (2010) sier at som fagperson må man være trygg nok til å våge å anerkjenne brukerne; gjensidig respekt og god kommunikasjon er grunnleggende for en likeverdig dialog. Også Eri (2011) peker på noe av dette i sin studie; jordmødrene anerkjenner ikke førstegangs fødende kvinners behov i fødselens tidlige fase, men legger mer vekt på at de skal holde seg hjemme så lenge som mulig. Det er i møtet mellom enkeltmennesker at man legger grunnlag for trygghet, forståelse og likeverd. Vi må gjennom praksis og væremåte legge til rette for et godt personlig møte mellom bruker, pårørende og tjenesteapparat. Er et slik at brukermedvirkning er et mer aktuelt begrep å forholde seg til for helsepersonell som jobber med pasientgrupper som er hyppige brukere av helsetjenester? En pasient som har en kronisk tilstand, og som har et langvarig behov for helsehjelp – gjerne fra flere avdelinger, vil ha så stort behov for å samordne tjenestene at brukerperspektivet i

større grad blir det Hanssen et al. (2010) kaller et nedenfra – og opp-perspektiv; å se fra brukerens perspektiv. Fødeenheten blir beskrevet som en akuttavdeling, og der er det kanskje ikke så stor tradisjon for “å se fra brukerens perspektiv”. Dette faller imidlertid på sin egen urimelighet så lenge pasientrettighetsloven konstaterer den enkelte brukers rettigheter i paragraf 3: rett til medvirkning og rett til informasjon. I *Et trygt fødetilbud* utdypes det: “Informasjonen må være god nok til at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse. Informasjonen skal tilpasses den gravides forutsetninger. Det betyr at informasjon skal tilpasses hennes alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder for eksempel valg av smertelindring, igangsettelse av fødsel og forløsningsmetode” (Helsedirektoratet 2010 s. 8).

6. 5 Har fødekvinne for høye forventninger til tjenestetilbudet?

Lian (2007) beskriver anomiske (normløse) tilstander i vårt samfunn; innen helsefeltet klarer ikke samfunnet å begrense enkeltindividenes behov for helsetjenester – ei heller folks forventninger til egen helse. Hun årsaksforklarer det med økonomiske oppgangstider og tilgjengelig teknologi; begge deler bidrar til å viske ut allerede etablerte grenser for hva som er realistisk å forvente av tjenestetilbudet. Resultatet er et økende gap mellom forventninger og oppnådd resultat. Kanskje det er noe av det vi ser informantene både på meso-nivå og mikro-nivå beskriver? Representanten fra pasient- og brukerombudet har et inntrykk av at fødekvinnene forventer noe mer enn bare “forsvarlig helsehjelp” og på fødeavdelingen beskriver flere informanter at forventningen til tjenestetilbudet er urealistiske. Hallandvik (2005) påpeker at befolkningen generelt har gjennomgående høyere forventninger til kvaliteten på helsetjenestene. En jordmor i fokusgruppeintervjuet beskrev en viss oppgitthet i forhold til fødekvinnens forventning til fødselsforløpet de gangene fødselen ble igangsatt. Med bakgrunn i at hun opplevde kvinnene som ressurssterke, forventet hun at de skulle ha realistiske forventninger, men det viste seg å ikke stemme. Kanskje er det et uttrykk for at dagens fødekvinne har med seg en holdning om at “alt” kan avhjelpest, og at de skal ha tilgang på gode fasiliteter og fødselshjelp som er tilpasset deres behov – definert av dem selv? Dette vil i så fall stemme overens med at kvinner som befolkningsgruppe i løpet av de siste

tiårene har fått økt innflytelse i samfunnet generelt, noe som representerer den maktforskyvningen empowerment-tankegangen er kjennetegnet ved; kvinner er styrket gjennom bevisstgjøring omkring egne rettigheter (Storm et al., 2009).

Problemstillingen knyttet til forventninger til kvaliteten på tjenestetilbudet kan også belyses ut fra et konsumentperspektiv. En økende framvekst av dette perspektivet ved helsetjenestene, har ført til at fødekvinnene forventer å ha valgmuligheter med hensyn til foretrukket behandling. Innføring av kvalitetsindikatorer i helsevesenet er med på å sikre pasientene valgmuligheter i forhold til sykehusvalg; de kan velge det sykehuset som gjør det best i forhold til visse indikatorer – for eksempel pasienterfaringer og riftfrekvens. I forhold til helsefortaket som inngår i denne mastergradstudien er dette urealistisk, fordi det innenfor et naturlig geografiske område er den eneste fødeenheten som finnes.

Gjennom drøfting av de mest sentrale funnene som framkom i mastergradsstudien, trer det blant annet fram en validering av disse ved at også flere andre studier peker på noe av det samme – spesielt det som omhandler myndiggjøring av fødekvinne og brukermedvirkning innen fødselsomsorgen. For å ha god kvalitet på tjenestetilbudet til fødekvinne må man tilstrebe en balanse mellom gode systemer, retningslinjer og prosedyrer på den ene siden og individuelt skjønn, fleksibilitet, etisk refleksjon, samarbeid og medmenneskelighet på den andre siden. Dersom det legges for liten vekt på systemsiden kan kvaliteten på tjenestene bli varierende og personavhengig. Hvis det på den andre siden legges for lite vekt på det faglige skjønn, erfaring, samarbeid og medmenneskelighet, får ikke medarbeiderne utnyttet sitt potensial og brukerne kan i for liten grad få en individuell vurdering av sin unike situasjon (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Til slutt i mastergradsoppgaven blir funnene forsøkt konkludert og videre hvilke konsekvenser de kan ha for framtidens praksis.

7. 0 KONKLUSJON

I dette kapitlet oppsummeres hovedfunnene ved å svare på studiens forskningsspørsmål. Deretter følger en redegjørelse for hvilke implikasjoner funnene kan ha for videre forskning og praksis.

7. 1 Svar på forskningsspørsmål

Hvordan beskriver sykehusets strategi- og tiltaksplaner og ledere pasienterfaringer som integrert i kvalitetsarbeid?

Kvalitetsarbeidet ved sykehuset er forankret i nasjonale, regionale og lokale strategi- og handlingsplaner. Det er en gjennomgående tone i dokumentene på alle nivå at brukere av helsetjenester skal ha en sterk rolle. På makronivå ser vi at god kvalitet generelt sett skal involvere brukerne og gi dem innflytelse. Innen fødselsomsorgen skal det ihht *områdeplan* for svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen i de regionale helseforetakene utvikles et system for innhenting av pasienterfaringer. Videre er det et mål at brukerne kan gjøre et informert valg med hensyn til likeverdige former for behandling og oppfølging. Det legges vekt på kommunikasjon mellom brukere og fagfolk, og viktige tiltak er nasjonal brukerportal og nettside for gravide og fødende, pasientundersøkelser med et spesielt fokus på å evaluere ulike tilbud til barselkvinner, eget skjema for skriftlig tilbakemelding på hvordan barselkvinner har opplevd tjenestetilbudet, velkomstsamtale for alle kvinner ved innlegging i barselavdelingen, individuell utreisesamtale – alternativt gruppebasert utreiseinformasjon. I områdeplanen fremkommer det at det gjeldende helseforetaket gjennomfører disse tiltakene.

I helseregionens *strategiplan* ser vi på samme måte at brukerperspektivet er representert; pasienten skal være i sentrum og brukerne skal erfare at helseregionen ser på alle som likeverdige. I dette inkluderes blant annet systematisk arbeid for utvikling av kunnskapsbasert praksis, utvikling av kvalitetsindikatorer som styringsinformasjon og rutiner for måling av pasienterfaringer i helseforetakene (innen 2009). Brukerutvalgene ved helseforetakene blir trukket fram som viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet. Disse trekkene gjenfinnes i mer eller mindre grad i den lokale strategiplanen.

Resultatene på ledernivå viser et annet bilde enn det som er beskrevet i strategidokumentene, nemlig at pasienterfaringer i liten grad er integrert i kvalitetsbegrepet. Noen av lederne trakk fram brukerutvalg og pasientundersøkelser som en del av kvalitetsarbeidet, men funnene viser at både på foretaksnivå og klinikknivå kan man ikke si at disse inngår i det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet. Ledere på sykehuset etterspør i svært liten grad resultater og måloppnåelse i forhold til pasienterfaringer, slik det står beskrevet i plandokumentene.

Hvordan forholder helsepersonell seg til pasienterfaringer som del av kvalitetsarbeid på avdelingsnivå?

På mikronivå som i dette tilfelle er fødeenheten viser funn at jordmødre og leger på mange måter forholder seg til pasienterfaringer, men lite er satt i system – og kan dermed ikke sies å inngå i avdelingens kvalitetsarbeid. I daglige relasjoner mellom fødekvinne og deres partnere og helsepersonell foregår det en interaksjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker der helsepersonalet i større eller mindre grad forholder seg til pasienterfaringer. Innen fødselsomsorgen dokumenterer likevel denne studien utsagn som reflekterer paternalistiske holdninger, der *de* (helsepersonell) vet hva som er best for kvinnen. Begrunnelsen er motivert av et kunnskapsgrunnlag som ikke inkluderer pasienterfaringer. På samme måte som for funnene på mesonivå, kan det på mikronivå stilles spørsmålsteget ved utøvelsen av kunnskapsbasert praksis. Helsepersonell forholder seg til to av aspektene som inngår, nemlig evidensbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap men nedprioriterer pasienterfaringer i utøvelsen av faget.

Hvordan beskriver brukerrepresentanter bruken av pasienterfaringer i sykehusets kvalitetsarbeid?

Representantene fra brukerutvalg og pasient- og brukerombud er representanter for pasientene, og bidrar til å nyansere bildet hva angår pasienterfaringer. Kvalitetsbegrepet er operasjonalisert på systemnivå ved at brukerutvalget blir brukt aktivt i prosjektgrupper og i sykehusets kvalitetsarbeid. Pasient- og brukerombudet blir tatt på alvor i sine henvendelser, og de har jevnlig møter med ledere på sykehuset for å ta opp aktuelle problemstillinger. Til tross for dette vet ikke pasient-

og brukerombudet hvorvidt sykehuset bruker deres tilbakemeldinger på en systematisk måte inn i kvalitetsarbeidet. Videre poengteres også her problematikken knyttet til myndiggjøring av fødekvinne. Funnene knyttet til brukerrepresentantene må dermed sies å delvis bekrefte tendensen i resultatene som sier at pasienterfaringer i mindre grad er ivare tatt ved sykehuset totalt sett.

7. 2 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av funnene i denne mastergradsstudien anbefales det at

- ledere må i større grad etterspørre måloppnåelse i forhold til pasienterfaringer
- Fødeseksjonen gis nødvendig støtte og redskaper som skal til for å sette utføring av pasientundersøkelser i system
- Fødeavdelingen utarbeider et standardisert skjema for tilbakemeldinger, som deles ut til alle fødekvinne og leveres anonymt i postkasse på avdelingen
- Utreisesamtaler for alle fødekvinne settes i system

7. 3 Videre forskning

I denne studien har ikke pasientene uttalt seg om hvordan de opplever at deres perspektiv blir tatt med i sykehusets kvalitetsarbeid. Deres opplevelse kunne tilført en ny dimensjon i beskrivelsen av hvordan et sykehus bruker pasienterfaringer, og hadde vært interessant å se på for å få en helhetsforståelse av kvalitetsbegrepet.

Funnene viser også at det er en avstand mellom det som står beskrevet som mål og tiltak på mesonivå og det som faktisk skjer i forhold til pasienterfaringer på mikronivå. En interessant fremtidig studie kan være å se på hvordan mål og tiltak best kan implementeres i praksis på avdelingsnivå, hva skal til for at fødeavdelingen integrerer strategi- og handlingsplaner som en del av sin kunnskapsbaserte praksis?

Funnene viser også at det er en avstand mellom det som står beskrevet som mål og tiltak på meso-nivå og det som faktisk skjer i forhold til pasienterfaringer på en fødeavdeling. Det hadde vært interessant å se på hvordan mål og tiltak kan implementeres på avdelingsnivå, og ikke bare leve sine liv på papiret; hva skal til for at fødeavdelingen tar strategi- og handlingsplanene til etterretning?

REFERANSER

- Andersen, S. S. (1997). *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andreassen, T. A. (2007). For at pasientperspektivet ikke skal bli glemt? En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak *Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie* (Vol. 2/07).
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. doi: 10.1080/01944366908977225
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe.
- Bate, P., Robert, G., & Maher, M. (2007). *Bringing patient experience to healthcare improvement*. New York: Radcliffe Publishing.
- Brown, S. J., Lumley, J., & Brown, S. (1998). Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? [Article]. *Health Expectations*, 1(2), 106-116.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Walker, J. D., Gerteis, M., & Delbanco, T. L. (1993). Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. *Quality Management in Healthcare*, 2(1), 31-38.
- Cornwell, J., & Goodrich, J. (2011). Challenges for improving patients' experiences of health care. *Journal Of Health Services Research & Policy*, 16(1), 1-2.
- Coulter, A. (2005). Trends in patients' experience of the NHS. Picker Institute Europe-report

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Davies, E., & Cleary, P. D. (2005). Hearing the patient,Äôs voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 428-432. doi: 10.1136/qshc.2004.012955
- Ekeland, T.-J. (2007). *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Emslie, M. J., Campbell, M. K., Walker, K. A., Robertson, S., & Campbell, A. (1999). Developing consumer-led maternity services: a survey of women,Äôs views in a local healthcare setting. [Article]. *Health Expectations*, 2(3), 195-207. doi: 10.1046/j.1369-6513.1999.00059.x
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E., & Blaaka, G. (2011). 'Stay home for as long as possible': midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*, 27(6), e286-292. doi: 10.1016/j.midw.2011.01.006
- Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research* (2. ed.). London: Sage Publications.
- Foss, C., & Hofoss, D. (2011). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Educ Couns*, 85(1), 68-73. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.025
- Gerteis, M. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grimen, H., & Terum, L. I. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- Groene, O., Klazinga, N., Walshe, K., Cucic, C., Shaw, C. D., & Su√±ol, R. (2009). Learning from MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union. *Quality and Safety in Health Care*, 18(Suppl 1), i69-i74. doi: 10.1136/qshc.2008.029447
- Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S., Entwistle, V., Gilbody, S., . . . Wright, J. (2010). Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 19(5), e10-e10.

- Hallandvik, J.-E. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hallandvik, J.-E. (2005). *Forbedring, endring eller kontinuitet?: den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*. nr 20, Unipub, Oslo.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. *Faglig skjønn og brukervedvirkning*, S. 21-49.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Pasienten først! (NOU 1997:2)
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukervedvirkning og brukerperspektiv: honnørord med lavt presisjonsnivå *Brukernes medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (pp. s. 15-33). Oslo: Universitetsforl.
- Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne *Faglig skjønn og brukervedvirkning* (pp. S. 131-149). Bergen: Fagbokforlaget.
- Institute of, M. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kruuse, E. (2001). *Kvalitative forskningsmetoder: i psykologi og beslægtede fag*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Enerstvedt, R. T. (c1989). *Issues of validity in qualitative research*, Lund.
- Kyrkjebø, J. M. (1998). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten: en lærebok for helsefagstudenter*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Lombarts, M. J. M. H., Rupp, I., Vallejo, P., Suñol, R., & Klazinga, N. S. (2009). Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals:

results of the MARQuIS project. *Quality and Safety in Health Care*, 18(Suppl 1), i28-i37. doi: 10.1136/qshc.2008.029363

LOV-1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven

LOV 1999-2-7 nr 63: Lov om pasientrettigheter

LOV-2001-06-15-93 Helseforetaksloven

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. S. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.

Mayan, M. J. (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Meld. St. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Molven, O. (2009). *Helse og jus: En innføring for helsepersonell* (6. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holmboe O, Iversen HH, Sjetne IS, Skudal K.(2011). Commonwealth-fund undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper. Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. *Rapport fra Kunnskapscenteret nr 18 - 2011*.

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak

Patel, D. N., Lambert, E. V., da Silva, R., Greyling, M., Nossel, C., Noach, A., . . . Gaziano, T. (2010). The association between medical costs and participation in the vitality health promotion program among 948,974 members of a South African health insurance company. *American Journal of Health Promotion*, 24(3), 199-204.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Ramvi, E., & Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. [Article]. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 269-274. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00614.x
- Robert, G., Anderson, J., Burnett, S., Aase, K., Andersson-Gare, B., Bal, R., . . . team, Q. (2011). A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*, 11(1), 285.
- Steinsbekk A, Solbjør M.(2011). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger - helsepersonellens erfaringer. *Tidsskr Nor Legeforen 2011*; 131: 130–1
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- St. meld. nr. 41 (1987-1988): Nasjonal helseplan
- St. meld. nr. 26 (1999-2000): Om verdier for den norske helsetenesta. Sosial - og helsedepartementet. Oslo.
- St. meld nr. 12 (2008-2009): En gledelig begivenhet; om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg
- St. prp. nr. 1 (2006-2007): Nasjonal helseplan 2007-2010
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. opplag 2010 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO (1978): Alma-Ata deklarasjon
- IS-1183:2004: Internkontroll i sosial – og helsetjenesten. Helsedirektoratet. Oslo
- IS-1162:2005: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring for sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- IS-1815:2010: Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet
- IS-1877:2010: Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen
- IS-1315:2006: Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse

VEDLEGG 1: 2 sider

INFORMASJONSSKRIV FOR DELTAGERE I STUDIEN

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus (QUASER)

Vi vil med dette få invitere deg til å delta i forskningsstudien QUASER. Denne forskningsstudien utføres av forskere fra Universitetet i Stavanger og finansieres av EU. Vi ønsker å finne ut hva sykehus i fem EU-land (England, Norge, Sverige, Portugal og Nederland) gjør for å forbedre pasientbehandlingen. I dette informasjonsskrivet redegjør vi for hvorfor denne forskningen utføres og hva den innebærer for deg, som mulig deltaker i studien. Vi håper du kan ta deg tid til å lese den følgende informasjonen. Dersom noe er uklart eller du ønsker mer informasjon finnes kontaktinformasjon på slutten av dette skrivet.

Hva er hensikten med prosjektet?

Hensikten med studien er å undersøke prosessene som bidrar til bedre helsetjenester ved europeiske sykehus. Den fokuserer på forholdene mellom ulike karakteristika ved sykehus og hvordan disse påvirker klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer.

Hvorfor blir jeg invitert til å delta?

Sykehuset ditt har takket ja til å delta i studien, og vi inviterer noen av de ansatte til å delta på én eller flere måter (se under).

På hvilken måte kan jeg bli involvert i prosjektet?

Dersom du ønsker å delta i forskningen innebærer det å dele dine synspunkter på ulike aspekter ved pasienterfaringer.

Intervju: Dersom du samtykker til å delta i studien og takker ja til å delta i et intervju, vil dette bli gjennomført av et medlem i forskningsteamet og ta ca en time. Vi vil gjerne ta opp intervjuet på bånd, slik at vi får en nøyaktig oversikt over hva du forteller oss. Opptakene blir transkribert og anonymisert senest ved prosjektslutt, 31.12.2013. Opptakene blir slettet etter at de er transkribert, senest 31.12.2013. Dataene blir deretter analysert av forskningsteamet. Med din tillatelse blir de anonymiserte dataene (data som ikke identifiserer noen av deltakerne) arkivert i opptil tre år etter at prosjektet er fullført, slik at de kan brukes av andre forskere til andre formål. Vi vil be deg om å signere et samtykkeskjema hvor du aksepterer deltakelse i intervjuet.

Får jeg noen fordeler ved å delta?

Du får ingen direkte personlige fordeler ved å delta. Deltakelsen kan imidlertid være et viktig bidrag fordi denne studien vil kunne legge grunnlag for fremtidige kvalitetsstrategier og forbedring av kvaliteten på helsetjenesten.

Vil min deltakelse i studien holdes konfidensiell?

Deltakelse i denne forskningsstudien er helt frivillig, og svarene dine er konfidensielle. Alle data og feltnotater blir gitt en kode for å sikre konfidensialitet og lagres i et låst arkivskap eller på en passordbeskyttet datamaskin som er sikret mot uautorisert tilgang.

Har denne studien blitt kontrollert av en etisk komité?

Denne studien er meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, (NSD) ref:26636.

Hva skjer med resultatene av forskningsstudien?

Vi sender de anonymiserte resultatene av studien tilbake til organisasjonen din og deretter utarbeider vi en guide for kvalitetsforbedring for sykehus i Europa. Resultatene fra prosjektet kan brukes som grunnlag for fremtidige kvalitetsstrategier, publiseres i akademiske tidsskrifter og/eller presenteres på faglige og akademiske konferanser. Anonymiserte utdrag fra intervjuene kan brukes i publikasjoner som er basert på denne forskningen. Rapporter eller artikler basert på forskningen vil ikke identifisere noen av deltakerne. De anonymiserte intervjutranskripsjonene kan, med din tillatelse, gjøres tilgjengelige for andre forskere og studenter til undervisning eller videre forskning.

Må jeg delta?

Det er opp til deg om du ønsker å delta eller ikke. Hvis du velger å delta, vil du få et eksemplar av dette informasjonsskrivet og bli bedt om å signere skjema hvor du samtykker i å bli observert og at intervju med deg blir tatt opp på bånd. Selv om du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten begrunnelse.

Hvem organiserer og finansierer prosjektet?

Prosjektet finansieres av EU's 7. rammeprogram (referanse: 241724). Prosjektet ledes av King's College London i England og består av forskningsteam fra følgende akademiske institusjoner: Patient Safety and Service Quality Research Centre, King's College London; Department of Health Policy and Management, Erasmus University, Rotterdam; Qulturum, Jönköping County Council; Centre for Patient Safety and Service Quality, Imperial College of Science, Technology and Medicine, London; Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa og Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.

Opplysningene som samles inn i Norge, vil ikke bli utlevert til andre institusjoner i personidentifiserbar form.

Mer informasjon

Takk for at du leste denne informasjonen. Hvis du vil ha mer informasjon om dette prosjektet, kan du ringe eller sende e-post til Siri Wiig, siri.wiig@uis.no, 51834288, Karina Aase, karina.aase@uis.no, 51831534. Du finner mer informasjon om prosjektet på: <http://www.kingspssq.org.uk/programmes/quality-and-safety-in-eu-hospitals/>

VEDLEGG 2: 1 side

SAMTYKKESKJEMA

Deltakerens ID-nummer for denne studien:

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus (QUASER)

SAMTYKKESKJEMA FOR INTERVJUER MED ANSATTE

Navn på forskere fra Universitetet i Stavanger som kan utføre intervju: *Karina Aase, Siri Wiig, Christian von Plessen, Janne Gro Alsvik, Inger Myklevold, Martha Therese Gjesten*

(NB! Ved bruk MARKER med strek under navnet for hvem som utfører intervjuet).

Vennligst signer med initialer i boksen

1. Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjonsskrivet for den ovennevnte studien, og har fått mulighet til å stille spørsmål.
2. Jeg forstår at min deltakelse er frivillig og at jeg står fritt til å trekke meg når som helst uten å oppgi noen grunn og uten at mine arbeidsrettigheter eller andre juridiske rettigheter påvirkes.
3. Jeg aksepterer å bli intervjuet av ovennevnte forsker og at intervjuet blir tatt opp på bånd. Jeg forstår at jeg når som helst kan be forskerne om å stoppe.
4. Hvis jeg trekker meg fra studien, blir opplysningene jeg har avgitt anonymisert. Opplysningene kan i anonymisert form likevel benyttes i analyser.
5. Jeg godkjenner at dataene oppbevares i anonymisert form i tre år før de slettes og forstår at all identifiserende informasjon om meg blir fjernet for å beskytte min identitet.
6. Jeg aksepterer å delta i den ovennevnte studien.

Navn på deltaker

Dato

Signatur

Forsker

Dato

Signatur

INTERVJUGUIDE – MESOSYSTEM

Kvalitet og sikkerhet i europeiske sykehus (QUASER)

Finansiert av EU

Takk for at du tok deg tid til å delta i denne forskningsstudien.

Vi fikk nylig økonomisk støtte fra EU til denne studien av kvalitet og sikkerhet i helsevesenet. Målsetningen med arbeidet er å kartlegge de viktigste suksessfaktorene og de beste metodene og praksisene for implementering av kvalitetsforbedring i helseorganisasjoner ved å studere sykehus i 5 EU-land.

Hensikten med dette intervjuet, og andre intervjuer vi foretar med medlemmer av toppledelsen her, er å undersøke de generelle trekkene i organisasjonen som kan gjøre den mottakelig og rustet for vellykket implementering av kvalitetsinitiativ og forbedringstiltak. Vi ønsker å bli kjent med den organisatoriske tilnærmingen til kvalitets- og tjenesteforbedring. Med kvalitet menes: klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og/eller pasientopplevelse.

Svarene dine blir ikke delt med noen utenfor forskningsteamet eller med andre av sykehusets ansatte. En kopi av den endelige rapporten blir gjort tilgjengelig for organisasjonen og alle deltakerne.

PAUSE TIL SPØRSMÅL OG KOMMENTARER (Er det noen spørsmål rundt dette før jeg fortsetter?) [Kontroller at samtykkeskjemaet er lest og forstått, og spør om intervjuobjektene ønsker å fortsette med intervjuet]

Dette intervjuet blir spilt inn. Denne og andre samtaler blir transkribert og analysert av et forskningsteam ved [forskningsinstitusjon]. Opptakeren er på.

Innledningsspørsmål

- a) Hvor lenge har du jobbet i denne organisasjonen?
- b) Hva er din rolle her og hvor lenge har du hatt rollen?
- c) Hva er ditt ansvarsområde / din rolle når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring? (rolle knyttet til klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasientopplevelse)

1. Historisk kontekst: historien til nå

- a) Hvilke faktorer har i løpet av de siste årene brakt dette sykehuset dit det er i dag når det gjelder kvalitets og kvalitetsforbedring? Kan du fortelle historien om hvordan dette sykehuset kom seg dit det er nå?

- b) Vet du når og hvorfor sykehuset satte i gang med kvalitetsforbedringsaktiviteter? Hvem og hva var drivkreftene bak dette? Hvilke var de første aktivitetene som ble utført, og hva var grunnen til at nettopp disse ble valgt?
- c) Skiller dette sykehuset seg fra andre du har arbeidet i? Noen særegne faktorer? [be om eksempler]

2. Hva skjer nå?

- a) Er det noen andre faktorer som eksempelvis reorganisering, sammenslåing, nedskjæringer, nye reguleringer/loverendringer, som har en særlig positiv/negativ innvirkning på kvalitet og kvalitetsforbedring?

3. Hvordan organiseres "kvalitet" her?

- a) Hvordan er balansen mellom at "kvalitet" blir initiert og organisert enten gjennom den formelle strukturen (ovenfra og ned), eller gjennom mer uformelle prosesser (nedenfra og opp)? (for eksempel i hvilken grad kliniske team og avdelinger tar ansvar for og initierer kvalitetsforbedring selv istedenfor kun å følge policy ovenfra?)
- b) Bidrar øverste ledelse med å skape en støttende kontekst som hjelper kliniske team å forbedre kvaliteten på tjenestene de leverer? Hvis så, hvordan?
- c) Hvem er de viktigste forkjemperne/talspersoner for kvalitet og kvalitetsforbedring på dette sykehuset? Lederne? Klinikerne? Er det noen spesielle personer vi bør snakke med?
- d) Hvordan er ledelsesansvaret for kvalitet (leadership for quality) fordelt i organisasjonen (sterke/svake sider)?

4. En kvalitetsstrategi?

- a) Har sykehuset en "kvalitetsstrategi"? Omfatter den klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse?
- b) Hvilke er de viktigste mekanismene og prosessene for implementering og overvåking av denne strategien? Har dere et organisasjonskart som viser dette? (kan vi få en kopi)
- c) Hvordan blir pasienter direkte involvert i arbeidet her med å forbedre kvalitet? Hvis ikke pasienter er direkte involvert, hvordan involverer sykehuset pasienter og bruker deres erfaring for å forbedre tjenestene?

5. Hvordan støtter du helsepersonell?

- a) Hvis jeg spurte noen som arbeider på en klinisk avdeling om å nevne to eller tre ting som den overordnede organisasjonen – sykehusets ledelse – gjør for å hjelpe dem å forbedre kvaliteten i ute i organisasjonen, hva tror du de ville si?
- b) Hvordan viser sykehuset at det verdsetter, belønner og respekterer "kvalitet"?

- c) Samarbeider helsepersonell (leger, sykepleiere) og ledere på en god måte for å forbedre kvalitet? Kan du gi eksempler?

6. Kvalitetsinformasjon og -måling

- a) Hvordan måler og rapporterer dere på kvalitet på dette sykehuset? (med hensyn til klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse).
- b) Har du noen nylige interne eller eksterne rapporter eller vurderinger av kvaliteten på tjenestene som leveres her?
- c) Hvilken informasjon om kvalitet og ytelse kan helsepersonell på alle nivå så vel som pasienter få tilgang til?

7. Deling av beste praksis

- a) Hvordan blir god praksis (særlig vedrørende kvalitet) delt på tvers av profesjons- og kliniske grenser på dette sykehuset?
- b) Hvilke mekanismer, fora og strukturer brukes for å spre ideer om god praksis? (be om eksempler) Finnes det noen viktige formelle eller uformelle nettverk på sykehuset?
- c) Hvor mye informasjon om kvalitetsforbedring blir delt mellom sykehus i Norge? Hvilken informasjon blir delt? Hvordan deles den (formelle eller uformelle prosesser)?
- d) Hvor henvender øverste ledelse ved dette sykehuset seg for å lære om kvalitet og kvalitetsforbedring?

8. Ressurser

- a) Hva slags praktisk støtte tilbyr dere helsepersonell i forhold til kvalitetsforbedring? Hvilke utdannings-, kurs- og utviklingsprogrammer finnes det for å bygge opp relevante kunnskaper og ferdigheter på kvalitetsområdet?
- b) Hvordan lærer (a) sykehusets ledere og (b) praktiserende helsepersonell (leger/sykepleiere) om kvalitetsforbedringsstrategier og metoder?
- c) Hva annet tenker du at dere må gjøre for å lære opp og videreutvikle de ansatte for den type sykehus dere må være i fremtiden?

9. Eksternt miljø, større nettverk

- a) Hvilke nasjonale strategier opplever du at støtter/hindrer sykehusets kvalitetsarbeid?
- b) Finnes noen spesielle EU initiativ eller guider som bidrar ifht hvordan dette sykehuset arbeidet med kvalitetsforbedring?
- c) Hvilke nasjonale, regionale eller internasjonale organisasjoner påvirker kvalitetsforbedringsaktiviteter? (eier, tilsyn, akkrediteringsorganisasjoner, profesjonelle organisasjoner)

- d) Brukes guider eller veiledere relatert til kvalitetsforbedring på sykehuset? I så fall, hvilke?
- e) Hvor godt blir kvalitetsforbedringsinitiativ mottatt på sykehuset?
- f) Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen og forholdet mellom dette sykehuset og dets viktigste interessenter (Regionale helseforetak, eier) og "kunder" (f.eks. pasienter)?

Den neste fasen i forskningen

Vi ønsker å kunne studere et kvalitetsforbedringsprosjekt som enten nettopp har begynt eller skal til å begynne på i minst to kliniske enheter dette sykehuset – kan du si noe om hvilket dette kan være og hvem det er best å snakke med om dette? Hvorfor tror du dette vil være et godt eksempel for oss å studere? Vi ønsker å bruke et infeksjonskontrollprosjekt og lurer på om det kan være et passende prosjekt å følge over tid?

(I ett av sykehusene i Norge) Til sist vil vi bruke tid på å studere fødeavdelingen her, og vi kommer også til å studere en annen klinisk tjeneste. Kan du komme med et eksempel på en slik annen klinisk tjeneste eller avdeling på dette sykehuset som du mener vil utgjøre et godt eksempel på hvordan kvalitet og kvalitetsforbedring blir implementert i frontlinjen? Kanskje en tjeneste som står i kontrast til fødeavdelingen.

Tusen takk for at du ville delta i denne studien. Jeg slår av opptakeren nå.

SEMI-STRUKTURERTE INTERVJUER – MIKROSYSTEM

Kvalitet og sikkerhet i Europa gjennom forskning (QUASER)

Finansiert av Den europeiske union

Takk for at du tok deg tid til å delta i denne forskningsstudien.

Vi fikk nylig økonomisk støtte fra Den europeiske union til denne studien av kvalitet i helsevesenet. Målsetningen med arbeidet er å kartlegge de viktigste suksessfaktorene og de beste metodene og praksisene for implementering av kvalitetsforbedring i helseorganisasjoner ved å studere sykehus i 5 EU-land.

Etter konsultasjon med medlemmer av toppledelsen på [sykehusets navn] og noen av kollegene dine har denne kliniske avdelingen/enheten blitt valgt som et eksempel på høy kvalitet og ytelse. Hensikten med intervjuet er at vi skal skaffe oss en bedre forståelse av hvilke faktorer som bestemmer effektiviteten til slike avdelinger/enheter. Vi ønsker å undersøke hva som karakteriserer avdelingen/enheten, finne ut mer om dens indre mekanismer, og hva slags normer, verdier og kultur som råder i den.

Svarene dine blir ikke delt med noen utenfor forskningsteamet eller med andre av sykehusets ansatte. En kopi av den endelige rapporten blir gjort tilgjengelig for organisasjonen og alle deltakerne.

PAUSE TIL SPØRSMÅL OG KOMMENTARER (Er det noen spørsmål rundt dette før jeg fortsetter?) [Kontroller at samtykkeskjemaet er lest og forstått, og spør om intervjuobjektene ønsker å fortsette med intervjuet]

Dette intervjuet blir spilt inn. Denne og andre samtaler blir transkribert og analysert av et forskningsteam ved [forskningsinstitusjon]. Opptakeren er på.

Oppvarmingsspørsmål

Hvor lenge har du jobbet i denne enheten?

Hva er din rolle her?

Hva anser du som ditt ansvar / din rolle når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring? (klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasientopplevelse osv.)

A) Hvordan er det å jobbe i denne enheten?

- 1) Kan du gi meg en smaksprøve på hvordan det er å jobbe i denne enheten? Hvordan er det sammenlignet med andre steder du har jobbet? På hvilken måte tenker og handler personalet i denne enheten annerledes enn i andre enheter? (Hva er annerledes i forhold til andre som behandler lignende type pasienter? Kan du komme med noen eksempler?)

- 2) Hva setter du mest pris på med denne enheten og personalet? Hva er det som bidrar til å gi den det "lille ekstra" når det gjelder kvalitet?
- 3) Har det vært noen kritiske hendelser / kriser i denne enhetens historie som har ført til en stor endring i måten helsetjeneste tilbys her nå? Hva er historikken bak dette stedet og de som jobber her?
- 4) Kan du gi meg noen eksempler på spesifikke prosjekter som er avholdt for å forbedre klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaringer?) Hva har vært denne enhetens største suksesshistorie når det gjelder endring/tjenesteforbedring? Kan du fortelle om noen prosjekter eller samarbeid som overgikk alle forventninger? (Kan du fortelle meg hvilke ting enheten har gjort for å omstrukturere tjenestene og forbedre kvaliteten på omsorgen?
- 5) Hva er hovedutfordringene/problemene/barrierene ved å utføre jobben? Hva er det minst tilfredsstillende aspektet ved å arbeide her?

B) Teamarbeid/kultur/lederrelasjoner/mesosystem

1. Teamarbeid

Hvor mye jobber teammedlemmene tett sammen, i hvilken grad støtter og respekterer de hverandre, og på hvilke måter? Hvor mye tverrfaglig arbeid og gjensidig avhengighet er det mellom teammedlemmene?

2. Kultur

Hvordan er "atmosfæren" i denne enheten? Er det noen tenkemåter og holdninger som har en særlig positiv (kvalitet/solidaritet) eller negativ innvirkning? (kultur for bebreidelse/klikker/hemmeligheter)

Snakker dine kollegaer aktivt om feil/uønskede hendelser eller nesten hendelser og /eller dårlige pasienterfaringer? Tar de opp disse bekymringene med ledelsen? Blir uønskede hendelser ansett som uunngåelige? Er det en kultur for bebreidelser? Hvordan blir uønskede hendelser vanligvis håndtert?

Hvordan blir ansattes bekymringer om kvalitet og pasientsikkerhet hørt? Blir disse brukt på en konstruktiv måte for å forbedre kvalitet i din enhet?

Hva slags type person mener du vil være best egnet for å arbeide ved denne enheten? Og hva slags type person føler du vil være dårligst egnet til å passe inn i deres måte å arbeide på?

3. Relasjoner/samarbeid

Finnes det nøkkelpersoner utenfor din nærmeste enhet (i den større organisasjonen) og utenfor organisasjonens grenser som du samhandler og samarbeider med?

Er du eller enheten din en del av et bredere kvalitetsnettverk eller i samarbeid med andre organisasjoner? Hvis ja, hvor verdifull er denne prosessen i forhold til kvalitetsforbedring der du jobber?

4. Ledelse

Hvordan utøves ledelsesfunksjoner i din enhet?

På hvilke måter bidrar ledelsen i forhold til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i enheten?

I hvilken grad skaper ledelsen en atmosfære der ansatte kan snakke fritt og åpent om kvalitet og pasientsikkerhet?

5. Kvalitetsguider

Hva slags støtte får du fra personer utenfor enheten men innefor sykehuset, som utgjør en reell forskjell i streben etter kvalitetsforbedring?

Brukes noen form for guider eller veiledninger for å forbedre klinisk effektivitet, pasientsikkerhet eller pasienterfaringer? I så tilfelle, hvilke? Hvordan blir disse ansett/vurdert av personalet? (ulikhet mellom grupper av personal). Brukes disse jevnlig og bredt i organisasjonen?

Hvilke nasjonale, regionale eller internasjonale organisasjoner påvirker kvalitetsforbedringsaktivitetene?

Hvordan blir overordnede kvalitetsforbedringspolicy/strategi ansett? Er de akseptert?

6. Kvalitet og kvalitetsforbedring

Hvordan vil du bedømme sykehuset når det gjelder generell kvalitet og kvalitetsforbedring sammenlignet med tilsvarende sykehus?

Bruker ansatte på enheten spesielle metoder eller praksiser for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet? Reflekterer ansatte over effektiviteten av ulike metoder og praksiser for å bedre kvalitet og sikkerhet?

Kan du peke på noen konkrete forbedringsresultater/høyere nivå ifht klinisk effektivitet, pasientsikkerhet eller pasienterfaringer? Er disse basert på beviste resultater av forbedring? Hvordan målte dere forbedringen?

Bruker ansatte på denne enheten tilbakemelding fra andre ansatte og/eller pasienter for å opprettholde eller forbedre kvaliteten på tjenesten som tilbys?

Samarbeider praktiserende og ledere om å forbedre kvaliteten?

Samsvarer din definisjon av vellykket drift og kvalitetsforbedring med definisjonen sykehusets toppledelse eller personer i andre enheter har av dette? Kan legges til: andre personer som arbeider i denne enheten?

7. Informasjon/informasjonsteknologi

Hvilke informasjons-/informasjonsteknologisystemer har dere her? På hvilken måte bruker dere disse systemene til å måle klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse?

På hvilke måter støtter eller støtter ikke informasjonsteknologien arbeidet i enheten?

Hvem står bak eller administrerer informasjonsteknologien og -tjenestene i enheten eller på sykehuset? Hvor støttende har de vært i forhold til deres kvalitetsforbedringsinnsats? Hvilke problemer, om noen, har dere hatt med informasjon og informasjonsteknologi?

Siste spørsmål

Jeg har lyst til å avslutte med å spørre deg hva du mener skal til for å reprodusere det dere gjør her på enheten? Hva tror du er nøkkelfaktorene til deres suksess – den viktigste lærdommen for andre som har lyst til å gjenta det dere har gjort? Er det noe annet som du føler vi har glemt, eller du vil legge til?

VEDLEGG 5: 1 side

Pasient- og brukerombudet i

Brukerrepresentant i brukerutvalget

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 17.11.2011

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet QUASER

Universitetet i Stavanger (UiS) deltar i det europeiske forskningsprosjektet QUASER (Quality and Safety in European Union Hospitals) finansiert av EU's 7. rammeprogram (2010-2013). Hovedformålet med prosjektet er å studere hvordan organisatoriske og kulturelle faktorer påvirker kvalitet og sikkerhet i tjenester som tilbys i spesialisthelsetjenesten. Kvalitet defineres gjennom å studeres tre faktorer: klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer.

I prosjektet inngår en mastergradsstudie i Helsevitenskap som gjennomføres av Martha Therese Gjestsen ved UiS høsten 2011/våren 2012. Fokuset i denne studien er håndtering av pasienterfaringer på sykehus. Hensikten er å avdekke hvordan et sykehus bruker pasienterfaringer i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet, hvilke strategier de jobber ut fra og hvordan de organiserer arbeidet, samt hvordan en konkret avdeling forholder seg til pasienterfaringer.

Data i QUASER-prosjektet samles inn på ulike måter; både individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og observasjon blir anvendt. Utvalget er i all hovedsak helsepersonell på ulike organisatoriske nivåer ved to sykehus. Som et supplement til disse dataene ønsker vi å få innsikt i hvilke erfaringer pasient- og brukerombudet og brukerrepresentanter i brukerutvalg har med hensyn til hvordan sykehus forholder seg til pasienterfaringer. Det vil være nyttig kunnskap i arbeidet med å utvikle strategier og verktøy for å forbedre kvaliteten på tjenestene i spesialisthelsetjenesten.

Vi håper det kan være av interesse å delta som informant i prosjektet, og Martha Therese Gjestsen (tlf 92805525, epost mtgjestsen@stud.uis.no) vil ta kontakt for å planlegge et eventuelt intervju.

Med vennlig hilsen

Karina Aase
professor, prosjektleder

Martha Therese Gjestsen
masterstudent

Vedlegg:

QUASER-informasjonsbrev + informasjonsskriv til deltagere i studien

VEDLEGG 6: 3 sider

INTERVJUGUIDE BRUKERREPRESENTANT I BRUKERUTVALG

Oppvarmingsspørsmål

- Hvilken rolle har du i helseforetaket?
- Hvor lenge har du hatt den funksjonen?
- Kan du si hvorfor du ble valgt som bruker representant?
- Hva er din rolle når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring? (knyttet til klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaringer)

Organisering

- Hvordan er brukerutvalget organisert i helseforetaket?
(Organisatorisk kobling til ledelsen)
- Hvilket mandat har brukerutvalget?
- Hvordan rekrutteres medlemmer til brukerutvalget?
- På hvilken måte kan brukerutvalget påvirke sykehusets kvalitetsarbeid?
(virkningsveier: formelle tjenestelinjer eller uformelt?)
- Hvordan opplever du at ledelsen forholder seg til brukerutvalget? (blir møtt med respekt? Tatt i bruk? Tatt på alvor?)
- Hvem er de viktigste forkjemperne / talspersonene for kvalitet og kvalitetsforbedring i helseforetaket? (ledere, klinikere)
- På hvilken måte kan brukerutvalget være til nytte for pasientene?

Kvalitet og kvalitetsforbedring

- Har helseforetaket en kvalitetsstrategi? (klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, pasienterfaringer)
- Hvordan opplever du at helseforetaket i praksis vektlegger de tre komponentene i kvalitet som vi har snakket om? (er det noen som anses viktigere?)
- Hvilke metoder bruker foretaket for å samle inn pasienterfaringer? Finner det mange ulike metoder? (eks bruker undersøkelser, systematiske samtaler med pasienter, ved uønskede hendelser etc)

- Skjer innsamlingen av pasienterfaringer på en systematisk måte?
- Hvordan bruker helseforetaket pasienterfaringer for å forbedre kvalitet?
Kan du gi noen eksempler på bruk på ulike nivå (både ifht hele systemet og ifht den enkelte pasient), bruk i konkrete prosjekter, bruk på individnivå?
- Har du kjennskap til hvordan helseforetaket måler og rapporterer på kvalitet? (med hensyn til klinisk effektivitet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer).
- Kjenner du til noen konkrete kvalitetsforbedringsprosjekter i helseforetaket?
- Hvordan involveres brukere representanter/pasienter i disse kvalitetsforbedringsprosjektene?
- Hva er ditt inntrykk av kulturen ved foretaket? (Er den inkluderende for pasienter/brukeres synspunkt og erfaringer eller opplever man å ikke bli integrert og hørt?)
- Hvilken informasjon om kvalitet og ytelse kan helsepersonell på alle nivå få tilgang til?
- Hvilken informasjon om kvalitet og ytelse kan pasienter få tilgang til?
- Er det noe ifht tilgang og formidling av informasjon som burde vært gjort annerledes for å forbedre situasjonen for pasienter og brukere?

Eksternt miljø

- Hvilke nasjonale strategier opplever du at støtter eller hindrer sykehusets kvalitetsarbeid?
- Hvilke nasjonale, regionale eller internasjonale organsiasjoner påvirker kvalitetsforbedringsaktiviteter?
- Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen og samhandlingen mellom helseforetaket og dets viktigste interessenter? (Mellom sykehuset og pasientene – sykehus og regionalt helseforetak- departement og myndigheter)
- I hvilken grad har brukerrepresentanter noen form for involvering i fht kommunikasjon og samhandling med helseforetaket og omgivelsene (eksempelvis kommuner, tilsyn, pasientombud, pasientsikkerhetskampanjen etc)

Status

- Er det noen andre faktorer som for eksempel reorganisering, sammenslåing, nedskjæringer, nye reguleringer/lovendringer, som har en særlig positiv / negativ innvirkning på kvalitet og kvalitetsforbedring?
- Hva er de viktigste faktorene for at pasienter/brukere skal kunne bidra i kvalitetsforbedringsarbeidet?
- Hvordan opplever du at disse faktorene er tilstede i dag? Status?
- Hva er de viktigste faktorene som kan hemme at pasienter/brukeres erfaringer ikke blir en del av forbedringsarbeidet?
- Hvordan opplever du at foretaker jobber systematisk for å lære av uønskede hendelser og dele erfaringer?
- Hva er de viktigste forbedringsområdene for foretaket ifht bruk av pasienterfaringer? På hvilke områder mener du det fungerer godt i dag og hvorfor?
- Er det noe du mener jeg burde spurt om som jeg ikke har kommet inn på?

VEDLEGG 7: 3 sider

INTERVJUGUIDE PASIENT- OG BRUKEROMBUD

Oppvarmingsspørsmål

- Kan du si litt om utdanningen og bakgrunnen din?
- Hvilken funksjon har du hos pasientombudet?
- Hvor lenge har du jobbet hos pasientombudet?

Organisering og samhandling med pasienter

- Kan du beskrive rollen eller funksjonen til pasientombudet slik du opplever den?
- Kan du si litt om hvordan dere er organisert?
- Hvordan jobber dere ifht til pasienter?
- Hva er de vanligste grunnene til at pasienter/brukere tar kontakt med dere?
- Hva ønsker pasientene hjelp til?
- Kan du beskrive en vanlig saksgang fra henvendelse fra pasient til saken er avsluttet fra deres side? Hvor går saken eventuelt videre?
- Kan du beskrive når du opplever at dere har gjort en god jobb? Hva vil det si i praksis?
- Hva er hovedutfordringene eller –barrierene for pasientombudet ved å utføre jobben sin?

Pasientombudet vs sykehuset

- Hvordan er Pasientombudet organisert i forhold til/ jobber opp mot X Universitetssykehus?
- Hvordan kan pasientombudet hjelpe, når (tidligere) pasienter ved X Universitetssykehus tar kontakt?
- På hvilket organisatorisk nivå foregår kommunikasjonen?
- Hvordan håndterer sykehuset henvendelser fra dere?
 - Samarbeidsklime
 - Saksbehandling
 - Oppfølging

- Når er en sak avsluttet?
- Kjenner du til hvordan sykehuset / KK bruker henvendelsene fra dere i kvalitetsforbedringsarbeidet sitt?
- Kjenner du til hvordan sykehuset bruker pasientenes erfaringer i kvalitetsarbeidet?
- Kjenner du til om sykehuset på overordnet nivå og på avdelingsnivå har noen systematikk i innsamling og bruk av pasienterfaringer?

Saker

I følge Norsk Pasienterstatning utgjorde vedtak relatert til fødselsomsorg og kvinnesykdommer 5% av alle vedtak i Helse X fra 2006 til 2010.

- Kan du si noe om hvilke type saker dere blir kontaktet i når det gjelder pasienter som har fått behandling på KK?
- Er det / har det vært noen faktorer som har hatt innvirkning på frekvensen av saker dere har hatt fra KK?
 - Reorganisering / sammenslåing
 - Nedskjæringer
 - Forbedringsprosjekter
 - Kultur
 - Lave tall på keisersnitt? Ruptur?
- Hva ligger til grunn når (tidligere) pasienter fra KK tar kontakt med dere?
 - Opplevelse av trygghet / fagkompetanse?
 - Informasjon: forstod de det som ble sagt?
 - Om tiden etter utskrivelse: plager, ta kontakt
 - Medbestemmelse?
 - Tilgjengelighet / tid
 - Omsorg?
 - Utstyr på sykehuset?
 - Organisering: mange å forholde seg til?
 - Ivaretagelse av pårørende?

Samarbeid med andre

- Samarbeider pasientombudet med noen andre instanser i en saksgang?

- Helsetilsynet i fylket (helsepersonellsaker og foretak)
 - NPE
- Andre (kommuner)-
- Samarbeider pasientombudet med andre instanser for å bidra i kvalitetsforbedringsarbeidet i norsk helsevesen?
 - Planlegging og strategiarbeid på lokalt, regional eller nasjonalt nivå?
 - annet

Oppsummering

- Sett fra pasientombudets ståsted, hva er de største utfordringene for sykehuset i kvalitetsarbeidet og hvordan det skal lykkes?
- Sett fra pasientombudets ståsted, hva er de viktigste å suksessområdene i kvalitetsarbeidet ved sykehuset?
- Er det noe jeg burde spurt om som du har lyst til å fortelle?

meningsbærende emne	kondensert meningsenhet	rolle	subkategori	kategori
Et brukerutvalg uten deltakelse i prosjekter blir for meg litt på si'. Jeg er redd for at da blir en veldig lett på siden av prosessene på sykehuset.	Brukerutvalget må være involvert i prosjekter, for å ikke havne på sidelinjen av prosessene på sykehuset.	Involvering av brukerutvalg	Indirekte påvirkning	Innflytelse
Vise- og administrerende direktør deltar helt regelmessig på brukerutvalgets møter. Og der går informasjonen og bestillingene begge veier. Mitt inntrykk er vel ikke at brukerutvalget oppfatter vår kvalitet som dårlig. Det de er veldig opptatt av, er at de er representert der forbedringsstrategiarbeid og andre ting foregår. Og det er de jo nesten uten unntak.	Administrasjonen deltar på brukerutvalgets møter, der informasjon og bestilling går begge veier. Brukerutvalget ønsker å være med i strategiarbeid knyttet til kvalitetsforbedring.	Brukerutvalg ets arbeidsmåter	Indirekte påvirkning	Innflytelse
Så har vi et brukerutvalg på sykehuset. Der er vel månedlige møter med dem, og så har de en stående invitasjon til å være med i alle prosjekter, og det er ikke bare så enkelt som å sende en invitasjon.	Månedlige møter med brukerutvalget. Stående invitasjon til å være med i alle prosjekter, men ikke enkelt å sende ut invitasjon.	Brukerutvalg ets arbeidsmåter	Indirekte påvirkning	Innflytelse
Vi har en egen brukergruppe på sykehuset, som vi bare henvender oss til lederen i, så får vi en representant derfra.	Får brukerrepresentant ved å henvende seg til lederen.	Rekruttere bruker -representant	Samarbeid med brukerutvalg	Innflytelse
Men jeg snakker jo med andre om dette... det er mange som sliter med hvordan vi skal dra brukerne med.	Mange strever med å få brukerne med.	Hvordan involvere brukere	Bruker - involvering	Innflytelse
Røsten til befolkningen har blitt tydeligere gjennom media. Slik at det som skjer i media påvirker også fokus. Kanskje man av og til kan få inntrykk av at man driver et hånd-til-munn demokrati. Og at bare man skriker høyt nok i pressen, så hopper ministeren og da skal det endres i sykehusene.	Media er talerør for befolkningen og er med på å tydeliggjøre fokus. Pressen kan styre dagsorden til myndighetene og skape endring i helsetjenestene på sykehus.	Media som middel	Indirekte påvirkning	Innflytelse

VEDLEGG 8: Eksempel på innholdsanalyse i kategorien "innflytelse"