

**Hvordan utføres kvalitets- og sikkerhetsarbeid i norsk sykehjem, og  
hvordan involveres beboerne i dette arbeidet?**

**Ledernes perspektiv**

---



**Universitetet  
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelig fakultet**

**Master i helsevitenskap**

**Master oppgave (50 studiepoeng)**

**Student: Eleni Canameti**

**Veileder: Kristin Hjorthaug Urstad,**

**31.05.2019**

# **MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

## **MASTEROPPGAVE**

### **SEMESTER:**

**Vår 2019**

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Eleni Canameti**

**VEILEDER: Kristin Hjorthaug Urstad**

### **TITTEL PÅ OPPGAVE:**

**Nordisk tittel: Hvordan utføres kvalitets- og sikkerhetsarbeid i norsk sykehjem, og hvordan involveres beboerne i dette arbeidet? Ledernes perspektiv**

**English title: Quality and patient safety performance in nursing homes, and patient involvement. Leaders' perspective**

### **EMNE/STIKKORD:**

**Kvalitet, sikkerhet, pasientinvolvering, ledere, sykehjem**

**ANTALL SIDER: 85**

**STAVANGER 31. mai 2019**

## **Innholdsfortegnelse**

Forord.....	4
Sammendrag .....	5
1.0 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Tidligere forskning .....	9
1.2.1 Litteratursøk.....	10
1.2.2 Tidligere forskning .....	11
1.3. Studiens hensikt .....	14
1.4 Problemstilling.....	14
1.5 Operasjonalisering av begreper .....	14
2.0 Teoretisk perspektiv.....	16
2.1 Teorier om ledelse .....	16
2.2 Organizing for quality.....	19
2.3 Tritters modell for PPI (Patient and Public Involvement) .....	21
2.4 Hierarkisk målstyring .....	23
3.0 Metode .....	26
3.1 Forskningsstrategi .....	26
3.2 Kontekst.....	26
3.3 Datainnsamling .....	26
3.4 Forforståelse.....	28
3.5 Transkribering.....	29
3.6 Systematisk tekstkondensering .....	29
3.8 Forskningsetiske overveielser.....	34

4.0 Resultat .....	35
5.0 Diskusjon .....	41
5.1 Metodologiske betraktninger .....	41
5.1.1 Refleksivitet .....	41
5.1.2 Validitet .....	42
5.1.3 Intern validitet .....	43
5.1.4 Ekstern validitet .....	45
5.2 Diskusjon .....	46
5.2.1 Ledere er bevist sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet .....	46
5.2.2 Involvering av pasienter i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er vanskelig og tilfeldig .....	52
5.2.3 Føringer og offentlige dokumenter kan være gode hjelpemidler, men kan også skape frustrasjon i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet .....	60
6.0 Konklusjon .....	64
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	65
6.1.1 Implikasjoner for videre praksis .....	65
6.1.2 Videre forskning .....	66
Litteraturliste .....	68
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene .....	75
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	80
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....	83

## Forord

Jeg fikk min interesse for pasientsikkerhet etter en introduksjon av temaet i et av seminarene i Masterprogrammet ved Universitetet i Stavanger. Oppgaven tar for seg temaene ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet, og pasientinvolvering. Dette hadde ikke vært mulig uten bidrag fra velvillige informanter på de sykehjemmene oppgaven er basert på. Jeg vil gjerne takke dem for engasjement og prioritering av dette studiet i en travel hverdag.

Jeg vil gi en stor takk til min veileder Kristin Hjorthaug Urstad for hennes solide veiledning. Takk for dine gode råd og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil takke arbeidsgiver og kollegaer for tilrettelegging og fleksibiliteten i løpet av masterstudiet.

Til sist vil jeg takke familie og venner for støtte underveis i en lang prosess. Takk til Torill som har hjulpet med korrekturlesing, og minnet meg på kommareglene. En ekstra stor takk til min samboer Lars, som har oppmuntret meg til å holde motivasjonen oppe til å komme i mål.

## Sammendrag

Helsemyndighetene forventer at pasienter skal motta trygge og forsvarlige tjenester. Ledere er ansvarlige for å utvikle styringssystemer som støtter arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det forventes at pasienter skal involveres i det arbeidet. Pasienten skal anerkjennes som ekspert over eget liv, og skal involveres i utforming av tjenesten og behandlingstilbudet. Hensikten med denne studien er å bidra med mer kunnskap om hvordan det arbeides med kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem, og hvordan pasienter blir involvert i denne prosessen, sett fra et lederens perspektiv. Det ble benyttet et kvalitativt design med seks individuelle intervju. Transkripsjonene fra intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultatene identifiserte tre temaer: Ledere er bevisst sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og denne bevisstheten kommer til syne ved at de jobber aktivt med det. Involvering av pasienter i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er vanskelig og tilfeldig. Føringer og offentlige dokumenter kan være gode hjelpemidler, men kan også skape frustrasjon i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Studien peker på at kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet er ledelsesforankret.

Kunnskap hos de ansatte, indre motivasjon, åpenhet og tillit, er de verdiene lederne ser på som avgjørende i arbeidet med kvalitetsforbedring og sikkerhet på sykehjemmene.

Studien tyder på at pasientene blir i mindre grad involvert i arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Selv om pasient- og pårørendeinvolvering blir satt på agendaen, manglende systematisk arbeid på området fører til fragmentert og tilfeldig involvering. Det er lederens ansvar å arbeide for å sikre reell involvering.

Denne studien viser at tillit til ledelsens håndtering av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, har stor betydning for hvordan det arbeidet blir ivarettatt på mikronivå.

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*“Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, det vil si øverste leder, har også det overordnede ansvaret for styringssystemet .... Det er øverste leders ansvar at alle pasienter mottar trygge og forsvarlige tjenester».*

*(Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 3, og Veileder til forskriften).*

Nasjonalt helse- og omsorgsplan (2011-2015) som ble vedtatt på Stortinget bekrefter at kvalitet og pasientsikkerhet blir betraktet som de store nasjonale og internasjonale satsingsområdene innen helsesystemet. En rekke med stortingsmeldinger (nr. 26, nr. 13, nr. 10) beskriver kvalitet og pasientsikkerhet og mangelfull brukerinvolvering som to av de største utfordringene i helsetjenesten. Samtidig legges det vekt på at forventningene til ledelsen i helsetjenestene har økt. Ledelse sees i dag som en viktig faktor for å kunne forbedre kvaliteten på tjenestene som blir levert til pasienter/brukere. Lederne skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).

Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) om primærhelsetjenesten beskriver at det er mye som tyder på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke er god nok. Grunnen til det er, mangelfull kvalitetssikring og kontroll samt dårlig forankring av kvalitet og pasientsikkerhet i ledelseskulturen. I stortingsmelding nr. 13 (2016-2017) om pasientsikkerhet understrekes det at for å bygge en kultur der pasientsikkerhet blir høyt vektlagt, er ledelse viktig. Ledelsen er med å skape et forbilde for hvilke verdier som står sentralt for organisasjonen.

I det siste årene har kvalitet og pasientsikkerhet fått økende oppmerksomhet, og flere offentlige dokumenter er lagt fram som tiltak for å styrke det arbeidet. I stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) beskrives det seks dimensjoner ved arbeidet med kvalitet innen helse og omsorgstjenester:

- Tjenestene skal være virkningsfulle
- De skal være trygge og sikre
- Skal gi innflytelse til brukeren
- De skal være samordnet, preget av kontinuitet og skal utnytte ressursene på en god måte
- De skal være rettferdig fordelt og tilgjengelig.

(Meld. St. 10 (2012 – 2013)).

Disse dimensjonene skal ligge til grunn i utarbeidelsen av kvalitetsstrategier i helse- og omsorgstjenesten. Pasientskader er et stort problem nasjonalt, men en har ikke et godt helhetlig bilde av det totale omfanget av pasientskader i Norge. Det at denne informasjonen er fragmentert og ligger hos flere aktører, er et problem ((Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019). Handlingsplanen viser at hendelse knyttet til håndtering av legemidler, dårlig håndtering og kommunikasjon knyttet til overganger og dårlig ledelse, kultur og koordinert innsats er de hoved utfordringene norsk helsetjenesten må jobbe med i dag.

Pasientene ønsker å være en aktiv del av helsetjenesten. De skal inkluderes i alle fasene i beslutningene som omhandler dem selv. De skal bli hørt og skal tilbys tjenester som er trygge og virkningsfulle. Tjenesteyterne må møte pasientene med respekt og tørre å la de være en del av beslutningsprosessen. Tjenestene skal sikre kontinuitet i behandling og det skal unngås fragmenterte tjenester der bruker ikke får en god nok behandling. For å sikre at alle disse områdene virker er det viktig med god ledelse. Den skal ha overordnet ansvar for å sikre kontinuitet, respekt og virkning i tjenesten.

I stortingsmelding nr. 26 (2014 – 2015) ble det presentert utfordringer som primærhelsetjenesten møter i arbeidet med kvalitet-og pasientsikkerhet:

- Det er betydelig mangel på kunnskapsgrunnlaget på hvordan en sikrer god kvalitet i tjenestene
- Holdninger til pasientsikkerhet varierer
- Arbeidet med kvalitet- og pasientsikkerhet har manglet forankring i ledelse og er ikke blitt sett på som en ledelsesoppgave



➤ Pasientene bruker unødvendig mange medisiner

For å kunne tilby forsvarlige og gode tjenester må en leder kunne lytte til pasienten, vite hvordan de har det og hvordan pasienter og pårørende opplever tjenesten. Deretter må en leder kunne involvere begge parter, pasienter og pårørende, i pasientsikkerhetsarbeidet både på individ og systemnivå (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2018). Ledere må kunne anerkjenne at pasienter er eksperter på eget liv og sykdom og at stemmen deres er viktig å høre både i behandlingsprosessen og for å sikre kvalitet i tjenestene (St. 13, 2016 – 2017).

For å sikre en aktiv deltakelse av pasienter og utnytte effektivt, er det viktig at pasienten får nødvendig informasjon om ulike behandlings- og omsorgstilbud og kvaliteten på disse, samt hva som er mest hensiktsmessig ut ifra den enkeltes behov (St. 10, 2012-2013).

Pasientinvolvering, som er en annen utfordring i helsetjenesten, vil være et viktig tema for denne oppgaven. Stortingsmelding nr.13 (2016-2017) lanserer konseptet «pasientenes helsetjenester» som representerer en ny tankegang om brukerinvolvering. Pasientens helsetjeneste skiller seg fra begrepet pasienten i sentrum ved at den første handler om at pasienten er likeverdig samarbeidspartner i helsetilbudet, mens pasienten i sentrum omtaler at pasienten skal ha oppmerksomheten av andre rundt. Undersøkelser viser at norske pasienter er tilfredse med helsetjenesten, men også at det finnes et behov for forbedring blant annet i informasjonsfeltet, kontinuitet i tjenestene og samarbeidet mellom instanser (St. 10 2012-2013).

De fleste eldre i Norge lever et godt liv, og de burde fortsatt kunne ha et godt liv selv om helsen svikter og de må ha hjelp av helseapparatet. Eldre er en sårbar gruppe i samfunnet som har fått lite fokus. Det er økende antall eldre i befolkning, og de har ofte få pårørende som kan tale deres sak. Eldre kan oppleve sosial isolering som fører til lavere livskvalitet. Veldig ofte mottar de fragmenterte tjenester. Norge har utarbeidet gode løsninger for å sikre den kontinuiteten, men det viser seg at disse gode løsningene blir tatt i bruk av få kommuner. Dette fører til at kvaliteten på helsetjenestene de eldre får varierer mye (St. 15, 2017-2018).

På bakgrunn av disse utfordringene ble det utarbeidet reformen *Leve hele livet*, som skal prøve å forbedre de områdene som svikter tilbudet til eldre i dag.

Satsingsområdene er:

- *Et aldersvennlig Norge*
- *Aktivitet og felleskap*
- *Mat og måltider*
- *Helsehjelp*
- *Sammenheng i tjenesten*

*(Leve hele livet, St. 15, 2017-2018)*

For å kunne oppnå de oppsatte mål på de overnevnte satsingsområdene er det viktig at å skape en god pasientsikkerhetskultur. «Pasientsikkerhetskultur består av de holdninger og rutiner ansatte og ledere har, som igjen påvirker behandlingen pasientene og brukere mottar» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2018). Lederne spiller en grunnleggende rolle i det arbeidet. Derfor er det nødvendig at de er kjente med satsingsområdene, har kunnskap til de forskjellige verktøyene som kan være til hjelp i det arbeidet og evner det å se viktigheten med å involvere og høre på alle de berørte partene.

*Tema for oppgaven, hvordan ledere på sykehjem jobber med kvalitet- og pasientsikkerhet og hvordan pasienter involveres i det arbeidet.*

## **1.2 Tidligere forskning**

Denne delen av oppgaven gjør rede for tidligere forskning innen pasientsikkerhet, kvalitet og pasientinvolvering. Forskning som er utført, er hovedsakelig rettet mot sykehus. «Utfordringen er at forskning knyttet til pasientsikkerhetskultur i stor grad har vært knyttet mot sykehus» (Cappelen, 2015 s. 89). Selv om det vil være store ulikheter mellom sykehjem og sykehus både med tanke på organisering og brukere på tjenesten, vil forskningen som har fokus på sikkerhet og kvalitet kunne belyse viktige aspektet som kan overføres til et sykehjem kontekst. I første del av dette kapitlet blir søkeprosessen gjort eksplisitt.. Deretter gjøres det rede for forskning og hva den sier

om pasientsikkerhet, kvalitet og pasientinvolvering. Det er viktig å huske at denne oppgaven ikke dreier seg om pasientinvolvering som en enestående faktor, men ser på pasientinvolvering i lys av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

### **1.2.1 Litteratursøk**

Som et første steg i søkeprosessen foretok jeg et bredt og tilfeldig søk. Når jeg hadde bestemt meg for tema, tok jeg et random søk på Google Scholar, norske databaser (Idunn, Helsebiblioteket og regjering.no). På denne måten ble jeg kjent med generell begrepsbruk på feltet jeg skal skrive om. Jeg noterte søkeord jeg har brukt i mitt litteratursøk til nå. Jeg noterte også forslag til bøker som kunne være aktuelle for mitt teoretisk perspektiv.

Etter denne prosessen ble fagsidene inn på bibliotekenes nettside brukt til å finne forskjellige databaser vi kan søke forskning på. Jeg har brukt databaser som handler om sosialfag og helsefag. Ved å bruke søkeordene jeg hadde notert i første omgang, fant jeg noen artikler som kunne være relevante for min studie. Videre gikk jeg gjennom referansene til artiklene jeg leste og som var relevante, og der tok jeg forslag om andre gode artikler som belyste tema jeg skal skrive om. Fram til det punktet har søket vært lite strukturert, og lite av det arbeidet jeg har gjort er dokumentert.

I ettertid ble søket mer ryddig, og jeg har kunnet lagre alt søket som er gjort etter det. Databasene som ble brukt i mere systematiske og strukturerte søk var Cinahl og Medline på engelse og Idunn og Helsebiblioteket på norsk. Søkeordene som ble brukt var «quality and patient safety», «nursing homes», «patient involvement», «leader og leadership». Under søket i databasene ble disse ordene kombinert med hverandre. En rekke kombinasjoner ble tatt, og ga god oversikt over forskningen som allerede finnes på feltet. Det var også kombinasjoner som ga null resultater. For å kombinere søkeordene ble det brukt «and» og «or» i søkevinduet på databasen.

Litteratur som omhandler tema om kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem ut ifra lederens perspektiv ga fem søkeresultater, hvorav 2 er fra norsk sammenheng.

### 1.2.2 Tidligere forskning

Som nevnt ovenfor, i gjennomgang av tidligere forskning har jeg konsentrert meg på forskning som dekker kunnskap om: ledelse og pasientsikkerhet, ledelse og kvalitet, pasientsikkerhet i sykehjemmet, kvalitet i sykehjemmet. Disse nøkkelordene ble vurdert som adekvate for å finne forskning som omhandler temaet studien skal handle om: kvalitet- og pasientsikkerhet på sykehjem, ut ifra lederens perspektiv.

På verdensbasis er pasientinvolvering og pasientsikkerhet et tema som er forsket mye på, særlig de siste årene. Sutton (m.fl. 2014) har, ut ifra en litteraturstudie, identifisert to forskjellige standpunkter som skiller litteraturen om pasientinvolvering i pasientsikkerhet fra litteraturen om pasientinvolvering generelt. Det første er at pasientinvolvering i pasientsikkerhet kun fokuserer seg på individnivå (forholdet mellom pasient og helsepersonell), mens litteraturen om pasientinvolvering generelt mener at dette kan begrense involveringsprosessen. Det andre standpunktet som skiller disse to forståelsene fra hverandre er at pasientinvolvering i pasientsikkerhet fremhever rollen til omsorgspersonene (pårørende), mens den generelle litteraturen kan stille spørsmål om interessent til omsorgspersonene er lik interessene til pasientene.

En litteraturstudie gjennomført av Gartshore mfl. (2017) konkluderer med at pasientsikkerhet er et tema som ikke er forsket mye på, og den forskning som finnes er konsentrert på sykehus og mindre på sykehjem. Studien tok for seg artikler som omhandlet pasientsikkerhet på sykehjem, uansett metodologisk betraktning. Det var kun engelske språklige studier som ble involvert. Grå litteratur og ikke vitenskapelige artikler ble ikke tatt med i betraktning.

Da Silva mfl. (2016) sier at effektiviteten i arbeidet med pasientsikkerhet er avhengig av ikke bare infrastrukturen eller ressurser, men krever læring på alle nivåer i organisasjonen. Lederne ser på læring som en av de tre viktigste elementene i arbeidet med å forme en kultur for pasientsikkerhet. Læring i denne konteksten handler om å utvikle en kultur som stimulerer gjensidig tillit, gir rom for å gjøre feil og mulighet til å rapportere feil, og fremmer teamwork. Det er lederne som legger til rette for å skape slik kultur.

Harris og Mayo (2018) gjennomførte en case studie som foregikk på sykehjem for eldre. De understreker i sin forskning at ved å legge til rette for utvikling av lederne og deres kompetanse, fremmes det muligheten til å utvikle en kultur som sikrer tilfredshet blant ansatte og pasient-sentrert omsorg. Lederne er den som har mest innflytelse når kulturen i en organisasjon skal utvikles. Derfor er det viktig å sikre at strategier for kvalitet er forankret i ledelsen. Det finnes en positiv korrelasjon mellom ledelse og resultatene i helsetjenesten (West mfl. 2015).

McGlynn (2004) skrev en perspektivletter der hun understreker at det er ikke hvor mye penger en legger inn i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet som betyr mest, men hva pengene blir brukt til. Å investere i kvalitetsmålingsinstrumenter og rapporteringssystemer er nødvendig for å finne tiltak som gir de beste resultatene. Videre i denne forskning påpeker hun at for å kunne modernisere helsesystemet er det nødvendig med fundamentale endringer i måten helsetjenesten er organisert, håndter og utlevert.

Anger & Fredriksen (2014) gjennomførte en litteraturstudie om utfordringene i forhold til pasientinvolvering. Forskerne tok for seg studier som handlet om pasientinvolvering i helsetjenesten. Det var førtiåtte artikler som kom med videre i det endelige resultatet. En av hovedfunnene deres var fem elementer som er nøkkelelementer i pasientinvolvering: forholdet mellom pasient og helsepersonell (sykepleiere), tid, kunnskap, pasientens tilstand og helsepersonellens holdning.

Thomson (2007) tok for seg er eksplorerende kvalitativ design og skriver at pasientinvolvering er et kompleks og dynamisk konsept. Han identifiserte fem nivå av brukerinvolvering: ekskludering, gi informasjon, dialog, samarbeid i beslutningstaking og selvstendig beslutningstaking.

Wiig mfl. (2013) gjennomførte en *mult-level* case studie der de tok for seg mål som offentlige dokumenter (makro-nivå) setter i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet, og hvordan disse håndteres i virkeligheten i helsetjenesten (mikro-nivå). Forskning sier at når det gjelder pasientinvolvering, er det et gap mellom forventningene som regjering har

(makro-nivå) og virkning på sykehus (mikronivå). Norsk sykehus trenger mer kompetanse for å kunne implementere verktøy for å fremme pasientinvolvering og ta i bruk pasientens erfaringer.

En litteraturstudie om pasientinvolvering i overflyttingsprosessen fra Dyrsatd mfl. (2014) viser at pasientinvolvering er lav, selv om ønsket om å medvirke er høy. Studien tok for seg tretti artikler som handlet om pasientinvolvering i overflyttingsprosessen. Studiene som ble tatt i betraktning var skrevet på engelsk, var vitenskapelige artikler, og handlet om eldreomsorgen. Resultatene viste at pasientene ofte ble ekskludert i beslutningsprosessen. Studien understreker behovet for opplæring av helsepersonell i pasientinvolvering, og opplæring av pasienter og pårørende om deres rett til å være del av beslutningen.

Norheim og Visnes (2012) sin forskning viser at pasientinvolvering er ikke alltid like realistisk. Den kan oppleves som en barriere eller en belastning for pasienten, eller at pasienten, ifølge helsepersonell, kan ta «feil» beslutninger. En forklaring på dette kan være det at pasienter vektlegger forskjellige faktorer i hva som utgjør involvering enn det helsepersonell gjør (Boivin mfl., 2014). Pasienter vektlegger elementer som tilstrekkelig bruk av tid, evnen til helsepersonell til å vise empati eller at de selv kan bestemme når de skal ha behandling. Helsepersonell velger ofte å prioritere effektivitet. Kleiven mfl. (2016) sin forskning bekrefter dette. Økonomiske styringssystemer som er basert på mål- og resultatstyring, gir trangere kår i møte med yrkeshverdagen. Verdier som ligger til grunn for helsepersonell (sykepleier) utfordres av ytre, kontrollerende krav som legger vekt på effektivisering og produktivitet (Kleiven mfl., 2016).

Oppsummert viser tidligere forskning viser at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er krevende, og møter på mange utfordringer. Det er ledelses ansvar å utvikle strategier for kvalitet. Tidligere forskning peker også på at kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem er et tema som burde forskes mer på. Forskningen viser at det er behov for mer kompetanse for implementering av verktøy som fremmer sikkerhetsarbeidet. Pasientinvolvering beskrives som en utfordring, selv om pasientene ønsker å bli involvert i beslutningsprosesser.

### **1.3. Studiens hensikt**

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hvordan det arbeides med kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem og hvordan pasienter blir involvert i denne prosessen, sett fra et lederens perspektiv. Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan ledere på sykehjem jobber med kvalitets- og sikkerhetsforbedring med vekt på involvering av pasienter og bruk av pasienterfaringer. Som en del av oppgaven inngår også økt kunnskap om hvordan ledere anvender regelverk og veiledere for å følge opp myndighetenes forventninger til involvering av pasienter i kvalitets- og sikkerhetsforbedring.

### **1.4 Problemstilling**

Basert på formålet med denne oppgaven, er det utarbeidet følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

*Hvordan er kvalitets og sikkerhetsarbeid organisert i norsk sykehjem, og hvordan blir pasienter involvert i denne prosessen, sett ut ifra leder perspektiv?*

- a) Hvordan bruker ledere politiske føringer om kvalitet og pasientsikkerhet i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet i norsk sykehjem?
- b) Hvordan organiserer ledere arbeidet med pasientinvolvering og bruk av pasienterfaringer i kvalitets og sikkerhetsarbeidet?
- c) Hvilke faktorer hemmer og fremmer pasientinvolvering og bruk av pasienterfaringer i kvalitets og sikkerhetsarbeidet?

### **1.5 Operasjonalisering av begreper**

Begreper som sees som sentrale i denne oppgaven er ledelse, kvalitets- og sikkerhetsarbeid og pasientinvolvering. Det er ulike måter å definere ledelse på men denne oppgaven skal ta utgangspunkt i Bass og Stogdill's teori for å forklare hva begrepet leder inneholder.

Bass og Stogdill (1991:11) hevder at definisjonen av ledelse varierer fra organisasjon til organisasjon, noe som gjør begrepet kompleks. Denne sannsynliggjøres av Bass og Stogdill (1991:20) når de forsøker å definere begrepet:

*«Leadership has been seen as the focus of group processes, as a personality attribute, as the art of inducing compliance, as an exercise of influence, as a particular kind of act, as a form of persuasion, as a power relation, as an instrument in the attainment of goals, as an effect of interaction, as a differentiated role, and as the initiation of structure»*

Kvalitet kan defineres ulikt ut ifra konteksten man befinner seg i. Denne oppgaven har følger definisjonen til Helsedirektoratet (2018) definerer kvalitet som:

*“Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt”. I denne definisjonen er det 6 dimensjoner der sikkerhet og brukerinvolvering er sentrale dimensjoner. Siden det er så vesentlig for denne oppgaven vil begrepsbruken være kvalitet og sikkerhet og arbeidet som legges ned innen dette området.*

Pasient involvering defineres som muligheten tjenestemottakeren har til å påvirke helsetjenesten. Tjenestemottakeren skal gis muligheten til å komme fram med sine meninger, skal gis muligheten til å diskutere og reelt påvirke beslutningsprosessen (Haarman, 2018).



## 2.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet presenteres det teoretiske utgangspunktet for denne studien. I første del vil leseren få en generell innføring i teori om ledelse. Videre vil Bate mfl. (2008) sin modell om organisering av kvalitet og pasientsikkerhet presentert. Denne modellen presenterer de utfordringene som påvirker organisering av kvalitetsarbeid i helsetjenesten.

En annen teoretisk perspektiv denne oppgaven tar for seg er teorien om pasient involvering gitt av Tritter (2009). Tritter ønsker å presentere teorien sin som et rammeverk for organisering av brukerinvolvering i helsetjenesten. Teorien ser på pasientinvolvering som en del av organisering og ikke som et mål i seg selv.

Til slutt vil modellen til Irgens (2007) om hierarkisk målstyring presentert. Grunnen denne teorien er tatt i betraktning er fordi mange helseorganisasjoner i Norge i dag bruker en hierarkis organisering. Beslutningene tas av ledelsen på toppen og de skal elaboreres nedover pyramiden. Helsetjenesten er i stadig endring og preges mye av sparing og endringer. På den andre siden stilles det flere og strengere krav til kvalitet og måloppnåelse. Det reflekteres i beslutningsprosessen, der lederen ofte får klare direktiver uten å kunne gi mulighet til medarbeiderne til innflytelse.

### 2.1 Teorier om ledelse

Ledelses definisjoner er subjektive og ofte velger forskerne den definisjonen som passer til hensikten av deres studie (Yukl, 2013). Etter litteratursøk, forstår en at det finnes mangfoldig med ledelses definisjoner. Altimo-Metcalfe (2013) mener at kontekst er viktig i arbeidet med ledelsesteorier. Faktorer slik som politikk, teknologi, økonomi og sosial kontekst har betydelig innvirkning i definisjonen av ledelse, hva som tolkes som utfordring og hva som utgjør en god leder stil.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i Yukl (2013) sin definisjon av ledelse da denne er utviklet med utgangspunkt i forskjellige ledelsesteorier:

*“Leadership is the process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives” (Yukl, 2013, s. 23).*

Slik vi forstår det så er ledelse et komplekst begrep med mange variabler. Bass og Stogdill (1990) hevder at definisjonen av ledelse varierer fra organisasjon til organisasjon, noe som gjør begrepet kompleks. Denne kompleksiteten kommer til synet når de forsøker å definere ledelse:

*“Leadership has been seen as the focus of group processes, as a personality attribute, as the art of inducing compliance, as an exercise of influence, as a particular kind of act, as a form of persuasion, as a power relation, as an instrument in the attainment of goals, as an effect of interaction, as a differentiated role, and as the initiation of the structure” (Bass & Stogdill, 1990, s.20).*

Denne oppgaven tar for seg Yukl (2013) sin tilnærming i forklaring av ledelses teorier. Yukl (2013) klassifiserer ledelses teorier i fem tilnærminger: trekk tilnærming, atferds tilnærming, makt tilnærming, situasjonell tilnærming og integrativ tilnærming.

Trekk tilnærming hadde

De første ledelsesteoriene, også kjent som trekkteorier, hadde i fokus identifisering av de personlige trekkene som skulle skille lederne fra følgerne (*leaders from followers*). Supporterne av denne teorien mente at evnen til å lede er medfødt. Blant trekkene som ble tatt i betraktning var det energi, dominans, høyde, utseende, samt som psykiske trekk slik som intelligens, makt behov og behovet for suksess (Altimio-Metcalf, 2013; House & Aditya, 1997).

Atferds (behaviour) tilnærming begynte å utvikles i 1950 tallet. Forskerne begynte å observere mer hvordan lederne handlet i organisasjonen, enn personlige trekk. Denne tilnærming fokuserer seg på hvordan lederne bruker tiden på jobb, og hvordan de håndterer kravsituasjoner, konflikter i roller og begrensninger. Hvor effektiv denne tilnærmingen er, er avhengig av hvordan lederne løser krav og konflikter (Yukl, 2013).

Makt (power - influence) tilnærming undersøker innflytelse prosessen mellom ledere og andre. Denne modellen forklarer ledelses effektivitet ved å se på hvor mye makt lederen har, og hvordan den makten blir brukt i organisasjonen. makt er viktig ikke bare for å påvirke underordne, men også overordner eller klienter.

Situasjonell (situational) tilnærming vektlegger de kontekstuelle faktorene som påvirker ledelsesprosessen. Hoved variablene inkluderer følernes kjennetegn, arbeidets art som lederen skal utføre, type organisasjon, og arten av yter miljø.

Integrativ tilnærming inkluderer mer en type ledelses variabel. Denne tilnærming er mer vanlig i dagens forskning, da forskerne ofte inkluderer to eller mer ledelses variabler i en studie (Yukl, 2013).

Nye lederteorier hadde sin opprinnelse i 1980-tallet og de har en felles toppleder fokus. Verdier, visjon, makt og tillit blir forsket på og kvalitative forskningsstrategier er de som blir valgt (Bryman, 1992). Ledere skal ha verdier og visjoner som gir mening for de ansatte og de ansatte skal kunne føle at det organisasjonen holder på med er viktig, og kan identifisere seg og engasjere seg med den (Bergerød og Wiig, 2015).

Transformasjonsledelse og karismatisk ledelse er to ledelsestypene som ofte blir identifisert her (Bass og Bass, 2008).

Karismatisk ledelse kjennetegnes som en leder som kan påvirke, inspirere til utvikling. Den oppmuntrer ved å appellere til idealene og emosjonene til følerne (Yukl, 2013). Karisma sees på som et resultat av hvordan lederen blir oppfattet av medarbeiderne, atferd og trekk, individuelle og kollektive behov hos de ansatte og konteksten til ledelsen (Høst, 2006).

Transformativ ledelse appellerer til moralen normer og verdier hos følerne. Beundring, lojalitet, tillit og respekt er nøkkelverdier for transformativ ledelse, og det er det de ansatte skal føle for å være motiverte til å gjøre mer enn det forventes fra dem (Yukl, 2013).

Slik teorien presenterer, er lederne nøkkelementer i utvikling videreføring av en organisasjon. Uavhengig om det er av personlige trekk, eller makt forhold eller organisasjonstype, har lederne en utrolig viktig rolle i forming av kultur i organisasjoner. Av det grunn anses det som naturlig for denne oppgaven å snakke med

ledere for å forstå hvordan kvalitet og pasientsikkerhet er inkorporert i kulturen til sykehjem i Norge.

## **2.2 Organizing for quality.**

Kvalitets og sikkerhetsarbeid i helsetjenesten vil i denne studien sees i lys av modellen til Bate et al (2008). Ifølge denne modellen er kvalitet og sikkerhetsarbeid i helsetjenesten er kompleks og påvirkes av flere faktorer. Bate mfl. (2008) utførte en dybdestudie i 7 sykehus i USA og Europa, og resultatet av studiet var at de identifiserte seks universelle utfordringer som påvirker kvalitet og sikkerhetsarbeid i helsetjenesten. Modellen har som hensikt å hjelpe helsearbeidere til å oppnå eller opprettholde god kvalitet i behandling av pasienter gjennom å forstå faktorer som påvirker den.

De seks faktorene er:

1. Struktur – på hvilken måte blir arbeidet med kvalitet og sikkerhet organisert, planlagt, og behandlet i organisasjonen
2. Politikk – på hvilken måte blir politiske krav manøvrert i organisasjonen
3. Kultur – å oppnå felles verdier i arbeid med kvalitet og sikkerhetsarbeid
4. Utdanning – å skape læringsarena som støtter endringer i kvalitetskrav
5. Emosjonell – hvordan engasjere og mobilisere folk i organisasjonen til å forplikte seg på et emosjonelt nivå
6. Fysisk og teknologi – utforming av fysiske omgivelser til å møte den teknologiske infrastrukturen.

Videre i studien skiller forfatterne mellom ytre og indre faktorer som de utfordringene skal sees i lys av. Ytre faktorer innebærer faktorer som lovverk, nasjonale føringer, sosiale og kulturelle normer, mens indre faktorer omhandler faktorer som arbeidsmiljø, organisasjonskultur og organisasjonsstørrelse). Indre og yrefaktorer vil påvirke hverandre.



Figur 1. De seks universelle utfordringer basert på «color- codebook» på Bate mfl. (2008) s. 194.

Modellen skiller seg fra andre modeller ved at denne ser ikke på kvalitet som en teknisk eller mekanisk form, men den påvirkes av samhandlingen mellom individer i det daglige arbeidet.

### 1.2.2. Ledelses aspekter integrert i organizing for quality- modellen

Bergerød og Wiig (2015) presenterer modellen til Bate mfl (2008) med integrerte ledelsesmodeller.

«... ledelsesprosesser er integrert i de seks utfordringene og innebærer at ulike tilnærminger og prioriteringer for å møte dimensjonene.» (Bergerød og Wiig, 2015, s. 116).

1. Strategisk ledelse – sterk og beslutningsmyndig ledelse som har klare strategiske mål
2. politisk ledelse – ledelse med autoritet til å håndtere kvalitets og sikkerhetsutfordringer med overbevisning
3. verdi og symbolbasert ledelse – ledere som jobber med å utvikle en kultur der kvalitets og sikkerhetsarbeid står sentralt.
4. pedagogisk ledelse – leder som har innflytelse i organisasjonen og jobber med læring, og utvikling
5. inspirasjonsledelse – leder som evner å fremme ideer og motivasjon til implementering av metoder
6. teknologisk ledelse – leder som har fokus på teknologiske utviklinger med fokus på kvalitet og sikkerhetsarbeid.



Figur 2. Modell for kvalitet og pasientsikkerhet med tilhørende ledelsesdimensjoner

### 2.3 Tritters modell for PPI (Patient and Public Involvement)

I 2009 publiserte Tritter en artikkel om pasient involvering og la fram en modell som skulle senere sees som et rammeverk for pasient involvering i helsetjenesten. Han definerer pasientinvolvering som: «ways in wich patients can draw on their experience and members of the public can apply their priorities to the evaluation, development,

organization and delivery of health services” (Tritter, 2009, s. 276). Denne definisjonen inkorporerer fem forskjellige typer av involvering:

- ◇ involvering i forhold til behandling
- ◇ involvering i forhold til tjenesteutvikling
- ◇ involvering i forhold til evaluering av tjenester
- ◇ involvering i forhold til utdanning og trening (av helsepersonell)
- ◇ involvering i forskning

Rammeverket Tritter (2009) foreslår baseres på tre dimensjoner han har identifisert:

- I. Direkte og indirekte
- II. Individuell og kollektiv
- III. Proaktiv og reaktiv

Den mest forekommet involvering i helsetjenesten er indirekte involvering. Den foregår på en slik måte at pasienten har en passiv og er informasjonsmotakker. Helsepersonellet er den som er beslutningsmyndigheten kan bestemme om de ignorerer eller tar imot informasjon som kommer fra pasienten. Ofte er det slik at bruker bidrar med informasjon.

I motsetning til denne typen involvering, er direkte involvering basert på at pasienten tar del i beslutningsprosessen. Dette innebærer involvering av pasienter i forming av tjenesten og hvordan ressursene blir utnyttet.

En annen elementet i Tritter (2009) sin modell er proaktiv og reaktiv involvering. Reaktiv involvering handler om involvering av pasienter til å svare på en agenda som allerede finnes, forhåndsdefinerte, og de har ikke vært med på å utforme. Proaktiv involvering handler om at pasienten er med å utforme agenda og målsetning for involvering helsetjenesten.

Siste element Tritter (2009) tar for seg er individuell og kollektiv direkte og indirekte involvering (figur 3). Et eksempel på direkte individuell involvering er at en pasient velger et bestemt sykehus å utføre sin behandling på. Indirekte individuell involvering kan være det å fremlegge en klage eller positiv tilbakemelding.

Kollektiv direkte involvering kan for eksempel være det å invitere en kreftorganisasjon til å designe en ny kreft klinikk. Kollektiv indirekte involvering kan forekomme i form av en rapport fra flere pasienter om tiltak for forbedring av tjenesten.

Individual direct	Individual indirect
Collective direct	Collective indirect

Figur 3. Matrise for involvering

Modellen foreslått av Tritter (2009) viser til de fem ulike grader av involvering i forhold til de tre dimensjonene (figur 4).

	Direct		Indirect	
Individual	Proactive	Reactive	Proactive	Reactive
Collective	Proactive	Reactive	Proactive	Reactive

Figur 4. Modell for involvering av Tritter (2009)

## 2.4 Hierarkisk målstyring

Hierarkis organisering av helsetjenesten er en vanlig praksis i dagens samfunn. Irgens (2007) elaborer denne styringsmodellen i sin bok og det er der denne forklaring av modellen er basert på. Målstyring har lenge vært en stor del av organisering til det offentlige tjenesten i Norge. Målstyring krever at overordner myndigheter formulerer mål og formulerer målene nedover i organisasjonen. Denne typen styring er blitt introdusert i Norge i 1990 tallet, men en ser at denne er aktuell i dagens helsetjeneste. Med andre ord er denne måten å styre på hierarkisk, ovenfra og ned.

Målstyring er et virkemiddel innen planlegging i virksomheter og i noen virksomheter har ledere og ansatte klart å bruke dette virkemiddelet til å planlegge sammen, i andre



har det skapt stivbenthet, detaljstyring og stadige krav om rapporter og økt grad av frustrasjon.

Sagt med andre ord, så er måten å bruke målstyring avhengig av hvordan ledelse og ansatte tolker den i avdelingene og den kan ofte oppleves som problematisk. Irgens (2007) identifiserte to grunner til det (a) forutsetningene endrer seg ofte og (b) hvor kunnskapen om arbeidet befinner seg.

(A) Vi lever i en verden der endringer skjer hurtig, og derfor må tilpasningene være hurtige. Å formulere overordna mål som skal formuleres til ledere også videre nedover til personal er en tidskrevende prosess. Personal skal ta disse målene i møte med pasienter og derfor er det viktig at en har forstått og kan sette de i praksis. Faren med dette er at når en avdeling er klar til å jobbe med målene, nye føringer kan komme in (tidsendringer), eller at en begynner å jobbe med målene uten å ha en klar forståelse om hva de innebærer.

Denne målstyring er letter å få til dersom betingelsene ikke endre seg og når tjenestene eller produktene er standartbaserte. Helsetjenesten kan ikke være standartbasert på grunn av at det jobbes med mennesker og det som omhandler mennesket er i endring (formen på sykdommer, nye ukjente tilstander som skal behandles). Samtidig som mennesker/pasienter er subjektive, og hver krever en tilpasset behandling.

(B) Den andre elementet som påvirker målstyring er hvor kunnskapen befinner seg. Det er sjeldent den befinner seg hos de som sitter høgest i hierarken, oftere befinner den seg hos de som står nærmest pasienter. Overordnet mål er som regel generelle og tanken er at de skal tilpasses lokale behov gjennom hele organisasjonen. I noen tilfeller kan de lokale behov være så spesielle noe som gjør vanskelig å tilfredsstillte målene, eller at ressursene til å oppnå mål er ikke tilstrekkelig (for eksempel, sykehjem skal tilby faglig forsvarlig tjenester men de har ikke nok ressurser til forsvarlig bemanning).

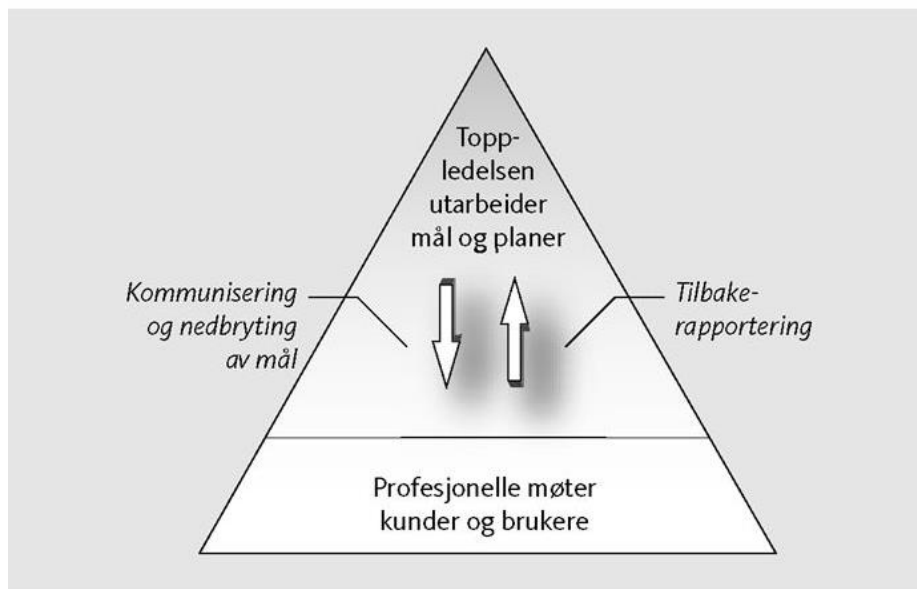
Den hierarkiske målstyring kan også skape problemer når de lokale forholdene skiller seg fra de sentrale, eller når den som jobber nærmest pasienten har bedre kunnskap om hva det er behov til enn ledelsen.

Irgens (2007) påpeker at den hierarkiske tradisjonen bygger på todeling:

- a) Hvem som skal tenke (ledelse)
- b) Hvem som skal utføre jobben (medarbeiderne).

Men tiltros denne kritikken mot modellen er svaret ikke å la kun de profesjonelle helt bestemme over forming av tjenesten.

For å sikre god kvalitet i de tjenestene som leveres er det viktig å kunne integrere alle parter i beslutningsprosessen.



Figur 5. Hierarkisk målstyring (Irgens 2007, s. 180)

## **3.0 Metode**

I dette kapitlet vil jeg legge fram framgangsmåten for dette studiet. Leser får en begrunnelse på hvorfor en bestemt forskningsstrategi er blitt valg, og kan derifra kritisk vurdere kvaliteten på studiet.

### **3.1 Forskningsstrategi**

Med utgangspunkt i studiens problemstilling der jeg så på kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem ut ifra et ledes perspektiv, valgte jeg en kvalitativ forskningsmetode. Grunnen at denne metoden ble vurdert som mest aktuell er fordi jeg ønsker å få frem deltakerens meninger, erfaringer og opplevelser av hvordan kvalitet og pasientsikkerhet er organisert i deres sykehjem. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som beskriver og øker forståelsen av et fenomen (Malterud, 2017).

Undersøkelsens design er kvalitativ eksplorerende forskningsmetode som skal undersøke opplevelsene lederne på sykehjem har med kvalitet og pasientsikkerhet. Eksplorerende design vil si at problemstilling var åpen for endringer underveis. Dette er spesielt viktig når en har lite kunnskap om feltet fra før (Thagaard, 2013).

### **3.2 Kontekst**

Studien har tatt for seg fem sykehjem i en kommune på Vestlandet i Norge. Sykehjemmene som har vært en del av studiet, er langtidssykehjem for eldre personer. Målet med sykehjem i Norge er å gi et verdig livsopphold til eldre som ikke har muligheten til å bo hjemme lenger. Det er helsepersonell som jobber der, og hovedmålet er å gi helsehjelp til eldre/syke mennesker. Sykehjemmet er i stor grad preget av pleie- og omsorgstjenester.

### **3.3 Datainnsamling**

Datainnsamling ble gjort ved å bruke kvalitative intervjuer. Instrumentet som ble brukt var en semistrukturert intervjuguide. Det er gjort et strategisk utvalg av informanter.

Utvalget er sammensatt ut fra målsetting om at informasjonen belyser problemstilling på best mulig måte (Malterud, 2017).

Det ble tatt kontakt med hver informant på mail i 2 omganger. Første omgang ble det sendt en mail til virksomhetslederne der hvor det ble beskrevet kort hvorfor det ble tatt kontakt med dem. Andre omgang fikk de som meldte inn interesse et informasjonsskriv der prosjektet ble beskrevet mer detaljert, og informantene ble kjent med problemstilling.

Deretter ble det avtalt tidspunkt og sted for intervjuet. Informantene fikk muligheten til å bestemme sted og tid. Alle intervjuene foregikk på informantenes sin arbeidsplass.

Inklusjonskriteriene for å delta i denne studien var:

- Ledere eller mellomledere med personellansvar på sykehjem
- Ledere eller mellomledere som har jobbet på sykehjem i minst to år sammenhengene
- Ledere eller mellomleder som jobber i 100% stilling

Utvalget består av seks deltakere, hvorav 2 virksomhetsledere og 4 avdelingsledere.

*Utdanning:* 5 sykepleiere, 1 sosionom. 4 av de har videreutdanning innen ledelse

*Kjønn:* alle kvinner

*Alderssammensetting:*

30 – 40: 2 deltakere

40 – 50: 1 deltaker

50 og over: 3 deltaker

*Yrkeserfaring:*

1-5 år: 1 deltaker

6-10 år: 5 deltakere

Intervjuene varte cirka 45 minutter – 1 time, og foregikk på et rom skjermet for lyder. Intervjuguiden var delt i innledende spørsmål, og spørsmål rundt de temaene som denne oppgaven handler om, kvalitet og pasientsikkert og organisering av den på sykehjem.

### **3.4 Forforståelse**

Kunnskapen vi bringer med oss inn i forskning utgjør forforståelse. Denne kunnskapen består av erfaringer, den teoretiske referanserammen, faglig perspektiv og hypoteser (Malterud, 2017). Forforståelse påvirker studien i alle sine faser, måten vi samler og leser våre data, teoretisk perspektiv en velger å ta med og hvordan en tolker data. Hvis en sykepleier hadde gjort samme forskning, ville en sett at den kunne fokusert på andre områder enn det jeg som vernepleier gjør. Derfor er det viktig at forskeren er bevist sitt ståsted og er åpen for det empirien som kommer fra innsamlet data (Malterud, 2017).

Jeg har jobbet i helsevesen i samlet 5 år. I løpet av disse årene har jeg hatt mulighet til å oppleve og jobbe i diverse tjenesteområder. Kvalitet og pasientsikkerhet og ledelse er de områdene som jeg har blitt opptatt av ut ifra de erfaringene jeg har gjort. I løpet av disse fem årene har det skjedd mye i disse områdene, flere stortingsdokumenter, mye større fokus og mye kursing og opplæring som har foregått og foregår. Samtidig så sliter en med å se resultatene av denne utvikling i praksis. Sykehjem, som også er mitt forskningsfelt, er det feltet som sliter mest med å få til god kvalitet på tjenestene og sikre pasientsikkerhet. Lederne får klare direktiver på hvordan de skal styre, og de direktivene sende nedover i systemet, ofte uten at de tilpasses avdelingen. Ansatte føler de er underbemannet og at de ikke har tid til å gi annet omsorg enn stell og pleie, de får ikke tid til å involvere seg med pasienten. På grunn av tidspresset foregår mye avvik på legemiddelhåndtering og en del fall hos pasientene. Jeg opplever at noe av disse problemene kunne avvikles dersom lederne har nok kompetanse til å systematisere disse prosessene.

Lover og stortingsmeldinger er klare i forhold til kvaliteten på helsetjenesten, den skal være god og det er lederens sitt ansvar å sikre dette. Virkeligheten i primærhelsetjenesten møter ikke disse forventningene. Den møter på flere utfordringer,

som mangel på helsepersonell, dårlig samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjenesten, dårlig samarbeid med fastlegene og informasjonsflyt. Samhandlingsreformen (St. 47, 2008-2009) var med å skape enda flere problemer når det gjelder for eksempel samarbeidet mellom kommunen og sykehuset, dersom kommunen ikke tar imot pasienter dagen de blir fraskrevet sykehuset, kan den få dagbøter. Dette skaper problemer i de tilfeller sykehjemmene ikke har kapasitet til å ta imot flere pasienter. Ventetid og køer for å få plass på sykehjem er et velkjent fenomen. I tillegg til at pasienten ikke får det den har rett til, opphold på sykehjem, skaper dette ofte belastning hos pårørende. Avvik i legemiddelhåndtering er et annet stor utfordring på sykehjem. Dette kommer ofte av underbemanning, lite kompetanse eller tidspress.

Dette er det perspektivet jeg har møtt på sykehjem, og det blir spennende for meg å høre på lederens perspektiv på organisering av sykehjemstjenesten. Jeg forventer å finne utfordringer knyttet organisering, bemanning og økonomi. Jeg oppfatter det slik at sykehjemmene følger en hierarkisk målstyring.

### **3.5 Transkribering**

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd. Informantene var informert og samtykket om dette. Transkribering ble gjort ut ifra lydopptakene, og det var jeg som utførte denne oppgaven. Grunne til det var for å få mest presis som mulig data ved å unngå misforståelse eller feilregistrering av data (Malterud, 2017). Transkribering ble gjort rett etter intervjuene og transkriberingen ble skrevet på bokmål. Non-verbale uttrykk ble også tatt med i transkribering. Anonymiseringsprosessen foregikk ved at informantene fikk kode istedenfor navn.

### **3.6 Systematisk tekstkondensering**

Dette studiet har en fenomenologisk forankring. Fenomenologi handler om å forstå et fenomen ut ifra subjektive erfaringer. Fenomenologisk tilnærming er spesielt adekvat når fenomenet er lite forsket på (Polit og Beck, 2012). Systematisk tekstkondensering, som skal brukes for å analysere data, er en pragmatisk metode som ikke trenger forankring i en filosofisk tilnærming. Den kan brukes til å analysere data med ulik grad

av teoretisk forankring. Analysen er induktiv og sikter på å utvikle kunnskap ut i fra subjektive erfaringer (Malterud, 2017).

I denne studien har jeg valgt å bruke systematisk tekstkondensering (STC) som Malterud (2017) har modifisert med inspirasjon fra Giorgis (1985) fenomenologisk analyse.

Analysen gjennomføres i fire trinn:

1. å få et helhetsinntrykk – hele datamaterialet ble lest etter jeg var ferdig med transkribering. I denne prosessen forsøkte jeg å legge til side min forforståelse og det teoretiske rammeverket, uten å glemme problemstillingen. Etter denne prosessen kom det fram foreløpige temaer som går igjen i data og som er relevante for studien (Malterud, 2017). Etter førsteomgangslesing oppsummerte jeg følgende temaer som fanget min oppmerksomhet:
  - a. *Ledelse,*
  - b. *Kultur*
  - c. *Kvalitet og pasientsikkerhet*
  - d. *Pasientinvolvering*
  - e. *Pårørende*
  - f. *Organisering*
  - g. *Offentlige dokumenter og bruk av dem.*
  - h. *Arbeid i andres hjem*
2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder. I denne fasen strukturerte jeg materialet jeg skal jobbe med videre og la resten til siden (Malterud, 2017). Temaene som kom videre i oppgaven er de som best belyser problemstilling, og de er *ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet, pasientinvolvering og offentlige dokumenter og bruk av dem.*

Eksempel på hvordan dette trinnet ble løst i praksis:

<b>Temaer</b>	<b>Kodegruppe</b>
Kvalitet og pasientsikkerhet Involvering Pasienter	Involvering av pasienter er vanskelig og er ikke systematisert.
Føringer, Lovverk, Pålegg fra kommunen	Offentlige dokumenter kan ofte være demotiverende i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

### 3. Kondensering – fra kode til meningsenheter

I dette trinnet abstraherer vi informasjonen vi har sortert i trinn to, ved å identifisere og kode meningsbare enheter (Malterud, 2017). Jeg brukte et av forslagene til Malterud (2017) og brukte fargekoder til å sortere kodegruppene. Det ble laget fire kodegrupper. Videre ble det laget to til tre subgrupper for hver kodegruppe. Den delen av dataen som det ikke ble inkludert i meningsbærende enhetene ble lagt til side. For hver subgruppe ble det skrevet et kondensat som er en sum av deltakerens stemme om det fenomenet som subgruppen handler om. Dette kondensatet skal være til utgangspunkt når jeg skal presentere resultatene (Malterud, 2017).

Eksempel på dette trinnet:

<b>Kodegruppe</b>	<b>Subgruppe</b>	<b>Tekst fra kondensat</b>
Lederens rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	Forankring av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i ledelsen er viktig	Du kan krysse av på skjema ditt vi har gjort, vi har gjort, vi har gjort. Men det blir ikke kvalitet av det. Så kommer det



		<p>an på hva du gjør det til, om du har tro på kvalitetsarbeid, om det har noe hensikt. Tror du, mener du at dine brukere skal ha det beste tilbudet eller er det bare godt nok. Det er mitt ansvar å sikre at pasientene er i trygge hender. Jeg tror at for det første må kvalitet og sikkerhetsarbeid være ledelsesforankret, det er uhyre viktig</p>
<p>Involvering av pasienter er vanskelig og tilfeldig</p>	<p>Uformell involvering mer enn systematisk involvering</p> <p>Hvem skal bestemme, pasienten eller pårørende?</p>	<p>Altså på sånn høyt nivå så involveres de ikke så mye. Men sånn enkeltvis så hører vi på dem. Jeg kommer ikke på eksempel det pasienten er involvert i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, men det er jo mer sånn tilbakemelding. De gir mye tilbakemeldinger på maten. Hvis du tenker involvering i forhold til leggetid eller spisetid, blir de selvfølgelig involvert.</p> <p>Så blir vi jo ofte uenig med pårørende. De synes ofte at mor skal stå opp klokka åtte, og ikke ligge å dra seg på. Hun</p>

		skal hvert fall ikke nekte å bli med på noe som hun får tilbud om, fordi hun skal være med. Vi er jo forpliktet til å høre på pasienten, hvis pasienten har samtykkekompetanse.
--	--	---

Hver subgruppe ble avsluttet med et gullsitat som illustrerer kondensatet på best mulig måte (Malterud, 2017). Eksempel på det:

*«Det er uhyre viktig at kvalitetsarbeidet er ledelsesforankret. En kjøkkensjef ville aldri kunne nå fram i diskusjon om kvalitet eller sette premisser for samarbeid hvis ikke øverste leder er med».*

*«Vi kan ikke heve oss opp i helikopter synet eller perspektivet så vi trenger føringer, vi trenger gode statlige føringer som sier at nå skal vi passe oss for hvordan vi medisinerer pasienten».*

#### 4. Syntese – fra kondensering til resultater

I dette trinnet ble bitene satt sammen – re-kontekstualisert. Forskeren skal sammenfatte funn i form av fortolkende synteser som grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre. Arbeidet i dette trinnet danner grunnlag for presentasjon av resultatene (Malterud, 2017). I denne prosessen har jeg brukt mye tid på sammenfatning av teksten for å være lojal i forhold til deltakerens stemme og for å gi leseren innsikt og tillit. Det ble laget resultat kategorier, hovedkategorier og underkategorier, som har sine røtter i de opprinnelig tema og kodene (Malterud, 2017).

Eksempel på hovedkategorier og underkategorier:

Hovedkategori	Underkategori
Offentlige dokumenter og hvilken effekt har de i det daglige arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	Offentlige dokumenter som kommer i form av direktiver kan minske motivasjonen til å jobbe med kvalitet og pasientsikkerhet

### 3.8 Forskningsetiske overveielser

Formålet til lov om medisinsk og helseforskning er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Disse kravene har jeg forholdt meg under alle ledd i denne oppgaven.

I 2018 ble personversopplysningsloven endret i Norge og den legger stor vekt på behandling av personopplysninger. Den skal verne personopplysninger lagret i elektroniske dataregistre mot tilfeldig eller ikke-autorisert ødeleggelse eller tilfeldig tap så vel som mot ikke-autorisert adgang, forandring eller spredning. Siden intervjuene med informantene ble tatt opp på bånd, var jeg opptatt på at dette skulle være låst, og utilgjengelig for uvedkommende. Under transkribering ble alle informanter anonymisert og identifisert med kode istedenfor navn. Bakgrunnsopplysninger ble fjernet fra de endelige resultatene og det var ikke mulig å knytte informanten til et utsagn. Etter transkribering ble lydopptaket slettet.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD, ID 168117) som fant prosjektet til å være i samsvar med personvernlovgivningen.

## 4.0 Resultat

I dette kapitlet av oppgaven vil resultater blir presentert. Kapitlet er inndelt i underkapitler som tar for seg de viktigste funnene.

### 4.1 Presentasjon av resultater

#### *Ledere er bevist over sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet*

Informantene var veldig bevist over rollen sin i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Denne bevisstheten kommer til syne ved at de jobber med det aktivt. Alle informantene så på kvalitet og pasientsikkerhet som et av deres hovedansvarsområde. Informantene beskrev at det er lederens ansvar å sørge for at kvaliteten er enhver tid er tilstrekkelig og forsvarlig. Flere deltakere uttrykte sin ambisjon om at kvaliteten på tjenestene som beboerne får, skal være lang over et minimum, at det skal gis et veldig godt tilbud. Deltakerne mente at det var viktig at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er forankret i ledelsen. Det er det eneste måten å kunne skape diskusjoner og sette den på agendaen og skal det bli kvalitet og mer enn det som vil falle under medisinske plikten, så er det helt avgjørende at øverste leder er med, og lederne i alle ledd. Det er lederen som setter premisser for hvordan det skal jobbes. Deltakerne sa at en må ha tro på det en holder på med, fordi hvis du ikke har tro på det, uansett hvor mye en krysser av på skjemaer at du har jobbet med kvalitet og pasientsikkerhet, vil det ikke vises i praksis. I den troen la informantene det å jobbe mot tjenester som er trygge og ikke bare godt nok. Informantene var beviste over makt og avmakt forholdet mellom dem og pasientene. De fortalte viktigheten med å være bevist over denne maktposisjonen og bruke makt for å sikre gode tjenester til pasienter som ikke kan kreve det selv.

*«Det er uhyre viktig at kvalitetsarbeidet er ledelsesforankret. En kjøkkensjef ville aldri kunne nå fram i diskusjon om kvalitet eller sette premisser for samarbeid hvis ikke øverste leder er med» NN.*

Informantene påstod at kvalitet og pasientsikkerhet har vært mye i fokus. Dette på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og diverse målinger som viste til at tjenestene ikke var gode nok. Et av sykehjemmene hadde gått gjennom en omorganiseringsprosess for å forbedre kvaliteten på tjenestene, og sikre best mulig bruk av kunnskapen på arbeidsplassen. Informantene beskrev flere prosjekter sykehjemmene var med på for å sikre god kvalitet på tjenestene. Flere av disse prosjektene gikk på område som omfanget pasientsikkerhet slik som, legemiddelsikringsprogram, pasientsikkerhetsprogram, fallforebygging, behandling av personligopplysninger m.m. Deltakerne beskrev at grunnen sykehjemmene deltar på så mange prosjekter er fordi det har vært behov for utvikling og læring for å kunne forbedre organisering av tjenesten. Deltakerne snakket om målinger og stort tall på avvik, spesielt på fall og legemiddelhåndtering. Flere av deltakerne beskrev at pasientsikkerhetsprogrammet hadde vært et godt hjelpemiddel i forbedringsarbeidet. Informantene fortalte at sykehjemmene hadde kvalitetstavle og kvalitetsutvalg. På kvalitetstavlet ble det hver måned presentert et område inne kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid som skulle være i fokus i løpet av den måneden. Kvalitetsutvalget bestod av leder, sykepleiere og leger og den samlet en gang i måneden for å diskutere kvaliteten på tjenestene, avvik og snakke om forbedringsarbeid. Et av sykehjemmene hadde en nedskrevet kvalitetsstrategi der de la mye vekt på utvikling av kompetanse innenfor kvalitet og pasientsikkerhet. En av informantene sa at hun ikke forstod hva intervjueren mente med kvalitetsstrategi. En kan oppsummere dette ved å si at de fleste sykehjem som deltok i studien har ikke en formalisert kvalitetsstrategi som lederne (eller ansatte skal jobbe etter). Det arbeidet er integrert i arbeidet som gjøres i forskjellige områder, fallforebygging, legemiddelhåndtering.

*«Når det gjelder kvalitetsstrategi så har vi ikke en formulering som sier at alle skal være fornøyde eller at vi skal ha så høye rating på brukerundersøkelse, men selv om den ikke er nedfelt skriftlig så har vi en kvalitetsstrategi» NN*

Informantene la veldig mye vekt på fagkunnskap som et viktig middel for å få til god kvalitet og sikre pasientsikkerhet. De beskrev at de legger til rette for at arbeidstakerne kunne ta videreutdanning. I det daglige arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet var

målet å lære de med minst kunnskap, altså jo mer de kan jo sikrere blir arbeidet og jo bedre kvaliteten tvers gjennom. Informantene fortalte at de ikke får tak å nok sykepleiere eller fagfolk og det påvirker hvordan tjenesten blir levert til pasientene. Mangel på sykepleiere var en problematikk på alle sykehjemmene som deltok i denne studien.

Informantene mente at lederen skal være i miljøet, bli kjent med pasientene, pårørende og ansatte. Flere av informantene fortalte at de var med på morgenrapport for å få oversikt over hvordan det jobbes på avdelingene, hva det fokuseres på og hvilke behov har avdelingen. Informantene mente at det var synd at de ikke hadde flere arenaer de kunne snakke til hele personalgruppen. På disse morgenmøter er det begrenset på hvor mye tid en kan bruke på store diskusjoner og avdelingsmøtene er begrenset til få antall personer. Informantene beskrev at det var de, lederen som initierer diskusjoner om kvalitet og pasientsikkerhet, men alle har muligheten til å komme med innspill fra faglig perspektiv eller fra praksis. Flere av informantene la vekt på begrepet nærhet, i sin rolle. Å være der for pasienten, det at pasienten vet hvem lederen er og har muligheten til å banke på døren på kontoret for å snakke hvis en føler behov for det.

*«Jeg som leder er mye med pasientene ... Personalet tenker ofte at jeg jobber for lite fordi jeg sitter og snakker med pasienten ... men jeg utøver både faget mitt og ikke minst som leder, fordi det er på denne måten jeg vet hvordan vi har det i mye større grad enn hvis jeg bare sitter på kontoret og lager planer» NN.*

Åpenhet for diskusjoner var viktig for å skape god kommunikasjon mellom alle ledd på sykehjemmet. Informantene mente at var viktig at alle blir hørt, og at det skal vært en kontinuerlig kommunikasjon mellom leder og de som jobber i miljøet. Det var sentralt at alle ansatte forstod sykehjemmet holder på med, hva den ønsker å oppnå og kunne komme med tilbakemeldinger. For å sikre det ble det lagt vekt på samarbeid mellom leder og de som jobber i miljøet. Informantene fortalte at de oppfordrer ansatte til å skrive avvik og melde fra om feil. Den beste måten å gjøre det var å ufarliggjøre det å skrive avvik, forsikre ansatte at en er ikke ute etter å ta folk, men at en ønsker heller å lære av feil.

*«...vi skriver ikke avvik for å være slemme med hverandre, vi skriver avvik for at vi skal lære av det» NN.*

### ***Involvering av beboerne i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er vanskelig og tilfeldig***

Deltakerne beskrev at de har et godt samarbeide med beboerne. Beboerne kjenner til de som har en lederrolle på avdelingen og kan til enhver tid gå i dialog med dem.

Informantene beskrev at de hadde vært vanskelig å få til det formelle, systematiske samarbeidet med pasientene. Det var kun et sykehjem, av de involverte i studien, som hadde brukerråd per i dag, og der satt det to pårørende. Informantene fortalte at de hadde invitert pasientene flere ganger til å være med på brukerråd, men de ønsket ikke det.

Informantene sa at de har hatt brukerråd før, men den har ikke fungert til den funksjonen den skal. De beskrev at pasientene blir opptatte av sine egne problemer uten å kunne se på det store bildet. En av informantene fortalte at når de hadde brukerråd så snakket pasientene mye om mat. Den var også bevist over at en av årsakene til at pasientene ikke ønsker å være med, kan være mangel på informasjon over hva dette handler om, eller at pasienten ikke helt forstår hva det handler om.

En annen grunn som gjorde det vanskelig med brukerråd, slik informantene beskrev det, var kontinuitet. De sa at det var vanskelig å sikre kontinuitet fordi pasientene er syke, eller døde til neste gang en skal ha møte.

Informantene beskrev at de snakket med pasientene enkeltvis, men at de ikke har vært involvert i arbeidet med kvalitet. Tilbakemeldingene pasientene kommer med tas med videre i diskusjoner dersom de vurderes som viktige. En av informantene fortalte at det er primærkontaktene som vanligvis bringer budskapet til pasienten i diskusjonsmøter.

Pasientene ble involvert på områder som spisetid, leggetid eller andre praktiske områder. Men de ble ikke involvert når en skulle lage pleieplanen til pasienten.

Informantene så på viktigheten av å involvere pasientene i denne prosessen, men innrømte at de ikke var i gang med en slik praksis. En av informantene presiserte hvor viktig det var at fagpersonell tørr å legge sin faglige, boklig forståelse til side i

diskusjon med pasientene fordi ofte så stemmer ikke denne med pasientenes sine ønsker.

Alle informantene var bevist over at pasienten skal være aktiv involverte i egen behandling og bedring av tjenester. Hjelpemiddelet som ble brukt for å oppnå det målet var da brukersamtalene som alle sykehjem hadde en til to ganger i året. Pårørende var også involverte i disse møtene.

*«Det er mer den dagligdagse dialogen, for noe sånn voldsomt forklaringer eller møter eller råd eller grupper har vært vanskelig å få til» NN.*

Selv om de fleste sykehjem ikke har en fungerende pasientråd, beskrev alle informantene at måten tjenesten er organisert på, setter pasienten i fokus. De samler inn informasjon om pasienten gjennom ansatte som har en daglig dialog med dem, og tar den videre i betraktning. Informantene beskrev at kvalitetsprogrammet slik den organisert i dag, krever at pasienten tilpasser seg innenfor de rammene som er satt, men at de jobber for å få til det motsatte, at tjenestene tilpasses pasienten. Flere informanter beskrev at de hadde som mål å endre synet på hvordan sykehjem oppfattes i dag, *stakkars de pasientene som bor der*. De oppfordret ansatte til å tenke på at de jobber på hjemmet til pasientene, og pasientene bor ikke på vår arbeidsplass.

I den involveringsprosessen spiller pårørende en stor rolle. Informantene beskrev at pårørende i dag er veldig engasjerte og involverte og at det brukes mye tid og ressurser på dem. De stiller spørsmål til tjenesten og kommer med tilbakemeldinger. Ofte opplevdes det samarbeidet vanskelig fordi pårørendes ønsker havnet i konflikt med pasientenes sine ønsker. Pårørende er ofte med på brukersamtale og for informantene var det viktig at samtalen var rettet mot pasienten.

*«Vi har pårørende med på brukersamtale men vi prøver å ikke gå over hodet på pasienten, selv om av og til kan det oppstå konflikt» NN*



***Føringer og offentlige dokumenter kan være gode hjelpemidler, men kan også skape frustrasjon i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet***

Offentlige dokumenter og føringer ligger til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem, fortalte alle deltakerne. De opplevdes til å være gode hjelpemidler som setter premisser for utviklings- eller forbedringsarbeid. En av informantene forklarte at det positive med slike føringer er at de sikrer lik organiseringer på alle sykehjem, slik at pasienten vet hvordan et sykehjem er organisert uansett hvor en er bosatt. De sikrer at alle sykehjem jobber med kvalitet og må vise til resultater. Samtidig så tvinger de lederne til å ta fram diskusjonen om kvalitet og pasientsikkerhet og gjøre noe med det. Flere informanter som fortalte at de brukte føringer når de skulle lage tiltaksplaner på sykehjem. Informantene understrekte viktigheten at disse føringer blir gitt i fagtilitt.

*«Vi kan ikke heve oss selv opp i helikopterutsikt eller perspektivet så vi trenger føringer, vi trenger gode statlige føringer som sier at nå skal vi passe oss for hvordan vi mediserer pasienten» NN.*

Måten offentlige føringer ble gitt ut var betydningsfull for hvordan det ble arbeidet med dem. Alle informantene beskrev at dersom disse blir gitt i form av direktiver så mistet en motivasjon til å sette de i verk. Informantene beskrev at sykehjemmene burde ha en vis bestemmelsesrett og at de kan ta beslutninger som ikke går på å ødelegge kvaliteten på tjenesten. Dette på bakgrunn at de som jobber på sykehjem er ansatte med fagkompetanse som i tillegg har daglig kontakt med pasientene. De beskrev et eksempel der kommunen hadde vedtatt det å flytte middagstidspunktet. Informantene mente at de kunne selv i samarbeid med pasientene bestemme når de skulle servere mat, så lenge kvaliteten med maten var fortsatt god og pasientene var fornøyde. Slike beslutninger mente informantene at de kunne ta internt, med utgangspunkt i pasientgruppen, uten at kommunen hadde noe å si. En av informantene sa at slike praktiske diskusjoner tas når de dukker opp og at de *venter ikke på et politisk vedtak.*

Informantene fortalte at de har blitt pålagt mange føringer i det siste, og det gjør det vanskelig å holde oversikt over alt. Samtidig blir det vanskelig å sette de i verk fordi sykehjemmene får ikke økonomiske midler til å jobbe aktivt med de i miljøet.

Informantene mente at disse offentlige føringer gis ofte ut i mistillit til systemet. I mange tilfeller så skal det sendes inn masse skjemaer som bevis på at det er blitt jobbet med det område. Informantene fortalte at det opplevdes demotiverende og at de kunne sitt på kontoret o krysse av på skjemaer uten at det har en nytteverdi for pasienten.

*«Jo mer firkantede og mer dirigerende de føringene er, jo mer irriterende, demotiverende er det å jobbe med det» NN*

## **5.0 Diskusjon**

I dette kapittelet blir det diskutert de metodologiske betraktninger og studiens hovedfunn. Diskusjon av funn blir strukturert slik de er presentert i resultatkapittelet.

### **5.1 Metodologiske betraktninger**

Metodologien som er brukt i denne forskningen tar utgangspunkt i Malterud (2017). Malterud (2017:17) definer forskning ved å skrive at *«den handler om en systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet der funnene på en eller annen måte gir ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger»*. Med utgangspunkt i denne definisjonen begrepene som skal tas i betraktning i denne diskusjonen er refleksivitet, intern og ekstern validitet. Disse begrepene gjør forskeren oppmerksom på de vurderingene som må gjøres for å sikre at forskning tilfører ny kunnskap og har overførbarhets verdi.

#### **5.1.1 Refleksivitet**

Refleksivitet er en holdning og posisjon forskeren tar. Den handler om at forskeren ikke skal ta ting og tilstand for gitt, men skal ha et åpent sinn med plass for tvil og ettertanker. Åpenheten er viktig hvis forskning skal bringe frem noe annet enn det som

allerede er kjent. For å åpne dette, må forskeren kunne forstå egen rolle og kunne klargjøre sin forforståelse for leseren (Malterud, 2017).

Malterud (2017) påpeker at forskeren må være klar til å forkaste resultater og konklusjoner som en i utgangspunkt hadde. Åpenhet har vært en viktig del i arbeidet med denne oppgaven, både åpenhet for å endre problemstilling og åpent sinn i forhold til resultater. Som følge av empirien jeg fikk inn, måtte problemstillingen og forskningsspørsmål justeres. Resultatene påpekte på andre problemstillinger og temaer enn det jeg hadde tenkt. Eksempel på det var det med at offentlige dokumenter kan være demotiverende og forstyrrende i det daglige arbeidet. Begrepene som ble brukt i intervjuguiden var kjente for mesteparten av informantene, men noen av spørsmålene gikk på hverandre noe som førte til repetisjon. Dette ble rettet opp i etter første intervju. Når jeg ser på intervjuguiden i dag, så ser jeg at noen av spørsmålene kunne vært forenklet eller forkortet. På den andre siden så er studien lojal overfor deltakerens historier og fortellinger, noe Malterud (2017) mener er viktig for styrke studiens troverdighet.

Tidligere i oppgaven har jeg skrevet om min forforståelse. Jeg er klar over at den kan påvirke diskusjonen av resultatene eller måten de er blitt lagt fram. Under intervjuene forsøkte jeg å legge min rolle som helsearbeider til side, og ha på rollen som forsker. Målet med oppgaven var å forstå hvordan kvalitet og pasientsikkerhet er organisert og i hvilken grad pasienter involveres i denne prosessen. Målet var ikke å vurdere arbeidet som gjøres på disse sykehjemmene. Ved å stille med åpent sinn under intervjuene, hadde jeg muligheten til å etablere en forsker – informant relasjon, noe som kan påvirke måten informantene oppfører seg under intervjuet.

### **5.1.2 Validitet**

*«Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser»* (Malterud, 2017:192). Forskeren må kunne være kritisk til eget arbeid og stille spørsmål om metodebruk, og hva forskning sier noe om. Det er viktig å understreke at ingen kunnskap er så allmenngyldig at den gjelder under alle omstendigheter. Forskeren kan utvikle beskrivelse og fortolkninger av fenomenene en skal undersøke og mange versjoner er tilgjengelige. I denne prosessen skal validering

avklare muligheter og begrensninger, relevans og konsistens for den versjoner en bruker i studien (Malterud, 2017).

Malterud (2017) gjør oss oppmerksom på at det finnes to typer av validitet: intern validitet (hva det er sant om) og ekstern validitet (overførbarhet).

### **5.1.3 Intern validitet**

Intern validitet dreier seg om relevans. Har vi brukt det relevante spørsmål og relevant metode for å studere fenomenet vi ser på (Malterud, 2017). Målet med denne studien er å forstå ledernes erfaringer med kvalitet og pasientsikkerhet og brukerinvolvering. Derfor vurderer jeg at bruk av kvalitativ metode og individuelt intervju som relevant til å oppnå målet. Det ble intervjuet seks informanter, og det ble empirien ble vurdert som holdbar for å kunne gå videre med studien. Malterud (2017) skriver om informasjonsstyrke som en viktig faktor som har betydning i hvor mange informanter en inkluderer i studien. Denne informasjons styrke er avhenging av: målet med studien (spesifikk eller generell), hvor spesifikt utvalget er (tett eller begrenset), bruk av teoretisk rammeverk (anvendt eller ikke), kvaliteten på data (sterk eller svak), analyse (case eller cross case) (Malterud, 2016).

Denne studien hadde konkrete og spesifikke problemstilling og forskningsspørsmål. Disse var innbakt i intervjuguiden som ble brukt til å samle empiri. Spørsmål om hvordan kvalitet og pasientsikkerhet er organisert på et sykehjem, kan være et stort spørsmål siden disse begrepene er store og inkluderer en rekke faktorer i definisjonene. Derfor ble det stilt oppfølgingsspørsmål, til å fange opp det som kunne blitt utelatt. Spørsmål om hvordan offentlige dokumenter anvendes i praksis, er stor men samtidig spesifikk nok til å få et svar som ikke dreier seg om en bestemt lov eller føring. Spørsmålet om brukerinvolvering dreier seg spesifikt om pasientinvolvering i lys av kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er presisert før i oppgaven, og ble presisert til informantene også. Utvalget bestod av informanter måtte utfylle inklusjonskriteriene som satt i startfasen. Det var strategisk utvalg, men de hadde det empirien som krevdes til å skrive denne studien. Teoretisk rammeverk ble brukt aktiv i denne oppgaven, fra utforming av intervjuguiden til drøfting av resultater. Informantene hadde kjennskap til fenomenene, de var klar over utfordringene i det daglige arbeidet. Dette er med å styrke

kvaliteten på data, ved at data ikke er antakelse men erfaringer. Variasjon i alder og utdanningsbakgrunn sees som faktorer som styrker data. Studien er en kvalitativ studie med tverrgående analyse STU (Malterud, 2017). Studien har undersøkt erfaringer av ledere på sykehjem i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og pasientinvolvering i denne prosessen. Informantene var åpne om hvordan det arbeidet var organisert og i hvilken grad er pasientene involvert i denne organiseringen. Det er få studier som går på det tema. Alle disse faktorene er med å styrke studien, gir den relevans og gjør den aktuell i forskningsverden.

Fem forskjellige sykehjem var inkludert i denne studien, og seks ledere. Det skal tas i betraktning at det er mulighet at andre ledere fra andre sykehjem og kommuner kunne svart annerledes. Kilden til empirien påvirker hvordan resultatene kommer frem. Samtidig som det er viktig å huske at målet med en kvalitativ studie er å få fram erfaringer og opplevelse av et fenomen, og at generalisering er ikke et av trekkene til den metoden. Formålet er å belyse hvordan fenomenet oppfører seg i det daglige praksisen.

Som nevnt før kvalitet og pasientsikkerhet og pasientinvolvering med utgangspunkt i de to første begrepene, er ikke et tema som er forsket mye på, på sykehjem. Samtidig så er kvalitet og pasientsikkerhet dagsaktuelle temaer. Dette gjør denne studien relevant og aktuell. Studien bringer ny kunnskap om begrepene, kunnskap som kommer fra de som jobber daglig. Studien bringer fram utfordringer og muligheter. Et eksempel på ny kunnskap er at danning av pasientråd er vanskelig på grunn av sykdom og at pasientene som er med på rådet, kan være døde til neste møte. Dette burde tas i betraktning når sykehjemmene blir pålagt til å ha pasientråd, hvordan få til kontinuitet.

Helse faglig forskning har utviklet seg og tatt for seg de fleste temaene som angår helsevesenet, og derfor kan det oppleves om vanskelig å få egen forskning til å virke original. Samtidig som det er min oppgave som forsker å bringe inn noe nytt på tema som jeg mener at det trenges mer forskning på. Forskeren skal dra lærdom fra den eksisterende forskning, samtidig som den skal føre noe nytt med egen forskning (Malterud, 2017).

#### **5.1.4 Ekstern validitet**

Ekstern validitet dreier seg om overførbarhet. Kontekst er viktig og vi spør oss selv, til hvilke sammenhenger kan våre funn gjøres gjeldende ut over den sammenhengen vi har valgt (Malterud, 2017). Informantene involvert i denne studien er ledere som jobber på sykehjem. Kvalitet, pasientsikkerhet og pasient involvering er område som alle sykehjem skal jobbe med. En kan ikke si at funnene er allmenngyldige, men det er mulighet for overførbarhet til andre sykehjem som ikke var involvert i studien. Deltakeren var fra alderen 30 til over 50 år. Dette gir variasjon og nyanser i hvordan fenomenene oppleves i praksis. Dette er med og styrke studiens eksterne validitet.

Alle deltakerne var kvinner, selv om forespørsel ble sendt til mannlige ledere også. Dette kan påvirke resultat, samtidig som en skal være oppmerksom på at det er flertall av kvinner som jobber i helsevesenet. Hvis det var menn inkludert i studien, kunne det påvirket resultatene (Malterud, 2017).

## 5.2 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres det studiens hovedfunn. Funnene blir drøftet i lys av teori, offentlige føringer og forskning. Diskusjonen forsøker å belyse problemstilling og forskningsspørsmål:

- Hvordan er kvalitets- og sikkerhetsarbeid organisert i norsk sykehjem, og hvordan blir pasienter involvert i denne prosessen, sett ut ifra leder perspektiv?
  - Hvordan bruker ledere politiske føringer om kvalitet og pasientsikkerhet i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet i norske sykehjem?
  - Hvordan organiserer ledere arbeidet med pasientinvolvering og bruk av pasienterfaringer i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet?
  - Hvilke faktorer hemmer og fremmer pasientinvolvering og bruk av pasienterfaringer i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet?

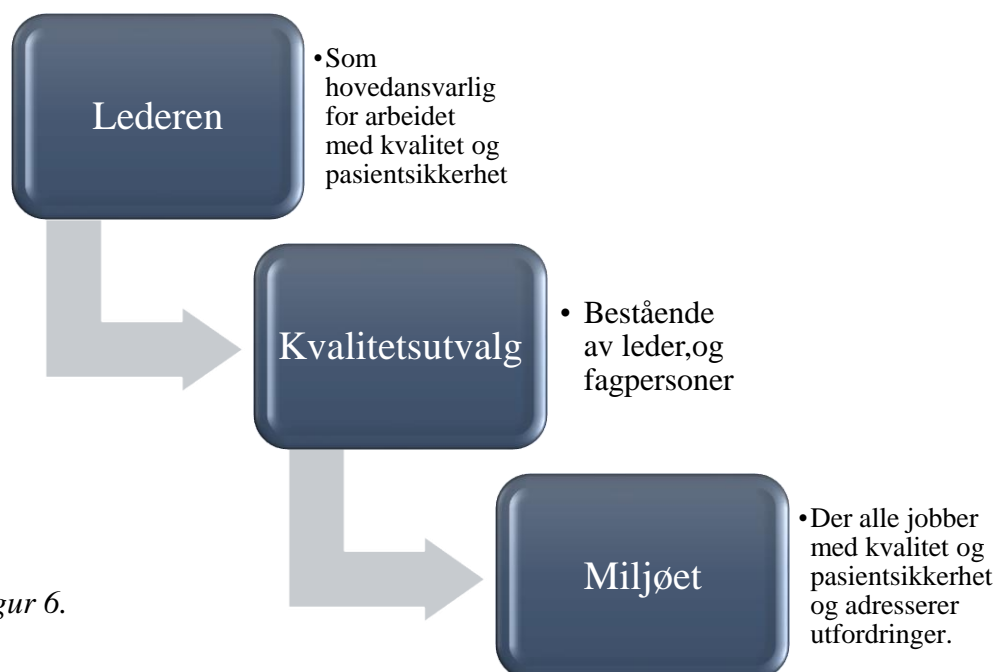
Oppsummering av de viktigste resultatene:

- Ledere er bevist sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og denne bevisstheten kommer til syne ved at de jobber aktivt med det.
- Involvering av pasienter i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er vanskelig og tilfeldig.
- Føringer og offentlige dokumenter kan være gode hjelpemidler, men kan også skape frustrasjon i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

### 5.2.1 Ledere er bevist sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Helsemyndighetene plikter ledere til å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål og oppgaver for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Funnene fra studien viser at det er kun et sykehjem som beskriver mål og oppgaver for kvalitet og sikkerhet skriftlig. Forskning anbefaler at for å unngå tvetydige problemer, eller dilemmaer, lederne nedskriver regler og skriftlig definerer roller i organisasjonen (Hynes, mfl., 2006). På denne måten vil de ansatte kunne håndtere krisesituasjoner bedre.

Funnene viste at lederne på sykehjem var bevisst sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. De uttrykte at de hadde hovedansvaret for organisering av dette arbeidet. Lederne jobbet med å bygge opp en kultur, der hvor kvalitet og pasientsikkerhet ble en del av det daglige arbeidet. Lederne understrekte viktigheten av åpenhet, tillit og informert beslutning til personalet i denne prosessen. For å kunne bygge opp en kultur som kommer til å bli akseptert av miljøet, er det viktig med informasjon og viktigheten av endringene som kommer. Denne måten å etablere en ny kultur på støttes av forskning til Kaplan og Stokes (2017). De sier at det er seks områder ledere må jobbe med for å utvikle og opprettholde sikkerhetskultur; (a) å etablere en overbevisende visjon, (b) bygge tillit, respekt og inklusjon, (c) å engasjere styret, (d) prioritere sikkerhet i prosessen av lederutvikling, (e) lede og belønne en støttende utvikling, og (f) etablere forventinger til organisasjonen. Øvretveit (2016) skriver i sin forskning at inkludering i beslutningsprosessen er essensiell for kvalitetsforbedring. Lederne var klare over at inkludering og arbeidet med ovennevnte områder var viktig i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Sykehjemmene er beviste over hvor ansvaret ligger og organisatorisk så er det ansvaret løst slikt:



Figur 6.



Alle sykehjemmene har et kvalitetsutvalg som tar opp og drøfter tema som går på kvalitet og pasientsikkerhet. Dette bidrar til at kvalitet og pasientsikkerhet er fast på agenda. Temaene genereres i miljøet eller av diverse prosjekter sykehjemmene deltar på. Sykehjemmene er opptatte at den informasjonen skal nå de som jobber i miljøet, og måten å gjøre det på er å sende ut referater fra møtene. De er beviste over at dette ikke er det mest effektive måten, men det eneste som ikke er tids- og ressurskrevende.

Bate mfl. (2008) ser på kultur som et av de seks faktorene som påvirker organisering av arbeidet med kvalitet og sikkerhet. Det å oppnå felles verdier gir organisasjonen og arbeiderne identitet. I teorikapittelet framføres de seks dimensjonene som Bate mfl. (2008) mener påvirker organisering av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, med integrerte ledelsesdimensjoner. I neste kapittelet skal jeg ta for meg de seks ulike ledelsesprosessene og hvilken betydning de har for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, ut ifra studiens funn.

#### ***5.2.1.1 Strategisk ledelse:***

Forskning viser at strategiske ledelsesprosesser er viktige i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Fokuset på sikkerhet styrkes eller svekkes av forholdet mellom ansattes tillit og engasjement til sikkerhet, og hvordan ledelsen organiserer det arbeidet (Whitener, 1997). Lederne beskriver at sykehjemmene har en god etablert ledelseslinje, og det har kommet av systematisk jobbing. De viser at de har hatt et stort fokus på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er etablert en kultur hvor arbeidet på det område sees som nødvendig, og en del av den daglige rutinen. De jobber aktivt for å bygge opp tilliten til de rundt seg på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, ved å gi medarbeiderne mulighet til å tilpasse arbeidet egen avdeling, og muligheten for å være åpne rundt utfordringer en møter i hverdagen. I Stortingsmelding nr. 13 (2016 – 2017) er det forankret at ledelsen skal ha oversikt over organisering av helsetjenesten, skal planlegge hvordan svikt kan forebygges, og hvordan kvalitet og pasientsikkerhet kan forbedres. Denne stortingsmeldingen peker på den strategiske rollen til lederen, og bestemmer hva en minimal innsats i det arbeidet skal være.

Lederne er representert i alle utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjenspeiler en bevist styring og forankring fra øverste ledd på sykehjemmet (Bergerød & Wiig, 2015).

Lederne understreker det systematiske arbeidet som er gjort så langt med utvikling (organisasjonsutvikling) og forståelse av fenomenet. Deltakelse i utviklings- og forbedringsprogrammer er en metodisk framgangsmåte for kvalitet og pasientsikkerhet og blir sett på som en del av kvalitetsstrategien på sykehjemmene. Alle sykehjemmene som var del av denne studien, deltok på flere prosjekter samtidig, som gikk på det å forbedre kvaliteten på tjenesten og sikkerhetsarbeidet. Sykehjemmene hadde også fokus på kompetanseutvikling. Målet med det er at ansatte på alle nivå skal delta i utvikling av pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og best mulig utnytting av ressurser.

For å sette kvalitet og pasientsikkerhet på agendaen kreves det at lederen bidrar til økt motivasjon, bygge opp tillit og fellesskapsfølelse. Ansatte som identifiserer seg med organisasjonen de jobber i, kan oppnå bedre effektivitet i arbeidet (Robert & Bate, 2008).

#### **5.2.1.2 Politisk ledelse:**

Ledelse kan sees som en prosess som skal påvirke arbeidet til en organisert gruppe og deres innsats i måloppnåelsen (Stogdill, 1950). For lederen er det viktig å kunne forstå hvordan den innsatsen kan påvirkes mot et felles mål (Kunzle mfl. 2008). Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er forankret i nasjonale føringer. Politisk ledelsesprosesser handler om hvordan makt håndteres, hvordan interessekonflikter løses, og hvordan skapes overbevisning om endringsbehov (Bergerød & Wiig, 2015). Lederne mener at dette er et område som krever ekstra innsats, og at lovverk ikke er den eneste løsning. Senere i oppgaven ser vi at lovverk kan noen ganger oppleves som forstyrrende og overstyrende. Ledelsesforankret arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet sees som en forutsetning for at det området skal ha nødvendig fokus. Det er ikke mulig å delta i prosjekter eller sette inn kontrollrutiner (avvik, synergi) dersom det arbeidet ikke er ledelsesforankret. Stortingsmelding nr. 13 (2016 – 2017) anser forankring i ledelse som en av faktorene som er avgjørende for å lykkes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Tillit til lederen om at pasientene står i fokus, tillit om at konflikter løses på en profesjonell måte, og tillit om at endringsprosessen skal føre til mindre byråkratiske rutiner, er grunnleggende i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet (Firth-Cozens, 2004). Lederne i studien beskriver åpenhet og tillit som to av de grunnleggende faktorene for å sikre felles praksis i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er mye som

tyder på at relasjonsorientert ledelse skaper grunnlag for holdninger til sikker praksis (Firth-Cozens, 2004; Kunzle mfl. 2008).

#### ***5.2.1.3 Verdi- og symbolbasert ledelse:***

Verdi- og symbolbasert ledelse handler om hvordan en kan bygge felles verdier og holdninger i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet (Bergerød & Wiig, 2015). Denne ledelsesmodellen er opptatt av visjon og verdier som skal inspirere til endringer og måloppnåelse (Bass, 1985; Bryman 1992). Lederne som deltok i denne studien viser at de er stolte over det arbeidet sykehjemmet gjør. De inspirerer de ansatte til å tenke på samme måte. Deltakelse i prosjekter og forbedringsprogrammer er det lederne trekker fram som et kulturbyggende tiltak.

Lederne engasjerer ansatte ved å ha konkrete mål, rolleklarhet, mulighet til faglig- og personlig utvikling. De appellerer til stolthet i yrket og resultater som viser til forbedring. Dette resulterer i at ansatte viser interesse for faget, de ønsker å sette i gang tiltak som sikrer bedre kvalitet på tjenestene, og de stiller seg positive til deltakelse i prosjekter og forbedringsprogrammer.

Ledere kan forbedre kvaliteten på arbeidsplassen ved å være oppmerksom på deres rolle og legge til rette for genuine og positive forhold til medarbeiderne. På denne måten vil medarbeiderne være mer villige til å ta tak i utfordringene, og foreslå løsninger som fører til bedre kvalitet på tjenesten (Wong mfl., 2010).

#### ***5.2.1.4 Pedagogisk ledelse***

Sykehjemmene viser til stort ønske når det gjelder utdanning og fagkompetanse, men det er ikke alltid enkelt å få det til. Lederne uttrykte sitt ønske om å ha flere sykepleiere, men det var ikke tilgang til det. Pedagogiske ledelsesprosesser er høyt prioriterte, og det er forventinger fra ledelsen til de ansatte om at de skal holde seg oppdatert (Bate mfl. 2008). McGlynn (2004) skriver i sin artikkel at det er ikke hvor mye penger du bruker som forbedrer kvaliteten, men hva en bruker disse pengene til. Dersom det investeres i fagutvikling hos ansatte vil kvaliteten forbedres, og motivasjonen hos den ansatte øke. Det at ledere og medarbeidere har kompetanse i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, er avgjørende for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019). Lederne støttet den

utvikling, og ønsket at de fleste ansatte skulle utdanne seg. Sykehjemmene satser på kompetanseutvikling.

Deltakelse i prosjekter er et annet satsingsområde. Bruk av ressurser på å få informasjon og veiledning for å forbedre kvaliteten og øke sikkerheten på sykehjemmet.

Stortingsmelding nr. 13 (2016 – 2017) ser på fagkunnskap og forskning som en viktig faktor i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

#### ***5.2.1.5 Inspirasjonsledelse:***

Inspirasjonsledelse handler om hvordan en inspirerer og motiverer organisasjonen og de ansatte i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet (Bergerød & Wiig, 2015). I ledelsesteoriene som framført i teorikapittelet legger en merke til at egenskaper som lojalitet, og evnen til å inspirere er nøkkelegenskaper hos en leder. Den karismatiske og transformativ ledelsen appellerer til disse verdiene (Yukl, 2013). Lederne i studien påpeker viktigheten av motivasjon i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. De er pådrivere og ønsker å inspirere ansatte til å være entusiastiske i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. De bekrefter at idealer er viktig for å få medarbeiderne til å jobbe mot samme mål. I forhold til kvalitet og pasientsikkerhet beskriver lederne et idealistisk mål, ofte uskrevet. Inspirasjonsprosesser er viktige for hvordan de ansatte opplever ledelsesambisjoner for organisasjonen (Bate mfl. 2008; Irgens 2007). Positive utfall på kvalitetsmålinger og erkjennelse, til de ansatte og arbeidet deres, for de oppnåelsene var viktig inspirasjonsmidler lederne i denne studien brukte.

#### ***5.2.1.6 Teknologisk ledelse:***

Den handler om hvordan infrastrukturen på organisasjonen bidrar til å møte teknologiske utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet (Bergerød & Wiig, 2015). Lederne forteller at bruk av teknologisk utstyr av medarbeiderne er mest knyttet til rapportering. Når det gjelder utvikling i forhold til utstyr som forenkler arbeidet, blir disse vurdert i forhold til behovet og kostnaden. Overgangen mellom institusjoner ble beskrevet som tilfredsstillende og den teknologiske infrastrukturen bidrar til dette. Mulighet til å kommunisere med sykehuset gjennom mail, overgangsrapporter som var utfyllende, var viktige faktorer for å sikre kvalitet og bevare sikkerheten. Funnet i denne studien forteller at rapporteringskulturen med tanke på avvik er forbedret betraktelig.

Sykehjemmene har hatt fokus på det området lenge og har brukt store ressurser for å sikre det. De ser dette som en viktig del av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det arbeides med at teknologiske systemer som brukes i helsevesen skal kunne understøtte arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Målet er å utvikle relevante, målbare indikatorer som gir nyttig informasjon om pasientsikkerhet, særlig på kommunalt nivå (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019).

Bruk av Bate mfl. (2008) er et godt utgangspunkt når en skal skrive en studie om organisering av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Den gir både forskeren og leseren muligheten til å reflektere over de seks utfordringene. Utfordringene gir en oversiktlig oppsummering over hvordan organisasjonen fungerer, hvordan konteksten og andre ytre og indre faktorer påvirker arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Denne modellen var et tydelig redskap for meg, for å oppsummere de viktigste funnene som gikk på hvordan arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet var organisert på sykehjemmene. Kvalitet og pasientsikkerhet er et av hovedområdene som det jobbes med på sykehjem. Lederne har satt temaet på agendaen, og jobber målrettet for å gi beboerne et godt og sikkert tilbud. Kvalitet og sikkerhetsarbeidet i helsetjenesten er et lederansvar (Storm mfl. 2009; Wiig mfl. 2014), og funn tyder på at lederne er bevisst det ansvaret.

For å svare på forskningsspørsmålet om hvordan ledere på sykehjem organiserer arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, kan en si at det er på dagsorden. Lederne har fokus på arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Sykehjemmene har kvalitetsutvalg som tar for seg tema som angår kvalitetsforbedring og sikkerhet. De har blitt med på flere prosjekter og forbedringsprogrammer for å oppnå bedre kvalitet på sykehjemmene.

### **5.2.2 Involvering av pasienter i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er vanskelig og tilfeldig**

Funn i studien tyder på liten grad av pasientinvolvering på systemnivå på sykehjem. Pasienter får muligheten til å delta i beslutning ved dagligdagse hendelser (når de vil

legge seg, når de skal stå opp o.l), men de er i mindre grad inkludert i beslutningsorganer. Det var kun et av sykehjemmene som hadde pasientrepresentants gruppe, og der var det pårørende som satt, ingen pasient. Det ble forklart med at beboerne ikke er i stand til å snakke om større saker enn det som omgår de, eller at det er vanskelig å sikre kontinuitet i gruppen på grunn av dårlig helse hos pasienter. Liang mfl. (2018) gjennomførte en litteraturstudie om pasientinvolvering på sykehus, og identifiserte felles barrierer som hindret pasientinvolvering. Disse barrierene er noe av de samme som lederne fra denne studien har nevnt, negative tanker rundt beboerens evne til å være beslutningsaktør i store saker, usikkerhet på hvordan en skal løse konflikter mellom beboerens ønsker, og styrets prioriteringer, eller dysfunksjonelt maktforhold. Lederne beskriver at beboerne er opptatt av «for små saker» slik som mat eller saus. Det er viktig å huske at det er det som utgjør en del av livskvaliteten hos de eldre. Det er viktig at sykehjemmene får ressurser som gjør det mulig for dem å sikre pasientinvolvering i den grad pasientene ønsker.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) understreker at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og at medvirkningsformen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Med andre ord medvirkningsretten er forankret i lovverket og tjenesteyteren plikter til å jobbe mot det å sikre den retten. Lederne var bevisste over at pasientinvolvering var en av utfordringene med tilbudet de ga, og at de kunne gjøre mer enn det å fortelle at det ikke er mulig. Christensen og Fluge (2016) skriver at ettersom pasientinvolvering grunnleggende handler om forholdet mellom individet og Staten, vil de ulike diskursene som har dominert eldreomsorgspolitikken peke på ulike forskyvninger om hvorvidt involvering konstrueres på individ- eller systemnivå. Selv om ideen om «demokrati på aldershjem» dreier seg om et relativt lavt systemnivå, så skal de eldre kunne gis muligheten for systeminnflytelse (Christensen og Fluge, 2016; Kjellevold 2006). Det å forankre pasientinvolvering på systemnivå bidrar til at pasientinvolvering fungerer, og at en viser at en mener å gi pasienten makt (Andreassen, 2005).

Funnene i studien antyder at lederne på sykehjem ikke har en systematisert måte å jobbe med pasientinvolvering, i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet. Det arbeidet er mer tilfeldig og fragmentert. Det er lederens oppgave å sette det temaet på dagsorden, og se det som en viktig faktor i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Storm mfl. (2009)

skriver i sin studie at pasientinvolvering må systematiseres, og forholdes til på en måte som tilfredsstillende nasjonale føringer. En forklaring på manglende systematisert involvering kan være at kravene for pasientinvolvering ikke er klare for alle lederne (Rosenqvist, 2014). Stortingsmelding nr. 15 (2017 – 2018) presiserer at Norge har gode føringer, men som tas i bruk tilfeldig av forskjellige kommuner. Derfor er det mulig å fastslå, at det som helsetjenesten trenger nå, er ikke føringer som påpeker de samme utfordringene (slik det er blitt gjort), men det kreves løsninger og midler på hvordan en skal ta i bruk disse føringene. Funn viser at lederne deltar på forskjellige programmer og forbedringsprosjekter, men ofte stanser arbeidet hos lederne. Det er vanskelig å sikre informasjonsflyt hvis ikke den informasjonen forankres i praksisen. Derfor er det viktig at opplæringsprogrammer i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er tilpasset både medarbeiderne og ledere (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019). Sykehjemmene er store, travle organisasjoner og overflødig informasjon kan skape kaos. I dette tilfellet er det opp til hver leder til å bestemme hvilke områder det skal jobbes med. Kvalitet og pasientsikkerhet har vært et av de områdene som er mest omtalt i fagmiljøet og den offentlige helsediskusjonen. Og har derfor blitt et av hoved satsingsområder på sykehjemmene.

Helsemyndighetene har forventinger i forhold til pasientinvolvering i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Stortingsmelding nr. 26 (2014- 2015) og nr. 29 (2012 – 2013) beskriver det at det forventes at tjenesteyterne skal systematisere innhenting av pasienterfaringer. Funnene fra studien viste at sykehjemmene er på banen når det gjelder innhenting av opplysninger på en systematisk måte, ved innleggelse. Det er viktig å understreke at denne studien ikke ser på pasientinvolvering som et fenomen i seg selv, men på pasientinvolvering i forbindelse med kvalitet og sikkerhetsarbeid. Intervjuguiden var også bygget opp på en slik forståelse. Derfor var det Tritter (2009) sin teoretiske forklaring av pasientinvolvering som ble brukt som teoretisk rammeverk. Tritter (2009) ser på pasientinvolvering som et rammeverk, i motsetning til andre forskere som beskriver det som et mål. Jeg mener at pasientinvolvering skal være et rammeverk som helsetjenesten skal organiseres etter, dette fordi det er pasienten som skal motta den tjenesten. Tritter (2009) beskriver fem typer involvering basert på tre dimensjoner (dette er framført under teorikapittelet). Ut ifra studiens funn kan en konkludere med at på sykehjem, møter en to typer involvering; direkte reaktiv

individuell involvering i forhold til behandling, og indirekte reaktiv individuell involvering i forhold til tjenesteutvikling. Det var kun et tilfelle der en informant beskrev en sak der en kunne identifisere direkte proaktiv kollektiv involvering. Dette var en av de fortellingene som ble fortalt med stolthet, og som førte til at endringer på sykehjemmet og igjen til tilfredshet hos alle parter.

Som nevnt den type involvering som ble beskrevet av informantene, var sporadisk involvering på områder som omgår pasienten direkte. Thompson (2007) rangerer pasientinvolvering i fem nivå: (0) ekskludering av pasienten, (1) gi pasienten «nok» informasjon, (2) konsultasjon, (3) inkorporere pasientens mening i beslutninger, (4) selvbestemmelse. Funnene tyder på at pasientinvolvering på sykehjem befinner seg i nivå (2). Lederne beskriver at de som står nærmest pasienten (ansatte i miljøet), hører på pasienten, og tar deres bekymringer videre. Dette blir en form for konsultasjon, der en tredjepart skal tale for saken til pasienten. Dette er lang ifra involvering som forventes av helsemyndighetene, eller som forskning anser som reell involvering. Pasientinvolvering er en relasjon hvor møtet mellom partene er preget av dialog og samarbeid i beslutningsprosessene (Helge & Foss, 2009). Denne typen involvering som beskrevet ovenfor, er verken et møte eller en dialog. Den ene parten er ikke direkte involvert, men blir representert av en tredjepart.

Offentlige føringer forsøker å regulere en stor del av helsetjenesten ved å komme med klare direktiver, mål, tiltak og forslag til forbedring. Pasientinvolvering er at av de områdene som erkjennes til å være utfordrende å oppnå, men som ikke følges av tiltak. Den blir omtalt som; «brukerinvolvering står sentralt», «pasienter skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak» eller «det er pasientens helsetjeneste» (St. melding nr. 13 (2016 – 2017), nr. 10 (2012 – 2013), nr. 11 (2014 – 2015)), samtidig som resultater viser at pasientinvolvering er at av hovedutfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Virksomheten må utvikle egne strategier for hvordan en tar i bruk erfaringer fra pasienter, og hvordan aktivt involvere dem i forbedringsarbeidet (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019). Praksisen viser at virksomhetene ikke har utviklet strategier til dette, og derfor burde kanskje

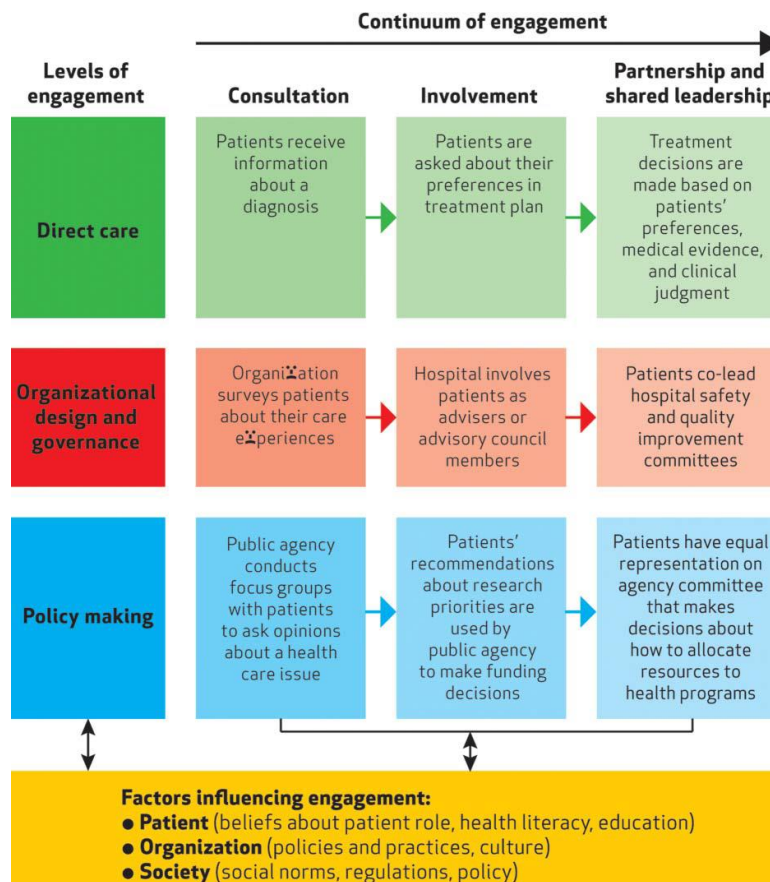


helsemyndighetene komme med forslag til tiltak for hvordan pasientinvolvering skal bli en integrert del av virksomhetene.

Ledelsen er den som har overordnet ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet og skal sørge for at erfaringer fra pasienter blir innhentet og tas i bruk (Wiig mfl., 2014; Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten 2017). I kravet fra helsemyndighetene ligger det at lederne er ansvarlige for å innhente informasjon om hvordan pasienter opplever tilbudet, hva de mener bør forbedres og de skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet (Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten 2017). Funnene viste at beboerne ikke blir involvert på en slik måte. De er ikke en aktiv del av forbedringsarbeidet, fordi de er ikke representert i organene som har beslutningsmakt (kvalitetsutvalg møter, virksomhetsmøter). Pasienterfaringer hentes på en sporadisk måte av de medarbeiderne som jobber tett med beboerne. Det er lederens ansvar å jobbe videre med dette. Det er lederne som burde identifisere utfordringene som står i veien for pasientinvolvering, og stille krav til helsemyndighetene til å jobbe mer aktivt med dette.

Funnene antyder at beboerne ikke ønsker å være med, men hva om de har det vanskelig med å forstå hva alle møter, begreper og problemområder som tas opp på et virksomhetsmøte? I pasient-og brukerrettighetsloven (1999) er det skrevet at medvirkning skal tilpasses funksjonsnivået til den enkelte. Det er vanskelig å vite om beboerne på et sykehjem vet hva som menes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, uten at dette kartlegges. Informasjonsarbeidet om hva dette arbeidet betyr for dem, hvordan de kan påvirke beslutning og utforming av tjenesten, kan være avgjørende faktorer for å friste de eldre til å bli en del av pasientråd. Manglende involvering er ikke i tråd med nasjonale føringer, om implementering av pasienterfaringer, i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I føringene skrives det at kommunen skal sørge for at virksomheten skal etablere systemer for innhenting av pasientens erfaringer (St. meld. 10 (2012 – 2013; St. meld. 29 (2012 – 2013; St. meld. 26 (2014 – 2015). Forskning viser at verktøy som skal involvere pasientene på meso- og mikronivå er lite tatt i bruk (Wiig, 2013). Målet om at pasienten skal bli hørt ved

utforming av tjenesten er urealistisk i praksis. Ocloo & Mathews (2009) utviklet en modell som kan brukes som redskap for å evaluere pasientinvolvering på systemnivå.



Figur 7. Bilde er tatt fra Ocloo og Matthews (2016, s. 627)

Hvis en begynner å analysere bildet fra venstresiden, ser en at pasienter blir involverte, men har lite mulighet til å påvirke beslutningsprosessen. Høyre siden av bildet speiler det som blir definert som to likestilte samarbeidspartnere. Pasienten er likeverdige i beslutningsprosessen.

Informantene beskrev at de forsøkte, så langt det lot seg gjøre, å ta hensyn til beboerens ønsker i forhold til det daglige rutinen. Noen av sykehjemmene gir beboerne mulighet til å velge mat de ønsker å spise, dersom de går lei sykehjems mat. Dette er et tiltak som øker livskvalitet og trivsel på sykehjem. Beboerne kan også til en viss grad bestemme over tidspunkt de ønsker å sove eller stå opp. Disse små tiltakene ble sett på som viktige og lederne beskrev at det forbedrer opplevelsen av oppholdet på sykehjem. Det som kunne påvirke dette til tider var bemanning. Sykehjemmene er underbemannet, og det er vanskelig å få tilgang til nok fagfolk (sykepleiere). Lederne forteller at beboerne eller

pårørende kan være skeptiske til personalet som ikke har en utdanning. En av lederne beskrev at sykehjemmet leier inn sykepleiere fra bemanningsbyrå, og at det påvirker kvaliteten med tjenesten. Sykepleierne som kommer inn har ikke kjennskap til pasienten eller systemet, og tilbyr derfor en mer fragmentert tjeneste. Stortingsmelding nr. 26 (2014 – 2015) sier at tjenesten skal gis til pasienten når det er behov for det, og tilpasset. Innleide fagfolk kjenner ikke til pasienten eller hvilke behov den har.

Pårørende i helsetjenesten er et dagsaktuelt tema, men forskning innen pårørendesrolle er begrenset (Zimmerman mfl., 2013). Funnene fra denne studien antyder at pårørende ønsker å bli mer involvert i utforming av tjenestetilbudet. I Stortingsmelding nr. 29 (2012 – 2013) pårørende blir beskrevet som den usynlige omsorgen. Meldingen beskriver samhandling med pårørende ofte mangelfull og tilfeldig, og etterlyser behovet for mer forskning.

Rønning mfl. (2009) sin forskning anslår at det utføres ca. 100.000 årsverk i den uformelle familiebaserte omsorgen.

Funnene i denne studien tyder på at pårørende blir sett på som en ressurs fra ledelsen på sykehjemmet. Lederne beskriver at de ønsker å inkludere pårørende i den grad de ønsker å bli inkludert i beslutningsprosessen. I den inkluderingsprosessen kreves det en bevissthet hos de ansatte over hva pårørende ønsker å bidra med. Sykehjemmene har ikke en klar strategi for hvordan de skal involvere pårørende og hvilken rolle de skal ha (Norheim & Sommerseth, 2014).

Lederne på sykehjemmet sa at pårørende er viktige når en pasient skal legges inn på sykehjemmet. Forskning sier at pårørende ofte er et bindeledd mellom tidligere og nåværende livserfaring, og at de har kjennskap til sine nærmeste livshistorier, noe helsepersonell ikke har (Heggstad mfl., 2015; Tretteteig & Thorsen, 2011; Lohne mfl., 2014). Det er de som kjenner beboerens sin historie best og kan fortelle om den. Pårørende kan bidra med denne kjennskapen, og hjelpe til med å utforme et mer tilpasset tilbud til den enkelte. Pårørende kan forklare atferd og sette det i sammenheng ut ifra livsperspektivet til beboeren. For å oppnå det samarbeidet er det viktig at pårørende opplever trygghet og inkludering av helsepersonellet. Funnene viser at lederne mener at pårørende blir inkludert i stor grad. Opplevelsen av trygghet varierer.

Pårørende viser til utrygghet når de møtes av ufaglært helsepersonell eller utenlandsk helsepersonell. Dette kan til tider skape konfliktpregete relasjoner. Noen av sykehjemmene har funnet en strategisk løsning på det problemet. De velger å synliggjøre organisering på sykehjemmet. De fokuserer på rolleavklaring, og gjør det mulig for pårørende å henvende seg til den som har kompetanse til å svare på spørsmål en lurer på. Det er mer utfordrende når den usikkerheten kommer av det at helsepersonell er utenlandsk. Den beste måten å håndtere en slik situasjon er å vise til rollen en har på sykehjemmet, beskriver lederne.

Utfordringen i samarbeidet med pårørende ligger i det at ofte så ønsker de noe annet enn beboerne. Lederne beskriver at pårørende ønsker at beboerne på sykehjemmet skal være så aktive som mulig, men de er ofte slitne, og ønsker å ha en rolig dag.

Helsemyndighetene understreker at tjenestetilbudet skal uformes ut ifra pasientens behov, men at pårørende kan være med å utforme den. Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, og dialog med pårørende. Og enten pårørende har rollen gjelder som informasjonskilde, representant eller omsorgsgiver. Kommuner har plikt til å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og bruke disse erfaringene i forbedringsarbeidet (Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten). Funnene til denne studien forteller ikke noe om innhenting av erfaringer, og hvordan disse settes i praksis, i større grad enn det som allerede er blitt beskrevet.

Fokuset med studien var involvering av pasientene i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Pårørende var et temaene som dukket opp under intervjuene. En kan si at det er behov for forskning som tar for seg pårørende på sykehjemmet, og hvordan de opplever samarbeidet med helsepersonell på sykehjemmet, og i hvilken grad de involveres i utforming av tilbudet.

Dette kapittelet har svart på spørsmålet om hva som fremmer og hemmer pasientinvolvering. Beboerne blir til dels involvert, og hovedsakelig involvering på systemnivå. En av sykehjemmene involvert i studien hadde pasientråd, og der var det ikke beboer representert, kun pårørende. Lederne beskriver helsen til beboerne, og lav forståelse fra pasientenes side til store organisatoriske saker, som noe av faktorene som

hemmer pasientinvolvering. De erkjenner at mer kan gjøres for å gjøre det mulig for pasientene å involveres på systemnivå. Helsemyndighetene har klare mål og beskrivelse på hva pasientinvolvering skal brukes til, men lite hvordan en mest effektivt kan oppnå det.

Pårørende er en stor og viktig del av helsetjenesten i dag. Derfor ble dette gitt mye plass i oppgaven, for å forklare at pårørende har en viktig rolle, men ofte havner deres ønsker i konflikt med beboernes sine ønsker. Helsepersonell befinner seg i krysspress, men informantene presiserer at i et slik tilfelle er det ønskene til pasienten som blir fulgt. Dette fordi tilbudet er til pasienten og den skal utformes og tilbys slik beboerne ønsker det. Samtidig vil muligheten til å bestemme over tilbudet en får, gi beboerne muligheten til å oppleve autonomi, likestilling i samfunnet.

### **5.2.3 Føringer og offentlige dokumenter kan være gode hjelpemidler, men kan også skape frustrasjon i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet**

Målet med politiske føringer er å sikre felles praksis og felles behandling for alle. Regjeringen sender ut offentlige dokumenter i form av stortingsmeldinger og veiledning, om råd og anbefalinger på hva og hvordan organisasjoner skal jobbe videre. Helsemyndighetene i Norge har utarbeidet flere offentlige dokumenter i forhold til sykehjem og kvalitet og pasientsikkerhet. Sykehjemmene må forholde seg til disse føringer, og vise til resultater fra det arbeidet. Funnene fra studien viser at ledere opplever at antallet på disse føringene øker, mens ressursene er de samme. Flere satsingsområder følges ikke av flere midler til iverksetting av tiltak. Dette opplevdes som frustrerende for informantene.

Føringene som sendes av regjeringen i form av direktiver, oppleves som mistillit til sykehjemmene og lederne. Dette er det Irgens (2007) kaller for målstyring. Den handler om at overordnet myndighet formulerer mål, og formulerer målene nedover i organisasjonen. Irgens (2007) skriver at den hierarkiske målstyring kan skape problemer når de lokale forholdene skiller seg fra de sentrale, eller når den som jobber nærmest pasienten har bedre kunnskap om hva det er behov for enn ledelsen. Lederne på sykehjem er nærere pasientene, og derfor er det de som har bedre kunnskap om pasientene og deres problematikker og ønsker. Det er viktig at helsemyndighetene tar

hensyn og viser interesse til forslagene som kommer fra «gulvet». På denne måten blir føringene adressert mot reelle forbedringsområder.

Wiig mfl (2013) sier i sin forskning at det er et gap mellom forventningene som regjering har (makro-nivå) og virkning på sykehus (mikronivå). Med utgangspunkt i funn fra denne studien, kan en påstå at dette er gjeldende på sykehjem også. Denne diskusjonen bygges opp på det informantene beskrev og Irgens (2007) sin målstyringsmodell. Grunnen at denne modellen trekkes inn her er fordi organisering av helsetjenesten har egenskapene som modellen beskriver. Irgens (2007) skriver at det er to hoved ulemper med denne modellen. 1) forutsetningene endrer seg ofte og 2) hvor kunnskapen om arbeidet befinner seg.

Helsemyndighetene formulerer mål, som skal sendes videre til kommuner, som skal videre sende disse målene til lederne, og lederne til medarbeiderne. Dette er en tidkrevende prosess og i den hurtige verden vi lever i dag, må tilpasningene være raske. Å tilpasse føringer til en avdeling er krevende, og det er alltid fare for at når en avdeling er klar til å jobbe med målene, kommer det nye føringer og dermed det er nye tilpasninger som må gjøres. En annen løsning på dette er at en begynner å ta i bruk føringene uten at medarbeiderne er blitt lært opp til det. Ingen av tilfellene fremmer kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Informantene forteller at det er vanskelig å lære opp så mange ansatte, til alle føringene og programmene sykehjemmet må forholde seg til. De beskriver at ansatte kan i hovedtrekk fortelle hvordan sykehjemmet jobber, og at de generelt jobber med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er tidkrevende for de ansatte å forholde seg til føringene, tid som skal brukes med pasienten.

Irgens (2007) presiserer at helsetjenesten ikke kan være standartbasert (slik denne modellen forutsetter) på grunn av at det jobbes med mennesker, og det som omhandler mennesket er i endring (formen på sykdommer, nye ukjente tilstander som skal behandles). Samtidig som mennesker/pasienter er subjektive, og hver krever en tilpasset behandling. Som nevnt overfor i oppgaven, så skal tilbudet tilpasses pasienten og dens behov. Gunderman mfl. (2018) sier i sin forskning at problemet med byråkratiske systemer, er det at pasienter og helsepersonell som kategoriseres i grupper, er ikke like. De er enestående individer med diverse behov.

Det er sjeldent at kunnskapen om hvordan helsetjenesten bør organiseres befinner seg hos de som sitter høyest i hierarkiet. Den befinner seg hos de som står nærmest pasienten.

Overordnet mål er som regel generelle, og tanken er at de skal tilpasses lokale behov gjennom hele organisasjonen (Irgens, 2007). Informantene beskrev at det hender at de overordnede som detaljstyrer sykehjemmene, kan skape frustrasjon og unødvendig bruk av ressurser. Informantene fortalte et eksempel der overordnet i kommunen skulle bestemme tidspunkt til middag på sykehjemmet. Dette ble sett på som unødvendig overstyring fordi det hadde ingen betydning på kvaliteten på tjenesten. Helsepersonell skal ha en form for autonomi i yrkesutøvelsen. De skal ha mulighet til å faglig vurdere tiltak som sykehjemmet skal sette i gang i forhold til kvalitet- og sikkerhetsarbeid. Tiltakene kan begrunnes i praksis. Nordin mfl. (2016) skriver i sin forskning at pasientsikkerhet kan havne i konflikt, med brukerens selvbestemmelse når helsepersonellet vurderer å låse døra til kjøkkenet.

Annen utfordring som ble beskrevet, var det skriftlige arbeidet som følger med hver føring og veileder. Det er utallige skjemaer som skal fylles ut for å bevise at det arbeidet er gjort.

Føringene sees ikke bare som utfordrende av informantene. De beskriver at ofte så motiveres lederne til å sette i gang arbeidet og veileder hvordan. De ble beskrevet som det «helikopter blikket» som påpeker hvilke utfordringer helsevesenet har i dag, og hvordan skal vi sammen løse de utfordringene, slik at kvaliteten på tilbudet er lik på alle sykehjem. Offentlige føring er en form for garanti for pasientene. Det skal ikke være av ingen betydning hvilket sykehjem du blir innlagt på, kvaliteten og sikkerheten er på samme nivå.

Dette kapittelet svarer på hvordan ledere bruker politiske føring, om kvalitet og pasientsikkerhet i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet i norske sykehjem. Kapittelet forteller at informantene opplever at antall føring de skal forholde seg til er mange, og at måten disse blir lagt fram på, er av betydning for motivasjonen til å jobbe med dem. Politiske føring brukes aktivt i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet. Det er mange studier

som peker på manglende «job satisfaction» basert på stort sprik mellom det ideelle og det praktiske livet. Dette er ikke tatt i betraktning fordi det er et omfattende tema som krever ytterligere forskning, for å kunne fortelle om manglende jobbtilfredshet er et resultat av gapet mellom det ideelle og det praktiske, eller er det så enkelt at mengde føringer og hvordan de legges fram (direktiv/veileder) som oppleves som utfordrende. Samtidig som det er viktig for meg å presisere at informantene forteller at de trives på egen arbeidsplass.



## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å bidra til økt innsikt om hvordan det arbeides med kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem, og hvordan pasienter blir involvert i denne prosessen, sett fra et lederens perspektiv.

Forskning knyttet til presentert tema er begrenset og denne studien vil derfor kunne gi verdifull kunnskap på området. Studien har samlet funn fra fem sykehjem i en kommune på Vestlandet i Norge. Systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode.

Funn i analysen gikk i tre retninger som ble til tema for studien. Temaene er: «Ledere er bevisst over sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet», «Involvering av pasienter i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er vanskelig og tilfeldig», «Føringer og offentlige dokumenter kan være gode hjelpemidler, men kan også skape frustrasjon i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet». Pårørende ønsker å være involverte, og helsepersonell kan ofte oppleve konflikt mellom ønskene til pasienten og pårørende, var en av sub-temaene som ble drøftet i diskusjonen på grunn av det at pårørende ønsker å være involverte i stor grad, og ønsker å påvirke utforming av tjenestetilbudet.

Studien peker på at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er ledelsesforankret. I tråd med nasjonale utviklingsprogrammer jobber de med kvalitets- og sikkerhetsforbedring. Kompetanseutvikling, indre motivasjon, tillit og åpenhet er viktige faktorer i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Selv om lederne er bevisste sitt ansvar, gir de uttrykk for at det er flere hindringer. Opplæring av flere ansatte i løpet av kort tid er utfordrende, fordi å dra helsepersonell ut av miljøet fører til uforsvarlig underbemanning. Sykehjemmene mangler fagpersonell (sykepleier), og det påvirker kvaliteten og sikkerheten på arbeidsplassen.

Studien antyder at beboerne blir i mindre grad involvert i arbeidet med utforming av tilbudet og kvalitetsarbeidet. Sykehjemmene er preget av direkte individuell involvering

med reaktive holdninger. Dette er i tråd med tidligere forskning. Nasjonale føringer peker på utfordringer i forhold til pasient- og pårørendeinvolvering i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. For at stemmene til pasienter og pårørende skal påvirke organisering av arbeidet med kvalitet og sikkerhet, må sykehjemmene ta i bruk verktøy for systematisering av pasient- og pårønderferinger. Sykehjemmene er beviste over at selv om pasientinvolvering blir satt på agendaen, mer arbeid kreves for at det skal være vellykket. Dette er lederens ansvar.

Manglende resurser til å sette i bruk tiltak og veileder som helsemyndighetene viderefører, er et av utfordringene sykehjemmene møter i dag. Mengde informasjon og føringer som sendes av helsemyndighetene oppleves som omfattende, mens ressursene for iverksetting økes ikke. Dette påvirker i høy grad arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i miljøet. Nasjonale føringer skal sikre felles praksis, men studier peker på at tidvis oppleves de som et mistillitskort mot sykehjemmene. Dette minsker motivasjon og skaper frustrasjon hos lederne.

## **6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

### **6.1.1 Implikasjoner for videre praksis**

Med utgangspunkt i denne studien gis det anbefaling til sykehjemmene om å finne verktøy i arbeidet med opplæring av ansatte i forhold til betydning av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Å sikre kvaliteten og sikkerheten på sykehjemmet er et ledelsesansvar. Lederne burde arbeide med å finne effektive metoder for videreføring av informasjon som er av betydning for arbeidet med kvalitetsforbedring og sikkerhet til ansatte. Fullstendig opplæring av helsepersonell påvirker i stor grad kvaliteten på sykehjem. Lederne bør jobbe med å skape en kultur for kvalitet- og pasientsikkerhet som er kjent og akseptert av miljøet. For å oppnå det er det viktig at lederen systematiserer arbeidet og påvirker måloppnåelsen ved å inspirere medarbeiderne, gi mulighet for faglig- og personligutvikling og tar i bruk nytt teknologiske løsninger som forenkler arbeidet.

Lederne bør jobbe aktivt for å sikre pasientråd på sykehjemmet. Dette hadde ført til bedre samhandling mellom de ulike aktørene, noe som gir mulighet for konstruktive diskusjoner. En minimiserer også maktgapet mellom helsepersonell og pasienter, og skaper et bedre balansert maktforhold. Systematisk involvering av pasienter og pårørende i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet vil gi innsyn i nye utfordringsområder. Ved at pasienter og pårørende involveres i utforming av tjenestetilbudet, vil kvaliteten forbedres og tilbudet tilpasset den enkelte pasienten. Nasjonale føringer understreker viktigheten av involvering i forbedringsarbeidet. Dette er et ledelsesansvar.

Pasientinvolvering bør sees som et rammeverk for tjenesten, og ikke som et mål i seg selv.

Sykehjemmene bør ha større grad av autonomi. Funnene viser at nasjonale føringer som sendes i form av direktiver minsker motivasjonen hos ledere. Papirarbeidet som følger alle føringer er med å skape frustrasjon og «unødvendig» bruk av tid og resurser. Større grad av autonomi sees som tillit og dermed bedre resultater. Flere føringer forbedrer ikke nødvendigvis kvaliteten og sikkerhetsarbeidet på sykehjem. Resurser til å iverksette de føringene bør følge med.

### **6.1.2 Videre forskning**

Denne studien har belyst hvordan leder på sykehjem arbeider i forhold til kvalitets og sikkerhetsarbeid og hvordan pasienten kan involveres i denne prosessen. I videre forskning vil det være nyttig å inkludere et større antall ledere fra ulike deler av landet ved å anvende et kvantitativ design med spørreskjema kunne generalisere funnene i større grad.

Videre ville det være nyttig å utvikle evidens basert intervensjoner som har til hensikt å øke lederens kompetanse inne kvalitets- og sikkerhetsarbeid, for deretter å måle om dette har effekt på lederens utøvelse og kompetanse på området. Denne studien viser at lederne opplever politisk føringer som motivasjonsdempende. Direktiver sees på som mistillitserklæring. Det hadde vært interessant å få mer kunnskap i dette feltet.

Implementering av disse føringene sees på som en selvfølge av helsemyndighetene, men hvordan kan partene samarbeide for å sikre kvaliteten. Her ville et tverrfaglig perspektiv som basis for forskning ville kunne gitt ny og viktig kunnskap.

Studien har få funn på hvordan lederne på sykehjem arbeider i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet. Det kunne vært interessant å få mer kunnskap om tema. Det hadde også vært interessant å få mer kunnskap i hvordan kan lederne arbeide for å sikre pasientinvolvering og etablere pasientråd. Opplevelse til pasientene med kvalitets- og sikkerhetsarbeid hadde vært et spennende forskningsområde.

Til slutt, ved å intervju beboerne og pårørende selv angående deres opplevelser og erfaringer med pasientinvolvering i sikkerhets- og kvalitetsarbeid, hadde vært et spennende forskningsområde.

## Litteraturliste

Alban-Metcalf, J., & Alimo-Metcalf, B. (2013, 01). Reliability and validity of the “leadership competencies and engaging leadership scale”. *International Journal of Public Sector Management*, 26(1), 56-73. doi:10.1108/09513551311294281

Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Gyldendal akademisk.

Anger, S., Fredriksen, K.N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015) 1525–1538

Bass, B.M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York:Press

Bass, B.M. & Bass, R. (2008). *Bass Handbook of leadership-Theory, Research, & Managerial Applications*. Fourth edition. Free Press. New York.

Bate, P., Mendel, P., Robert, G. (2008). *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*, Radcliffe Publishing.

Bergerød, I., Wiig, S. (2015). *Ledelse og pasientsikkerhet*. I Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet teori og praksis*. Universitetsforlaget

Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Burgers, J., Grol, R. (2014). Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial. *Implementation Science* 2014:9.

Bryman, A. (1992). *Charisma and leadership in Organizations*. London: Sage.

Cappelen, K. (2015). *Pasientsikkerhetskultur i sykehjem*, I Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet teori og praksis*. Universitetsforlaget.

Christensen, K., & Fluge, S. (2016, 09). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik &#8211; Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 19(03), 261-277. doi:10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04

Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. og Storm, M. (2014). "A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly." *Cognition, Technology & Work* 17(1): 15-34.

Firth-Cozens, J. (2004, 02). Organisational trust: The keystone to patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 56-61. doi:10.1136/qshc.2003.007971. Free press.

Gartshore, Emily, et al. "Patient Safety Culture in Care Homes for Older People: a Scoping Review." *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 1, 2017, doi:10.1186/s12913-017-2713-2.

Giorgi A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi A, editor. Phenomenology and psychological research. Pittsburg, PA: *Duquesne University Press*; 1985: 8-22

Gunderman, R. B., & Lynch, J. W. (2018, 12). How Bureaucracy Can Foster Burnout. *Journal of the American College of Radiology*, 15(12), 1803-1805. doi: 10.1016/j.jacr.2018.06.015

Harris, J., & Mayo, P. (2018, 06). Taking a case study approach to assessing alternative leadership models in health care. *British Journal of Nursing*, 27(11), 608-613. doi:10.12968/bjon.2018.27.11.608

Heggstad, A. K., Nortvedt, P., & Slettebø, Å. (2013, 12). Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia*, 14(6), 825-841. doi:10.1177/1471301213512840

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Forskrift om ledelse i kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet (2017). Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet (2018). Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019 – 2023).

House, R. J., & Aditya, R. N. (1997, 06). The Social Scientific Study of Leadership: Quo Vadis? *Journal of Management*, 23(3), 409-473.  
doi:10.1177/014920639702300306

Hynes, P., Kisson, N., Hamielec, C. M., Greene, A. M., & Simone, C. (2006, 06). Dealing with aggressive behavior within the health care team: A leadership challenge. *Journal of Critical Care*, 21(2), 224-227. doi:10.1016/j.jcrc.2005.11.00

Høst, T. (2009). *Ledelse – en helhetlig modell*. Universitetsforlaget.

Haarmann, A. (2018). *The Evolution and Everyday Practice of Collective Patient Involvement in Europe: An examination of policy processes, motivations, and implementations in four countries*. Springer International Publishing.

Irgens, Eirik J. (2007). *Profesjon Og Organisasjon å Arbeide Som Profesjonsutdannet*. Fagbokforlaget

Kaplan, G.S, & Stokes, Ch. D. (2017). Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. *Healthcare Executive*, May 2017.

Kjellevoid, A. (2006) Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. Lov og rett 45(1):3–25. *Idunn*

Kleiven, O.T., Kyte, L., Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research*, volume 6, no 4-2016.

Lohne, V., Rehnsfeldt, A., Råholm, M., Lindwall, L., Caspari, S., Sæteren, B., . . .  
Nåden, D. (2014, 03). Family Caregivers' Experiences in Nursing Homes: Narratives on Human Dignity and Uneasiness. *Research in Gerontological Nursing*, 7(6), 265-272.  
doi:10.3928/19404921-20140325-99

Lov 2. juli 1991 nr. 63 lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven).

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. Universitetsforlaget.

McGlynn, Elisabeth A. (2004). There is no perfect health system. *Health affairs*, volume 23, nr. 3

Nakrem, S. & Hynne, A. (2017). Pårørende en betinget ressurs? En kvalitativ studie av pårørende til langtidsbeboere i sykehjem sine erfaringer av egen rolle. *Tidsskrift for omsorgsforskning* – 11/2017, 165 – 175. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2017-03-02

Nordin, S., Mckee, K., Wallinder, M., Koch, L. V., Wijk, H., & Elf, M. (2016, 11). The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: A comparative case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 727-738. doi:10.1111/scs.12391

Norheim, A., & Sommerseth, R. (2014). Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(3), 9 – 13. Doi: 10.1177/010740831403400303



Norheim, A., Vinsnes, A.G. (2012). Factors that influence patient involvement in nursing homes: staff experiences. *Vård i Norden* 2012:3.

Ocloo, J., Mathews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in health improvement. *BML Qual Saf* 2016;25: 626-632.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2018). I trygge hender

Polit, D., & Beck, C. (2015). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Lippincott, Williams & Wilkins.

Robert G. & Bate, P. (2008). *Organizational and professional identity: crisis, tradition and quality at the Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust*. I Bate, P., Mendel, P., Robert, G. (2008). *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*, Radcliffe Publishing.

Rosenqvist, Ch. (2014). Brukermedvirkning på lykke og fromme? Om kvalitetssikring av brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (01), 86-92

Silva, N. D., Barbosa, A. P., Padilha, K. G., & Malik, A. M. (2016, 06). Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 50(3), 490-497. doi:10.1590/s0080-623420160000400016

St. meld nr. 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

St. meld nr. 9 (2012-2013). Ën innbygger- òn journal.

St. meld. nr. 10 (2012-2013). God kvalitet- trygge tjenester- kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

St. meld. nr. 13 (2016-2017). Kvalitet og pasientsikkerhet

St. meld. nr. 15 (2017-2017). Leve hele livet

St. meld. Nr. 16 (2011 – 2015). Nasjonal helse- og omsorgsplan

St. meld. nr. 26 (2014-2015.) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

St. meld. nr. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). Rett behandling- på rett sted- til rett tid

Stogdill, R. M. (1950). Leadership, membership and organization. *Psychological Bulletin*, 47(1), 1-14. doi:10.1037/h0053857

Storm, M., Rennesund, A.B., Jensen, M.J.F. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helse arbeid*. Gyldendal akademisk

Sutton, E., Eborall, H., & Martin, G. (2014, 02). Patient Involvement in Patient Safety: Current experiences, insights from the wider literature, promising opportunities? *Public Management Review*, 17(1), 72-89. doi:10.1080/14719037.2014.881538

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

Thompson, A.G.H. (2007). The meaning of patient involvement and participation: a taxonomy. *Social Science & Medicine* 64, 1297-1310.

Tretteteig, S., & Thorsen, K. (2012, 01). Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv - En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(2), 39. doi:10.7557/14.2226

Tritter, J.Q. (2009) Revolution or evolution: The challenge of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations*, 12, 275-287.

West, M., Armit, K., Lowenthal, L., Eckert, R., West, T., Lee, A. (2015). Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base. *The Center for Creative Leadership – EMEA*.

Whitener, E. M. (1997). Do “high commitment” human resource practices affect employee commitment? A cross level analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of Management*, 27(5), 515-535. doi:10.1016/s0149-2063(01)00106-4

Wiig, S., Aase, K., von Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A.M., Anderson-Gare, B., Calltorp, J., Fulop, N. and for QUASER team. (2014). Talking about quality: exploring how "quality" is conceptualized in European hospitals and healthcare systems, *BMC Health Services Research*; 14:478

Wong, C. A., Laschinger, H. K., & Cummings, G. G. (2010, 06). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 889-900. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01113.x

Yukl, G. A. (2013). *Leadership in organizations*. Pearson.

Zimmerman, S., Anderson, W. L., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A. S., Sloane, P. D. (2013, 07). Systematic Review: Effective Characteristics of Nursing Homes and Other Residential Long-Term Care Settings for People with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(8), 1399-1409. doi:10.1111/jgs.12372

## **Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene**

Vil du delta i forskningsprosjektet «*Hvordan er kvalitets og sikkerhetsarbeid organisert i norsk sykehjem, og hvordan blir pasienter involvert i denne prosessen, sett ut ifra leder perspektiv?*»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er få økt kunnskap hvordan ledere på sykehjem arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet, og hvordan pasienter blir involvert i det arbeidet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan ledere i sykehjem involverer pasienter i kvalitets- og sikkerhetsforbedringsarbeidet. Videre er formålet å få økt kunnskap om hvilke metoder som brukes for å involvere pasienter og hvordan de ansatte opplever brukerinvolvering i kvalitets og sikkerhetsforbedringsarbeid. Som en del av oppgaven inngår også økt kunnskap om hvordan ledere anvender regelverk og veiledere for å følge opp myndighetenes forventninger til involvering av pasienter i kvalitets- og sikkerhetsforbedring.

Problemstilling denne studien skal ta for seg er: «*Hvordan er kvalitets og sikkerhetsarbeid organisert i norsk sykehjem, og hvordan blir pasienter involvert i denne prosessen, sett ut ifra leder perspektiv?*». Den problemstilling blir fulgt av følgende forskningsspørsmål:

- d) Hvordan bruker ledere politiske føringer om kvalitet og pasientsikkerhet i kvalitets- og sikkerhetsarbeidet i norsk sykehjem?
- e) Hvordan organiserer ledere arbeidet med pasientinvolvering og bruk av pasienterfaringer i kvalitets og sikkerhetsarbeidet?
- f) Hvilke faktorer hemmer og fremmer pasientinvolvering og bruk av pasienterfaringer i kvalitets og sikkerhetsarbeidet?

Denne forskningsprosjektet er en masteroppgave. Jeg går master i helsevitenskap ved UiS.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Rekruttering av informanter skjer i samarbeid med Masterverkstedet som holdes av Helsehuset her i Stavanger.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

For deg som informant å være en del av denne studien innebærer det at du skal bli intervjuet av meg. Det er individuelt intervju og denne skal tas opp på bånd. Jeg har utarbeidet en intervjuguide jeg skal følge, men den er semistrukturert og det vil si at du har mulighet til å snakke om tema som er relevante for oppgaven, men som jeg kanskje ikke spør om.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som skal ha tilgang til dine data.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil lagres på forskningsserver, kryptert, og det vil si at ingen kan spore til deg ut ifra denne studien.

Du som deltaker på denne studien vil ikke kunne bli gjenkjent ut ifra denne oppgaven. Det er sitater fra det du sier som kommer til å skrives i oppgaven, men ikke informasjon som kan spore tilbake til deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2019. Dataene skal bevares til jeg har fått tilbakemelding om studien. Etterpå skal alt slettes.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Stavanger* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitet i Stavanger*, Kristin Hjorthaug Urstad ([kristin.h.urstad@uis.no](mailto:kristin.h.urstad@uis.no))
- Vårt personvernombud: Kjetil Dalseth
- NSD–Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristin Hjorthaug Urstad  
Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Eleni Canameti  
Student

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan er kvalitets og sikkerhetsarbeid organisert i norsk sykehjem, og hvordan blir pasienter involvert i denne prosessen, sett ut ifra leder perspektiv*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju i den ovennevnte studien
- jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjonsskrivet for denne studien
- jeg forstår at min deltakelse er frivilling og at jeg kan trekke meg når som helst
- jeg aksepterer å bli intervjuet av forsker og at intervjuet blir tatt opp på bånd
- jeg godkjenner at dataene oppbevares anonymisert til studien er ferdig

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 2: Intervjuguide

### **Intervjuguide ledere på sykehjem:**

#### **Innledende spørsmål:**

1. Hvor lenge har du jobbet på denne organisasjonen?
2. hvilken er din rolle på denne organisasjonen?
3. Hva legger du i din rolle i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet?
4. Kan du si noe om hvordan du arbeider for å involvere pasienter i kvalitets og sikkerhetsarbeid ved sykehjemmet du arbeider på

#### **Historisk kontekst:**

1. Vet du når denne organisasjonen begynte med kvalitet og pasientsikkerhet?
2. Hvilke elementer mener du har i løpet av årene bidratt til utvikling av organisasjonen til det nivået dere ligger i dag?
3. Kan du gi eksempler på konkrete situasjoner tiltak du har satt i verk for å involvere pasienter i kvalitets og sikkerhetsarbeid? Kan du si noe om hva som var barrierer/fasilitator

#### **Ytre påkjenninger:**

1. Påvirker faktorer som sparing, nytt lovverk, ny forskrift, reorganisering arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet? Hvis ja, kan du fortelle hvordan (eksempler fra utfordringer med implementering av offentlige dokumenter i praksis)

#### **Organisering av kvalitet:**

1. Kan du beskrive tiltak som er satt i gang ift kvalitet og sikkerhetsarbeid
2. Har denne organisasjonen en kvalitetsstrategi? *Eksempel*
3. Kan du beskrive de viktigste elementene som bidrar i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet?
4. Hvordan bidrar øverste ledelse i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet?

5. Hvordan er arbeidet med kvalitets- og pasientsikkerhet organisert nedover i denne organisasjonen?
6. Hvem som har ansvaret for kvalitets og sikkerhetsarbeid generelt i organisasjonen?
7. Hvordan kommer denne ansvaret til synet i det daglige? *Eksempel*
8. Har den organisasjon vært gjennom kritiske forhold som har påvirket hvordan det jobbes med kvalitet og pasientsikkerhet? Hvis ja, kan du fortelle eksempel
9. I hvilken grad legges det til rette for de ansatte å snakke åpent om hvordan kvalitet og pasientsikkerhet er organisert?
  - a. Har dere rutiner for å fange opp ansattes mening om arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet?
  - b. Har du et eksempel der ansattes mening kom til synet, og hvordan ble det håndtert?

#### **Dokumentering av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet:**

1. Hvordan dokumentere dere at dere jobber med kvalitet og pasientsikkerhet?  
*Eksempel fra det daglige arbeidet?*
2. Har dere utarbeidet noen interne rutiner ift kvalitet og pasientsikkerhet?
3. Hvordan kan helsepersonell som jobber direkte med bruker dokumentere for kvalitet og pasientsikkerhet i avdelingene?
4. På hvilken måte bruker dere informasjonen som det registreres daglig til å måle pasientsikkerhet og pasientopplevelse?

#### **Nasjonale føringer:**

1. Hvordan kan nasjonale strategier være med å utvikle organisasjonens kvalitetsarbeid?
  - a. Kan de være til hinder, og hvis ja hvordan?
2. Hvilke nasjonale strategier følger denne organisasjonen ift kvalitet og pasientsikkerhet?

## Organisering av pasientsikkerhet:

1. I hvilken grad involveres det pasienter i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet?
2. Kan du beskrive hvordan pasienter blir møtt når de først blir innlagt på deres sykehjem?
  - a. Hvilke rutiner har dere for å fange opp viktig informasjon om pasienten?
  - b. Hvordan er samarbeidet med andre instanser?
3. Kan du fortelle eksempler der pasienter har vært delaktige i arbeidet med kvalitetsforbedring?
4. Kan du beskrive en situasjon/hendelse der pasienter aktivt har påvirket arbeidet med kvalitet?
5. Hvem som har tilgang over personlig opplysning til pasienter, og hvem er ansvarlig til å gi ut slik informasjon?
  - a. Hvordan sikrer dere at personlig opplysninger blir godt ivaretatt?
6. I juni 2018 trådte GDPR i kraft, hvordan har dere jobbet med dette til nå?
7. Har dere retningslinjer som beskriver hvordan personlig opplysninger til pasienter skal håndteres?
8. Finnes det en brukerrepresentant i deres sykehjem?
9. Når det skal tas interne avgjørelse som går på brukere og rutiner rundt dem, blir brukerne involvert? *Kan du gi eksempel*

Er det noe du har lyst å tilføye?

Takk for at du tok deg tid!!!

## **Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD**

25/05/2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjekttittel**

Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet på norsk sykehjem

#### **Referansenummer**

168117

#### **Registrert**

26.10.2018 av Eleni Canameti - e.canameti@stud.uis.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Kristin Hjørhaug Urstad, kristin.h.urstad@uis.no, tlf:

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Eleni Canameti, e.canameti@stud.uis.no, tlf: 46378686

#### **Prosjektperiode**

29.08.2018 - 03.06.2019

#### **Status**

20.11.2018 - Vurdert

#### **Vurdering (1)**

##### **20.11.2018 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.11.2018. Behandlingen kan starte.

#### **MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

#### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5bbc7887-7965-47fe-b08f-4d30559842e6>

1/2

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 03.06.2019.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)